

*Rapport*

**Geneeskundige GGZ (deel 1)**  
Wat is nu verzekerde zorg en wat niet?

Op 6 april 2012 uitgebracht aan de minister van VWS

<b><i>Uitgave</i></b>	College voor zorgverzekeringen Postbus 320 1110 AH Diemen Fax (020) 797 85 00 E-mail <a href="mailto:info@cvz.nl">info@cvz.nl</a> Internet <a href="http://www.cvz.nl">www.cvz.nl</a>
<b><i>Volgnummer</i></b>	2012035589
<b><i>Afdeling</i></b>	ZORG-ZA
<b><i>Auteur</i></b>	
<b><i>Doorkiesnummer</i></b>	
<b><i>Website</i></b>	Dit rapport kunt u vinden op onze website <a href="http://www.cvz.nl">www.cvz.nl</a>



## Inhoud:

*pag.*

	Samenvatting
1	1. Inleiding
1	1.a. Aandacht voor geneeskundige GGZ
1	1.b. Hoe pakt het CVZ het verzoek van de minister van VWS aan?
4	2. Kosten en bekostiging
4	2.a. Inleiding
4	2.b. Kostenontwikkeling
5	2.c. Factoren van invloed op kostenontwikkeling
6	2.d. Maatregelen van VWS per 2012
7	2.e. Maatregelen van zorgverzekeraars per 2012
8	2.f. Beschouwingen CVZ
9	2.g. Conclusies
11	3. Uitvoeringspraktijk nu
11	3.a. Inleiding
12	3.b. Onderzoek uitvoeringspraktijk
12	3.c. Resultaten onderzoek
13	3.d. Conclusies
15	4. Veranderingen in de verzekerde GGZ
19	5. Wel of geen verzekerde geneeskundige GGZ?
19	5.a. Inleiding
20	5.b. Wat valt niet onder de Zvw?
24	5.c. Wat valt wel onder de Zvw?
24	5.c.1. Inleiding
25	5.c.2. Geneeskundige GGZ algemeen
26	5.c.3. Huisartsenzorg en EPZ
28	5.c.4. Specialistische GGZ
30	5.d. Conclusies
32	6. Conclusies en aanbevelingen
36	7. Uitvoeringsaspecten
39	8. Vervolgstappen
40	9. Commentaar belanghebbende partijen
42	10. Duidingscommissie Pakket en Adviescommissie Pakket
42	10.a. Advies van de Duidingscommissie Pakket
42	10.b. Advies van de Adviescommissie Pakket
43	11. Besluit CVZ

### ***Bijlage(n)***

1. Brief minister VWS van 6 juli 2011 (deel GGZ)
2. Raadpleging deskundigen
3. Overzicht kosten
4. DSM-IV
5. KPMG. Onderzoek naar de inkoop van de curatieve GGZ en de controle op declaraties door de zorgverzekeraars; knelpunten en belemmeringen. Januari 2012
6. Wettelijk kader
7. Overzicht verzekerde zorg en geleverde zorg
8. Reacties belanghebbende partijen

## Samenvatting

In dit rapport zet het CVZ op een rijtje wat wel en wat niet onder de geneeskundige GGZ (geestelijke gezondheidszorg) valt. Het CVZ doet dit in de context van de veranderingen sinds 2008. Naast de verduidelijking komt het CVZ in dit rapport ook met voorstellen tot bevordering van gepast gebruik en een rechtmatige uitvoering. Dit rapport is de opstap voor een vervolgrapport over de noodzakelijk te verzekeren geneeskundige GGZ, dat het CVZ naar verwachting eind 2012 zal uitbrengen. De aanleiding hiertoe was het uit juli 2011 daterende verzoek van de minister van VWS om gericht aandacht te besteden aan de curatieve (geneeskundige) GGZ. Sinds de opname van de geneeskundige GGZ in het pakket van de Zorgverzekeringswet (Zvw) in 2008 zijn de kosten en het volume meer dan verwacht gestegen.

Recente kosten en volume analyses van het CVZ op het terrein van de GGZ bevestigen dat er goede redenen zijn de kostengroei te willen beheersen en temperen om ook in de toekomst een betaalbaar zorgpakket te behouden. Verder is uit diverse signalen en onderzoek duidelijk geworden dat de toetsing door verzekeraars op inhoud en omvang van de verzekerde geneeskundige GGZ niet goed verloopt. Veel prikkels staan verkeerd, waardoor geen van de betrokkenen (verzekerden, verzekeraars en zorgverleners) groot belang heeft bij een juiste uitvoering.

Om te verduidelijken welke GGZ wel en welke niet verzekerd is, is het onderscheid tussen psychische stoornissen en psychische klachten van belang. Kort gezegd: psychische stoornissen vergen geneeskundige GGZ en bij psychische klachten is de huisarts het eerst aan zet. Bij twijfel over een mogelijke ziekte die de huisarts niet zelf kan behandelen, zal verwijzing plaatsvinden.

Op basis van de Zvw valt de hulp op het gebied van psychische klachten in beginsel niet onder de eerstelijnspsychologische zorg en de specialistische geneeskundige GGZ.

Het CVZ onderkent dat het onderscheid tussen klachten en ziekte niet eenvoudig is en in de praktijk niet wordt gemaakt. Er zijn sterke aanwijzingen dat meer vergoed wordt dan enkel verzekerde zorg. De controle op en de handhaving van de verzekerde geneeskundige GGZ is, mede door de vele verschillende zorgaanbieders, evenmin eenvoudig. Toch meent het CVZ dat een betere bewaking van de grenzen van het verzekerde pakket gebaseerd moet zijn op het onderscheid tussen klachten en ziekte/psychische stoornis.

In het voorliggende rapport geeft het CVZ aan wat wel en wat niet onder de te verzekeren geneeskundige GGZ valt. Waarom bepaalde zorg of activiteiten niet tot de geneeskundige GGZ

behoren heeft verschillende redenen. Zo heeft de minister bijvoorbeeld bepaald dat de behandeling van aanpassingsstoornissen van de verzekerde zorg is uitgesloten, terwijl bij psychosociale hulp en hulp voor problemen met werk en relatieproblematiek geen sprake is van een psychische stoornis. Daarnaast kan de zorg wel verzekerde zorg zijn, maar geen GGZ. Een voorbeeld hiervan is dyslexiezorg.

***Niet verzekerde zorg***

De volgende activiteiten vallen niet onder de te verzekeren geneeskundige GGZ:

- hulp voor problemen met werk en relatieproblematiek;
- de behandeling van aanpassingsstoornissen;
- psychosociale hulp;
- zorg bij leerstoornissen waaronder dyslexie; behandeling van ernstige dyslexie is wel verzekerde Zvw-zorg, maar geen geneeskundige GGZ;
- zorg bij verstandelijke beperking; wel verzekerde Zvw-zorg, maar geen geneeskundige GGZ, daarnaast is AWBZ-zorg mogelijk;
- zelfhulp;
- het toeleiden naar zorg;
- preventie en dienstverlening;
- bepaalde interventies (psychoanalyse, neurofeedback, deep brain stimulation en transcranial magnetic stimulation); onvoldoende bewijs voor effectiviteit van de interventie;
- psychologische hulp in verband met somatische aandoeningen.

***Verzekerde zorg***

De geneeskundige GGZ die wel onder de Zvw valt, omvat:

- huisartsgeneeskundige zorg, inclusief diagnostiek. Dit betreft psychische klachten en psychische stoornissen, geïndiceerde preventie van depressie, paniekstoornis en bij problematisch alcoholgebruik;
- eerstelijnspsychologische zorg, inclusief diagnostiek. Dit betreft psychische stoornissen (enkelvoudig, niet complex), geïndiceerde preventie van depressie, paniekstoornis en bij problematisch alcoholgebruik;
- specialistische GGZ, inclusief diagnostiek. Dit betreft psychische stoornissen (complex);
- farmaceutische zorg.

De geneeskundige GGZ omvat ook:

- de materialen die de arts of andere hulpverlener gebruikt bij het verlenen van geneeskundige zorg;
- het laboratorium en ander onderzoek;
- medisch noodzakelijke deeltijdbehandeling, gedurende een aantal dagdelen per week;
- het verblijf dat medisch noodzakelijk is in verband met geneeskundige zorg/specialistische GGZ;
- begeleidingsactiviteiten die een onlosmakelijk onderdeel zijn van de psychiatrische behandeling.

<b><i>E mental health</i></b>	Op psychische stoornissen gerichte interventies die op een andere manier, zoals via computer of internet, worden aangeboden behoren in beginsel tot het te verzekeren pakket.
<b><i>Conclusie</i></b>	Het CVZ meent dat nog veel aan efficiency- en kwaliteitswinst kan worden geboekt in de GGZ wanneer verzekerde zorg geboden en op juiste wijze gedeclareerd en vergoed wordt. Het is moeilijk hiervoor concrete bedragen te noemen.
<b><i>Aanbevelingen</i></b>	<p>Om te bevorderen dat gepast gebruik plaatsvindt en alleen zorg wordt vergoed die verzekerd is, adviseert het CVZ om</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De eerstelijns te versterken;</li> <li>• Hulp bij werk- en relatieproblemen, welke nu al niet verzekerd is, expliciet uit te sluiten. Alleen als er sprake is van geïndiceerde preventie of stoornissen, waardoor dan ook veroorzaakt, is er sprake van te verzekeren zorg;</li> <li>• Vanuit de publieke gezondheid meer aandacht te besteden aan het bevorderen van mentale fitheid;</li> <li>• De psychotherapie nader te reguleren, danwel afspraken te maken met branchepartijen over afwegingsmomenten of doorbehandelen nog zinvol is;</li> <li>• Er zorg voor te dragen dat de diagnosecode op de declaratie kan worden vermeld, net als bij de somatische zorg;</li> <li>• De risicodragendheid van verzekeraars te vergroten;</li> <li>• Te bevorderen dat in de richtlijnen aanbevelingen over deeltijdbehandeling en verblijf en de duur ervan komen.</li> </ul>

## 1. Inleiding

### **1.a. Aandacht voor geneeskundige GGZ**

De minister van VWS heeft het CVZ medio 2011 verzocht gericht aandacht te besteden aan de curatieve (geneeskundige) geestelijke gezondheidszorg<sup>1</sup>. Aanleiding voor het verzoek zijn de volume- en kostenontwikkelingen in de geneeskundige GGZ. Sinds de opname van de geneeskundige GGZ in het pakket van de Zorgverzekeringswet (Zvw) in 2008 zijn deze meer dan verwacht gestegen.

#### **Verzoek VWS**

De minister hecht eraan dat het pakket van de Zvw inclusief de GGZ houdbaar blijft. Alleen onbetwistbare GGZ zou deel moeten uitmaken van het basispakket. Mogelijk is deze visie ingegeven door de veronderstelling dat bijna iedereen met een beetje stress, iedereen die een beetje somber is en elk druk kind psychische hulp (en medicatie) ontvangt. Dit leidt tot het beeld dat veel problemen die strikt genomen niet tot het domein van ziekte en zorg behoren wel lijken te zorgen voor een groeiend aandeel van de GGZ in de zorguitgaven.

Om de onbetwistbare GGZ te kunnen onderscheiden van andere vormen van zorg die niet noodzakelijk onder de Zvw vallen, heeft de minister het CVZ gevraagd oplossingsrichtingen voor de GGZ voor te stellen. Dit verzoek volgt op de verzoeken van de minister om na te gaan of delen uit het pakket verwijderd kunnen worden op grond van lage ziektelast en het verzoek om het pakket stringenter te beheren<sup>2</sup>.

### **1.b. Hoe pakt het CVZ het verzoek van de minister van VWS aan?**

Het CVZ behandelt de vraag van de minister over onbetwistbare curatieve GGZ in twee stappen. De eerste stap betreft de te verzekeren geneeskundige GGZ en de tweede stap zal gaan over de noodzakelijk te verzekeren (of onbetwistbare) geneeskundige GGZ.

#### **Eerste stap**

Het CVZ geeft in dit rapport een overzicht van de geneeskundige GGZ die nu onderdeel is van het te verzekeren pakket van de Zvw. Het CVZ heeft in 2008 ook al een overzicht gemaakt toen de geneeskundige GGZ van de AWBZ naar de GGZ werd overgeheveld. Wat nu onder de geneeskundige GGZ

---

<sup>1</sup> VWS. Brief van 6 juli 2011 (kenmerk Z/VV-3069995). In deze brief geeft de minister het CVZ aandachtspunten mee voor de begroting en het jaarplan 2012. Het desbetreffende deel uit de brief is opgenomen in bijlage 1.

<sup>2</sup> VWS. Brief van 7 maart 2011 (kenmerk Z-VU 3052198) met verzoek om uitvoeringstoetsen over lage ziektelast-benadering en stringent pakketbeheer. Begin 2012 brengt het CVZ over stringent pakketbeheer een rapport uit. Het Rapport Uitvoeringstoets lage-ziektelastbenadering heeft het CVZ 5 maart 2012 uitgebracht. Hierin zijn geen concrete voorstellen gedaan op het gebied van de geneeskundige GGZ.



valt, is voor een grootste deel al opgenomen op de website [www.cvz.nl](http://www.cvz.nl). Gezien de uitvoeringsproblematiek en diverse ontwikkelingen in het zorgveld, is een update en verdere verduidelijking nodig. In het voorliggende rapport zet het CVZ nog eens op een rijtje wat wel en wat niet onder de geneeskundige GGZ valt.

***Inhoud van dit rapport***

In het voorliggende rapport beantwoordt het CVZ de volgende vragen:

- Welke vormen van geneeskundige GGZ vallen anno 2012 onder het basispakket van de Zvw?
- Welke vormen van zorg vallen niet onder het basispakket van de geneeskundige GGZ?

Het CVZ beantwoordt de hiervoor gestelde vragen in de context van de veranderingen in de GGZ sinds 2008. In dit rapport komen in de eerste hoofdstukken daarom de volgende punten aan de orde:

- de kostenontwikkeling (feiten en cijfers, de groei in de GGZ vergeleken met de groei in de somatische zorg) (hoofdstuk 2);
- een beschrijving van de uitvoeringspraktijk (en de knelpunten) van de GGZ aan de hand van onderzoek naar de GGZ-zorginkoop en controle op de declaraties (hoofdstuk 3);
- de veranderingen in de verzekerde GGZ (hoofdstuk 4).

Pas daarna volgt in hoofdstuk 5 wat wel en wat niet tot de verzekerde GGZ behoort.

Op basis van een analyse van de kosten en van de uitvoeringspraktijk komt het CVZ in hoofdstuk 6 met voorstellen tot bevordering van gepast gebruik en een rechtmatige uitvoering. In hoofdstuk 7 besteedt het CVZ aandacht aan uitvoeringsaspecten. En in hoofdstuk 8 geeft het CVZ een voorzet voor de tweede fase en benoemt een aantal aandachtspunten.

***Volgende stap: advies eind 2012***

Het CVZ zal, nadat het voorliggende rapport is vastgesteld, in het tweede kwartaal van 2012 starten met de beoordeling of er nog GGZ in het verplichte basispakket aanwezig is, die niet voldoet aan het predicaat "onbetwistbaar". Bij die beoordeling zal het CVZ waar nodig de te verzekeren GGZ aan de pakketprincipes noodzakelijkheid, effectiviteit, kosteneffectiviteit en uitvoerbaarheid toetsen<sup>3</sup>.

Het CVZ verwacht het adviesrapport eind 2012 gereed te hebben.

---

<sup>3</sup> Bij de pakketprincipes gaat het om een integrale weging van de toetsing van (behoefte aan) zorginterventies aan de pakketcriteria. De toetsing aan de pakketprincipes kan leiden tot een advies van het CVZ aan de minister over wat er noodzakelijk in het pakket moet zitten. Wellicht moet het bestaande pakket worden ingeperkt of moeten nadere voorwaarden worden gesteld aan de zorg of aan de indicatiestelling.

***Raadpleging  
deskundigen***

Naar aanleiding van de brief van de minister (en de wettelijke maatregelen voor 2012) heeft het CVZ aan de hand van een aantal vragen (zie bijlage 2) uitgebreid van gedachten gewisseld met de diverse stakeholders (25 oktober 2011), met een aantal verzekeraars (26 oktober 2011) en met hoogleraren (1 december 2011). Alle betrokkenen zijn in de gelegenheid gesteld te reageren op het concept van dit rapport. In hoofdstuk 9 van dit rapport bespreekt het CVZ de ontvangen reacties. De reacties van partijen zijn integraal opgenomen in bijlage 8 bij dit rapport.

## 2. Kosten en bekostiging

### **2.a. Inleiding**

De geneeskundige GGZ is per 2008 overgeheveld van de AWBZ naar de Zvw. Tevens is in de Zvw de eerstelijnspsychologische zorg als te verzekeren prestatie geregeld. Met de overheveling is beoogd alle curatieve zorg (somaatich en psychisch) samen te brengen onder hetzelfde verzekeringssysteem, waardoor er eenvoudiger kan worden samengewerkt tussen somatische zorg en GGZ (meer informatie in hoofdstuk 4). Daarnaast zijn er ook wijzigingen in het stelsel van financiering en bekostiging van de GGZ per 2008 doorgevoerd. Voor de tweedelijns GGZ, de specialistische zorg, is per 2008 een DBC-systeem ingevoerd. Declaratie en financiering van de specialistische GGZ dienen te geschieden op basis van het GGZ-DBC-systeem (een tijdregistratiesysteem).

Nieuwe toetreders (vanaf 2008) en vrijgevestigden (psychotherapeuten en psychiaters) worden volledig bekostigd op basis van dbc's. Een uitzondering is gemaakt voor bestaande GGZ-instellingen die tot 2008 gebudgetteerd waren. Om een zachte landing te kunnen maken in het nieuwe systeem kregen de gebudgetteerde instellingen enkele jaren de tijd om over te stappen op het nieuwe systeem. Op dit moment vindt declaratie plaats op basis van dbc's, maar de afrekening nog steeds op basis van de budgetten. Tot slot zijn en worden de mogelijkheden voor een systeem van risicoverevening onderzocht. Verzekeraars worden nog steeds vrijwel volledig nagecalculeerd op de kosten van geneeskundige GGZ.

In dit hoofdstuk gaat het CVZ in op de kosten, de kostenontwikkeling en de factoren die hierop van invloed zijn (geweest). Ook is er aandacht voor recente kostenbeheersende maatregelen.

### **2.b. Kostenontwikkeling**

De kostenontwikkeling in de AWBZ en Zvw over de jaren 2000-2010 heeft het CVZ belicht in bijlage 3. In deze bijlage staat ook de kostenontwikkeling in de Zvw over jaren 2008/2010. Immers, zoals hierboven aangegeven heeft per 2008 een majeure wijziging in de bekostiging plaatsgevonden en zijn ook de aanspraken gewijzigd.

Uit (voorlopige) cijfers raamt het CVZ de voorlopige kosten van de te verzekeren GGZ over 2010 op € 5,9 miljard. Ten opzichte van de door VWS gehanteerde € 2,4 miljard in 2000 betekent dit een toename van de kosten met een bedrag van € 3,5 miljard, ofwel een stijging van 146%. Ter vergelijking: de kosten van de totale te verzekeren zorg

steeg in dezelfde periode van € 27,6 miljard naar € 59,1 miljard, een stijging van 114%.

Het aandeel van de GGZ in de totale kosten van de te verzekeren zorg is in de periode 2000-2010 gestegen van 8,7% naar 10%.

### **2.c. Factoren van invloed op kostenontwikkeling**

Het duiden van de kostenontwikkeling binnen de te verzekeren GGZ ten opzichte van andere zorgvormen of de te verzekeren zorg als geheel, is niet eenvoudig. Immers, naast de GGZ is de omvang van het te verzekeren pakket in de periode 2000-2010 op tal van fronten gewijzigd door instroom van nieuwe interventies, door uitstroom of door overheveling van aanspraken naar bijvoorbeeld de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Daarnaast is op een aantal zorgonderdelen ook de bekostigingsstructuur gewijzigd, zoals de bekostiging op basis van zorgzwaartepakketten (ZZP's), in plaats van 'losse' functies bij AWBZ-verblijf en de DBC-bekostiging (tijdregistratie) van (een groot deel van) de medisch-specialistische zorg. Op een aantal factoren gaan we nader in.

#### ***Eerstelijns psychologische zorg***

De eerstelijnspsychologische zorg (EPZ) is sinds 2008 een te verzekeren prestatie op grond van de Zvw. De kosten hiervan bedroegen in de jaren 2008-2010 respectievelijk (afgerond) € 83, € 103 en € 113 miljoen.

Dat de kosten van de EPZ in de jaren 2009 en 2010 een meer dan gemiddelde jaarlijkse groei kennen, is verklaarbaar:

- nieuwe te verzekeren prestaties kennen over het algemeen een wat hogere kostenstijging dan gemiddeld;
- het aanbod groeit, onder meer door nieuwe toetreders, en dit aanbod leidt tot een toenemende vraag;
- het bevorderen van eerstelijnszorg is bewust overheidsbeleid.

#### ***Gebudgetteerde, niet- gebudgetteerde en vrijgevestigde aanbieders***

Het overgrote deel van de te verzekeren curatieve GGZ (> 90%) wordt geleverd door gebudgetteerde instellingen. Dit zijn de al vóór 2008 toegelaten GGZ-instellingen. De NZa stelt de budgetten van deze instellingen vast. Het aantal gebudgetteerde instellingen door de jaren heen is constant. Gebudgetteerde zorgaanbieders die meer zorg leveren dan afgesproken in de budgetafspraken, kunnen die extra zorg vergoed krijgen als zij dit overeenkomen met de zorgverzekeraar.

De omzet die via DBC's gegenereerd wordt kan hoger zijn dan het oorspronkelijk toegekende budget. Het maken van een goede vergelijking tussen de productie in budgetparameters en productie in DBC's is niet eenvoudig. Meerdere factoren spelen hierbij een rol, waaronder de toename van het aantal behandelde cliënten (zie hierna).

Sinds 2008 kan tweedelijns GGZ ook worden aangeboden door niet-gebudgetteerde (nieuwe, na 2008 toegelaten) instellingen. Het aantal niet-gebudgetteerde instellingen steeg van 16 in 2008 tot 58 in 2009 (262 %). De kosten die de niet-gebudgetteerde instellingen genereren stegen van € 10,5 miljoen in 2008 tot € 51,7 miljoen in 2009 (392 %).

Het aantal vrijgevestigde aanbieders steeg in 2009 ten opzichte van 2008 met 2% tot 466. De omzetontwikkeling binnen deze groep nam in dezelfde periode toe van € 116,1 miljoen naar € 185 miljoen (59 %).

***Afgesloten DBC's naar tijdsklasse***

Als we kijken naar de verdeling van de afgesloten dbc's voor de productgroep depressie over 2009 zien we dat bij de niet-gebudgetteerde aanbieders een toename bij de overgang naar een tijdsgrens met een hoger tarief (upcoding). De productgroepen angst en persoonlijkheid tonen een vergelijkbaar beeld. Voor de tot nu toe afgesloten dbc's bij de drie genoemde productgroepen is in 2010 eenzelfde trend te zien. Bij gebudgetteerde aanbieders is een dergelijke stijging niet waarneembaar.

***Aantal cliënten***

Het aantal cliënten<sup>4</sup> dat gebruik maakt van de curatieve GGZ is in 2009 10% hoger dan in 2008. De cliëntenaantallen over 2010 zijn op dit moment nog niet bekend. De toename is het grootst in de leeftijdscategorie 0-17 jaar. Deze groei wordt deels veroorzaakt doordat de vergoeding van diagnostiek en behandeling van ernstige, enkelvoudige dyslexie een te verzekeren prestatie is die met ingang van 1 januari 2009 via GGZ DBC-systematiek wordt gedeclareerd.

## ***2.d. Maatregelen van VWS per 2012***

***Ombuigingen ingrijpend***

De minister van VWS heeft voor 2012 maatregelen getroffen in verband met de ongewenste overschrijdingen op het BKZ. De ombuigingsmaatregelen zijn aangegeven in de brief van 10 juni 2011<sup>5</sup>. Het betreffen bezuinigingsmaatregelen met betrekking tot het pakket en eigen bijdragen voor GGZ alsmede tariefmaatregelen. De minister heeft de achtergrond van de maatregelen toegelicht in de nota van toelichting bij het besluit van 30 september 2011 tot wijziging van het Besluit zorgverzekering<sup>6</sup>.

Zij geeft hierin aan dat de maatregelen op het terrein van de GGZ ingrijpend zijn, maar dat zij deze in het kader van een houdbare en betaalbare GGZ noodzakelijk acht.

De door de minister getroffen maatregelen op het gebied van de eigen bijdragen en het pakket zijn weergegeven in bijlage 3.

---

<sup>4</sup> NZa. Marktscan Geestelijke Gezondheidszorg. Utrecht, januari 2012

<sup>5</sup> TK 2010-2011, 32780-XVI, nr.3

<sup>6</sup> Stb. 2011, 467

## **2.e. Maatregelen van zorgverzekeraars per 2012**

**Inzet hulppersoneel**

In 2011 heeft de brancheorganisatie van de zorgverzekeraars, Zorgverzekeraars Nederland (ZN), voorstellen gedaan aan de zorgverzekeraars om een betere beheersing van de uitgaven in de curatieve GGZ te realiseren<sup>7</sup>. Dit in het licht van de scherpere inkoop van zorgverzekeraars, zoals die door de minister wordt beoogd. Zo wijst ZN op de grote diversiteit in de manier waarop vrijgevestigde beroepsbeoefenaren hulppersoneel inzetten. In de polis geeft de zorgverzekeraar aan wie de zorg mag verlenen. Hier kan een verzekeraar ook aangeven of deze zorgverlener, bijvoorbeeld een vrijgevestigd psychiater, zich kan laten bijstaan door andere zorgverleners, zoals een psycholoog of sociaal-psychiatrisch verpleegkundige (SPV). Het is ook mogelijk dat niet nader is aangegeven wie onder verantwoordelijkheid van de behandelaar de zorg mag verlenen. Zorgverzekeraars kunnen ervoor kiezen beperkingen aan de inzet van hulppersoneel via de verlengde arm op te leggen. ZN geeft aan dat het bijvoorbeeld mogelijk is in de contracten met de hoofdbehandelaar af te spreken dat deze zelf 80% van de zorg verleent en zich voor maximaal 20% laat bijstaan door anderen, die dan onder verantwoordelijkheid van de behandelaar functioneren.

**Restitutievergoeding**

Verder stelt ZN dat uit de praktijk blijkt dat de huidige hoogte van de restitutievergoeding beperkte prikkels voor aanbieders bevat om contracten aan te gaan met verzekeraars. Verzekerden kunnen kiezen voor een natura- of restitutiepolis. Ingeval van een restitutiepolis krijgt de verzekerde de kosten volledig vergoed, ongeacht of met de zorgverlener een contract is afgesloten. Bij een naturapolis komen de kosten volledig voor rekening van de verzekeraar als de verzekerde zich wendt tot een gecontracteerde zorgverlener. Daarnaast is het mogelijk, ook bij een naturapolis, dat een verzekerde zich wendt tot een niet-gecontracteerde aanbieder, maar in dat geval worden de kosten slechts gedeeltelijk vergoed. Zorgverzekeraars stelden deze gedeeltelijke vergoeding veelal op 80% van de kosten (de restitutievergoeding). Om aanbieders te stimuleren wel contracten te sluiten kan, aldus ZN, gedacht worden aan een verlaging van de restitutievergoeding.

**Kanttekeningen CVZ**

De maatregelen van ZN hebben vooral betrekking op de aanbieders van het niet-gebudgetteerde deel van de kosten voor geneeskundige GGZ. Hoewel dit weliswaar een gering deel is van de totale kosten zijn dit wel maatregelen die kunnen bijdragen aan kostenbeheersing.

Bij deze mogelijkheid van "andere" aanbieders/zorgverleners wijst het CVZ op het volgende. Inzet van hulppersoneel onder

---

<sup>7</sup> Brief ZN van 12 september 2011 aan de directies van de zorgverzekeraars

verantwoordelijkheid van de behandelaar zou kunnen leiden tot zorg die minder kost, maar dat er sprake is van lagere kosten is niet gebleken. De behandelaar declareert alsof deze de zorg zelf heeft verleend. Per saldo leidt dit tot het leveren van meer zorg en meer kosten. Belangrijker nog dan de kosten vindt het CVZ dat de zorg geleverd moet worden door de juiste persoon. Het lijkt dat met de nu gesignaleerde mogelijkheden verzekeraars geen zicht hebben op wie de zorg verleent.

## **2.f. Beschouwingen CVZ**

Bijna tien jaar geleden zijn de eerste stappen gezet om alle curatieve zorg, psychisch en somatisch, onder één verzekeringssysteem te brengen. De destijds in voorbereiding zijnde Zvw zou dit systeem worden. Tezelfdertijd is een aanvang gemaakt met een nieuw bekostigingssysteem (dbc's). Omdat de ontwikkeling van het DBC-systeem meer tijd vergde vond daadwerkelijke invoering van de GGZ binnen de Zvw twee jaar na de invoering van de Zvw zelf plaats, per 2008. Bij de overheveling van de geneeskundige GGZ naar de Zvw heeft veel nadruk gelegen op het bekostigingssysteem. De overheveling moest budget- en pakketneutraal plaatsvinden. De invoering in de Zvw was, gelet op functiegerichte omschrijving, relatief eenvoudig.

### ***DBC systeem***

Over het nieuwe bekostigingssysteem, de dbc's GGZ, heeft het CVZ destijds opgemerkt dat de dbc's niet "medisch herkenbaar" zijn. Anders dan bij de somatische dbc's heeft het CVZ de dbc's GGZ niet gekleurd<sup>8</sup>. In principe viel alle zorg, opgenomen onder de dbc's, onder de verzekerde zorg, tenzij het CVZ nadrukkelijk uitsprak dat dit anders zou zijn.

### ***Prestatie bekostiging***

Eind 2009 schreef de toenmalige minister van VWS nog dat het perspectief voor de curatieve GGZ is bekostiging op basis van dbc's (prestatiebekostiging) en het invoeren van vrije prijzen waar dat verantwoord is (liberalisering)<sup>9</sup>. Implementatie van deze situatie was voorzien voor 2011. Inmiddels is duidelijk dat dit niet eerder zal zijn dan 2013. De NZa heeft onlangs, op verzoek van de minister, een advies uitgebracht over de implementatie van de curatieve GGZ per 2013<sup>10</sup>.

### ***Aandacht voor niet verzekerde zorg in DBC-systeem***

Het uitstel van de invoering van de prestatiebekostiging heeft allerlei redenen. Genoemd kunnen worden de wens van de overheid tot kostenbeheersing in verband met de economische en financiële situatie en het nog onvoldoende stabiel zijn van het DBC-GGZ-systeem.

---

<sup>8</sup> Kleuring dbc's: rood is geen verzekerde zorg, oranje is niet verzekerde zorg, tenzij ... bijvoorbeeld toestemming is verkregen; de overige zorg is ongekleurd

<sup>9</sup> VWS. Brief van 22 oktober 2009 aan voorzitter TK over Beleidsvoornemens voor 2010 en 2011 in de curatieve GGZ.

<sup>10</sup> NZa. Advies Implementatieplan prestatiebekostiging cGGZ (invoering prestatiebekostiging in de curatieve GGZ per 2013). Utrecht, november 2011

Dit systeem is belangrijk, omdat hier ook het onderwerp van al dan niet verzekerde zorg een rol speelt. NZa en DBC-O werken aan verbetering van het systeem, en, met het CVZ, aan het mogelijk maken al dan niet verzekerde zorg binnen het bekostigingssysteem tot uitdrukking te brengen.

#### ***NZa en Basis GGZ***

Tot slot heeft de NZa een advies over de Basis GGZ uitgebracht<sup>11</sup>. Op het desbetreffende consultatiedocument heeft het CVZ gereageerd<sup>12</sup>. De NZa maakt in zijn advies onderscheid tussen psychische klachten en psychische ziekten. Dit onderscheid draagt bij aan het verduidelijken van wat wel en wat niet verzekerde GGZ is. Verder stelt de NZa voor de POH-GGZ (praktijkondersteuner huisartsenpraktijk) te versterken, uitgebreide diagnostiek ook binnen de eerstelijns (EPZ) mogelijk te maken en kortdurende dbc's samen te voegen met de verrichtingen van de EPZ. Met deze laatste twee voorstellen wordt het mogelijk gemaakt dat de huidige aanbieders van tweedelijnszorg eerstelijnszorg gaan bieden. Een dergelijke opschuiving van tweede naar eerstelijns heeft vooral uit kosten oogpunt niet de voorkeur van het CVZ (zie ook 5.c.3.).

#### ***Ambulantisering***

Ook heeft de NZa in 2011 geadviseerd over een versoepeling van de 'knip' GGZ<sup>13</sup>. Een beleidsregel van de NZa maakt het mogelijk AWBZ-gelden over te hevelen naar Zvw-zorg (en omgekeerd). Het is vooral wenselijk dat het mogelijk is AWBZ-gelden (voor bedden) om te zetten naar Zvw-gelden voor extramurale zorg. Dit principe wordt aangeduid met de term ambulantisering.

### ***2.g. Conclusies***

In de jaren 2000-2010 zijn de kosten binnen de GGZ harder gestegen dan de kosten in de totale gezondheidszorg (AWBZ en Zvw). Het aandeel van de GGZ in de totale kosten van de te verzekeren gezondheidszorg is in genoemde periode gestegen van 8,7% naar 10%.

Het aantal cliënten dat gebruik maakt van de curatieve GGZ is ook toegenomen (in 2009 met 10% ten opzichte van 2008).

De grootste groei in absolute cijfers zien we bij de gebudgetteerde instellingen. Hoewel qua financiële omvang de niet-gebudgetteerde instellingen en de vrijgevestigde aanbieders een beperkt deel van de totale te verzekeren GGZ-kosten genereren, neemt hun aandeel in de totale kosten snel toe. Bij de niet-gebudgetteerde instelling is dit vooral toe te schrijven aan de toename van het aantal instellingen.

---

<sup>11</sup> NZa. Advies Basis GGZ. Utrecht, december 2011

<sup>12</sup> CVZ. Brief van 12 december 2011 (kenmerk ZA/2011128639)

<sup>13</sup> NZa. Advies Knip GGZ versoepeld (overheveling AWBZ naar Zvw). Utrecht, februari 2011



Er lijkt dus goede reden te zijn de kostengroei te willen beheersen en temperen om ook in de toekomst een betaalbaar zorgpakket te behouden. Deze behoefte wordt ook ingegeven door de algemene kostenontwikkeling in de zorg en de verwachte groei van het Bruto Binnenlands Product die daarbij achterblijft. De minister van VWS heeft hiertoe maatregelen getroffen. De door de NZa en ZN genomen maatregelen beogen het beleid van de minister te ondersteunen.

### 3. Uitvoeringspraktijk nu

#### 3.a. Inleiding

Voor zicht op de uitvoering is het CVZ aangewezen op diverse signalen. Zonder volledig te willen zijn kunnen de volgende signalen genoemd worden: een pakketscan over een bepaalde aandoening, signalen uit geschillen, uit vragen en door middel van onderzoek.

#### **Pakketscan depressie**

Een belangrijk signaal over de "uitvoeringspraktijk nu" zal komen van de pakketscan depressie. Weliswaar een scan over één bepaalde stoornis, maar wel de stoornis, die binnen de geneeskundige GGZ het meeste voorkomt. Op dit moment is deze pakketscan nog niet gereed. De verwachting is dat dit bij het definitief vaststellen van dit rapport (naar verwachting begin april) wel het geval is. Het is mogelijk voor sommige onderwerpen al te verwijzen naar de pakketscan. Zo blijkt uit de pakketscan dat nog niet altijd via richtlijnen wordt gewerkt en dat er sprake is van zowel onderbehandeling als overbehandeling.

#### **Signalen**

Een ander signaal is dat zorg vanuit de tweede lijn wordt geboden, die beter vanuit de eerste lijn geboden kan en moet worden<sup>14</sup>. Uit vragen is gebleken dat nog steeds sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen werkzaam bij een tweedelijns GGZ-instelling gestationeerd zijn bij de huisarts. Deze constructie zou vervallen moeten zijn bij het vervallen van de desbetreffende subsidieregeling en de invoering van de POH GGZ. Door de inzet van tweedelijnsprofessionals in de eerstelijns is verwijzing voor een tweedelijnsbehandeling mogelijk meer aan de orde, terwijl door een dergelijke behandeling sprake kan zijn van onder- of overbehandeling. Verder lijkt het aannemelijk dat zorg wordt geboden die in feite niet onder de verzekerde GGZ valt. Op de markt zijn veel aanbieders werkzaam<sup>15</sup>. Naast verzekerde zorg bieden zij ook niet-verzekerde zorg aan, zoals coaching en reïntegratietrajecten. Het is niet duidelijk of deze zorg niet gedeclareerd wordt ten laste van de Zvw. Juist ook omdat, zoals uit het onderzoek (zie hierna) naar voren komt dat verzekeraars niet kunnen zien welke zorg waarvoor geleverd is.

#### **Onderzoek bij verzekeraars**

Om een goed beeld van de huidige uitvoeringspraktijk te krijgen heeft het CVZ besloten deze te laten onderzoeken. Dit onderzoek is eind vorig jaar uitgezet.

---

<sup>14</sup> Interdepartementaal Beleids Onderzoek curatieve GGZ. Bijlage bij rapport heroverweging curatieve zorg. Den Haag, april 2010. Circa 30% van de cliënten in de tweedelijns GGZ heeft last van milde psychische klachten die ook in de eerstelijnszorg (kunnen) worden behandeld.

<sup>15</sup> NZa. Marktscan Geestelijke Gezondheidszorg. Utrecht, januari 2012

### **3.b. Onderzoek uitvoeringspraktijk**

KPMG heeft in opdracht van het CVZ onderzoek gedaan naar de inkoop van de curatieve GGZ en de controle op declaraties door de zorgverzekeraars (bijlage 5). Dit onderzoek heeft plaatsgevonden bij een vijftal grote zorgverzekeraars. Daarnaast zijn enkele aanbieders van GGZ betrokken. De resultaten van dit onderzoek staan in de volgende paragraaf samengevat.

### **3.c. Resultaten onderzoek**

Hoofdvraag van het onderzoek was:

Hoe hebben de zorgverzekeraars het verzekerde GGZ-pakket (alleen ZVW) vanaf 2008 uitgevoerd?

De rapportage van KPMG bevat een hoofdstuk Samenvatting en advies. Gedeelten uit dit hoofdstuk staan hierna vermeld. Voor de volledige tekst zie bijlage 5.

#### **Samenvatting resultaten**

De uitvoering van het verzekerde GGZ-pakket is in ontwikkeling. De zorgverzekeraars in dit onderzoek stellen bij de zorginkoop van zowel de eerste als de tweedelijns GGZ criteria die deels het tarief (eerste lijn en tweede lijn vrijgevestigden) of het budget (tweede lijn) bepalen. Deze criteria zijn gebaseerd op het inkoopbeleid van de verzekeraar. Er zijn hierin duidelijk overeenkomsten tussen verzekeraars. De criteria zijn gericht op de inhoud van de zorg (voorbeelden: ambulantisering, e-health) en het meten van uitkomsten (voorbeelden: deelname ROM) maar nog niet op uitkomsten van de geleverde zorg zelf.

De onderhandelingen zijn voornamelijk gericht op p\*q afspraken en bieden weinig ruimte voor zorginhoud. Een informatieachterstand bij de zorgverzekeraar speelt hierbij mogelijk een rol.

De rol van de POH GGZ is nog niet eenduidig ingevuld. De verzekeraars zien vooral de POH GGZ als middel voor een heldere triage aan het begin van de keten die tot doelmatigheid in de eerste en tweede lijn zou kunnen leiden.

De controle op de levering en declaratie en levering van de zorg is eveneens in ontwikkeling. De controle in de eerstelijns GGZ doet zich veelal voor aan de voorkant, waarbij de opleidingseis gecontroleerd wordt als voorwaarde voor een contract. Daarnaast controleert een enkele verzekeraar op dagdelen geleverde zorg ten opzichte van het maximum aantal werkbare uren in een week.

In de tweedelijns GGZ vindt een formele, geautomatiseerde controle op declaratiebepalingen plaats. Deze controle loopt in de praktijk goed. Indien de uitkomsten daartoe aanleiding

geven wordt een materiële controle op basis van patiënt statussen uitgevoerd. In de praktijk vindt dit zeer beperkt plaats.

Als belangrijkste belemmering bij het uitvoeren van een goede controle op de geleverde zorg wordt de informatieachterstand van de verzekeraar genoemd. Ook de kwaliteit van de DBC-data en de late beschikbaarheid daarvan komen naar voren in het onderzoek als belemmeringen.

Uit twee gesprekken blijkt dat vanwege de bijna volledige nacalculatie de afgelopen periode mogelijk de prikkel om controlemechanismen te verbeteren beperkt is geweest.

Een laatste punt betreft de afbakening van de curatieve GGZ. Alle op genezing gerichte GGZ ("behandeling") gerelateerd aan de DSM-IV stoornissen op as I en as II (met uitzondering van de verstandelijke beperking) vallen onder de Zvw.

**Advies  
onderzoekers**

Verder adviseren de onderzoekers aandacht te besteden aan:

- Doorontwikkeling van de bekostigingssystematiek richting een transparant systeem dat verzekeraars handvatten geeft om verschillen tussen aanbieders in effectiviteit van de behandeling van een bepaalde zorgvraag/zorgzwaarte te beoordelen en aanbieders mogelijkheid geeft om hun toegevoegde waarde richting de verzekeraar aan te tonen. Op deze manier kan een doelmatiger inkoopbeleid en controle op levering en declaratie van curatieve GGZ gevoerd worden.
- Invoeren van meer risicodragendheid bij verzekeraars om verbetering van doelmatig inkopen en effectieve controle op levering en declaratie van curatieve GGZ te versnellen.
- Helderheid verschaffen over de afbakening van de curatieve GGZ. De huidige afbakening zou volgens geïnterviewden op zowel diagnose (nagenoeg alle DSM-IV stoornissen op as I en as II) als behandeling (alle op genezing gerichte GGZ) een ruime interpretatie van de zorgaanspraak mogelijk maken.

### **3.d. Conclusies**

De toetsing op inhoud en omvang van de verzekerde geneeskundige GGZ verloopt niet goed. De uitvoering van de geneeskundige GGZ laat te wensen over. Teveel prikkels staan verkeerd, waardoor geen van de betrokkenen - verzekerden, verzekeraars en zorgverleners - groot belang heeft bij een juiste uitvoering.

Zorgverzekeraars hebben weinig zicht op de geleverde zorg. In dit kader is ook van belang dat zowel bij de EPZ als bij de zogenaamde kortdurende dbc's geen diagnosecode op de declaratie is vermeld. Dit beperkt de mogelijkheden van verzekeraars voor controle. Zorgverzekeraars lopen vrijwel geen risico op geneeskundige GGZ. Zij zijn wel risicodragend voor eerstelijnszorg (huisartsenzorg). Zorgverzekeraars

hebben er baat bij dat zorg eerder in de tweede dan eerste lijn wordt geleverd. Het bekostigingssysteem biedt mogelijkheden voor duurdere producten dan wellicht noodzakelijk. En verzekerden betalen geen eigen bijdrage voor specialistische GGZ (tot 2011), maar wel voor EPZ.

Verzekerden moeten de juiste zorg krijgen. Omdat de EPZ een beperkt aantal zittingen en een andere bekostiging kent is het van belang een goed onderscheid te kunnen maken tussen eerste en tweedelijnszorg. Hiermee is het mogelijk onder- of overbehandeling tegen te gaan. Nu blijkt dat zorg vanuit de tweede lijn wordt geboden, die beter vanuit de eerste lijn geboden kan en moet worden<sup>16</sup>.

Tenslotte is het belangrijk helderheid te verschaffen aan zorgverzekeraars wat onder geneeskundige GGZ valt en wat niet. Dit komt uitgebreid aan de orde in hoofdstuk 5. Hier kan het CVZ al wel melden dat nu nog niet op alle punten duidelijkheid kan worden gegeven. Op de in het onderzoek genoemde onderwerpen, zoals herstelondersteunende zorg en FACT-zorg, zal het CVZ later dit jaar terug komen.

---

<sup>16</sup> Interdepartementaal Beleids Onderzoek curatieve GGZ. Bijlage bij rapport heroverweging curatieve zorg. Den Haag, april 2010. Circa 30% van de cliënten in de tweedelijns GGZ heeft last van milde psychische klachten die ook in de eerstelijnszorg (kunnen) worden behandeld.

## 4. Veranderingen in de verzekerde GGZ

**Overheveling van AWBZ naar Zvw** De geneeskundige behandeling van psychiatrische aandoeningen is per 1 januari 2008 vanuit de AWBZ overgeheveld naar de Zvw. Tegelijkertijd is de eerstelijnspsychologische zorg (EPZ) in de Zvw opgenomen. Sindsdien zijn de EPZ (met een beperkt aantal zittingen) en de tweedelijns (specialistische) GGZ (onbeperkt) onderdeel van de Zvw.

Mede op basis van onderzoek door het Trimbos Instituut<sup>17</sup> heeft het CVZ besloten het onderscheid tussen eerstelijns en tweedelijns GGZ als volgt op te nemen in het GGZ Kompas<sup>18</sup>:

- Eerstelijns GGZ**
- Eerstelijns GGZ bestaat vooral uit behandeling van stemmingsstoornissen, somatoforme stoornissen, angststoornissen en aanpassingsstoornissen (As I van de DSM-IV).
  - Eerstelijns GGZ wordt geboden bij lichte tot matig ernstige, niet complexe psychische problematiek. Interventies bestaan uit behandelingen, waaronder psychologische interventies, al dan niet gecombineerd met medicatie.
- Tweedelijns GGZ**
- Tweedelijns GGZ bestaat uit behandeling van depressieve stoornissen, angststoornissen en aanpassingsstoornissen, maar veelal is er naast een As I stoornis ook sprake van een persoonlijkheidsstoornis (As II van de DSM-IV) of is er sprake van meer dan één diagnose op de As I.
  - De tweedelijns GGZ behandelt ook de ernstiger psychische stoornissen uit het psychose spectrum, zoals schizofrenie. Interventies bestaan vooral uit gesprekstherapie ofwel psychotherapie en een combinatie van farmaco- en gesprekstherapie.
  - De tweedelijns GGZ bij acute psychotische stoornissen vindt niet plaats bij zelfstandig gevestigde psychiaters en psychotherapeuten, maar bij de GGZ-instellingen, omdat zij opname - en crisisfaciliteiten kunnen bieden.
- Verslavingszorg** Onderdeel van de GGZ is de verslavingszorg. In 2003, met de modernisering van de AWBZ, is verslaving uitdrukkelijk onder de psychiatrische aandoeningen geplaatst<sup>19</sup>. Per 2008 is de verslavingszorg, voor zover geneeskundig van aard, overgeheveld naar de Zvw.
- Psychotherapie** Tot 2008 was een psychotherapeutische behandeling beperkt tot maximaal 25 zittingen, met een mogelijke verlenging met 25 zittingen voor kinderen en jeugdigen en in verband met

<sup>17</sup> Trimbos-instituut, Rapport Afbakening eerste en tweede lijns zorg voor psychische stoornissen. Utrecht, juli 2006

<sup>18</sup> CVZ. Zie <http://www.cvz.nl/zorgpakket/zvw-kompas/geneeskundige+ggz/geneeskundige+ggz.html>

<sup>19</sup> Toelichting op de Wijziging BZA per 2003

persoonlijkheidsstoornissen (regelgeving AWBZ). Omdat het begrip zitting niet past bij de DBC-GGZ-systematiek is in verband met de overheveling deze beperking vervallen.

#### **DSM-IV**

Met de overheveling van de geneeskundige GGZ naar de Zvw is ook de DSM-IV nadrukkelijker in de Zvw geïntroduceerd. Dit is mede gebaseerd op het onderzoek van het Trimbos-instituut. De DSM-IV is een vijf-assig classificatiesysteem (zie bijlage 4) waarmee niet alleen stoornissen worden vastgelegd. Het systeem biedt de hulpverlener de mogelijkheid uitgebreid aandacht te besteden aan uiteenlopende psychische stoornissen, persoonlijkheidskenmerken, somatische aandoeningen en psychosociale en omgevingsproblemen en tevens het niveau van functioneren van de patiënt in beeld te brengen. De DSM wordt toegepast in het veld van de GGZ bij de zorgverlening en wetenschappelijk onderzoek. De diagnostische criteria van de psychische stoornissen zijn richtlijnen voor het stellen van een uiteindelijke diagnose en hebben gezorgd voor een 'eenheid van taal' tussen hulpverleners en onderzoekers.

#### **Beperkingen van de DSM-IV**

Op het DSM-systeem is de afgelopen jaren veel kritiek geuit<sup>20</sup>. De validiteit staat ter discussie<sup>21</sup>. De diagnostiek, gebaseerd op de DSM-IV, zou ten onrechte veel problematiek insluiten die niet psychiatrisch geduid zou moeten worden<sup>22</sup>. Al in 1995 is door de opstellers, zoals de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP), gewaarschuwd dat de DSM-IV criteria geen ziekte-eenheden (diagnoses) vaststellen. Toch wordt de DSM in de dagelijkse praktijk vaak wel zo gebruikt, ook in de vergoedingensystematiek. Een ander probleem in de praktijk is dat volgens de NVvP de DSM niet moet worden gebruikt door onervaren zorgverleners. De DSM moet worden gewogen binnen de professionele ervaring van de hulpverleners.

#### **Diverse standpunten**

Het CVZ heeft de effectiviteit van een aantal interventies voor psychische stoornissen beoordeeld en is daarbij nagegaan of er sprake is van te verzekeren zorg. Op basis van onvoldoende bewijs voor de effectiviteit heeft het CVZ geoordeeld dat geen sprake is van verzekerde zorg bij de volgende interventies: psychoanalyse<sup>23</sup>, neurofeedback<sup>24</sup>, deep brain stimulation<sup>25</sup> en

---

<sup>20</sup> Van Praag HM, Tijdschrift voor Psychiatrie: Nosologomanie, een aandoening van de psychiatrie 41(1999)12

Nieweg EH, Tijdschrift voor Psychiatrie: Wat wij van Jip en Janneke kunnen leren, over reïficatie in de psychiatrie 47(2005)10

<sup>21</sup> Van Hecke, J e.a, Tijdschrift voor Psychiatrie: Pre-DSM-denken in een post-DSM-tijdperk, epistemologie: de blinde vlek van de huidige psychiatrische classificaties 44(2002)7

<sup>22</sup> Verhaak PFM, Geestelijke Gezondheidszorg in de Huisartsenpraktijk: psychiatriseren of normaliseren? 2011

<sup>23</sup> CVZ. Standpunt Psychoanalyse. Diemen, 23 maart 2010. Hierin oordeelt het CVZ dat psychoanalyse niet en langdurige psychoanalytische psychotherapie wel tot de Zvw behoort.

<sup>24</sup> CVZ. Standpunt Neurofeedback. Diemen, 16 november 2009. Hierin oordeelt het CVZ dat neurofeedback bij behandeling van kinderen met ADHD geen Zvw zorg is.

transcranial magnetic stimulation<sup>26</sup>. In het verlengde van het rapport Van preventie verzekerd<sup>27</sup> is een drietal preventiestandpunten uitgebracht. Onder het pakket valt ook de behandeling van iemand met een hoog risico op een depressie<sup>28</sup>, een hoog risico op problematisch alcoholgebruik<sup>29</sup> of een hoog risico op een paniekstoornis<sup>30</sup>. Dit is zogenaamde geïndiceerde preventie. De preventieve behandeling van iemand met een hoog risico op overige angststoornissen valt daarentegen niet onder het pakket van de Zvw<sup>31</sup>, omdat er onvoldoende bewijs voor de effectiviteit is.

### ***E mental health***

Ook heeft het CVZ uitspraken gedaan over twee computerprogramma's, Beating the Blues<sup>32</sup> en Fear Fighter<sup>33</sup>. Wat betreft e-health heeft het CVZ onlangs een standpunt gepubliceerd in verband met innovatieve zorg<sup>34</sup>. Hierin is opgenomen dat als bestaande, al verzekerde zorg in een e-healthvorm aangeboden wordt, die zorg verzekerde zorg blijft als de samenstelling en de effectiviteit ervan niet wezenlijk wijzigen ten opzichte van de oorspronkelijke zorg. Gebruikelijke GGZ-interventies aanbieden op een andere manier, zoals via internet, betekent dat deze in beginsel tot het pakket blijven behoren. Uitdrukkelijke toetsing is in beeld als het vermoeden bestaat dat de e-healthmanier niet of minder effectief is dan de gebruikelijke zorg.

### ***Pakketmaatregelen per 2012***

De laatste wijzigingen in het verzekerde pakket zijn de pakketmaatregelen per 1 januari 2012:

- Verlaging van het aantal zittingen EPZ van acht naar vijf;
- Uitsluiting van de behandeling van aanpassingsstoornissen.

### ***Uitsluiting behandeling aanpassingsstoornissen***

Om deze uitsluiting mogelijk te maken is de wettelijke regeling gewijzigd. Tot 2012 konden slechts vormen van medisch-specialistische zorg uitgesloten worden, nu heeft de desbetreffende bepaling betrekking op de geneeskundige zorg, zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-

---

<sup>25</sup> CVZ. Standpunt Deep Brain Stimulation. Diemen, 20 december 2010. Hierin oordeelt het CVZ dat DBS bij obsessieve compulsieve stoornis, depressie en Gilles de la Tourette geen Zvw is. Elke al beoordeelde interventie kan het CVZ opnieuw beoordelen. Een herbeoordeling is aan de orde als er nieuw wetenschappelijk onderzoek is. Over DBS wordt op korte termijn nieuwe literatuur verwacht.

<sup>26</sup> CVZ. Standpunt Transcraniale Magnetische Stimulatie bij depressie is geen Zvw. Diemen, 24 juni 2011

<sup>27</sup> CVZ. Rapport Van Preventie Verzekerd. Diemen, Rapportnr. 250, 2007

<sup>28</sup> CVZ. Rapport Preventie van depressie: verzekerde zorg? Diemen Rapportnr. 264, 2008

<sup>29</sup> CVZ. Rapport Preventie van problematisch alcoholgebruik. Diemen, Rapportnr. 278, 2009

<sup>30</sup> CVZ. Standpunt Preventie van paniekstoornissen is te verzekeren zorg. Diemen, 27 juni 2011

<sup>31</sup> CVZ. Standpunt Preventie van angststoornissen is geen verzekerde zorg. Diemen, 7 september 2009

<sup>32</sup> CVZ. Standpunt Beating the blues. Diemen, 22 september 2008. Hierin oordeelt het CVZ dat cognitieve gedragstherapie Beating the blues bij depressie te verzekeren zorg is.

<sup>33</sup> CVZ. Standpunt Fear Fighter. Diemen, 20 september 2010. Hierin oordeelt het CVZ dat een op basis van cognitieve gedragstherapie gecomputeriseerde behandeling van agorafobie met en zonder paniek, is niet een te verzekeren prestatie Zvw.

<sup>34</sup> CVZ. Notitie (kenmerk 2011123541) Wanneer is e-health verzekerde zorg? Diemen, 29 november 2011. Beschikbaar via [www.cvz.nl](http://www.cvz.nl)



psychologen en verloskundigen die plegen te bieden. Deze wijziging was noodzakelijk omdat geneeskundige GGZ niet enkel door medisch-specialisten wordt geboden. De toelichting op de uitsluiting van de behandeling van aanpassingsstoornissen stelt dat de Zvw-aanspraken op het terrein van de GGZ scherper worden geformuleerd. Het is, volgens het CVZ, niet volstrekt duidelijk wat nu bedoeld is. Is ook de behandeling van deze stoornissen binnen de huisartsenzorg uitgesloten of heeft de uitsluiting enkel betrekking op EPZ en specialistische GGZ?

## 5. Wel of geen verzekerde geneeskundige GGZ?

### 5.a. Inleiding

#### Ziek?

Een groot probleem is dat veel psychische klachten als ziekte worden gelabeld. Psychische klachten zijn niet per definitie te beschouwen als een ziekte. De hulp die in deze situatie wordt geboden valt dan niet onder de geneeskundige GGZ, tenzij er sprake is van huisartsenzorg. Wat huisartsenzorg is, lichten we verderop in dit hoofdstuk nader toe. Daarnaast zijn er stoornissen die in de DSM IV voorkomen, maar die niet als ziekte waar geneeskundige GGZ voor nodig is, zijn te beschouwen.

Hierna geeft het CVZ een overzicht van wat wel en wat niet in het huidige pakket van de te verzekeren geneeskundige GGZ zit. Het CVZ baseert dit overzicht op eerdere standpunten/duidingen (beschreven in hoofdstuk 4). De manier waarop het CVZ werkt is beschreven in een aantal rapporten (Pakketbeheer in de praktijk<sup>35</sup>, De stand van wetenschap en Praktijk<sup>36</sup> en Plegen te bieden<sup>37</sup>). In deze rapporten is beschreven hoe het CVZ aan de hand van het wettelijke kader, zoals neergelegd in de Zvw en aanverwante regelingen, verduidelijkt of een bepaalde zorgvorm tot het te verzekeren pakket van de Zvw behoort. In bijlage 6 staan de relevante wettelijke bepalingen.

Wat de zorg inhoudt, wordt bepaald door het domein van de Zvw. Uit de considerans van de Zvw blijkt dat de wet specifiek bedoeld is voor compensatie van de gevolgen van de behoefte aan geneeskundige zorg. Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, klinisch-psychologen, medisch-specialisten en verloskundigen die plegen te bieden. De verzekerde heeft slechts recht op een zorgvorm voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. En verder geeft de wet aan dat de inhoud en omvang mede wordt bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. Er moet dus sprake zijn van effectieve zorg.

Domein en de omschrijving van geneeskundige zorg geven aan dat er sprake moet zijn van ziekte<sup>38</sup>.

Het CVZ zal het onderwerp ziek – niet ziek, van essentieel belang in het kader van de Zvw, als thema agenderen.

---

<sup>35</sup> CVZ. Pakketbeheer in de praktijk 2. Diemen, 2009. Rapportnr. 277. Beschikbaar via [www.cvz.nl](http://www.cvz.nl) en Pakketbeheer in de praktijk. Diemen, 2006. Rapportnr. 245. Beschikbaar via [www.cvz.nl](http://www.cvz.nl)

<sup>36</sup> CVZ. Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk. Diemen, 2007. Rapportnr. 254. Beschikbaar via [www.cvz.nl](http://www.cvz.nl)

<sup>37</sup> CVZ. Betekenis en beoordeling criterium 'plegen te bieden'. Diemen, 2009. Rapportnr. 268. Beschikbaar via [www.cvz.nl](http://www.cvz.nl)

<sup>38</sup> Een uitzondering hierop vormt geïndiceerde preventie, waarbij sprake is van een persoon die nog geen ziekte heeft, maar wel een hoog risico heeft op de ziekte

Geneeskundige GGZ is gericht op de behandeling van een psychische stoornis/aandoening<sup>39</sup>, dan wel op het herstel of het voorkomen van verergering van een psychische stoornis. Het stellen van de diagnose rond de psychische stoornis (of ziekte) gebeurt met behulp van de DSM IV.

De DSM IV zal binnen afzienbare tijd vervangen worden door de DSM V. Of de te classificeren stoornissen dezelfde of meer of minder zijn dan de DSM IV is nog niet duidelijk. Te zijner tijd zal het CVZ de in de DSM V opgenomen stoornissen beoordelen om vast te stellen wat wel en niet tot de te verzekeren zorg behoort.

### **5.b. Wat valt niet onder de Zvw?**

Bij psychische klachten wordt een diversiteit aan hulp geboden. Net zoals bij somatische klachten die nog niet wijzen op een duidelijke ziekte, is de huisarts bij psychische klachten dus eerst aan zet. Bij twijfel over een mogelijke ziekte die hij niet zelf kan behandelen, is ook hier verwijzing op zijn plaats.

Op basis van de Zvw valt de hulp op het gebied van psychische klachten daarom in beginsel niet onder de eerstelijnspsychologische zorg en de specialistische geneeskundige GGZ.

#### ***Problemen werk en relaties (V-codes)***

Op As I van de DSM IV staan zowel stoornissen als "andere aandoeningen en problemen die een reden voor zorg kunnen zijn".

Bij de stoornissen van As I gaat het om ziekten zoals depressie of angststoornissen. Daarbij kan geneeskundige GGZ (EPZ en specialistische GGZ) geïndiceerd zijn.

Bij de "andere aandoeningen en problemen die een reden voor zorg kunnen zijn" op As I, worden problemen aangeduid met zogenaamde V-codes. Omdat deze V-codes geen As I stoornissen bevatten, beschouwt het CVZ deze problemen niet als een ziekte. Personen met dit soort problemen kunnen bij de huisarts terecht. Maar er is geen sprake van een indicatie voor geneeskundige GGZ. Bijvoorbeeld huwelijksproblemen kunnen leiden tot depressieve of angstklachten, maar even snel verdwijnen na het oplossen van de huwelijksproblemen. Er is evenmin een indicatie voor geneeskundige GGZ bij overspanning (surmenage) en burn-out. Dit zijn geen DSM IV stoornissen; het zijn klachten die de huisarts kan behandelen. In deze is ook van belang dat personen met deze klachten ook een eigen verantwoordelijkheid hebben voor oplossingen. Hiervoor zijn diverse zelfhulpprogramma's, ook via internet, beschikbaar. Tevens kan bij werkgerelateerde klachten de werkgever een verantwoordelijkheid hebben.

---

<sup>39</sup> Binnen de Zvw wordt bij voorkeur het begrip psychische stoornis gebruikt. Deze omschrijving sluit aan bij de terminologie van de internationaal gebruikte DSM-IV-classificatie (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th Edition)

### ***Aanpassingsstoornissen***

De behandeling van aanpassingsstoornissen is, zoals de minister heeft besloten, met ingang van 2012 geen onderdeel meer van het verzekerde pakket.

Bij een aanpassingsstoornis is sprake van de ontwikkeling van emotionele symptomen en gedragsvormen als reactie op een aanwijsbare stressfactor, zoals overlijden of ontslag. De aandoening uit zich binnen drie maanden na het optreden van de stressfactor. Hierbij moet het gaan om een aantoonbare spanning die erger is dan bij de stressfactor verwacht kan worden en/of duidelijke hinder in de sociale omgang of op het werk.

Met het uitsluiten van de behandeling van aanpassingsstoornissen is het niet meer mogelijk om op deze wijze V-codes als stoornis vast te leggen.

Zoals hiervoor al opgemerkt (zie hoofdstuk 4.) is niet duidelijk of deze uitsluiting ook geldt voor huisartsenzorg. Voor een zorgcontinuüm en het kunnen toepassen van stepped care is een dergelijke uitsluiting bij de huisartsenzorg naar de mening van het CVZ niet aangewezen. Om deze reden acht het CVZ het belangrijk de aanpassingsstoornissen als een van de eerste onderwerpen in de tweede fase aan te pakken.

### ***Psychosociale hulp***

Hulpverleningsactiviteiten die niet geneeskundig van aard zijn, vallen niet onder de Zvw. Een voorbeeld hiervan is de psychosociale hulp.

Psychosociale hulp bestaat vooral uit praktische en sociaal maatschappelijke interventies. Deze hulp behoort tot de activiteiten van het Algemeen Maatschappelijk Werk. De hulp is gericht op het verbeteren van de sociale positie van de cliënt in financieel, maatschappelijk en emotioneel opzicht.

Bij deze hulp is geen sprake van een stoornis (ziekte), waarvoor geneeskundige zorg nodig is. Psychosociale hulp valt niet onder de geneeskundige GGZ.

Niet alle stoornissen die in de DSM IV voorkomen, zijn te beschouwen als een ziekte waarvoor GGZ nodig is.

Bijvoorbeeld:

### ***Leerstoornissen***

- Hier gaat het niet om psychische stoornissen, maar om neurofysiologische aandoeningen. De leerstoornissen zijn in de DSM-IV opgenomen om beroepsbeoefenaren in de geestelijke gezondheidszorg aan te moedigen bij hun evaluaties zo volledig mogelijk te zijn.

### ***Dyslexie***

- Dyslexie is een leerstoornis. Zoals hiervoor gesteld is dit geen psychiatrische ziekte, maar een neurofysiologische aandoening. Bij veel kinderen die in het circuit van de geestelijke gezondheidszorg komen (vooral die met ADHD of gedragsstoornissen), is de kans groot dat ze ook een leerprobleem hebben dat hun psychiatrische status kan beïnvloeden. Behandeling van ernstige dyslexie is als een afzonderlijke te verzekeren prestatie onderdeel van het basispakket van de Zvw. Ondanks de DSM-classificatie is

het geen geneeskundige GGZ.

### **Dementie**

- Ook de dementie behoort qua diagnostiek en behandeling niet exclusief tot het domein van de GGZ. De landelijke richtlijn Diagnostiek en medicamenteuze behandeling van dementie<sup>40</sup> is opgesteld op initiatief van de Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie en er zijn diverse multidisciplinaire geheugenpoli's verbonden aan algemene ziekenhuizen.

Een precieze afbakening is voor dementie dus niet mogelijk.

### **Verstandelijke beperking**

Daarnaast staan er in de DSM stoornissen vermeld die niet gerekend worden tot het specifieke domein van de GGZ. Het beste voorbeeld is de mentale retardatie dat in de DSM IV wordt geclassificeerd op As II. Zorg voor mensen met een verstandelijke handicap is geen GGZ. Als specifieke zorg, specifiek in verband met de verstandelijke beperking, nodig is dan kan een beroep gedaan worden op de zorg in de AWBZ. Daarnaast is het uiteraard mogelijk dat mensen met een verstandelijke beperking een beroep kunnen doen op GGZ als sprake is van een psychische stoornis. Net zoals zij ook een beroep kunnen doen op andere Zvw-zorg.

Tot slot zijn er "activiteiten" en interventies die om verschillende redenen niet onder geneeskundige GGZ vallen.

### **Zelfhulp**

Zelfhulp is de actie van een patiënt waarbij deze zonder tussenkomst van professionele hulpverleners een bepaalde problematiek probeert op te lossen of hanteerbaar te maken.<sup>41</sup> Zelfhulp is meestal het eigen initiatief van de patiënt om een bepaald probleem hanteerbaar te maken. Zelfhulp vindt plaats naast de reguliere behandeling. Patiënten helpen zichzelf (met andere woorden: doen aan zelfhulp) door gebruik te maken van de kennis en ervaringen van ervaringsdeskundigen en van contacten met lotgenoten. Ook kunnen zij gebruik maken van de mogelijkheden die de sociale media zoals Internet via Gezondheid 2.0 bieden.

Zelfhulp speelt zich in het algemeen af buiten de reguliere zorg. Dit betekent dat een verzekerde voor kosten in verband met zelfhulp geen beroep kan doen op de Zvw.

### **Toeleiden naar zorg**

Bemoeizorg is assertieve, outreachende hulpverlening die niet op geleide van een vrijwillige, individuele hulpvraag wordt uitgevoerd. Daarmee beweegt bemoeizorg zich op het terrein van de (openbare) geestelijke gezondheidzorg (OGGZ). Bemoeizorg gaat over moeilijke en complexe probleemsituaties van sociaal kwetsbare mensen die zelf niet

---

<sup>40</sup> CBO. Richtlijn *Diagnostiek en medicamenteuze behandeling van dementie*. Utrecht, 2005. Beschikbaar via [www.cbo.nl](http://www.cbo.nl)

<sup>41</sup> Voor een definitie van zelfhulp en het onderscheid tussen zelfhulp en zelfmanagement zie: CVZ. Standpunt Begeleiding bij Zelfmanagement van chronische ziekten. Diemen, 25 november 2010

om hulp vragen. Meestal is het iemand uit de omgeving die melding maakt van verwaarlozing, overlast of andere zorgwekkende problemen<sup>42</sup>. Bemoeizorg speelt zich af buiten het terrein van de Zvw omdat betrokkenen nog niet in zorg zijn. Dit is in het bijzonder dat deel van bemoeizorg waar nog sprake is van het toeleiden naar zorg. Zodra iemand in zorg is of kan worden genomen, is bij behandeling sprake van geneeskundige GGZ, die dan onderdeel is van het verzekerde pakket.

Zo ook bij patiënten die (uiteindelijk) in zorg zijn gekomen en waarbij het door hun ziekte onvoldoende ziektebesef en inzicht bestaat. Deze patiënten hebben vaak een vorm van bemoeizorg nodig omdat zij zich nogal eens onttrekken aan de noodzakelijke behandeling. Deze vorm van bemoeizorg valt wel onder de te verzekeren zorg van de Zvw.

Vanuit het veld komen vragen en opmerkingen over bemoeizorg. De reden hiervoor is veelal dat niet helder is wie financieel verantwoordelijk is. In de jaren negentig van de vorige eeuw ontvingen veel ggz-instellingen gelden voor het bieden van bemoeizorg. Op basis van een subsidieregeling (voor initiatieven op het gebied van de openbare GGZ) verstrekten zorgkantoren in overleg met gemeenten aan ggz-instellingen gelden. Eind vorige eeuw is het subsidiebeleid op grond van Ziekenfondswet en AWBZ gewijzigd en is gestart met het laten vervallen van vrijwel alle subsidieregelingen. De zorg die gefinancierd werd op basis van subsidie is voor een groot deel opgenomen onder de Wmo of de zorg is als aanspraak/prestatie opgenomen onder de sociale ziektekostenverzekeringen.

De openbare GGZ, waartoe bemoeizorg behoort, is opgenomen onder de Wmo. Deze bemoeizorg dus, waarbij (nog) geen sprake is van een individuele zorgvraag, is geen te verzekeren zorg in het kader van de Zvw. Ook de subsidiegelden zijn overgeheveld naar de gemeenten.

### ***Preventie en dienstverlening***

Hoewel niet op basis van subsidie, waren er ten tijde van de AWBZ-bekostiging voor GGZ-instellingen mogelijkheden voor het bieden van preventie. Gelden voor preventie en dienstverlening zijn destijds overgegaan naar gemeenten (Wmo). In het verleden maakten zorgkantoren en instellingen afspraken over de invulling van het budget. Preventie en dienstverlening waren onderdelen van de afspraak. Met de overheveling van de AWBZ naar de Zvw geldt voor de geneeskundige GGZ het systeem van de Zvw. Dit betekent een bekostiging op basis van een individu, dat om zorg vraagt. Preventie en dienstverlening zonder een individuele zorgvraag passen hier niet bij. Zo is het benaderen van mensen die nog geen klachten hebben, het screenen op aandoeningen en het daarna toeleiden naar de zorg, geen Zvw-zorg.

---

<sup>42</sup> Trimbos-instituut. Begrippen bij het verbeterprogramma: wat is bemoeizorg. Geraadpleegd januari 2012 via [www.trimbos.nl/verbeterdezorg](http://www.trimbos.nl/verbeterdezorg)

Zo lang de betrokkene geen individuele zorgvraag heeft geuit, is het domein van de Zvw niet in beeld<sup>43</sup>.

Dit geldt ook voor de programma's die hulpverleners aanbieden aan kinderen van ouders met psychische problemen (KOPP) of aan mantelzorgers. Dit is geen te verzekeren zorg. Deze programma's die gericht zijn op een bepaalde groep mensen, merkt het CVZ aan als een vorm van selectieve preventie. Net als universele preventie (algemene voorlichting) valt selectieve preventie niet onder de te verzekeren zorg.

Verder heeft het CVZ in 2009 bepaald dat preventie van angststoornissen geen te verzekeren zorg is. De (preventieve) behandeling van een verzekerde met een hoog risico op angststoornissen valt niet onder het pakket van de Zvw<sup>44</sup>

De enige uitzondering op het vorenstaande is de individuele geïndiceerde preventie. In 2007 heeft het CVZ hierover het rapport Van preventie verzekerd<sup>45</sup> uitgebracht. Hierin staan de kaders voor individuele geïndiceerde preventie. Bij welke psychische stoornissen geïndiceerde preventie wel te verzekeren zorg is, staat in de volgende paragraaf (5.c.).

***Psychoanalyse  
Neurofeedback  
DBS  
TMS***

In hoofdstuk 4 zijn diverse standpunten vermeld en is al uiteengezet dat er geen sprake is van verzekerde zorg bij de volgende interventies: psychoanalyse, neurofeedback, deep brain stimulation (DBS)<sup>46</sup> en transcranial magnetic stimulation (TMS).

***Psychologische hulp  
als onderdeel van  
somatische zorg***

Vaak komen bij somatische ziekten psychologische problemen voor die noodzakelijke zorg verdienen. Ook hierbij geldt dat deze psychologische zorg niet valt onder de geneeskundige GGZ maar onderdeel is van de medisch-specialistische somatische zorg.

## ***5.c. Wat valt wel onder de Zvw?***

### ***5.c.1. Inleiding***

Geneeskundige GGZ valt onder de geneeskundige zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden (artikel 2.4, lid 1 Bzv, zie bijlage 6). Geneeskundige GGZ omvat zorg, die de betrokken beroepsgroep tot het aanvaarde arsenaal van medische onderzoeks- en behandelingsmogelijkheden rekent en die gericht is op herstel of voorkoming van verergering van een psychische stoornis. Onder herstel of voorkoming van verergering is het leren omgaan met de (gevolgen van een) aandoening begrepen, voor zover de interventie is

---

<sup>43</sup> Rapport Van preventie verzekerd. Diemen, Rapportnr. 250, 2007

<sup>44</sup> CVZ. Standpunt Preventie van angststoornissen: verzekerde zorg? Diemen, 25 augustus 2009

<sup>45</sup> CVZ. Rapport Van preventie verzekerd. Diemen, Rapportnr. 250, 2007

<sup>46</sup> Zie voetnoot 29

gestructureerd, programmatisch is en zich richt op een specifiek geneeskundig doel.

#### 5.c.2. Geneeskundige GGZ algemeen

De geneeskundige GGZ omvat eerstelijns GGZ, specialistische GGZ en verblijf dat medisch noodzakelijk is in verband met geneeskundige zorg/specialistische GGZ (bijvoorbeeld verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis of PAAZ). De geneeskundige GGZ bestaat uit

- huisartsgeneeskundige zorg,
- eerstelijnspsychologische zorg en
- specialistische GGZ
- farmaceutische zorg.

De geneeskundige zorg zoals huisartsen die plegen te bieden op het gebied van psychische klachten/ziekten en de eerstelijnspsychologische zorg vallen onder de Basis GGZ, zoals de NZa deze definieert<sup>47</sup>. De NZa noemt de EPZ echter generalistische GGZ, een term die volgens het CVZ ook betrekking kan hebben op huisartsenzorg. De huisarts is de generalist bij uitstek.

#### ***Matched care/ stepped care is uitgangspunt***

Het CVZ onderschrijft het principe van matched care: zorg die erop is gericht de patiënt zo snel mogelijk op de meest geëigende plaats te behandelen. Dit geldt vooral bij duidelijke en ernstige ziektebeelden, bijv. een ernstige psychose dient zo snel mogelijk door een psychiater behandeld te worden. Daarnaast is toepassing van "stepped care" uitgangspunt voor goede zorg (gepast gebruik). Het stepped-care model heeft als uitgangspunt een behandeling te starten met de zo licht mogelijke c.q. zo min mogelijk invasieve interventie ("watchful waiting" en zelfhulp<sup>48</sup>) en, bij onvoldoende herstel op een interventie, tijdig over te stappen op de volgende interventie.

---

<sup>47</sup> NZa. Consultatiedocument Basis GGZ. Utrecht, november 2011

<sup>48</sup> Het CVZ heeft in het standpunt Begeleiding bij zelfmanagement chronische ziekten (Diemen, 2010) zelfhulp gedefinieerd als volgt: Zelfhulp is de actie van een patiënt waarbij deze zonder tussenkomst van professionele hulpverleners een bepaalde problematiek probeert op te lossen of hanteerbaar te maken.

<sup>49</sup> Treasure J, Schmidt U, Troop N, et al. Sequential treatment for bulimia nervosa incorporating a self-care manual. *Br J Psychiatry* 1996;168:94-8.

<sup>50</sup> Wilson GT, Vitousek KM, Loeb KL. Stepped care treatment for eating disorders. *J Consult Clin Psychol* 2000;68:564-72.

<sup>51</sup> Reinhardt S, Bischof G, Grothues J, et al. Gender differences in the efficacy of brief interventions with a stepped care approach in general practice patients with alcohol-related disorders. *Alcohol Alcohol* 2008;43:334-40.

<sup>52</sup> Drummond C, Coulton S, James D, et al. Effectiveness and costeffectiveness of a stepped care intervention for alcohol use disorders in primary care: pilot study. *Br J Psychiatry* 2009;195:448-56.



Stepped-care modellen zijn ontwikkeld en wetenschappelijk effectief gebleken bij verschillende psychiatrische stoornissen zoals eetstoornissen<sup>4950</sup> en aan alcohol gebonden stoornissen<sup>5152</sup>.

Ook in de Multidisciplinaire richtlijn Depressie is het stepped-care model uitgangspunt van behandeling waarbij de interventies evidence-based of consensus-based zijn<sup>53</sup>.

### ***E mental health***

In hoofdstuk 4 is gewezen op het onlangs ingenomen standpunt in verband met innovatieve zorg<sup>54</sup>. Dit betekent dat het CVZ er van uitgaat dat gebruikelijke GGZ-interventies die op een andere manier, zoals via computer of internet, worden aangeboden in beginsel tot het pakket behoren. Uitdrukkelijke toetsing van een interventie komt aan de orde als het vermoeden bestaat dat de e-healthmanier niet of minder effectief is dan de gebruikelijke zorg.

### ***Huisartsenzorg***

#### *5.c.3. Huisartsenzorg en EPZ*

De huisarts begeleidt zelf vaak mensen met lichte problematiek zoals overspanning, burn-out en stress<sup>55</sup>. In huisartsenpraktijken die beschikken over een GGZ praktijkondersteuner (POH-GGZ), kan de huisarts deze begeleiding overdragen.

Bij ernstige problematiek, bijvoorbeeld bij een duidelijk te classificeren persoonlijkheidsstoornis, ligt verwijzing naar de tweede lijn voor meer gespecialiseerde hulp voor de hand. Wanneer er geen, met behulp van de DSM te classificeren stoornis is en de problemen van meer sociale aard zijn, kan de huisarts denken aan verwijzing naar het algemeen maatschappelijk werk.

In de praktijk zal de huisarts, omdat psychische klachten vaak zijn verweven met lichamelijke klachten, meestal een behandeling instellen. In sommige gevallen, bv. bij rug-, nek- en schouderklachten, maar ook bij hyperventilatieklachten, betreft de huisarts de fysiotherapeut erbij en wacht dan het resultaat van de behandeling en het natuurlijke beloop af. Als de problemen na verloop van tijd niet verbeteren of ernstiger worden, komt de zorgverlener EPZ in beeld. De huisarts volgt dan het stepped care-model.

Met het uitsluiten van de behandeling van aanpassingsstoornissen uit het verzekerde pakket is het niet

---

<sup>53</sup> Zie tweede revisie van de richtlijn, geraadpleegd januari 2012 via [http://www.ggzrichtlijnen.nl/index.php?pagina=/richtlijn/item/pagina.php&richtlijn\\_id=88](http://www.ggzrichtlijnen.nl/index.php?pagina=/richtlijn/item/pagina.php&richtlijn_id=88)

<sup>54</sup> CVZ. Notitie (kenmerk 2011123541) Wanneer is e-health verzekerde zorg? Diemen, 29 november 2011. Beschikbaar via [www.cvz.nl](http://www.cvz.nl)

<sup>55</sup> NHG. Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Overspanning en burn-out. Utrecht, 2011. Deze Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak (LESA) geeft aanbevelingen voor de samenwerking en suggesties voor werkafspraken tussen huisartsen, bedrijfsartsen en eerstelijnspsychologen. Doel is dat de patiënten in de eerste lijn op het juiste moment de juiste zorg krijgen met behoud van continuïteit van zorg. De huisarts, bedrijfsarts en eerstelijnspsycholoog stellen het beleid vast in samenspraak met de patiënt, met inachtneming van diens specifieke omstandigheden en met erkenning van diens eigen verantwoordelijkheid, waarbij adequate voorlichting een voorwaarde is.

ondenkbaar dat mensen die zich tot de huisarts wenden met lichamelijke klachten, maar waarbij de huisarts een aanpassingsstoornis vermoedt, moeilijker zijn door te verwijzen naar de GGZ. Zij zullen dan op een ineffectieve wijze een beslag blijven doen op de somatische zorg. Dit is uiteraard een ongewenste situatie.

#### **EPZ**

Volgens Derksen (hoogleraar klinische psychologie) kan men in zijn algemeenheid voor verwijzing voor EPZ een aantal criteria aanhouden, zoals duur, ernst en aard van de klacht<sup>56</sup>. Bij de EPZ gaat het om niet complexe psychische problematiek die meestal voor de eerste maal optreedt en waarbij de klachten een matige invloed hebben op iemands functioneren<sup>57</sup>.

De zorgverlener werkt vooral klachtgericht en stelt niet de eventuele achterliggende problemen centraal. Er wordt doelgericht gewerkt naar 'herstel van evenwicht' door inzet van kortdurende, generalistische psychologische zorg<sup>58</sup>. Het ziektemodel is hierbij niet het uitgangspunt maar meer het versterken van het oplossend vermogen (de kracht) van de patiënt.

#### **Diagnostiek**

Indien er bij de huisarts twijfels bestaan met betrekking tot de diagnostiek kan de EPZ de psychologische diagnostiek preciseren. De diagnostische verrichtingen, anamnese en heteroanamnese, vinden plaats binnen de EPZ. De diagnostiek is binnen één, twee zittingen afgerond<sup>59</sup>. Als meer uitgebreid onderzoek nodig is dient dit niet binnen de EPZ plaats te vinden, maar binnen de specialistische GGZ. Verwijzing naar de tweede lijn, de specialistische GGZ is dan aangewezen. Het CVZ is van mening dat nader diagnostisch onderzoek specialistische zorg is. Deze diagnostiek moet niet onder de eerstelijns gebracht worden (zie ook 2.f).

#### **Geïndiceerde preventie**

Geïndiceerde individuele preventie bij een verzekerde met een hoog risico op depressie, of met een hoog risico op problematisch alcoholgebruik of met een hoog risico op een paniekstoornis is onderdeel van de geneeskundige GGZ (eerste lijn) en is te verzekeren zorg in de Zvw.

- Van een hoog risico bij depressie is sprake als iemand een subklinische depressie (één kernsymptoom, aangevuld met maximaal drie overige symptomen) heeft.
- Van een hoog risico bij problematisch alcoholgebruik is sprake als iemand meer drinkt dan verantwoord is, maar daarbij nog niet voldoet aan de criteria van een stoornis in alcoholgebruik.

---

<sup>56</sup> Derksen J, Jong J de. Het profiel van de eerstelijnspsycholoog na dertig jaar. Huisarts Wet 2011;54(8):432-5.

<sup>57</sup> Trimbos. Rapport Afbakening eerste en tweedelijnszorg voor psychische stoornissen. Utrecht, 2006

<sup>58</sup> visie document LVE

<sup>59</sup> LVE

- Van een hoog risico op een paniekstoornis is sprake als iemand een subklinische paniekstoornis heeft.

Over de interventies bij deze psychische stoornissen heeft het CVZ drie afzonderlijke standpunten ingenomen (zie hiervoor in hoofdstuk 4). Alleen bij deze drie stoornissen is de preventieve zorg bewezen effectief en is daarmee te verzekeren zorg. Het is nog niet bekend of de lage ziektelast benadering in de toekomst aanleiding is deze standpunten in heroverweging te nemen.

**Zorggerelateerde preventie**

Het voorkomen van verergering van een psychische stoornis is te beschouwen als een vorm van zorggerelateerde preventie. Zorggerelateerde preventie is onderdeel van een behandeling en behoort dan tot het verzekerde pakket.

**Verband en hulpmiddelen**

Onder geneeskundige zorg vallen ook de materialen die de arts of andere hulpverlener gebruikt bij het verlenen van geneeskundige zorg. Bijvoorbeeld genees-, verband- en hulpmiddelen. Het gaat dan om het gebruik van die middelen in de praktijk van de hulpverlener of in de instelling waaraan de hulpverlener is verbonden als onderdeel van geneeskundige zorg.

**Laboratorium onderzoek**

Onderdeel van geneeskundige zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, is ook het daarbij behorende laboratorium- en ander onderzoek voor zover dit staat in richtlijnen of standaarden van het NHG. Alle onderzoeken waarvoor de behandelaar opdracht geeft, zijn onderdeel van zijn behandeling.

**Farmacotherapie**

Als de verzekerde een voorschrift van de huisarts krijgt voor bijvoorbeeld een geneesmiddel, dan valt deze zorg onder farmaceutische zorg. De zorgverlener EPZ kan geen geneesmiddelen voorschrijven.

*5.c.4. Specialistische GGZ*

**Diagnostiek en specialistische behandeling van complexe stoornissen**

Bij specialistische GGZ gaat het om diagnostiek en specialistische behandeling van complexe psychische stoornissen. Voor de complexe psychische aandoeningen kan een verzekerde terecht bij specialistische GGZ-aanbieders, zoals psychiaters, psychotherapeuten, klinisch psychologen en GGZ-instellingen (psychiatrisch ziekenhuis). De behandeling bestaat hierbij vaak uit medicatie en psychotherapie zoals cognitieve gedragstherapie ('pillen en praten'). Ook chronische psychische zorg kan onderdeel zijn van geneeskundige specialistische GGZ.

**Begeleidingsactiviteiten**

Begeleidingsactiviteiten die een onlosmakelijk onderdeel van de psychiatrische behandeling zijn, zijn aan te merken als geneeskundige zorg in de Zvw. Hiervan is sprake als deze activiteiten voortvloeien uit het behandelplan, noodzakelijk zijn om het behandeldoel te bereiken, worden aangestuurd

door de behandelaar en er terugkoppeling plaatsvindt naar de behandelaar.

Als een behandelaar naast zijn behandeling ook begeleiding nodig acht op het niveau van een behandelaar, dan dient multidisciplinaire zorg te worden ingezet. Begeleiding vanuit de AWBZ behoort dan niet tot de mogelijkheden.

***Deeltijd-  
behandeling***

Specialistische GGZ is veelal multidisciplinair. Een gebruikelijke zorgvorm is deeltijdbehandeling, een behandeling bestaande uit verschillende componenten gedurende een aantal dagdelen per week. In enkele Richtlijnen komt deze behandelvorm wel voor, maar een duidelijke omschrijving wanneer en hoe lang deze zorg aanbevolen is, ontbreekt.

***Verband en  
hulpmiddelen***

Onder geneeskundige specialistische GGZ vallen ook de materialen die de arts of andere hulpverlener gebruikt bij het verlenen van geneeskundige zorg en het daarbij behorende laboratorium en ander onderzoek. Bij de genees-, verband- en hulpmiddelen gaat het dan om het gebruik van die middelen in de praktijk van de hulpverlener of in de instelling waaraan de hulpverlener is verbonden als onderdeel van geneeskundige zorg. Alle onderzoeken waarvoor de behandelaar opdracht geeft, zijn onderdeel van zijn behandeling

***Laboratorium  
onderzoek***

***Farmacotherapie***

Als de verzekerde een voorschrift krijgt voor bijvoorbeeld een geneesmiddel, dan valt deze zorg onder farmaceutische zorg.

***Tot 366 dagen  
Zvw***

Soms is verblijf in een ggz-instelling medisch noodzakelijk in verband met geneeskundige GGZ. Bijvoorbeeld opname in een psychiatrisch ziekenhuis, een verslavingsinstelling of een PAAZ (psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis). Zolang de opname korter duurt dan één jaar (365 dagen), vallen de kosten volledig onder de dekking van de zorgverzekering. Duurt een opname langer dan 365 dagen, dan komen de kosten vanaf de 366e dag ten laste van de AWBZ-verzekering.

***Wanneer  
noodzakelijk?***

Wanneer een verzekerde aangewezen is op verblijf is niet duidelijk<sup>60</sup>. De richtlijnen die betrekking hebben op psychische stoornissen bevatten vrijwel geen aanbevelingen op dit punt<sup>61</sup>. Het CVZ is van mening dat criteria hiervoor wel noodzakelijk zijn. Immers in de Zvw staat dat men aanspraak heeft op verblijf, noodzakelijk in verband met medisch-specialistische zorg. In het licht van het relatief hoge aantal bedden in Nederland is een kritische beschouwing wanneer dit verblijf noodzakelijk is op zijn plaats.

---

<sup>60</sup> Dit betreft verblijf in verband met geneeskundige zorg. Verblijf langer dan 365 dagen komt ten laste van de AWBZ. Voor zgn. voortgezet verblijf (inclusief behandeling) geldt hetzelfde als voor verblijf in verband met geneeskundige zorg. Voor AWBZ-verblijf (niet in combinatie met behandeling) kent de AWBZ criteria voor openeming.

<sup>61</sup> Aan een aantal hoogleraren heeft het CVZ de vraag voorgelegd in welke gevallen zij verblijf noodzakelijk vinden.

***Begeleiding en  
dagbesteding bij  
verblijf***

Verblijf in een GGZ-instelling omvat een integraal multidisciplinair zorgaanbod, waarin ook begeleiding zit. Verblijf omvat daarnaast het eten en drinken en het schoonmaken van de kamer. Verzekerden die voor een deel van hun tijd behoefte hebben aan een zinvolle dagbesteding kunnen hiervan gebruik maken. Deze daginvulling valt ook onder het verblijf ten laste van de Zvw. Tijdens het verblijf ten laste van de Zvw is AWBZ-zorg niet mogelijk.

***Geneeskundige  
zorg en medicatie  
bij verblijf***

Verblijf in combinatie met geneeskundige GGZ kan ook verpleging, verzorging of paramedische zorg omvatten. Verpleging en verzorging in verband met een somatische aandoening valt hier ook onder. De paramedische zorg bij het verblijf is beperkt tot de zorg die nodig is in het kader van de behandeling waarvoor het verblijf medisch noodzakelijk is, in dit geval in verband met een psychische stoornis. Tijdens verblijf heeft de verzekerde aanspraak op geneeskundige zorg, zoals algemeen geneeskundige zorg (huisartsenzorg), maar ook genees-, verband- en hulpmiddelen. De verstrekte medicijnen maken dus onderdeel uit van de geneeskundige zorg die de instelling levert. Dat geldt ook voor medicijnen die worden toegediend in verband met een andere aandoening dan waarvoor het verblijf is aangewezen.

### ***5.d. Conclusies***

In de praktijk blijkt dat er onduidelijkheid is rond het stellen van een diagnose, de verwijzing naar de EPZ dan wel de specialistische GGZ en het inschakelen van 'hulppersoneel'.

Hoewel diagnosestelling bij psychische problematiek vaak complexer is dan bij somatische klachten biedt de uitleg over wat wel en niet te verzekeren GGZ is, voldoende houvast voor hulpverleners en verzekeraars om vast te stellen wie de zorg moet bieden en hoe deze te declareren.

Hulp bij werk- en relatieproblemen is geen te verzekeren zorg tenzij sprake is van een stoornis of geïndiceerde preventie. Dat is nog lang niet tot alle hulpverleners en verzekerden doorgedrongen. Aandacht voor het belang van mentale fitheid vanuit de publieke gezondheid kan hierbij helpen.

Wat nog wel duidelijk moet worden is of de uitsluiting van de behandeling van aanpassingsstoornissen uit het pakket ook geldt voor de huisartsenzorg.

Wat verder moet worden verduidelijkt is wanneer opname/verblijf geïndiceerd en noodzakelijk is.

De uitleg zoals we in dit hoofdstuk uiteen gezet hebben over wat wel en wat niet onder het basispakket van de Zvw valt is

de basis voor de beoordeling over onbetwistbare GGZ, ofwel wat noodzakelijkerwijs tot de te verzekerde zorg moet behoren, in de tweede fase.

## 6. Conclusies en aanbevelingen

### *Kostenstijging*

De kostenstijging in de GGZ maken het de minister noodzakelijk maatregelen te treffen. Met de getroffen maatregelen voor 2012 zal de kostengroei getemperd worden. Niet duidelijk is wat de lange termijn gevolgen zijn van deze maatregelen. Door het verwijderen van de behandeling van aanpassingsstoornissen uit het pakket ontstaat een leemte in de zorgketen van stepped care. Door de eigen bijdrage wordt de toegang tot zorg in sommige gevallen moeilijker. Dat kan op zich leiden tot toename van ziekteverzuim, gebruik van somatische zorg waar GGZ is aangewezen en wellicht tot overlast doordat mensen onvoldoende zorg ontvangen. In welke mate deze mogelijke effecten zich zullen voordoen is niet bekend.

Uit de hoofdstukken 2 en 3 komt naar voren dat het met de Zvw voorgestane systeem voor wat betreft de GGZ niet goed functioneert. Teveel prikkels staan verkeerd om te komen tot stepped care en het inzetten en vergoeden van de juiste zorg. Duidelijk moet zijn wanneer een verzekerde op welke zorg recht heeft en wanneer niet, en hoe deze zorg gedeclareerd moet worden (zie bijlage 7: overzichten van verzekerde zorg en geleverde zorg).

### *Verkeerde prikkels*

- Het DBC-systeem is een tijdregistratiesysteem, het kent een indeling in tijdsgrenzen. Daarom heeft een aanbieder er baat bij net uit te komen in een nieuwe grens ('upcoding', zie 2.c).
- Zorgverzekeraars lopen vrijwel geen risico op geneeskundige GGZ. Zij zijn wel risicodragend voor eerstelijnszorg (huisartsenzorg). Zorgverzekeraars hebben er baat bij dat zorg eerder in de tweede dan eerste lijn wordt geleverd.
- Zorgverzekeraars hebben weinig zicht op de geleverde zorg. Dit beperkt hun mogelijkheden voor controle.
- Verzekerden betalen wel een eigen bijdrage voor EPZ en niet voor specialistische GGZ (tot 2011).

Door deze verkeerde prikkels is de kans groot dat zorg wordt vergoed ten laste van de Zvw die geen te verzekeren geneeskundige GGZ is en dat eerstelijns geneeskundige GGZ (EPZ) wordt geleverd, maar als specialistische geneeskundige GGZ (via dbc's ggz) wordt gedeclareerd.

Vanaf begin dit jaar zijn verzekerden ook voor specialistische geneeskundige GGZ een bijdrage verschuldigd. Er dient naar de mening van het CVZ voor gewaakt te worden dat eigen

bijdragen het principe van stepped care niet frustreren. Een eigen bijdragesystematiek dient voor eerstelijns- en tweedelijns GGZ neutraal uit te werken.

**Goede zorg/gepast gebruik** De huidige situatie is dus niet bevorderend voor een goede werking van stepped care. Stepped care is een beginsel dat veel meer toegepast zou moeten worden bij de behandeling van veel psychische stoornissen. Het CVZ hanteert stepped care en matched care als uitgangspunt van goede zorg (gepast gebruik). Ook richtlijnen schrijven een stepped care-benadering voor.

**Richtlijnen** Er is weinig tot geen onderbouwing in de richtlijnen voor deeltijdbehandeling en opname (en de duur ervan). Mede gezien het relatief grote aantal bedden is de vraag of opname altijd is aangewezen en of mensen niet te lang worden opgenomen. Het is niet duidelijk of aan het criterium in de Zvw (verblijf is medisch noodzakelijk in verband met geneeskundige zorg) wordt voldaan.

De naleving van richtlijnen laat te wensen over. Dit volgt in ieder geval uit de pakketscan depressie. Hierdoor vindt zowel overbehandeling als onderbehandeling plaats, ook op het gebied van het voorschrijven van medicatie.

**Geen pakketmaatregelen, maar ...** Gelet op het vorenstaande – naleving richtlijnen, gepast gebruik – is het CVZ van mening dat er nog veel aan efficiency- en kwaliteitswinst kan worden geboekt in de GGZ, zonder direct over te gaan tot pakketmaatregelen.

Om te komen tot gepast gebruik en een doelmatige en rechtmatige uitvoering adviseert het CVZ de volgende maatregelen:

- Versterking eerstelijns
- Invoering meer risicodragendheid
- Bevorderen dat in richtlijnen aanbevelingen over deeltijdbehandeling en verblijf en de duur daarvan worden opgenomen
- EPZ maximaal acht zittingen
- Expliciet uitsluiten van psychische problemen in verband met werk en relaties en psychosociale hulp
- Regelgeving over diagnosevermelding op declaratie.

**Versterking eerstelijns GGZ** Het CVZ deelt de visie van VWS en NZa om de eerste lijn te versterken<sup>62</sup>. Een structurele regeling voor de POH-GGZ is wenselijk, en bij louter psychische klachten moet medicalisering worden voorkomen<sup>63</sup>.

Naast versterking van de eerstelijns GGZ vraagt het CVZ de

<sup>62</sup> NZa. Advies Basis GGZ. Utrecht, december 2011

<sup>63</sup> Verhaak PFM. Geestelijke Gezondheidszorg in de Huisartsenpraktijk: psychiatriseren of normaliseren? Psychologie & Gezondheid: 2011, 39(2), 94-103



aandacht voor de eigen verantwoordelijkheid van verzekerden. Voor een goede lichamelijke conditie gaan mensen sporten, fitnessen e.d. Het is (nog) niet gebruikelijk dat gewerkt wordt aan een goede mentale conditie en copingsmechanismen. Ook voor het verbeteren van mentale fitheid en het vergroten van de weerbaarheid zijn er programma's, maar deze zijn niet zo bekend bij het publiek. Het CVZ kan zich voorstellen dat vanuit de kant van de publieke gezondheid meer aandacht komt voor de eigen verantwoordelijkheid voor mentale fitheid.

Veel zorg vindt plaats binnen specialistische geneeskundige GGZ die eigenlijk binnen de huisartsenzorg of EPZ kan plaatsvinden. Vanuit zowel kwaliteits- als kostenogpunt vindt het CVZ het een kwalijke zaak dat zorg niet daar geleverd wordt waar dit het beste dient te geschieden (gepast gebruik). Maar zoals hiervoor aangegeven is het belang van gepast gebruik bij verzekerden, verzekeraars en aanbieders niet altijd aanwezig. Verzekerden konden tot 2012 een eigen bijdrage ontlopen, verzekeraars droegen geen risico en voor aanbieders is het hun broodwinning.

#### ***EPZ acht zittingen***

Met het versterken van de eerste lijn is een beperking van de EPZ tot vijf zittingen slecht verenigbaar. Het CVZ stelt dan ook voor deze beperking weer op acht zittingen te zetten. Het merendeel van de behandelingen binnen de EPZ is binnen acht zittingen afgerond<sup>64</sup>. Dit voorstel gaat uit van de huidige regelgeving. De beperking van het aantal zittingen komt wellicht te vervallen door de invoering van een nieuwe bekostigingssystematiek (zie hiervoor onder 2.f). Ook als de beperking van het aantal zittingen EPZ vervalt, is het van belang onderscheid te kunnen maken tussen EPZ en de specialistische GGZ. Bij EPZ gaat het om enkelvoudige, niet-complexe, kortdurende zorg (eenmalig per jaar).

#### ***Uitdrukkelijk uitsluiten***

In het vorige hoofdstuk is aangegeven wat tot de geneeskundige GGZ behoort. Om een eenduidige en eenvoudige uitvoering te bevorderen stelt het CVZ voor in het Bzv te vermelden wat zeker niet tot de GGZ behoort, omdat het geen verzekerde zorg is, zoals hulp in verband met relatieproblematiek of werk en psychosociale hulp. Als er sprake is van een psychische stoornis, is er uiteraard wel aanspraak op zorg.

#### ***Kostenbesparing***

Het CVZ is zich ervan bewust dat een uitbreiding van het aantal zittingen EPZ en versterking van de eerste lijn leiden tot meerkosten. De verwachting is evenwel dat dit ruimschoots gecompenseerd wordt door het uitdrukkelijk uitsluiten van hulp bij levensproblemen en een juiste bekostiging (EPZ niet financieren vanuit DBC-GGZ-systeem). Macro gezien zal dit

---

<sup>64</sup> LVE. Jaarbericht 2010. Beschikbaar via [www.lve.nl](http://www.lve.nl).

Hier staat dat acht sessies voldoende is voor driekwart van de cliënten. Het gemiddeld aantal consulten ligt, al jaren, op zeven.

eerder gelden opleveren dan kosten.

### ***Uitvoering***

De resultaten van het KPMG-onderzoek laten zien dat zorgverzekeraars aangeven problemen te hebben met de uitvoering van de GGZ. Zo ziet een verzekeraar niet altijd op grond van welke diagnose een verzekerde zorg behoeft. In verband met de privacy vermeldt een declaratie bij kortdurende zorg de diagnose niet. Voor een juiste toetsing is dit wel nodig. Het CVZ stelt voor wettelijk te regelen dat de declaratie een diagnosecode bevat.

Een duidelijke omschrijving van wat wel en van wat niet verzekerde geneeskundige GGZ is dient bij te dragen aan een eenduidige en eenvoudiger uitvoering. Reden waarom het CVZ het van belang acht de regelgeving aan te passen om deze eenduidige uitvoering te bevorderen.

Een beperking van zorg (een behandeling) is in ieder geval zichtbaar en controleerbaar. Zoals bijvoorbeeld EPZ tot een bepaald aantal zittingen.

### ***Nadere regulering***

Geconstateerd is, vooral bij nieuwe toetreders op de markt, dat een behandeling afgesloten wordt net vooraan in een nieuw tijdsinterval. Ter voorkoming hiervan kan gedacht worden aan een nadere regulering van psychotherapie of van alle vormen van specialistische behandeling, in de vorm van uitdrukkelijke toestemming. Het CVZ geeft in overweging voor een behandeling (inclusief diagnostiek) van bijvoorbeeld meer dan 1800 minuten een machtigingssysteem in te voeren. Uit de van partijen, zorgaanbieders en zorgverzekeraars, ontvangen reacties blijkt wel dat voor een dergelijk voorstel weinig draagvlak aanwezig is (zie hoofdstuk 9 en bijlage 8).

## 7. Uitvoeringsaspecten

Gelet op het vorenstaande en de van partijen ontvangen reacties wijst het CVZ in dit hoofdstuk op een aantal uitvoeringsaspecten. Dit betreft:

- Verduidelijking verzekerde pakket
- Verwijzing door huisarts
- Vermelding V-codes
- Productstructuur DBC GGZ

### ***Verduidelijking pakket***

Met de duiding opgenomen in hoofdstuk 5 meent het CVZ een bijdrage te leveren aan een verduidelijking van het huidige pakket. Getracht is zo volledig mogelijk te zijn. Verzekeraars kunnen hiermee naar verwachting gerichter inkopen en hun verzekerden beter informeren over wat wel en wat niet verzekerd is onder het basispakket. Ook als er een ander bekostigingssysteem wordt ingevoerd geldt de in hoofdstuk 5 omschreven verduidelijking.

### ***relatie- en werkproblemen***

Hiermee wil het CVZ niet ontkennen dat het voor verzekeraars en aanbieders lastig is en blijft om aan te geven welke zorg al dan niet tot het verzekerde basispakket behoort. Het idee leeft dat alle zorg die professionals verlenen verzekerde zorg is. Duidelijk moet worden gemaakt, en dit is vooral een taak voor verzekeraars en aanbieders, aan hulpvragers dat niet alles verzekerde zorg is en dat dit in het bijzonder geldt voor zorg in verband met relatie- en werkproblemen. Zoals eerder opgemerkt meent het CVZ dat personen met deze klachten ook een eigen verantwoordelijkheid hebben voor oplossingen. We trokken hiervoor al de parallel met de lichamelijke fitheid. Voor psychische fitheid zijn diverse zelfhulpprogramma's, ook via internet, beschikbaar. Tevens kan bij werkgerelateerde klachten de werkgever een verantwoordelijkheid hebben.

### ***dementie***

Er is geen precieze afbakening te geven tussen psychiatrie en geriatrie op het gebied van dementie. De zorg behoort niet specifiek tot de psychiatrie, maar ligt veeleer op het terrein van de geriatrie. Het CVZ kan zich voorstellen dat partijen hierover nadere afspraken maken, bijvoorbeeld in het bestuurlijk akkoord dat nu in voorbereiding is.

### ***Verwijzing huisarts***

Voor een goede uitvoering van de onder de Zvw verzekerde geneeskundige GGZ is het van belang dat huisartsen onderscheid kunnen maken tussen psychische klachten en (vermoeden van) een psychische ziekte. Bij een vermoeden van een psychische ziekte kan een huisarts voor een diagnose verwijzen naar, afhankelijk van de ernst van de vermoedelijke stoornis, eerstelijnspsychologische zorg of specialistische GGZ. Afhankelijk van de gestelde diagnose kan de huisarts besluiten tot niet dan wel zelf behandelen of verwijzen voor behandeling naar eerste- (EPZ) dan wel tweedelijnszorg (specialistische GGZ). Het stellen van een psychische diagnose

is niet altijd eenvoudig. Toch is dit van belang, mede in verband met de zo nodig in te zetten behandeling.

De zorg bij psychische klachten is in beginsel beperkt tot huisartsenzorg.

De behandeling van personen met een hoogrisico op een depressie, paniekstoornis en problematisch alcoholgebruik (geïndiceerde preventie), waarbij dus sprake is van klachten, valt zowel onder huisartsenzorg als eerstelijnspsychologische zorg.

**Vermelding V-codes** In een beleidsregel over eerstelijnspsychologische zorg van de NZa is in de toelichting een passage over de zogenaamde V-codes (uit de DSM-IV) opgenomen. Nu duidelijk is dat dit geen reden voor eerstelijnspsychologische zorg is kan dit in de toelichting vervallen.

EPZ omvat de zorg bij psychische stoornissen en geïndiceerde preventie bij de drie genoemde stoornissen.

**Ingangsdatum** Het voorliggende rapport bevat een duiding/standpunt (wat is wel en wat is niet te verzekeren geneeskundige GGZ) en aanbevelingen. Met de duiding geeft het CVZ uitleg aan de inhoud en omvang van geneeskundige GGZ. Deze uitleg geldt in feite vanaf de invoering van de geneeskundige GGZ onder de Zvw. Er zijn sterke aanwijzingen dat op dit moment nog zorg voor vergoeding in aanmerking komt die, gezien deze duiding, niet tot het te verzekeren pakket behoort. De uitvoering dient zich hierop aan te passen. Wellicht dat polissen van verzekeraars nog duidelijker de grens moeten aangeven en ook controle en handhaving/toezicht specifieker moeten worden.

**Productstructuur  
DBC GGZ** Bij de invoering van de het DBC-GGZ-systeem is er van uitgegaan dat alle zorgactiviteiten die konden worden geregistreerd en gedeclareerd onder het verzekerde pakket van de Zvw vielen. Door de uitsluiting van de behandeling van aanpassingsstoornissen van het basispakket door de minister en van specifieke interventies door duidingen van het CVZ werken NZa en DBC-O aan verandering van het systeem om het mogelijk te maken ook niet verzekerde zorg zichtbaar te maken. Het is uiteraard niet de bedoeling niet verzekerde zorg ten laste van de basisverzekering te brengen. Zoals ook door verschillende partijen is aangegeven valt of staat het DBC-GGZ-systeem met een juiste registratie. Het is niet de bedoeling, nu de behandeling van een aanpassingsstoornis niet meer vergoed wordt, uit te wijken naar een andere psychische stoornis, tenzij daadwerkelijk sprake is van deze andere stoornis. Probleem is dat uit de productstructuur niet kan worden afgeleid of juist wordt geregistreerd. Controle is dan ook niet mogelijk. Hetzelfde geldt in feite ook voor te registreren zorgactiviteiten. Verzekeraars stellen een meer

normatieve productstructuur voor, waarbij een relatie gelegd kan worden tussen diagnose en behandeling. Het CVZ stelt voor gezamenlijk met partijen nader te onderzoeken of en zo ja, op welke wijze, de productstructuur zodanig kan worden ingericht dat belemmeringen voor een juiste uitvoering kunnen worden weggenomen.

## 8. Vervolgstappen

<b><i>Gepast gebruik monitoren</i></b>	Indien het gepast gebruik van het basispakket tot stand komt is het de vraag of verdere maatregelen noodzakelijk zijn om de groei te temperen. Het monitoren van de effecten van de genomen en door ons aanbevolen maatregelen op de toegang tot de GGZ en de groei van de zorguitgaven is van groot belang.
<b><i>Aanpassingsstoornissen</i></b>	Het CVZ zal de uitsluiting van de aanpassingsstoornissen nader beoordelen in zijn vervolgtraject over de noodzakelijk te verzekeren zorg.
<b><i>Beoordelen interventies</i></b>	<p>Verder bereiden we een standpunt voor over internetbehandelingen bij depressie en angststoornissen. Daarnaast is het CVZ voornemens een aantal interventies te beoordelen op effectiviteit, zoals mindfulness. Uit de pakketscan depressie blijkt dat onduidelijk is of deze interventie al dan niet tot het basispakket behoort. Een aandachtsgebied kan de verslavingszorg zijn.</p> <p>Op de in het onderzoek, dat is uitgevoerd bij verzekeraars, genoemde onderwerpen, zoals herstelondersteunende zorg en FACT-zorg, zal het CVZ terug komen.</p> <p>Voordat het CVZ interventies gaat beoordelen zal door middel van een gericht onderzoek in kaart gebracht worden over welke interventies twijfels zijn over de effectiviteit van de behandeling en een beoordeling wenselijk en nodig is.</p>
<b><i>Deeltijd, verblijf</i></b>	Tenslotte zal het CVZ aandacht besteden aan voorwaarden voor deeltijdbehandeling en verblijf. Deze voorwaarden kunnen een plek vinden in richtlijnen.
<b><i>Verder adviseren?</i></b>	Als in richtlijnen duidelijk is aangegeven welke interventies met welke behandelduur effectief zijn is veel winst voor de geneeskundige GGZ te behalen. Een beperking of inperking van het pakket is dan mogelijk niet aan de orde. Bij inperking van het verzekerde GGZ-pakket is vooral te denken aan een uitsluiting aan de voorkant van een traject (bv geïndiceerde preventie), maar dit doorbreekt de stepped care-gedachte. Een uitsluiting van de behandeling van bepaalde stoornissen zal grote maatschappelijke gevolgen hebben, bv op het gebied van arbeidsverzuim. In deel 2 zal het CVZ op deze aspecten uitgebreid ingaan.

## 9. Commentaar belanghebbende partijen

	<p>Een concept van dit rapport is voorgelegd aan de volgende partijen:</p>
<b><i>Geraadpleegde partijen</i></b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• GGZ Nederland</li><li>• Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering van Geneeskunst</li><li>• Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie</li><li>• Landelijke Huisartsen Vereniging</li><li>• Landelijk Platform GGZ</li><li>• Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen</li><li>• Nederlandse Federatie van Universitair medisch centra</li><li>• Nederlands Huisartsen Genootschap</li><li>• Nederlands Instituut van Psychologen</li><li>• Nederlands Patiënten Consumenten Federatie</li><li>• Nederlandse Vereniging van Pedagogogen en Onderwijskundigen (NVO)</li><li>• Nederlandse Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen &amp; Psychotherapeuten</li><li>• Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP)</li><li>• Vereniging van ziekenhuizen</li><li>• Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)</li><li>• Platform MEER GGz</li><li>• Trimbos-instituut</li><li>• Zorgverzekeraars Nederland (ZN)</li></ul>

De ontvangen reacties zijn opgenomen in bijlage 8.  
Op elke reactie zal het CVZ bij brief afzonderlijk reageren.

<b><i>Aanpassing concept</i></b>	<p>De commentaren hebben geleid tot aanpassing van de tekst op diverse plaatsen. Daarnaast hebben vrijwel alle partijen opmerkingen over een drietal onderwerpen, te weten de zogenaamde V-codes, stepped care en het voorstel tot regulering. Op deze drie onderwerpen gaat het CVZ hieronder nader in.</p>
----------------------------------	--

<b><i>V-codes</i></b>	<p>Verschillende partijen zijn het niet eens met het "schrappen" van de zogenaamde V-codes. Voorop merkt het CVZ op dat in het voorliggende rapport slechts aangegeven wordt wat wel en wat niet tot de verzekerde GGZ gerekend dient te worden. Het CVZ "schrapt" deze codes niet, want in feite hebben deze nimmer tot het pakket behoort. Het CVZ maakt onderscheid tussen psychische klachten en psychische stoornissen. Tot de geneeskundige GGZ behoort de geneeskundige zorg van psychische stoornissen. Dit betekent dat "andere aandoeningen en problemen die een reden voor zorg kunnen zijn", zonder dat sprake is van een psychische stoornis, geen onderdeel zijn van de verzekerde geneeskundige GGZ.</p>
-----------------------	---

Problemen en/of klachten voortkomend uit relatie- of werkomstandigheden zijn geen onderdeel van de

geneeskundige GGZ. Als sprake is van een psychische stoornis, bijvoorbeeld een depressie, mede ontstaan door vermelde omstandigheden, dan kan uiteraard behandeling in het kader van de Zvw plaatsvinden.  
De tekst in het concept is aangepast.

***Stepped care***

Diverse partijen wijzen erop dat naast stepped care, matched care belangrijk is. Het CVZ is het hier volledig mee eens. Als voor een huisarts duidelijk is dat specialistische GGZ nodig is dan dient de huisarts naar de tweede lijn te verwijzen. Het CVZ beoogde niets anders te zeggen. De tekst is op dit punt verduidelijkt en laat nu geen twijfel meer bestaan dat voor het CVZ matched care/stepped care het uitgangspunt is.

***Regulering***

Het CVZ oppert een nadere regulering voor psychotherapie of alle vormen van specialistische GGZ aan te brengen. Bijvoorbeeld toestemming voor een behandeling langer dan 1800 minuten. Zowel van de zijde van ZN als van de zijde van aanbieders is negatief gereageerd op een dergelijk voorstel. Partijen van zorgaanbieders zien hierin vooral een bureaucratische maatregel. ZN geeft aan geen voorstander te zijn van machtigingen. Een nadere regulering wijst ZN niet af, maar ziet dit dan gekoppeld aan een normatieve productstructuur.

De minister is bezig met een aantal sturingsmaatregelen, zoals een bestuurlijk akkoord met de brancheorganisaties en de invoering van een andere bekostiging. In dat kader zijn er mogelijk afspraken te maken die er voor zorgen dat niet automatisch doorbehandeld wordt, maar dat er duidelijke momenten van afweging zijn waarom verdere behandeling nog zinvol is.



## 10. Duidingscommissie Pakket en Adviescommissie Pakket

### **10.a. Advies van de Duidingscommissie Pakket**

*DCP*

In haar vergadering van 15 maart 2012 heeft de Duidingscommissie Pakket (DCP) het conceptrapport Geneeskundige GGZ (deel 1) besproken.

De commissie discussieerde over het onderscheid tussen klacht en aandoening en besprak de recente kritiek op DSM V. De commissie was het eens met de gekozen formuleringen en meende dat de duiding voor de praktijk de benodigde duidelijkheid zal geven.

De commissie adviseert de Raad van Bestuur deze duiding vast te stellen.

### **10.b. Advies van de Adviescommissie Pakket**

*ACP*

De Adviescommissie Pakket (ACP) heeft het conceptrapport in haar vergadering van 16 maart 2012 besproken.

De commissie kan zich in de hoofdlijnen van het rapport vinden en adviseert de Raad van Bestuur het rapport vast te stellen met inachtneming van het volgende.

Uitdrukkelijk vraagt de commissie de aandacht voor het lastige onderscheid tussen klachten en stoornissen en constateert daarbij dat operationalisering niet eenvoudig is. De commissie geeft aan dat de GGZ een bijzonder zorgveld is. Zij vindt dat klachten geen reden voor geneeskundige GGZ zijn, maar onderkent ook dat problemen met werk en relaties tot een psychische stoornis kunnen leiden. De commissie suggereert het onderwerp klachten en ziekte als thema te benaderen.

Verder adviseert de commissie een opmerking te maken dat een eigen bijdrage niet het uitgangspunt van stepped care mag frustreren. Een eigen bijdragesystematiek dient voor eerstelijns- en tweedelijns GGZ neutraal uit te werken.

## 11. Besluit CVZ

De Raad van Bestuur heeft kennis genomen van de bestuurlijke reacties van belanghebbende partijen en van de adviezen, die de DCP op 15 maart 2012 en die de ACP op 16 maart 2012 hebben uitgebracht.

De bestuurlijke reacties hebben geleid tot aanpassingen en verdere verduidelijkingen in het rapport.

Het rapport geeft een overzicht van wat wel en wat niet tot het te verzekeren pakket van de geneeskundige GGZ behoort. Het onderscheid tussen psychische klachten en psychische stoornissen is van wezenlijk belang voor het leveren van de juiste zorg door de juiste aanbieder tegen het juiste tarief.

Om te bevorderen dat gepast gebruik plaatsvindt en alleen zorg wordt vergoed die verzekerd is, adviseert het CVZ:

- De eerstelijns te versterken;
- Hulp bij werk- en relatieproblemen, welke nu al niet verzekerd is, expliciet uit te sluiten. Alleen als er sprake is van geïndiceerde preventie of stoornissen, waardoor dan ook veroorzaakt, is er sprake van te verzekeren zorg;
- Vanuit de publieke gezondheid meer aandacht te besteden aan het bevorderen van mentale fitheid;
- De psychotherapie nader te reguleren, danwel afspraken te maken met branchepartijen over afwegingsmomenten of doorbehandelen nog zinvol is;
- Er zorg voor te dragen dat de diagnosecode op de declaratie kan worden vermeld, net als bij de somatische zorg;
- De risicodragendheid van verzekeraars te vergroten;
- Te bevorderen dat in de richtlijnen aanbevelingen over deeltijdbehandeling en verblijf en de duur ervan komen.

In het vervolgrapport zal het CVZ:

- Toetsen van geïndiceerde preventie aan de pakketprincipes met het oog op eventuele inperking van het verzekerde pakket;
- Toetsen aan de pakketprincipes van de maatregel om de aanpassingsstoornissen uit te sluiten;
- Beoordelen van interventies waarover vragen zijn over de effectiviteit;
- Aandacht schenken aan het onderscheid tussen ziek en niet ziek.

In zijn vergadering van 3 april 2012 heeft de Raad van Bestuur van het CVZ het Rapport Geneeskundige GGZ (deel 1) vastgesteld.

**College voor zorgverzekeringen**

*Voorzitter Raad van Bestuur*

Arnold Moerkamp

Bijlage 1

Uit brief van de minister van VWS d.d. 6 juli 2011 aan de Voorzitter van de Raad van Bestuur van het CVZ betreffende Aandachtspunten voor begroting en jaarplan 2012



Op 20 april 2011 heeft overleg plaatsgevonden tussen het CVZ en de Directeur-Generaal Curatieve Zorg over de volume- en kostenontwikkeling in de curatieve geestelijke gezondheidszorg (ggz). Onderwerp van het overleg was de bijdrage die het CVZ kan leveren bij het zoeken naar mogelijke maatregelen in die sector. Het is van belang dat de ggz houdbaar blijft. Daarom moet onderscheid gemaakt kunnen worden tussen onbetwistbare curatieve ggz-zorg en niet noodzakelijk (vormen van) ggz-zorg. Daar ligt ook de relatie met het pakketbeheer van het CVZ. Vanuit die taak acht ik het van belang dat het CVZ de komende tijd gericht aandacht besteedt aan de ggz. In dit verband verzoek ik u daarbij een drietal van de door u aangedragen oplossingsrichtingen te betrekken, te weten:

- nadere invulling van de huidige aanspraken;
- indicatie inperken in de verzekering en
- concrete inperkingen in de soorten zorg in het pakket voorstellen indien er niet noodzakelijke zorg onder de aanspraken valt.

Deze oplossingsrichtingen sluiten aan bij de werkzaamheden die het CVZ reeds verricht met betrekking tot gepast gebruik, het toetsen van zorgvormen op bewezen effectiviteit en de lage-ziektelastbenadering. Zo nodig kan het CVZ hierbij ook de relatie met andere domeinen, zoals tarifiering, financiering en onderzoek betrekken. Bovenbedoelde activiteiten zullen in 2011 niet zijn afgerond maar zullen voor een belangrijk deel doorlopen in 2012. Ik verzoek u dit bij het jaarplan 2012 te betrekken.

Directoraat Generaal  
Langdurige Zorg  
Directie Zorgverzekeringen  
Verzekeringen en Verdragen

Ons kenmerk  
Z/VV-3069995



## **Raadpleging deskundigen en stakeholders**

### **stakeholdersbijeenkomst (ook NZa , DBC-O en VWS) op 25 oktober 2011:**

Vragen:

Is voldoende duidelijk welke GGZ onder de Zvw valt en welke GGZ niet? Waar ziet u problemen?

Is voldoende duidelijk welke zorg eerstelijnspsychologische zorg is en welke zorg specialistisch is?

Waardoor zijn naar uw idee de kosten de laatste jaren gestegen? Denkt u hieraan iets te kunnen doen?

### **bijeenkomst met zorgverzekeraars op 26 oktober 2011:**

Dezelfde vragen als op 25 oktober 2011.

### **bijeenkomst met hoogleraren op 1 december 2011:**

Vragen:

Is een huisarts in staat te differentiëren tussen psychische klachten en ziekten/stoornissen?

Is er een wetenschappelijke onderbouwing voor deeltijdbehandeling, opname en verblijf, en is er een onderbouwing voor de behandelduur?

### **Nadere vragen aan de hoogleraren**

De bijeenkomst donderdag 1 december 2011 heeft geleid tot onderstaande vragen, die schriftelijk zijn voorgelegd.

Is aan te geven wat de grens is tussen (nog) geen zorg behoeven en zorg (in de lichtste vorm) is redelijkerwijs aangewezen?

Wanneer is huisartsenzorg inclusief POH-GGZ en eerstelijnspsychologische zorg aangewezen en wanneer is specialistische GGZ nodig?

Kunt u een uitwerking van de filters voor opname met daarbij behorende behandeling voor een aantal hoofdgebieden geven?

Het CVZ heeft nog geen antwoord op deze nadere vragen ontvangen.



**1. Kostenontwikkeling GGZ 2000-2010 (Zvw en AWBZ)**

Het CVZ baseert zich op de kostengegevens die beschikbaar zijn via de jaarstaten en kwartaalstaten die door de zorgverzekeraars worden aangeleverd. Deze kosteninformatie is nog aan verandering onderhevig. De cijfers 2008 tot en met 2010 zijn voorlopige cijfers; vaststelling daarvan dient nog plaats te vinden. Dit gebeurt per verzekeraar door de externe accountant. Controle vindt vervolgens plaats door de NZa.

Uit de (voorlopige) cijfers (zie tabel hieronder) die het CVZ beschikbaar heeft, zijn de voorlopige kosten van de te verzekeren GGZ over 2010 geraamd op € 5,9 miljard.

Ten opzichte van de door VWS gehanteerde € 2,4 miljard in 2000 betekent dit een toename van de kosten met een bedrag van € 3,5 miljard, ofwel een stijging van 146%.

Ter vergelijking: de kosten van de totale te verzekeren zorg steeg in dezelfde periode van € 27,6 miljard naar € 59,1 miljard, een stijging van 114%.

Het aandeel van de GGZ in de totale kosten van de te verzekeren zorg is in de periode 2000-2010 gestegen van 8,7% naar 10%.

<b>Lasten cGGZ binnen de Zvw, 1 = € 1.000.000</b>					
	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>
Eerstelijns psychologische zorg	0,0	0,0	83,2	99,2	114,7
DBC's GGZ met verblijf	0,0	0,0	2.696,0	2.220,2	2.173,8
DBC's GGZ zonder verblijf	0,0	0,0	1.969,6	1.930,3	1.929,1
Persoonsgebonden budgetten GGZ	0,0	0,0	0,0	0,1	n.v.t.
Overige producten GGZ	0,0	0,0	0,7	4,3	5,1
<b>Totaal</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>4.749,5</b>	<b>4.254,2</b>	<b>4.222,6</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• de lasten over 2009 t/m 2011 zijn gebaseerd op de 2e kwartaalcijfers 2011</li> <li>• de lasten over 2008 zijn gebaseerd op de jaarstaat 2010</li> </ul>					
<b>Lasten GGZ binnen de AWBZ, 1 = € 1.000.000</b>					
	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>
Psychiatrische ziekenhuizen (APZ), RIAGG, RIBW	3.633,3	3.908,6	1.536,1	1.594,6	1.678,7
Psychiatrische afdeling algemene ziekenhuizen (PAAZ)	153,1	145,1	2,7	0,0	0,8
Bovenbudgettair rechtstreeks aan GGZ-instellingen		0,3	0,3	0,2	0,2
Psychiatrische kliniek academische ziekenhuizen	116,0	110,0	1,1	0,9	
Vrijgevestigde psychiaters	43,9	41,3			
Vrijgevestigde psychotherapeuten	39,5	45,1			
<b>Totaal</b>	<b>3.985,8</b>	<b>4.250,4</b>	<b>1.540,2</b>	<b>1.595,7</b>	<b>1.679,7</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• de lasten over 2011 zijn gebaseerd op de 2e kwartaalcijfers 2011</li> <li>• de lasten over 2007 t/m 2010 zijn gebaseerd op de jaarstaten</li> </ul>					
<b>Totale lasten GGZ</b>	<b>3.985,8</b>	<b>4.250,4</b>	<b>6.289,7</b>	<b>5.849,9</b>	<b>5.902,3</b>



Het duiden van de kostenontwikkeling binnen de te verzekeren GGZ ten opzichte van andere zorgvormen of de te verzekeren zorg als geheel, is niet eenvoudig. Immers, naast de GGZ is de omvang van het te verzekeren pakket in de periode 2000-2010 op tal van fronten gewijzigd door instroom van nieuwe interventies, door uitstroom of door overheveling van aanspraken naar bijvoorbeeld de Wet maatschappelijke ondersteuning. En op een aantal zorgonderdelen is ook de bekostigingsstructuur gewijzigd, zoals de bekostiging op basis van ZZP's (zorgzwaartepakketten) (in plaats van 'losse' functies) bij AWBZ-verblijf en de DBC-bekostiging (tijdsregistratie) van (een groot deel van) de medisch-specialistische zorg.

Nog los gezien van prijs- en volumeontwikkelingen die ook per zorgvorm verschillen, laten bovenstaande wijzigingen in de omvang van het te verzekeren pakket en in de bekostiging ervan zich moeilijk kwantificeren.

Kijkend naar de te verzekeren GGZ is wel duidelijk dat de invoering van de DBC-bekostiging per 2008, de overheveling van een (groot) deel van de aanspraken van de AWBZ naar de Zvw, de uitbreiding van de aanspraak met de eerstelijns- psychologische zorg (EPZ) en het feit dat per 2009 de behandeling van ernstige, enkelvoudige dyslexie via GGZ DBC's wordt gedeclareerd wezenlijk van invloed zijn op de gepresenteerde kostenontwikkeling over de periode 2000-2010.

## ***2. Kostenontwikkeling GGZ binnen de Zvw 2008-2010***

In deze paragraaf zoomt het CVZ in op kostenontwikkeling in de jaren 2008-2010 en op de verschillende onderdelen van de GGZ die in de kostenverantwoording worden onderscheiden. Ter illustratie zijn ook de kosten van de GGZ over jaren 2006 en 2007 (zie tabel onder 1) opgenomen.

Zoals eerder aangegeven is de te verzekeren prestatie GGZ qua bekostigingsstructuur met ingang van 2008 gewijzigd en heeft ook een overheveling en uitbreiding van de te verzekeren prestatie plaatsgevonden. Vanaf 2008 wordt dus een nieuwe financiële reeks opgebouwd. Die nieuwe reeks moet op dit moment met de nodige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd, omdat de kostengegevens over de jaren 2009 en 2010 nog een voorlopig karakter kennen en uit het verleden blijkt dat bij vaststelling van deze kosten nog majeure verschillen kunnen bestaan ten opzichte van de voorlopige gegevens.

Tot 2008 kwamen de kosten van de GGZ nog geheel ten laste van de AWBZ. Per 2008 is de geneeskundige GGZ vanuit de AWBZ overgeheveld naar de Zvw en is de eerstelijnspsychologische zorg een te verzekeren prestatie. Ten opzichte van 2007 stijgen de kosten in 2008 met een bedrag van ruim € 2 miljard.

Het jaar 2008 is, vooral door de invoering van de DBC-bekostiging qua kosten 'een vreemde eend in de bijt'. In deze (nieuwe) wijze van bekostiging is de datum van de opening van een DBC bepalend voor het kalenderjaar waaraan de kosten van die DBC wordt toegekend, ook al loopt de behandeling door in het volgend kalenderjaar.

Uitgaande van een gemiddelde doorlooptijd van een DBC van 10 maanden en van het feit dat een DBC gemiddeld op 1 juli 2008 is geopend, beslaan de kosten die ten laste komen van het jaar 2008 een periode van 16 maanden (gemiddeld van 1 juli 2008 tot 1 mei 2009). Uitgaande van de kosten over 2007 betekent dat de invoering van de DBC-bekostiging in 2008 tot een bedrag van (afgerond) € 1,4 miljard aan meerkosten heeft geleid ( $4/12 \times € 4.250,4$ ).

Dit administratieve effect buiten beschouwing gelaten, resteert in 2008 toch een forse verhoging van de kosten, die zich, zoals blijkt uit de voorlopige cijfers, voortzet in 2009. Ten opzichte van 2009 is in 2010 sprake van een marginale groei.

Bij de geschetste kostenontwikkeling speelt een aantal factoren een rol. Die factoren zijn, op dit moment, nog niet zodanig te kwantificeren, dat zij een volledig verklaring vormen voor de kostenontwikkeling. Pas nadat in 2009 en in 2010 geopende DBC's zijn afgesloten, kan een definitieve balans worden opgemaakt.

### **3. Kostenbeheersing; maatregelen VWS per 2012**

De minister van VWS heeft voor 2012 maatregelen getroffen in verband met de ongewenste overschrijdingen op het BKZ. De ombuigingsmaatregelen zijn aangegeven in de brief van 10 juni 2011 (TK 2010-2011, 32780-XVI, nr. 3). Het betreffen bezuinigingsmaatregelen met betrekking tot het pakket en eigen bijdragen voor GGZ alsmede tariefmaatregelen. Deze maatregelen moeten leiden tot een kostenbesparing binnen de curatieve GGZ van € 593 miljoen.

Volgens cijfers van het ministerie van VWS stegen de kosten voor de geneeskundige GGZ in de periode 2000-2010 van € 2,4 miljard naar € 5,6 miljard; een stijging van 133%. De curatieve GGZ beslaat inmiddels 10% van de totale uitgaven aan curatieve zorg en over 2009 is op basis van voorlopige realisatiecijfers een kostenoverschrijding geconstateerd van € 255 miljoen. Deze overschrijding moet worden hersteld. Daarnaast heeft het kabinet besloten dat de curatieve GGZ een bijdrage van € 158 miljoen moet leveren aan de oplossing van de totale Budgettaire Kader Zorg (BKZ)-problematiek. Verder 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.

De minister van VWS heeft met ingang van 1 januari 2012 de volgende maatregelen getroffen:

- Invoering van eigen bijdragen in de tweede lijn en verhoging van de eigen bijdrage in de eerste lijn (verwachte opbrengst € 226 miljoen);
- invoering eigen bijdrage voor verblijf (opbrengst € 11 miljoen);
- verlaging aantal zitting eerstelijnspsycholoog van acht naar vijf ( opbrengst € 10 miljoen);
- generieke korting op de instellingsbudgetten en tarieven ( opbrengst € 222 miljoen);
- schrappen van de behandeling van 'aanpassingsstoornissen' als te verzekeren prestatie ( opbrengst € 53 miljoen);
- scherpere inkoop verzekeraars door budgettering alle GGZ-aanbieders (opbrengst € 53 miljoen);
- zelf betalen no-show (opbrengst € 20 miljoen).

En voor subsidiëring van anonieme e-mental health komt een bedrag van € 2 miljoen beschikbaar. Per saldo kan met deze maatregelen een besparing worden bereikt van € 593 miljoen.

#### **Aanpassingsstoornissen**

Bij de uitsluiting van de behandeling van aanpassingsstoornissen uit het pakket heeft de minister aangegeven dat het van belang is dat de Zwv-aanspraken op het terrein van de GGZ scherper worden geformuleerd. Hier verwijst zij ook naar het eind 2012 uit te brengen advies van het CVZ voor een scherpere pakketafbakening. Vooruitlopend op dit CVZ-advies heeft de minister alvast besloten de behandeling van aanpassingsstoornissen uit het pakket te verwijderen. Gezien de aard van de klachten beschouwt de minister deze aandoening als een relatief lichte DSM-IV diagnose.

Het CVZ heeft de behandeling van aanpassingsstoornissen niet beoordeeld en over deze uitsluiting geen (uitstroom)advies uitgebracht. Zoals de minister zelf al aangeeft, loopt zij vooruit op het advies van het CVZ over de noodzakelijk te verzekeren geneeskundige GGZ. Inmiddels heeft het CVZ begin 2012 advies uitgebracht over de lage ziektelast-benadering. Het CVZ heeft onder meer voorgesteld om aandoeningen met de laagste ziektelast het eerst te beoordelen. Op het gebied van de geneeskundige GGZ en ziektelast heeft het CVZ geen concrete voorstellen gedaan.

In de tweede fase, die voor 2012 is gepland, zal het CVZ ingaan op deze aspecten van pakketbeheer en zal het CVZ (onderdelen van) de geneeskundige GGZ toetsen aan deze aspecten. De aanpassingsstoornissen gaat het CVZ als een van de eerste onderwerpen aanpakken.



### DSM -IV

De Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) is een classificatiesysteem van psychische stoornissen dat vanaf de jaren 50 van de vorige eeuw is doorontwikkeld en opgesteld onder verantwoording van de American Psychiatric Association. Op dit moment wordt met de DSM IV gewerkt. Deze versie sluit aan bij de tiende editie van de International Classification of Diseases (ICD-10) van de WHO (1992).

De DSM wordt toegepast in het veld van de GGZ bij de zorgverlening en wetenschappelijk onderzoek. De diagnostische criteria van de psychische stoornissen zijn richtlijnen voor het stellen van een uiteindelijke diagnose en hebben gezorgd voor een 'eenheid van taal' tussen klinici en onderzoekers.

De DSM IV is een vijf-assig classificatiesysteem waardoor er niet alleen stoornissen worden vastgelegd. Er kan uitgebreid aandacht worden besteed aan uiteenlopende psychische stoornissen, persoonlijkheidskenmerken, somatische aandoeningen en psychosociale en omgevingsproblemen en tevens inzicht geven in het niveau van functioneren.

- Op As I staan de klinische stoornissen bijv. depressieve stoornis, angststoornis of psychotische stoornis. Ook staan hier andere aandoeningen en problemen die een reden voor zorg kunnen zijn (aangeduid met V-codes) bijv. partner/relatie problemen, werkprobleem en ouder/kind problemen.
- As II bevat de persoonlijkheidsstoornissen bijv. paranoïde, borderline of obsessief-compulsieve persoonlijkheidsstoornis. Zwakzinnigheid wordt hier ook genoemd.
- Op As III staan de somatische aandoeningen bijv. schildklierziekten die een verband hebben met As I stoornissen.
- Op As IV staan psychosociale en omgevingsproblemen. Bijvoorbeeld problemen met de primaire steungroep of problemen met de sociale omgeving die de stoornissen op as I en as II beïnvloeden.
- As V vermeldt de algehele beoordeling van het functioneren; hieronder wordt vooral verstaan het huidige functioneren op psychisch, sociaal en beroepsmatig niveau.



Onderzoek naar de inkoop van  
de curatieve GGZ en de  
controle op declaraties door de  
zorgverzekeraars; knelpunten  
en belemmeringen

januari 2012  
Dit rapport heeft 30 pagina's

## **Inhoudsopgave**

1	Inleiding	1
1.1	Achtergrond	1
1.2	Vraagstelling	1
1.3	Aanpak	2
1.4	Leeswijzer	3
2	Ontwikkelingen curatieve GGZ	4
2.1	Eigen bijdrage cliënt	4
2.2	Pakketmaatregelen	5
2.3	Korting tarief/budget	5
2.4	Overige ontwikkelingen	6
3	Uitvoering zorginkoop	7
3.1	Beantwoording subvragen en knelpunten	7
3.2	Inkoop eerstelijns GGZ	8
3.2.1	Inkoop eerstelijns psychologische zorg	8
3.2.2	Knelpunten bij inkoop eerstelijns psychologische zorg	10
3.2.3	Inkoop huisartsenzorg	10
3.2.4	Knelpunten bij inkoop huisartsenzorg	11
3.3	Inkoop tweedelijns GGZ	11
3.3.1	Proces inkoop tweedelijns GGZ	11
3.3.2	Knelpunten en belemmeringen inkoop tweedelijns GGZ	14
4	Uitvoering controle declaratie en levering	15
4.1	Beantwoording subvragen en knelpunten	15
4.2	Controle declaratie en levering eerstelijns GGZ	16
4.2.1	Voorwaarden eerstelijns GGZ	16
4.2.2	Controle eerstelijns GGZ	17
4.2.3	Knelpunten declaratie en levering eerstelijns GGZ	19
4.3	Controle declaratie en levering tweedelijns GGZ	19
4.3.1	Voorwaarden	19
4.3.2	Controle tweedelijns GGZ	19
4.3.3	Knelpunten bij controle in de tweedelijns GGZ	21
5	Samenvatting en advies	23
5.1	Samenvatting bevindingen uitvoering verzekerde GGZ-pakket	23
5.2	Advies	24
	Bijlage 1. Overzicht gespreksonderwerpen interviews	26

# 1 Inleiding

## 1.1 Achtergrond

De geneeskundige GGZ is met ingang van 1 januari 2008 overgeheveld van de publieke sector (AWBZ gefinancierd) naar de private sector (ZVW gefinancierd). Het doel van de overheveling was, onder andere, om meer efficiëntie in de zorg te bereiken en de kosten voor de zorg te laten dalen. Zorgverzekeraars kregen de verantwoordelijkheid en het risico inzake de eerstelijns en tweedelijns GGZ. Vooralsnog zijn de risico's voor zorgverzekeraars echter beperkt omdat de kosten van de curatieve GGZ voor het grootste deel worden nagecalculeerd. De reden is dat er voor deze zeer scheef verdeelde ziektekosten nog geen bruikbaar risicovereveningsmodel is gevonden. In de huidige situatie lopen de zorgverzekeraars daardoor vrijwel geen risico op de declaraties voor GGZ.

Sinds de overheveling naar de ZVW zijn de kosten van de curatieve GGZ echter meer dan verwacht gestegen. Daarom neemt de minister per 2012 maatregelen, zoals de uitsluiting uit het basispakket van aanpassingsstoornissen, eigen bijdragen voor tweedelijns GGZ en verhoging van de eigen bijdragen voor eerstelijns psychologische zorg.

CVZ heeft KPMG Plexus gevraagd een onderzoek uit te voeren naar de inkoop van curatieve GGZ door zorgverzekeraars. Daarbij wordt specifieke aandacht gevraagd voor de methodieken van de inkoop op verschillende GGZ terreinen (eerste lijn, tweede lijn), de controle van gemaakte afspraken en de ervaren knelpunten in de uitvoering.

## 1.2 Vraagstelling

De minister van VWS heeft het CVZ gevraagd te adviseren over de curatieve GGZ. Ten behoeve van haar analyse wil het CVZ inzicht verkrijgen in de huidige knelpunten en belemmeringen die zorgverzekeraars ervaren bij de inkoop en verwerking van declaratieverkeer voor de curatieve GGZ.

De volgende vraag staat in dit onderzoek centraal:

*Hoe hebben de zorgverzekeraars het verzekerde GGZ-pakket (alleen ZVW) vanaf 2008 uitgevoerd?*

Om bovenstaande vraag te beantwoorden zijn interviews met belanghebbenden uitgevoerd. In deze rapportage zijn de gegeven antwoorden verzameld en samengevat.

Om tot een totaaloverzicht te komen zijn daarbij de volgende subvragen gesteld:



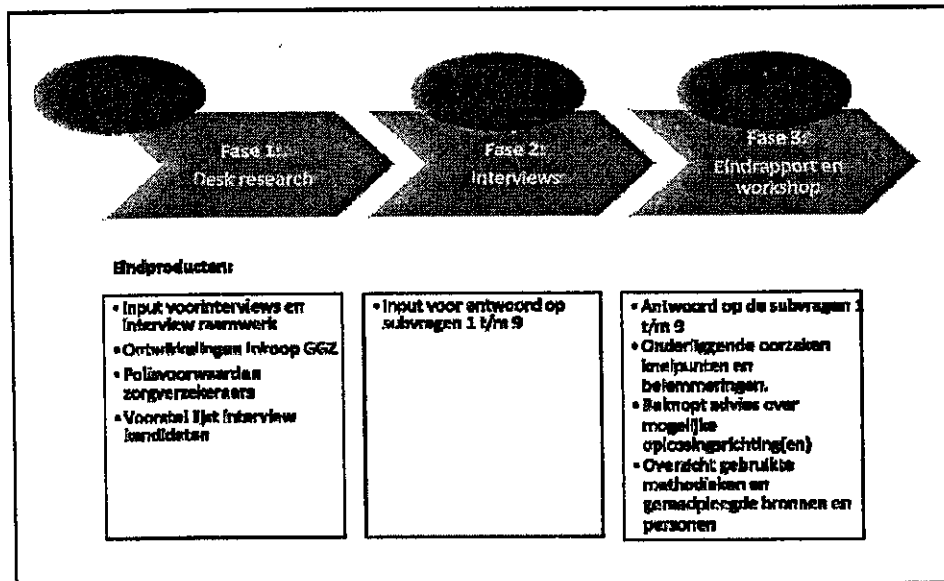
### Subvragen onderzoek

- 1 Op welke manier kopen de zorgverzekeraars de eerstelijns psychologische zorg in, welke zorgaanbieders, voorwaarden, kwaliteit?
- 2 Op welke manier besteedt de verzekeraar aandacht aan GGZ bij de inkoop van huisartsenzorg?
- 3 Op welke manier kopen de zorgverzekeraars de tweedelijns GGZ in?
- 4 Worden voor diagnostiek van psychische problemen en preventie aparte afspraken gemaakt?
- 5 Hanteert de zorgverzekeraar in de polis speciale voorwaarden voor GGZ en controleren ze de uitvoering hiervan?
- 6 Hoe loopt de controle van de verzekeraar op de geleverde zorg en de declaraties, vooral gericht op de scheidslijn eerstelijns GGZ / tweedelijns GGZ bij lichtere problematiek?
- 7 Kan de zorgverzekeraar nagaan of de zorg door de juist gekwalificeerde hulpverlener geboden is?
- 8 Ervaart de verzekeraar knelpunten bij de uitvoering van de verzekerde GGZ in het basispakket ZVW?
- 9 Is voor de verzekeraar de afbakening met AWBZ-zorg en WMO op terrein van GGZ duidelijk?

Tabel 1 Subvragen onderzoek

## 1.3 Aanpak

Het plan van aanpak voor het onderzoek bestaat uit drie fasen. Deze aanpak is schematisch weergegeven in onderstaande figuur.



Figuur 1 Schematische weergave aanpak onderzoek

In fase 1 is desk research verricht, een lijst met gespreksonderwerpen voor de interviews opgesteld en zijn alle interviews gepland. De interviews zijn in fase 2 uitgevoerd. De gesprekspartners voor de interviews zijn in nauw overleg met CVZ geselecteerd. Hierbij is

eveneens contact geweest met Zorgverzekeraars Nederland en de Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen. Bij de selectie van de zorgverzekeraars en aanbieders is waar mogelijk gekeken naar omvang en geografische spreiding. In totaal zijn 20 personen geïnterviewd.

We hebben gesproken met curatieve GGZ zorginkopers van vijf grote zorgverzekeraars, betrokkenen bij de administratieve verwerking en controle van vier van deze grote zorgverzekeraars en de verantwoordelijke GGZ zorginkoop van Zorgverzekeraars Nederland (onder deze vier was een auditor die de materiële controles vanuit de zorgverzekeraar uitvoert). Daarnaast zijn interviews gevoerd met een onafhankelijke expert op het gebied van administratieve verwerking, drie GGZ aanbieders in de eerste lijn en drie GGZ aanbieders in de tweede lijn.

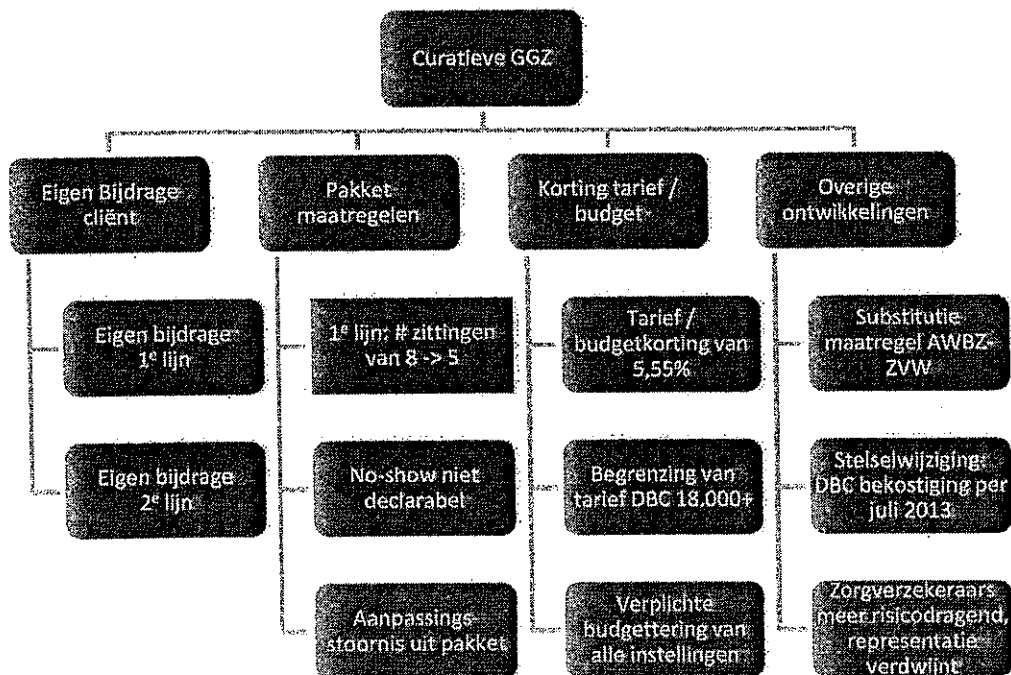
In de laatste fase van dit onderzoek is het voorliggende eindrapport opgesteld.

#### **1.4 Leeswijzer**

De rapportage start in hoofdstuk 2 met een schets van de ontwikkelingen rondom wet- en regelgeving in de curatieve GGZ. In hoofdstuk 3 gaan we in op de uitvoering van de zorginkoop. We starten het hoofdstuk met ons advies en vervolgens gaan we in op de onderbouwing daarvan. De daaropvolgende paragrafen gaan dieper in op het proces van zorginkoop en de knelpunten, eerst voor de eerstelijns GGZ en daarna voor de tweedelijns GGZ. Hoofdstuk 4 kent dezelfde opbouw maar gaat in op de uitvoering van de controle op levering en declaratie. Hoofdstuk 5 gaat in op de conclusie van het onderzoek en de beantwoording van de hoofdvraag.

## 2 Ontwikkelingen curatieve GGZ

De wet- en regelgeving rondom de curatieve GGZ is in beweging: in 2012 worden er verschillende wijzigingen doorgevoerd. Dit hoofdstuk gaat in op deze ontwikkelingen in de curatieve GGZ. De maatregelen vallen uiteen in een viertal groepen (1) Invoeren eigen bijdrage, (2) Pakketmaatregelen, (3) Korting tarief/budget en (4) Overige ontwikkelingen.



Figuur 1 Ontwikkelingen in de curatieve GGZ

### 2.1 Eigen bijdrage cliënt

Met ingang van 1 januari 2012 geldt er een eigen bijdrage voor tweedelijns GGZ. De hoogte van deze bijdrage is EUR 100,- voor een DBC van minder dan 100 minuten en EUR 200,- voor een langere DBC met een maximum van EUR 200,- per jaar. Deze eigen bijdrage geldt niet voor crisis DBC's of DBC's indirecte tijd. De eigen bijdrage geldt alleen voor volwassenen die op de startdatum van de DBC achttien jaar of ouder waren. Uitzonderingen worden gemaakt voor bijvoorbeeld gedwongen opnames, crisis opnames en patiënten die via bemoeizorg zijn binnengekomen. Voor de eerstelijns psychologische zorg gold al een eigen bijdrage. Deze is met ingang van 1 januari 2012 verhoogd naar EUR 20,- per zitting. Het is mogelijk dat patiënten door de verhoging van de eigen bijdrage in de eerste lijn direct naar de tweede lijn

worden verwezen. De verwachting is echter dat dit effect minder wordt door de gelijktijdige invoering van een eigen bijdrage in de tweede lijn.

Ook wordt er een eigen bijdrage voor verblijf ingevoerd van EUR 145,- per maand. De eerste maand van het verblijf is hierbij uitgesloten. Zorgverzekeraars die de zorgverzekeringswet uitvoeren zijn financieel verantwoordelijk voor de eigen bijdrage en de uitvoering daarvan. Hoogstwaarschijnlijk zal deze maatregel leiden tot een vermindering van het aantal bedden, in lijn met een landelijk in gang gezette trend van ambulantisering van de GGZ.

## **2.2 Pakketmaatregelen**

In de eerste lijn gaat het aantal vergoede behandelingen in 2012 van acht naar vijf. Daarnaast wordt no-show in de tweede lijn als onderdeel van een DBC vanaf 2012 niet meer vergoed. Dit betekent dat wanneer een patiënt niet op zijn afspraak komt zonder tijdige afmelding, deze tijd niet meer geregistreerd mag worden in de DBC systematiek. Wel mag de aanbieder een rekening sturen naar de patiënt. Dit moet dan wel vooraf zijn gecommuniceerd naar de patiënt. Deze maatregel geldt ook voor gemiste afspraken in 2012 waarvan de DBC al in 2011 geopend is.

De behandeling van aanpassingsstoornissen wordt niet meer vergoed vanuit de basisverzekering. Dit geldt voor zowel eerste- als tweedelijns behandeling. Bij de productgroepen kort, crisis, alleen indirecte tijd en bij eerstelijns consulten is niet te zien of het om een aanpassingsstoornis gaat. Verzekeraars en aanbieders moeten hier zelf afspraken over maken. Pessimisten verwachten dat het aantal diagnoses aanpassingsstoornis door deze maatregel gaat dalen en dat een deel van deze patiënten ander gediagnosticeerd zullen worden.

## **2.3 Korting tarief/budget**

De tarieven en budgetten in de tweede lijn worden met 5,55% gekort om de overschrijding van EUR 222 miljoen uit 2009 te compenseren. Het kortingspercentage geldt voor alle aanbieders in de tweedelijns GGZ. De korting mag verwerkt worden in prijs, volume of een combinatie van beide. Veel verzekeraars sturen dit jaar nog niet op scherpere prijzen omdat alleen het verwerken van de korting al veel van de aanbieders eist.

DBC's met een behandelduur van meer dan 18.000 minuten krijgen vanaf 2012 dezelfde prijs als de DBC tot 18.000 minuten. Deze behandelingen zijn nog steeds verzekerde zorg. Het is mogelijk dat aanbieders in plaats van een dergelijke DBC een vervolg DBC trachten te openen. Dit is niet toegestaan.

Door VWS is met verzekeraars is afgesproken dat zij het beschikbare macrokader voor de curatieve GGZ leidend laten zijn bij het inkopen. Verzekeraars maken daarom omzetafspraken met gebudgetteerde aanbieders, niet gebudgetteerde aanbieders en bij voorkeur ook met vrijevestigden. De zorgverzekeraars hebben hier een inspanningsverplichting.

## 2.4 Overige ontwikkelingen

In 2011 heeft de Nederlandse Zorgautoriteit een tijdelijke oplossing gecreëerd voor de problemen die er zijn in de GGZ met de knip tussen de AWBZ en de Zorgverzekeringswet; er is afgesproken dat GGZ aanbieders tijdelijk geld mogen overhevelen van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet en andersom. Belangrijkste reden hiervoor is om de in gang gezette ambulantisering, die veelal een verschuiving van AWBZ bedden naar Zvw productie betekent, niet onnodig te belemmeren. Inmiddels is duidelijk dat deze tijdelijke oplossing ook in 2012 van kracht blijft.

In 2013 zal naar verwachting de prestatiebekostiging in de tweedelijns curatieve GGZ worden ingevoerd. Tweedelijns aanbieders krijgen de geleverde zorg dan volledig bekostigd in termen van DBC's en de bekostiging op basis van oude NZa parameters komt te vervallen. Onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders vinden waarschijnlijk plaats op basis van bandbreedte tarieven.

Zorgverzekeraars zouden bij deze overgang naar prestatiebekostiging de kosten in de GGZ in de hand moeten houden. Om doelmatige zorginkoop te bevorderen zal de risicodragendheid van zorgverzekeraars in 2012 worden vergroot door afbouw van de macronacalculatie. De NZa adviseert de minister van VWS in haar Advies Implementatieplan prestatiebekostiging GGZ om de financiële risico's in 2013 nog verder te vergroten.

### 3 Uitvoering zorginkoop

#### 3.1 Beantwoording subvragen en knelpunten

In onderstaande tabel beantwoorden we de subvragen 1 tot en met 4 en 8 uit het onderzoek.

Vraag	Samenvatting antwoorden van de geïnterviewden	Knelpunten
1. Op welke manier kopen de zorgverzekeraars de eerstelijns psychologische zorg in, welke zorgaanbieders, voorwaarden, kwaliteit?	<ul style="list-style-type: none"> <li>De inkoop van eerstelijns (psychologische) zorg vindt plaats via een gestandaardiseerde procedure en op verzoek van de aanbieder.</li> <li>Een basiseis om voor een contract in aanmerking te komen is opleiding en registratie van de juiste deskundigheid.</li> <li>Er worden afspraken met aanbieders gemaakt over de prijs: er worden géén volumeafspraken gemaakt. Wel wordt er vanaf dit jaar soms gewerkt met een omzetplafond om het ongelimiteerd gebruik van hulppersoneel<sup>1</sup> tegen te gaan.</li> <li>Veel zorgverzekeraars starten met een basistarief en bieden de mogelijkheid dit te verhogen op basis van een beperkt aantal criteria (één a twee). Veelgebruikt hierbij is de mate van toepassing van ROM.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rol POH GGZ nog niet eenduidig ingevuld.</li> </ul>
2. Op welke manier besteedt de verzekeraar aandacht aan GGZ bij de inkoop van huisartsenzorg?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Binnen de zorgverzekeraar zijn inkoop van huisartsenzorg en GGZ veelal gescheiden trajecten.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Er vindt nog beperkt sturing plaats op verwijsgedrag van de POH GGZ. De formele verwijzing loopt waarschijnlijk via de huisarts.</li> </ul>
3. Op welke manier kopen de zorgverzekeraars de tweedelijns GGZ in?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Het inkopen van GGZ in de tweede lijn valt uiteen in drie verschillende processen: <ul style="list-style-type: none"> <li>Vrijgevestigden</li> <li>Aanbieders binnen het representatiemodel</li> <li>Aanbieders buiten het representatiemodel</li> </ul> </li> <li>Het proces voor vrijgevestigden loopt redelijk synchroon aan de inkoop van eerstelijns psychologische zorg.</li> <li>Het proces van aanbieders binnen het representatiemodel loopt gestandaardiseerd en is vergelijkbaar bij de meeste zorgverzekeraars.</li> <li>Het proces voor aanbieders buiten het representatiemodel verschilt per verzekeraar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>De offerteformats die de basis voor de onderhandeling zijn, zijn voornamelijk gericht op p*q afspraken en bieden weinig ruimte voor zorginhoud. Eén van de aanbieders geeft ook aan de onderhandeling weinig inhoudelijk en vooral technisch van aard te vinden.</li> <li>Aanbieders kunnen hun toegevoegde waarde nog onvoldoende aantonen.</li> <li>De verzekeraar heeft ten opzichte van de aanbieder een</li> </ul>

<sup>1</sup> Onder hulppersoneel wordt verstaan personeel dat activiteiten in het kader van de zorg aan een patiënt uitvoert onder verantwoordelijkheid van de behandelaar, ook wel "taakdelegatie" of "verlengde-armconstructie".

		informatieachterstand.
4. Worden voor diagnostiek van psychische problemen en preventie aparte afspraken gemaakt?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Er worden bij de zorginkoop beperkt afspraken gemaakt over diagnostiek. Uit een enkel gesprek komt naar voren dat een verzekeraar met tweedelijns GGZ aanbieders afspraken maakt over het aantal diagnostiek DBC's ten opzichte van het totaal aantal DBC's: maar hier blijft het bij.</li> <li>• Er worden bij de zorginkoop beperkt afspraken gemaakt over preventie. Zorggerelateerde, secundaire preventie (bijvoorbeeld terugvalpreventie) kan als onderdeel van een tweedelijns GGZ behandeling worden bekostigd. Bij de meeste verzekeraars in het onderzoek is dit geen onderwerp van gesprek tijdens de zorginkoop. Tot de eerstelijns psychologische zorg behoort geïndiceerde preventie van depressie, van problematisch alcoholgebruik en van een paniekstoornis. Eén zorgverzekeraar wil hierop inzetten en heeft aanbieders in de eerste lijn uitgenodigd hierop voorstellen in te dienen tijdens de zorginkoop: met een teleurstellend resultaat. Volgens deze verzekeraar staat deze vorm van preventie in de kinderschoenen. Een andere verzekeraar geeft aan voorstander te zijn van het terugverwijzen vanuit de tweede naar de eerste lijn voor de zorggerelateerde, secundaire preventie. Hierin zou een belangrijke rol voor de POH GGZ zijn weggelegd en ook voor E-health toepassingen.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preventie en diagnostiek voor de verzekeraar niet of beperkt inzichtelijk in eerste en tweedelijns productie.</li> <li>• Ontwikkeling betaalde preventie in de eerste lijn staat volgens een verzekeraar nog in de kinder-schoenen.</li> </ul>

Tabel 2 Samenvattend overzicht beantwoording subvragen en knelpunten & belemmeringen in zorginkoop<sup>2</sup>

## 3.2 Inkoop eerstelijns GGZ

### 3.2.1 Inkoop eerstelijns psychologische zorg

In onderstaand figuur wordt schematisch het proces van inkoop van eerstelijns psychologische zorg weergegeven.

<sup>2</sup> Subvraag 8 wordt beantwoord door een kolom knelpunten toe te voegen.



*Figuur 1 Inkoop eerstelijns psychologische zorg*

De inkoop van eerstelijns psychologische zorg is een gestandaardiseerd proces dat is beschreven in Figuur 1. Aanbieders die het jaar ervoor gecontracteerd zijn geweest, worden actief aangeschreven. Overige aanbieders kunnen op aanvraag deelnemen aan de inkoopprocedure. Meerdere van de geïnterviewde verzekeraars schrijven alle eerstelijns aanbieders zelf aan op basis van de gegevens bij Vektis.

Alle verzekeraars werken met tariefdifferentiatie. Een basistarief wordt toegekend als de aanbieder voldoet aan de relevante registratie-eisen ten aanzien van de beroepsgroep. Daarna kunnen één of meer opslagen op het tarief verkregen worden wanneer wordt voldaan aan aanvullende eisen. Onderstaande tabel bevat een overzicht van de basiseisen en aanvullende eisen die vaker voorkomen.

Basiseis met basistarief	Aanvullende eis met opslag op basistarief
Registratie-eis: <ul style="list-style-type: none"> <li>• GZ-psycholoog (BIG)</li> <li>• Kinder- en jeugdpsycholoog (NIP)</li> <li>• Orthopedagogen (NVO)</li> </ul>	Meerdere malen genoemd: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Deelname aan ROM</li> <li>• Voldoen aan eisen eigen beroepsvereniging</li> <li>• Het hebben van opleidingsplaatsen</li> <li>• Multidisciplinaire samenwerking</li> </ul>

*Tabel 2 Eisen verzekeraars bij inkoop eerstelijns psychologische zorg*

In de contracten worden alleen prijs- en geen volumeafspraken gemaakt. Wel hanteren enkele verzekeraars sinds 2012 een omzetplafond om inzet van hulppersoneel te beperken. De gehanteerde tarieven voor de eerstelijns psychologische zorg liggen in 2012 rond EUR 78,- voor het basistarief en rond EUR 84,- voor het tarief indien aan aanvullende voorwaarden voldaan wordt. Het aantal eerstelijns psychologen dat gecontracteerd wordt verschilt per verzekeraar. Een deel van de verzekeraars schrijft alle praktijken aan met een AGB-code en nodigt hen uit



voor een contract, een ander deel van de verzekeraars gaat uitsluitend een contract aan op verzoek van de eerstelijns praktijk. Een deel van de eerstelijns aanbieders kiest ervoor om geen contracten te tekenen. Zij kunnen dan vrije tarieven hanteren. Hun patiënten kunnen dan het restitutietarief (nu meestal 80%, vanaf 2012 verlagen sommige verzekeraars dit tot naar 60-75% van het normtarief) declareren bij hun verzekeraar.

### **3.2.2 Knelpunten bij inkoop eerstelijns psychologische zorg**

In het algemeen geldt dat verzekeraars de eerstelijns psychologische zorg inkopen op basis van de opleidingseis en één of twee aanvullende indicatoren die een verhoging van het tarief mogelijk maken. Op deze manier probeert de verzekeraar de kwaliteit van zorg te garanderen: de aanvullende indicatoren richten zich niet op uitkomsten van zorg maar meer op procesindicatoren (deelname aan ROM, multidisciplinaire samenwerking). In de gesprekken wordt als mogelijk knelpunt de invulling van de rol van de POH GGZ genoemd. De verzekeraars zien vooral de POH GGZ als middel voor een heldere triage aan het begin van de keten die tot doelmatigheid in de eerste en tweede lijn zou kunnen leiden. Aanbieders uit de eerste lijn (eerstelijns psychologen) zijn nog niet overtuigd van deze rol en hebben het gevoel niet betrokken te worden in de besluitvorming hierover.

Een tweede knelpunt doet zich voor rondom informatieachterstand bij de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar maakt uitsluitend afspraken over zittingen eerstelijns psychologische zorg en heeft geen zicht op het type behandeling of zorg dat in de eerste lijn wordt uitgevoerd. Het is hierdoor lastig voor een zorgverzekeraar om te bepalen of deze zorg daadwerkelijk tot de curatieve GGZ gerekend kan worden.

### **3.2.3 Inkoop huisartsenzorg**

De inkoop van huisartsenzorg staat binnen de meeste zorgverzekeraars los van de inkoop van curatieve GGZ. In de meerderheid van de gesprekken met de zorgverzekeraar blijkt dat er vanuit zorginkoop curatieve GGZ beperkt zicht is op de mate waarin bij de inkoop van huisartsenzorg aandacht wordt besteed aan GGZ. De POH GGZ vormt hierop de uitzondering: deze wordt ingekocht via de huisarts, maar er is vanuit zorginkoop curatieve GGZ wel goed zicht op.

De wijze waarop de inkoop van de POH GGZ plaats vindt verschilt per zorgverzekeraar en lijkt in ontwikkeling. Eén van verzekeraars in het onderzoek geeft aan dat aan de opleidingseis POH GGZ (of intentie deze op korte termijn te volgen) moet worden voldaan. Daarnaast is scholing en nascholing verplicht. Verder moet de POH GGZ bij deze verzekeraar jaarlijks een kwaliteitsverslag indienen. Daaruit kan onder andere het verwijsgedrag afgelezen worden. In de praktijk wordt bij deze verzekeraar met deze uitkomsten nog weinig gedaan, maar de intentie is de komende jaren hier meer op te sturen. Een andere verzekeraar geeft aan voorstander te zijn van een snelle en brede uitrol van de POH GGZ. Volgens het consultatiedocument Basis GGZ zal bij invoering van basis GGZ de rol van POH GGZ waarschijnlijk verder worden versterkt.

### 3.2.4 Knelpunten bij inkoop huisartsenzorg

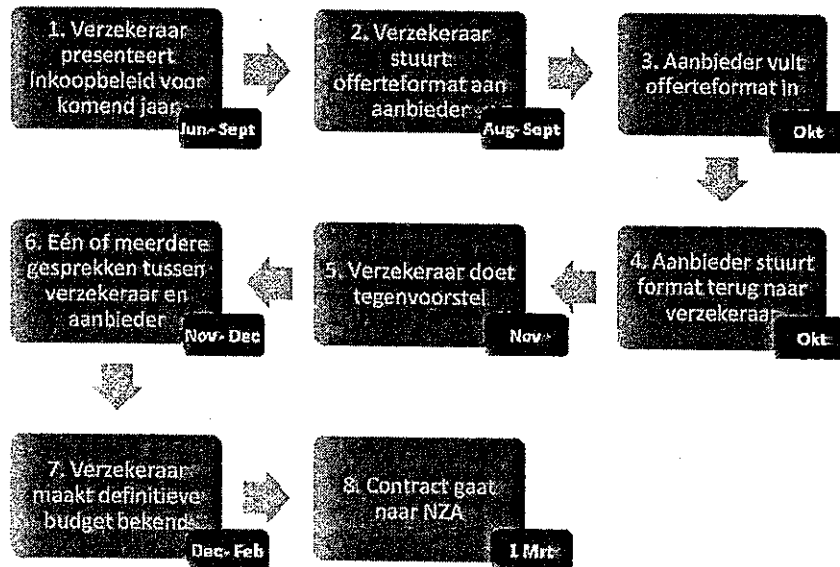
De inkoop van huisartsenzorg staat binnen de meeste zorgverzekeraars los van de inkoop van curatieve GGZ. Er lijkt hiermee vanuit de inkopers curatieve GGZ weinig zicht te zijn op huisartsenzorg gericht op patiënten met psychische klachten of stoornissen.

Het komt voor dat de POH GGZ is gedetacheerd vanuit de tweedelijns aanbieder bij de huisarts (voormalige SPV die tweedelijns zorg bij de huisarts leverde). Gezien de sterke relatie in deze gevallen met de tweede lijn liggen afspraken over triage, korte interventies en sturing op verwijsgedrag hiermee wel meer voor de hand. In de huidige situatie lijkt hier nog beperkt sprake van te zijn. Eén verzekeraar geeft aan dat detachingsconstructies van SPV's vanuit een GGZ aanbieder niet wenselijk zijn, tenzij dit gebeurt vanuit een eigen facilitair bedrijf dat primair verantwoording aflegt aan de huisarts en statutair geen afhankelijkheden heeft met de tweedelijns aanbieder waaruit het facilitair bedrijf voortkomt.

## 3.3 Inkoop tweedelijns GGZ

### 3.3.1 Proces inkoop tweedelijns GGZ

In onderstaand figuur wordt schematisch het proces van inkoop van tweedelijns GGZ weergegeven.



Figuur 2 Inkoop tweedelijns GGZ binnen het representatiemodel

Het inkopen van GGZ in de tweede lijn valt uiteen in drie verschillende processen:

- Vrijgevestigden
- Aanbieders binnen het representatiemodel
- Aanbieders buiten het representatiemodel

#### *Vrijgevestigden*

Het inkoopproces voor de tweedelijns vrijgevestigden is identiek aan dat voor de eerstelijns GGZ, zie hiervoor Figuur 1. Het gaat hier om de volgende beroepen:

- Psychiater (BIG)
- Psychotherapeut (inclusief klinisch psycholoog) (BIG)

Voor deze groep geldt bij veel verzekeraars vanaf 2012 een omzetplafond. Hiermee wordt bovenmatige inzet van hulppersoneel geremd. De hoogte van deze plafonds loopt wel sterk uiteen (EUR 160.000 – EUR 280.000). Er wordt altijd gerekend met een correctie voor het marktaandeel. Bij marktaandeel van 50% van de betreffende verzekeraar bij een aanbieder geldt de helft van het omzetplafond. Een enkele zorgverzekeraar hanteert geen omzetplafond, maar stelt een maximum aan de inzet van hulppersoneel (20% van de behandeling).

#### *Aanbieders binnen het representatiemodel*

Binnen het representatiemodel<sup>3</sup> is het inkoopproces vormgegeven zoals in Figuur 2. Na het vaststellen van het inkoopbeleid wordt dit gecommuniceerd naar de aanbieders. Dit wordt meestal gedaan in een bijeenkomst met alle aanbieders tegelijk. Hierna vullen de aanbieders het offerteformat in. Bij de meeste verzekeraars gaat dit via een Excelbestand, maar bijvoorbeeld Zorgverzekeraar Awerkt met een webapplicatie. De offerteformats die de basis voor de onderhandeling zijn, zijn voornamelijk gericht op p\*q afspraken en bieden weinig ruimte voor zorginhoud. Eén van de aanbieders geeft ook aan de onderhandeling weinig inhoudelijk en vooral technisch van aard te vinden. Eén verzekeraar maakt onderscheid naar deelmarkt<sup>4</sup> en stelt bij de inschrijving hierop verschillende criteria afhankelijk van de deelmarkt waarin de aanbieder actief is. Los van de inkoopprocedure hebben verzekeraars gedurende het jaar wel regelmatig contact met aanbieders: deze gesprekken zijn vaak meer op inhoud van en type zorg gericht. Bij het maken van afspraken voor 2012 ligt de nadruk op de volumes. Op prijs concurreren wordt door de verzekeraars lastig bevonden door de hoge macrokortingen. Afspraken worden zowel op DBC's als op NZa parameters gemaakt.

De laatste jaren komt er steeds meer aandacht voor kwaliteitscriteria. Deze criteria zijn gebaseerd op het inkoopbeleid van de verzekeraar. Er zijn hierin duidelijk overeenkomsten tussen verzekeraars. De criteria zijn gericht op de inhoud van de zorg en het meten van uitkomsten maar nog niet op uitkomsten van de geleverde zorg zelf. In het formuleren van criteria gaat de ene verzekeraar verder dan de andere: sommige verzekeraars differentiëren zoals

<sup>3</sup> Het representatiemodel is het model waarin de zorgverzekeraars met het grootste en tweede marktaandeel in een bepaalde regio samen contracten sluiten met zorgaanbieders die gelden voor alle verzekeraars.

<sup>4</sup> Voorbeelden van deelmarkten zijn bijvoorbeeld patiëntgroepen waarbij de zorg volledig is gericht op genezing en re-integratie of patiëntgroepen die langdurig van zorg afhankelijk zijn en problemen hebben op meerdere levensgebieden.

gezegd in criteria naar deelmarkt. De volgende speerpunten voor het komend jaar zijn genoemd door meerdere verzekeraars:

- Deelname aan ROM
- Ambulantisering
- E-health

Na invullen van het offerteformat komt er soms een tegenvoorstel door de verzekeraar, waarna verzekeraar en aanbieder in onderhandeling gaan over het uiteindelijk toe te kennen budget. Overigens is van selectieve inkoop geen sprake, alhoewel sommige verzekeraars wel aangeven hier op termijn meer naartoe te willen. Alle verzekeraars werken met een garantiebudget. Dit is een percentage van het budget van het vorige jaar. Een opslag kan worden verdiend door het voldoen aan specifieke eisen gericht op de speerpunten uit het inkoopbeleid. De laatste paar procenten worden door de zorgverzekeraar naar eigen inzicht verdeeld. Aanbieders hebben hier vaak de mogelijkheid om eigen plannen in te dienen. Voor de verdeling van de laatste procentpunten van het budget wordt vaak wel naar specifieke zorgtypes gekeken.

Niet alle verzekeraars werken met een tegenvoorstel, sommigen gaan direct het gesprek aan. Na deze gesprekken maakt de verzekeraar het definitieve budget bekend en worden de contracten uitgestuurd. Uiterlijk 1 maart moet het getekende contract bij de NZa binnen zijn.

#### *Aanbieders buiten het representatiemodel*

De meeste variatie zit er in de omgang met aanbieders buiten het representatiemodel. Er is hier geen gestandaardiseerd proces te onderscheiden. In Tabel 3 staan daarom enkele voorbeelden van de inkoopprocessen met betrekking tot deze aanbieders.

Verzekeraar A	Verzekeraar B	Verzekeraar C
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aanbieders met een omzet van &lt; EUR 100.000 krijgen geen contract.</li> <li>• Aanbieders met een omzet tussen de EUR 100.000 en EUR 300.000 krijgen per definitie een contract wanneer zij aan de basiseisen voldoen. Door een goede score op een aantal speerpunten kan er een hoger tarief verdiend worden.</li> <li>• Aanbieders met een omzet &gt; EUR 300.000 vullen hetzelfde offerteformat in als aanbieders binnen het representatiemodel.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Met deze aanbieders worden alleen p*q afspraken gemaakt.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deze aanbieders worden alleen gecontracteerd als zij een aanvulling vormen op het bestaande aanbod.</li> <li>• Binnen de hoofdregio van de verzekeraar kan er een contract met p*q afspraken gesloten worden.</li> <li>• Buiten de hoofdregio van de verzekeraar wordt er hooguit een vrijgevestigde contract aangeboden.</li> </ul>

*Tabel 3 Inkoopproces voor aanbieders buiten het representatiemodel*

### 3.3.2 Knelpunten en belemmeringen inkoop tweedelijns GGZ

In de gesprekken met zowel verzekeraars als aanbieders komen een aantal knelpunten bij de inkoop van tweedelijns GGZ aan de orde:

- De zorginkoop is in ontwikkeling, ditzelfde geldt voor de professionaliteit van de deelnemers aan het inkoopproces, zowel aanbieders als verzekeraars. Aanbieders proberen steeds meer om richting verzekeraars hun toegevoegde waarde aan te tonen maar kunnen dit op dit moment nog beperkt. De offerteformats die de basis voor de onderhandeling zijn, zijn voornamelijk gericht op p\*q afspraken en bieden weinig ruimte voor zorginhoud. Eén van de aanbieders geeft ook aan de onderhandeling weinig inhoudelijk en vooral technisch van aard te vinden. Zowel een aanbieder als een verzekeraar geven aan de ontwikkeling van zorgpaden<sup>5</sup> te willen gebruiken in de onderhandeling, om kwaliteit van zorg te bevorderen en om toegevoegde waarde aan te tonen, waar dit met DBC's beperkt mogelijk is. Eén verzekeraar geeft daarbij aan dat, door het ontbreken van gestandaardiseerde en transparante aan de DBC's gekoppelde uitkomstmaten, zorgprogrammering voor het inkoopproces nog niet direct relevant is, maar dat dit wel een belangrijke stap is om in de toekomst tot een op doelmatigheid gerichte zorginkoop te komen.
- De verzekeraar heeft ten opzichte van de aanbieder een informatieachterstand. Met alleen een hoofddiagnose, een bandbreedte in aantal minuten en een prijs per DBC is niet te bepalen wat de zorgvraag, de zorgzwaarte en het behandeltraject van de patiënt is geweest of gaat worden. Het is voor de verzekeraar op dit moment niet mogelijk om hiermee verschillen tussen aanbieders in aanpak en effectiviteit van de behandeling van bepaalde aandoeningen te achterhalen. Dit probleem zal gedeeltelijk opgelost worden door de inzet van ROM waarmee meer zicht komt op effectiviteit van een behandeling, maar ook dan blijft met DBC's het zicht vanuit de zorgverzekeraar op de zorgvraag, de zorgzwaarte en het behandeltraject beperkt.

---

<sup>5</sup> Een zorgpad is een gestandaardiseerde routing voor patiënten met een bepaalde hulpvraag. Door invoering wordt gestreefd naar een zekere uniformiteit in behandeling, waardoor resultaten beter te vergelijken zijn.

## 4 Uitvoering controle declaratie en levering

### 4.1 Beantwoording subvragen en knelpunten

In onderstaande tabel beantwoorden we de subvragen 5 tot en met 9 uit het onderzoek.

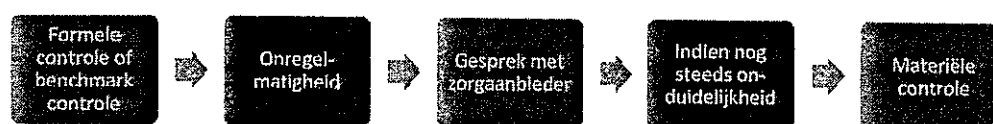
Vraag	Samenvatting antwoorden van de geïnterviewden	Knelpunten
5. Hanteert de zorgverzekeraar in de polis speciale voorwaarden voor GGZ en controleren ze de uitvoering hiervan?	<ul style="list-style-type: none"> <li>De polisvoorwaarden zijn onder de verzekeraars vrijwel identiek. Eventuele afwijkingen hangen meestal samen met verschil in formulering.</li> </ul>	
6. Hoe loopt de controle van de verzekeraar op de geleverde zorg en de declaraties, vooral gericht op de scheidslijn eerstelijns GGZ / tweedelijns GGZ bij lichtere problematiek?	<ul style="list-style-type: none"> <li>De mate van controle achteraf in de eerste lijn is tamelijk beperkt. Controle vindt met name plaats aan de voorkant op de opleidingseis en eventuele aanvullende eisen.</li> <li>De scheidslijn tussen eerste lijn en tweede lijn is niet altijd helder. Zowel verzekeraars als aanbieders geven aan dat er geregeld wordt verwezen "op de portemonnee van de patiënt". Dit houdt in dat wanneer de patiënt de eigen bijdrage voor de eerste lijn niet kan of wil betalen er direct een verwijzing naar de tweede lijn volgt.</li> <li>In de tweede lijn vinden er vier soorten controles plaats: formele controle, benchmark controle, materiële controle en controle op overige bepalingen.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Controle lastig door informatieachterstand verzekeraars.</li> <li>Vanwege looptijd DBC's duurt data-aanlevering lang. Bovendien laat de kwaliteit te wensen over.</li> <li>Controle op levering van zorg pas mogelijk bij sterke vermoedens onrechtmatigheid. Echter, creativiteit zorgverzekeraars om deze drie knelpunten aan te pakken verschilt wel. Mogelijk speelt volgende punt een rol:</li> <li>Uit twee gesprekken blijkt dat de urgentie voor controle beperkt is door beperkte risicodragendheid verzekeraars.</li> </ul>
7. Kan de zorgverzekeraar nagaan of de zorg door de juist gekwalificeerde hulpverlener geboden is?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Contracten in de eerstelijns GGZ en vrijgevestigden in de tweedelijns GGZ worden alleen afgesloten met partijen die aan registratie-eisen voldoen. Voor de overige toegelaten aanbieders geldt dat toelating voldoende is en dit tot de professionaliteit van de aanbieder behoort. Bij declaratie is niet te controleren of de juist gekwalificeerde zorgverlener de zorg geleverd heeft.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Het is niet mogelijk om op basis van de declaratie te controleren of de zorg door de juist gekwalificeerde hulpverlener geleverd is. Hiervoor is een materiële controle noodzakelijk.</li> </ul>
9. Is voor de verzekeraar de afbakening met AWBZ-zorg en WMO op terrein van GGZ duidelijk?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Een laatste punt ten slotte betreft de afbakening van de curatieve GGZ. Alle op genezing gerichte GGZ ("behandeling") gerelateerd aan de DSM-IV stoornissen op as I en as II (met uitzondering van de verstandelijke beperking) vallen onder de Zvw. Eén zorgverzekeraar geeft aan dat dit een ruime</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lastig te beoordelen voor zorgverzekeraar of iets daadwerkelijk curatieve GGZ betreft.</li> </ul>



De polisvoorwaarden op het gebied van GGZ komen voor een groot deel overeen tussen de verschillende verzekeraars. Soms is de formulering iets afwijkend, maar over het algemeen is er geen onderscheid te maken. De enige opvallende afwijkingen zijn het toelaten van “mindfulness”, “kleur in je leven” en “beating the blues” door B.

#### 4.2.2 Controle eerstelijns GGZ

In Figuur 3 en Tabel 6 wordt schematisch het proces van controle op declaratie en levering van de zorg voor zowel de eerstelijns als de tweedelijns GGZ weergegeven. Hoewel de inhoud van de controleprocessen verschilt tussen de eerstelijns en de tweedelijns GGZ, kennen de controles dezelfde hoofdelementen.



Figuur 3 Proces controle op levering van zorg en declaratie

Let op: dit proces geldt zowel voor de eerste als de tweede lijn.

Soorten controle	Omschrijving
Formele controle	Voor alle declaraties wordt gecontroleerd of aan de declaratiebepalingen is voldaan. Dit gebeurt meestal geautomatiseerd bij binnenkomst
Benchmark controle	Aanbieders worden onderling en tegen landelijke cijfers vergeleken. Het doel is om afwijkend declaratiegedrag te herkennen. Daarbij gaat het bijvoorbeeld om het “opknippen” van DBC’s of om een hoog gemiddeld aantal consulten bij een eerstelijnspsycholoog
Materiële controle	Bij een materiële controle wordt bij de zorgaanbieder gekeken in de statussen. Dit mag alleen bij voldoende aanleiding. Het gaat daarbij om: <ul style="list-style-type: none"> <li>• een onderzoek waarbij de zorgverzekeraar nagaat of de door de zorgaanbieder in rekening gebrachte prestatie is geleverd (‘rechtmatigheid’);</li> <li>• en die geleverde prestatie het meest was aangewezen gezien de gezondheidstoestand van de verzekerde (‘doelmatigheid’).</li> </ul> In sommige gevallen wordt bij de materiële controle door de zorgverzekeraar gesteund op de interne controlefunctie van de zorgaanbieder.
Controle overige criteria	Aan de hand van verschillende documenten en registraties wordt gecontroleerd of zorgaanbieders zich houden aan de overige criteria uit het inkoopbeleid, zoals opleiding of deelname aan ROM

Tabel 6 Soorten controles

De controles die specifiek in de eerstelijns zorg worden uitgevoerd op declaratie en levering van zorg zijn hieronder uitgewerkt. *Formele controle*



Hierbij wordt gekeken of aan de regels wordt voldaan en of er bijvoorbeeld niet meer dan het toegestane aantal consulten wordt gedeclareerd. Ook doen sommige verzekeraars een controle op het maximaal aantal werkbare uren per dag of week om de inzet van hulppersoneel te controleren.

#### *Benchmark controle*

Deze vorm van controle wordt beperkt toegepast in de eerstelijnszorg, omdat er uit de declaraties weinig valt af te lezen. Wel wordt er gekeken naar het gemiddeld aantal consulten bij een bepaalde diagnose. Bij afwijkingen wordt eerst contact gezocht met de aanbieder. Pas wanneer dit geen bevredigend antwoord oplevert wordt eventueel overgegaan op een materiële controle.

#### *Materiële controle*

Deze vorm van controle kan toegepast worden bij eerstelijns GGZ. In de praktijk gebeurt dit vrijwel nooit. Dit heeft te maken met de regels in het protocol materiële controles van ZN dat voor deze controle geldt en de relatief hoge kosten die niet opwegen tegen de lage opbrengsten bij terugvordering in de eerste lijn. Aanleiding hiervoor zullen daarom vooral klachten van verzekerden zijn, bijvoorbeeld over inning van een eigen bijdrage over een consult dat niet heeft plaats gevonden.

#### *Controle overige criteria*

Bij aangaan van het contract wordt de opgegeven opleiding gecontroleerd in het betreffende register (BIG, NIP, NVO) en in geval er sprake is van een opslag op het basistarief waardoor aan aanvullende criteria moet worden voldaan wordt hier ook naar gekeken. Zo kan er bijvoorbeeld getoetst worden op aanlevering ROM en een uitvraag worden gedaan bij SBG. De POH GGZ moet voor sommige verzekeraars jaarlijks een verslag aanleveren met daarin onder andere verwijsinformatie. Daarnaast geeft één verzekeraar aan te controleren op websites waarop niet verzekerde zorg wordt aangeprezen als verzekerde zorg.

#### *Verwijzing naar de tweede lijn*

Voor een verzekeraar is het vrijwel onmogelijk om te zien of een patiënt terecht is doorverwezen naar de tweede lijn. Zowel aanbieders als verzekeraars geven aan dat het in de praktijk kan voorkomen dat “op de portemonnee” wordt doorverwezen. Dit houdt in dat wanneer een patiënt meer dan het vergoede aantal zittingen in de eerste lijn nodig heeft of dat hij of zij de eigen bijdrage niet kan betalen, er dan gelijk een doorverwijzing naar de tweede lijn volgt.

Sommige verzekeraars proberen dit te vermijden door geen DBC's in te kopen met een laag aantal minuten. De aanname is dan dat dit zorg betreft die beter in de eerste lijn kan worden geleverd. Dit is echter geen sluitende oplossing.

### 4.2.3 Knelpunten declaratie en levering eerstelijns GGZ

In vergelijking met de tweedelijns GGZ is de controle beperkt in de eerstelijns GGZ. Zorgverzekeraars geven aan dat dit voornamelijk te maken heeft met de beperkte informatie die de zorgverzekeraars uit de declaraties kunnen halen. Daarnaast gaat er in de tweede lijn relatief meer geld om, waardoor de prioriteit daar hoger is.

## 4.3 Controle declaratie en levering tweedelijns GGZ

### 4.3.1 Voorwaarden

In onderstaande tabel geven we de polisvoorwaarden voor de tweedelijns GGZ weer van de verzekeraars die deelnemen aan het onderzoek.

Soort zorg	Voorwaarde	Verzekeraar
Tweedelijns GGZ	Verwijzing door huisarts, bedrijfsarts of jeugdzorg	A, D, E, B, C
Tweedelijns GGZ	<b>Uitsluitingen:</b> Psychoanalyse behoort niet tot de te verzekeren prestaties  De zorg omvat met name niet neurofeedback en psychoanalyse.  <ul style="list-style-type: none"><li>• psychoanalyse (4 tot 5 keer in de week psychotherapie) gestart op of na 23 maart 2010</li><li>• neurofeedback</li></ul>	A  D  E
Tweedelijns GGZ	Als sprake is van een (langdurige) psychoanalytische psychotherapie, moet u vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons hebben gekregen. Wij kunnen bij die akkoordverklaring aanvullende voorwaarden stellen.	D

Tabel 7 Polisvoorwaarden tweedelijns GGZ

De polisvoorwaarden op het gebied van GGZ komen voor een heel groot deel overeen tussen de verschillende verzekeraars. Soms is de formulering iets afwijkend, maar over het algemeen is er geen onderscheid te maken. De enige opvallende afwijking is het vragen van een machtiging voor psychoanalytische psychotherapie door zorgverzekeraar D.

### 4.3.2 Controle tweedelijns GGZ

De eerder gepresenteerde Figuur 3 en Tabel 6 vormen samen een omschrijving van het controleproces ten aanzien van tweedelijns GGZ. Daarbij worden vier soorten controles onderscheiden. De controles die binnen deze vier groepen specifiek in de tweedelijns zorg worden uitgevoerd op declaratie en levering van zorg zijn hieronder uitgewerkt.

### *Formele controle*

De formele controle is de controle op de declaratieregels rondom DBC's. Dit is bij alle verzekeraars een geautomatiseerd proces. Eventuele fouten worden geautomatiseerd teruggekoppeld aan de zorgaanbieders en dienen gecorrigeerd te worden.

Daarnaast wordt er door enkele verzekeraars een controle uitgevoerd op het maximaal aantal werkbare uren in een week. Wanneer dit wordt overschreden vindt er terugvordering plaats. Deze controle wordt gebruikt om de verlengde arm constructie tegen te gaan.

Veel zorgaanbieders doen ook zelf een interne controle op de declaratieregels, maar in sommige gevallen is een controle op bijvoorbeeld parallelle DBC's niet mogelijk door het gebruik van gescheiden systemen. Over het algemeen zijn de regels die ten grondslag liggen aan deze controle helder en bestaan hier geen misverstanden over.

### *Benchmark controle*

Bij een benchmark controle legt de verzekeraars de gegevens van aanbieders onderling naast elkaar om verschillen te bekijken. Ook landelijke cijfers kunnen hiervoor gebruikt worden. Daarbij wordt vooral gekeken naar zaken als:

- Het "knippen" van DBC's. Hierbij worden er twee of meer kleinere DBC's serieel gedeclareerd in plaats van één grote. Verdenking rijst bij een laag gemiddeld aantal behandelminuten en een hoog gemiddeld aantal DBC's per patiënt.
- Parallelle DBC's. Hierbij worden meer dan drie DBC's per patiënt geopend terwijl dat volgens de declaratieregels niet zou mogen.

Benchmark controles leveren alleen vermoedens op. Afwijkende bevindingen worden altijd met de zorgaanbieder besproken. Pas als deze geen bevredigende verklaring kan leveren, wordt er eventueel verder actie ondernomen. Alle zorgverzekeraars voeren (een deel van) deze controles zelf uit, maar enkelen maken ook gebruik van de diensten van CHS. Dit bedrijf verzorgt de formele controles, maar levert ook een deel van de benchmarkinformatie.

### *Materiële controle*

Bij een materiële controle wordt levering van de zorg gecontroleerd aan de hand van statussen. Dit mag alleen bij een gerede verdenking op een misstand. Daarmee wordt deze manier van controleren altijd voorafgegaan door een formele controle of een benchmark controle. In de praktijk komt dit maar zeer weinig voor vanwege de strenge eisen en de hoge tijdsinvestering. In sommige gevallen wordt bij de materiële controle door de zorgverzekeraar gesteund op de interne controlefunctie van de zorgaanbieder.

### *Controle op overige criteria*

Bij deze controle wordt voornamelijk gekeken naar de eisen die worden gesteld aan de zorgaanbieder bij aangaan van een contract. Het kan hier gaan om opleidingseisen voor vrijgevestigden, bijvoorbeeld een check via het BIG register. Ook wordt bij SBG opgevraagd in hoeverre voldaan is aan de aanleveringseisen voor ROM.

Uit de gesprekken komt naar voren dat er niet structureel gecontroleerd wordt op de verwijzingsseis. Een zorgverzekeraar geeft aan hier alleen naar te kijken bij klachten van een verzekerde. Tijdens een materiële controle wordt hier wel aandacht aan besteed, echter deze komen beperkt voor. Wanneer er geconstateerd wordt dat er geen verwijzing aanwezig was vóór start van de behandeling dan worden deze kosten niet vergoed.

#### 4.3.3 Knelpunten bij controle in de tweedelijns GGZ

Zorgverzekeraars noemen verschillende knelpunten bij de controle op levering en declaratie van zorg. Onderstaande knelpunten werden door meer dan één verzekeraar genoemd:

- *Informatieachterstand ten opzichte van zorgaanbieders.* De verzekeraar heeft ten opzichte van de aanbieder een informatieachterstand. Met alleen een hoofddiagnose, een bandbreedte in aantal minuten en een prijs per DBC is niet te bepalen wat de zorgvraag, de zorgzwaarte en het behandeltraject van de patiënt is geweest. Het is voor de verzekeraar op dit moment niet mogelijk om hiermee verschillen tussen aanbieders in aanpak en effectiviteit van de behandeling van bepaalde aandoeningen te achterhalen. Indien afwijkende uitkomsten uit bijvoorbeeld een benchmark controle aanleiding geven om een aanbieder vragen te stellen, dan kan de verzekeraar als er een inhoudelijke onderbouwing voor de afwijking is niet veel meer dan deze aannemen van de aanbieder. De beperkte informatie die de verzekeraar heeft maakt dat controle, anders dan de formele controle, op dit moment (nog) niet veel oplevert.

Ook is het voor de verzekeraar niet mogelijk om te beoordelen of sprake is van “upcoding” omdat de informatie hiervoor ontbreekt. In geval van “upcoding” worden er net iets meer minuten aan een patiënt besteed zodat de DBC van de patiënt in de eerstvolgende duurdere productgroep valt.

Oplossingen die worden aangedragen, zijn het meeleveren van een ruwe indeling naar zorgzwaarte, het vermelden van het exacte aantal behandelminuten en de verhouding directe/indirecte tijd, maar ook het herijken/doorontwikkelen van de DBC-systematiek tot een systeem dat wel voldoende inhoudelijke basis geeft voor een goede zorgonderhandeling en controle.

- *Achterhaalde data en datakwaliteit.* DBC's staan maximaal een jaar lang open voordat ze worden afgesloten en gefactureerd. Hierdoor is informatie soms pas met een vertraging van bijna twee jaar beschikbaar. Uit twee gesprekken blijkt dat de kwaliteit van de aanleveringen pas sinds korte tijd voldoende is om conclusies over te kunnen trekken. Dit zorgt ervoor dat inkoop niet goed kan worden gedaan op basis van de meeste recente beschikbare informatie en dat verzekeraars niet goed kunnen inschatten hoe hoog hun schadelast zal zijn.
- *Controle op levering van zorg pas mogelijk bij sterke vermoedens onrechtmatigheid.* Voor een verzekeraar is het alleen mogelijk om te zien of zorg daadwerkelijk geleverd is door het uitvoeren van materiële controles. Dit mag echter alleen gedaan worden wanneer er een sterk vermoeden van onrechtmatigheid is. Eerder in deze rapportage merkten wij al op dat een zorgverzekeraar in sommige gevallen vanwege informatie achterstand niet veel meer kan dan een inhoudelijke onderbouwing van een afwijking bij een zorgaanbieder voor waar aannemen.

Overigens zien we wel verschillen in de mate van creativiteit die zorgverzekeraars aan de dag leggen om de eerste drie genoemde knelpunten aan te pakken. Er worden door zorgverzekeraars verschillende manieren gevonden om toch net iets andere controles uit te voeren. Mogelijk speelt het volgende knelpunt ook een rol.

- *Ontbreken urgentie door bijna volledige nacalculatie.* In de afgelopen jaren liepen zorgverzekeraars vrijwel geen risico op het zorggebruik in de GGZ. Uit twee gesprekken blijkt dat er daardoor mogelijk weinig urgentie was om tijd en middelen in te zetten voor controle. Met het afbouwen van de nacalculatie vanaf 2012 wordt deze urgentie hoger.

## 5 Samenvatting en advies

### 5.1 Samenvatting bevindingen uitvoering verzekerde GGZ-pakket

In deze paragraaf beantwoorden we de hoofdvraag van het onderzoek:

*Hoe hebben de zorgverzekeraars het verzekerde GGZ-pakket (alleen ZVW) vanaf 2008 uitgevoerd?*

De uitvoering van het verzekerde GGZ-pakket is in ontwikkeling. De zorgverzekeraars in dit onderzoek stellen bij de zorginkoop van zowel de eerste als de tweedelijns GGZ criteria die deels het tarief (eerste lijn en tweede lijn vrijgevestigden) of het budget (tweede lijn) bepalen. Deze criteria zijn gebaseerd op het inkoopbeleid van de verzekeraar. Er zijn hierin duidelijk overeenkomsten tussen verzekeraars. De criteria zijn gericht op de inhoud van de zorg (voorbeelden: ambulantisering, e-health) en het meten van uitkomsten (voorbeelden: deelname ROM) maar nog niet op uitkomsten van de geleverde zorg zelf. In het formuleren van criteria gaat de ene verzekeraar verder dan de andere: sommige verzekeraars differentiëren bijvoorbeeld in criteria naar deelmarkt. De offerteformats die de basis voor de onderhandeling zijn, zijn voornamelijk gericht op p\*q afspraken en bieden weinig ruimte voor zorginhoud. Een informatieachterstand bij de zorgverzekeraar speelt hierbij mogelijk een rol. Voor aanbieders is het op dit moment soms lastig om hun toegevoegde waarde aan te tonen richting de zorgverzekeraar. Sommige aanbieders werken hier wel aan, in nauw overleg met de zorgverzekeraar. Van selectieve inkoop is geen sprake: verzekeraars geven wel aan hier op termijn meer naartoe te willen. Los van de inkoopprocedure hebben verzekeraars gedurende het jaar wel regelmatig contact met aanbieders: deze gesprekken zijn vaak meer op inhoud van en type zorg gericht. Ten slotte is de rol van de POH GGZ nog niet eenduidig ingevuld. De verzekeraars zien vooral de POH GGZ als middel voor een heldere triage aan het begin van de keten die tot doelmatigheid in de eerste en tweede lijn zou kunnen leiden. Aanbieders in de eerste lijn (eerstelijns psychologen) zijn nog niet overtuigd van deze rol en hebben het gevoel niet betrokken te worden in de besluitvorming hierover.

De controle op de levering en declaratie en levering van de zorg is eveneens in ontwikkeling. De controle in de eerstelijns GGZ doet zich veelal voor aan de voorkant, waarbij de opleidingseis gecontroleerd wordt als voorwaarde voor een contract. Daarnaast controleert een enkele verzekeraar op dagdelen geleverde zorg ten opzichte van het maximum aantal werkbare uren in een week. In de tweedelijns GGZ vindt een formele, geautomatiseerde controle op declaratiebepalingen plaats. Deze controle loopt in de praktijk goed. Daarnaast vinden jaarlijks benchmarkcontroles plaats waarin verzekeraars de gegevens van aanbieders onderling met elkaar vergelijken om verschillen te bekijken. Over eventuele afwijkingen gaat de verzekeraar met de aanbieder in gesprek. Indien de uitkomsten daartoe aanleiding geven wordt een materiële controle op basis van patiëntstatussen uitgevoerd. In de praktijk vindt dit zeer beperkt plaats. Als belangrijkste belemmering bij het uitvoeren van een goede controle op de geleverde zorg wordt de informatieachterstand van de verzekeraar genoemd. Ook de kwaliteit van de DBC-data en de late beschikbaarheid komen naar voren in het onderzoek als belemmeringen. Overigens zijn er wel verschillen tussen verzekeraars in de mate van creativiteit die aan de dag gelegd wordt om controle op andere manieren vorm te geven. Uit twee gesprekken blijkt dat vanwege

de bijna volledige nacalculatie de afgelopen periode mogelijk de prikkel om controlemechanismen te verbeteren beperkt is geweest.

Een laatste punt ten slotte betreft de afbakening van de curatieve GGZ. Alle op genezing gerichte GGZ ("behandeling") gerelateerd aan de DSM-IV stoornissen op as I en as II (met uitzondering van de verstandelijke beperking) vallen onder de Zvw. Eén zorgverzekeraar geeft aan dat dit een ruime interpretatie van de zorgaanspraak mogelijk maakt. In de praktijk wordt de afbakening door de zorgaanbieder/zorgverlener gemaakt. Het kan zijn dat zorg "behandeling" genoemd wordt, terwijl dit mogelijk beter thuis zou zijn onder "begeleiding". Er zijn een aantal grensgevallen genoemd, te weten herstelondersteunende zorg, FACT-zorg, bemoeizorg maar ook op de grens tussen de GGZ en aanpalende zorgsectoren (medische psychologie).

## 5.2 Advies

Het onderzoek laat zien dat de uitvoering van het verzekerde GGZ-pakket in ontwikkeling is. De interviews geven aan dat bij de verdere ontwikkeling van het verzekerde GGZ-pakket aandacht moet worden besteed aan:

- Doorontwikkeling van de bekostigingssystematiek richting een transparant systeem dat verzekeraars handvatten geeft om verschillen tussen aanbieders in effectiviteit van de behandeling van een bepaalde zorgvraag/zorgzwaarte te beoordelen en aanbieders mogelijkheid geeft om hun toegevoegde waarde richting de verzekeraar aan te tonen. Op deze manier kan een doelmatiger inkoopbeleid en controle op levering en declaratie van curatieve GGZ gevoerd worden.

*Hierbij dient aandacht te zijn voor de kwaliteit van informatie en de termijn waarbinnen informatie beschikbaar komt. Uit de interviews voor dit onderzoek komt naar voren dat de kwaliteit van de DBC-data en de late beschikbaarheid hierbij eveneens een belemmering vormen.*

- Invoeren van meer risicodragendheid bij verzekeraars om verbetering van doelmatig inkopen en effectieve controle op levering en declaratie van curatieve GGZ te versnellen.
- Helderheid verschaffen over de afbakening van de curatieve GGZ. De huidige afbakening zou volgens geïnterviewden op zowel diagnose (nagenoeg alle DSM-IV stoornissen op as I en as II) als behandeling (alle op genezing gerichte GGZ) een ruime interpretatie van de zorgaanspraak mogelijk maken.

*Het Rapport is uitsluitend opgesteld voor de geadresseerde van het Rapport. Het werk is uitgevoerd en het Rapport is uitgebracht conform de overeengekomen opdrachtvoorwaarden. Het Rapport is niet opgesteld voor, en mag ook niet geschikt worden geacht voor, enig ander doel dan omschreven in het Rapport zelf en/of in de overeengekomen opdrachtvoorwaarden. Het werk van KPMG Advisory N.V. ("KPMG") en het Rapport is niet bedoeld voor of opgesteld rekening houdend met het feit dat anderen dan de geadresseerde er gebruik van zouden maken. De in het Rapport behandelde onderwerpen en de specifieke aandacht voor die onderwerpen hebben wellicht geen betrekking op of vormen geen weerspiegeling van kwesties die specifiek voor anderen dan geadresseerde, hun specifieke vereisten, belangen, behoeften of omstandigheden van belang zijn. KPMG garandeert of verklaart niet dat de informatie in het Rapport geschikt is voor de doelstellingen van anderen dan de geadresseerde. Dit betekent dat ons Rapport niet ter vervanging kan dienen van andere onderzoeken en procedures die anderen dan de geadresseerde zouden kunnen (of moeten) instellen met als doel toereikende informatie te krijgen aangaande zaken die voor hen van belang zijn. Wij hebben u toestemming gegeven om het Rapport openbaar te maken onder de voorwaarde zoals genoemd in de overeenkomst van opdracht van 17 november 2011. Het is niet de verantwoordelijkheid van KPMG om derden informatie te verstrekken die op enig moment na de datum van het Rapport bekend is geworden en die van invloed zouden kunnen zijn op de juistheid of volledigheid van de inhoud of conclusies van het Rapport. KPMG aanvaardt geen aansprakelijkheid jegens anderen dan de geadresseerde van het rapport voor het Rapport.*



## **Bijlage 1. Overzicht gespreksonderwerpen interviews**

### **A. Overzicht gespreksonderwerpen interviews zorgverzekeraars**

#### **1 Op welke manier koopt u eerstelijns psychologische zorg in?**

- Om wat voor soort aanbieders gaat het?
- Welke voorwaarden stelt u hieraan?
- Op welke manier houdt u rekening met kwaliteit?
- Zijn er nog andere factoren die meespelen?
- Kunt u de achtereenvolgende stappen schetsen die worden genomen bij het inkopen van deze zorg?

#### **2 Op welke manier besteedt u aandacht aan psychologische zorg bij de huisarts?**

- Welke voorwaarden stelt u hieraan?
- Op welke manier houdt u rekening met kwaliteit?

#### **3 Op welke manier koopt u tweedelijns psychologische/psychiatrische zorg in?**

- Om wat voor soort aanbieders gaat het?
- Welke voorwaarden stelt u hieraan?
- Op welke manier houdt u rekening met kwaliteit?
- Zijn er nog andere factoren die meespelen in het inkopen van tweedelijns psychologische zorg?
- Kunt u de achtereenvolgende stappen schetsen die worden genomen bij het inkopen van deze zorg?

#### **4 Worden er aparte afspraken gemaakt voor preventie en diagnostiek?**

- Om wat voor afspraken gaat het?
- Met welk soort aanbieders maakt u zulke afspraken?
- Op welke manier houdt u rekening met kwaliteit?

#### **5 Hanteert u speciale voorwaarden voor psychologische/psychiatrische zorg?**

- Wat voor soort voorwaarden?
- Hoe wordt de uitvoering hiervan gecontroleerd?

#### **6 Hoe controleert u de geleverde zorg?**

- Kunt u dat proces schetsen?
- Hoe controleert u de declaraties? Kunt u dat proces schetsen?
- Met name op de scheidslijn tussen eerstelijns en tweedelijns psychologische zorg bij lichtere zorg is het soms lastig om te bepalen waar een patiënt heen moet. Hoe controleert u hierop?

- 7 Is er een mogelijkheid om te controleren of de zorg door de juist gekwalificeerde zorgverlener is geboden?**
- Zo ja, op welke manier wordt dat gedaan?
- 8 Wat zijn voor u de knelpunten bij de inkoop van psychologische zorg uit het basispakket?**
- Waar liggen de knelpunten in de uitvoering en controle van de psychologische zorg uit het basispakket?
- 9 Is de afbakening met de AWBZ-zorg en de WMO op het terrein van de psychologische zorg helder?**
- Zo nee, welke onderdelen leveren onduidelijkheid op? Hoe komt dat?
- 10 Welke knelpunten en belemmeringen ziet u verder rondom inkoop en verwerking van de curatieve GGZ?**

## **B. Overzicht gespreksonderwerpen interviews zorgaanbieders**

- 1 Op welke manier wordt er bij u psychologische/psychiatrische zorg ingekocht?**
- Welke voorwaarden worden hieraan gesteld?
  - Op welke manier wordt er rekening gehouden met kwaliteit?
  - Zijn er nog andere factoren die meespelen?
  - Kunt u de achtereenvolgende stappen schetsen die worden genomen bij het inkopen van deze zorg?
- 2 Worden er aparte afspraken gemaakt voor preventie en diagnostiek?**
- Om wat voor afspraken gaat het?
  - Op welke manier wordt er rekening gehouden met kwaliteit?
  - Hoe worden deze afspraken gecontroleerd?
- 3 Worden er speciale voorwaarden voor psychologische zorg gehanteerd door de zorgverzekeraar?**
- Wat voor soort voorwaarden?
  - Hoe wordt de uitvoering hiervan gecontroleerd?
- 4 Hoe wordt de geleverde zorg gecontroleerd?**
- Kunt u dat proces schetsen?
  - Weet u hoe de declaraties worden gecontroleerd? Zo ja, kunt u dat proces schetsen?

- Met name op de scheidslijn tussen eerstelijns en tweedelijns psychologische zorg bij lichtere zorg is het soms lastig om te bepalen waar een patiënt heen moet. Hoe wordt hier door de zorgverzekeraar op gecontroleerd?
- 5 Kan de zorgverzekeraar controleren of de zorg door de juist gekwalificeerde zorgverlener is geboden?**
- Zo ja, op welke manier?
- 6 Wat zijn voor u de knelpunten bij de inkoop van psychologische/psychiatrische zorg uit het basispakket?**
- Waar liggen de knelpunten in de uitvoering en controle van de psychologische zorg uit het basispakket?
- 7 Is de afbakening met de AWBZ-zorg en de WMO op het terrein van de psychologische zorg helder?**
- Zo nee, welke onderdelen leveren onduidelijkheid op? Hoe komt dat?
- 8 Welke knelpunten en belemmeringen ziet u verder rondom inkoop en verwerking van de curatieve GGZ?**

## Wettelijk kader

<b><i>Te verzekeren risico's/prestaties</i></b>	<p>Artikel 10, onder a van de Zvw bepaalt dat de behoefte aan geneeskundige zorg verzekerd moet worden in een zorgverzekering.</p> <p>Artikel 11, derde lid van de Zvw bepaalt dat bij algemene maatregel van bestuur de inhoud en omvang van de te verzekeren prestaties nader kunnen worden geregeld. Deze algemene maatregel van bestuur is het Besluit zorgverzekering.</p>
<b><i>Geneeskundige zorg</i></b>	Artikel 2.4, eerste lid van het Besluit zorgverzekering (Bzv) bepaalt dat geneeskundige zorg mede omvat zorg zoals huisartsen, klinische psychologen, medisch specialisten en verloskundigen die plegen te bieden.
<b><i>Plegen te bieden</i></b>	
<b><i>Verblijf</i></b>	Artikel 2.10 van het Bzv geeft aan dat verblijf omvat een verblijf gedurende een ononderbroken periode van ten hoogste 365 dagen, dat medisch noodzakelijk is in verband met de geneeskundige zorg ..., al dan niet gepaard gaande met verpleging, verzorging of paramedische zorg.
<b><i>Stand wetenschap en praktijk</i></b>	Artikel 2.1, tweede lid van het Bzv bepaalt dat de inhoud en omvang van zorg of diensten mede wordt bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk, en bij het ontbreken van zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. <sup>2</sup>
<b><i>Redelijkerwijs aangewezen</i></b>	Artikel 2.1, derde lid van het Bzv bepaalt dat de verzekerde slechts recht heeft op een zorgvorm voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
<b><i>Wettelijke beperkingen</i></b>	Artikel 2.4, eerste lid, onder d bepaalt dat de zorg ten hoogste vijf zittingen eerstelijnspsychologische zorg per jaar omvat. En op grond van het tweede lid van artikel 2.4 Bzv is in artikel 2.1 Regeling zorgverzekering opgenomen dat de behandeling van aanpassingsstoornissen is uitgesloten van de zorg, bedoeld in artikel 2.4 Bzv.
<b><i>Eigen bijdrage</i></b>	De bepalingen over de eigen bijdrage voor een behandeling en voor verblijf zijn niet opgenomen. Deze bepalingen hebben geen betrekking op de inhoud van de zorg.

<sup>2</sup> De omschrijving 'verantwoorde en adequate zorg en diensten' slaat op zorg en diensten die minder of geen wetenschappelijke status hebben of behoeven. Een voorbeeld is zittend ziekenvervoer.

## **criterium Plegen te bieden**

Voor een uitvoerige beschrijving van de wijze waarop het CVZ beoordeelt of zorg wordt verleend zoals de betreffende beroepsgroep die pleegt te bieden, verwijst het CVZ naar zijn rapport *Betekenis en beoordeling criterium 'plegen te bieden'*. (CVZ 2008, 268).

### ***Functionele omschrijving***

In de Zorgverzekeringswet zijn de te verzekeren prestaties functioneel omschreven. Dit betekent dat de wet aangeeft 'wat' onder de te verzekeren prestaties valt en onder welke voorwaarden ('wanneer') deze geleverd worden.

'Wie' de zorg verleent en 'waar' de zorg geleverd wordt, laat de wet over aan de zorgverzekeraar.

De omvang van de te verzekeren zorg wordt bepaald door hetgeen de beroepsgroep aan geneeskundige zorg pleegt te bieden.

Om hier invulling aan te geven moet men uitgaan van de zorg welke de betrokken beroepsgroep tot het aanvaarde arsenaal van medische onderzoeks- en behandelingsmethoden rekent. Daarbij zijn zowel de stand van de wetenschap als de mate van acceptatie in de medische praktijk belangrijke graadmeters. Bij het plegen te bieden criterium gaat het – kort gezegd – om de zorg die de zorgverlener volgens de standaard van zijn beroepsgroep behoort aan te bieden en toe te passen (het aanvaarde zorgarsenaal) op een wijze die de beroepsgroep als professioneel juist beschouwt. Om vast te stellen wat de beroepsgroep tot het aanvaarde zorgarsenaal rekent, gaat men te rade bij de richtlijnen en standaarden van de betreffende beroepsgroep.

## **criterium Stand wetenschap en praktijk**

Het CVZ volgt, ter bepaling van wat tot de stand van de wetenschap en praktijk gerekend dient te worden, de principes van evidence based medicine (EBM).

Voor een uitvoerige beschrijving van de wijze waarop het CVZ beoordeelt of een interventie voldoet aan het criterium van de stand van de wetenschap en praktijk, verwijst het CVZ naar zijn rapport *Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk*. (CVZ 2007/254).

### ***Principes EBM***

De methode van EBM integreert de medische praktijk en wetenschappelijke inzichten. De methode houdt rekening met internationale literatuur, wetenschappelijke onderzoeken en gepubliceerde expertopinions.

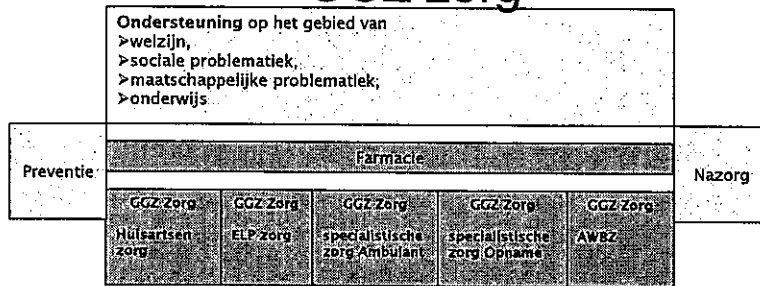
### ***Selectie en weging***

Evidence based wil niet zeggen dat voor alle geneeskundige interventies sprake moet zijn van harde bewijzen of harde eindpunten, maar wel dat de beschikbare bewijs systematisch is geselecteerd en op gestructureerde wijze is gewogen en gebruikt.

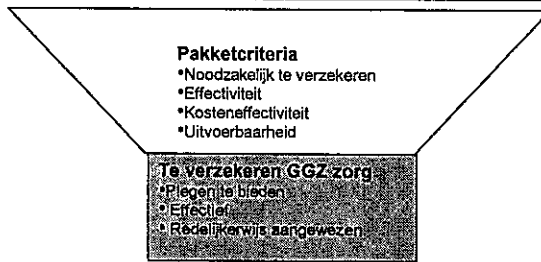
- Kern methode*** Kern van de methode is dat aan de medisch-wetenschappelijke informatie die is geselecteerd een niveau van bewijskracht wordt toegekend (het toekennen van "levels of evidence"), waardoor een hiërarchie in bewijs ontstaat. Kardinaal uitgangspunt bij EBM is verder dat sterk bewijs in principe zwak bewijs verdringt.
- Standpuntbepaling*** Uiteindelijk neemt het CVZ een standpunt in over de vraag of de interventie al dan niet voldoet aan het criterium van de stand van de wetenschap en praktijk. Hierbij geldt als uitgangspunt dat er voor een positieve beoordeling wetenschappelijke gegevens voorhanden zijn met een zo hoog mogelijke bewijskracht.
- Gelijkwaardig of meerwaarde*** Het CVZ kan van dit vereiste afwijken, maar motiveert in dat geval waarom genoeg genomen wordt met bewijs van een lager niveau. Alleen als de te beoordelen interventie gelijkwaardig is aan, of een meerwaarde heeft ten opzichte van de standaardbehandeling of gebruikelijke behandeling, concludeert het CVZ dat er sprake is van zorg conform stand van de wetenschap en praktijk.



# GGZ zorg



Verzekerde zorg



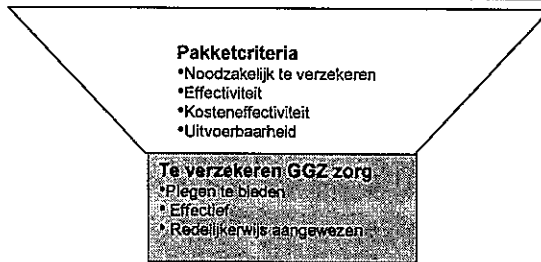
1

Celeverde zorg



≠

Verzekerde zorg







**Overzicht ontvangen reacties bestuurlijke consultatie  
Rapport geneeskundige GGZ**

Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen (LVE)  
d.d. 14 februari 2012 (201202477)

GGZ Nederland  
d.d. 15 februari 2012 (2012021626)

Nederlandse Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen &  
Psychotherapeuten (NVVP)  
d.d. 15 februari 2012 (2012021100)

Landelijk Platform GGz  
d.d. 15 februari 2012 (2012021589)

Zorgverzekeraars Nederland (ZN)  
d.d. 16 februari 2012 (2012023282)

Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)  
d.d. 20 februari 2012 (2012025135)

Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP)  
d.d. 20 februari 2012 (2012025132)

Nederlandse Vereniging van Pedagogen en Onderwijskundigen  
(NVO)  
d.d. 21 februari 2012 ( 2012025138)

Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)  
d.d. 23 februari 2012 (2012025142)

Nederlandse Vereniging voor Relatie- en Gezinstherapie (NVRG)  
d.d. 29 februari (2012026764)

## Reactie Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen op het CvZ rapport Onbetwistbare GGZ



Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen  
Osdorper Ban 7A, 1068 LD Amsterdam  
T: 020-6673956 F: 020-6675320 E-mail: [lve@lve.nl](mailto:lve@lve.nl) / [www.lve.nl](http://www.lve.nl)

### Samenvatting:

*De Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen (LVE) steunt de inspanning van het CVZ om te komen tot een beheersing van de kosten in de GGZ. Met als doel de GGZ betaalbaar en toegankelijk te houden voor iedereen die voor deze zorg in aanmerking komt. Uiteraard is de LVE verheugd met de constatering van het CVZ dat daarvoor de eerstelijnspsychologische zorg weer voldoende plek in de basisverzekering toegekend moet worden.*

*De LVE heeft echter een drietal bezwaren bij het huidige voorstel om te bepalen wat onbetwistbare geestelijke gezondheidszorg is. Wij vinden dat het rapport medicalisering juist in de hand werkt door de nadruk te leggen op een (verzwaarde) diagnose. De keuzes die gemaakt worden zijn niet onlogisch maar hinken wel op meerdere gedachten (diagnose, ziektelast, kostenbeheersing), waarbij de relatie met de ziektelast niet of nauwelijks is uitgewerkt. Tot slot hebben wij bezwaren tegen het eenzijdig aankijken tegen de kosten van de geestelijke gezondheidszorg.*

Hieronder volgen onze bezwaren meer toegelicht.

**“Een groot probleem is dat veel psychische klachten tot ziekte worden gebombardeerd. Op basis van de Zvw valt de hulp op het gebied van psychische klachten niet onder de eerstelijnspsychologische zorg en de specialistische geneeskundige GGZ. Psychische klachten zijn niet per definitie te beschouwen als een ziekte.”**

Wij zijn het eens met de stelling dat psychische klachten niet onnodig tot een psychische stoornis moeten worden gebombardeerd. Wij ondersteunen interventies die het beheersbaar houden van de stijgende kosten van de GGZ tot doel hebben. Echter, door in de generalistische GGZ alleen gediagnosticeerde psychische stoornissen te laten behandelen (ongeacht hun ziektelast) en alle psychische klachten ongeacht de ziektelast bij de Basis GGZ te laten lijkt ons eerder tegenstrijdig dan oplossend. Dit maakt het systeem tevens op korte termijn onzeker gezien de wijzigingen die komen met de DSM V (2013-2014).

### *Huidige situatie*

Basis GGZ	Generalistische GGZ	
	<i>Eerstelijnszorg</i>	<i>Tweedelijnszorg</i>
Screeningstesten gebruikt als indicatie en als monitoring	Beperkte diagnose op basis van klinische ervaring en <u>indien nodig</u> met beperkt testmateriaal	Uitgebreide diagnose op basis van klinische ervaring en uitgebreid testmateriaal

### Voorstel van het rapport Onbetwistbare GGZ

Basis GGZ	Generalistische GGZ	Specialistische GGZ
Eerstelijnszorg		Tweedelijnszorg
Screeningstesten gebruikt als indicatie en als monitoring	Beperkte diagnose op basis van klinische ervaring met verplicht gebruik van beperkt testmateriaal	Uitgebreide diagnose op basis van klinische ervaring en uitgebreid testmateriaal

Dit betekent per saldo een verzwaring van de procedure, brengt meer kosten met zich mee en werkt al direct na de poorten van de huisarts medicalisering in de hand. Ook de meerwaarde van het generalistisch karakter van de psychologische hulp in de eerste lijn dreigt op den duur te verdwijnen.

De triagefunctie van de huisarts in samenwerking met de poh-ggz is in relatie tot de bekwaamheden (veronderstelde incompetentie van huisartsen als het gaat om psychische stoornissen) en bevoegdheden (verpleegkundigen hebben géén diagnostische bevoegdheden, niet alle poh-ggz zijn BIG geregistreerd) is onzes inziens onvoldoende uitgewerkt.

**In het rapport wordt bij de beoordeling van onbetwistbare GGZ sterk uitgegaan van gediagnosticeerde stoornissen. Alleen een diagnose zou recht geven op een behandeling in de generalistische GGZ en/of de specialistische GGZ. Ziektelast is in deze niet of onvoldoende meegenomen.**

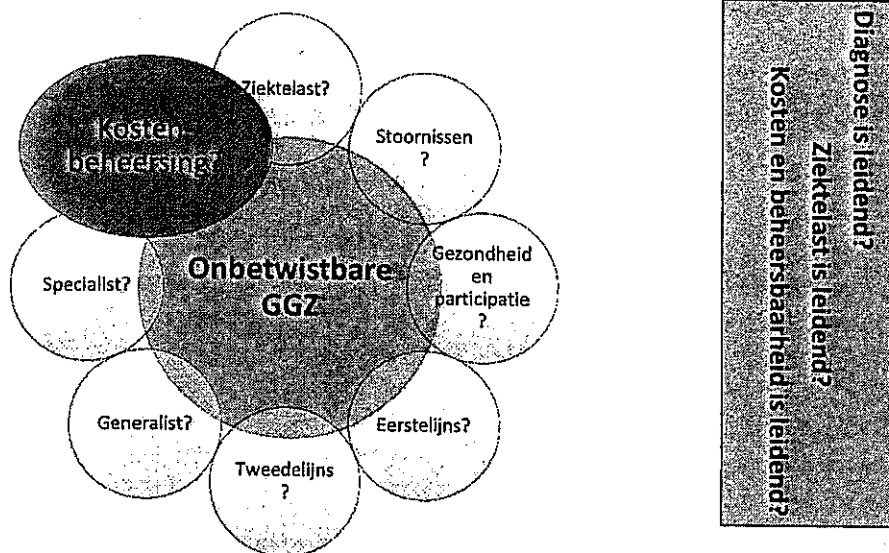
Hoe denkt het CVZ de kosten te besparen door de zorg te medicaliseren (diagnose verplicht, dus meer diagnoses)? Hoe verhoudt zich dit tot de uitvoeringstoets ziektelast? Hoe moeten de psychische klachten met een hoge ziektelast (lijdensdruk en economische schade) maar zonder diagnose in dit kader beoordeeld worden? Vallen zij voortaan allemaal onder de basiszorg van huisarts en poh-ggz? Mag een cliënt met een spinnenfobie door een eerstelijnspsycholoog gediagnosticeerd en behandeld worden maar is een cliënt met ingrijpende psychische klachten met een jong gezin en ziekteverzuim aangewezen op basiszorg GGZ?

In Perspectief op gezondheid 20/20 van de RvZ wordt gesteld dat kwaliteit van zorg gedefinieerd dient te worden als bijdrage aan gezondheid en participatie. Zorg welke slechts gericht is op stoornissen (diagnostiek als belangrijk criterium) bij generalistische en specialistische GGZ staat haaks op het beleid dat gericht is op gezondheid en participatie.

Hoe wordt voorkomen dat er met (minimaal) twee maten gemeten wordt?

1. Er is gesteld dat alleen gediagnosticeerde stoornissen behandeld mogen worden op basis van effectief gebleken behandelmethodes. **Hier is het wel / geen diagnose hebben leidend.**
2. Vervolgens wordt er gezegd dat de Aanpassingsstoornis niet tot de verzekerde zorg behoort omdat hier sprake zou zijn van een lage ziektelast. **Hier is de ziektelast leidend.**
3. Tot slot wordt er gekort op effectief gebleken behandelmethodes indien deze méér behandelijd vergen dan het maximum wat er staat voor generalistische ggz. **Hier zijn de kosten en beheersbaarheid leidend.**

Voor ons hangen het willekeurig gebruik van drie verschillende principes niet samen met transparante zorg en wij voorzien in de complexiteit van de dagelijkse zorg dan ook verwarring en gevoel van onrechtvaardigheid bij patiënten.



**“De geneeskundige zorg zoals huisartsen die plegen te bieden op het gebied van psychische klachten/ziekten en de eerstelijnspsychologische zorg vallen onder de Basis GGZ, zoals de NZa dit definieert. De NZa noemt de EPZ echter generalistische GGZ, een term die volgens het CVZ ook betrekking kan hebben op huisartsenzorg. De huisarts is de generalist bij uitstek.”**

De LVE is het met het CVZ eens dat het hier gaat om een ambivalente invulling van de generalistische GGZ. Generalist (huisarts en eerstelijnspsycholoog vb.) is klachtgericht, specialist is stoornisgericht. In het voorstel van de NZa, in combinatie met de uitspraken aangaande onbetwistbare zorg, kan alleen de huisarts nog generalistische zorg bieden en wordt de generalist-psycholoog gedwongen stoornisgericht (dus specialistisch) te gaan werken.

De LVE stelt het volgende voor:

**Basis GGZ** (laagdrempelig) zijn alle hulpvragen die bij de huisarts binnenkomen aangaande psychische klachten en/of psychische componenten van lichamelijke klachten. Deze worden door de huisarts beoordeeld, door de huisarts behandeld dan/wel begeleid en indien gewenst en waar mogelijk ondersteund door de poh-ggz. M.b.t. de ziektelast gaat het hier om klachten zonder dat er reeds sprake is van significant disfunctioneren en/of uitval op één of meer levensgebieden.

**Generalistische GGZ** (beperkte diagnose, behandeling gericht op gezondheid en participatie) zijn alle hulpvragen die naar de beoordeling van de huisarts niet door de basis ggz behandeld kunnen worden en geen ernstige stoornissen betreffen (complexe comorbiditeit). M.b.t. de ziektelast gaat het hier dus om mensen met psychische klachten waarbij er sprake is van uitval of disfunctioneren op één of meer levensgebieden (zelfzorg, zorg voor kinderen, werkzaamheden of bijvoorbeeld stagnatie in de ontwikkeling bij jongeren). Wetenschappelijk onderzoek naar generalistische eerstelijnspsychologie is zeer wenselijk (Radboud Universiteit, prof.dr. Jan Derksen), evenals dataonderzoek in samenwerking met het Nivel.

**Specialistische GGZ** (gericht op stoornissen en complexe zorg) is de specialistische zorg aan mensen met ernstige psychische stoornissen. Diagnose en wetenschappelijk onderbouwde behandelmethodes zijn hierbij van groot belang. M.b.t. ziektelast is er sprake van een ernstige bedreiging van het functioneren en/of een chronisch disfunctioneren op één of meer levensgebieden.

Basis GGZ	Generalistische GGZ	Specialistische GGZ
<b>Eerstelijnszorg</b>		<b>Tweedelijnszorg</b>
Alle hulpvragen m.b.t. psychische klachten en/of lichamelijke klachten met psychische componenten waarbij de ziektelast beperkt is.	Alle hulpvragen m.b.t. psychische klachten waarbij sprake is van aantoonbare ziektelast (disfunctioneren)	Diagnose en behandeling van complexe psychische stoornissen met aantoonbaar verlies van gezondheid (ernstig disfunctioneren)
Gericht op samenhang en context van de patiënt als geheel	Beperkte diagnostiek en kortdurende behandeling, gericht op gezondheid en participatie	Gericht op uitgebreide diagnose, specialistische behandeling en wetenschappelijk onderzoek
Geïndiceerde preventie	Zorggerelateerde preventie	Zorggerelateerde preventie
Zoveel mogelijk meteen goed indiceren: Die cliënten begeleiden van wie op grond van triage verwacht mag worden dat ze aan begeleiding in de basis GGZ voldoende hebben, anders direct doorverwijzen naar generalistische of specialistische GGZ.	Zoveel mogelijk meteen goed indiceren: Die cliënten behandelen van wie op grond van triage verwacht mag worden dat ze aan behandeling in de generalistische GGZ voldoende hebben, anders direct doorverwijzen naar specialistische GGZ.	Indien blijkt dat cliënt naar verwachting afdoende in de generalistische GGZ behandeld kan worden en indien de cliënt is uitbehandeld dient de cliënt terugverwezen te worden naar de basis/generalistische GGZ.
Indien er geen verbetering plaatsvindt alsnog doorverwijzen naar generalistische GGZ.	Indien de cliënt alsnog meer zorg blijkt nodig te hebben dan binnen de generalistische GGZ geboden kan worden, dan doorverwijzen naar specialistische GGZ.	

Eerstelijnspsychologen hechten zeer veel waarde aan de nauwe samenwerking met de huisarts en andere eerstelijnspartners. Hier is in de afgelopen jaren veel in geïnvesteerd en dit heeft geleid tot structureel overleg, vormgegeven in onder meer enkele Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraken (LESA's). Een (te) sterk onderscheid tussen Basis GGZ en Generalistische GGZ is voor de LVE niet wenselijk. Wat ons betreft blijven we liever spreken van een basis of eerstelijns GGZ die de huisartsenzorg inclusief poh-ggz, de eerstelijnspsychologische zorg, en het AMW omvat. E-health maakt hiervan op alle plekken onderdeel van uit. 'What's in a name?' in dit geval kan de splitsing in

basis en generalistische GGZ de gewenste hechte samenwerking en positionering in de eerstelijns eerder tegenwerken dan bevorderen.

### **Onbetwistbare GGZ op basis van diagnose?**

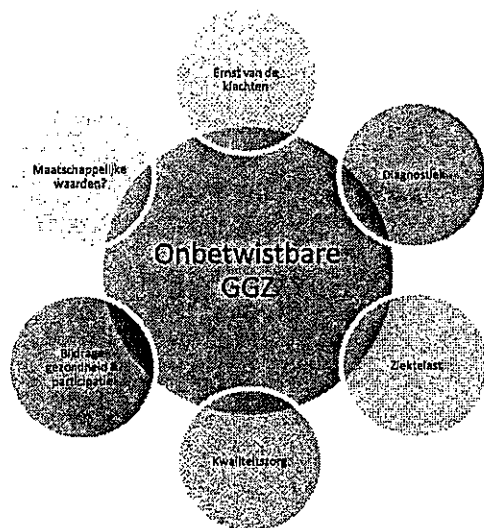
We begrijpen dat er ergens een streep getrokken moet worden. We betwijfelen of gediagnosticeerde psychische stoornissen de enige maatstaf zou moeten zijn.

De eerstelijnspsycholoog krijgt relatief veel mensen zonder expliciet gediagnosticeerde stoornis maar met een hoge ziektelast. Bijvoorbeeld ziekteverzuim op het werk, negatieve gevolgen voor directe relaties en sociale netwerken. De afgelopen jaren blijkt ongeveer een kwart van onze cliënten (N=91.500) een aanpassingsstoornis te hebben. In de praktijk betekent dit een scala aan samenvallende psychische factoren met een hoge ziektelast. Deze groep zal theoretisch niet meer behandeld worden binnen de generalistische GGZ, maar hun klachten en hun hulpvraag zijn daarmee niet verdwenen. Wat kan er met deze groep gebeuren?

- A) Er komt wellicht een toestroom op de basis GGZ van minimaal 21.045 patiënten (23% van 91.500 in 2010 zie jaarbericht LVE). Een deel zal afdoende begeleid kunnen worden binnen de Basis GGZ, een ander deel trekt zich terug en komt in de nieuwe statistieken niet meer zichtbaar terug. Hun problemen zijn echter niet als sneeuw voor de zon verdwenen! De gevolgen zijn er, maar misschien niet meer voor rekening van de GGZ. Het ziekteverzuim stijgt bijvoorbeeld en/of de zorg aan kinderen komt onder de maat. Een ander deel zal in een later stadium alsnog bij de generalistische GGZ of de specialistische GGZ terechtkomen. De klachten zullen verergerd zijn.
- B) De cliënten die door de huisarts naar de generalistische GGZ zijn verwezen krijgen allen (en niet alleen zoals voorheen op verzoek van de huisarts en/of bij twijfel) een diagnostisch onderzoek met behulp van gekwalificeerde meetinstrumenten (dit kost extra tijd en geld). Een deel van de mensen waarvan de generalistische GGZ dacht dat het een aanpassingsstoornis was, blijkt nu bijvoorbeeld een depressie of angststoornis te hebben. Wanneer je op zoek gaat naar psychische stoornissen is de kans zeer groot om er één te vinden. Per saldo zal het aantal mensen met een depressie of angststoornis naar verwachting niet verminderen en waarschijnlijk eerder vermeerderen.
- C) Het wordt lonend om een diagnose te krijgen: een diagnose geeft recht op zorg. Vergelijk de ontwikkelingen binnen de jeugdzorg: elk kind met een aantoonbare ontwikkelingsstoornis heeft recht op extra begeleiding (rugzakje). Dientengevolge stijgt het aantal kinderen met een probleem en/of stoornis. Creativiteit is gewenst in een innovatieve zorgmarkt en commerciële bureaus zorgen voor de noodzakelijke diagnose. Cliënten leren spoedig de taal van de "stoornis" te spreken.
- D) Elke gediagnosticeerde cliënt heeft uiteraard recht op behandeling conform de richtlijnen. Krijgt de cliënt met een Gegeneraliseerde Angststoornis nu nog gemiddeld 7 sessies bij een eerstelijnspsycholoog, voortaan hebben deze cliënten recht op 12 sessies cognitieve gedragsstoornis.

In een tijd waarin we ketenzorg erg belangrijk vinden om de compartimentering tegen te gaan lijkt het ons zinvol om een systeem te ontwikkelen waarin er een juist evenwicht wordt gezocht tussen de mate van de psychische klachten, de mate van ziektelast, de mate waarin de behandeling bijdraagt aan gezondheid en participatie en de kwaliteitsindicatoren zoals het hanteren van een omschreven

kwaliteitsbeleid, meewerken aan dataverzameling voor o.a. NIVEL en/of TRIMBOS, ROM-meting welke te dienste staat van kwaliteitsverbetering eventueel aangevuld met maatschappelijke waarden als participatie in het arbeidsproces.



### De kosten van de GGZ

Er is inmiddels voldoende wetenschappelijk "bewijs" beschikbaar dat psychische klachten niet alleen kosten met zich meebrengen door *behandeling* van psychische klachten, maar ook diverse indirecte kosten ten gevolge van maatschappelijke uitval en uitgaven vanuit andere sectoren veroorzaken. Europese schattingen van de totale directe en indirecte kosten van psychische problemen komen uit op 3 à 4% van het Bruto Binnenlands Product.

Ook psychische comorbiditeit komt vaak voor, bijna de helft van alle mensen met chronische psychische klachten heeft minimaal twee stoornissen.

Tot slot hangt helaas psychische ongezondheid samen met een lage sociaaleconomische status waardoor mensen met een lager opleidingsniveau, een lager huishoudinkomen of zonder betaalde baan een grotere kans op een psychische stoornis hebben.

Uit onderzoek (o.a. NEMESIS II) blijkt dat het vóórkomen van enigerlei psychische stoornis in de bevolking niet verandert, maar dat het gebruik van zorg wel sterk is gestegen (Kessler et al., 2005). Deze stijging was te zien bij alle demografische groepen, bij mensen met en zonder psychische stoornis, en vond vooral plaats in de algemene gezondheidszorg (Wang et al., 2006).

Op dit moment wordt er veel ophef gemaakt over de stijgende vraag naar hulp bij psychische klachten maar in het debat wordt vaak vergeten dat we met een inhaalslag bezig zijn. Ons psychisch welzijn hangt nauw samen met ons lichamelijke en sociaal welzijn. Traditioneel wordt er echter nog te veel in compartimenten gedacht en wordt de groei in alleen een negatieve en financiële context beoordeeld. Het goede nieuws is dat mensen hun psychische gezondheid steeds belangrijker zijn gaan vinden en dit is – over een langere periode bekeken – een goede ontwikkeling. Mensen met een goede psychische gezondheid zijn minder vaak afwezig op het werk en hebben een hogere productiviteit (Smit et al., 2006)



## Conclusie

*De LVE heeft een drietal bezwaren bij het huidige voorstel om te bepalen wat onbetwistbare geestelijke gezondheidszorg is.*

- 1. Wij vinden dat het rapport medicalisering juist in de hand werkt door de nadruk te leggen op een (verzwaarde) diagnose.*

De LVE stelt voor om gefaseerd de diagnostiek binnen de GGZ te plaatsen. Waarbij de huisarts met name de screening doet, de generalistische GGZ werkt met een beperkte diagnose en de uitgebreide diagnoses binnen de specialistische GGZ worden gedaan. Wij vragen daarbij nadrukkelijk uw aandacht voor de diagnostische bevoegdheden van de hulpverleners in de kwaliteitsbepaling mee te nemen.

- 2. De keuzes die gemaakt worden zijn niet onlogisch maar hinken wel op meerdere gedachten (diagnose, ziektelast, kostenbeheersing), waarbij de relatie met de ziektelast niet of nauwelijks is uitgewerkt.*

De LVE stelt voor om een transparant en rechtvaardig systeem te bedenken waarbij het leidend principe recht doet aan de wensen van de verzekerden, zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Hierbij dient rekening gehouden te worden met de ernst van de klachten (inclusief diagnostiek), de ziektelast, de bijdrage aan gezondheid en participatie, de kwaliteit van zorg en waar mogelijk breed gedragen maatschappelijke waarden zoals participatie aan het arbeidsproces.

- 3. Wij hebben bezwaren tegen het eenzijdig aankijken tegen de kosten van de geestelijke gezondheidszorg.*

De LVE is van mening dat de kosten voor de behandeling gezien moet worden binnen een bredere context en dat niet behandelde psychische klachten mogelijk minstens zo veel kosten met zich mee kunnen brengen.





# GGZNEDERLAND

College voor Zorgverzekeringen  
T.a.v. mevrouw mr. J.M. van Diggelen  
Postbus 320  
1110 AH DIEMEN

**Datum**

15 februari 2012

**Contactpersoon**

Drs. M.J. Oosterkamp

**Ons kenmerk**

KV/mnop/rall/134909/2012

**Onderwerp**

Bestuurlijke consultatie  
conceptrapport geneeskundige ggz

**Bijlage(n)**

**Doorkiesnummer**

033 460 8962

**Uw kenmerk**

Volgnummer 2012008679

Geachte mevrouw Van Diggelen, beste Hanneke,

Dank voor de mogelijkheid om te reageren op het conceptrapport geneeskundige ggz. Wij maken hiervan graag gebruik. Met deze brief informeren wij u over onze standpunten.

### **Algemeen**

Ten algemene willen wij opmerken dat het CVZ een gedegen analyse heeft gemaakt van de ontwikkelingen en knelpunten in de ggz. Een belangrijk punt daarin is het verkeerd staan van de prikkels. Dat kan leiden tot ongewenste ontwikkelingen. Wij onderschrijven deze conclusie van harte. De ggz zit inmiddels in het vijfde overgangsjaar naar prestatiebekostiging. Gelukkig lijkt daar nu echt verandering in te komen. Aan de risicokant is voor de zorgverzekeraars de macronacalculatie opgeheven. In het kader van het aanstaande bestuursakkoord over de ggz wordt bovendien definitief gekozen voor prestatiebekostiging en daarmee voor de verantwoordelijkheid van partijen als leidend sturingsinstrument. Voorts is een helder afgebakend pakket is belangrijk. Dit moet echter niet doorslaan in het van overheidswege reguleren van de vrijheden en verantwoordelijkheden die de zorgverzekeringswet geeft, bijvoorbeeld als het gaat om het invullen van de functionele aanspraken en het sturen op gepast gebruik. Wij vragen u dit evenwicht zorgvuldig te bewaken.

### **Knippen in het pakket**

GGZ Nederland onderschrijft volledig dat het CVZ kritisch is ten opzichte van het uitsluiten van behandelingen voor ziektes en stoornissen uit het verzekerde pakket. Het "willekeurig" knippen van aandoeningen zoals aanpassingsstoornissen uit het verzekerde pakket leidt immers tot ongewenste effecten in de zorgketen en tot onverantwoorde maatschappelijke effecten. De aanpassingsstoornis is niet zelden een ernstige stoornis die gemakkelijk kan leiden tot een zwaardere psychische ziekte, indien deze niet tijdig en adequaat behandeld wordt.





## **Ziektelast en gepast gebruik**

Ten aanzien van gepast gebruik van de geestelijke gezondheidszorg gebeurt er op het moment heel veel. De (grotendeels gebudgetteerde) branche doet hiertoe concrete voorstellen, waaronder doelmatigheidsverbetering, ambulantisering, versterken van preventie, verschuiving van zorg van de tweede naar de eerste lijn en ehealth. Bij gepast gebruik is vanuit cliëntperspectief vooral van belang om de zorg daar te leveren waar dit het beste dient te geschieden en met een maatschappelijke hersteloriëntatie. De concrete voorstellen krijgen waarschijnlijk hun beslag in het op handen zijnde bestuurlijk akkoord met de minister van VWS. Als de voorstellen van GGZ Nederland krachtig worden omarmd, dan zouden we in staat moeten zijn om de groeiende zorgvraag op te vangen zonder onevenredige kostenstijgingen.

GGZ Nederland heeft zich eerder positief uitgelaten over de ziektebelasting-benadering van het CVZ. Voorts is GGZ Nederland positief over de inzet op "gepast gebruik". We verwijzen hiervoor naar onze reactie op het pakketadvies 2012. Tevens staan wij positief tegenover het voorstel om het maximum aantal behandelingen in het verzekerde pakket van de eerstelijns psycholoog van 5 naar 8 zittingen te brengen.

## **Psychosociale problemen en relatieproblemen**

Het uitsluiten van psychosociale problemen en relatieproblemen uit het verzekerde pakket begrijpen wij. Wij willen hierbij aantekenen dat we ook hier de ziektebelasting in het oog moeten houden. We wijzen erop dat deze problemen vaak niet op zichzelf staan, maar in tegendeel vaak samengaan met diverse psychische aandoeningen. Bovendien: naast het criterium "ziektebelasting" speelt ook het criterium "mate waarin de te voorkomen of behandelen aandoening ziektebelasting en hinder voor anderen kan veroorzaken". Het moge duidelijk zijn dat bij relationele problematiek partners bij elkaar maar ook bij hun kinderen vaak ernstige ziektebelasting veroorzaken. De ziektebelasting kan worden afgemeten aan de ernst van het onregelende effect van het relatieprobleem en de hardnekkigheid van de destructieve patronen. Zo zijn er aanwijzingen dat partnergeweld 9% van de ziektebelasting veroorzaakt bij vrouwen onder de 45 jaar. Het is vastgesteld dat partnergeweld de belangrijkste oorzaak van dood, invaliditeit en ziekte is bij vrouwen van 15-44 jaar (zie: Landelijk Richtlijn Behandeling Familiaal Huiselijk Geweld, Trimbos Instituut, 2011).

## **Zelfmanagement**

Een verzekerde kan voor kosten in verband met zelfhulp geen beroep doen op de Zvw. Uit het CVZ standpunt "Begeleiding bij zelfmanagement chronische ziekten" van november 2010 blijkt dat het CVZ bepaalde activiteiten ter bevordering van zelfmanagement bij chronische ziekten onder de te verzekeren prestaties Zvw schaarde. Wij onderschrijven dat. Dit lijkt ons een nuttige aanvulling bij dit onderdeel van het rapport.

## **V-codes**

V-codes op As-I beschouwt het CVZ niet als ziekte. Personen met deze klachten kunnen bij de huisarts terecht maar er is geen sprake van een indicatie voor geneeskundige ggz, afhankelijk van de mate van ziektebelasting. Wij vinden dat genuanceerd naar deze coderingen gekeken moet worden, want deze bevatten nogal wat variatie. Onder meer zijn de systeem- en relatieproblemen hierin ondergebracht. Bekend is dat zij vaak de kern van de psychische (en daarmee psychosociale en/of somatische) onregelging uitmaken. Zoals eerder betoogd bepaalt de ziektebelasting of de betreffende relatieproblemen in de ggz thuishoren of niet.



Voor overspannenheid en burn-out geldt hetzelfde. Wij onderschrijven dat deze klachten in veel gevallen door de huisarts behandeld kunnen worden. Dit is echter zeker niet altijd het geval. Bovendien vinden wij dat de randvoorwaarden voor het uitsluiten van deze aandoeningen uit het verzekerde pakket nog onvoldoende zijn vervuld. GGZ Nederland is, zoals wellicht bekend, voorstander van het verschuiven van zorg naar de eerste lijn. De eerste lijn is echter nog onvoldoende klaar voor een substantiële verschuiving van ggz-zorg vanuit de tweede lijn. Wij zijn van mening dat dit niet moet worden opgelost in het pakket, maar in versterking van de eerste lijn. Die moet de komende tijd verder ontwikkeld worden, onder meer met uitbreiding van de POH-ggz in de huisartsenpraktijk.

## **Nadere regulering**

Het voorstel van nadere regulering bij (psychotherapeutische) behandeling langer dan 1.800 minuten verbaast ons. Het rapport lijkt te impliceren dat het schrappen van (psychotherapeutische) behandeling van langer dan 1.800 minuten uit het verzekerde pakket een optie is. Deze optie is volgens ons niet reëel. Allereerst vanwege de hoge ziektelast. In de tweede plaats wordt de kern van de specialistische ggz juist gevormd door (psychotherapeutische) behandelingen van 1.800 minuten of langer. Ten slotte strookt het niet met het eerder door u ingenomen standpunt over onder meer langdurige psychoanalytische psychotherapie (LPPT). Hierin stelt u dat LPPT bewezen effectief is en tot de te verzekeren prestaties in de Zorgverzekeringswet behoort. GGZ Nederland ziet graag een verduidelijking in het rapport waaruit blijkt dat het voorstel van nadere regulering niet behelst dat behandeling langer dan 1.800 minuten uit het verzekerde pakket geschrapt zou kunnen worden. Zoals wij in onze inleiding hebben betoogd zijn wij van mening dat met de juiste prikkels het sturen op gepast gebruik een verantwoordelijkheid van partijen moet zijn. Om deze reden wijst GGZ Nederland het voorstel om de zorgverzekeraar vanuit de wetgeving dwingend te laten besluiten over psychotherapie-DBC's langer dan 1.800 minuten af. Wij vinden een dergelijke landelijke regulering ten aanzien van de uitvoering van zorganspraken niet gepast. Het zou bovendien tot een enorme toename van de administratieve lasten leiden. Wij vinden dat afspraken over de omvang van DBC's en de controle op de uitvoering thuis horen in het overleg tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders.

Voor een verdere toelichting op deze brief kunt u contact opnemen met Maarten Oosterkamp, beleidsadviseur afdeling Kwaliteit & Verantwoording, telefoon 033-4608962, email [moosterkamp@ggz nederland.nl](mailto:moosterkamp@ggz nederland.nl).

Met vriendelijke groet,

ir. P.M. van Rooij,  
directeur.



CVZ  
T.a.v. mw mr M. van der Veen - Helder  
Postbus 320  
1110 AH Diemen

Datum: 15 februari 2012  
Plaats: Utrecht  
Onderwerp: reactie NVVP op conceptrapport Geneeskundige GGZ

Geachte mevrouw Van der Veen,

De Nederlandse Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen & Psychotherapeuten (NVVP) heeft de eerste fase van het conceptrapport, wat wel en niet te verzekeren Geneeskundige GGZ is, met veel interesse gelezen. De adviesaanvraag van de minister om de Zvw, de GGZ, houdbaar te houden, is een zeer relevante vraag. Een aantal voorstellen ondersteunt de NVVP van harte, bijvoorbeeld het terugbrengen van het aantal eerstelijnszittingen naar acht in plaats van vijf zoals het geval is voor 2012. Over een aantal andere voorstellen is de NVVP van mening dat deze desastreuze gevolgen heeft voor cliënten, zoals het voorstel om V-codes zonder as-1 te schrappen uit de Zvw. De NVVP heeft u hierover al eerder geïnformeerd in de brief van 19 januari jl. Onderstaand ontvangt u onze reactie op het gehele conceptrapport.

#### Wel of geen verzekerde geneeskundige GGZ?

Op pagina 23 wordt genoemd dat psychische klachten op basis van de Zvw-criteria niet vallen onder de eerstelijnspsychologische zorg en de specialistische geneeskundige GGZ. De NVVP bestrijdt deze stellingname ten zeerste. Psychische klachten kunnen wel degelijk een ziekte zijn, zoals dat ook geldt voor een gebroken been. En natuurlijk is de NVVP van mening dat psychische klachten niet onnodig als een psychische stoornis beschouwd moeten worden. De NVVP signaleert een tendens van het niet serieus nemen van mensen met psychische klachten, juist omdat ze niet als ziekte worden gezien. Deze cliënten blijven onbehandeld of worden onderhandeld, met als gevolg gezondheidsschade en economische schade op lange termijn. Psychische klachten die serieus van aard zijn, kunnen het functioneren van de cliënt ernstig beïnvloeden waardoor diegene niet meer in staat is volwaardig te functioneren. Behandeling is dan noodzakelijk. Het is daarbij goed te bedenken dat geneeskundige GGZ niet alleen gericht is op behandeling, herstel of het voorkomen van een psychische stoornis/aandoening. Bepaalde cliëntgroepen zullen namelijk nooit uitbehandeld worden dan wel volledig herstellen. Behandeling is dan vooral gericht op het hanteerbaar maken van lijdensdruk.

De NVVP neemt een tendens waar van 'shoppen in de DSM'. Dit zien wij ook terug in het conceptrapport. Hiermee bedoelen wij dat diagnoses met een vermeende lage ziektelast zonder gedegen onderzoek uit de Zvw worden gehaald. Dit vinden wij een onverantwoorde wijze van beleidsvoering. Dit gebeurde recentelijk met de aanpassingsstoornissen die met ingang van 1 januari 2012 uit de Zvw zijn geschrapt en lijkt nu opnieuw te gebeuren met de V-codes zonder as-1. De NVVP vindt het schrappen van deze V-codes een ondoordacht en ongewenst voorstel. Deze V-codes bevatten geen stoornis, en wordt daarom niet gezien als ziekte, zo redeneert het CVZ in het advies. Echter, de beschrijvingen van de V-codes zijn opgenomen in de DSM. De DSM is een heel grondige analyse en bevat een toonaangevende samenvatting van classificaties in de GGZ. De NVVP acht shoppen in de DSM dan ook volstrekt onwenselijk, dit druist in tegen de tijdgeest van wetenschappelijk en evidence based werken. Daarnaast geldt dat de V-codes (met uitzondering van V62.89 zwakbegaafdheid en 780.9 met de leeftijd samenhangende cognitieve achteruitgang) vaak de directe aanleiding is voor het inzetten van psychotherapie. De V-codes spelen dus een grote rol bij het stellen van de primaire diagnose.

Ook speelt een belangrijke rol dat er binnen de GGZ sprake is van overlap van diagnoses, dit in tegenstelling tot de somatische zorg. Een diagnose blindedarmontsteking zal bijvoorbeeld niet correleren met een diagnose total knee. In de GGZ zie je een dergelijke overlap van diagnoses wel. Zo zal een angststoornis hoog correleren met een depressieve stoornis. Het simpelweg schrappen van een diagnosecode zal dan ook leiden tot een verschuiving van de diagnose. En let wel: hiermee wordt de werkelijkheid in de behandelkamer niet eens geweld aan gedaan! De NVVP verwacht dan ook dat met een dergelijk ingrijpen nauwelijks tot geen besparingen kunnen worden ingeboekt. Een ander gevaar van dit voorstel is dat cliënten niet meer de zorg krijgen die zij nodig hebben. Daardoor zullen zij geen of amateuristische hulp in het alternatieve circuit zoeken en vervolgens geen volwaardige zorg ontvangen. Schrappen van de V-codes uit de Zvw zal dan zeer ontwrichtende gevolgen hebben. De NVVP roept het CVZ dan ook op de V-codes op as-1 te behouden in de Zvw.

#### **Toestemming zorgverzekeraar bij een DBC > 1800 minuten**

De NVVP vindt het voorstel om kritisch te kijken naar DBC's > 1800 minuten een zinvolle suggestie. Echter, een machtiging door de zorgverzekeraar wijst de NVVP af. De zorgverzekeraar zou dan op de stoel van de zorgaanbieder plaatsnemen. Ook is dit voorstel vanwege de privacy van de cliënt ongewenst. De zorgaanbieder dient dan privacygevoelige informatie aan te dragen om de zorgverzekeraar te overtuigen van een machtiging. In onze vorige reactie (19 januari 2012) hebben wij een alternatief voorgesteld, namelijk om intercollegiale toetsing van de indicatiestelling te introduceren. Toetsing van de indicatie is binnen de NVVP al jaren een verplicht onderdeel van de praktijkvoering. Deze werkwijze stimuleert transparantie en kostenbewustzijn: er wordt getoetst of het zinvol is om de behandeling voort te zetten. Wij ondersteunen de suggestie van het CVZ om een knip te leggen bij een bepaalde DBC-grens. Nader bekeken zou moeten worden of de grens van > 1800 minuten een geschikte grens is. Wellicht ligt een grens voor echt langdurende DBC's, denk aan > 3000 minuten, meer voor de hand. Op die manier werkt de intercollegiale toetsing van de indicatiestelling niet kostenopdrijvend en wordt een mechanisme ingevoerd om de echt langdurende DBC's te toetsen op zinvolheid en effectiviteit.

#### **Stepped care versus matched care**

Het CVZ pleit voor het uitgangspunt van stepped care voor goede gepaste GGZ. De NVVP ondersteunt de gedachte van het CVZ om een behandeling te starten vanuit een zo licht mogelijke interventie. Dit kan vanuit de eerste lijn maar ook vanuit de tweede lijn. Immers, grote groepen patiënten lijden aan complexe GGZ, dan is toepassen van matched care gewenst. De NVVP ontraadt een variant van stepped care met als uitgangspunt dat een behandeling dient te starten vanuit de eerste lijn en indien nodig verdere behandeling in de tweede lijn. Deze vorm van stepped care is naar de mening van de NVVP een vorm van onjuiste triage die onnodig duur is. Om die reden spreekt de NVVP dan ook liever van matched care in plaats van stepped care.

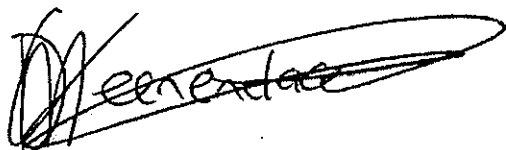


Versterking eerste lijn

De NVVP vindt het voorstel om het aantal eerstelijnszittingen terug te brengen naar het niveau van 2011 een zeer verstandige keuze. Op die manier komt het CVZ tegemoet aan de wens van de minister om cliënten zoveel mogelijk in de eerste lijn te behandelen die daar ook daadwerkelijk behandeld kunnen worden. Dat bereikt zij niet door het aantal zittingen in de eerste lijn drastisch te verlagen naar vijf zoals nu het geval is.

Wij hopen dat u bovenstaande standpunten betreft in het definitieve rapport aan de minister. Voor een nadere toelichting kunt u contact opnemen met ondergetekende.

Met vriendelijke groet,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'J. M. Veenendaal', written over a horizontal line.

Drs. J. M. Veenendaal,  
directeur NVVP  
Maliebaan 87  
3581 CG Utrecht  
030-2364338  
j.veenendaal@nvvp.nl



LPGGz

## Landelijk Platform GGz

CvZ  
t.a.v. mevrouw mr. J.M. van Diggelen  
Postbus 320  
1110 AH Diemen

Onderwerp: consultatie conceptrapport Geneeskundige ggz  
Datum: 15 februari 2012  
Kenmerk:1202-007

De koepel voor  
cliënten- en  
familieorganisaties  
in de geestelijke  
gezondheidszorg

Postadres:  
Postbus 13223  
3507 LE Utrecht  
Bezoekadres:  
Maliëbaan 87  
3581 CG Utrecht

T (030) 236 37 65  
F (030) 231 30 54  
E [info@platformggz.nl](mailto:info@platformggz.nl)  
I [www.platformggz.nl](http://www.platformggz.nl)

Postbank 1948735  
KvK Utrecht 30213449

Geachte mevrouw Van Diggelen,

Dank voor het toesturen van het conceptrapport 'Geneeskundige ggz' en de mogelijkheid om te reageren. LPGGz heeft deelgenomen aan de stakeholdersbijeenkomst op 25 oktober jl., hoewel dit niet vermeld staat in bijlage 2. Wij vinden de adviesaanvraag van de minister van VWS en het uitgebrachte advies relevant, mede gezien de raakvlakken met het pakketadvies 2012. Daarom maken we graag van de gelegenheid gebruik om te reageren op de inhoud van het rapport.

In deze brief reageren we achtereenvolgens op:

- de adviesaanvraag van het ministerie van VWS;
- de toegang tot de zorg;
- uitwerking van het pakketprincipe 'noodzakelijkheid' door CvZ;
- versterking van (keten)zorg en;
- overige adviezen over bekostiging.

### De adviesaanvraag van het ministerie van VWS

De minister heeft het CvZ gevraagd om een nadere afbakening van de (aanspraken) verzekerde geneeskundige ggz. Dit verzoek is ingegeven door stijgende kosten in de zorg. LPGGz is voorstander van het stimuleren van gepast gebruik van zorg en het verbeteren van financiering. Maar wij betreuren het dat het ministerie vooral oplossingen wil zoeken in het pakketbeheer en in mogelijkheden om de huidige aanspraken, de soorten zorg of de indicatie, in te perken. Het zou ons inziens voor de hand liggen om op basis van een analyse van de oorzaken van de groei in de eerste plaats een beargumenteerde prognose te ontwikkelen. De analyse die het CvZ geeft over de oorzaken van de kosten- en volumegroei laat zien dat er veel factoren bijdragen aan de groei. Bijvoorbeeld de groei van psycho-geriatrie. Het is min of meer toevallig dat circa 25.000 mensen met dementie in de geneeskundige ggz terecht zijn gekomen; voor ca. 100.000 ouderen geldt dat nog geen diagnose dementie gesteld is. Als er aangrijpingspunten voor kostenbeheersing worden gezocht, dan zou dit ons inziens (beter) moeten aansluiten op concrete voorspellingen.

### De toegang tot zorg

Uitgangspunt voor het LPGGz is, dat patiënten zorg krijgen die nodig is, zorg die passend is, die voldoet aan kwaliteit- en leveringscriteria, op de plek die daar het beste voor geëigend is, door gekwalificeerde beroepsbeoefenaren. Dit geldt zowel voor somatische als geestelijke gezondheidszorg. Passende zorg vanuit cliëntperspectief betekent ook dat zorg wordt gegeven vanuit een maatschappelijke hersteloriëntatie, dat niet onnodig wordt gemedicaliseerd en dat geen over- of onderbehandeling plaatsvindt. Wij



onderschrijven het belang van een zorgcontinuüm waarbij geen hiaten in de verzekerde zorg worden gecreëerd.

Het CvZ hanteert de zo genaamde 'stepped care benadering' als uitgangspunt; dat wil zeggen eerst een zo licht mogelijke interventie en bij onvoldoende herstel, overstappen op de volgende interventie. Dit kan wellicht passend zijn bij eetstoornissen, overmatig alcoholgebruik of lichte depressie, maar niet bij ernstiger aandoeningen. Dan is matched care nodig, soms dus een 'zwaardere' interventie die past bij de aandoening. Het stepped care principe roept minstens vragen op en brengt volgens ons risico's met zich mee. Het is –zo blijkt in de huidige praktijk- de vraag of de eerstelijns voldoende geëquipeerd is om de ernst van een aandoening in een vroegtijdig stadium te herkennen. Wij wijzen op de risico's van het benaderen van alle problematiek met lichte interventies. Daardoor zou ook lichte problematiek kunnen verergeren en het is in de zorgverzekeringswet uitdrukkelijk de bedoeling om verergering van aandoeningen te voorkomen. LPGGz pleit daarom in de eerste plaats voor het organiseren en bewaken van tijdige en gerichte screening en diagnostiek en voor gestroomlijnde toegang tot passende verzekerde zorg.

### **Uitwerking van het pakketprincipe 'noodzakelijkheid'**

In de inleiding van het rapport geeft CvZ aan dat de geneeskundige ggz beoordeeld zal worden aan de hand van de pakketcriteria noodzakelijkheid, effectiviteit, kosteneffectiviteit en uitvoerbaarheid. Helaas worden deze pakketcriteria niet in onderlinge samenhang gezien. In de verdere hoofdstukken blijkt niet dat er algemene uitspraken kunnen worden gedaan over effectiviteit, kosteneffectiviteit en uitvoerbaarheid voor wat betreft de basis ggz, de generalistische ggz (ELZ) en de specialistische ggz. En hoewel CvZ adviseert om geen pakketingrepen te doen, neemt CvZ toch een voorschot op het uitzonderen van een aantal behandelingen in de ggz.

Het CvZ adviseert:

- dat er alleen een verzekerde aanspraak op geneeskundige ggz is bij stoornissen, niet bij werk- of relatieproblemen (overspannenheid, burn out),
- dat niet alle DSM IV stoornissen verzekerde zorg zijn, zoals V-codes zonder As-1 'stoornis,
- ook leerstoornissen niet (zoals niet ernstige dyslexie) en wellicht andere neurofysiologische aandoeningen,
- dat alle 'andere problemen en aandoeningen zijn, die een reden voor zorg kunnen zijn' (zonder een V-code) geen verzekerde zorg zijn,
- dat psycho-sociale problemen door het Algemeen maatschappelijk werk behandeld moeten worden en überhaupt geen verzekerde zorg zijn,
- dat dementie niet uitsluitend tot de verzekerde ggz-prestaties behoren,
- ernstige dyslexie ook niet, maar dat dit wel tot de verzekerde zorgprestaties behoort,
- selectieve preventie is uitgesloten; geïndiceerde preventie is alleen verzekerde zorg bij depressie, paniekstoornissen en overmatig alcoholgebruik.

Wij zijn niet gelukkig met deze keuzes, om een aantal redenen.

- In de eerste plaats zijn de keuzes vrij willekeurig en (nog) niet voldoende onderbouwd met toetsbare criteria. Het classificatiesysteem DSM IV wordt verkeerd geïnterpreteerd en gebruikt op een manier waarvoor dit systeem niet is bedoeld. De classificatie van V-codes zegt niets over (ervaren) ziektelast.
- In de tweede plaats roept het nieuwe afbakeningsvraagstukken op.
- Ten derde vragen we ons af hoe deze afgrenzing zich verhoudt tot de reikwijdte van de zorgverzekering, die uitdrukkelijk ook gericht is op het voorkomen van verergering van bestaande aandoeningen. Dat brengt problemen met zich mee voor het zorgcontinuüm, want lang niet altijd vindt adequate diagnose al in een vroeg stadium plaats; de oorzaken van genoemde problemen kunnen dieper liggen dan op het eerste gezicht zichtbaar zijn.
- Ook blijft (nog) onduidelijk wat onbetwistbaar verzekerde zorg is in het geval dat er zowel somatische als psychische interventies nodig zijn. Bij bepaalde chronische somatische aandoeningen zijn er ook psychische gevolgen, waarvoor zorg nodig kan zijn; dat kan ook specialistische psychische zorg zijn.
- Daarnaast vragen we ons af hoe de keuzes voor het inperken van preventie zich verhouden tot de uitspraken in het Pakketadvies 2012, dat er een individuele zorgvraag moet zijn, in het geval iemand een preventieconsult wil. Dat preventieconsult moet altijd mogelijk blijven. Bovendien is ons inziens alle



geïndiceerde preventie verzekerde zorg, wanneer die volgens de stand van de praktijk door beroepsbeoefenaren wordt geboden en effectief is.

- Het criterium dat er eerst een (sub)klinische stoornis moet zijn, dus een individuele zorgvraag, gaat in de praktijk niet op bij kinderen, waarvan de ouders het probleem niet zien omdat zij zelf psychische problemen hebben. Helaas gaat het ook vaak niet op bij mantelzorgers; die 'gaan door tot ze erbij neervallen'.
- De afbakening heeft verder ongewenste neveneffecten. Het is namelijk nogal willekeurig wanneer een DBC ggz wordt geopend of een DBC somatiek, bij bijvoorbeeld patiënten met dementie. Hoewel het hier gaat om het voorkomen van verergering van de aandoening, kan behandeling plaatsvinden door de psychiater in een ziekenhuis, zonder dat dit aangemerkt wordt als geneeskundige ggz, terwijl dit toevallig in een andere setting wel zo wordt geduid. Dit vinden we in verband met de eigen bijdrage tweedelijns zorg onhelder en onwenselijk.

Kortom, wij zien in dit rapport zeker een eerste aanzet om het beoordelingskader voor verzekerde ggz te verhelderen, maar de gemaakte keuzes zijn nog onvoldoende beargumenteerd en leiden tot hiaten in het zorgcontinuüm.

### Versterken van de (keten)zorg

Een aantal uitspraken in dit rapport biedt (betere) mogelijkheden om de ketenzorg te versterken.

- Het Cvz adviseert 8 zittingen voor de eerstelijns psycholoog in tegenstelling tot de inkrimping tot 5 zittingen vanaf 1 januari 2012. Dit juichen wij toe, omdat het een versterking is van de eerstelijnszorg en tot minder onafgeronde behandelingen leidt.
- CvZ geeft aan dat er bij het uitzonderen van de aanpassingsstoornissen onduidelijk is of dit ook geldt voor de huisartsenzorg. Patiënten komen bijvoorbeeld binnen met lichamelijke klachten en de huisarts vermoedt een aanpassingsstoornis (dit is vaak het geval bij kinderen).
- Wij delen de stelling dat dit in ieder geval schadelijk is voor het zorgcontinuüm en stepped care, want de patiënten kunnen niet verder worden verwezen.
- Bemoeizorg op zich (outreaching opsporen en toeleiden) is geen Zvw-prestatie, maar Oggz. De gemeenten krijgen de subsidies die vóórheen eerder bij zorgverzekeraars lagen. CvZ concludeert dat het wel een Zvw-prestatie is, zodra de patiënt in ggz-zorg is. Ook bij patiënten die zich door gebrek aan ziektebesef of ziekte-inzicht onttrekken aan noodzakelijke behandeling.
- Ons inziens wordt deze laatste duiding in de praktijk niet altijd correct geïnterpreteerd. En dit is funest voor de groep patiënten die zelf de zorg onnodig vinden. Op dat moment neemt geen van de betrokken instanties de verantwoordelijkheid om deze patiënt weer toe te leiden.
- CvZ geeft aan dat verblijf tot 366 dagen een Zvw-prestatie is, maar dat onduidelijk is, wannéér iemand is aangewezen op verblijf. Het advies is om de medische noodzaak in richtlijnen aan te geven. Ons inziens gaat daar objectiveerbaar onderzoek aan vooraf, waarbij enkelvoudige en meervoudige aandoeningen worden meegenomen en ook onderscheid moet worden gemaakt tussen behandeldoelen: gaat het om (geneeskundig herstel), voorkomen van verergering of om herstel van zelfredzaamheid?
- Het advies om een beperking van zorg te leggen bij 1.800 minuten vinden wij een willekeurige keuze, omdat die niet wordt ingegeven door een objectieveerbare maat van zorgzwaarte, of door de effectiviteit van interventies, maar alleen bedoeld lijkt om de kosten te beperken.
- Bovendien zorgt dit voor veel (overbodige) papieren bureaucratie. Een toestemmingsvereiste lijkt ons niet hét middel om zorgverzekeraars meer inzicht te geven in de inhoud/vorm van de behandeling en brengt ook risico's met zich mee voor privacy van patiënten.
- CvZ wil inzetten op het bevorderen van gepast gebruik: dat betekent ondermeer zorg daar leveren waar dit het beste dient te geschieden. Dat argument delen wij. Wij vinden het dan ook van belang dat maatregelen worden genomen bij zorgaanbieders en zorgverzekeraars waardoor de bekostigingssystematiek en de processen verbeteren en de financiële prikkels aan de goede kant komen te liggen.
- Uit de pakketscan depressie blijkt dat de richtlijnen onvoldoende gevolgd worden. Ook, concludeert CvZ, zijn de DBC's niet medisch herkenbaar, dat wil zeggen dat alles wat geleverd wordt, ook wordt betaald. Verzekeraars kunnen niet zien wat er nu echt wordt geboden.
- Het LPGGz vindt het volgen van richtlijnen en zorgstandaarden een groot goed. Maar bij een dergelijk signaal uit de praktijk zou de aangewezen volgende stap volgens ons zijn, om na te gaan door welke



LPGGz

## Landelijk Platform GGZ

beroepsgroepen welke richtlijnen slecht worden nagevolgd en of dit breder voor andere stoornissen geldt? Bijvoorbeeld alleen door huisartsen en alleen bij depressie? Dan zouden oplossingen voor de hand liggen om dat te verbeteren in plaats van geen generieke maatregelen rondom het volgen van richtlijnen.

### Overige adviezen over bekostiging

Uit het onderzoek van KPMG naar zorginkoop blijkt dat zorgverzekeraars een aantal knelpunten ervaren bij de zorginkoop en de controle. Dit leidt tot de adviezen met betrekking tot:

- a. het doorontwikkelen van het bekostigingssysteem zodat dit meer transparantie biedt op effectiviteit en zorgvraag en zorgzwaarte;
- b. meer risicodragendheid, zodat doelmatiger ingekocht wordt;
- c. sneller levering en declaratie;
- d. helderder afbakening van geneeskundige ggz;
- e. financiële prikkels aan de goede kant leggen, dus voor zorgverzekeraars meer risicodragendheid in de tweede lijn;
- f. versterken van de eerstelijns door beter regelen POH ggz en meer zittingen ELZ;
- g. versoepelen van 'de knip', dus AWBZ-gelden inzetten voor ambulante zorg;
- h. verlagen van de restitutievergoeding, scherpere inkoop, maximum volume voor zorginkoopplafonds en niet vergoeden van overproductie;
- i. het beperken van de inzet van hulp personeel.

Deze adviezen kunnen ons inziens een stimulans in de juiste richting geven om de eerstelijns te versterken, maar lossen nog niet alle knelpunten op. Daarnaast is een kanttekening op zijn plaats. LPGGz hecht eraan dat meer risicodragendheid (punt e) in de tweedelijns niet gaat leiden tot (regionale) lacunes in de zorg. Zeker in combinatie met andere financiële maatregelen rondom de zorginkoop (onder punt h) kan dit leiden tot een beperkte toegang tot zorg; met andere woorden de patiënt wordt geconfronteerd met wachtlijsten en -tijden. Het is in het belang van alle partijen om de bekostigingssystematiek te verbeteren, zodat deze transparanter is en gekoppeld aan de zwaarte van de zorgvraag. Het beperken van de inzet van hulp personeel (i), vinden wij alleen van nut wanneer die zorg niet door de juiste persoon verleend wordt.

Tevens is het van belang om de uitkomsten van de onderzoeken naar zorginkoop door een aantal zorgverzekeraars en de pakketscan depressie niet algemeen van toepassing te verklaren op alle ggz-zorg.

Tot slot delen wij uw mening dat dit consultatiedocument een stap in de goede richting is om te komen tot meer duidelijkheid, maar dat gewaakt moet worden voor overhaaste pakketingrepen waarvan de gevolgen onvoldoende doordacht zijn.

Met vriendelijke groet,

Marjan ter Avest  
directeur



College voor Zorgverzekeringen  
T.a.v. mevrouw mr. M. van der Veen-Helder  
Postbus 320  
1110 AH DIEMEN

Sparrenheuvel 16  
Postbus 520  
3700 AM ZEIST  
Telefoon (030) 698 89 11  
Telefax (030) 698 83 33  
E-mail info@zn.nl

Contactpersoon Dr. R. Luijk  
Doorkiesnummer (030) 698 83 43  
Ons kenmerk B-12-1385-crhe1  
Uw kenmerk ZA/2012011454  
Datum 16 februari 2012  
Onderwerp Reactie op CVZ-rapport geneeskundige GGZ

Geachte mevrouw Van der Veen-Helder,

Hartelijk dank voor het nieuwe conceptrapport over de Geneeskundige GGZ. Wij sturen u deze reactie op het conceptrapport mede namens de individuele zorgverzekeraars die hebben bijgedragen aan het KPMG Plexus-onderzoek. In onze reactie zullen we allereerst kort ingaan op het proces van de totstandkoming van het rapport en onze betrokkenheid daarin om vervolgens uitgebreider in te gaan op de inhoud. Voor een beter overzicht volgen we bij onze reactie niet de paginering van het rapport, maar structureren we onze reactie naar onderwerp. Waar relevant, refereren we naar de briefwisseling tussen ZN en CVZ (en VWS) uit 2010-2011 inzake de afbakening van de curatieve GGZ onder de Zvw.

#### **Het proces**

Het CVZ heeft in het kader van de "onbetwistbare GGZ" onder andere een onderzoek laten uitvoeren door KPMG Plexus onder zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars zijn hierover geïnformeerd in de stakeholdersconsultatie over "onbetwistbare GGZ" op 26 oktober 2011.

In de, in opdracht van CVZ samengestelde, vragenlijst voor dat onderzoek lag het accent echter niet op de vraag wat tot de "onbetwistbare GGZ", vallend onder de Zvw, gerekend zou moeten worden, maar richtte men zich vrijwel uitsluitend op uitvoeringstechnische problemen die zorgverzekeraars ervaren bij de zorginkoop, controle en kostenbeheersing. Wij waarderen de erkenning vanuit het CVZ voor de uitvoeringsproblemen in de curatieve GGZ, maar we vinden het een gemiste kans dat het CVZ verzekeraars in de vraagstelling nauwelijks ruimte bood om op de fundamentele problemen die hieraan ten grondslag liggen in te gaan, namelijk: (1) de afbakening van de aanspraak c.q. de onbetwistbare aanspraak van de

verzekerde zorg onder de Zvw; en (2) de inadequate productstructuur waardoor zorgverzekeraars o.a. geen informatie ter beschikking krijgen over de relatie tussen de zorgvraagzwaarte en de inzet van de behandeling c.q. zorg(kosten). In het conceptrapport Geneeskundige GGZ wordt op pagina 3 vermeld dat alle betrokkenen in de gelegenheid zijn gesteld te reageren op het concept van dit rapport. Deze zin roept vragen op, omdat de bij het onderzoek betrokken zorgverzekeraars en ZN tot op heden alleen het onderhavige rapport zelf toegestuurd hebben gekregen op 25 januari 2012 en dit niet vergezeld ging van een uitnodiging voor een reactie.

#### **Afbakening "Onbetwistbare GGZ" (rapport o.a. pag. 2, 17, 28, 29, 23-33)**

Vanaf 2009 tot 2011 heeft ZN een dialoog gevoerd met het CVZ over de afbakening van de geneeskundige GGZ. De beantwoording van onze vragen door het CVZ heeft er toen weliswaar toe bijgedragen dat zorgverzekeraars de gedachtegang achter de duidingen van het CVZ beter konden volgen maar we konden (en kunnen) die gedachtegang en haar gevolgtrekkingen niet altijd delen. Met de beantwoording door het CVZ werd (en wordt) ook de uitvoeringsproblematiek, samenhangend met de ruim interpreteerbare functionele omschrijvingen van de aanspraak, niet opgelost.

In het rapport van KPMG Plexus wordt wederom geconcludeerd dat een nadere verduidelijking en aanscherping van wat onder de geneeskundige zorg c.q. "onbetwistbare GGZ" valt, nodig is (pag. 17/18). In hoofdstuk 5 zou deze duidelijkheid door CVZ geboden zijn.

Tot ons genoegen constateren we uit het rapport dat CVZ in haar positiebepaling onze kant op beweegt en niet meer vasthoudt aan het eerder ingenomen standpunt dat alle DSM IV as I en as II stoornissen onder de zorgverzekering zouden vallen (zie eerdere briefwisseling). In hoofdstuk 5 wordt hierover nu dan ook aangegeven dat niet alle 'stoornissen' die op as I en II van de DSM IV vóórkomen te beschouwen zijn als (psychiatrische) 'ziekten' vallend onder de Zvw. Vervolgens wordt dit in hoofdstuk 5a echter slechts beperkt uitgewerkt; namelijk enkel aan de hand van enkele voorbeelden die bovendien soms ook weer nieuwe (afbakenings-)vragen oproepen. Zo wordt in hoofdstuk 5a gesteld dat de "andere aandoeningen en problemen die reden voor zorg kunnen" niet als ziekte worden beschouwd waarvoor verzekerde GGZ-zorg in aanmerking komt; hierbij worden met name de problemen die in de DSM IV met een V-code worden aangeduid, genoemd. Onduidelijk blijft echter hoe de overige "andere problemen die een reden tot zorg kunnen zijn" (i.e. zonder V-code) moeten worden gedeut.

Verder worden in dit hoofdstuk nog enige andere voorbeelden genoemd van AS I en AS II stoornissen die niet (of niet exclusief) tot het domein van de GGZ horen. Zo lijkt CVZ de leerstoornissen (m.u.v. ernstige enkelvoudige dyslexie als afzonderlijk verzekerde prestatie) niet (meer) tot de verzekerde GGZ-zorg te rekenen; al wordt dit niet expliciet zo verwoord. Verder wordt dementie als voorbeeld genoemd van een stoornis die niet exclusief tot het domein van de GGZ hoort; waarbij echter niet wordt aangegeven wat dit concreet voor de inkooppraktijk zou moeten betekenen. Ook is niet duidelijk voor welke andere DSM IV AS I stoornissen dit zou gelden. Tenslotte refereren we in dit verband dat in hoofdstuk 5a er ook nog eens op gewezen wordt dat de zorg i.v.m. een verstandelijke handicap niet onder de GGZ-zorg valt; dit echter zonder dat wordt aangegeven of dit ook voor andere mentale handicaps geldt, dan wel waarom die uitsluiting niet zou moeten gelden voor andere mentale handicaps.

Het geheel beschouwend zijn wij van mening dat hoofdstuk 5a niet de duidelijkheid biedt die nodig is om tot een goede uitvoeringspraktijk te kunnen komen en niet toewerkt naar een afbakening waarbij gesproken kan worden van "Onbetwistbare" Geneeskundige GGZ. Het gestelde in hoofdstuk 5b vergroot vervolgens die duidelijkheid ook niet echt; dit mede omdat hierin begrippen gehanteerd worden die richtinggevend zouden moeten zijn als "Behandeling", "Behandeldoel" en "Niveau van een behandelaar" zonder dat deze begrippen echter nader gedefinieerd worden c.q. zonder dat daarbij onderscheid gemaakt wordt in de geneeskundige en niet-geneeskundige variant van die begrippen (zie in dit verband ook de eerdere briefwisseling). Verder wordt nergens "onbetwistbaar" gedefinieerd wat onder het begrip "geneeskundig" zou moeten worden verstaan.

Samenvattend zijn wij van mening dat het rapport weliswaar een aanzet geeft om te komen tot meer duidelijkheid omtrent welke stoornissen genoemd op As I en II van de DSM IV tot de "onbetwistbare GGZ" vallend onder de Zvw gerekend moet worden, maar delen we het statement vermeld onder 5c beslist niet, daar waar gesteld wordt "dat uit 5a en 5b geconcludeerd kan worden wat "onbetwistbaar" wel en wat "onbetwistbaar" niet onder het basispakket van de Zvw valt". Daarom is nodig dat men in een (het) vervoltraject op een gestructureerde wijze, aan de hand van vooraf duidelijk vastgestelde criteria, alsnog komt tot een "onbetwistbare" labeling van alle DSM IV As I en II stoornissen. Bij het vaststellen van bedoelde criteria dienen er naar onze mening dan naast de bekende pakketprincipes (*ie* noodzakelijkheid, effectiviteit, kosteneffectiviteit en uitvoerbaarheid), nadrukkelijk ook factoren als psychische *versus* psychosociale problematiek *versus* mentale ziekte *versus* mentale handicap, geneeskundige/medische behandeling *versus* niet-geneeskundige behandeling, geneeskundige behandeldoel *versus* niet-geneeskundig behandeldoel, primair psychiatrisch *versus* primair somatisch, meegenomen te worden. Terwijl daarbij ook het begrip "geneeskundig" c.q. "medisch" "onbetwistbaar" dient te worden gedefinieerd. (Zie ook eerdere briefwisseling).

Ter illustratie wordt hieronder als voorbeeld aangegeven hoe bedoelde labeling van de DSM IV as I en II stoornissen gestructureerd zou kunnen worden:

- Psychiatrische ziekten waarvoor de behandeling primair geneeskundig/medisch van aard is en gericht op het herstel (of verbetering) van de ziekte (*ie* Valt onder Zvw-GGZ).
- Psychiatrische ziekten waarbij de zorg/behandeling bij een chronisch beloop c.q. in de chronische fase (primair) niet-geneeskundig van aard is maar gericht op herstel, verbetering of voorkoming van verslechtering van de zelfredzaamheid (AWBZ) en/of gericht op herstel, verbetering of voorkoming van verslechtering van participatie (WMO) en waarbij, indien er (in deze fase) überhaupt (nog) geneeskundige GGZ geboden wordt, deze ondersteunend is en gericht op medische stabilisatie c.q. voorkoming van verergering (zorg valt primair onder AWBZ/WMO met eventueel enkel ondersteunende zorg vanuit Zvw).
- Stoornissen in de DSM-IV die niet als psychiatrische ziekte geduid worden maar als mentale handicap (zoals autistiforme stoornissen als PDD-NOS) waarvoor de behandeling, na diagnosestelling, (primair) niet-geneeskundig van aard is maar gericht op herstel, verbetering of voorkoming van verslechtering van de zelfredzaamheid (AWBZ) en/of gericht op herstel, verbetering of voorkoming van verslechtering van participatie(WMO); (*ie* zorg valt, na diagnosestelling (Zvw-GGZ), (primair) onder AWBZ/WMO).



- Primair somatisch ziektebeelden waarvoor de op genezing dan wel op medische stabilisatie gerichte behandeling ook primair op somatisch vlak ligt maar waarbij, in verband met de bij het ziektebeeld horende psychische implicaties, ook specialistische, ondersteunde (klinisch) psychologische zorg nodig is. (Valt onder Somatische Zvw-zorg en wel als Medische Psychologische zorg als onderdeel van de Somatische Zvw-zorg).
- Psychosociale problematiek, leerstoornissen en opvoedingsproblematiek, die niet als psychiatrische ziekten beschouwd worden. (ie Vallen als zodanig niet onder de Zvw-GGZ maar onder HA/SMW/JZ/Schoolondersteuning/eigen verantwoording e.a.).

Nb. In de eerdere briefwisseling is reeds aangegeven dat het qua (risicodragende) verzekeraarbaarheid en vanuit de optiek van kostenbeheersing, veel uit maakt onder welk regiem de zorg gepositioneerd wordt; dit omdat de type aanspraak, de mogelijkheid voor een limitatieve indicatiestelling en de verschillen in prijsstelling en budgetlimiteringsmogelijkheden erg verschillen tussen Zvw, AWBZ en WMO (zie ook eerdere briefwisseling).

Wij adviseren het CVZ om in de tweede fase een labelingsystematiek naar voorbeeld van hierboven te hanteren voor de afbakening van de curatieve GGZ en het pakketadvies. Tevens verzoeken wij het CVZ om, vooruitlopend op tweede fase, in hoofdstuk 5 van het eindrapport de voorbeelden zoals genoemd in hoofdstuk 5a van het conceptrapport (zoals leerstoornissen en dementie) nader te expliciteren en met meer voorbeelden aan te vullen zodat we dit zo snel mogelijk in onze inkooppraktijk kunnen meenemen.

#### **Transparantie & GGZ-DBC-productstructuur (rapport o.a. pag. 11, 13, 15, 16, 34)**

In het rapport wordt op verschillende plaatsen geconcludeerd dat zorgverzekeraars te laat informatie en onvoldoende informatie tot hun beschikking krijgen om een adequaat controlebeleid te kunnen voeren. In het rapport wordt in dit verband met name ingegaan op het feit dat in de huidige GGZ-DBC-productstructuur, niet-zichtbaar, zorg is inbegrepen die door onvoldoende bewijs van effectiviteit niet tot de verzekerde zorg gerekend kan worden. In dit verband wordt in het rapport aangegeven dat CVZ met de NZa en DBC-O in overleg is getreden om het systeem voor de toekomst zo in te richten dat deze zorg binnen de productstructuur wel zichtbaar wordt.

Verzekeraars wijzen erop dat er, naast voornoemde ineffectieve zorgvormen, ook zorgvormen oneigenlijk en onzichtbaar in de GGZ-DBC-productstructuur en declaratiesystematiek kunnen voorkomen, die niet gericht zijn "op genezing of op voorkoming van verergering van een psychiatrische ziekte". Omdat we, met name bij patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen, worden geconfronteerd met multi-problematiek op meerdere levensterreinen, is het belangrijk dat de doelen van de behandeling c.q. de behandelonderdelen inzichtelijk worden gemaakt. Ergo, ook hiervoor dient de aandacht van DBC-O en de NZa gevraagd te worden.

Tenslotte merken we op dat in het rapport nauwelijks tot geen aandacht besteed wordt aan het feit dat het voor een op doelmatigheid gericht (kosten beheersend/risicodragend) inkoopbeleid c.q. inkooppraktijk noodzakelijk is dat zorgverzekeraars binnen de GGZ-DBC-productstructuur en declaratiesystematiek ook meer informatie beschikbaar krijgen omtrent de onderliggende diagnose. Dit betreft onder andere informatie m.b.t. de primaire diagnose op DSM IV-code niveau; nodig om te kunnen vaststellen of het een legitieme indicatie voor de Zvw betreft.

Verder betreft dit vooral objectieve c.q. objectiveerbare diagnose informatie die indicatief is voor de zorgvraagzwaarte gerelateerd aan de onderscheiden DBC-productgroepen. In de huidige GGZ-DBC-productstructuur c.q. declaratiesystematiek ontbreekt die noodzakelijke informatie en (ook) dit belangrijke onderwerp is nu (nog) niet in de door-ontwikkel-agenda van DBC-Onderhoud opgenomen.

Met het oog op de wens voor kostenbeheersing en risicodragendheid in de GGZ is het van groot belang om op korte termijn aandacht te besteden aan de doorontwikkeling van GGZ-DBC-productstructuur naar een "transparante normatieve productstructuur".

Verzekeraars beseffen dat de vorming van een volwaardige normatieve productstructuur, gebaseerd op zorgpaden die zijn afgestemd op de zorgvraagzwaarte en die op brede acceptatie in het veld kunnen rekenen, enige tijd in beslag zal nemen. We zien echter mogelijkheden al op kortere termijn en met beperkte aanpassingen de huidige productstructuur om te vormen tot een lerende productstructuur, aan de hand waarvan verzekeraars al vrij snel beter in staat zullen zijn een op doelmatigheid gericht inkoop beleid te kunnen voeren (zie ook de ingesloten notitie van het Kenniscentrum GGZ van ZN). ZN heeft in deze inmiddels een initiatief genomen richting DBC-O en de NZa.

### **Risicodragendheid ZV's (rapport o.a. pag. 16, 17, 34) & Prestatiebeking (pag. 11,12)**

#### **Risicodragendheid**

CVZ adviseert de invoering van risicodragendheid voor tweedelijns GGZ bij zorgverzekeraars. Zij baseert deze aanbeveling op een veronderstelling dat zorgverzekeraars er in de huidige situatie baat bij hebben indien zorg in de tweedelijns wordt geleverd; een theoretische stelling waarvoor overigens geen onderbouwing vanuit de praktijk wordt gegeven. Wij herkennen deze veronderstelling dan ook niet in de wijze waarop zorgverzekeraars de zorginkoop organiseren; zo zijn er verzekeraars die in hun inkoopbeleid zelfs gekwantificeerd een substitutie nastreven van tweede- naar de eerstelijns.

Niettemin zijn zorgverzekeraars van mening dat op termijn risicodragendheid van verzekeraars mogelijk kan bijdragen tot een betere kostenbeheersing door een meer op doelmatigheid gericht inkoopbeleid. Wij spreken hier in termen van "op termijn" omdat verzekeraars enkel op een verantwoorde wijze meer risicodragend kunnen accepteren indien er (1) volledige helderheid is omtrent een adequate afbakening van wat tot de verzekerde geneeskundige GGZ-zorg behoort, (2) de DBC-GGZ-structuur c.q. de vergoedingen/declaratiesystematiek de transparantie biedt die nodig is om een doelmatigheid gericht inkoopbeleid en controlebeleid te kunnen voeren en (3) het voorspellend vermogen van het ex ante risicovereningsmodel op basis van de objectieve maat voor de zorgvraagzwaarte kan worden verbeterd. Aan deze voorwaarden wordt vooralsnog niet voldaan (zie ook onder Afbakening Onbetwistbare GGZ en onder Transparantie & GGZ-DBC-productstructuur). Wij uiten onze verbazing over het feit dat het CVZ, die geacht wordt inzicht te hebben in de problemen rondom de afbakening van de aanspraak in de GGZ en het lage voorspellend vermogen van het ex ante risicovereveningsmodel, in haar advies zonder voorbehouden concludeert dat het verhogen van risicodragendheid van zorgverzekeraars nodig is om efficiency- en kwaliteitswinst te boeken.

Nb. Voor verantwoorde risicodragendheid is het overigens ook voorwaardelijk dat er uitgegaan wordt van realistische macrokaders en niet van opportunistische kaders, gebaseerd op 'wishful thinking'. Dit valt echter buiten het bestek van dit rapport.

### **Prestatiebekostiging**

Bekostiging op basis van DBC's kan met de huidige GGZ-DBC-productstructuur c.q. declaratiesystematiek niet als "prestatiebekostiging" worden gekwalificeerd; *ie* een prestatiebekostigingssystematiek die een op doelmatigheid gerichte (risicodragende) inkooppraktijk mogelijk maakt. (Zie ook de bijlage: notitie van het Kenniscentrum GGZ van ZN).

### **Tweede Fase c.q. vervolgtraject (rapport o.a. pag. 1, 2, 9, 30, 38)**

Uit hetgeen hierover in het conceptrapport vermeld wordt, hebben wij de indruk dat men zich in de 2<sup>de</sup> fase vooral wil richten op een aanscherping van de pakketomschrijving waarbij men, naast de gebruikelijke pakketprincipes, het aspect van een lage ziektelast wil meenemen.

Zoals uit het hierboven gestelde onder "Afbakening Onbetwistbare GGZ", moge blijken dat zorgverzekeraars van mening zijn dat de nadere afbakening in die tweede fase breder ingestoken zou moeten worden zodat er een duidelijke afbakening gaat ontstaan m.b.t. wat onbetwistbaar tot de verzekerde GGZ behoort en het pakketadvies er toe bijdraagt dat er een houdbaar c.q. beheersbaar stelsel ontstaat.

Verder zijn verzekeraars van mening dat er in het vervolgtraject veel meer aandacht moet komen voor de doorontwikkeling van een transparant GGZ-DBC-productstructuur c.q. declaratiesystematiek zoals hierboven onder "Transparantie & GGZ-DBC-productstructuur" besproken is.

### **Overige opmerkingen m.b.t. het rapport Preventie**

Op enkele plaatsen in het rapport wordt gesproken over preventie.

Naar onze mening worden de definities voor selectieve en geïndiceerde preventie niet altijd helder dan wel door elkaar verwoord waardoor enige verwarring kan ontstaan. Zo is het naar onze informatie gebruikelijk m.b.t. selectieve preventie te spreken over "hoge risico groepen" en niet in het kader van de geïndiceerde preventie.

Tevens merken we op dat o.a. op pagina 30 wordt aangegeven dat geïndiceerde preventie enkel voor depressie en overmatig alcoholgebruik en paniekstoornissen vergoedbaar is onder de Zvw. Dit terwijl geïndiceerde preventie in principe voor elke legitieme geneeskundige GGZ indicatie vergoedbaar is mits de beoogde interventie bewezen effectief is. (NB. Op pagina 27 is de formulering in deze tussen versie 1 en 2 van dit rapport inmiddels al aangepast.)

### **Bemoeizorg (rapport o.a. pag. 25, 26, 35)**

Uit het rapport wordt onvoldoende duidelijk of danwel in welke mate bemoeizorg zoals we die nu kennen binnen de GGZ naar de mening van CVZ tot de verzekerde GGZ-Zvw-zorg gerekend zou moeten gaan worden en hoe verzekeraars een en ander in hun inkooppraktijk en controle kunnen onderscheiden.

### **V-codes, Overspannenheid en Burn-out (rapport o.a. pag. 23, 24)**

Aangegeven wordt dat V-codes, overspannenheid en Burn-out geen DSM IV As I stoornissen zijn. Naar ons beste weten betreft dit echter wel stoornissen zoals die binnen de DSM IV systematiek op As I geïndiceerd/getypeerd dienen te worden (*ie* V-codes onder 'Andere stoornissen die een reden voor zorg kunnen zijn' en Overspannenheid en Burn Out als 'Aanpassingsstoornissen'). Indien men deze aandoeningen als indicatiegebieden voor de verzekerde GGZ-zorg uitsluit danwel wenst uit te sluiten dan zal men dat o.i. op andere gronden dienen te doen.

**Regulering psychotherapie c.q. beperking DBC minuten (rapport pag. 35, 36, 37)**

Verzekeraars zijn in principe geen tegenstander van het nader reguleren van de psychotherapie c.q. het beperken van te toegestane DBC minuten op basis van een x aantal zittingen. Wel wijzen wij er op dat een en ander dan wel goed en transparant in de DBC-GGZ-productstructuur moet zijn ingeregeld.

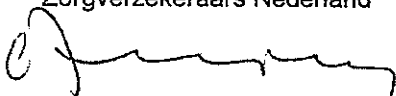
De structurele oplossing bestaat natuurlijk uit het koppelen van de aanspraak aan de zorgvraagzwaarte in een normatieve productstructuur. Zorgverzekeraars zijn geen voorstander van het instellen van machtigingen. Dit druist in tegen het algemene beleid om machtigingen zo veel als mogelijk te voorkomen dan wel af te schaffen. Het leidt tot grote uitvoeringstechnische gevolgen waarbij het tevens erg lastig, dan wel onmogelijk, zal blijken te zijn in dit kader, objectief naar zorgvraagzwaarte, uniforme, heldere en bezwaar-proof machtigingscriteria te formuleren.

**Conclusie**

Concluderend zijn wij van mening dat het conceptrapport een stap is in de goede richting is, maar dat de problematiek omtrent de afbakening van de "onbetwistbare geneeskundige GGZ" alsmede de problematiek omtrent de noodzakelijke transparantie en aanpassing in de productstructuur onvoldoende aan de oppervlakte komt en dat die problematiek daarom ook onvoldoende aandacht krijgt in het uitgezette vervolgtraject.

Momenteel zijn veldpartijen uit de GGZ met elkaar in overleg om te komen tot een hoofdlijnenakkoord GGZ. Bovenstaande onderwerpen maken deel uit van het hoofdlijnenakkoord. Wij hopen en verwachten dan ook dat we in het kader van het hoofdlijnenakkoord ook met betrekking tot hierboven bedoeld vervolgtraject tot goede afspraken kunnen komen.

Met vriendelijke groet,  
Zorgverzekeraars Nederland



drs. A.J. Lamping  
directeur Zorg

Bijlage.

C.c: Min. VWS, NZa, GGZ N, NVvP, NVVP, Meer GGZ, NIP, SDO, LP GGZ



## Notitie

Aan Commissie GGZ  
Van Dr. R. Luijk  
Auteur Kenniscentrum GGZ  
Doorkiesnummer 030-6988343  
Ons kenmerk N-12-3991crhe1  
Datum 7 februari 2012  
Onderwerp Prestatiebekostiging en risicodragendheid binnen de GGZ  
CC

Vraagstelling

Wat zijn de randvoorwaarden om voor de GGZ te komen tot prestatiebekostiging met een verantwoorde risicodragendheid voor verzekeraars en hoe kunnen deze randvoorwaarden geoperationaliseerd worden.

Overwegingen

Prestatiebekostiging in de zorg veronderstelt niet een beloning voor een geleverde inspanning maar een beloning voor een (te verwachte) resultaat (ie 'outcome') behaald door een doelmatig geleverde zorginspanning passend bij de zorgvraagzwaarte. Om dit te kunnen realiseren zijn navolgende zaken voorwaarden:

- De diagnose/indicatie dient voldoende gespecificeerd te zijn om de zorgvraagzwaarte te kunnen vaststellen.
- Per naar zorgvraagzwaarte gespecificeerde diagnose/indicatie bestaat er een min of meer gestandaardiseerde (doelmatige) behandeling c.q. zorgprogramma waarvan de 'outcome' c.q. klinisch effect bekend is; ergo waarvan bekend is wat het te verwachte genezingspercentage (en 'complicatiepercentage') is.
- De DBC-GGZ-productstructuur c.q. vergoedingssystematiek is op bovenstaande ingesteld.
- Voor het verantwoordelijk accepteren van risicodragendheid van verzekeraars is verder nog voorwaardelijk dat de declaratiesystematiek voor verzekeraars transparantie over bovenstaande biedt.

Bij de ontwikkeling van de productstructuur DBC GGZ is in aanvang hier ook rekening mee gehouden zoals blijkt uit inleiding van het eerste officiële document hieromtrent (ie De Product DBC GGZ uit 2006). Toen men bij de verdere uitwerking van de productstructuur op de gestelde randvoorwaarden vast liep, heeft men deze echter verlaten en heeft men de DBC matrix als het ware gekanteld waarbij kostenhomogeniteit per hoofddiagnosecategorie als uitgangspunt werd genomen i.p.v. de naar zorgvraagzwaarte gespecificeerde diagnose/indicatie. Hierdoor is een systematiek ontstaan waarbij een niet of vaag aangeduide diagnose gekoppeld is aan een tijdschrijfsysteem die achteraf pas duidelijkheid verschaft over de kosten. Ergo, de uiteindelijke productstructuur ondersteunt niet een prestatiebekostiging zoals de bedoeling was, maar belooft enkel een inspanning waarbij het verder tevens onduidelijk is waar die precies voor geleverd is en of de inspanning überhaupt in verhouding staat met de aard en ernst van de aandoening (zorgvraagzwaarte), terwijl

bovendien ook de uitkomst van zorg ongewis is. Het is daarom voor verzekeraars niet tot nauwelijks mogelijk om aan de hand van deze systematiek een op doelmatigheid gericht inkoopbeleid te voeren en om op een verantwoorde wijze risicodragendheid te accepteren.

Dat men in de oorspronkelijke opzet is mislukt laat zich goed verklaren. Het was immers niet gebruikelijk naar zorgvraagzwaarte te indiceren, behandelingen/ zorgprogramma's waren nog verre van gestandaardiseerd, terwijl ook het niveau van "evidence based zijn" van behandelingen op een laag peil stond. Ergo, "de stand van de wetenschap en praktijk" binnen de GGZ bleek dus nog volstrekt onvoldoende om de oorspronkelijk beoogde, een op prestatiebekostiging geënte, productstructuur te ontwerpen.

Vraag is nu of die stand van de wetenschap en praktijk op dit moment al wel zover ontwikkeld is dat nu wel een productstructuur c.q. declaratiesystematiek mogelijk is die voldoet aan de randvoorwaarden voor een echte prestatiebekostiging en verzekeraars de transparantie biedt die nodig is om op een verantwoorde wijze risicodragend te kunnen zijn.

Mede gestimuleerd door individuele verzekeraars wordt er in veel centra de diagnosestelling al meer gespecificeerd gerelateerd aan zorgvraagzwaarte en wordt er al meer gewerkt met beter gestandaardiseerde, naar zorgvraagzwaarte ingedeelde, zorgprogramma's. Dit gebeurt o.i. echter nog niet systematische bij alle GGZ-aanbieders. Verder hebben verzekeraars, in samenwerking met GGZNL, al belangrijke stappen gezet in resultaat/behandeleffect/ROM-meeting maar ook dit gebeurt nog lang niet algemeen genoeg en kent ook nog onvoldoende relatie met de zorgvraagzwaarte. Tenslotte is e,r t.a.v. 'de evidence based' status van de behandelingen/interventies, de afgelopen jaren maar weinig verandert. Nog steeds is het "evidence-based-zijn" van de interventies binnen de GGZ slechts in een minderheid vastgesteld en voorzover vastgesteld is dit nog maar matig gekwantificeerd.

Helaas moeten we dus concluderen dat, ondanks de vorderingen t.a.v. sommige voorwaardelijke aspecten, de ontwikkelingen de afgelopen jaren onvoldoende zijn geweest om nu dan wel op korte termijn te kunnen komen tot een aanpassing van de DBC-GGZ-productstructuur en declaratiesystematiek die een echte prestatiebekostiging mogelijk maakt, waarbij zorgverzekeraars een op doelmatigheid gericht inkoopbeleid kunnen inrichten en op een verantwoorde wijze risicodragendheid kunnen accepteren. Het KCGGZ van ZN ziet echter wel mogelijkheden om via beperkte aanpassingen in de DBC-GGZ-productstructuur en declaratiesystematiek, deze om te vormen tot een "lerende systematiek" die op termijn c.q. gefaseerd een op doelmatigheid gerichte prestatiebekostiging mogelijk maakt (zie ook bijlage I).

Daarnaast neemt het kenniscentrum GGZ het initiatief om te komen tot een eerste proeve van normatieve productstructuur voor die delen van de GGZ waar de vertaling van richtlijnen naar zorgpaden al meer gemeengoed is. Deze twee trajecten lopen parallel naast elkaar en kunnen elkaar versterken.

### Conclusie

Het KCGGZ van ZN concludeert dat de huidige GGZ-DBC-productstructuur c.q. declaratiesystematiek niet voldoet aan de randvoorwaarden nodig om een op doelmatigheid gericht inkoop beleid te voeren en om op een verantwoorde wijze risicodragendheid voor de GGZ-zorgkosten te kunnen dragen. Dit laatste aspect wordt nog versterkt door de impasse die is ontstaan m.b.t. de afbakeningsdiscussie

(zie bijlage II brief ZN aan VWS d.d. 22 augustus 2011).

Verder concludeert het KCGGZ van ZN dat de huidige 'stand van de (empirische) wetenschap en praktijk' de afgelopen jaren onvoldoende is verbeterd om op korte termijn de GGZ-DBC-productstructuur c.q. declaratiesystematiek in voldoende mate aan te passen zodat daadwerkelijk van een prestatiebekostigingssystematiek gesproken kan worden waardoor het voor verzekeraars ook mogelijk zou worden om op een verantwoorde wijze toenemende risicodragendheid te accepteren.

NB. Het Kenniscentrum heeft ook kennis genomen van het ambtelijk concept "Memo prestatie bekostiging" van VWS en wenst enkele van haar observaties omtrent deze memo met de Commissie GGZ te delen. Prestatiebekostiging, zoals in deze memo gehanteerd door VWS en NZa, hebben niets te maken met prestatiebekostiging zoals dit begrip o.i. gehanteerd dient te worden. De ontwikkelingen die VWS/NZa in het kader van 'hun beleving van het begrip prestatiebekostiging' voorstaan, bestaan daardoor ook enkel uit financieel/budgettaire technische maatregelen die op zich geen effect hebben op de zorgprestatie en verzekeraars ook niet de tools bieden om een op doelmatigheid gericht inkoopbeleid te voeren.

#### Advies aan de Commissie GGZ

- Daar op korte termijn niet verwacht mag worden dat de bekostigingssystematiek zal (kunnen) voldoen aan de voorwaarden voor een 'echte' prestatiebekostigingssystematiek, dienen zorgverzekeraars zich terughoudend op te stellen bij het accepteren van de door hen (op korte termijn) beoogde risicodragendheid t.a.v. de GGZ-zorgkosten.
- Geadviseerd wordt om een samenwerkingsverband op te zetten met het SDO, NZa e.a. teneinde met beperkte aanpassingen van de DBC-productstructuur en declaratiesystematiek deze om te vormen tot een "lerende" systematiek die op termijn c.q. gefaseerd wel een op doelmatigheid gerichte prestatiebekostiging mogelijk maakt.

**Bijlage I** bij de notitie van het KCGGZ in zake prestatiebekostiging en risicodragendheid; dec. 2011

### **“Lerende DBC-GGZ productstructuur en declaratiesystematiek”**

Naar de mening van het KCGGZ van ZN is het mogelijk om met beperkte aanpassingen in de DBC-GGZ-productstructuur en de declaratiesystematiek, deze om te vormen tot een “lerende systematiek” die op termijn c.q. gefaseerd een op doelmatigheid gerichte prestatiebekostiging mogelijk maakt waarmee verzekeraars in staat worden gesteld op termijn een op doelmatigheid gericht inkoopbeleid te voeren en hierover dan in toenemende mate risico te dragen.

#### Naar zorgvraagzwaarte gespecificeerde diagnose/indicatie

Voor een prestatiebekostigingssystematiek is een allereerst vereiste dat de D- van de DBC een uniforme naar zorgvraagzwaarte gespecificeerde diagnose/indicatie aangeeft, zodat die gerelateerd kan worden aan de geleverde zorg cq zorgkosten. Dit is in de huidige productstructuur niet het geval. Niettemin bevatten de DIS gegevens en ROM gegevens voor individuele cliënten al wel de meest relevante gegevens om zo'n uniforme naar zorgvraagzwaarte gespecificeerde diagnose/indicatie te kunnen komen. Wat bepaald immers de zorgvraagzwaarte:

- De Aard van de stoornis (binnen hoofddiagnosegroep (bv GAS, Fobie, OCD, etc. ); in te delen in bijvoorbeeld 1= licht, 2=matig en 3=zwaar
- De ernst van de stoornis gemeten naar ernst Symptomatologie (ROM); in te delen in bijvoorbeeld 1= licht, 2= matig en 3=ernstig
- De ernst van de stoornis gemeten naar de mate van impact op het sociaal-maatschappelijk Functioneren (GAF of ROM); met indeling in bijvoorbeeld 0= geen beperkingen, 1= lichte beperkingen, 2= matige beperking
- Het voorkomen van (een) Nevendiagnose(s) op as I en/of II (DIS); met bijvoorbeeld 0= geen en 1= een of meer nevendiagnoses op as I en/of as II
- Het voorkomen van Complicerende factoren op as III en/of as IV; met bijvoorbeeld: 0= geen complicerende factoren en 1= een of meer complicerende factoren op as III en of IV
- Het “Verloop van de stoornis” (bijvoorbeeld 1= 1<sup>ste</sup> episode/acute stoornis, 2= recidiverend na eerdere adequate behandeling en 3= chronisch) (?al in DIS?; zo niet dan dient dat toegevoegd te worden)

Op basis van deze parameters zou men door per hoofddiagnosegroep wegingsfactoren aan de verschillende parameters te hangen tot een zorgvraagzwaarte-index kunnen komen; bijvoorbeeld:  
 $ZVZ\text{-index} = a \times A + b \times S + c \times F + d \times N + e \times C + f \times V$

Redelijke betrouwbare indeling en wegingsfactoren kunnen waarschijnlijk vergaande van het huidige DIS gegevens worden afgeleid en het is in deze fase ook geen bezwaar dat ze (nog) arbitrair kunnen zijn. In deze “lerende fase” wordt men er immers niet op afgerekend (zie later), maar is het enkel de bedoeling een uniform uitgangspunt te hebben aan de hand waarvan analyses mogelijke zijn die ons het nodige inzicht moeten geven in de zorgvraagzwaarte gerelateerde prestatie (ie inspanning/kosten gerelateerd aan / i.c.m. het behaalde resultaat/ outcome) en in de ZVZ-systematiek zelf.

#### Het effect van de behandeling

Voor een prestatiebekostigingssystematiek geldt als 2<sup>de</sup> belangrijkste vereiste dat er (tenminste op geaggregeerd niveau) zicht is op het effect van de behandeling (ie “clinical outcome”); waarvoor als belangrijkste parameters gelden :



- Het effect op de Symptomatie (ROM); in te delen in bijvoorbeeld: 0= afwezig, 1= licht, 2 is matig en 3 = ernstig; met => Δ S-eind – S-begin
- Het effect op het Functioneren (GAF of beter ROM); met Δ F-eind – F-begin

Met eventuele als extra parameter:

- Effect in de beleving van de Klant c.q. cliëntentevredenheid (CQindex) met K

Ook hier zou weer een effect-index toegepast kunnen worden; bijvoorbeeld:

Eff-index:  $a \times \Delta S + b \times \Delta F (+/- c \times K)$ .

De wegingsfactoren a en b zouden voor (meer) "cure-geïndiceerde" cliënten anders moeten liggen dan voor (meer) "care geïndiceerde" cliënten; dit met  $a > b$  voor "cure-geïndiceerde" cliënten en  $a < b$  voor "care-geïndiceerde cliënten.

#### De behandeling component van de DBC

De behandelcomponent c.q. zorgprogramma (de B) van een DBC dient in een prestatiebekostigingssystematiek, uiteindelijk min of meer gestandaardiseerd te zijn per DBC-product, aansluitend bij de naar zorgvraagwaarte gespecificeerde diagnose (de D) van betreffend DBC-product. De stand van de wetenschap en praktijk binnen de GGZ is echter niet zover gevorderd dat (voor het overgrote deel van de GGZ) uitgegaan kan worden van een gestandaardiseerd zorgprogramma per de naar zorgvraagwaarte gespecificeerde diagnose die op brede acceptatie in het veld kan rekenen; hiervoor zijn de GGZ-MDR'n dan ook nog veel te vaag c.q. veel te weinig weinig concreet.

Dat deze component voor het moment niet te operationaliseren is binnen een DBC-GGZ-structuur, is overigens geen beletsel om toch te komen tot bedoelde "lerend DBC-structuur en declaratiesystematiek", zolang we als verzekeraars maar zicht hebben op de kosten die gemaakt worden gerelateerde aan de zorgvraagwaarte en het resultaat wat we daarbij kunnen verwachten. NB. Verder bevat de huidige DIS overigens voldoende behandel info (ie differentiatie in de activiteiten binnen een behandeling) om vanuit die gegevens gecombineerd met de ZVZ-gegevens en de resultaat-gegevens ook meer over de onderliggende zorgprogramma's te leren.

#### Benodigde aanpassingen aan de DBC-GGZ productstructuur en declaratiesystematiek

Om te komen tot een lerende systematiek die op termijn, gefaseerd, leidt tot een prestatiebekostigingssystematiek, kunnen uitgaande van bovenstaande, de aanpassingen aan de huidige DBC-GGZ productstructuur en declaratiesystematiek beperkt blijven.

#### DBC-GGZ-structuur

Deze kan in principe gelijk blijven. Idealiter zou men de binnen de hoofddiagnosegroepen, de productgroepen een op een willen vervangen door cq koppelen aan een ZVZ-categorie. De stand van de wetenschap en praktijk alsmede het nog (deels) arbitrair tot stand komen van de ZVZ-index laten dit voor het moment nog niet toe. In plaats daarvan worden de ZVW-categorieën nu gekoppeld aan een 3- tal (elkaar overlappende) bestaande productgroepen binnen de DBC hoofddiagnosegroep.

Bijvoorbeeld:

Hoofddiagnose Depressie

Depressie	Productgroep depressie 1 en 2 (nb. onderscheid 1 en 2 etc. is mi niet nodig)
(ZVZ-categorie a-b)	Productgroep depressie 3 en 4
	Productgroep depressie 5 en 6

Depressie	Productgroep depressie 5 en 6 (nb. onderscheid 1 en 2 etc. is mi niet nodig)
-----------	--

(ZVZ-categorie c-d) Productgroep depressie 7 en 8  
Productgroep depressie 9 en 10

Depressie Productgroep depressie 9 en 10 (nb. onderscheid 1 en 2 etc. is mi niet nodig)  
(ZVZ-categorie e-f) Productgroep depressie 11  
Productgroep depressie 12  
Productgroep depressie 13

Ergo, zorgaanbieders kunnen dus voor mbt een specifieke cliënt verschillende dbc's inzetten en declareren. (nb. Dit dus voor zover dat binnen de productieafspraken met zorgverzekeraars past)

Aan de hand van de ervaringen per jaar, wordt de ZVZ-index systematiek waar nodig aangepast cq aangescherpt en worden de windows van de productgroepen die ingezet mogen worden per ZVZ categorie beperkt(er).

#### Declaratiesystematiek

Naast de gebruikelijke prestatiecode leveren de zorgaanbieders bij hun declaratie ook de ZVZ-index voor betreffende cliënt aan als ook het oorspronkelijke behandeldoel (primair "cure" of "primair "care"(nb. ? alsmede de Eff-index?).

NB. Voor het beter kunnen managen van het productieverloop cq de zorgkostenprognose zou het goed zijn als zorgaanbieder verplicht zouden worden cliënten na de intake cq binnen 3 maanden nadat men een cliënt in behandeling heeft genomen een melding van de start van behandeling aan de verzekeraar zou laten sturen het als gegevens de ZVW-index en de te verwachte prestatiecode. Dit zou dan tevens als uitgangspunt kunnen dienen voor de onderhandenwerk-financiering.

#### DIS-EI

Ook de DIS-EI behoeft slechts beperkt te worden aangepast; dit betreft namelijk enkel enkele aanscherpingen cq aanvullinkjes t.b.v. de ZVW index en het primaire behandeldoel "cure" of "care"

NB.

Analyses m.b.t. de verschillen tussen aanbieders in zorgvraagzwaarte gerelateerde productieprofielen en de effectiviteitsverschillen gebeurd centraal op geaggregeerd niveau. Verzekeraars worden omtrent de uitkomsten tijdig gerapporteerd zodat men dat bij de inkoopbesprekingen kan meenemen. Centraal worden verder ook analyses verzorgd t.b.v. aanscherping van de ZVZ-systematiek en DBC-systematiek (zie hierboven)

Tenslotte worden centraal analyses uitgevoerd t.a.v. de onder de gedeclareerde DBC's liggende zorgactiviteiten; dit wederom gerelateerd naar de bijbehorende ZVZ en de effectiviteit.



Ministerie van VWS  
De heer drs. G.G.J. Klein Ikkink  
Postbus 20350  
2500 EJ 'S-GRAVENHAGE

Sparrenheuvel 16  
Postbus 520  
3700 AM ZEIST  
Telefoon (030) 698 89 11  
Telefax (030) 698 83 33  
E-mail [info@zn.nl](mailto:info@zn.nl)

Contactpersoon	Dr. R. Luijk
Doorkiesnummer	(030) 698 83 44
Ons kenmerk	B-11-1028-lvos1
Uw kenmerk	ZVU-3045465
Datum	22 augustus 2011
Onderwerp	Vragen betreffend de bezwaren van zorgverzekeraars over de afbakening van de geneeskundige GGZ

Geachte heer Klein Ikkink,

Hartelijk dank voor de nauwkeurige beantwoording van onze vragen.

De uitgebreide beantwoording door het CVZ van de vragen die door ZN zijn gesteld inzake de afbakening van de geneeskundige GGZ heeft er zeker toe bijgedragen dat wij de gedachtegang achter de duidingen van CVZ beter kunnen volgen, al kunnen wij die gedachtegang en haar gevolgtrekkingen niet altijd delen. Dat VWS in de beantwoording van de aan u gestelde vragen de door het CVZ gevolgde lijn volledig blijkt te steunen, betekent voor ons echter dat we ons bij de verschillen in inzicht zullen moeten neerleggen en ons nu graag met u (en het CVZ) richten op de consequenties van een en ander. De belangrijkste consequenties zoals wij die ervaren zijn:

- Daar, blijkens de antwoorden van het CVZ en VWS, alle DSM-IV As I en As II stoornissen (met uitzondering van de verstandelijke handicap) als psychische stoornissen vallend onder de Zvw beschouwd dienen te worden, zullen verzekeraars zich bij de inkoop ook (meer) moeten gaan richten op zorggebieden die traditioneel niet (bewust/automatisch) door de inkoop van zorgverzekeraars gedekt werden zoals bijvoorbeeld de DSM-IV categorie van de leerstoornissen.

- De open functionele omschrijving van de zorgaanspraak die een ruime interpretatie (zoals die van het CVZ en VWS) mogelijk maakt met betrekking tot de geneeskundige zorg die valt onder de Zvw, verhoudt zich slecht met het doel van kostenbeheersing en risicodragend verzekeraarschap. Zorgverzekeraars dienen zich derhalve te beraden of en in hoeverre zij op een verantwoorde wijze toenemende risicodragendheid kunnen accepteren voor de GGZ-zorgkosten.  
De voornoemde ruim interpreteerbare open functionele omschrijving van de zorgaanspraak maakt het overigens ook erg lastig om via een door u gesuggereerd stringent op te zetten machtigingensysteem en materiële controlebeleid tot een 'bezwaarschrift-proof' (c.q. juridisch-proof) beheersinstrumentarium te komen.
- Het niet maken van een onderscheid tussen een geneeskundige behandeling en een niet-geneeskundige behandeling, tussen een mentaal ziekteproces en een mentale handicap, en tussen de directe gevolgen van een ziekte en de gevolgen van een handicap danwel de gevolgen van een blijvende beperking in het kader van een ziekte, maakt dat vele zorgactiviteiten onder de Zvw vallen die onder de AWBZ zouden kunnen vallen indien dat onderscheid wel werd gemaakt. Dit heeft een grote impact op de kostenontwikkeling c.q. beheersbaarheid van de kostenontwikkeling in de GGZ. De AWBZ kent immers een wettelijk budgettair plafond, kent een lager (gemiddeld) zorgminuuttarief en kent bovendien het beheersinstrument van een indicatiestelling die de zorg in duur en intensiteit limiteert/beheerst.

Verder willen wij u melden dat wij in onze reactie naar het CVZ hebben aangegeven graag aan te haken bij de overleggen die zij initiëren met enerzijds de NZa en GGZ N inzake de uitvoeringspraktijk en anderzijds de NZa en SDO inzake de DBC-productstructuur c.q. DBC-financieringssystematiek.

Tenslotte merken we op verheugd te zijn met uw voornemen verzekeraars te willen betrekken bij de ontwikkeling van het beleidskader inzake de GGZ-aanspraken, extramuralisering, samenhang tussen Zvw en AWBZ e.d.

U nogmaals dankend voor uw beantwoording van de vragen, zien wij met belangstelling nadere initiatieven m.b.t. voornoemde beleidskaderontwikkeling tegemoet.

Met vriendelijke groet,  
Zorgverzekeraars Nederland

dr. P.F. Hasekamp  
algemeen directeur

C.c.: - VWS - dhr. J. Palmen en mw. J. Engering;  
- CVZ - dhr A. Boer en mw. J. van Diggelen



**Verzending via e-mail**  
Aan het College voor Zorgverzekeringen  
t.a.v. Mw. Mr. J.M. van Diggelen

Nieuwekade 1-5  
Postbus 2085  
3500 GB Utrecht

Tel. (030) 820 15 00  
Fax (030) 820 15 99  
info@psynip.nl  
www.psynip.nl

Utrecht, 20 februari 2012  
Ref.: rw/is/1202-017  
Betreft: **reactie NIP op rapport GGZ**

Geachte mevrouw Van Diggelen,

Het NIP gaat graag in op uw uitnodiging om te reageren op het concept van het Rapport Geneeskundige GGZ van het College voor Zorgverzekeringen. In onderstaande reactie richten we ons met name op de conclusies en aanbevelingen in hoofdstuk 6.

#### **Ombuigingen mogelijk schadelijk**

Het NIP vindt het waardevol dat het CVZ erop wijst dat de gevolgen van de 'ombuigingen 2012' zoals deze plaatsvinden, onduidelijk en mogelijk schadelijk zijn. Het NIP meent dat hieruit de conclusie te trekken is dat maatregelen vooraf op hun implicaties onderzocht moeten worden. Het is goed dat het CVZ in het rapport aankondigt dat zij m.b.t. de aanpassingsstoornissen alsnog zal onderzoeken, op basis van de gebruikelijke criteria van de stand der wetenschap en praktijk, of deze in het pakket thuishoren. Het NIP ziet dit met CVZ als een prioriteit en verwacht dat zal blijken dat de behandeling van aanpassingsstoornissen noodzakelijke zorg is.

#### **Kostenbeheersing, ook met behulp van onderzoek kostenstijgingen**

Het NIP onderschrijft de noodzaak tot kostenbeheersing in de zorg om zo de zorg, waaronder de GGZ, toegankelijk te houden. Een gepast collectief gefinancierd pakket dient er voor te zorgen dat mensen de zorg die zij nodig hebben, geboden krijgen door de juiste zorgverlener. Het NIP is overigens van mening dat er te weinig onderzoek is gedaan naar de oorzaken van de kostenstijgingen en naar de posten waar de middelen aan besteed zijn (kosten psychofarmaca, overhead, regelgeving reserves). Dergelijk onderzoek biedt andere mogelijkheden voor doelmatigheid dan alleen het aanscherpen van het gepast gebruik waar het CVZ het accent op legt in het rapport.

### **Verkeerde prikkels en andere sectoren**

CVZ geeft in de conclusies aan dat er verkeerde prikkels zitten in het systeem. Daardoor zou de kans groot zijn dat de zorg die vergoed wordt ten laste van de Zvw géén te verzekeren geneeskundige GGZ is en dat eerstelijns geneeskundige GGZ (EPZ) wordt geleverd, maar als specialistische GGZ wordt gedeclareerd. Het NIP kan dit bevestigen noch ontkennen. Wel wijst het NIP erop dat de GGZ niet los gezien kan worden van maatschappelijke ontwikkelingen die de behoefte aan GGZ-zorg kunnen versterken. Dat is ons inziens een onderbelicht aspect in dit rapport. De kwaliteit van het aanbod in het onderwijs of de jeugdzorg kan de druk op GGZ-zorg versterken dan wel verminderen.

### **Stepped care, maar niet voor diagnostiek**

Het NIP onderschrijft in het algemeen het door het CVZ benadrukte beginsel van stepped care, daar waar matched care nog niet mogelijk is. Het NIP wijst erop dat stepped care als een principe voor de behandeling gezien moet worden en niet voor de diagnostiek; die moet in staat zijn ernstige problemen zo spoedig mogelijk te onderkennen. Een nadeel van stepped care kan verder zijn dat mensen twee keer doorverwezen worden waardoor de zorg uiteindelijk zelfs minder doelmatig wordt. Ook in het geval van een combinatie van somatische aandoeningen en lichte psychische problemen is het beter te streven naar matched care dan naar stepped care.

### **Richtlijnen professioneel gebruiken**

Het CVZ wil dat de richtlijnen beter nageleefd worden. Het NIP vindt het noodzakelijk dat richtlijnen op de juiste professionele wijze worden gebruikt; dat wil zeggen: nageleefd tenzij. Het NIP wil bijdragen aan het gebruik en het ontwikkelen van nieuwe richtlijnen. Het NIP waarschuwt wel voor een overwaardering van gedetailleerde protocollering, zeker in de basis-GGZ en de jeugd-GGZ.

In verschillende richtlijnen (voor persoonlijkheidsstoornissen, schizofrenie) zijn uitspraken te vinden over het al of niet zinvol zijn van opname, maar het is inderdaad van belang hier meer aandacht aan te besteden bij de richtlijnontwikkeling.

### **Gesprek over DSM IV**

In hoofdstuk 5 geeft het CVZ aan wat onder de geneeskundige GGZ valt. Het CVZ hanteert als criterium hiervoor primair of het om een ziekte oftewel stoornis gaat die wordt vermeld in de DSM IV. Het NIP wijst erop dat de DSM een hulpmiddel is voor de hulpverlening en een zwakke basis is voor het bepalen van de reikwijdte van de Zorgverzekeringswet. De toepassing daarvoor heeft voordelen en nadelen. Het NIP adviseert het CVZ om de argumenten voor wat onder het verzekerde GGZ-pakket valt nog eens te analyseren en te bespreken met het veld. Een goede vraag zou kunnen zijn: welke psychische gezondheidsproblemen van verzekerden zouden toegang moeten geven tot dat pakket?

### **Versterking eerstelijns, ook door psychologen**

Het NIP zou graag zien dat het CVZ adviseert dat het versterken van de eerste lijn niet alleen uit een regeling voor de POH moet bestaan, maar mede uit een systematisch inschakelen van psychologische expertise uit de eerste en soms tweede lijn. Dat inschakelen kan, daar waar gewenst, bovendien farmacotherapeutische zorg voorkomen.

Het NIP is het eens dat een verlaging van de aanspraak naar 5 zittingen slecht te verenigen is met versterking van de eerstelijns. Een terugkeer naar tenminste 8 zittingen is wenselijk; voor kinderen wellicht meer.

#### **Tien jaar oud onderzoek van EPZ**

Er is geen onderbouwing voor de stelling van het CVZ dat binnen de specialistische GGZ veel zorg plaatsvindt die binnen de EPZ geboden kan worden. Het CVZ, VWS en NZa schrijven elkaar na en verwijzen indirect naar meer dan tien jaar oud onderzoek van Nemesis, van voor de aanspraak op EPZ.

#### **Problemen bij voorstel regulering psychotherapie**

Het NIP wijst een regulering van aantallen psychotherapeutische zittingen met een controle bij langer durende behandeling niet bij voorbaat af. Het is een maatregel die enige kostenbeheersing en op het eerste gezicht enige verantwoording naar verzekeraars kan opleveren.

Het CVZ presenteert deze maatregel overigens als oplossing voor het probleem dat niet duidelijk is wat wel en niet verzekerde GGZ is. Volgens het NIP is er in de professionele standaard echter geen houvast voor de implicatie daarvan dat er na 1800 minuten in het algemeen geen verantwoorde (en daarom te verzekeren) zorg meer geboden wordt. Ook zou de maatregel upcoding moeten voorkomen. Maar wat het NIP betreft komt de maatregel toch enigszins uit de lucht vallen.

De overweging van een algemene regulering voor elke vorm van specialistische behandeling met een toestemming door de verzekeraar vindt het NIP geen goed idee.

Het is niet zeker of de regulering van de psychotherapie nuttig is en ook niet of hij handhaafbaar is. Voor beide overwogen maatregelen, die voor de psychotherapie en die voor de gehele specialistische behandeling, geldt dat er een groot probleem ontstaat met de privacyregelgeving, omdat de verzekeraar immers privacygevoelige zaken moet gaan beoordelen.

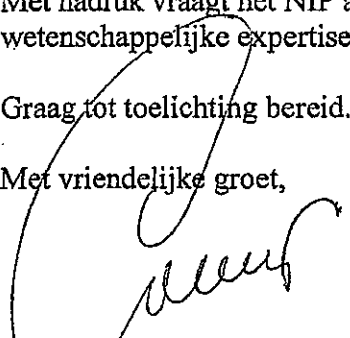
#### **Vervolgstappen**

In hoofdstuk 7 noemt het CVZ de vervolgstappen. Naast het daarin genoemde monitoren van effecten ziet het NIP graag analyse en ex ante evaluatie van maatregelen die overheid en CVZ overwegen of invoeren. Wetenschappelijk onderbouwde oordelen en adviezen van het CVZ over de verschillende behandelde en aangekondigde onderwerpen zijn van groot belang.

Met nadruk vraagt het NIP aan het CVZ daarbij een beroep te doen op de grote wetenschappelijke expertise in de beroepsgroep van de psychologen.

Graag tot toelichting bereid.

Met vriendelijke groet,



drs. J.C.M. van Eck  
directeur



College voor Zorgverzekeringen  
T.av. Mevrouw mr. J.M. van Diggelen  
Postbus 320  
1110 AH DIEMEN  
[HDiggelen@cvz.nl](mailto:HDiggelen@cvz.nl)

Utrecht, 20 februari 2012

Kenmerk: JvG/lh/1315/12  
Betreft: Reactie NVvP op conceptrapport Geneeskundige GGZ

Geachte mevrouw Van Diggelen,

De NVvP dankt u hartelijk voor het toezenden van het conceptrapport Geneeskundige GGZ. Wij waarderen de gegeven mogelijkheid om op de inhoud van dit rapport te reageren. Met deze brief geven wij daar graag invulling aan.

Ten algemene merken wij op dat de keuze om bepaald zorgaanbod al dan niet in het collectieve basispakket van de zorgverzekering op te nemen wat ons betreft vooral een (politieke) keuze is, geworteld in het vraagstuk van de reikwijdte en draagkracht van solidariteit in de samenleving. Daarover doet de vereniging op voorhand dan ook geen uitspraak, tenzij de gemaakte keuze resulteert in een evidente aantasting van de toegankelijkheid en kwaliteit van psychiatrische zorg en behandeling. Ook wanneer de psychiatrische patiënt hierdoor wordt achtergesteld ten opzichte van de gebruikers van niet-psychiatrische (lees somatische) zorg zullen wij bezwaar maken. Vandaar ook dat wij ons blijven uitspreken tegen de generieke eigen bijdrage die sinds 1 januari 2012 geldt voor de GGZ. U wijst er in uw rapport ook op dat deze eigen bijdrage de toegang tot de geestelijke gezondheidszorg kan belemmeren en dat dit ongewenste effecten kan hebben op langere termijn, ook vanuit het oogpunt van kostenbeheersing.

Het belang van volumebeperking in de gezondheidszorg is legitiem. De GGZ moet daar als sector een bijdrage aan leveren. Het is wel zaak dat daar rationele keuzes in worden gemaakt. Als wetenschappelijke beroepsvereniging kunnen en willen wij daartoe kennis en inzichten inbrengen over de aard van psychiatrische aandoeningen, de effectiviteit van behandelingen en de wenselijkheid en mogelijkheid van zorginnovaties die we van belang achten voor een goede en toegankelijke specialistische psychiatrische zorg. De inrichting van de zorg is tot nu toe te veel bepaald door het volgen van de financieringsstructuren. Ook u merkt in uw rapport op dat de financiële prikkels verkeerd staan. Als antwoord hierop prefereren wij echter, naast een correctie op deze prikkels vanuit de financieringsstructuur, sturing op gepast gebruik van psychiatrische zorg op inhoudelijke gronden, door de professional, via bijvoorbeeld richtlijnen, zorgstandaarden en veldnormen, boven bureaucratische sturing.

#### *Afbakening geneeskundige GGZ*

In uw rapport maakt u een onderscheid tussen psychische klachten enerzijds en psychiatrische aandoeningen en stoornissen anderzijds, waarop u vervolgens stelt dat behandeling van psychische klachten niet tot de geneeskundige GGZ behoort met uitzondering van de huisartsenzorg. Hoewel wij de opvatting dat niet alle psychische klachten zondermeer in aanmerking komen voor behandeling vanuit de geneeskundige GGZ onderschrijven, is het naar onze mening onwenselijk en onmogelijk een waterscheiding aan te brengen tussen psychische klachten en psychiatrische aandoeningen. Zoals het ook lastig is om a priori reumatische klachten van reuma te (onder)scheiden. Of klachten op

zichzelf staan of verwijzen naar een ziekte of stoornis vraagt diagnostiek. Daarnaast is het argument op basis waarvan psychische klachten niet behandeld zouden moeten worden in de geneeskundige GGZ ons niet duidelijk. Ook de somatische zorg behandelt immers klachten naast ziekten. We willen er in dat licht ook op wijzen dat psychische klachten zich nogal eens als somatische klachten presenteren. Indien de psychische oorzaak niet tijdig wordt herkend en onderkend kan dit leiden tot lange, kostbare en vruchteloze trajecten van somatisch onderzoek. Des te meer reden wat ons betreft om het continuüm van (psychische) klachten en stoornissen te respecteren en de domeinen van psychiatrie en somatiek gelijkelijk te behandelen.

U constateert terecht dat de DSM IV op zichzelf ook niet ideaal is, maar, behoudens enkele uitzonderingen, is het een geschikt instrument om grofweg het domein van de geneeskundige ggz af te bakenen en daarbinnen *hoofdgroepen* te onderscheiden. De DSM is echter niet een instrument om *zorgwaarte* mee aan te geven en ook niet geschikt om *passende zorg* mee te indiceren. Daar is de DSM ook niet voor ontwikkeld. We hebben dus extra criteria nodig naast de DSM, waaronder een klinisch oordeel over de ernst van de klachten of aandoening, om passende zorg (geen zorg/zelfhulp, geïndiceerde preventie, eerste lijn, generalistische ggz, specialistische ggz, topzorg) te kunnen indiceren. Ook dat is in de psychiatrie niet anders dan elders in de geneeskunde. Bij diabetes heb je ook arbitraire criteria waarmee men de groep die gestoorde glucose tolerantie heeft (de groep waar geïndiceerde preventie passend is) onderscheidt van patiënten die enkelvoudige problematiek hebben (passende behandeling in de eerste lijn) en waarbij aan de hand van *beloop, reactie op behandeling en complicaties* verder wordt opgeschaald. Dat doen psychiaters ook. Een groot deel van de opleiding is erop gericht aanstaande psychiaters te leren hoe ze ongelijksoortige informatie (klinische parameters en wensen/mogelijkheden van patiënt en diens context) kunnen integreren om zodoende tot een passend zorgaanbod te komen. Wat ons betreft doen we dat in Nederland in ieder geval naar de stand van de wetenschap. Wij pleiten ervoor weg te blijven van micromanagement en beheersing vanuit de zorgverzekeraar tot in de behandelkamer. Dit is het gebied waar men ons als klinici de vrijheid moet gunnen om er met de patiënt uit te komen. Net als in de somatiek valt daar altijd aan te verbeteren en daar zullen we ons als beroepsgroep ook aan committeren.

#### *Relatie- en werkgerelateerde klachten*

U stelt in uw rapport dat problemen met werk of relaties niet als een psychische ziekte of stoornis kunnen worden beschouwd en dientengevolge beveelt u aan de behandeling van deze problemen uit te sluiten van te vergoeden behandeling door EPZ of specialistische GGZ. De wijze waarop deze afbakening als betrekkelijk eenduidig wordt voorgesteld achten wij wonderlijk. Ten eerste geldt ook hier het hierboven genoemde vraagstuk van onderscheid tussen psychische klachten en psychiatrische problematiek. Ten tweede vragen wij af of u hierbij alleen doelt op relatie- en werkgerelateerde klachten *an sich*, of dat u ook psychische klachten en stoornissen *uitgelokt door* relatie- of werkgerelateerde omstandigheden uitsluit van de geneeskundige ggz. In het eerste geval willen wij erop wijzen dat in relatie- en werkgerelateerde klachten vaak onderdeel zijn van of samenhangen met een breder palet van problemen. Als u ook de psychische problemen voortkomend uit relatie- en werkgerelateerde problemen adviseert uit te sluiten van de geneeskundige ggz, dan willen wij nogmaals de vergelijking met de somatiek opvoeren: de behandeling van letsel van fysieke aard welke is opgelopen binnen bijvoorbeeld een gewelddadige relatie, of als gevolg van een bedrijfsongeval, valt onder de dekking van de Zvw. Zo ook, lijkt ons, de psychische klachten en stoornissen die hierdoor kunnen worden uitgelokt.

#### *Dementie*

Wij onderschrijven uw conclusie dat dementie qua diagnostiek en behandeling niet exclusief tot het domein van de geneeskundige GGZ behoort. De implicatie van die uitspraak is ons echter niet helder. Er kunnen goede inhoudelijke redenen zijn waarom dementiezorg wel of mede aangeboden wordt vanuit de geneeskundige ggz. Het lijkt ons niet de

bedoeling dat het onderscheid tussen wel of niet geneeskundige ggz gemaakt wordt op basis van de zorgaanbieder, maar op basis van de inhoudelijke aard van de zorg.

#### *Bemoeizorg*

U maakt onderscheid tussen bemoeizorg als toeleiding naar (geneeskundige ggz) zorg en bemoeizorg als outreachende hulpverlening die niet op geleide van een vrijwillige, individuele vraag van de patiënt wordt uitgevoerd. De term bemoeizorg is de laatste jaren verworven tot een containerbegrip dat aan discriminerende kracht heeft ingeboet. Het door u gemaakte onderscheid is een terecht onderscheid dat zich ook manifesteert in de huidige wijze van financiering. Toeleiding valt onder de werkingssfeer van de Wmo. Maar bemoeizorg als geneeskundige GGZ die ongevraagd en outreachend wordt aangeboden is wel degelijk aan te merken als geneeskundige ggz die onder de werkingssfeer van de Zvw hoort. De inhoud van de interventie is immers onverminderd gericht op behandeling of stabilisatie van psychiatrische problematiek. De wijze *waarop deze wordt aangeboden* (outreachend) en *geïnitieerd* (door de aanbieder) verschilt. Wij adviseren u dan ook dit onderscheid tussen Wmo gefinancierde toeleiding naar zorg en Zvw gefinancierde bemoeizorg helderder te formuleren.

#### *Generalistische basis GGZ*

CVZ lijkt bij het gebruik van de termen generalistische ggz en basis ggz aan te sluiten bij het advies van het NZa. Zoals u wellicht weet is de NVvP ook betrokken bij de totstandkoming van een hoofdlijnenakkoord met VWS. In die context is de door de NVvP ingebrachte idee van een verdere echelonering van de geestelijke gezondheidszorg positief ontvangen. Daarin wordt de functie huisartsenzorg, al dan niet uitgebreid met POH, onderscheiden van de functie generalistische basis ggz. Het verdient de voorkeur dat hetzelfde conceptuele raamwerk bij verschillende facetten van het stelsel wordt toegepast.

#### *Stepped care*

Het principe van stepped care (van licht naar zwaar) is over het algemeen een goed werkend uitgangspunt voor gepaste inzet en gebruik van zorg. Zoals u zelf ook stelt is dit principe effectief bewezen en opgenomen in diverse richtlijnen voor de behandeling van psychiatrische stoornissen. Sommige stoornissen of klachten vragen vanwege de ernst om directe inzet van specialistische zorg. Om die reden raakt de term *matched care* steeds meer in zwang. Deze term verwijst naar het principe van 'niet meer noch minder dan noodzakelijk'. Echter, met het toepassen van het stepped care principe in de huisartsenzorg wekt u de suggestie dat in principe altijd de patiënt van huisartsenzorg naar de EPZ naar de specialistische zorg wordt verwezen. Dit leidt ertoe dat patiënten soms juist onnodig lang in de eerste lijn blijven en pas in een laat stadium goede diagnostiek in de tweede lijn plaatsvindt. Wij zouden het op prijs stellen als de mogelijkheid en verantwoordelijkheid van de huisarts en medisch specialist wordt benoemd een goede inschatting te maken van *matched care*. Instrumenten die dit ook in de huisartsenzorg beter mogelijk maken zijn een stevige consultatiefunctie van de psychiater ten behoeve van de eerste lijn en medisch specialistische diagnostiek aan de poort van de tweede lijn.

#### *Diagnostiek*

Wij zijn verheugd uit het rapport op te kunnen maken dat u medisch specialistische diagnostiek onverminderd betitelt als behorend tot de geneeskundige GGZ. De NVvP maakt zich er hard voor dat diagnostiek door de medisch specialist als eigenstandige functie binnen het pakket van de zorgverzekering beschikbaar blijft, ook voor de patiënt die uiteindelijk door de huisarts behandeld wordt.

*Deeltijdbehandeling/klinisch verblijf*

Gepaste zorg betreft niet alleen een afbakening, voor zover mogelijk, van geneeskundige ggz en het toepassen van het principe van stepped/matched care binnen de geneeskundige ggz. Terecht wijst u in uw rapport op het vrijwel ontbreken van inhoudelijke criteria en aanbevelingen voor de inzet van deeltijdbehandeling en klinische ggz. Evenwel verzetten wij ons tegen de suggestie dat er in de geestelijke gezondheidszorg te pas en te onpas, zonder noodzaak gekozen wordt voor opname. In het kader van het hoofdlijnenakkoord committeert ook de NVvP zich aan verdere ambulantisering van de ggz. Dit dient wel gedifferentieerd te gebeuren, rekening houdend met specifieke patiëntenpopulaties en zorgbehoeften. Wat ons betreft is het dus zinvol te onderzoeken of het mogelijk is om inhoudelijk te komen tot aanbevelingen voor de gepaste inzet van deeltijdbehandeling en klinische opname. Uit het rapport maken wij op dat u dit vraagstuk voor het komend jaar zal agenderen. Wij worden daar graag bij betrokken.

*'1800 minuten maatregel'*

U stelt als alternatieve maatregel voor kostenbeheersing voor om dbc's al dan niet met psychotherapie te maximaliseren op 1800 minuten, waarbij u stelt dat langer behandelen wel mogelijk moet blijven. Daartoe zou dan een machtiging door de zorgverzekeraar dienen te worden afgegeven. Deze maatregel differentieert niet inhoudelijk naar gepast gebruik, maar is louter een financieringsmaatregel. Het zal u niet verbazen dat wij deze vorm van bureaucratische sturing, waarbij de zorgverzekeraar op de stoel van de behandelaar plaatsneemt, ten principale afwijzen.


*Conclusie*

Wij zijn verheugd te vernemen dat ook CVZ in dit rapport concludeert dat nog veel efficiency- en kwaliteitswinst te behalen is in de ggz zonder over te gaan tot pakketmaatregelen. Met bovenstaande opmerkingen indachtig kunnen wij dan ook instemmen met de door u geformuleerde aanbevelingen. In de opening van deze brief hebben wij gewezen op het belang van medisch specialistische kennis en inzichten voor het maken van goed geïnformeerde keuzes in de zorg. Wij stellen het op prijs als de NVvP ook in het vervolg van dit traject in de gelegenheid wordt gesteld om juist die expertise in te brengen.

De KNMG heeft aangegeven de reactie van de NVvP op het rapport Geneeskundige GGZ te onderschrijven en zal er derhalve van afzien separaat te reageren.

Met vriendelijke groet,

Namens de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie,

  
Prof. dr. R.J. van der Gaag  
Voorzitter

**Diggelen, mw. mr. J.M. van**

---

**Van:** Hans Bosman [H.Bosman@nvo.nl]**Verzonden:** dinsdag 21 februari 2012 16:51**Aan:** Diggelen, mw. mr. J.M. van**CC:** Denis Koets**Onderwerp:** RE: reactie NVO op concept**Urgentie:** Hoog

Geachte mevrouw van Diggelen,  
 Spoedshalve stuur ik u hierbij via de mail onze reactie op het conceptrapport Geneeskundige GGZ dat u ons bij brief van 26 januari jl. hebt voorgelegd voor commentaar..

Allereerst merkt het bestuur op aangenaam verrast te zijn dat het rapport in dit stadium aan ons wordt voorgelegd voor reactie. Wij voldoen dan ook graag aan dit verzoek.

In het algemeen merken wij op dat we ons volledig kunne vinden in uw advies (op pag. 36) om de beperking in de eerste lijn tot vijf zittingen zo snel mogelijk ongedaan te maken om de redenen die u aangeeft. Wij wijzen er in dat verband op dat wij in een gezamenlijk met het NIP, de LVE en de NVVP uitgebrachte reactie medio 2011 aan het ministerie van VWS tot dezelfde conclusie zijn gekomen. Helaas heeft dat toen niet geleid tot bijstelling van het beleid.

Ver der valt ons op, en tegen, dat in uw rapport geen expliciete aandacht wordt geschonken aan de positie van kinderen en jongvolwassenen. In onze optiek is er reden om de positie van kinderen in de GGZ niet over een kam te scheren met die van volwassenen, aangezien bij kinderen altijd sprake is van het feit dat zij hun zorgbehoefte niet of slecht zelf kunne formuleren en er altijd sprake is van een voor adequate en effectieve zorg relevante context. Het is alleen al om die reden o.i. onjuist om het aantal zittingen voor alle zorgbehoevenden gelijk te stellen.

Wij zijn voorts van mening dat uw rapport een te centrale rol toedicht aan de huisarts (pag. 28). Wij wijzen er op dat er in het GGZ-circuit sprake is van meer hooggekwalificeerde generalisten, zoals de orthopedagogen-generalist en de kinder- en jeugdpsychologen, en breken een lans voor het positioneren van deze beide beroepsgroepen in dit veld, als het gaat om kind-gebonden problematiek. Daar is eens te meer aanleiding voor omdat de toename in de zorg volgens uw eigen informatie zich vooral voordoet in de leeftijd 0-17 jaar.

Wij hebben twijfels bij uw conclusie op pag. 5 dat de eerder genoemde toename te wijten zou zijn aan de 'ernstige enkelvoudige dyslexie'. Volgens informatie van Deloitte blijft immers de vraag naar dit type zorg achter bij de door u zelf gehanteerde ramingen van het zorgvolume voor deze groep.

Ernstige bezwaren hebben wij tegen de door u op pag. 10 genoemde maatregelen voor de inzet van hulpverleners. Er bereiken ons nu al diverse signalen dat deze beperking leidt tot onaanvaardbare gevolgen voor die praktijken die in de tweede lijn zorg actief zijn, met alle gevolgen zoals dreigende sluiting, van dien. In dat verband wijzen wij wederom op het feit dat u hier voor bij gaat aan het gegeven dat er meer 'juiste aanbieders' zijn dan u in ogenschouw neemt. Ook de orthopedagoog-generalist NVO functioneert op een hooggekwalificeerd niveau, dat gelijkwaardig is aan dat van de Gz-psycholoog, zoals blijkt uit diverse uitvoeringsmaatregelen van overheidswege. Dit aspect verdient eveneens aandacht als wordt gekeken naar de ontwikkelingen op de arbeidsmarkt voor de komende jaren in het kader van de vergrijzing. Juist gekwalificeerde personeel zal in aanzienlijke mate uitstromen en adequaat vervangen moeten worden. Het laat zich aanzien dat zulks niet goed mogelijk is zonder ook andere gekwalificeerde professionals dan de door u genoemde daarbij te betrekken. Te uwer informatie stuur ik u separaat de brochure Orthopedagoog-generalist NVO toe.

Overigens is het o.i. onjuist om er van uit te gaan dat de zorgverzekeraars zicht moeten hebben op de verleende zorg, en wie die verleent. In onze optiek dient de zorgverzekeraar marginaal te toetsen of de door de verzekeraar betaalde vergoeding terecht is uitgekeerd. Daarvoor is zicht op de verleende zorg zelf geen *conditio sine qua non*.

De door u opgevoerde pakketscan depressie (pag. 15) vinden wij relevant, maar wel beperkt als het gaat om de uitvoeringspraktijk rond stoornissen, in het bijzonder depressie, te adstrueren. Het komt ons voor dat ook bij andere typen zorg dan depressie nog niet altijd met richtlijnen wordt gewerkt. Die nuance ontbreekt nu in het rapport.

Uw opmerking betreffende de validiteit DSM-IV (pag. 20) onderstreept nogmaals onze eerdere opmerking over het context gebonden karakter van jeugdproblematiek en het belang van het inzetten van (daartoe) gekwalificeerde professionals. Wij zijn verbaasd te lezen op pag. 21 dat klinisch-psychologen zijn opgenomen in het rijtje professionals die 'geneeskundige' zorg bieden. Wellicht is er sprake van een verschrijving?

Wat betreft de consequenties van het feit dat aanpassingsstoornissen sinds 2012 geen deel meer uit

maken van het verzekerde pakket maken wij ons grote zorgen. Hiermee zal de problematiek van bijv. kinderen met gescheiden ouders en van rouwverwerking dus op andere wijze een plek moeten vinden in het bouwwerk van de zorg, met het reële risico dat dit in een latere fase als een boemerang terug slaat op de verzekerde zorg, maar dan in zwaardere vorm. Daarmee belanden we dus van de regen in de drup. Ook delen wij uw generale conclusie niet dat psychosociale hulp behoort tot Algemeen Maatschappelijk Werk. In onze optiek is er wel degelijk sprake van geneeskundige zorg.

Uw conclusies (pag. 34 e.v.) kunnen wij deels onderschrijven, weliswaar met verwijzing naar bovenstaande kritische kanttekeningen. Echter, wij zijn het niet eens met het gestelde op pag 37, waar u aan geeft dat toestemming van de verzekeraar vereist is voor alle vormen van specialistische behandeling als alternatief voor kostenbeheersing. Het is in onze optiek principieel onjuist als de verzekeraars hier de bepalende stem in zouden hebben, aangezien het altijd gaat om inhoudelijke professionele afwegingen.

Met vriendelijke groet,  
namens het bestuur van de NVO,

Drs. J. G. (Hans) Bosman  
directeur

---

**Van:** Hans Bosman

**Verzonden:** maandag 20 februari 2012 15:16

**Aan:** Diggelen, mw. mr. J.M. van (HDiggelen@cvz.nl)

**CC:** Denis Koets

**Onderwerp:** reactie NVO op concept

**Urgentie:** Hoog

Geachte mevrouw van Diggelen,

Hierbij bericht ik u dat u onze reactie op het conceptrapport Geneeskundige GGZ morgen zult ontvangen. Ik hoop dat dat nog op tijd is. Vriendelijke groet, drs. J.G. (Hans) Bosman, directeur NVO



nederlands huisartsen  
genootschap

...

Aan het College voor Zorgverzekeringen  
Mevrouw mr. M.E. Kroes  
Adviseur afd. Zorg Advies  
Postbus 320  
1110 AH Diemen

Domus Medica  
Mercatorlaan 1200  
Postbus 3231  
3502 GE Utrecht  
☎ 030-282 35 00  
☎ 030-282 35 01  
info@nhg.org

[mkroes@cvz.nl](mailto:mkroes@cvz.nl)

Utrecht, 23 februari 2012

Uw kenmerk :

Ons kenmerk : EXT 12-30/uit/IB/TW/hp

Onderwerp : Reactie op CVZ rapport 'Onbetwistbare GGZ'

Geachte mevrouw Kroes,

Hartelijk dank voor de gelegenheid commentaar te leveren op uw concept rapport over 'onbetwistbare' GGZ. Wij begrijpen uit het stuk dat het opstellen ervan vooral is ingegeven door de wens de stijgende kosten voor de GGZ in de hand te houden. Vooralsnog lijkt de tekst op een uitgebreide probleemschets. De mogelijke oplossingen worden nogal summier aangeduid en verdienen meer concrete uitwerking. Op het moment dat die beschikbaar zijn, zijn we gaarne bereid opnieuw naar de materie te kijken.

Daarnaast hebben we nog een tweetal specifieke punten van commentaar:

1. Hier en daar wordt gerept van curatieve GGZ. Op pagina 16 blijkt het te gaan om activiteiten die op genezing gericht zijn. Later op pagina 28 wordt ook gerept over voorkoming van verergering. Het komt ons voor dat het laatste niet van vergoeding moet worden uitgesloten, zeker daar echte en definitieve volledige genezing van veel psychische kwalen niet mogelijk is.
2. Voor wat betreft de aanpassingsstoornissen, het merendeel wordt reeds door huisartsen behandeld in de eerste lijn en voor zover er verwezen wordt (naar eerstelijns psycholoog of tweede lijn) is er meestal sprake van bijkomende problematiek die zulks nodig maakt. Het categorisch uitsluiten van aanpassingsstoornissen uit de verzekerde zorg zal dan vermoedelijk weinig opleveren.

We hopen dat u met deze opmerkingen vooruit kunt en wensen u veel inspiratie bij de verdere uitwerking van dit rapport.

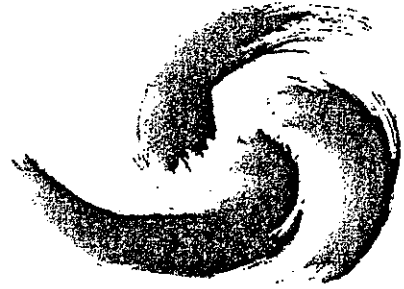
Met vriendelijke groet,

Dr. Tjerk Wiersma, senior wetenschappelijk medewerker  
Dr. Jako Burgers, hoofd afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap





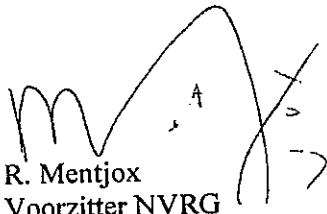




Natuurlijk hebben wij als NVRG begrip voor de noodzaak tot het terugdringen van de volumegroei in de zorg en de bijbehorende kostenstijging. Wij zijn van mening dat een tijdig ingezette systeemtherapeutische interventie hieraan juist een bijdrage zal leveren. Het niet meer financieren van systeemtherapeutische interventies binnen de curatieve GGZ op basis van het onwenselijke en ondoenlijke onderscheid psychische klacht versus psychische stoornis, leidt in onze ogen niet alleen tot verschraling van de zorg, maar ook tot een uiteindelijke toename van de kosten.

Ik voeg het visiedocument van onze vereniging als nadere informatie toe.

Met vriendelijke groet,

  
R. Mentjox  
Voorzitter NVRG

