

Vergaderjaar 2013–2014

25 424

Geestelijke gezondheidszorg

F

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 25 oktober 2013

In het kader van de voorhang van het voornemen een aanwijzing te geven aan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) voor het flexibiliseren van de functie POH-GGZ in de huisartsenzorg en de invoering van vier zorgvraagzwaarteproducten in de Generalistische Basis GGZ per 2014 (25 424, C), heeft de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ op 9 juli 2013 gesproken over de reacties van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 2 en 5 juli op de brief van 19 juni 2013 (verslag schriftelijk overleg 25 424, D).

Naar aanleiding daarvan heeft de commissie de Minister op 12 juli 2013 een brief gestuurd.

Deze brief is door de Minister op 27 augustus 2013 (EK 25 424, E) gedeeltelijk beantwoord. De vervolgreactie is op 25 oktober 2013 aan de Eerste Kamer gezonden.

De commissie brengt bijgaand verslag uit van het gevoerde schriftelijk overleg.

De griffier van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
De Boer

¹ Samenstelling:

Holdijk (SGP), Dupuis (VVD) (*vice-voorzitter*), Linthorst (PvdA), Slagter-Roukema (SP) (*voorzitter*), Thissen (GL), Nagel (50PLUS), Koffeman (PvdD), Kuiper (CU), Quik-Schuijt (SP), Reuten (SP), De Vries-Leggedoor (CDA), Flierman (CDA), Barth (PvdA), Martens (CDA), vac. (CDA), Scholten (D66), Backer (D66), Ganzevoort (GL), De Lange (OSF), Ter Horst (PvdA), Beuving (PvdA), Frijters-Klijnen (PVV), Van Dijk (PVV), De Grave (VVD), Bröcker (VVD), Beckers (VVD), Van Beek (PVV), Bruijn (VVD), Koning (PvdA)

BRIEF AAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Den Haag, 12 juli 2013

In het kader van de voorhang van het voornemen een aanwijzing te geven aan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) voor het flexibiliseren van de functie POH-GGZ in de huisartsenzorg en de invoering van vier zorgvraagzwaarteproducten in de Generalistische Basis GGZ per 2014 (25 424, C), heeft de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) op 9 juli 2013 gesproken over uw reacties van 2 en 5 juli op de brief van 19 juni 2013 (verslag schriftelijk overleg 25 424, D).

De commissie heeft helaas moeten constateren dat door deze gefragmenteerde aanpak via twee brieven de beantwoording van de brief van 19 juni 2013 incompleet is. Zij verzoekt u dan ook om een integrale en volledige beantwoording in één brief.

Voorts verzoekt zij u in uw reactie in te gaan op de conclusies en aanbevelingen opgenomen in het Advies Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg, deel 2, (*Op weg naar een toekomstbestendige GGZ*)².

De commissie ziet uw reactie met belangstelling tegemoet en vraagt u deze uiterlijk 5 september 2013 aan de Kamer te doen toekomen.

Voorzitter van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport
T.M. Slagter-Roukema

² CVZ-advies van 10 juli 2013 (volgnummer 2013077950)

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Eerste Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 25 oktober 2013

Per brief van 12 juli 2013 heeft de voorzitter van de vaste commissie van VWS mij verzocht om een reactie op de conclusies en aanbevelingen uit het advies Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg, deel 2, van het College voor Zorgverzekeringen (CVZ). Hierbij geef ik uitvoering aan dit verzoek. In mijn reactie loop ik de belangrijkste conclusies en aanbevelingen uit het CVZ-rapport langs.

1. Generalistische Basis GGZ

Ten aanzien van de generalistische Basis GGZ adviseert het CVZ dat doorverwijzing naar de specialistische GGZ uitsluitend via de huisarts zou moeten verlopen. Dat houdt in dat er dan geen directe doorverwijzing vanuit de generalistische Basis GGZ kan worden gedaan. Het CVZ benoemt daarbij de noodzaak voor heldere richtlijnen en een goede monitoring van de nieuwe generalistische basis GGZ.

In de Zorgverzekeringswet (artikel 14, tweede lid) is bepaald dat zorgverzekeraars in hun polissen de verwijzer(s) naar de geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden, moeten opnemen. De huisarts moet in ieder geval tot die verwijzers behoren. Deze bepaling geldt ook voor de gespecialiseerde GGZ. Deze bepaling biedt de zorgverzekeraar de bevoegdheid te bepalen dat, behalve de huisarts, ook de generalistische Basis GGZ naar de gespecialiseerde GGZ mag verwijzen. Verzekeraars hebben evenwel aangegeven dat zij de generalistische Basis GGZ niet en louter de huisarts als verwijzer naar de gespecialiseerde GGZ in hun polissen zullen opnemen. Hiermee volgen de zorgverzekeraars het advies van het CVZ.

In het Bestuurlijk Akkoord GGZ is afgesproken dat de generalistische Basis GGZ alleen via de huisarts of een andere hulpverlener (jeugdarts, bedrijfsarts etc.) toegankelijk is en dat de zorgverzekeraars dit in hun polissen opnemen. Ik ben ook van mening dat het goed informeren van huisartsen tijdens het behandeltraject van belang is. Ik ga ervan uit dat de aanbieders van de generalistische Basis GGZ en de gespecialiseerde GGZ de huisarts adequaat op de hoogte houden, omdat dit in het belang van de patiënt is. Daarbij moeten patiënten niet onnodig in de generalistische Basis GGZ of de gespecialiseerde GGZ behandeld worden en worden terugverwezen naar de huisarts indien de behandeling in de generalistische Basis GGZ of de gespecialiseerde GGZ is afgerond. Uiteraard is het daarbij essentieel dat de huisarts van betrokkene goed wordt geïnformeerd. Ook indien na afronding van de behandeling in de generalistische Basis GGZ of de gespecialiseerde GGZ geen vervolgbehandeling door de huisarts noodzakelijk is, is een goede informatievoorziening aan de huisarts van betrokkene van belang. Ik zal dit overigens expliciet agenderen in het bestuurlijk overleg met de GGZ-sector

Het CVZ uit daarnaast zorgen over de grotere rol van de huisarts en of deze rol voldoende opgepakt kan worden en raadt mij aan om op korte termijn met de huisartsen in gesprek te gaan zodat zij de rol die het CVZ hen toedicht in het advies nader kunnen invullen.

Het is niet zo dat de huisarts met de nieuwe ontwikkelingen patiënten moet gaan behandelen die hij voorheen niet hoefde te behandelen. De huisarts krijgt meer mogelijkheden om patiënten met psychische klachten

zelf beter te kunnen behandelen en mensen met psychische stoornissen adequaat te kunnen verwijzen naar de generalistische Basis GGZ of de gespecialiseerde GGZ. Dit wordt mogelijk gemaakt, doordat er binnen de module POH GGZ meer ruimte wordt gegeven om meer uren voor een POH GGZ in te zetten, de screening van patiënten goed te organiseren of een andere hulpverlener bijvoorbeeld een medisch specialist te consulteren. Door de functionalisering van de module POH GGZ kunnen ook andere zorgaanbieders deze functie in de praktijk organiseren. Hiermee wordt de huisarts bij de organisatie daarvan ontlast. Hij blijft wel inhoudelijk eindverantwoordelijk voor de te leveren zorg. Dit onderwerp is ook geagendeerd in het akkoord met de eerstelijnszorg. Ik zal uiteraard hierover in nauw overleg blijven met de huisartsen.

Het CVZ geeft ten slotte aan dat de nieuwe generalistische Basis GGZ alleen geborgd is in bekostigingstitels en beleidsregels en niet in de wettelijke aanspraak. Het CVZ ziet hierin een risico voor de uitvoering en benadrukt de noodzaak van richtlijnen en afbakeningen tussen de generalistische Basis GGZ en de gespecialiseerde GGZ. Daarnaast pleit het voor een goede monitoring van de nieuwe structuur.

De ontwikkelingen van de generalistische Basis GGZ zullen zeker goed worden gemonitord. In die monitor zal tevens worden bekeken hoe de bekostigingstitels in de praktijk worden toegepast. De monitor start in oktober en zal twee jaar lopen.

De generalistische Basis GGZ is op dit moment zodanig geborgd dat alleen mensen met een DSM-stoornis (met uitzondering van aanpassingsstoornissen) behandeld mogen worden binnen de generalistische Basis GGZ. De werkwijze om het onderscheid tussen basiszorg en specialistische zorg te borgen in bekostigingstitels en beleidsregels wordt in de hele zorg gehanteerd, ook in de somatiek. In dit opzicht is er geen wezenlijk verschil tussen de geestelijke en de somatische gezondheidszorg. Desondanks zal ik het CVZ om advies vragen hoe het onderscheid tussen de generalistische Basis GGZ en de gespecialiseerde GGZ in de toekomst nader gespecificeerd kan worden.

2. Pakketuitspraken

Op het gebied van het verzekerde basis pakket voor de GGZ doet het CVZ in zijn rapport op vijf punten uitspraken.

1. Het CVZ adviseert om geïndiceerde preventie van depressie, paniek en angst en problematisch alcohol gebruik tot het verzekerde pakket voor huisartsenzorg te laten behoren. Ik neem dit advies in het kader van stringent pakketbeheer over. Dat houdt in dat geïndiceerde preventie door eerstelijns GGZ aanbieders per 2014 niet meer tot het verzekerde pakket behoort. Deze zorg is alleen verzekerd wanneer het wordt uitgevoerd door huisartsen of de POH-GGZ. De NZa heeft de beleidsregel voor de POH-GGZ inmiddels vastgesteld.
2. Aanpassingsstoornissen maken sinds 1 januari 2012 geen deel meer uit van het verzekerde pakket. Het CVZ heeft in zijn rapport aangegeven dat het, zolang er geen duidelijkheid is over beloop, indicatie voor behandeling en effectiviteit van de behandeling, uitsluiting van het verzekerde pakket terecht acht. Wanneer er adequate richtlijnen of standaarden zijn zal het CVZ nogmaals over de aanpassingsstoornissen adviseren.
3. Het CVZ adviseert om een aparte prestatiebeschrijving te maken voor kindermisbruik/mishandeling omdat aanpassingsstoornissen geen verzekerde zorg meer zijn. In goed overleg met de betrokken veldpartijen, de Nederlandse Zorgautoriteit en het CVZ is dit vraagstuk in kaart gebracht en is een aantal oplossingen verkend. Eén oplossing die door de veldpartijen is ingebracht werd door alle betrokken partijen als een

werkbare optie beoordeeld die op korte termijn (per 2014) ingevoerd kan worden. Hiervoor is een aanpassing nodig van de DBC-registratieregels, zodat er binnen de DBC-systematiek een voldoende passende classificatie bestaat voor de behandeling van stoornissen als gevolg van kindermishandeling en seksueel misbruik kort na ernstige mishandeling. De Nederlandse Zorgautoriteit heeft deze aanpassing inmiddels doorgevoerd. Deze oplossing heeft de Staatssecretaris u medegedeeld in de Voortgangsrapportage Geweld in afhankelijkheidsrelaties van 15 juli 2013 (Kamerstukken II 2012/13, 33 400-XVI, nr. 156).

4. Het CVZ heeft een lijst met psychologische interventies geduid en aangegeven of deze voldoen aan de stand van de wetenschap en de praktijk. De interventies die hier niet aan voldoen, behoren derhalve niet tot de verzekerde zorg. Ik vind het positief dat er zo meer duidelijkheid komt voor aanbieders, zorgverzekeraars en verzekerden. Deze lijst biedt ook een duidelijk handvat voor verzekeraars bij het controleren van geleverde zorg.
5. Het CVZ adviseert om bekostiging voor integrale zorg voor dementie te onderzoeken. De zorg voor mensen met dementie wordt bekostigd uit verschillende bronnen, namelijk de Zvw, AWBZ en Wmo. De 86 netwerken voor ketenzorg dementie geven aan regelmatig tegen de schotten tussen deze bekostigingsbronnen aan te lopen. De zorgstandaard dementie, die in juli 2013 definitief is vastgesteld, geeft een goed overzicht van de benodigde zorg voor mensen met dementie. Op dit moment worden in het kader van de Hervorming Langdurige Zorg grote veranderingen voorbereid in de langdurige zorg. De veranderingen in de langdurige zorg die voort zullen komen uit de Hervorming Langdurige Zorg, zijn ook van belang voor de zorg voor mensen met dementie, omdat deze zorg thans ook deels uit de AWBZ wordt bekostigd. Daarom wil ik samen met de Staatssecretaris eerst duidelijkheid geven over de uitwerking van deze veranderingen in het kader van de Hervorming Langdurige Zorg en daarna bezien we hoe een integrale bekostiging van dementiezorg gerealiseerd kan worden.

3. Rol zorgverzekeraars

Het CVZ geeft in zijn rapport aan dat de zorgverzekeraars een verantwoordelijkheid hebben bij het bevorderen van gepast gebruik van zorg. Bij het opstellen van polissen en het contracteren van zorg dienen zij extra aandacht te besteden aan kwaliteit, doelmatigheid en verantwoording. Aangezien zij verantwoordelijk zijn voor de juistheid van declaraties, zullen zij ook toetsen of de zorg ook daadwerkelijk is geleverd zoals gedeclareerd. Dit vereist wel dat de zorgaanbieders voldoende informatie geven op de doorverwijzing en op de declaratie over de zorg die zij leveren bij een bepaalde declaratie. Het CVZ acht transparantie van de aanbieders en goede materiële controle door verzekeraars van groot belang voor gepast gebruik van zorg. Het CVZ geeft aan dat dit een absolute voorwaarde is voor de bijdrage van zorgverzekeraars aan gepaste zorg. Voor het handhaven is een duidelijke omschrijving van indicaties en interventies belangrijk.

Er zijn maatregelen genomen om de terugkoppeling van de kosten van GGZ-zorg te verbeteren. Met veldpartijen is overeengekomen dat de diagnose op de GGZ-factuur vermeld zal worden, waar dit nu nog niet het geval is. Het gaat dan ondermeer om de kortdurende dbc's in de gespecialiseerde GGZ, en om de bekostigingstitels in de generalistische basis GGZ. Dit onder voorbehoud van een privacytoets. Om de zorgproducten meer medisch inhoudelijke zeggingskracht te geven en de controlebaarheid te verbeteren, wordt ook gewerkt aan het toevoegen van een zorgvraagzwaarte indicator op de declaratie. Dit wordt gedaan in nauwe afstemming met het College Bescherming Persoonsgegevens. Daarnaast

worden ook andere gegevens inzichtelijk gemaakt op de GGZ-factuur, waaronder gegevens over het hoofdbehandelaarschap en de verwijzer. De NZa heeft aangegeven dat in verband met de noodzakelijke privacy-toetsing het uitbreiden van de diagnose-informatie op de factuur pas in 2015 kan plaatsvinden. Alle inspanningen zijn erop gericht om alle overige genoemde elementen in 2014 aan de factuur toe te voegen. In al deze trajecten zal expliciet aandacht worden besteed aan het «vertalen» van deze gegevens, voor zover dat nodig en zinvol is, naar voor de patiënt begrijpelijke taal. Voor meer informatie verwijs ik u naar mijn brief over het hoofdbehandelaarschap in de GGZ en het onderhandelaarsresultaat GGZ 2014–2017.

4. Hoofdbehandelaarschap en kwaliteitsstandaarden

Het CVZ geeft aan dat uitbreiding van het aantal hoofdbehandelaars het risico op ongepast gebruik verhoogt. Het is de taak van de zorgverzekeraars om helder te maken welke (categorie) zorgverleners welke vorm van zorg levert. Dat kan per zorginstelling verschillen, mede in het licht van de ervaringen van de zorgverzekeraars met de instelling.

Er is geen sprake van uitbreiding van het aantal hoofdbehandelaars. Op grond van de beleidsregels van de NZa voor 2013 voor de tweedelijns GGZ mogen BIG-geregistreerde zorgverleners die bevoegd en bekwaam zijn cliënten volgens DSM IV te typeren, hoofdbehandelaar zijn. Deze algemene formulering is geconcretiseerd tot negen in de Wet BIG geregelde beroepen. Momenteel mag iedereen ongeacht het beroep, dus ook mensen met een niet in de Wet BIG geregeld beroep, zittingen declareren in de eerstelijns GGZ. In 2014 wordt dit voor de generalistische basis GGZ ingeperkt tot deze limitatieve lijst van negen beroepen plus (tijdelijk tot de overheveling van de jeugdzorg) de orthopedagoog-generalist en de kinder- en jeugdpsycholoog.

Het CVZ adviseert, vanuit zijn rol als Kwaliteitsinstituut i.o., om de vrijblijvendheid in tempo voor de ontwikkeling van kwaliteitsstandaarden weg te nemen en te benadrukken dat daarbij nauwe samenwerking met huisartsen nodig is.

In het Onderhandelingsresultaat GGZ 2014–2017 van 16 juli 2013 zijn aanvullende afspraken gemaakt over de ontwikkeling van richtlijnen en standaarden, mede in relatie tot gepast gebruik. De middelen die voor 2013 en 2014 voor het Landelijke Samenwerkingsverband Kwaliteitsstandaarden in de ggz (LSKS GGz) beschikbaar zijn, zullen in de periode 2015–2017 worden gecontinueerd. Wij zullen partijen wijzen op het aanbod van het Kwaliteitsinstituut om behulpzaam te zijn bij het ontwikkelen van kwaliteitsstandaarden en op het belang van betrokkenheid van de huisartsen.

5. DSM 5

DSM-5, de nieuwste versie van de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), heeft al voor de definitieve vaststelling in mei 2013 geleid tot ophef en uiteenlopende reacties. Sommige critici vrezen voor (verdere) medicalisering van «normale» klachten of symptomen. Het is aan de beroepsgroepen in hoeverre zij de DSM-5 classificatie doorvoeren in hun richtlijnen c.q. zorgstandaarden. Vooralnog is DSM-IV leidend voor wat betreft de omvang van de in de Zvw te verzekeren ggz. Mocht DSM-5 te zijner tijd worden opgenomen in de richtlijnen c.q. de zorgstandaarden, dan moet op dat moment nader bekeken worden of dit ook doorwerking heeft voor wat betreft het verzekerd pakket. Dat is zeker geen vanzelfsprekendheid en zal een aparte toets van het CVZ en een politieke afweging vergen.

Ik heb het CVZ verzocht de gevolgen van invoering van DSM-5 voor de te verzekeren GGZ in beeld te brengen. Omdat de definitieve versie van DSM-5 pas half mei jl. is vastgesteld, heeft het CVZ niet de mogelijkheid gehad om voor het rapport GGZ deel 2 een goede vergelijking te maken tussen DSM-IV en DSM-5 met als invalshoek de eventuele gevolgen voor het verzekerde pakket. Het CVZ is inmiddels, na het uitbrengen van zijn rapport Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg deel 2, gestart met de uitvoering van mijn verzoek.

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