

Vergaderjaar 2010–2011

29 689

Herziening zorgstelsel

25 424

Geestelijke gezondheidszorg

E¹

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 4 juli 2011

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport² heeft in haar vergadering van 28 juni 2011 gesproken over het bij brief van 10 juni 2011 aangeboden Ontwerpbesluit houdende wijziging van het Besluit zorgverzekering in verband met wijziging van de te verzekeren prestaties Zvw per 2012 en de eigen bijdragen daarvoor en wijziging van dat besluit en het Besluit zorgaanspraken AWBZ in verband met stringent pakketbeheer (29 689, C). Tijdens de commissievergadering is tevens gesproken over de brief van 10 juni 2011 over de voornemens voor de curatieve GGZ en de zakelijke inhoud van de aanwijzing die de minister voornemens is aan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) te geven (25 424, A). Naar aanleiding daarvan is aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op 29 juni 2011 een brief gestuurd.

De minister heeft op 1 juli 2011 gereageerd.

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

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

¹ De letter E heeft alleen betrekking op 29 689.

² Samenstelling:

Holdijk (SGP), Dupuis (VVD) (*vice-voorzitter*), Linthorst (PvdA), Putters (PvdA), Slagter-Roukema (SP) (*voorzitter*), Thissen (GL), Nagel (50PLUS), Hermans (VVD), Koffeman (PvdD), Kuiper (CU), Meurs (PvdA), Quik-Schuijt (SP), Reuten (SP), De Vries-Leggedoor (CDA), Flierman (CDA), Martens (CDA), vac (CDA), Scholten (D66), Backer (D66), M. de Boer (GL), De Lange (OSF), Beuving (PvdA), Vlietstra (PvdA), Popken (PVV), Frijters-Klijnen (PVV), Van Dijk (PVV), De Grave (VVD), Bröcker (VVD) en Beckers (VVD).

BRIEF AAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Den Haag, 29 juni 2011

De commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft in haar vergadering van 28 juni 2011 gesproken over het bij brief van 10 juni 2011 aangeboden Ontwerpbesluit houdende wijziging van het Besluit zorgverzekering in verband met wijziging van de te verzekeren prestaties Zvw per 2012 en de eigen bijdragen daarvoor en wijziging van dat besluit en het Besluit zorgaanspraken AWBZ in verband met stringent pakketbeheer (29 689, C). Tijdens de commissievergadering is tevens gesproken over de brief van 10 juni 2011 over de voornemens voor de curatieve GGZ en de zakelijke inhoud van de aanwijzing die de minister voornemens is aan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) te geven (25 424, A).

De leden van diverse fracties hebben vragen en opmerkingen naar aanleiding van beide brieven.

De leden van de **PvdA**-fractie hebben een algemene vraag en enkele specifieke vragen over de aanwijzing curatieve GGZ; de leden van de fractie van de SP sluiten zich bij deze vragen aan. De leden van de **SP**-fractie hebben daarnaast nog een aantal andere vragen over het ontwerpbesluit, waarbij ook de voornemens met betrekking tot de curatieve GGZ en de aanwijzing ex-WMG aan de NZA worden betrokken. De leden van de fractie van **D66** sluiten zich hierbij. Voor de leden van de fractie van **GroenLinks** roepen de door de minister gemaakte keuzes met betrekking tot de curatieve GGZ een aantal vragen op, waarbij de leden van de SP-fractie zich aansluiten.

PvdA-fractie

De leden van de fractie van de PvdA hebben een meer algemene vraag die betrekking heeft op de diverse «voorhangen». Het gaat hier steeds om gedelegeerde regelgeving afgeleid van de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet marktordening gezondheidszorg. Graag zouden zij van de minister inzicht krijgen in de criteria en overwegingen die worden gehanteerd bij de keuze om van een bepaalde maatregel een voorhang te maken. Het bevreemdt de leden van de fractie van de PvdA zeer dat een ingrijpende maatregel zoals het invoeren van een zeer forse eigen bijdrage in een deel van de gezondheidszorg met als gevolg dat er voor psychiatrische patiënten een ander (discriminerend) regime gaat gelden dan voor de somatische patiënten op deze wijze geregeld wordt. Dient een dergelijk ingrijpende maatregel niet op het niveau van de wet zelf te worden voorgesteld, zo vragen de leden van deze fractie. Ook voor de andere «voorhangen» geldt dat het de leden van de PvdA-fractie niet helder is hoe de minister de afweging maakt: wet of voorhang.

De leden van de PvdA-fractie hebben voorts met grote bezorgdheid kennis genomen van de voornemens van de minister voor de curatieve GGZ. De minister constateert een overschrijding bij de curatieve GGZ van 255 miljoen euro. Deze overschrijding moet worden geredresseerd zo stelt de minister vanwege de afspraken in het regeerakkoord en de algemene financieel-economische situatie. De geconstateerde overschrijding wordt echter niet verder geanalyseerd en onderbouwd. Een dergelijke onderbouwing is noodzakelijk om van daaruit passende en doeltreffende maatregelen te nemen. Deze leden zouden graag een analyse zien van de overschrijding teneinde de voorstellen tegen die achtergrond ook te kunnen beoordelen. De huidige voorstellen zijn harde bezuinigingen, maar zijn op geen enkele wijze gerelateerd aan de geconstateerde overschrijdingen. De minister heeft gekozen voor verschillende bezuini-

gingsmaatregelen, waaronder een eigen bijdrage in de tweedelijns-GGZ van 275 euro per DBC, een nominale eigen bijdrage voor verblijf onder de Zvw van 145 euro per maand en een verhoging van de eigen bijdragen in de eerstelijns psychologische zorg. Kan de minister aangeven waar deze bedragen op zijn gebaseerd? Heeft de minister een prospectieve analyse uitgevoerd om na te gaan wat deze maatregelen betekenen voor de patiënten die het treft? De overheid is gehouden aan het bieden van kwalitatieve, toegankelijke en betaalbare zorg. Hoe verhouden deze uitgangspunten zich met de voorgestelde maatregelen?

Graag vernemen de leden van de PvdA-fractie de reactie van de minister op de inbreng van de Nederlandse Vereniging voor psychiatrie (NVVP) van 24 juni jl.¹ Het betreft ten eerste het tot stand brengen van een ongewenste tweedeling in de zorg die te maken heeft met het discrimineren van psychiatrische patiënten. Immers van hen wordt wel een eigen bijdrage gevraagd en van somatische patiënten niet. De discriminatie betreft ook het onmogelijk maken van de toegang tot de psychiatrische zorg voor niet-financieel draagkrachtigen. Een tweede punt waar deze leden graag een reactie van de minister op willen hebben, is het feit dat met deze maatregel mensen met ernstige psychiatrische problemen het zwaarst worden getroffen: de opgeworpen financiële drempel zal er toe leiden dat zij van zorg zullen afzien met alle gevolgen van dien.

In haar brief van 10 juni stelt de minister dat zij een bestuurlijk akkoord met de sector wil sluiten in het najaar van 2011. Is dit niet de verkeerde volgorde, vragen de leden van de PvdA-fractie. Wat is de betekenis van het voornemen om tot een dergelijk akkoord te komen als eerst eenzijdig zulke draconische maatregelen worden genomen? De minister wil samen met de sector een brede beleidsagenda op stellen, waarom is dat niet eerst gebeurd? Dan had een evenwichtig pakket aan maatregelen getroffen kunnen worden waar ook de sector aan kan werken. De verschillende organisaties hebben reeds voorstellen gedaan voor alternatieve bezuinigingsmogelijkheden.

De minister stelt dat er nu een prikkel aanwezig is om voor de tweedelijnszorg te kiezen omdat daar nu geen eigen bijdrage is en bij de eerste lijn wel. Dat is ook een van de argumenten om voor de eigen bijdrage te kiezen in de tweedelijns zorg. Graag ontvangen deze leden een nadere onderbouwing voor deze stelling. Is er onderzoek naar gedaan? En blijkt daaruit dat patiënten met name door financiële motieven worden gedreven? De leden van de PvdA-fractie hebben hier twijfels over: in de tweedelijns zorg worden ernstig zieke patiënten behandeld die juist niet in de eerste lijn thuishoren.

Ten slotte hebben de leden van de PvdA-fractie een vraag over de gekozen volgorde. De Eerste Kamer krijgt gelijktijdig deze maatregelen voor de curatieve GGZ en een ontwerpbesluit houdende het besluit wijziging Zorgverzekering in verband met wijziging van te verzekeren zorgprestaties per 2012. In feite wordt met dit ontwerpbesluit de wettelijke basis geregeld voor de bezuinigingsmaatregelen die in de brief van 10 juni zijn aangekondigd. Naar het oordeel van de PvdA is dit een vreemde gang van zaken. Het ligt in de rede om eerst uitvoerig over de maatregelen te spreken om ze vervolgens in een ontwerpbesluit op te nemen.

SP-fractie

Het ontwerpbesluit heeft onder andere als doel de minister in staat te stellen de voorhang curatieve GGZ uit te voeren. Zij is in staat bij de inwerkingtreding van het besluit (beoogd met ingang van 1 januari 2012) het basispakket Zvw op een aantal onderdelen te beperken en tevens om

¹ Ter inzage gelegd onder griffienummer 146658.05.

voorwaardelijke toelating van onderdelen te realiseren (stringenter pakketbeheer). Tevens verschaft zij zichzelf hiermee de mogelijkheid om bij ministeriële regeling een eigen bijdrage voor tweedelijns GGZ en voor verblijf in een GGZ instelling te introduceren. De leden van de SP-fractie hierover de volgende vragen.

Zij verzoeken de minister toe te lichten hoe zij de relatie (volgtijdelijkheid) tussen deze voorhang en de voorhang ex-WMG van de aanwijzing aan de NZA aangaande de voornemens met betrekking tot de curatieve GGZ ziet. Deze leden zijn van mening dat de voorliggende voorhang eerst de gebruikelijke termijn van 30 dagen moet hebben doorlopen om vervolgens als basis te kunnen dienen voor de aanwijzing curatieve GGZ. De minister heeft duidelijk haast en schroomt daarbij niet de regels voor een correct verkeer tussen minister en Kamers te schenden. De leden van de fractie van de SP betreuren dit en horen graag hoe de minister dit verantwoordt.

De minister is van plan om eigen bijdragen in de tweedelijns-GGZ en een eigen bijdrage verblijf in te voeren. De leden van deze fractie beschouwen dit als een majeure beleidswijziging, daar tot nu toe voor tweedelijns zorg geen eigen bijdrage werd gevraagd. Waarom regelt de minister dit niet bij wet? Met een voorhang een zo belangrijke wijziging invoeren doet geen recht aan de belangen van degenen die het betreft: burgers die, zoals de afgelopen tijd vele deskundigen hebben benadrukt, geen sterke positie hebben. Waarin verschilt een psychische aandoening, waarvoor tweedelijns behandeling/opname nodig is van een somatische aandoening? De leden van deze fractie vragen van de minister om een reactie op de aan haar gerichte open brief van de hoogleraren psychiatrie van de acht academische ziekenhuizen, die deze vraag geadstrueerd met casuïstiek indringend stellen (NRC, d.d. 21 juni 2011).

De leden krijgen graag een berekening van de minister van de hoogte van de eigen bijdrage die een psychiatrische schizofrene patiënt moet doen als hij decompenseert, opgenomen moet worden ter bescherming van zichzelf en zijn omgeving gedurende 6 weken, medicatie krijgt en vervolgens nog 4 maanden dagbehandeling voor 3 dagen per week volgt.

Geldt de eigen bijdrage GGZ ook voor iemand die met een rechtelijke machtiging gedwongen is opgenomen en voor TBS-sers?

De minister vermeldt in de toelichting dat invoering van eigen bijdragen in de GGZ tot een daling leidt van het besteedbaar inkomen van verzekerden die gebruik maken van deze zorg. Zij schat dat een enkeling hierin reden ziet geen gebruik te maken van dit type zorg. In hoeverre acht de minister dit gewenst, gezien het feit dat het soms patiënten betreft die een gevaar kunnen betekenen voor zich zelf of hun omgeving? Wie is er verantwoordelijk als er rampen gebeuren?

De leden van de SP-fractie informeren of de minister van plan is om (op termijn) ook een eigen bijdrage voor ziekenhuisverblijf in te voeren.

Een somatische patiënt kan tijdens ziekenhuisopname (eventueel tijdelijk, bijvoorbeeld bij een delier) ook psychiatrisch worden en binnen hetzelfde ziekenhuis door een somatisch en een psychiatrisch specialist behandeld moeten worden. Hoe moet in een dergelijke situatie de eigen bijdrage worden geregeld?

Psychiatrische patiënten worden op deze wijze gediscrimineerd ten opzichte van somatische patiënten. Is dit niet in strijd met de Wet gelijke behandeling, vragen de leden van de fractie van de SP. Is er (in andere

landen) onderzoek bekend waaruit blijkt dat het invoeren van eigen bijdragen voor GGZ-patiënten een vermindering van toeloop bewerkstelligde?

Verhoging van de eigen bijdrage aan eerstelijns psychologische hulp en verlaging van het aantal te vergoeden zittingen zal naar verwachting een grotere druk op huisartsenzorg en algemeen maatschappelijk werk met zich meebrengen en overigens ook op (duurdere) tweedelijnszorg. Is de minister het met deze stelling eens? Berust de verlaging van het aantal zittingen op een richtlijn van de beroepsgroep?

Moet naast een eigen bijdrage voor tweedelijns GGZ ook nog een (deel) van het eigen risico worden betaald?

Wat is de achtergrond/onderbouwing van het verwijderen van de behandeling van een Aanpassingsstoornis uit het pakket? Wat is een aanpassingsstoornis volgens de minister en is zij van mening dat deze altijd zonder meer duidelijk gediagnosticeerd kan worden? Wie stelt de diagnose? Zeker in een deel van de gevallen zal dat de tweedelijns GGZ deskundige zijn die dus na de diagnose de cliënt naar huis zal moeten sturen, als hij geen behandeling kan/wil betalen. Vindt de minister dat wenselijk? Waarom diagnostiek wel en behandeling van aanpassingsstoornissen niet in het pakket?

Het schrappen van het stoppen met roken programma nog geen jaar nadat het is geïntroduceerd, laat een gebrek aan visie zien. Een euro gestopt in het terugdringen van rookverslaving levert 3 euro op aan gezondheidswinst – penny wise pound foolish. Het is opvallend dat de minister in de toelichting op het ontwerpbesluit er geen woord aan wijdt. De leden van de SP-fractie krijgen hierop graag een onderbouwde toelichting. Voldoet deze behandelmethode niet aan de pakketcriteria van noodzakelijkheid, effectiviteit, kosteneffectiviteit en doelmatigheid? Deze leden vragen verder waarom er met het stoppen met roken programma niet gewerkt is met het instrument van voorwaardelijke toelating. Dan had het programma nog tenminste 4 jaar in totaal de tijd gehad om zich te bewijzen!

Hetzelfde vragen deze leden met betrekking tot het voornemen dieetadviesing uit het pakket te verwijderen. Dieetadviesing is een belangrijke pijler bij de behandeling van obesitas en diabetes. Met betrekking tot de laatste ziekte werd net dit weekend bekend dat wereldwijd het aantal patiënten met deze ziekte in 30 jaar tijd is verdubbeld en dat inwoners van Nederland wereldwijd de laagste bloedsuikers hebben (met die van Frankrijk en Oostenrijk). Naar de mening van de fractie van de SP is dat zeker te danken aan de persoonlijke begeleiding van de diëtiste. Verwijdering van deze adviesing is zo eveneens penny wise pound foolish. Als men zich voor dieetadviesing aanvullend moet verzekeren mag de verzekeraar risicoselectie toepassen en dat zal zeker gebeuren bij de diabetes en obesitas, en overigens ook de kankerpatiënten die om de zwaarte van de behandeling te doorstaan door de diëtiste worden begeleid.

Alles overziend heeft de fractie van de SP grote bezwaren jegens beide voorhangen. De minister creëert er grote maatschappelijke onrust mee en verkijkt zich, naar de stellige overtuiging van deze leden op de effecten van de maatregelen. Het zijn ad hoc-maatregelen waarbij de langetermijneffecten op kostenbeheersing van de zorg onwaarschijnlijk zijn, terwijl de effecten vooral neerslaan op kwetsbare groepen die al een zorgachterstand hebben. Daarom tot slot de vraag wanneer de minister deze effecten zal gaan evalueren.

GroenLinks

De leden van **GroenLinks** hebben kennis genomen van de voornemens van de minister met betrekking tot de curatieve GGZ voor het komend jaar. Zij onderkennen de noodzaak om in de huidige omstandigheden alert te zijn op structurele overschrijdingen van de begroting. De keuze van het kabinet om extra te bezuinigen op de curatieve GGZ delen zij echter niet zonder meer. Te makkelijk lijkt daarin verondersteld dat de curatieve zorg in de GGZ niet-noodzakelijke zorg is. De in de brief van de minister gemaakte keuzes roepen bij de leden van deze fractie de volgende vragen op.

De minister schetst het perspectief van een brede beleidsagenda. Wanneer kan deze beleidsagenda verwacht worden? Hoe verhouden de keuzes in de huidige brief van de minister zich tot de met de sector te ontwikkelen beleidsagenda? Zijn de hier gemaakte keuzes in overeenstemming met adviezen uit de sector? Sluiten ze aan op wat in de beleidsagenda te verwachten is? In welke zin en in welke mate zijn de keuzes in de huidige brief meer dan een bezuinigingsmaatregel en welke kwaliteitsslag wordt ermee bereikt?

De minister voorziet dat een efficiëncyslag in de curatieve GGZ gemaakt kan worden. Op grond waarvan heeft de minister deze verwachting? Hoe groot is het efficiency-verlies in de huidige situatie? De formuleringen in de brief roepen bovendien de vraag op hoe effectiviteits- en efficiëntie-doelstellingen zich verhouden. Als de minister schrijft (pag 2) «Waar nodig zal moeten worden ingezet op groepsbehandelingen», dient dan die afweging te worden gemaakt op zorginhoudelijke of op zorgeconomische gronden? Bedoelt de minister inderdaad «waar nodig» of «waar mogelijk»?

De minister is van mening dat er een financiële prikkel bij patiënten is om te kiezen voor tweedelijnszorg. Impliceert dat een visie van de regering dat de poortwachtersfunctie in de GGZ onvoldoende gerealiseerd wordt? Zo ja, is er dan geen alternatieve, inhoudelijkere maatregel te treffen? Zo nee, waarom zou dan het veranderen van de financiële prikkel gedragseffecten opleveren?

De minister suggereert zorgverzekeraars de restitutievergoeding voor niet-gecontracteerde aanbieders te verlagen om zo verzekerden te stimuleren naar gecontracteerde zorg te gaan. Is dit niet een belemmering voor het invoeren van niet-gecontracteerde zorg, met name voor patiënten met minder financiële mogelijkheden?

De eigen bijdrage voor de eerstelijnszorg wordt verhoogd en in de tweedelijnszorg wordt een eigen bijdrage ingevoerd. Het instrument van de eigen bijdrage is gebaseerd op de idee dat mensen hun zorgbehoefte in zekere mate kunnen reguleren. Geldt die idee ook bij de huidige maatregelen en bij deze groep patiënten? Is de minister van oordeel dat patiënten in de GGZ ten onrechte gebruik maken van de eerste- en tweedelijnszorg? Hoe beoordeelt de minister de informatie dat GGZ-patiënten gemiddeld 30% minder inkomen hebben dan anderen (volgens GGZ Nederland, LPGGz en NVvP). Wat zijn de te verwachten gevolgen van deze maatregelen voor het noodzakelijke zorggebruik van bij uitstek kwetsbare groepen patiënten?

Het aantal zittingen bij de eerstelijnspsycholoog wordt beperkt tot 5. Wat is de zorginhoudelijke argumentatie voor dit aantal?

Dat patiënten zelf moeten betalen voor een no-show klinkt reëel, maar roept de vraag op welke patiënten dat vooral zullen zijn. Wat zijn de redenen dat patiënten niet komen opdagen? Is het vermoeden gerechtvaardigd dat dit met name ook problematische zorgmijders zijn? Op grond waarvan meent de minister dat deze maatregel hen zal stimuleren om wel te komen? Hoe groot is het risico dat deze groep helemaal geen afspraken meer maakt? Zijn er geen andere maatregelen nodig om zorgmijders juist te bereiken met noodzakelijke zorg?

Hoe beoordeelt de minister uitingen uit de sector, zoals de brief van de Parnassia Bavogroep van 25 juni 2011 waarin wordt gewaarschuwd dat de hoge drempels grote risico's voor de geestelijke volksgezondheid inhouden met inbegrip van onnodige suicides? Waarom heeft de minister de constructieve oplossingsrichtingen van GGZ-Nederland en de sector zoals vermeld in de brief niet gevolgd?

De minister kiest er voor aanpassingsstoornissen uit het pakket te verwijderen. Dat suggereert dat het een stoornis is waarvoor hulp niet noodzakelijk is en die geen verzekering behoeft. Hoe beoordeelt de minister in dat licht de omschrijving in DSM-IV dat er sprake is van «significante beperkingen in sociaal of beroepsmatig (studie) functioneren»? Wat zijn de maatschappelijke gevolgen en kosten van het wegvallen van adequate zorg voor deze stoornis?

Wat zijn de gevolgen van de tariefkorting van € 222 miljoen? Kan de sector deze korting opvangen zonder afbreuk te doen aan de noodzakelijke zorg?

De minister stelt dat de bevoegdheid om bij ministeriële regeling delen van de zorg uit te sluiten moet worden verruimd. Geldt dat alleen voor het huidige voorstel om aanpassingsstoornissen uit te sluiten of betreft het een algemene verruiming van bevoegdheden? Op welke wijze blijft toezicht door de Kamer mogelijk, zo vragen de leden van de fractie van GroenLinks.

De commissie ziet uw reactie met belangstelling tegemoet.

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

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Eerste Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 1 juli 2011

Bijgaand zend ik u de antwoorden op de vragen van 29 juni 2011 over het bij brief van 10 juni 2011 aangeboden Ontwerpbesluit houdende wijziging van het Besluit zorgverzekering in verband met wijziging van de te verzekeren prestaties Zvw per 2012 en de eigen bijdragen daarvoor en wijziging van dat besluit en het Besluit zorgaanspraken AWBZ in verband met stringent pakketbeheer (29 689, C). De Commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft bij de vragen ook betrokken de brief van 10 juni 2011 over de voornemens voor de curatieve GGZ en de zakelijke inhoud van de aanwijzing die de minister voornemens is aan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) te geven (25 424, A).

De leden van diverse fracties hebben vragen en opmerkingen naar aanleiding van beide brieven. De leden van de PvdA-fractie hebben een algemene vraag en enkele specifieke vragen over de aanwijzing curatieve geestelijke gezondheidszorg (GGZ); de leden van de fractie van de SP sluiten zich bij deze vragen aan. De leden van de SP-fractie hebben daarnaast nog een aantal andere vragen over het ontwerpbesluit, waarbij ook de voornemens met betrekking tot de curatieve GGZ en de aanwijzing ex-WMG aan de NZA worden betrokken. De leden van de fractie van D66 sluiten zich hierbij aan. Voor de leden van de fractie van GroenLinks roepen de door de minister gemaakte keuzes met betrekking tot de curatieve GGZ een aantal vragen op, waarbij de leden van de SP-fractie zich aansluiten.

Ik hoop met bijgaande beantwoording afdoende op uw vragen te zijn ingegaan.

Hoogachtend,

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
mw. drs. E. I. Schippers

Inbreng PvdA-fractie

De leden van de PvdA hebben een meer algemene vraag die betrekking heeft op alle diverse «voorhangen». Graag zouden zij van de minister inzicht krijgen in de criteria en overwegingen die worden gehanteerd bij de keuze om van een bepaalde maatregel een voorhang te maken. Dient een dergelijk ingrijpende maatregel niet op het niveau van de wet zelf te worden voorgesteld, zo vragen de leden van deze fractie. Ook voor de andere «voorhangen» geldt dat het de PvdA-fractie niet helder is hoe de minister de afweging maakt: wet of voorhang.

Antwoord

Ik ga hier eerst in op de voorhang van maatregelen in het kader van de Zorgverzekeringswet. Daarna ga ik nog in op de voorhang van de aanwijzingen in het kader van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg).

De eigen bijdrage GGZ in het kader van het Besluit zorgverzekering

Uitgangspunt is dat bij het opstellen van wetgeving delegatie van regelgevende bevoegdheid met voldoende wettelijke waarborgen is omkleed, zodat het parlement het stellen van deze regels aan de regering kan overlaten. De hoofdelementen van een regeling moeten in de wet in formele zin staan en de delegatiebepalingen moeten zo concreet en nauwkeurig mogelijk worden afgebakend. De commissie Orde in de regelgeving heeft in haar eindrapport een aantal elementen aangeduid die in ieder geval in de wet zouden moeten worden opgenomen. Dat betreft onder andere bepalingen die de reikwijdte van het geheel van een regeling bepalen en de overige belangrijkste, naar buiten werkende voorschriften¹.

Het is aan regering en Staten-Generaal om bij het vaststellen van formele wetgeving zorgvuldig te wegen welke elementen op wetsniveau moeten worden geregeld en voor welke elementen van een regeling delegatie naar het niveau van een algemene maatregel van bestuur (amvb) aanvaardbaar is. Daarbij ware te bedenken dat in bepaalde gevallen goede gronden aanwezig kunnen zijn om niet onbelangrijke aspecten bij amvb te regelen, bijvoorbeeld als het noodzakelijk wordt gevonden snel wijzigingen te kunnen realiseren. Ook dan geldt uiteraard dat de delegatiebepaling zo concreet en nauwkeurig mogelijk moet worden geformuleerd.

In de wetgeving inzake de zorgverzekeringen (in dit geval artikel 11 van de Zorgverzekeringswet, Zvw) is ervoor gekozen de exacte vaststelling van de inhoud en omvang van de zorg die onder de verzekering valt (waarop recht bestaat als het in artikel 10 van de wet omschreven risico zich voordoet) en de vaststelling van de vormen van zorg waarvoor de verzekerde een eigen bijdrage is verschuldigd (in feite de in de zorgverzekering te verzekeren prestaties), niet op wetsniveau vast te leggen. Het stellen van deze regels is opgedragen aan de regering (bij amvb). Niet alleen omdat het niet goed mogelijk is dergelijke, hoewel belangrijke, maar ook vrij gedetailleerde elementen in de wet zelf vast te leggen, maar ook omdat deze regels met het oog op beleidsmatig wenselijk geachte inhoudelijke aanpassingen in het te verzekeren pakket en een beheerste kostenontwikkeling in de zorg zo nodig frequent op korte termijn moeten kunnen worden gewijzigd. Teneinde het parlement de gelegenheid te geven zich over de gedelegeerde regelgeving een oordeel te vormen en daarover desgewenst met de regering te overleggen voordat deze wordt vastgesteld, is voorzien in een voorhangprocedure.

¹ Orde in de regelgeving, Eindrapport van de Commissie Wetgevingsvraagstukken, 10 december 1985, blz. 43.

In het midden latend of het voor de toekomst wenselijk wordt geacht en of mogelijkheden worden gezien om de bij de vaststelling van de Zvw gemaakte keuze voor het niveau van regelgeving inzake pakket en eigen bijdragen te wijzigen, stel ik vast dat de voorgestelde regeling van de eigen bijdrage GGZ in het Besluit zorgverzekering in overeenstemming is met art. 11 Zvw.

De aanwijzingen op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg

Voor een goed begrip zij erop gewezen dat de aanwijzingen in het kader van de Wmg niet zijn te vergelijken met de gedelegeerde vaststelling van algemeen verbindende voorschriften, waarvan bij het Besluit zorgverzekering sprake is. De aanwijzingen vormen een opdracht van de verantwoordelijke en bevoegde minister aan een zelfstandig bestuursorgaan over de wijze waarop dat bestuursorgaan (de Nederlandse Zorgautoriteit; NZa) zijn wettelijke bevoegdheden, zoals het vaststellen van regels en beleidsregels, moet uitoefenen. Om het parlement ook bij deze aanwijzingen vooraf de gelegenheid te geven zich een oordeel te vormen en daarover desgewenst met de regering te overleggen, is voorzien in een voorhangprocedure voordat de aanwijzing wordt gegeven.

Over de aanwijzing curatieve GGZ heeft de PvdA-fractie een aantal vragen. De leden van de PvdA zouden graag een analyse zien van de overschrijding teneinde de voorstellen tegen die achtergrond ook te kunnen beoordelen.

Antwoord

Op basis van voorlopige realisatiecijfers over 2009 is bij de curatieve GGZ een structurele overschrijding geconstateerd van € 255 miljoen (eerste- en tweedelijns samen). Hierbij is uitgegaan van gegevens van CVZ, NZa en Vektis. De overschrijding doet zich over de hele linie voor, zowel bij instellingen (gebudgetteerd en niet-gebudgetteerd) als bij vrijgevestigde zorgaanbieders.

Kan de minister aangeven waar de hoogte van de eigen bijdragen op is gebaseerd? Heeft de minister een prospectieve analyse uitgevoerd om na te gaan wat deze maatregelen betekenen voor de patiënten die het treft? De overheid is gehouden aan het bieden van kwalitatieve, toegankelijke en betaalbare zorg. Hoe verhouden deze uitgangspunten zich met de voorgestelde maatregelen?

Antwoord

De maatregelen die ik neem zijn weliswaar ingrijpend, maar in het kader van een houdbare en betaalbare GGZ ook nodig. De groei in de GGZ in de afgelopen tien jaar is fors: in minder dan 9 jaar zijn de uitgaven verdubbeld en ieder jaar zijn er circa 10% meer patiënten. Tegelijkertijd is de prevalentie van mensen met psychische problematiek in die periode gelijk is gebleven. Ik vind het belangrijk dat er in de GGZ meer bewustwording komt van de (hoge) kosten van zorg.

Er bestaat een perverse prikkel in de GGZ. Doordat in de eerstelijns wel en in de tweedelijns geen eigen bijdragen zijn, is de stimulans om de zorg te zoeken in de tweedelijns. Daarom heb ik ervoor gekozen in de tweedelijns een eigen bijdrage te introduceren die hoger is dan de eigen bijdrage in de eerstelijnszorg. Voor de eerstelijns GGZ was een eigen bijdrage van € 155 in het regeerakkoord opgenomen. Omdat ik de zorg meer wil verplaatsen naar de eerste lijn heb ik ervoor gekozen die eigen bijdrage te verlagen naar € 100.

In de tweedelijnszorg stel ik een eigen bijdrage voor van € 275, waarbij een patiënt niet meer dan één keer per jaar deze eigen bijdrage hoeft te betalen. In het regeerakkoord was de eigen bijdrage € 175 euro voor

behandelingen tot 1 800 minuten, en € 425 voor behandelingen vanaf 1 800 minuten. Hierbij bestond de mogelijkheid dat mensen met multimorbiditeit nog meerdere eigen bijdragen moesten betalen. Dat zijn er zo'n 120 000, bij wie de eigen bijdrage fors kon oplopen. Mijn voorgestelde maatregel is daarom minder ingrijpend dan de maatregelen over de eigen bijdrage die in het regeerakkoord zijn vastgelegd of bijvoorbeeld door mijn ambtsvoorganger zijn voorgesteld. In dit verband wijs ik uw Kamer overigens ook op de motie Van der Staaij/Bruins Slot die donderdag jongstleden in de Tweede Kamer is aangenomen. Op basis hiervan zal ik de komende dagen in overleg met de sector te treden om te bezien welke financiële ruimte verder kan worden gevonden voor het ontzien van de meest kwetsbare doelgroepen bij het heffen van de eigen bijdrage.

Graag vernemen de leden van de PvdA-fractie de reactie van de minister op de inbreng van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) van 24 juni jl. Het betreft ten eerste het tot stand brengen van een ongewenste tweedeling in de zorg. Een tweede punt waar deze leden graag een reactie van de minister op willen hebben is het feit dat met deze maatregel mensen met ernstige psychiatrische problemen het zwaarst worden getroffen.

Antwoord

Voor het eerste deel van de vraag verwijs ik naar mijn antwoord op een overeenkomstige vraag van de SP-fractie.

De zorg van de leden van de PvdA-fractie dat de eigen bijdrage voornamelijk mensen met ernstige psychiatrische problemen zal treffen, deel ik niet. Ik heb gekozen voor een eigen bijdrage van € 275, waarbij patiënten maximaal één keer per jaar een eigen bijdrage moeten betalen. Voor minder financieel draagkrachtigen is het mogelijk te vragen om de eigen bijdrage in termijnen te betalen. Daarnaast zal ik zoals hierboven vermeldt op basis van de motie Van der Staaij/Bruins Slot in overleg treden met de sector om te bezien welke financiële ruimte kan worden gevonden voor het ontzien van de meest kwetsbare doelgroepen.

In haar brief van 10 juni stelt de minister dat zij een bestuurlijk akkoord met de sector wil sluiten in het najaar van 2011. Is dit niet de verkeerde volgorde, zo vragen de leden van de PvdA-fractie. Wat is de betekenis van het voornemen om tot een dergelijk akkoord te komen als eerst eenzijdig zulke draconische maatregelen worden genomen? De minister wil samen met de sector een brede beleidsagenda op stellen, waarom is dat niet eerst gebeurd?

Antwoord

Ik ben zeer bereid om samen met veldpartijen een beleidsagenda op te stellen. Dat is ook noodzakelijk om te komen tot structurele beleidsveranderingen en een andere financieringsstructuur. Doordat ik in maart/april werd geconfronteerd met forse overschrijdingen in de GGZ was het niet mogelijk om de brede beleidsagenda over de toekomst van de GGZ gedegen op te stellen. Binnen een beperkte tijd moest ik tot maatregelen komen die ook een budgettair effect zouden hebben in het jaar 2012. Daarbij speelt dat de meeste voorstellen van veldpartijen geen harde financiële bijdrage leverden op de korte termijn. Daarbij komt dat ik ook gehouden ben aan het Regeerakkoord/Gedoogakkoord waarin verschillende maatregelen zijn afgekondigd. Zie overigens ook mijn antwoord aan de GroenLinks-fractie over de beleidsagenda.

Graag ontvangen de leden van de PvdA-fractie een nadere onderbouwing voor de keuze van een eigen bijdrage in de tweedelijnszorg. Is er

onderzoek naar gedaan? En blijkt daaruit dat patiënten met name door financiële motieven worden gedreven?

Antwoord

Uit onderzoek blijkt dat extramurale GGZ inderdaad aanmerkelijk prijsgevoeliger is dan extramurale somatische zorg (zie bijvoorbeeld Culyer & Newhouse, *Handbook of Health Economics*, p. 433 op basis van diverse studies). Deze conclusie wordt onderschreven door het CPB in een notitie over gedragseffecten van eigen betalingen in de Zvw (25 april, 2008). Dit betekent dat er in de GGZ een gedragseffect optreedt bij de invoering van een eigen bijdrage. Het gedragseffect wordt ook groter naarmate de eigen bijdrage hoger wordt.

Tenslotte hebben de leden van de PvdA-fractie een vraag over de gekozen volgorde. Het ligt in de rede om eerst uitvoerig over de maatregelen te spreken om ze *vervolgens* in een ontwerpbesluit op te nemen.

Antwoord

Anders dan de leden van de PvdA-fractie, vind ik dit geen vreemde volgorde. Willen er voor de tweedelijns GGZ met ingang van 1 januari 2012 eigen bijdragen – in welke vorm dan ook – ingevoerd kunnen worden, dan zal daartoe eerst het Besluit zorgverzekering en vervolgens de Regeling zorgverzekering dienen te worden aangepast. Omdat de zorgverzekeraars, met het oog op het opstellen van hun model-zorgverzekeringsovereenkomsten en het bepalen van hun nominale premies ruim voor 1 januari van iedere verzekeringsjaar -voor 1 juli van het daaraan voorafgaande jaar – moeten weten hoe het door hen te verzekeren pakket in het verzekeringsjaar er uit moet zien, dient het Besluit zorgverzekering ieder jaar zo vroeg mogelijk te worden aangepast. Gezien de wens om in de tweedelijns GGZ eigen bijdragen te introduceren, diende de voorgehangen wijziging van het Besluit zorgverzekering hiertoe een delegatiebepaling te bevatten. Over de *invulling* van deze delegatiebepaling – dat wil zeggen over de vraag voor wie de eigen bijdragen gaan gelden, hoe hoog deze worden, etcetera – kan tegelijk met de voorhang van de wijziging van het Besluit gesproken worden. Deze invulling zal immers pas plaatsvinden in de Regeling zorgverzekering. Van een verkeerde volgorde is in mijn ogen dan ook geen sprake.

Inbreng SP-fractie

De leden van de SP-fractie verzoeken de minister toe te lichten hoe zij de relatie (volgtijdelijkheid) tussen deze voorhang en de voorhang ex-Wmg van de aanwijzing aan de NZa aangaande de voornemens met betrekking tot de curatieve GGZ ziet.

Antwoord

Anders dan de leden van de SP-fractie mogelijkerwijs aannemen, verbiedt de wetgeving (art. 124 Zvw en art. 8 Wmg) parallelle voorhang niet. Bovendien is er in casu ook geen reden voor volgtijdelijke voorhang, omdat de in het Besluit zorgverzekering te nemen maatregelen en de voorgenomen inhoud van de aanwijzing aan de NZa elkaar niet raken. De in het Besluit zorgverzekering op te nemen maatregelen betreffen namelijk wijziging van het te verzekeren pakket (inclusief invoering van eigen bijdragen voor de tweedelijns GGZ), terwijl de aanwijzing aan de NZa de tariefkorting voor en budgettering van de GGZ-sector betreft.

Waarom regelt de minister eigen bijdragen in de tweedelijns GGZ en een eigen bijdrage verblijf niet bij wet?

Antwoord

Op grond van artikel 11, derde en vierde lid, van de Zvw is deze bevoegdheid gedelegeerd naar algemene maatregel van bestuur (amvb) resp. ministeriële regeling. Artikel 11, derde en vierde lid, Zvw bepalen dat bij amvb voor bij die maatregel aan te wijzen vormen van zorg kan worden bepaald dat een deel van de kosten voor rekening van de verzekerde komt. In de amvb kan worden bepaald dat bij ministeriële regeling nadere regels kunnen worden gesteld over het deel van de kosten dat voor rekening van de verzekerde komt.

Waarin verschilt een psychische aandoening, waarvoor tweedelijns behandeling/opname nodig is van een somatische aandoening? Deze fractie vraagt van de minister beantwoording van de open brief aan haar gericht van de hoogleraren psychiatrie van de acht academische ziekenhuizen, die deze vraag geadstrueerd met casuïstiek indringend stellen. (NRC, d.d. 21 juni 2011)

Antwoord

Verschillen tussen psychische en somatische aandoeningen liggen niet ten grondslag aan het invoeren van een eigen bijdrage in de GGZ. De maatregel is een gevolg van de noodzaak tot matiging en verantwoorde ontwikkeling van overheidsuitgaven en om de bestaande perverse prikkels in het systeem te corrigeren. Zoals ik al aangaf: er is sprake van een zeer forse groei (meer dan 100% in 9 jaar) van de uitgaven in de sector GGZ.

Naast maatregelen om te komen tot een efficiëntere behandeling, vereist dat ook dat patiënten een meer bewuste keuze maken of zij daadwerkelijk hulp nodig hebben en of ze hulp in de eerste lijn of in de tweede lijn nodig hebben. Daarbij moeten ze zich bewust zijn van de kosten. In de tweede lijn wordt een aanzienlijk aantal mensen behandeld met een milde problematiek. Het tot nu toe ontbreken van een eigen bijdrage voor de tweede lijn vormt een onjuiste prikkel om juist voor die duurdere zorg te kiezen. Het herstellen van deze weeffout acht ik een alleszins gerechtvaardigde motivering voor de invoering van een eigen bijdrage in de tweedelijns GGZ.

De SP-fractie vraagt een berekening van de minister van de hoogte van de eigen bijdrage die een psychiatrische schizofrene patiënt moet doen als hij decompenseert, opgenomen moet worden ter bescherming van zichzelf en zijn omgeving gedurende 6 weken, medicatie krijgt en vervolgens nog 4 maanden dagbehandeling voor 3 dagen per week volgt.

Antwoord

Deze patiënt zal gedurende de laatste weken van zijn opname een eigen bijdrage voor verblijf moeten betalen. De eerste maand is de patiënt daarvan vrijgesteld, de laatste twee weken zal hij een eigen bijdrage van circa € 75 moeten betalen. Voor de behandeling is de patiënt een eigen bijdrage van € 275 verschuldigd. In totaal zal hij of zij dus een eigen bijdrage van € 350 moeten betalen. Ik verwijs hierbij wederom naar de motie Van der Staaij/Bruins Slot van afgelopen donderdag.

Geldt de eigen bijdrage GGZ ook voor iemand die met een rechtelijke machtiging gedwongen is opgenomen en voor TBS-ers?

Antwoord

De eigen bijdrage geldt niet voor een verzekerde die op grond van een rechtelijke machtiging als bedoeld in de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen tweedelijns GGZ ontvangt. De zorg aan TBS-ers valt onder de verantwoordelijkheid van de minister van veiligheid en Justitie. De minister van veiligheid en justitie geeft aan dat de eigen

bijdrage bij forensische zorg alleen wordt geheven als die ook van patiënten met een bopzmachtiging wordt geheven. Zij vallen dus niet onder deze regeling.

De minister vermeldt in de toelichting dat invoering van eigen bijdragen in de GGZ tot een daling leidt van het besteedbaar inkomen van verzekerden, die gebruik maken van deze zorg. In Hoeverre acht de minister dit gewenst, gezien het feit dat het soms patiënten betreft die een gevaar kunnen betekenen voor zich zelf of hun omgeving? Wie is er verantwoordelijk als er rampen gebeuren?

Antwoord

Mensen die een gevaar zijn voor zichzelf of voor hun omgeving kunnen met een rechterlijke machtiging op grond van de wet BOPZ worden opgenomen. Voor deze mensen wordt geen eigen bijdrage geheven.

De leden van de SP-fractie informeren of de minister van plan is om (op termijn) ook een eigen bijdrage voor ziekenhuisverblijf in te voeren?

Antwoord

Op dit moment zijn er geen plannen om ook een eigen bijdrage voor ziekenhuisverblijf in te voeren.

Hoe moet de eigen bijdrage worden geregeld indien een somatische patiënt tijdens ziekenhuis opname ook psychiatrisch, en binnen hetzelfde ziekenhuis door een somatisch en een psychiatrisch specialist behandeld moeten worden?

Antwoord

Indien een verzekerde tijdens een ziekenhuisverblijf voor een somatische aandoening ook door een psychiater moet worden behandeld en daarvoor een GGZ-DBC wordt geopend, dan is deze verzekerde de eigen bijdrage voor de tweedelijns-GGZ van € 275 verschuldigd. Omdat het ziekenhuisverblijf niet in verband met een geneeskundige GGZ-behandeling plaatsvindt, geldt de eigen bijdrage voor GGZ-verblijf van € 145 per maand niet.

De leden van de SP-fractie vragen zich af of het invoeren van een eigen bijdrage in de GGZ tweede lijn niet in strijd is met de Wet gelijke behandeling.

Antwoord

De Algemene wet gelijke behandeling heeft betrekking op onderscheid tussen personen op grond van godsdienst, levensovertuiging, politieke gezindheid, ras, geslacht, nationaliteit, hetero- of homoseksuele gerichtheid of burgerlijke staat. Het maken van onderscheid op deze gronden is verboden. Bij de voorgenomen invoering van een eigen bijdrage in de tweedelijns GGZ is evenwel geen sprake van het maken van onderscheid op een van deze gronden.

Los van de Algemene wet gelijke behandeling vloeit uit artikel 1 van de Grondwet reeds voort dat mensen in gelijke gevallen gelijk moeten worden behandeld en dat discriminatie (d.w.z. het maken van een ongerechtvaardigd onderscheid in gelijke gevallen) wegens godsdienst, levensovertuiging, politieke gezindheid, ras, geslacht of op welke grond dan ook, niet is toegestaan.

Ik hecht er dan ook aan elke twijfel weg te nemen over de vraag of door het invoeren van de eigen bijdrage een ongerechtvaardigd onderscheid wordt gemaakt tussen somatische patiënten en patiënten in de GGZ. Waar het om gaat, is of er ook sprake is van ongerechtvaardigd onderscheid in gelijke gevallen.

Ik wijs er allereerst op dat de Zvw het mogelijk maakt om de dekking van de verzekering bij of krachtens amvb vast te stellen (artikel 11). Dat betreft niet alleen de omvang van de zorg zelf, maar tevens de vraag of de verzekerde de kosten van bepaalde zorg gedeeltelijk voor eigen rekening moet nemen. Op dit punt bestaat beleidsruimte. Van die beleidsruimte mag slechts gebruik worden gemaakt in overeenstemming met het recht. Een verschil in behandeling tussen groepen patiënten zal dus moeten kunnen worden herleid tot relevante verschillen tussen die groepen. Maar als dat het geval is, kan dan ook, net zoals het mogelijk is om op grond van een zorgvuldige afweging bepaalde zorg wel en andere niet of beperkt onder de dekking van de verzekering te doen vallen, op goede gronden worden besloten dat voor bepaalde zorg een deel van de kosten voor rekening van de verzekerde blijft.

De maatregel is een uitvloeisel van de noodzaak tot matiging en verantwoordelijke ontwikkeling van overheidsuitgaven (tekorten en cumulatie van overschrijdingen tegengaan, groei van kosten structureel beheersen en sturen op juiste zorgvolume op de juiste plek). Maar het gaat om een inhoudelijke keuze op grond van een zorgvuldige analyse en afweging. In de sector GGZ is sprake van een zeer grote groei van de uitgaven (meer dan 100% in 9 jaar). Om geen afbreuk te doen aan de zorg in andere sectoren, zal daarvoor in beginsel binnen die sector een oplossing moeten worden gevonden.

In de tweede lijn wordt een aanzienlijk aantal mensen behandeld met een milde problematiek; een deel daarvan zou evengoed of beter kunnen worden geholpen in de goedkopere eerste lijn. Naast maatregelen om te komen tot een efficiëntere behandeling, is het noodzakelijk dat patiënten een bewuste keuze maken of zij hulp nodig hebben en of ze hulp in de eerste lijn of in de tweede lijn nodig hebben. Daarbij moeten ze zich bewust zijn van de kosten. Het tot nu toe ontbreken van een eigen bijdrage voor de tweede lijn vormt een onjuiste prikkel om voor die duurdere zorg te kiezen.

Het herstellen van deze weeffout teneinde de kosten van de zorg in de GGZ-sector in het belang van alle patiënten te beheersen, acht ik een alleszins gerechtvaardigde motivering voor de invoering van een eigen bijdrage in de tweedelijns GGZ. Waar nodig, worden in andere sectoren ook op de situatie in die sectoren toegespitste maatregelen genomen. Ik zie dan ook geen enkele grond voor de stelling – zoals die ook door prof. Kahn in een ingezonden open brief in de NRC is betrokken – dat er sprake is van ongelijke behandeling van gelijke gevallen. Het niet hanteren van een eigen bijdrage voor de tweedelijns GGZ zou mogelijk als ongelijke behandeling kunnen worden gezien door verzekerden die eerstelijns GGZ ontvangen en daarvoor sinds 2008 een eigen bijdrage verschuldigd zijn.

Net zoals niet alle zorg collectief is verzekerd, waardoor mensen daarvoor feitelijk een 100% eigen bijdrage hebben, kan er op goede gronden voor worden gekozen de zorg wel volledig in het pakket op te nemen, maar de verzekerde een deel van de zorg zelf te laten betalen.

Is er (in andere landen) onderzoek bekend waaruit blijkt dat het invoeren van eigen bijdragen voor GGZ patiënten een vermindering van toeloop bewerkstelligde?

Antwoord

Amerikaanse studies duiden op een gedragseffect in de GGZ, het gaat dan met name om de ambulante gespecialiseerde zorg. Een stijging van de eigen bijdrage met 1% doet het volume dalen met 1%.

Is de minister het eens met de stelling dat verhoging van de eigen bijdrage aan ELP hulp en verlaging van het aantal te vergoeden zittingen een grotere druk op huisartsenzorg en AMW met zich meebrengen en

overigens ook op (duurdere) tweedelijnszorg? Berust de verlaging van het aantal zittingen op een richtlijn van de beroepsgroep?

Antwoord

Verlaging van het aantal zittingen berust niet op een richtlijn van de beroepsgroep. De verlaging van het aantal zittingen zie ik echter als een stimulans om efficiënter te gaan behandelen. Zo kan door een gecombineerd (preventief) hulpaanbod van e-health en face-to-face behandelingen de behandelduur ingekort worden. Daarnaast heb ik groot vertrouwen in taakherschikking en de rol die de praktijkondersteuner huisartsenzorg GGZ (POH-GGZ) in de toekomst kan spelen. Daarbij zal veel meer een samenspel moeten komen tussen huisarts, POH-GGZ, eerstelijnspsycholoog en psychiater.

Als de eerste lijn efficiënter gaat werken en het samenspel tussen de verschillende actoren in de GGZ goed tot stand komt, dan zal de druk op de huisartsenzorg en algemeen maatschappelijk werk niet toenemen. Het is in het belang van de patiënt dat we daarop gezamenlijk fors inzetten.

Moet naast een eigen bijdrage voor tweedelijns GGZ ook nog een (deel) van het eigen risico worden betaald?

Antwoord

Ja. De verzekerde is voor tweedelijns GGZ eerst de eigen bijdrage verschuldigd. De kosten van de tweedelijns GGZ verminderd met de verschuldigde eigen bijdrage, zijn van belang voor het verplicht resp. het eventuele vrijwillig eigen risico. Dit volgt uit artikel 23, tweede lid, Zvw.

Wat is de achtergrond/onderbouwing van het verwijderen van de behandeling van een aanpassingsstoornis uit het pakket? Wat is een aanpassingsstoornis volgens de minister en is zij van mening dat deze altijd zonder meer duidelijk gediagnosticeerd kan worden? Wie stelt de diagnose? Zeker in een deel van de gevallen zal dat de tweedelijns GGZ deskundige zijn die dus na de diagnose de cliënt naar huis zal moeten sturen, als hij geen behandeling kan/wil betalen. Vindt de minister dat wenselijk? Waarom diagnostiek wel en behandeling van aanpassingsstoornissen niet in het pakket?

Antwoord

Een aanpassingsstoornis is een psychische aandoening. Deze treedt op als reactie op de emotionele en psychische stress die ontstaat bij belangrijke veranderingen in het leven. Aanpassingsstoornissen komen in acute en chronische vorm voor. Het DSM-IV geeft de volgende criteria voor een aanpassingsstoornis:

- De ontwikkeling van emotionele symptomen en gedragsvormen als reactie op een aanwijsbare stressfactor. De aandoening uit zich binnen drie maanden na het optreden van de stressfactor.
- De symptomen en het gedrag zijn klinisch duidelijk aantoonbaar, wat blijkt uit een van de twee volgende criteria of beide:
 1. aantoonbare spanning die erger is dan bij de stressfactor verwacht kan worden
 2. duidelijke hinder in de sociale omgang of op het werk.
- De stressgerelateerde stoornis voldoet niet aan de criteria voor een andere specifieke stoornis uit As I en is niet uitsluitend een symptoom van een bestaande stoornis uit As I of As II.
- De symptomen komen niet voort uit rouwverwerking.
- Als de stressfactor of de gevolgen zijn verdwenen, blijven de symptomen niet langer dan zes maanden aanwezig.

Patiënten ervaren bij een aanpassingsstoornis psychische klachten die lijken op een depressie of angststoornis, maar dan als gevolg van een specifieke gebeurtenis in hun dagelijks leven, zoals een scheiding.

De klachten zijn niet zodanig dat de diagnose depressie of angststoornis gerechtvaardigd is. Daarom wordt een aanpassingsstoornis gezien als een relatief lichte aandoening en is het vanaf 2012 niet langer onderdeel van het basispakket.

Op basis van onderzoek zijn er aanwijzingen dat de diagnose aanpassingsstoornis relatief mild is. Daar komt bij dat aanpassingsstoornissen over het algemeen kortdurend zijn. Dit geldt dan voor de «gemiddelde patiënt».

Dat er in de praktijk sprake kan zijn van een behoorlijke spreiding van klachten doet hier weinig aan af. Vooral daar waar er sprake is van ernstigere vormen van een aanpassingstoornis, kan de alternatieve diagnose depressie of angststoornis gerechtvaardigd zijn. Wellicht treedt als gevolg van deze maatregel verschuivingen in indicatiestelling plaatsvinden. Het is evenwel aan de professionals in de praktijk om op basis van een adequate inschatting van ernst van klachten in individuele gevallen steeds een zorgvuldige diagnose te stellen.

Wanneer een GGZ-professional deze diagnose stelt, kan een patiënt ervoor kiezen om op eigen kosten een behandeling te ondergaan. Mogelijk zijn de kosten ook gedekt door een eventuele aanvullende verzekering.

Met de verwijdering van de behandeling voor een aanpassingstoornis uit een pakket kies ik er voor om dit niet meer collectief te vergoeden. Dat staat los van de medisch-inhoudelijke beoordeling of een dergelijke behandeling noodzakelijk is.

Het is nog steeds aan professionals in de praktijk om op basis van informatie van de patiënt te bepalen wat de aard en ernst van psychische klachten is en welke behandeling noodzakelijk is. Ik verwacht dat zij hierbij uitgaan van de bestaande multidisciplinaire richtlijnen.

De geconstateerde kostenoverschrijding en het huidige groeipad in de GGZ maken ingrijpende maatregelen noodzakelijk. Dat betekent dat ik patiënten en professionals meer aan wil spreken op hun eigen verantwoordelijkheid, die ook betrekking heeft op de behoudbaarheid van goede zorg voor iedereen die dat nodig heeft. Omdat bij de diagnose aanpassingstoornis over het algemeen sprake is van milde klachten, waarbij kortdurende (eerstelijns) behandeling volstaat, durf ik dit te doen vooruitlopend op het advies van het CVZ.

Voldoet de behandelmethode stoppen met roken niet aan de pakketcriteria van noodzakelijkheid, effectiviteit, kosteneffectiviteit en doelmatigheid?

Antwoord

Het stoppen met roken programma voldoet aan de eis van kosteneffectiviteit. Daarom heeft het CVZ er ook positief over geadviseerd. Kosteneffectiviteit betekent dat de kosten van het programma het waard zijn gemaakt te worden in relatie tot de gezondheidswinst.

Daarbij is kosteneffectiviteit een aparte afwegingsvraag voor pakketopname of de met de aanspraak gemoeide kosten niet voor eigen rekening kunnen komen. Ik ben van mening dat dat in het geval van het stoppen met roken programma het geval is. De facto betekent het schrappen van het stoppen met roken programma dat de kosten van de ondersteunende geneesmiddelen niet meer worden vergoed. Het wegvallen van deze vergoeding kunnen de rokers zelf opvangen uit het geld dat ze besparen door niet meer te roken.

Voor de volledigheid merk ik op dat na het schrappen van het stoppen met roken programma uit de aanspraken de pakketsituatie wordt hersteld zoals het CVZ die op 30 juni 2008 heeft «geduid». Dat betekent dat nog wel voor vergoeding in aanmerking komen:

- korte stopadviezen die huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen geven als onderdeel van hun gebruikelijke zorgcontacten
- intensievere vormen van begeleiding van bovengenoemde zorgverleners die gericht zijn op gedragsverandering. (Het gaat om een serie van tenminste vier contacten van tenminste tien minuten in een periode van één tot enkele maanden. Deze vorm van begeleiding kan, hetzij individueel hetzij groepsgewijs plaatsvinden).

Waarom is met het stoppen met roken programma niet gewerkt met het instrument van voorwaardelijke toelating?

Antwoord

Voorwaardelijke toelating is een instrument in het kader van stringent pakketbeheer om duidelijkheid te verkrijgen over de therapeutische meerwaarde en kosteneffectiviteit van bestaande methoden en van de toelating van nieuwe behandelmethoden tot het pakket. Deze mogelijkheid wordt geleidelijk ingevoerd. De behandelmethoden moeten ook beoordeeld worden op criteria zoals of iets voor iemands eigen verantwoording en rekening kan komen.

Hetzelfde vragen de leden van de SP-fractie met betrekking tot het voornemen dieetadvisering uit het pakket te verwijderen.

Antwoord

Ook voor dieetadvisering is voorwaardelijke financiering niet aan de orde omdat het niet gaat om de vraag of de zorg effectief is maar om de vraag of deze zorg, ten laste van de collectieve middelen moet komen. Verder zal, zoals ik in mijn brief van 28 juni 2011, CZ/EK-3070985, heb aangegeven, de dieetadvisering (zowel de specialistische als de meer algemene advisering en begeleiding) in geval van ketenzorg bij COPD, diabetes en vasculair risicomangement onderdeel blijven uitmaken van het pakket.

Wanneer gaat de minister de beoogde effecten evalueren?

Antwoord

Een specifieke evaluatie van de maatregelen is niet voorzien. Wel zal ik de eigenbijdrage maatregelen in de GGZ-sector monitoren, met name hoe deze uitpakken voor lage inkomens.

Inbreng GroenLinks-fractie

Wanneer kan de beleidsagenda verwacht worden? Hoe verhouden de keuzes in de huidige brief van de minister zich tot de met de sector te ontwikkelen beleidsagenda? Zijn de hier gemaakte keuzes in overeenstemming met adviezen uit de sector? Sluiten ze aan op wat in de beleidsagenda te verwachten is? In welke zin en in welke mate zijn de keuzes in de huidige brief meer dan een bezuinigingsmaatregel en welke kwaliteitsslag wordt ermee bereikt?

Antwoord

Ik nodig het veld uit op korte termijn met mij in gesprek te gaan over de beleidsagenda. Mijn streven is om eind van het jaar een gezamenlijk opgestelde beleidsagenda te hebben. Ik wil graag afspraken maken over een totaalpakket om de GGZ toekomstbestendig te maken en innovatie te kunnen laten plaatsvinden. Ik denk daarbij aan de volgende onderwerpen: preventie, zelfmanagement, e-health, versterking eerstelijns, ambulantiëring, invoering prestatiebekostiging, verplichte zorg, kwaliteit en patiëntveiligheid. Ik verwacht dat we op veel punten gezamenlijk stappen kunnen zetten.

Op grond waarvan heeft de minister de verwachting dat een efficiëncyslag in de curatieve GGZ gemaakt kan worden? Hoe groot is het efficiency-verlies in de huidige situatie? De formuleringen in de brief roepen bovendien de vraag op hoe effectiviteits- en efficiëntiedoelstellingen zich verhouden. Als de minister schrijft (pag. 2) «Waar nodig zal moeten worden ingezet op groepsbehandelingen», dient dan die afweging te worden gemaakt op zorginhoudelijke of op zorgeconomische gronden? Bedoelt de minister inderdaad «waar nodig» of «waar mogelijk»?

Antwoord

Hoe groot het efficiency-verlies precies is, is onbekend. Momenteel wordt echter een aanzienlijk aantal patiënten met lichte/milde psychische problematiek onnodig behandeld in de dure tweedelijns GGZ. Daarbij ben ik van mening dat de zorg ook efficiënter kan worden geleverd bijvoorbeeld door middel van e-health en taakherschikking in de eerstelijns. De afweging die daarbij gemaakt moet worden is zowel op zorginhoudelijke als zorgeconomische gronden.

Het is in het grootste belang dat wij nu maatregelen nemen om zorg betaalbaar te houden, voor nu en de toekomst. Dat is cruciaal omdat mensen die zorg nodig hebben dat ook moeten krijgen of ze nu arm/rijk, oud/jong zijn. De solidaire basis van ons ziektekostensysteem moet betaalbaar blijven. Dat is in het belang van de kwetsbare en minder gefortuneerden in onze samenleving. Om de zorg betaalbaar te houden is het van belang om kwalitatief zo goed mogelijke zorg tegen de laagst mogelijke kosten te leveren, en niet meer zorg dan nodig.

De minister is van mening dat er een financiële prikkel bij patiënten is om te kiezen voor tweedelijnszorg. Impliceert dat een visie van de regering dat de poortwachtersfunctie in de GGZ onvoldoende gerealiseerd wordt? Zo ja, is er dan geen alternatieve, inhoudelijker maatregel te treffen? Zo nee, waarom zou dan het veranderen van de financiële prikkel gedragseffecten opleveren?

Antwoord

De poortwachtersfunctie in de GGZ moet worden versterkt. Huisartsen en eerstelijnspsychologen doen al goed werk, maar cijfers laten ook zien dat er nog beter verwezen en behandeld kan worden in de eerstelijns.

Huisartsen schrijven bijvoorbeeld nog erg veel antidepressiva voor (56%) en eerstelijnspsychologen kunnen meer mensen gaan behandelen. Mijns inziens kan de zorg ook efficiënter worden geleverd, ook door middel van e-health en taakherschikking in de eerstelijns. Zie overigens ook mijn antwoord op de voorafgaande vraag.

Ik heb de NZa gevraagd om advies hoe de zorg meer rondom de patiënt te kunnen organiseren, dicht bij huis, rekening houdend met mijn speerpunten. Begin 2012 informeer ik u over mijn vervolgstappen aan de hand van dit advies van de NZa.

De minister suggereert zorgverzekeraars de restitutievergoeding voor niet-gecontracteerde aanbieders te verlagen om zo verzekerden te stimuleren naar gecontracteerde zorg te gaan. Is dit niet een belemmering voor het invoeren van niet-gecontracteerde zorg, met name voor patiënten met minder financiële mogelijkheden?

Antwoord

Mijn suggestie is bedoeld om verzekerden te stimuleren zich te wenden tot gecontracteerde zorgaanbieders. Op die wijze worden zorgaanbieders gestimuleerd een overeenkomst met zorgverzekeraars te sluiten. Het kan zijn dat een lagere restitutievergoeding deze aanbieders er wel toe aanzet om een overeenkomst te sluiten. Indien over een overeenkomst wordt onderhandeld, kan de zorgverzekeraar daarin ook de voor hem essentiële

punten op het terrein van zorginkoop inbrengen en afspraken maken over kwaliteit, volume en prijs.

Wat betreft de restitutievergoeding is van belang dat de zorgverzekeraar zelf bepaalt hoe hoog deze is. De hoogte van de restitutievergoeding mag geen belemmering vormen voor het invoeren van niet-gecontracteerde zorg. Dit met het oog op de keuzevrijheid van de verzekerde. Wel kan de hoogte verschillen per zorgsoort en kan deze ook afhangen van de mate waarin de zorgverzekeraar de verzekerde gecontracteerde zorg kan bieden. De NZa heeft in het toetsingskader zorgplicht van mei 2011 de restitutievergoeding nader toegelicht, zodat het voor zorgverzekeraars duidelijk is waar zij zich aan hebben te houden.

Indien zorgverzekeraars de restitutievergoeding verlagen, stimuleert dit verzekerden gebruik te maken van gecontracteerde zorg. Om die reden wordt met de restitutievergoeding niet de volledige kosten vergoed. Het is ook de opzet dat verzekerden zich wenden tot gecontracteerde zorgaanbieders. Immers, bij gecontracteerde zorgaanbieders maken zorgverzekeraars afspraken over volume, prijs en kwaliteit van de zorg. Juist van mensen met minder financiële mogelijkheden kan dit grote voordelen bieden omdat de premieverlaging die door bulk-contractering verworven kan worden, doorberekend wordt aan de verzekerde.

Het instrument van de eigen bijdrage is gebaseerd op het idee dat mensen hun zorgbehoefte in zekere mate kunnen reguleren. Geldt dat idee ook bij de huidige maatregelen en bij deze groep patiënten? Is de minister van oordeel dat patiënten in de GGZ ten onrechte gebruik maken van de eerste- en tweedelijnszorg? Hoe beoordeelt de minister de informatie dat GGZ-patiënten gemiddeld 30% minder inkomen hebben dan anderen (volgens GGZ Nederland, LPGGZ en NVvP). Wat zijn de te verwachten gevolgen van deze maatregelen voor het noodzakelijke zorggebruik van bij uitstek kwetsbare groepen patiënten?

Antwoord

Doordat het gebruik in de GGZ ieder jaar met bijna 10% stijgt en de kosten daardoor ook toenemen, vind ik het belangrijk dat ook patiënten zelf een financiële bijdrage leveren aan de kosten van hun behandeling. Ik introduceer deze eigen bijdrage dus niet omdat ik van mening ben dat mensen ten onrechte gebruik maken van de GGZ. Het principe achter de eigen bijdrage is dat een patiënt maximaal de eigen bijdrage zelf kwijt is aan zorg en de rekening daarboven collectief wordt opgepakt door de samenleving.

Een substantieel deel van de mensen met lichte of milde psychische problematiek maakt gebruik van de tweedelijns GGZ. Het is belangrijk dat die mensen in de eerstelijns worden geholpen, ook vanuit kwalitatief oogpunt. Daarom is de eigen bijdrage in de tweedelijns ook belangrijk én hoger dan in de eerstelijns. Daarbij vind ik het wel belangrijk dat waar dat kan en geen sprake is van ziekte mensen terug vallen op het sociale steunsysteem. Ik verwacht dat de eigen bijdrage dat kan teweegbrengen. De zorg van de leden van de GroenLinks-fractie dat dit voornamelijk mensen met ernstige psychiatrische problemen zal treffen, deel ik niet. Ik heb gekozen voor een eigen bijdrage van € 275, waarbij deze eigen bijdrage maar één keer per jaar wordt geheven. Voor minder -financieel draagkrachtigen is het mogelijk te vragen om de eigen bijdrage in termijnen te betalen. Daarnaast zal ik naar aanleiding van de motie Van der Staaij/Bruins Slot met de sector in overleg treden.

Het aantal zittingen bij de eerstelijnspsycholoog wordt beperkt tot 5. Wat is de zorginhoudelijke argumentatie voor dit aantal?

Antwoord

Verlaging van het aantal zittingen berust niet op een richtlijn van de beroepsgroep. De verlaging van het aantal zittingen zie ik echter als een stimulans om efficiënter te gaan behandelen, bijvoorbeeld door een gecombineerd (preventief) hulpaanbod van e-health en face-to-face behandelingen kan de behandelduur ingekort worden. Zoals ik al in een eerder antwoord opmerkte: ook van belang zijn taakherschikking, de rol van de POH-GGZ in de toekomst en meer samenspel tussen huisarts, POH-GGZ, eerstelijnspsycholoog en psychiater.

Als de eerstelijns efficiënter gaat werken en het samenspel tussen de verschillende actoren in de GGZ goed tot stand komt, dan zal de druk op de huisartsenzorg en AMW niet toenemen.

Wat zijn de redenen dat patiënten niet komen opdagen? Is het vermoeden gerechtvaardigd dat dit met name ook problematische zorgmijders zijn? Op grond waarvan meent de minister dat de no-show maatregel hen zal stimuleren om wel te komen? Hoe groot is het risico dat deze groep helemaal geen afspraken meer maakt? Zijn er geen andere maatregelen nodig om zorgmijders juist te bereiken met noodzakelijke zorg?

Antwoord

Voor afspraken bij de eerstelijnspsycholoog is het nu al zo dat een patiënt een rekening kan krijgen als hij niet komt. In de tweedelijns wil ik dat ook zo regelen. Ik vind het niet meer dan redelijk dat een cliënt zelf de kosten draagt als hij zijn afspraak niet nakomt.

Uit een analyse van dbc-gegevens door DBC Onderhoud blijkt dat no-show bij alle diagnoses voorkomt. Ik heb geen gegevens die uw vermoeden staven dat met name problematische zorgmijders niet komen opdagen voor hun afspraak. Ik verwacht overigens inderdaad dat deze maatregel mensen een extra (financiële) stimulans zal geven om toch naar een afspraak te komen, ook als het even niet lekker gaat.

Overigens is het aan de zorgaanbieder om te bepalen of hij een financiële bijdrage vraagt als een patiënt de afspraak niet nakomt. Een behandelaar dient hierover duidelijke afspraken te maken met een cliënt, bijvoorbeeld over tijdig afzeggen. Ik zou me kunnen voorstellen dat een behandelaar in bepaalde gevallen om zorginhoudelijke redenen afsprekt geen financiële bijdrage te vragen indien een patiënt niet komt opdagen.

Hoe beoordeelt de minister uitingen uit de sector, zoals de brief van de Parnassia Bavogroep van 25 juni 2011 waarin wordt gewaarschuwd dat de hoge drempels grote risico's voor de geestelijke volksgezondheid inhouden met inbegrip van onnodige suïcides?

Antwoord

Suïcidepreventie is een beleidsterrein waarop er een aantal belangrijke stappen is gezet. Helaas betekent dit niet dat alle suïcides zijn te voorkomen. Dit komt onder meer doordat een substantiële groep die suïcide pleegt, op dat moment niet in zorg (meer) is of helemaal niet in zorg geweest is.

Dit jaar nog heb ik in het debat met de Tweede Kamer op 16 maart jl. aangegeven dat ik het voorlopige streefcijfer van vijf procent minder suïcides per jaar wil handhaven totdat de Multidisciplinaire richtlijn behandeling en beoordeling suïcidaal gedrag is verschenen (najaar 2011). Ook uit de Beleidsagenda suïcidepreventie blijkt dat ik inzet op preventie van suïcide. Daarnaast financier ik ook de Stichting 113online tot wie mensen die suïcidaal zijn zich *anoniem* voor crisishulpverlening via internet of via de telefoon kunnen wenden. Nu deze personen anoniem zijn, is de eigen bijdrage geen drempel om hulp te zoeken en te krijgen. Er is dus zeer laagdrempelige hulpverlening aan mensen met suïcidale klachten waarvoor de eigen bijdrage niet geldt.

Waarom heeft de minister de constructieve oplossingsrichtingen van GGZ-Nederland en de sector zoals vermeld in de brief niet gevolgd?

Antwoord

In de genoemde brief van de Parnassia Bavogroep wordt een aantal alternatieven voorgesteld voor de eigenbijdrage maatregelen. Zo wordt voorgesteld om de kosten per patiënt in de GGZ te verlagen door steeds meer mensen ambulante in plaats van intramuraal te behandelen, meer samen met de huisarts te doen en meer mensen via internet te behandelen. Daarnaast wordt gepleit voor een bestrijding van de bureaucratie. Ook wordt een generieke verhoging van het eigen risico in de zorg bepleit in plaats van een specifieke eigen bijdrage voor GGZ in de tweede lijn. Ik ben van mening dat er binnen de GGZ inderdaad via diverse sporen een efficiëncyslag gemaakt kan worden. Ik vind het heel belangrijk dat op deze punten verdere stappen worden gezet met de sector. Het is ook – in lijn met de voorstellen uit de brief van Parnassia Bavogroep – mijn bedoeling om samen met de sector een brede beleidsagenda op te stellen, waarin ik met de sector op dit soort punten afspraken wil maken.

De sector zal deze punten wel zelf moeten implementeren. Op die wijze kunnen zij ook de aangekondigde tarief- en budgetkorting accommoderen. Ik verwacht echter niet dat zij hiermee al in 2012 – aanvullend daarop – ook de opbrengst van de eigenbijdrage maatregel aan besparingen zouden kunnen realiseren.

Daarnaast zijn er ook andere redenen waarom ik een eigen bijdrage invoer voor de tweedelijns GGZ. Momenteel is bij de patiënten een financiële prikkel aanwezig is om te kiezen voor (duurdere) tweedelijnszorg, gezien het feit dat er in de tweede lijn geen eigen bijdrage is maar wel in de eerste lijn. Die ongewenste prikkel wil ik wegnemen. Dat lukt niet met een generieke verhoging van het eigen risico.

Enkele sporen waarlangs stappen kunnen worden gezet naar meer efficiëntie zijn:

- De eerstelijnszorg kan meer vraag opvangen vanuit de tweedelijns-GGZ
- Intramurale zorgverlening kan meer worden geambulantiseerd.
- Behandelingen voor de patiënt zullen zo effectief mogelijk moeten worden ingericht: snelle diagnostiek en niet onnodig lang behandelen. Waar nodig zal moeten worden ingezet op het geven van groepsbehandelingen.
- Ook e-health zal een veel groter deel moeten gaan uitmaken van het behandelplan van een patiënt. Door een gecombineerd (preventief) hulpaanbod van e-health en face-to-face behandelingen kan de behandelduur ingekort worden. Het gebruik hiervan is op dit moment relatief beperkt: slechts 4,7% van de mensen met psychische problemen gebruikt dit medium. Verschillende goede voorbeelden in Nederland geven aan dat deze manier van werken de behandeltermijn doet verkorten met goede resultaten.
- De invoering van prestatiebekostiging zal een einde maken aan de dubbele administratie die instellingen momenteel moeten voeren (in budgetparameters en in DBC's). Mijn inzet is per 2013 over te gaan op prestatiebekostiging; e.e.a. is afhankelijk van het overleg met de sector en het tempo daarvan.

De minister kiest er voor aanpassingsstoornissen uit het pakket te verwijderen. Dat suggereert dat het een stoornis is waarvoor hulp niet noodzakelijk is en die geen verzekering behoeft. Hoe beoordeelt de minister in dat licht de omschrijving in DSM-IV dat er sprake is van «significante beperkingen in sociaal of beroepsmatig (studie) functio-neren»? Wat zijn de maatschappelijke gevolgen en kosten van het wegvallen van adequate zorg voor deze stoornis?

Antwoord

Een aanpassingsstoornis wordt gezien als een relatief lichte aandoening omdat de klachten niet zodanig zijn dat de diagnose depressie of angststoornis gerechtvaardigd is.

Op basis van onderzoek zijn er aanwijzingen dat de diagnose aanpassingsstoornis relatief mild is. Daar komt bij dat aanpassingsstoornissen over het algemeen kortdurend zijn.

Dat er in de praktijk sprake kan zijn van een behoorlijke spreiding van klachten doet hier weinig aan af. Vooral daar waar er sprake is van ernstigere vormen van een aanpassingsstoornis, kan de alternatieve diagnose depressie of angststoornis gerechtvaardigd zijn.

Cliënten met een aanpassingsstoornis kunnen wel degelijk significante beperkingen ervaren in sociaal of beroepsmatig (studie) functioneren. Dat wil niet zeggen dat een behandeling in de tweedelijns GGZ vergoed moet worden. Er zijn vele behandelingen die in de zorg worden gegeven, maar die niet collectief worden vergoed (tandheelkunde boven de 18, fysiotherapie voor het grootste deel, etc.).

Wat zijn de gevolgen van de tariefkorting van € 222 miljoen? Kan de sector deze korting opvangen zonder afbreuk te doen aan de noodzakelijke zorg?

Antwoord

Zoals ik heb aangegeven ben ik van mening dat er een efficiëncyslag moet worden gemaakt, de eerstelijnszorg meer vraag kan opvangen vanuit de tweedelijns-GGZ en intramurale zorgverlening meer kan worden geambulantiseerd. Overigens kunnen over de gehele kabinetsperiode bezien zorgaanbieder nog altijd blijven groeien, met deze plannen is sprake van afvlakken van de groei. Alleen voor 2012 vindt er een daling plaats in de beschikbare middelen.

De minister stelt dat de bevoegdheid om bij ministeriële regeling delen van de zorg uit te sluiten moet worden verruimd. Geldt dat alleen voor het huidige voorstel om aanpassingsstoornissen uit te sluiten of betreft het een algemene verruiming van bevoegdheden? Op welke wijze blijft toezicht door de Kamer mogelijk?

Antwoord

Het betreft een algemene verruiming van bevoegdheden die geldt voor de geneeskundige zorg bedoeld in artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering en niet enkel voor het uitsluiten van aanpassingsstoornissen. Voorstellen om met gebruikmaking van deze verruimde bevoegdheid vormen van zorg van het verzekerde pakket uit te sluiten, worden vooraf aan de Kamer meegedeeld. Op die wijze blijft de Kamer daarbij betrokken.