



Zorginstituut Nederland

## **Kindergeneeskunde**

(Afbakening Jeugdwet en Zorgverzekeringswet)

Datum 13 april 2015

Status Definitief



Colofon

Projectleider  
Volgnummer  
Zaaknummer  
Opdrachtgever  
Opdrachtnemer  
Contactpersoon

Afdeling



Inhoud

**Colofon—1**

**Samenvatting—5**

**1 Inleiding—9**

**2 Wettelijk kader Jeugdwet en Zorgverzekeringswet—11**

- 2.1 Inleiding—11
- 2.2 Verschil verzekerde zorg en jeugdhulpplicht—11
  - 2.2.1 Verzekerde zorg Zorgverzekeringswet - aanspraken—11
  - 2.2.2 Jeugdhulpplicht in de Jeugdwet—11
- 2.3 Geestelijke Gezondheidszorg in de Zorgverzekeringswet—12
  - 2.3.1 Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg—12
  - 2.3.2 Geestelijke gezondheidszorg in de huisartsenpraktijk—12
  - 2.3.3 Medisch psychologische zorg en consultatieve psychiatrie—13
  - 2.3.4 Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg voor jeugdigen—13
- 2.4 Geestelijke gezondheidszorg voor de jeugd in de Jeugdwet—13
  - 2.4.1 Overheveling geestelijke gezondheidszorg voor jeugdigen vanuit de Zorgverzekeringswet naar de Jeugdwet—13
  - 2.4.2 Het begrip 'jeugdige'—13
  - 2.4.3 Welke zorg in de Jeugdwet?—14
  - 2.4.4 Afbakeningsproblematiek met betrekking tot somatiek en psyche—15
- 2.5 Samenvattende conclusie—17

**3 Proces van beoordeling en standpuntbepaling—19**

- 3.1 Inleiding—19
- 3.2 Standpunt per diagnose 'Gedragsproblematiek/psychosociale pediatrie'—19
  - 3.2.1 ADHD—19
  - 3.2.2 Breath holding spells—19
  - 3.2.3 Eetstoornissen—20
    - 3.2.3.1 *Voedings- en eetstoornissen bij zuigelingen en in de vroege kindertijd*—20
    - 3.2.3.2 *Eetstoornissen*—21
  - 3.2.4 Encopresis—21
  - 3.2.5 Excessief huilen—22
  - 3.2.6 Bedreigde ontwikkeling kind—22
  - 3.2.7 Leerstoornissen—22
  - 3.2.8 Psychiatrische stoornissen (autisme - depressie)—23
  - 3.2.9 Slaapstoornissen—23
  - 3.2.10 Functionele klachten/SOLK—24
  - 3.2.11 Overige psychosociale problemen—25
- 3.3 Samenvatting standpunt per diagnose 'Gedragsproblematiek/psychosociale pediatrie'—26
- 3.4 Overwegingen bij het standpunt—26
- 3.5 Evaluatie—27

**4 Reacties partijen—29**

- 4.1 Consultatie—29
- 4.2 Reacties per consultatievraag—29
- 4.3 Overige opmerkingen—30

**5 Definitief standpunt—31**

- 5.1 Inleiding—31
- 5.2 Samenvatting standpunt per diagnose 'Gedragsproblematiek/ psychosociale pediatrie'—31
- 5.3 Overwegingen bij het standpunt—31

**6 Consequenties standpunt—33**

- 6.1 Inleiding—33
- 6.2 Zorgvrager—33
- 6.3 Zorgaanbieder—33
- 6.4 Nederlandse Zorgautoriteit—34

Bijlage 1: Brief 'Verzoek ZIN afbakening Jeugdwet Zvw Kinderartsen', 9 december 2014

Bijlage 2: Reacties partijen

## Samenvatting

### ***Aanleiding duiding***

Met de invoering van de Jeugdwet op 1 januari 2015 is de geestelijke gezondheidszorg voor de jeugdigen vanuit de Zorgverzekeringswet overgeheveld naar de Jeugdwet. De invoering van de Jeugdwet heeft bij zorgaanbieders en zorgverzekeraars geleid tot de vraag welke zorg voor jeugdigen onder de Zorgverzekeringswet valt en welke zorg onder de Jeugdwet. Naar aanleiding van deze vragen heeft het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) Zorginstituut Nederland verzocht om een duiding op te stellen voor de afbakening van de Jeugdwet en de Zorgverzekeringswet voor de diagnoses 'Gedragsproblematiek/psychosociale pediatrie' in de declaratiesystematiek van de kindergeneeskunde. De duiding is gericht op de behandelingen die onder deze diagnoses gedeclareerd worden.

In de duiding toetsen wij de behandeling van kinderartsen bij de diagnoses gedragsproblematiek/psychosociale pediatrie aan de Jeugdwet en de Zorgverzekeringswet.

In deze duiding gaan wij niet in op de eerder gemaakte keuze van het parlement om de geestelijke gezondheidszorg voor jeugdigen over te hevelen naar de Jeugdwet. De Jeugdwet is uitgangspunt voor deze duiding.

### ***Geestelijke gezondheidszorg voor jeugdigen***

In de Jeugdwet is bepaald dat met ingang van 1 januari 2015 de 'geneeskundige geestelijke gezondheidszorg' voor jeugdigen uit de Zorgverzekeringswet wordt overgeheveld naar de Jeugdwet. Deze zorg aan jeugdigen werd voor 2015 geleverd vanuit de Zorgverzekeringswet. De geneeskundige geestelijke gezondheidszorg is gericht op herstel of voorkomen van een psychische stoornis. Wij gebruiken de DSM-classificatie bij de uitleg van de aanspraak op geneeskundige geestelijke gezondheidszorg.

Huisartsen en praktijkondersteuners van de huisartsen behandelen hun patiënten als er sprake is van psychische problemen. Deze zorg wordt evenals de geestelijke gezondheidszorg die wordt geboden als onderdeel van de integrale behandeling van een medisch specialist en de psychofarmaca voor jeugdigen die extramuraal verblijven gehandhaafd onder de Zorgverzekeringswet.

### ***Afbakeningsproblematiek met betrekking tot somatiek en psyche***

Artikel 2.1, tweede lid van de Jeugdwet roept vragen op ten aanzien van domeinen als het gaat om behandelingen op het grensvlak van somatiek en psyche. We gaan bij de domeinbepaling dan ook uit van uitleg bij de Memorie van Antwoord en de Nadere Memorie van antwoord bij dit artikel uit de Jeugdwet. Hieruit blijkt dat het domein wordt bepaald door de behandelaar die verantwoordelijk is voor het behandeltraject. De behandeling in het kader van de somatische problematiek valt onder de Zorgverzekeringswet en daarmee onder de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar. De behandeling van de psychische problematiek valt onder de Jeugdwet en daarmee onder de verantwoordelijkheid van de gemeente. Voor een integrale behandeling van jeugdigen kan samenwerking tussen behandelaars die uit de verschillende domeinen bekostigd worden, aangewezen zijn.

**Standpunt per diagnose gedragsproblematiek/psychosociale pediatrie'**

In de duiding geven we per diagnose gedragsproblematiek/psychosociale pediatrie een korte beschrijving van de aandoening, de vereiste zorg en het wettelijk domein waar de behandeling van de diagnose onder valt. Op grond van deze informatie komen wij tot ons standpunt per diagnose. In de onderstaande tabel geven wij een samenvatting van ons standpunt.

**Standpunt per diagnose 'Gedragsproblematiek/psychosociale pediatrie'**

<b>Diagnose</b>	<b>Domein voor 1 januari 2015</b>	<b>Domein per 1 januari 2015</b>
ADHD (Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder)	Zvw (huisarts/POH-GGZ en/of MSZ en G-GGZ)	Jw (G-GGZ) Zvw (huisarts/POH-GGZ)
Breath holding spells	Zvw (huisarts/POH-GGZ en/of MSZ)	Zvw (huisarts/POH-GGZ en/of MSZ)
Eetstoornissen	Zvw (G-GGZ voor psychische stoornis) MSZ (voor somatische gevolgen psychische stoornis)	Jw (psychische stoornis) én Zvw (MSZ voor somatische gevolgen psychische stoornis)
Encopresis	Zvw (huisarts/POH-GGZ en/of MSZ)	Zvw (huisarts/POH-GGZ en/of MSZ)
Excessief huilen (huilbaby)	Zvw (huisarts/POH-GGZ en/of MSZ)	Zvw (huisarts/POH-GGZ en/of MSZ) Jw (opvoedingsondersteuning)
Bedreigde ontwikkeling kind	Zvw (huisarts/POH-GGZ en/of MSZ)	Zvw (huisarts/POH-GGZ en/of MSZ)
Leerstoornissen	Onderwijs	Onderwijs
Psychiatrische stoornissen (autisme en depressie)	Zvw (huisarts/POH-GGZ en/of MSZ)	Jw (G-GGZ)
Slaapstoornissen	Zvw (huisarts/POH-GGZ en/of MSZ)	Zvw (huisarts/POH-GGZ en/of MSZ)
Functionele klachten	Zvw (huisarts/POH-GGZ en/of MSZ)	Zvw (huisarts/POH-GGZ en/of MSZ)
Overige psychosociale problemen	Zvw (huisarts/POH-GGZ en/of MSZ) Wet op de Jeugdzorg	Zvw (huisarts/POH-GGZ en/of) Jw (ondersteuning bij psychosociale problematiek)

Uit de tabel blijkt dat de behandeling bij de diagnoses ADHD, psychiatrische stoornissen, en de psychische problematiek bij eetstoornissen onder de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg valt. De behandeling van deze aandoeningen valt vanaf 2015 onder de Jeugdwet. Wij adviseren om deze diagnoses te laten vervallen binnen de declaratiestructuur van de kindergeneeskunde, met uitzondering van de diagnose eetstoornissen. Deze diagnose wordt ook toegepast vanwege de behandeling van de somatische gevolgen van de aandoening en dient dus behouden te blijven binnen de declaratiestructuur van de kindergeneeskunde.



Wij adviseren om ook de diagnose leerstoornissen en de diagnose overige psychosociale problemen uit de declaratiestructuur van de kindergeneeskunde te verwijderen. De behandeling van leerstoornissen valt niet onder de Zorgverzekeringswet. Een aparte diagnose voor overige psychosociale problemen blijkt niet nodig te zijn.

### ***Consequenties standpunt***

In het rapport beschrijven we een aantal gevolgen van ons standpunt voor de zorgvrager, zorgaanbieder, de zorgverzekeraar en gemeente en de Nederlandse Zorgautoriteit.

#### *Zorgvrager*

De gemeenten zijn verantwoordelijk voor het uitvoeren van de Jeugdwet. Zij bepalen bij welke zorgaanbieders zij de zorg die valt onder de Jeugdwet inkopen. Deze keuze bepaalt of de zorgvragers de zorg bij de bestaande zorgaanbieder kunnen continueren.

De gemeenten bepalen ook of zij een ouderbijdrage voor de zorg vragen en hoe hoog de ouderbijdrage is.

#### *Zorgaanbieder*

Ook de zorgaanbieders zijn afhankelijk van de zorginkoop door gemeenten. Een zorgaanbieder kan de zorg bij de gemeente declareren als de gemeente de zorg bij de betreffende zorgaanbieder heeft ingekocht.

Wij doen in ons rapport geen uitspraak over welke zorgaanbieder de zorg aan jeugdigen moet verlenen. Dat is aan zorgverzekeraars en gemeenten binnen de kaders van de wet- en regelgeving.

#### *Gemeenten en zorgverzekeraars*

Gemeenten zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van de Jeugdwet. Zij zijn vrij om zelf het uitvoeringsbeleid vast te stellen. Gemeenten hebben afgesproken dat zij voorlopig nog de DBC-systematiek hanteren voor de uitvoering van de zorg. In 2015 voeren de zorgverzekeraars de zorg in het kader van de diagnose 'ADHD' uit. De zorgverzekeraars zullen de budgetten voor de zorg bij ADHD over 2015 in 2016 overhevelen naar de gemeenten. Vanaf 2016 voeren de gemeenten alle zorg die valt onder de Jeugdwet uit. De bijbehorende budgetten moeten hiervoor worden overgeheveld.

#### *Nederlandse Zorgautoriteit*

De Nederlandse Zorgautoriteit bepaalt welke DBC-zorgproducten door instellingen in rekening mogen worden gebracht die onder het domein van de Zorgverzekeringswet vallen. Wij adviseren de Nederlandse Zorgautoriteit de diagnoses 'Gedragsproblematiek/ psychosociale pediatrie' uit de groep te verwijderen als de behandeling in het kader van de betreffende diagnose niet meer onder de Zorgverzekeringswet valt. Wij gaan niet in op het invoeringstraject. Dat is aan de Nederlandse Zorgautoriteit, de betrokken partijen en de minister.



## 1 Inleiding

### Aanleiding

Met ingang van 1 januari 2015 is de Jeugdwet (Jw) in werking getreden als onderdeel van de stelselwijziging voor de jeugd. Met de invoering van de Jw is de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) voor de jeugdigen vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw) overgeheveld naar de Jw. De gemeenten zijn verantwoordelijk voor het uitvoeren van de Jw. De invoering van de Jw heeft bij zorgaanbieders en zorgverzekeraars geleid tot de vraag welke zorg voor jeugdigen onder de Zvw valt en welke zorg onder de Jw.

### Verzoek opstellen duiding

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) verzoekt Zorginstituut Nederland met de brief 'Verzoek ZIN afbakening Jeugdwet Zvw Kinderartsen' van 9 december 2014 (zie bijlage 1) om een duiding op te stellen voor de afbakening van de Jw en de Zvw voor de diagnoses 'Gedragsproblematiek/psychosociale pediatrie' van de kindergeneeskunde.

### Diagnosen 'Gedragsproblematiek/psychosociale pediatrie'

Kinderartsen in Nederland worden bij de diagnostiek en behandeling van verschillende ziektebeelden geconfronteerd met tal van psychische en maatschappelijke factoren. Somatische aandoeningen en de behandeling ervan kunnen aanleiding geven tot psychische problemen en psychische problematiek kan een belangrijke rol spelen bij het ontstaan van somatische aandoeningen en de genezing ervan. Bij diverse patiëntengroepen is psychologisch onderzoek een onmisbaar deel van de medische diagnostiek. Wanneer na medisch onderzoek blijkt dat zowel medische als psychologische aspecten een rol spelen, is intensieve samenwerking tussen kinderarts en psycholoog/psychiater noodzakelijk.

Met de invoering van de Jw is de vraag opgekomen onder welk domein diagnostiek en behandeling valt op het grensvlak tussen somatiek en psyche. Het gaat dan vooral om behandelingen bij de diagnoses "Gedragsproblematiek/psychosociale pediatrie" in de declaratiestructuur van de kindergeneeskunde.

In de onderstaande tabel geven we de diagnoses 'Gedragsproblematiek/psychosociale pediatrie' weer<sup>1</sup>.

7601	ADHD (Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder)
7602	Breath holding spells
7604	Eetstoornissen
7605	Encopresis
7606	Excessief huilen (huilbaby)
7608	Bedreigde ontwikkeling kind
7610	Leerstoornissen
7611	Psychiatrische stoornissen (autisme en depressie)
7612	Slaapstoornissen
7614	Functionele klachten
7699	Overige psychosociale problemen

<sup>1</sup> De terminologie die wij in deze duiding gebruiken komt overeen met de terminologie die partijen in de praktijk gebruiken. Zij weten dan ook wat hiermee bedoeld wordt. De terminologie binnen de DBC-systematiek wijkt hier enigszins van af.

### **Aanpak duiding**

Het ministerie van VWS heeft ons verzocht om op korte termijn met een duiding te komen. Gezien deze korte termijn lukte het ons niet om met alle partijen vooraf een gesprek te voeren. Voor meer informatie over de zorgpraktijk zijn wij in gesprek te gegaan met kinderartsen, jeugdpsychiaters en jeugdpsychologen. Informatie van andere betrokken partijen nemen wij mee in de duiding met een schriftelijke consultatie. Verder hebben we gebruik gemaakt van de richtlijnen bij de stoornissen die vallen onder de diagnoses 'Gedragsproblematiek/psychosociale pediatrie'.

### **Leeswijzer**

In onze duiding toetsen wij de behandeling van kinderartsen bij de diagnoses 'Gedragsproblematiek/psychosociale pediatrie' aan de Jw en de Zvw. Dit rapport begint dan ook met een beschrijving van het wettelijk kader in hoofdstuk 2. De daadwerkelijke toetsing beschrijven we in hoofdstuk 3. We geven per diagnose 'Gedragsproblematiek/psychosociale pediatrie' een korte beschrijving van de aandoening, de vereiste zorg en het wettelijk domein waar de behandeling van de aandoening onder valt. Na schriftelijke consultatie van alle betrokken partijen geven we een weergave van de reacties van deze partijen in hoofdstuk 4. Vervolgens beschrijven we in hoofdstuk 5 het definitieve standpunt van Zorginstituut Nederland. Tot slot gaan we in hoofdstuk 6 in op de gevolgen van het standpunt voor een aantal betrokken partijen, namelijk: de zorgvrager, de zorgaanbieder, de zorgverzekeraar en de gemeenten en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).

## 2 Wettelijk kader Jeugdwet en Zorgverzekeringswet

### 2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk geven we eerst een toelichting op het verschil tussen verzekerde zorg op grond van de Zvw en jeugdhulpplicht op grond van de Jw. Ook beschrijven we de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (G-GGZ) in de Zvw en de bepalingen van de jeugdhulpplicht in de Jw. We eindigen het hoofdstuk met de voor deze duiding, relevante bepalingen in de Jw en geven onze conclusie die als uitgangspunt dient voor deze duiding.

### 2.2 Verschil verzekerde zorg en jeugdhulpplicht

#### 2.2.1 *Verzekerde zorg Zorgverzekeringswet - aanspraken*

De Zvw is op 1 januari 2006 ingevoerd. In deze wet zijn de zorgprestaties voor de curatieve zorg beschreven. De te verzekeren prestaties, waarop aanspraak gemaakt kan worden, zijn voor het grootste deel open en generiek omschreven. In het Besluit zorgverzekeringen (Bzv) is de inhoud en omvang van de te verzekeren prestaties nader uitgewerkt. Het Bzv beschrijft de aard van de geneeskundige zorg als, 'zoals (beroepsgroepen) die plegen te bieden' en zorg die in overeenstemming moet zijn met 'de stand van de wetenschap en praktijk'. Een verzekerde moet 'redelijkerwijs zijn aangewezen op de betreffende zorg of dienst'. Dat wil zeggen dat de verzekerde een indicatie moet hebben voor de betreffende zorg of dienst<sup>2</sup>. Verzekerden ontlenen hun aanspraak op zorg aan de polisvoorwaarden van hun zorgverzekering. Zorgverzekeraars hebben verzekerden door het hele land en hebben voor al hun verzekerden een zorgplicht. Een verzekeraar moet ervoor zorgen dat zijn verzekerden zorg of een vergoeding van zorg krijgen als zij daar recht op hebben. Omdat de meeste mensen een naturapolis hebben, betekent dit dat verzekeraars voldoende zorg moeten inkopen voor hun verzekerden. De NZa reguleert de tarieven voor de zorg (in de zin van de WMG). Dit geldt zowel voor de Zvw-zorg als niet Zvw-zorg. Een deel van de tarieven is vrij.

#### 2.2.2 *Jeugdhulpplicht in de Jeugdwet*

In de Jw is in tegenstelling tot de Zvw geen sprake van verzekerde zorg die aanspraken geeft, maar van een jeugdhulpplicht voor gemeenten (art.2.3 Jw). Deze jeugdhulpplicht is vergelijkbaar met de compensatieplicht in de Wmo. De gemeente is verantwoordelijk voor het treffen van voorzieningen voor de jeugdige, die zijn woonplaats heeft binnen de gemeente en jeugdhulp nodig heeft. Het is aan de gemeente om beleid te ontwikkelen (art. 2.1 Jw) en een verordening vast te stellen (art. 2.9 Jw). De verordening moet regelen welke individuele en overige voorzieningen de gemeente verleent, de wijze van beoordeling, de afwegingsfactoren bij een individuele voorziening, of een voorafgaand besluit van de gemeente nodig is en hoe de hulp, ondersteuning of zorg kan worden verkregen. Afstemming onder meer 'met andere voorzieningen op het gebied van zorg' (art.1.2 Jw) moet ook geregeld worden door de gemeente. Artikel 2.7, lid 5 Jw bepaalt dat de gemeente de uitvoering van de Jw moet afstemmen met zorgverzekeraars met het oog op (hun) wettelijke verantwoordelijkheden'.

Iedere afzonderlijke gemeente is zelfstandig verantwoordelijk, maar de wetgever bepleit afstemming met andere gemeenten om een uniforme regeling en samenwerking op het gebied van inkoop van hulp aan jeugdigen te bevorderen. Artikel 2.8 Jw geeft de wetgever een wettelijke basis om gebieden aan te wijzen

<sup>2</sup> Zie Pakketbeheer in de praktijk deel 3, College voor Zorgverzekeringen 14 oktober 2013.

waar gemeenten moeten samenwerken 'met het oog op een samenhangende uitvoering van aan de colleges bij of krachtens deze wet en andere wetten opgedragen taken'.

Uit het systeem van de Jw volgt dat het aanbod van voorzieningen per gemeente kan verschillen. Ook kan het tussen gemeenten verschillen onder welke voorwaarden een jeugdige een voorziening ontvangt en of de jeugdige bijvoorbeeld een eigen bijdrage verschuldigd is.

## 2.3 Geestelijke Gezondheidszorg in de Zorgverzekeringswet

De vergoeding van de GGZ vanuit de Zvw is gebaseerd op de te verzekeren prestatie 'geneeskundige zorg' (artikel 2.4, Bzv). Bij geneeskundige zorg gaat het om zorg zoals huisartsen, klinisch psychologen, medisch specialisten en verloskundigen die plegen te bieden. De te verzekeren Zvw prestatie (aanspraak) wordt bekostigd uit verschillende kaders, zoals huisartsenzorg, (soma) medisch-specialistische zorg en G-GGZ.

### 2.3.1 *Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg*

In het 'Advies Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg, deel 2' van 10 juli 2013 (verder: GGZ deel 2)<sup>3</sup> geeft het Zorginstituut een begrenzing aan van de binnen de Zvw verzekerde GGZ en het deel dat we geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (G-GGZ) noemen. Daarmee geven we tevens een afbakening ten opzichte van interventies die weliswaar op het gebied van de GGZ liggen, maar die deel uitmaken van andere (ook Zvw verzekerde) zorgsectoren waar huisartsen en medici met een somatische specialisatie primair de verantwoordelijkheid hebben.

G-GGZ is gericht op het herstel of het voorkomen van verergering van een psychische stoornis (of psychiatrische aandoening). Binnen de Zvw wordt bij voorkeur het begrip psychische stoornis gebruikt. Het begrip stoornis sluit namelijk beter aan bij de terminologie van de internationaal gebruikte DSM classificatie (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). In Nederland gebruiken we de DSM classificatie bij de uitleg van de aanspraak op verzekerde G-GGZ op grond van de Zvw. Op dit moment gebruiken we nog de DSM-IV. De financiering van de G-GGZ gebeurt via integrale NZa-prestaties (voor de Basis GGZ) of op basis van DBC's GGZ (voor de gespecialiseerde GGZ).

In ons advies hebben we uitgelegd welke behandelingen vallen onder de G-GGZ. Niet alle stoornissen in de DSM-IV worden vanuit de G-GGZ behandeld/vergoed. De behandeling van een stoornis kan ook tot een ander domein dan de gezondheidszorg behoren (bijvoorbeeld leerstoornissen waar het onderwijs primair verantwoordelijk voor is) of de zorg kan door een andere hulpverlener worden verleend (bijvoorbeeld slaapstoornissen die door huisarts of (soma) medisch specialist worden behandeld).

### 2.3.2 *Geestelijke gezondheidszorg in de huisartsenpraktijk*

Alleen psychische *stoornissen* kunnen worden behandeld in de G-GGZ. Behandeling van psychische *problemen* valt niet onder de G-GGZ. Behandeling van deze klachten kan wel worden vergoed binnen de huisartsenzorg, zolang met ondersteuning van de praktijkondersteuner GGZ (POH-GGZ). De bekostiging van de huisarts vindt plaats via de door de NZa vastgestelde prestaties en tarieven in de bekostigingsstructuur voor de huisartsenzorg.

<sup>3</sup> CVZ: Advies Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg, deel 2; *Op weg naar een toekomstbestendige GGZ (10 juli 2013)*

2.3.3 *Medisch psychologische zorg en consultatieve psychiatrie*  
Daarnaast wordt GGZ geboden als onderdeel van de integrale behandeling van de medisch specialist. Hiervoor zijn consultatief psychiaters en medisch psychologen beschikbaar. Deze zorg valt onder de Zvw, waarbij psychische component is verdisconteerd in deze somatische zorgproducten. Als er sprake is van een psychische stoornis dan dient deze zorg gefinancierd te worden op basis van een GGZ zorgproduct.  
Partijen die betrokken zijn bij de consultatieve psychiatrie en G-GGZ signaleren dat deze scheidslijnen niet altijd duidelijk zijn. Dit moet nader worden onderzocht.

2.3.4 *Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg voor jeugdigen*  
Tot 2015 viel de G-GGZ voor jeugdigen onder de Zvw. Deze zorg vanuit de Zvw is overgeheveld naar de Jw. Dit betekent dat de behandeling van psychische stoornissen bij jeugdigen tot 18 jaar – die voorheen behandeld werden vanuit de G-GGZ in het kader van de Zvw – voortaan onder de Jw valt. Wij gaan ervan uit dat sprake is van een 'harde knip' bij 18 jaar en zullen dit in de volgende paragraaf toelichten.

## 2.4 **Geestelijke gezondheidszorg voor de jeugd in de Jeugdwet**

2.4.1 *Overheveling geestelijke gezondheidszorg voor jeugdigen vanuit de Zorgverzekeringswet naar de Jeugdwet*

Wat tot de te verzekerden zorg behoort in het kader van de Zvw, is nader geregeld in het Bzv. Artikel 2.1 Bzv bepaalt dat alle vormen van zorg en diensten naar 'inhoud en omvang' nader worden beschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15 van het Bzv 'met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift'.

Deze wijziging (per 1 januari 2015) van artikel 2.1 Bzv leidt ertoe dat vormen van zorg of overige diensten die op grond van de Jw (of een andere wet bijvoorbeeld de Wet langdurige zorg of de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015) kunnen worden gefinancierd, niet onder de dekking van de zorgverzekering vallen. Omwille van de duidelijkheid is een nieuw zesde lid toegevoegd aan artikel 2.1 Bzv waarin is bepaald: 'De zorg en diensten bedoeld in het eerste lid, omvatten niet GGZ als bedoeld in artikel 10.2, eerste lid van de Jw, als bedoeld aan jeugdigen als bedoeld in artikel 1.1 van de wet.

De GGZ voor jeugdigen wordt overgeheveld naar de Jw. Het is nog niet zonder meer duidelijk:

- 1 wie of welke groep verzekerden wordt verstaan onder 'jeugdige';
- 2 welke zorg het betreft;
- 3 tot welk domein de zorg behoort waarbij sprake is van een combinatie van somatiek en psyche.

Nadere bestudering van de Jw geeft uitsluitsel. In de volgende paragraaf wordt de inhoud van de Jw voor zover relevant voor deze duiding nader besproken.

2.4.2 *Het begrip 'jeugdige'*

In artikel 1.1 van de Jw wordt het begrip jeugdige gedefinieerd. Deze definitie van jeugdige heeft betrekking op alle vormen van hulp aan jeugdigen, die onder de Jw vallen. De definitie van het begrip 'jeugdige' in artikel 1.1, Jw is ruimer, dan de definitie in artikel 10.2, Jw (overgangsrecht). In bepaalde situaties geldt dat de hulp aan jeugdigen kan worden voortgezet tot de leeftijd van 23 jaar (artikel 1.1, sub 3°, Jw).

In het overgangsrecht van de Jw is een andere definitie van het begrip jeugdige opgenomen. Onder jeugdige wordt in het overgangsrecht verstaan 'de persoon die de leeftijd van achttien jaar nog niet heeft bereikt'. Opmerkelijk is dat het Bzv zowel naar de algemene definitie van jeugdige verwijst, die voor alle hulp aan jeugdigen geldt, als naar het overgangsrecht dat beperkt is tot kinderen en jongeren tot 18 jaar.

Alleen als we de Memorie van Toelichting (MvT) op de Jw lezen, blijkt duidelijk wat de wetgever heeft bedoeld te regelen. In paragraaf 3.6 van de 'Memorie van toelichting' en in Figuur 3 'Leeftijdsgrens huidige en nieuwe situatie' is aangegeven welke vormen van jeugdhulp een doorlooptijd kennen en welke niet. De leeftijdsgrens voor jeugdhulp is bepaald op 18 jaar met een doorloop naar 23 als de hulp niet via een andere wet mogelijk is of zonder leeftijdsgrens als de hulp is opgelegd in strafrechtelijk kader.

Ook de artikelsgewijze toelichting op artikel 1.1 Jw is duidelijk.

*"Voor jeugdhulp die verstrekt wordt in verband met een psychische stoornis of een verstandelijke beperking, en jeugdhulp die voorheen viel onder het begrip begeleiding, persoonlijke verzorging en kortdurend verblijf als bedoeld bij of krachtens de AWBZ geldt echter de leeftijdsgrens van 18 jaar. Deze vormen van zorg zijn na het bereiken van het achttiende levensjaar als voorziening, recht of aanspraak immers verkrijgbaar op grond van de Wmo, AWBZ of Zvw."*

Gezien de bedoeling van de wetgever zoals die blijkt uit de MvT op de Jw gaan wij er vanuit dat de gemeente verantwoordelijk is voor jeugdhulp in verband met een psychische stoornis bij jeugdigen tot 18 jaar. Zodra de jeugdige 18 jaar is geworden gaat deze zorg over naar de Zvw.

#### 2.4.3

##### *Welke zorg in de Jeugdwet?*

In artikel 1.1 van de Jw is een definitie van jeugdhulp gegeven. Jeugdhulp is een overkoepelend begrip. Voor deze duiding is het van belang om vast te stellen dat uit de wetsgeschiedenis bij de Jw en het Bzv is af te leiden dat de G-GGZ wordt overgeheveld van de Zvw naar de Jw en dat GGZ door de huisarts en POH GGZ onder de Zvw valt.

*Vanuit de Zvw en de AWBZ worden de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor jeugdigen (met uitzondering van de extramurale psychofarmaca en de eerstelijns psychische zorg die huisartsen en praktijkondersteuners zelf plegen te geven) en de ondersteuning en zorg aan jeugdigen met een verstandelijke beperking overgeheveld naar deze wet<sup>4</sup>.*

Voor GGZ door de huisarts en POH GGZ geldt dat eerstelijns zorg door de huisarts en de POH GGZ valt onder geneeskundige zorg zoals huisartsen die plegen te bieden.

Ook het overgangsrecht in de Jw (artikel 10.2, tweede lid) gaat uit van overheveling G-GGZ van de Zvw naar de Jw. 'Geneeskundige zorg, verblijf, verzorging en verpleging als bedoeld bij of krachtens artikel 11, derde lid, van de Zvw, die een persoon nodig heeft in verband met een psychiatrische stoornis of beperking' vallen niet onder de prestaties, bedoeld in artikel 11, eerste lid, Zvw, waarop een verzekerde jegens zijn zorgverzekeraar recht op heeft.

<sup>4</sup> Memorie van Toelichting, TK, 2012-2013, 33 684, nr. 3, blz 119.



Hoewel de terminologie in de Jw, namelijk 'psychische problemen en stoornissen' niet geheel aansluit op de terminologie die in de Zvw wordt gehanteerd, om de aanspraak op G-GGZ te omschrijven, blijkt uit de wetgeschiedenis dat het gaat om 'G-GGZ';

*Met het oog op het schrappen van het recht op geestelijke gezondheidszorg voor jeugdigen onder de achttien jaar in het tweede lid van artikel 10.2 en de te treffen overgangsregeling is in het eerste lid van artikel 10.2 een definitie gegeven van het begrip geestelijke gezondheidszorg. Deze definitie is afgeleid van de terminologie uit de Zvw en het Besluit zorgverzekeringen. De geestelijke gezondheidszorg die door huisartsen zelf of door de praktijkondersteuner-GGZ wordt verleend en de extramurale verstrekking van psychofarmaca valt niet onder deze definitie van geestelijke gezondheidszorg. Deze laatste vormen van zorg blijven onder de Zvw vallen<sup>5</sup>.*

Onze conclusie is dat alleen de G-GGZ voor jeugdigen met ingang van 1 januari 2015 onder de Jw valt. Het gaat hierbij om zorg die geleverd kan worden bij psychische stoornissen – die voorheen behandeld werden vanuit de G-GGZ in het kader van de Zvw. Meer zorg overhevelen dan de Zvw op dit punt bood, is logischerwijze niet mogelijk. De GGZ die de huisarts/POH GGZ biedt en de GGZ die wordt geboden als onderdeel van de integrale behandeling van de (somatisch) medisch specialist alsmede psychofarmaca voor jeugdigen die extramuraal worden behandeld blijven gehandhaafd onder de Zvw.

#### 2.4.4

*Afbakingsproblematiek met betrekking tot somatiek en psyche*

Voor de vraag tot welk domein de zorg behoort als sprake is van een combinatie van somatiek en psyche, zijn twee bepalingen uit de Jw relevant.

*Artikel 1.2, lid 1 onder a*

Dit artikel bepaalt dat de gemeente geen voorziening hoeft te treffen 'als er een recht op zorg bestaat als bedoeld bij of krachtens de Zorgverzekeringswet'. Dit betekent, als er een Zvw-aanspraak is, dan gaat deze voor op een voorziening op grond van de Jw. De MvT omschrijft dit uitgangspunt als volgt: 'De onderhavige wet [= Jw] geldt niet indien aan die andere wetten rechten kunnen worden ontleend<sup>6</sup>. In de volgende zin wordt dan onder meer de Zvw genoemd. Dat betekent dat de gemeente geen voorziening hoeft te treffen voor de zorg die een jeugdige op grond van de Zvw kan ontvangen, zoals de huisartsenzorg en medisch specialistische zorg, voor zover deze niet is overgeheveld naar de Jw. G-GGZ door bijvoorbeeld een psychiater aan een jeugdige valt onder de Jw. Andere vormen van medisch specialistische zorg vallen onder de Zvw. De extramurale verstrekking van psychofarmaca is onderdeel van de Zvw gebleven, ook als het medicatie betreft bij G-GGZ aan een jeugdige.

*Artikel 1.2, lid 2*

Vervolgens bepaalt de Jw dat 'indien er meerdere oorzaken ten grondslag liggen aan de betreffende problematiek', waarbij recht op Zvw-zorg bestaat, 'als een soortgelijke voorziening op grond van deze wet kan worden verkregen', de gemeente deze voorziening moet treffen.

Het is niet duidelijk wat de wetgever heeft bedoeld met deze bepaling. Is de gemeente verantwoordelijk voor het treffen van voorzieningen? Wat verstaat de wetgever onder 'oorzaak' en onder 'problematiek'? Wanneer kan gesproken worden

<sup>5</sup> Memorie van Toelichting, TK, 2012-2013, 33 684, nr. 3, blz 236.

<sup>6</sup> Memorie van Toelichting, TK, 2012-2013, 33 684, nr. 3, blz 126.

van 'meerdere' oorzaken en hoe kan of moet de causaliteit tussen de 'oorzaken' en 'de betreffende problematiek' worden vastgesteld? En ten slotte, wat is 'een soortgelijke voorziening'. Kort gezegd, wanneer is de gemeente verantwoordelijk, terwijl ook zorg op grond van de Zvw (of de Wlz) aan de orde zou kunnen zijn.

#### *Memorie van Toelichting*

De MvT biedt onvoldoende duidelijkheid om het tweede lid van artikel 1.2 Jw uit te kunnen leggen:

*"Het kan in bepaalde gevallen voorkomen dat meerdere oorzaken ten grondslag liggen aan bepaalde problematiek zonder dat precies duidelijk is welke oorzaak nu de hoofdoorzaak is. Te denken valt dan bijvoorbeeld aan een jeugdige met een eetstoornis die in het kader van deze stoornis opgenomen moet worden in het ziekenhuis. Onduidelijk is of de grondslag voor dit verblijf gelegen is in de psychische stoornis of in de somatische aandoening die het gevolg daarvan is. De zorg die nodig is, is in beide gevallen echter hetzelfde. Als de hoofdgrondslag somatisch is, zou de benodigde zorg vallen onder de Zvw. Als de hoofdgrondslag echter psychisch is zou de gemeente verantwoordelijk zijn voor de te treffen voorziening. Om te voorkomen dat de jeugdige in dit geval niet weet waar hij kan aankloppen voor de nodige zorg is bepaald dat in die gevallen de gemeente verantwoordelijk is voor het treffen van de benodigde voorziening"*<sup>7</sup>.

De Memorie van toelichting geeft als voorbeeld een eetstoornis waarbij meerdere oorzaken ten grondslag liggen aan de problematiek, maar de hoofdoorzaak onduidelijk is. Is er echter wel sprake van meerdere oorzaken?

Bij een eetstoornis is de oorzaak psychisch, er is echter sprake van een parallel behandeltraject door de kinderarts en de kinderpsychiater. De kinderarts opent een DBC-zorgproduct kindergeneeskunde, voor het somatische deel van de behandeling van de jeugdige, dat onder zijn expertise valt (= Zvw). De kinderpsychiater opent een DBC GGZ voor de behandeling van de psychische stoornis, nu Jw.

#### *Antwoorden van de minister van VWS op kamervragen*

Uit het vervolg van de wetsgeschiedenis blijkt dat artikel 1.2, tweede lid, Jw tot verschillende kamervragen heeft geleid. Uit de antwoorden van de minister op deze kamervragen lijkt het de bedoeling van de wetgever te zijn om bij een behandeling van een jeugdige, die zowel somatische zorg als psychische zorg inhoudt, de realisatie van de zorg, die een aanspraak op grond van de Zvw betreft onder de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar en de GGZ onder verantwoordelijkheid van de gemeente te laten vallen.

*"...Als een kind met somatische klachten bij de huisarts of kinderarts komt, gelden vanzelfsprekend de aanspraken uit de Zvw. Indien deze artsen van mening zijn dat een (jeugd)psychiater of andere jeugdhulpverleners bij de hulp moeten worden betrokken, kunnen zij het kind naar hen doorverwijzen (dan wel deze hulpverleners actief bij deze zorg betrekken). ...In dat geval geldt dat de gemeenten de door die jeugdhulpaanbieder geboden jeugdhulp beschikbaar moeten stellen. Betreft het echter alleen een consultatie tussen professionals en volgt hieruit niet dat de jeugdige daadwerkelijk jeugdhulp nodig heeft, dan blijven deze kosten voor de verzekeraar. Omgekeerd kan het voorkomen dat een kind hulp ontvangt bij een jeugdhulpaanbieder en dat de hulpverlener tot het oordeel komt dat het kind (ook) in de geneeskundige zorg moet worden behandeld voor somatische klachten. In dat geval is er gewoon sprake van een aanspraak op grond van de Zvw. Wanneer de jeugdige is opgenomen in een instelling voor jeugd-ggz*

<sup>7</sup> Memorie van Toelichting, TK, 2012-2013, 33 684, nr. 3, blz 126.

*gaat de zorginhoudelijke en financiële verantwoordelijkheid zoals die nu geldt binnen de instelling, één op één over naar de gemeenten. In het geval van psychosomatische klachten is het eerste oordeel aan de deskundige (bijvoorbeeld de huisarts) die deze jeugdige beoordeelt. Op basis van professionele standaarden zal hij verwijzen naar een deskundige behandelaar en afhankelijk van de achtergrond van deze behandelaar (somaatich, zoals de kinderarts, of op het gebied van de psychiatrie, zoals de kinderpsychiater) wordt de behandeling door de zorgverzekeraar of de gemeente betaald.<sup>8</sup>*

Als een somatisch medisch specialist een jeugdpsychiater/jeugdpsycholoog consulteert in het kader van de medisch specialistische somatische behandeling dan wordt deze consultatie bekostigd uit de Zvw. Als de jeugdpsychiater/jeugdpsycholoog een somatisch medisch specialist consulteert in het kader van een psychiatrische stoornis dan wordt deze consultatie bekostigd uit de Jw. Consultatie valt onder de verantwoordelijkheid van de verantwoordelijke behandelaar en wordt daarmee bekostigd door diens financier. Zoals eerder opgemerkt signaleren partijen die betrokken zijn bij de consultatieve psychiatrie en G-GGZ dat deze scheidslijnen niet altijd duidelijk zijn. Dit moet nader worden onderzocht.

Bij behandelingen op het grensvlak van somatiek en psyche blijft de tekst van artikel 1.2, tweede lid, Jw onduidelijk. In veel gevallen zal geen sprake zijn van meerdere oorzaken. Bij onze duiding nemen we de uitleg uit de Memorie van Antwoord als uitgangspunt.

## **2.5 Samenvattende conclusie**

Gelet op onze conclusies uit de vorige paragrafen hanteren wij voor onze duiding het volgende uitgangspunt.

Onze conclusie is dat alleen de *'geneeskundige geestelijke gezondheidszorg'* voor jeugdigen tot 18 jaar met ingang van 1 januari 2015 is overgeheveld van de Zvw naar de Jw. Het gaat hierbij om zorg die geleverd kan worden aan jeugdigen met psychische stoornissen, die voorheen behandeld werden vanuit de G-GGZ in het kader van de Zvw. De GGZ die de huisarts/POH GGZ biedt en de GGZ die wordt geboden als onderdeel van de integrale behandeling van de (somaatich) medisch specialist alsmede psychofarmaca voor jeugdigen bij extramurale behandeling blijven gehandhaafd onder de Zvw.

Omdat artikel 2.1, tweede lid, van de Jw vragen oproept ten aanzien van de afbakening van domeinen als het gaat om behandelingen op het grensvlak van somatiek en psyche nemen we de uitleg in de Memorie van Antwoord en de Nadere Memorie van antwoord<sup>9</sup> als uitgangspunt. Het domein (financier) wordt bepaald door de behandelaar die verantwoordelijk is voor het behandeltraject.

<sup>8</sup> Memorie van Antwoord, EK 2013-2014, 33 684, D, blz. 45.

<sup>9</sup> EK, 2013-2014, 33 684, F, blz. 23.



### 3 Proces van beoordeling en standpuntbepaling

#### 3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk beschrijven we het proces dat we hebben gevolgd bij het duiden van de afbakening Jw en Zvw. We geven per diagnose 'Gedragsproblematiek/ psychosociale pediatrie' een korte beschrijving van de aandoening, de vereiste zorg en het wettelijk domein waar de behandeling van de aandoening onder valt. Deze informatie hebben we onder meer afgeleid uit richtlijnen voor zover beschikbaar. Op grond van deze informatie, de informatie van de betrokken beroepsgroepen en relevante regelgeving komen we tot ons standpunt. Dit standpunt vatten we samen in een overzichtelijke tabel per diagnose. Tot slot geven we de overwegingen bij ons standpunt.

#### 3.2 Standpunt per diagnose 'Gedragsproblematiek/psychosociale pediatrie'

##### 3.2.1 ADHD

ADHD valt onder de DSM-classificatie 'Aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit'. Kenmerkend zijn impulsief gedrag, concentratieproblemen, rusteloosheid en leermoeilijkheden. De symptomen beginnen in de kindertijd en werken veelal belemmerend bij het dagelijks maatschappelijk functioneren. Volgens de multidisciplinaire richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van ADHD<sup>10</sup> bij kinderen en jeugdigen is somatisch onderzoek een noodzakelijk onderdeel van het diagnostisch proces. Het doel van somatisch onderzoek is primair het uitsluiten van een aantal somatische aandoeningen die de symptomen kunnen verklaren en het opsporen van mogelijke contra-indicaties en interferenties van medicatie.

Als de kinderarts sterke vermoedens heeft dat er sprake is van ADHD, dan verwijst hij het kind naar een kinderpsycholoog/-psychiater voor verdere diagnostiek en behandeling. Ook komt het voor dat kinderartsen zelf de diagnostiek en behandeling van ADHD aanbieden.

*Conclusie:* ADHD is een psychische stoornis. De diagnostiek en behandeling van ADHD valt onder het domein van de geneeskundige GGZ. De geneeskundige GGZ voor jeugdigen tot 18 jaar is overgeheveld naar de Jw. De diagnostiek en behandeling van jeugdigen met ADHD valt daarmee niet langer onder de Zvw, omdat de Jw de voorliggende voorziening is. Wij adviseren dan ook om deze diagnose uit de declaratiestructuur van de kindergeneeskunde te verwijderen. Kinderartsen kunnen de diagnostiek en behandeling van ADHD nog wel blijven aanbieden als deze door de gemeenten bij hen is ingekocht in het kader van de Jw. Verder zijn er binnen de declaratiestructuur kindergeneeskunde voldoende mogelijkheden om het somatisch onderzoek (het uitsluiten van somatische aandoeningen) te registreren en financieren.

##### 3.2.2 Breath holding spells

Breath-holding spells (BHS) is geen psychische stoornis volgens de DSM-IV. Breath-holding spells zijn perioden waarin kinderen tussen 3 maanden en 5 jaar hun adem inhouden. De uitlokkende factor is vooral boosheid. Pijn of andere stimuli komen minder frequent voor. Na een korte periode van huilen stopt de ademhaling plotseling tijdens een expiratie. Het kind wordt cyanotisch (in eerste instantie rond de lippen), wordt daarna slap en verliest soms voor korte tijd het bewustzijn.

<sup>10</sup> Multidisciplinaire richtlijn ADHD; Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van ADHD bij kinderen en jeugdigen 2005

Hierna is de ene helft van de kinderen meteen weer bij bewustzijn. De andere helft zal direct in slaap vallen, maar wordt bijna altijd binnen een uur weer wakker. De aandoening is self-limiting. Na het derde levensjaar zijn bij de meeste kinderen de BHS-verschijnselen verdwenen.

De aanval wordt soms verward met een epileptische aanval of koortsstuipen. Omdat de aanvallen kortdurend zijn, ontstaat er geen hersenschade en zijn ze onschuldig. Het kan voor ouders echter een zeer beangstigende ervaring zijn. Een kind zal alleen naar de kinderarts worden doorverwezen om uit te sluiten dat er sprake is en ander ziektebeeld dan BHS. Bij BHS is in het algemeen geen sprake van een psychische stoornis.

Conclusie: BHS is geen psychische stoornis. De diagnostiek en behandeling bij BHS door de kinderarts valt onder het domein van de Zvw. Voor de declaratie van deze zorg adviseren wij om deze diagnose te behouden binnen de declaratiestructuur van de kindergeneeskunde.

### 3.2.3 *Eetstoornissen*

In de DSM-IV worden 'Voedings- en eetstoornissen op zuigelingenleeftijd of vroege kindertijd' onderscheiden van de 'Eetstoornissen'. Met deze laatste classificatie worden stoornissen bedoeld als anorexia nervosa, boulimia nervosa en de eetstoornis niet anderszins omschreven.

#### 3.2.3.1 *Voedings- en eetstoornissen bij zuigelingen en in de vroege kindertijd*

Het onderzoek naar de oorzaak van afwijkend voedingsgedrag bij zuigelingen en in de vroege kindertijd is gecompliceerd door de verschillende factoren die een rol kunnen spelen. Specifieke cognitieve of psychologische factoren spelen een rol alsmede de omgeving van het kind. Bij meer dan 80% van de patiënten met voedingsproblemen die verwezen worden naar een kinderarts speelt gedrag een belangrijke rol. Bij 16-30% van de kinderen is er een somatische oorzaak voor het voedingsprobleem. In aanvulling op de DSM-IV classificatie onderscheidt de DC:0-3-R criteria voor eetstoornissen bij jonge kinderen bij een regulatiestoornis, relationele voedingsstoornis (interactie ouder-kind), sensorische voedingsstoornis, posttraumatische voedingsstoornis, eetstoornis als gevolg van een somatische aandoening en infantiele anorexia.

Conclusie: Als de voedings- en eetstoornissen bij zuigelingen en in de vroege kindertijd het gevolg zijn van een onderliggende somatische oorzaak dan valt de diagnostiek en behandeling van de stoornis onder het domein medisch specialistische somatische zorg en daarmee onder de Zvw. Als voedingsstoornissen een gedragsmatige oorzaak hebben dan zal een kind in eerste instantie naar een kinderarts worden verwezen om een somatische oorzaak uit te sluiten. Deze diagnostiek valt onder de Zvw.

Als de kinderarts somatische oorzaken uitsluit dan kan er sprake zijn van een psychische stoornis. Een jeugdpsychiater of jeugdpsycholoog zal de diagnostiek en behandeling dan uitvoeren. Deze zorg valt onder de G-GGZ en daarmee onder de Jw. Als een kind ernstige somatische gevolgen ondervindt van een voedingsstoornis met een gedragsmatige oorzaak dan zal de kinderarts deze somatische problematiek behandelen. Deze behandeling valt onder de Zvw. Een goede samenwerking tussen en een afstemming van de behandeling van de kinderarts en jeugdpsychiater of jeugdpsycholoog is hierbij vereist.

Voor de declaratie van de zorg die kinderartsen bieden bij eetstoornissen adviseren wij om deze diagnose behouden binnen de declaratiestructuur van de kindergeneeskunde.

### 3.2.3.2 *Eetstoornissen*

Eetstoornissen zijn psychische stoornissen waarbij het doen en denken rond eten verstoord zijn. Kenmerkend voor eetstoornissen zijn een sterke preoccupatie met eten en gewicht en een verstoord lichaamsbeeld. In de DSM-classificatie zijn drie eetstoornissen te onderscheiden: anorexia nervosa, boulimia nervosa en 'eetstoornis niet anderszins omschreven'(NAO). Volgens de multidisciplinaire richtlijn eetstoornissen<sup>11</sup> is het uitgangspunt van elke eetstoornis dat deze integraal behandeld wordt. Binnen de behandeling is er aandacht voor de verschillende aspecten van de stoornis. De behandeling richt zich op het eetgedrag, het lichaamsgewicht, de lichaamsbeleving, maar ook op algemene psychologische problemen zoals onzekerheid, perfectionisme en trauma's. Bij de behandeling is een multidisciplinair team van behandelaars betrokken. Zij werken nauw samen vanuit de eigen specifieke deskundigheid. De behandeling door een kinderarts zal gericht zijn op de somatische problematiek als gevolg van de psychische stoornis. Daarnaast zal een jeugdpsychiater of jeugdpsycholoog zich richten op de psychische problemen. Er is dus sprake van een parallel behandeltraject, waarbij zowel de jeugdpsychiater of jeugdpsycholoog als de kinderarts betrokken zijn.

Conclusie: De diagnostiek en behandeling van eetstoornissen valt onder het domein van de G-GGZ en daarmee onder de Jw. Echter, voordat de psychische problematiek behandeld kan worden moeten eerst ernstige somatische gevolgen van de stoornis (ondervoeding, uitdroging, uitputting) voldoende hersteld zijn. De behandeling van de somatische gevolgen van de psychische stoornis behoort tot de deskundigheid de kinderarts en valt daarmee onder de medisch specialistische somatische zorg op grond van de Zvw. Als de meest ernstige somatische gevolgen van de eetstoornis hersteld zijn dan zal de jeugdpsychiater of jeugdpsycholoog de psychische problematiek behandelen. Deze behandeling valt onder het domein van de G-GGZ en daarmee onder de Jw.

Voor de declaratie van de somatische gevolgen van eetstoornissen adviseren wij om deze diagnose te behouden binnen de declaratiestructuur van de kindergeneeskunde.

### 3.2.4 *Encopresis*

Encopresis valt onder de DSM-classificatie 'Stoornissen in de zindelijkheid'. We spreken van encopresis of broekpoepen wanneer kinderen van vier jaar of ouder herhaaldelijk in de broek poepen zonder dat er een ziekte of aangeboren afwijking aan ten grondslag ligt. Het kan voorkomen bij onzindelijke kinderen of bij kinderen die al zes maanden of langer zindelijk zijn geweest. Er wordt onderscheid gemaakt tussen broekpoepen in combinatie met of zonder obstipatie (verstopping). In ongeveer 90% van alle gevallen gaat het om zindelijke kinderen die last hebben van obstipatie. De behandeling van encopresis bestaat dan ook uit de behandeling van de obstipatie. Meestal wordt obstipatie door de huisarts behandeld. Wanneer klachten zonder verbetering blijven aanhouden of de obstipatie telkens terugkeert kan worden doorverwezen naar de kinderarts.

<sup>11</sup> Multidisciplinaire richtlijn eetstoornissen; diagnostiek en behandeling van eetstoornissen 2006

In ons advies GGZ deel 2 hebben we het standpunt ingenomen dat de behandeling van 'stoornissen in de zindelijkheid' niet onder het domein van de G-GGZ valt, maar dat deze stoornissen primair door de huisarts of (somatisch) medisch specialist dienen te worden behandeld.

*Conclusie:* Encopresis is weliswaar als stoornis geassocieerd in de DSM IV, maar de diagnostiek en behandeling van deze zorg door de huisarts of de kinderarts valt onder het domein van de Zvw. Voor de declaratie van deze zorg adviseren wij om deze diagnose te behouden binnen de declaratiestructuur van de kindergeneeskunde.

### 3.2.5 *Excessief huilen*<sup>12</sup>

Excessief huilen is geen psychische stoornis volgens de DSM-IV. Volgens de definitie van Wessel<sup>13</sup> is sprake van excessief huilen, wanneer een gezond en goed gevoed maar prikkelbaar kind perioden van irritatie, jengelen of huilen laat zien van tenminste drie uur per dag en gedurende minimaal drie dagen per week voor een periode van ten minste drie weken achtereen. De definitie van excessief huilen heeft alleen betrekking op gezonde, zich goed ontwikkelende baby's. Bij minder dan 5% van alle baby's die veel huilen en niet gemakkelijk te troosten zijn, is er een lichamelijke oorzaak voor het huilen. Voorbeelden van oorzaken zijn moeilijke stoelgang (obstipatie), oorontsteking, blaasontsteking of allergie voor koemelk. Somatische oorzaken moeten eerst worden uitgesloten door de jeugdarts, huisarts of kinderarts, voordat de diagnose 'excessief huilen' kan worden gesteld.

*Conclusie:* Excessief huilen is geen psychische stoornis. De diagnostiek en behandeling van excessief huilen door huisarts of kinderarts valt onder het domein van de Zvw. Voor de declaratie van deze zorg adviseren wij om deze diagnose te behouden binnen de declaratiestructuur van de kindergeneeskunde.

### 3.2.6 *Bedreigde ontwikkeling kind*

Bij 'bedreigde ontwikkeling kind' is geen sprake van een psychische stoornis volgens de DSM-IV. Deze diagnose is primair bedoeld om onderzoek te doen bij verdenking van kindermishandeling. De kinderarts zal het kind onderzoeken om aan te tonen of uit te sluiten dat er bij het kind sprake is van kindermishandeling.

*Conclusie:* Bedreigde ontwikkeling kind is geen psychische stoornis. Het onderzoek dat de kinderarts uitvoert in verband met een verdenking van kindermishandeling valt onder het domein van de Zvw. Voor de declaratie van deze zorg adviseren wij om deze diagnose te behouden binnen de declaratiestructuur van de kindergeneeskunde.

### 3.2.7 *Leerstoornissen*

In de DSM-IV worden de volgende leerstoornissen onderscheiden; leesstoornis, rekenstoornis, stoornis in de schriftelijke uitdrukkingsvaardigheid, leerstoornis NAO. In ons advies GGZ (deel 2)<sup>3</sup> hebben wij hierover het volgende opgenomen. Leerstoornissen zijn in de DSM-IV opgenomen om beroepsbeoefenaren in de GGZ aan te moedigen bij hun evaluatie zo volledig mogelijk te zijn. Bij veel kinderen die in het circuit van de GGZ komen (vooral die met ADHD of gedragsstoornissen), is de kans groot dat zij ook een leerprobleem hebben dat hun psychiatrische status

<sup>12</sup> Multidisciplinaire richtlijn 'Preventie, signalering, diagnostiek en behandeling van excessief huilen bij baby's (maart 2013)

<sup>13</sup> Wessel and others 1954 Paroxysmal fussing in infancy, sometimes called colic. Pediatrics 14(5):421-35.



kan beïnvloeden. Eventuele hulp bij deze leerstoornissen vindt in Nederland echter plaats vanuit het onderwijs en niet vanuit de G-GGZ. In het kader van de Wet Passend Onderwijs hebben scholen een zorgplicht en zijn daardoor verantwoordelijk voor onderwijs dat passend is voor alle leerlingen. In ons advies hebben wij geduid dat hulp bij leerstoornissen niet onder het domein van de Zvw valt, met uitzondering van enkelvoudige dyslexiezorg.

Voor enkelvoudige dyslexiezorg was tot 1 januari 2015 een afzonderlijke aanspraak onder de Zvw opgenomen. Vanaf 2015 zijn gemeenten in het kader van de Jw verantwoordelijk voor dyslexiezorg bij 'Ernstige Enkelvoudige Dyslexiezorg' (EED).

*Conclusie:* Scholen hebben een zorgplicht en zijn daarom verantwoordelijk voor onderwijs dat passend is voor alle leerlingen. Ook voor leerlingen met leerstoornissen. Vanaf 2015 zijn gemeenten in het kader van de Jw verantwoordelijk voor dyslexiezorg bij 'Ernstige Enkelvoudige Dyslexiezorg' (EED). De behandeling van leerstoornissen valt niet onder het domein van de Zvw. Wij adviseren dan ook om de diagnose leerstoornissen uit de declaratiestructuur van de kindergeneeskunde te verwijderen. De behandeling en financiering van leerstoornissen valt onder de verantwoordelijkheid van het ministerie van Onderwijs. Als sprake is van onderliggende problematiek (ADHD of gedragsstoornissen) kan deze uiteraard wel behandeld worden in de G-GGZ (en dus Jw).

### 3.2.8

#### *Psychiatrische stoornissen (autisme – depressie)*

De behandeling van psychische stoornissen – waaronder autisme en depressie – valt onder het domein van de G-GGZ. De zorgproducten die vallen onder deze hoofddiagnose 'psychiatrische stoornissen' worden in het kader van de kindergeneeskunde gebruikt voor de diagnostiek. Bijvoorbeeld als een kind wordt doorverwezen naar de kinderarts met somatische klachten zoals hoofdpijn of buikpijn, waar uiteindelijk een psychische oorzaak (bijvoorbeeld depressie) aan ten grondslag ligt. Binnen de DBC-structuur zijn echter voldoende mogelijkheden om deze diagnostiek/behandeling op de betreffende somatische aandoening te declareren en te financieren.

*Conclusie:* De diagnostiek en behandeling van psychische stoornissen valt onder het domein van de G-GGZ en daarmee onder de Jw. Binnen de DBC-systematiek voor kindergeneeskunde zijn er voldoende mogelijkheden om diagnostiek (het uitsluiten van somatische aandoeningen) en behandeling (bij comorbiditeit) voor de betreffende somatische aandoening te registreren en te financieren. Wij adviseren dan ook om deze diagnose uit de declaratiestructuur van de kindergeneeskunde te verwijderen.

### 3.2.9

#### *Slaapstoornissen*

In de DSM-IV worden verschillende slaapstoornissen onderscheiden; dyssomnia's (waaronder primaire insomnia, narcolepsie, slaapgebonden ademhalingsstoornis, stoornis in het slaap-waak-ritme) parasomnia's (waaronder nachtmerries, slaapwandelen en Pavor nocturnus) en slaapstoornissen die samenhangen met een andere psychische stoornis. In aanvulling op de DSM-IV classificatie onderscheidt de DC:0-3-R ten behoeve van peuters en jonge kinderen de inslaapstoornis en de doorslaapstoornis.

Veel kinderen hebben wel eens slaapproblemen. Bij elke leeftijd horen weer andere mogelijke oorzaken. De meest voorkomende slaapproblemen zijn:

- > niet willen slapen
- > nachtmerries en 's nachts bang zijn
- > wakker liggen en niet meer kunnen slapen

In een aantal gevallen hebben slaapproblemen te maken met een psychische stoornis.

In ons advies GGZ deel 2<sup>3</sup> hebben we uitgelegd welke behandelingen vallen onder de G-GGZ. Niet alle stoornissen in de DSM-IV worden vanuit de G-GGZ behandeld/vergoed. Bij slaapproblemen hebben we aangegeven, dat deze door de huisarts of (somatisch) medisch specialist dienen te worden behandeld. Het gaat daarbij om slaapproblemen zonder dat daar een andere psychische stoornis aan ten grondslag ligt. Bij kinderen met complexe slaapproblemen is het zinvol om door te verwijzen naar een in behandeling van slaapproblemen gespecialiseerd slaap-/waakcentrum voor diagnostiek en (multidisciplinaire) behandeling. De meerwaarde van verwijzing naar een slaap-/waakcentrum zit in de samenwerking tussen verschillende disciplines zoals de medisch specialist (kinderarts, KNO-arts, longarts, neuroloog), psycholoog en/of gedragstherapeut en de specialisatie van medewerkers in de aanpak van slaapproblemen. Steeds meer slaap-/waakcentra in Nederland zijn geaccrediteerd en werken volgens Europese kwaliteitsnormen.

Behandeling van slaapproblemen bij kinderen dienen primair te worden behandeld in de huisartsenpraktijk. Bij complexe slaapproblemen is zinvol om het kind door te verwijzen naar een in behandeling van slaapproblemen gespecialiseerd slaap-/waakcentrum. Indien er een psychische stoornis (bijvoorbeeld depressieve stoornis, angststoornis) ten grondslag ligt aan de slaapproblemen, kan deze stoornis vanuit de G-GGZ worden behandeld. In dat geval geldt de onderliggende psychische stoornis als hoofddiagnose.

Conclusie: Slaapproblemen zijn weliswaar als stoornis geclassificeerd in de DSM-IV, maar de behandeling door huisarts of multidisciplinaire behandeling in een slaap-/waakcentrum valt onder het domein de Zvw. Omdat kinderartsen deel uit maken van het multidisciplinaire team adviseren wij om deze diagnose te behouden binnen de declaratiestructuur van de kindergeneeskunde.

### 3.2.10 Functionele klachten/SOLK

Functionele klachten worden ook wel onverklaarde lichamelijke klachten genoemd. In de multidisciplinaire richtlijn 'Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK)' wordt de volgende definitie gehanteerd: "*We spreken van SOLK bij lichamelijke klachten die langer dan enkele weken duren en waarbij bij adequaat medisch onderzoek geen somatische aandoening wordt gevonden die de klacht voldoende verklaart.*"<sup>14</sup> Functionele klachten kunnen zowel bij kinderen als volwassenen voorkomen.

Als na adequate, dat wil zeggen bij de klachten en context passende diagnostiek geen lichamelijke verklaring voor de klachten wordt gevonden, is (per definitie) sprake van SOLK. Als de huisarts een onderliggende somatische aandoening naar eigen oordeel onvoldoende kan uitsluiten, is een verwijzing naar de somatische tweede lijn geïndiceerd. Kinderen zullen in deze situatie worden verwezen naar de kinderarts.

<sup>14</sup> Multidisciplinaire richtlijn Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK) en Somatoforme Stoornissen (2010)

Ook in de tweede lijn geldt dat de klachten uitgangspunt vormen voor het lichamelijk onderzoek dat verricht wordt. Zowel in het kader van geruststelling als in het kader van het aantonen dan wel uitsluiten van een diagnose kan men besluiten tot een gericht lichamelijk onderzoek.

Als er geen sprake is van een lichamelijke aandoening, zal de huisarts of medisch specialist nagaan of er mogelijk aanwijzingen voor een psychische stoornis. Zowel een angststoornis als een depressie kunnen samengaan met lichamelijke klachten en zich vaak in eerste instantie manifesteren in lichamelijke klachten. Ook kan sprake zijn van een somatoforme stoornis zoals geïdentificeerd in de DSM-IV. Als duidelijk is dat sprake is van een psychische stoornis, kan behandeling plaatsvinden vanuit de G-GGZ in het kader van de Jw.

Conclusie: De diagnostiek en behandeling van functionele klachten door de kinderarts valt onder het domein van de Zvw. Voor de declaratie van deze zorg adviseren wij om deze diagnose te behouden binnen de declaratiestructuur van de kindergeneeskunde.

Als de functionele klachten duiden op een psychische stoornis is verwijzing naar de G-GGZ mogelijk. De diagnostiek en behandeling van psychische stoornissen valt onder het domein van de G-GGZ en daarmee onder de Jw.

### 3.2.11

#### *Overige psychosociale problemen*

Waarom de diagnose 'overige psychosociale problemen' is opgenomen in de groep 'Gedragsproblematiek/psychosociale pediatrie' van de kinderartsen is niet duidelijk geworden.

Indien een kind onder behandeling is van de kinderarts voor een somatische aandoening dan kan hulp van een medisch maatschappelijk werker in verband met psychosociale problematiek nodig zijn. Deze hulp is verdisconteerd in de DBC-zorgproducten voor de somatische aandoening. Een aparte diagnose binnen de productstructuur is dan ook niet nodig.

Verder kunnen kinderen met psychosociale problemen terecht bij de gemeente of bij de huisarts en POH GGZ. Bij psychosociale hulp is geen sprake van een stoornis waarvoor geneeskundige zorg nodig is en valt daarom niet onder de G-GGZ die is overgeheveld naar de Jw.

Conclusie: Hulp bij psychosociale problemen kan worden verleend via de gemeente of door de huisarts ondersteund door de POH GGZ. Consultatie van een medisch maatschappelijk werker of een psycholoog is verdisconteerd in het initiële DBC-zorgproduct. Een aparte diagnose binnen declaratiestructuur van de kindergeneeskunde lijkt daarvoor niet nodig. Daarom adviseren wij om de diagnose 'overige psychosociale problemen' uit de declaratiestructuur van de kindergeneeskunde te verwijderen.

De onderstaande tabel geeft een kort overzicht van de in dit hoofdstuk opgenomen toelichting per diagnose 'Gedragsproblematiek/psychosociale pediatrie' van de declaratiestructuur van de kindergeneeskunde.

Dit is tevens het standpunt van onze duiding per diagnose.

### 3.3 Samenvatting standpunt per diagnose 'Gedragsproblematiek/psychosociale pediatrie'

#### Standpunt per diagnose 'Gedragsproblematiek/psychosociale pediatrie'

Diagnose	Domein voor 1 januari 2015	Domein per 1 januari 2015
ADHD (Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder)	Zvw (huisarts/POH-GGZ en/of MSZ, G-GGZ)	Jw (G-GGZ) Zvw (huisarts/POH-GGZ)
Breath holding spells	Zvw (huisarts/POH-GGZ en/of MSZ)	Zvw (huisarts/POH-GGZ en/of MSZ)
Eetstoornissen	Zvw (G-GGZ voor psychische stoornis) MSZ (voor somatische gevolgen psychische stoornis)	Jw (psychische stoornis) én Zvw (MSZ voor somatische gevolgen psychische stoornis)
Encopresis	Zvw (huisarts/POH-GGZ en/of MSZ)	Zvw (huisarts/POH-GGZ en/of MSZ)
Excessief huilen (huilbaby)	Zvw (huisarts/POH-GGZ en/of MSZ)	Zvw (huisarts/POH-GGZ en/of MSZ) Jw (opvoedingsondersteuning)
Bedreigde ontwikkeling kind	Zvw (huisarts/POH-GGZ en/of MSZ)	Zvw (huisarts/POH-GGZ en/of MSZ)
Leerstoornissen	Onderwijs	Onderwijs
Psychiatrische stoornissen (autisme en depressie)	Zvw (huisarts/POH-GGZ en/of MSZ)	Jw (G-GGZ)
Slaapstoornissen	Zvw (huisarts/POH-GGZ en/of MSZ)	Zvw (huisarts/POH-GGZ en/of MSZ)
Functionele klachten	Zvw (huisarts/POH-GGZ en/of MSZ)	Zvw (huisarts/POH-GGZ en/of MSZ)
Overige psychosociale problemen	Zvw (huisarts/POH-GGZ en/of MSZ) Wet op de Jeugdzorg	Zvw (huisarts/POH-GGZ en/of) Jw (ondersteuning bij psychosociale problematiek)

### 3.4 Overwegingen bij het standpunt

We zijn tot dit standpunt gekomen op grond van de onderstaande overwegingen:

- Zowel in de Jw als in het Bzv is vastgelegd dat G-GGZ voor jeugdigen tot 18 jaar met ingang van 1 januari 2015 is overgeheveld van de Zvw naar de Jw.
- Alleen de psychische *stoornissen* volgens de DSM-IV worden behandeld binnen de G-GGZ en worden voor jeugdigen overgeheveld van de Zvw naar de Jw. Overigens vallen niet alle stoornissen uit de DSM-classificatie onder de G-GGZ. Een aantal stoornissen wordt behandeld door de huisarts/POH-GGZ of behoort tot een ander domein dan de GGZ.

De behandeling van psychische *problemen* valt niet onder de G-GGZ. Deze zorg wordt behandeld via de gemeente (Jw), door de huisarts/POH-GGZ of maakt integraal onderdeel uit van de medisch specialistische zorg.

- Uit de wetsgeschiedenis van artikel 1.2, lid 2 van de Jw blijkt dat als een stoornis bij een jeugdige somatische én psychische gevolgen heeft, de zorg in het kader van de somatische gevolgen onder de Zvw valt. De realisatie van deze zorg is een verantwoordelijkheid voor de zorgverzekeraar. De zorg in het kader van de psychische gevolgen valt onder de Jw. De realisatie van deze zorg is de verantwoordelijkheid van de gemeente.

### 3.5

#### **Evaluatie**

Als het ministerie van VWS het advies van het Zorginstituut volgt, dan zal het Zorginstituut de uitvoering van het advies door de betrokken partijen evalueren. We evalueren het advies door gebruik te maken van de DIS-databank. De gegevens over het jaar 2015 vormen de nulmeting van de evaluatie. Deze gegevens zijn in 2017 beschikbaar. De gegevens over het eerste jaar van de invoering van de maatregel, naar verwachting 2016, zijn in 2018 beschikbaar. De evaluatie zal vijf jaar worden uitgevoerd, dus van 2018 tot 2023.



## 4 Reacties partijen

### 4.1 Consultatie

Het conceptrapport is via een consultatieprocedure schriftelijk voorgelegd aan partijen. De volgende partijen hebben hierop gereageerd:

- Vereniging Nederlandse Gemeenten
- Nederlandse Vereniging van Kindergeneeskundigen
- GGZ Nederland
- Nederlandse Zorgautoriteit
- Landelijk Platform GGZ
- Nederlands Instituut voor Psychologen
- Zorgverzekeraars Nederland
- Zelfstandige Klinieken Nederland
- DBC-onderhoud
- Nederlandse Federatie Universiteit Medische Centra
- Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland

De reacties van de partijen hebben we als bijlage 2 bij dit rapport gevoegd. Hieronder volgt een samenvatting van de reacties per consultatievraag. Deze consultatievragen passen bij de hoofdstukken van het rapport. Bij iedere vraag geven we eerst een korte weergave van de belangrijkste punten van het betreffende hoofdstuk.

### 4.2 Reacties per consultatievraag

#### 4.2.1 Consultatievraag 1 Wettelijk kader Jeugdwet en Zorgverzekeringswet

- De 'geneeskundige geestelijke gezondheidszorg' voor jeugdigen tot 18 jaar valt onder de Jeugdwet;
- Voor de behandeling van jeugdigen op het grensvlak somatiek en psyche geldt dat de behandeling van de somatische problematiek onder de Zvw valt en de behandeling van de psychische problematiek onder de Jw.

Partijen waarschuwen voor extra administratieve lasten als gevolg van de overgang van de Jw naar de Zvw op 18 jaar. Zij pleiten dan ook voor een goede communicatie naar de zorgvrager om de overgang zo goed mogelijk te laten verlopen.

Ook is men van mening dat er vanwege de harde knip bij 18 jaar rekening moet worden gehouden met de continuïteit van zorg voor jongeren boven de 18 jaar die van de Jw over gaan naar de Zvw. Partijen vinden dat deze overgang de toegang tot de zorg niet mag beperken.

Partijen hebben gewezen op algemene punten van aandacht bij de invoering van de Jeugdwet. In dit rapport gaan wij hier niet verder op in.

#### 4.2.2. Consultatievraag 2 Proces van beoordeling en standpuntbepaling

*De DBC diagnoses ADHD, psychiatrische stoornissen en de behandeling van psychische problematiek bij eetstoornissen vallen onder de Jw en niet onder de Zvw.*

Men merkt op dat het scheiden van psyche en somatiek niet altijd gemakkelijk is en dat bij bepaalde aandoeningen een jeugdige naast de behandeling door een somatisch medisch specialist ook behandeld moet kunnen worden door een

jeugdpsychiater/ jeugdpsycholoog. In onze duiding geven wij aan dat een parallelle behandeling door een somatisch medisch specialist van de somatische gevolgen van een aandoening en een jeugdpsychiater/ jeugdpsycholoog voor de psychische gevolgen van een aandoening ook mogelijk is. Er kan bijvoorbeeld sprake zijn van slaapstoornissen die behandeld worden door de somatisch medisch specialist. Als blijkt dat de slaapstoornissen worden veroorzaakt door een psychische stoornis (bijvoorbeeld ADHD), dan zal deze ADHD door een jeugdpsychiater/jeugdpsycholoog behandeld worden. De behandeling door de somatisch medisch specialist valt dan onder de Zvw en de behandeling door de jeugdpsychiater/jeugdpsycholoog valt dan onder de Jw. Ook als de jeugdige somatische en psychische klachten heeft die los van elkaar staan is het uiteraard mogelijk om zowel de somatische klachten (Zvw) als de psychische klachten (Jw) gelijktijdig te behandelen.

Uit de reacties blijkt dat men van mening is dat uit het rapport niet duidelijk is op te maken wanneer een somatisch medisch specialist moet verwijzen naar een jeugdpsychiater/ jeugdpsycholoog en omgekeerd. Het is ook niet onze intentie om dat met deze duiding te beschrijven. In deze situatie is met de komst van de Jw ook geen verandering gekomen, alleen de financiering is anders. Voor deze informatie verwijzen wij naar de richtlijnen van de beroepsgroep. De medisch specialist dient in de praktijk te bepalen welke behandeling wanneer van toepassing is.

#### *4.2.3 Consultatievraag 3 Consequenties standpunt Consequenties van ons standpunt voor de betrokken partijen*

Als het advies in voorliggend rapport wordt gevolgd door minister van VWS, dan zijn verschillende partijen van mening dat de wijzigingen niet tot extra lasten voor cliënten, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en gemeenten mogen leiden. Goede communicatie naar alle partijen is dan ook een eerste vereiste.

Zorgaanbieders vrezen dat het verschil in zorgaanbod tussen gemeenten kan leiden tot een gebrek aan voldoende noodzakelijke zorg. Dat geldt met name voor ouders die deze noodzakelijke zorg niet zelf kunnen betalen of ouders die de ouderbijdrage van de gemeenten voor de noodzakelijke zorg niet kunnen betalen.

Een aantal partijen benadrukt het belang van voldoende financiële middelen en voldoende kennis over de benodigde zorg voor de doelgroep bij zorgaanbieders, gemeenten en zorgverzekeraars. Men vreest dat de financieringssystematiek en een gebrek aan kennis over de benodigde zorg kan leiden tot een slechte samenwerking en afschuifgedrag. Ook kan bij een gebrek aan financiële middelen binnen de Jw een verschuiving plaatsvinden richting de somatisch medisch specialistische zorg (Zvw).

Partijen benadrukken dat een goede samenwerking tussen somatisch medisch specialisten en jeugdpsychiaters/jeugdpsychologen, gemeenten en zorgverzekeraars belangrijk is. Deze samenwerking is noodzakelijk voor een goede integrale zorg aan de jeugdigen (GGZ-N). De jeugdige mag niet de dupe worden van misverstanden in afstemming tussen partijen. Wij onderschrijven dit.

### **4.3 Overige opmerkingen**

Verder hebben partijen nog technische opmerkingen gemaakt die wij hebben beoordeeld. De opmerkingen hebben op verschillende plaatsen in het rapport geleid tot aanpassing of verduidelijking van het rapport.



## 5 Definitief standpunt

### 5.1 Inleiding

De reacties van de verschillende partijen hebben geleid tot een aantal aanpassingen in het rapport (zie hoofdstuk 4). De reacties hebben ons standpunt per diagnose 'Gedragsproblematiek/psychosociale pediatrie' niet gewijzigd. In het onderstaande de korte samenvatting van het standpunt en de overwegingen bij het standpunt.

### 5.2 Samenvatting standpunt per diagnose 'Gedragsproblematiek/psychosociale pediatrie'

Diagnose	Domein voor 1 januari 2015	Domein per 1 januari 2015
ADHD (Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder)	Zvw (huisarts/POH-GGZ en/of MSZ, G-GGZ)	Jw (G-GGZ) Zvw (huisarts/POH-GGZ)
Breath holding spells	Zvw (huisarts/POH-GGZ en/of MSZ)	Zvw (huisarts/POH-GGZ en/of MSZ)
Eetstoornissen	Zvw (G-GGZ voor psychische stoornis) MSZ (voor somatische gevolgen psychische stoornis)	Jw (psychische stoornis) én Zvw (MSZ voor somatische gevolgen psychische stoornis)
Encopresis	Zvw (huisarts/POH-GGZ en/of MSZ)	Zvw (huisarts/POH-GGZ en/of MSZ)
Excessief huilen (huilbaby)	Zvw (huisarts/POH-GGZ en/of MSZ)	Zvw (huisarts/POH-GGZ en/of MSZ) Jw (opvoedingsondersteuning)
Bedreigde ontwikkeling kind	Zvw (huisarts/POH-GGZ en/of MSZ)	Zvw (huisarts/POH-GGZ en/of MSZ)
Leerstoornissen	Onderwijs	Onderwijs
Psychiatrische stoornissen (autisme en depressie)	Zvw (huisarts/POH-GGZ en/of MSZ)	Jw (G-GGZ)
Slaapstoornissen	Zvw (huisarts/POH-GGZ en/of MSZ)	Zvw (huisarts/POH-GGZ en/of MSZ)
Functionele klachten	Zvw (huisarts/POH-GGZ en/of MSZ)	Zvw (huisarts/POH-GGZ en/of MSZ)
Overige psychosociale problemen	Zvw (huisarts/POH-GGZ en/of MSZ) Wet op de Jeugdzorg	Zvw (huisarts/POH-GGZ en/of) Jw (ondersteuning bij psychosociale problematiek)

### 5.3 Overwegingen bij het standpunt

We zijn tot dit standpunt gekomen op grond van de onderstaande overwegingen:

- Zowel in de Jw als in het Bzv is vastgelegd dat G-GGZ voor jeugdigen tot 18 jaar met ingang van 1 januari 2015 is overgeheveld van de Zvw naar de Jw.

- Alleen de psychische *stoornissen* volgens de DSM-IV worden behandeld binnen de G-GGZ en worden voor jeugdigen overgeheveld van de Zvw naar de Jw. Overigens vallen niet alle stoornissen uit de DSM-classificatie onder de G-GGZ. Een aantal stoornissen wordt behandeld door de huisarts/POH-GGZ of behoort tot een ander domein dan de GGZ.  
De behandeling van psychische *problemen* valt niet onder de G-GGZ. Deze zorg wordt behandeld via de gemeente (Jw), door de huisarts/POH-GGZ of maakt integraal onderdeel uit van de medisch specialistische zorg.
- Uit de wetsgeschiedenis van artikel 1.2, lid 2 van de Jw blijkt dat als een stoornis bij een jeugdige somatische én psychische gevolgen heeft, de zorg in het kader van de somatische gevolgen onder de Zvw valt. De realisatie van deze zorg is een verantwoordelijkheid voor de zorgverzekeraar. De zorg in het kader van de psychische gevolgen valt onder de Jw. De realisatie van deze zorg is de verantwoordelijkheid van de gemeente.

## **6 Consequenties standpunt**

### **6.1 Inleiding**

In dit hoofdstuk benoemen we de belangrijkste gevolgen van ons standpunt voor de zorgvrager, de zorgaanbieder, de zorgverzekeraar en gemeente en de NZa.

### **6.2 Zorgvrager**

Ons standpunt hoeft niet te leiden tot wijzigingen in de toegang tot de zorg voor zorgvragers die nu of in de toekomst behandeld worden voor een diagnose 'Gedragsproblematiek/psychosociale pediatrie'. Deze zorg valt ofwel onder de Zvw, ofwel onder de Jw. De kinderarts die zorg levert die vanaf 1 januari 2015 niet langer onder de Zvw valt maar onder de Jw, kan dat in principe blijven doen mits de gemeente deze zorg contracteert. De diagnoses: ADHD, eetstoornissen (behandeling psychische stoornis) en psychiatrische stoornissen vallen met ingang van 1 januari 2015 onder de Jw. De gemeenten zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van de Jw. Dit kan ertoe leiden dat de ene gemeente de zorg bij psychische stoornissen inkoopt bij de kinderarts die de zorg ook vòòr 2015 leverde en de andere gemeente de benodigde zorg bij een andere zorgaanbieder inkoopt. Met name zorgaanbieders die zorg leveren aan cliënten van verschillende gemeenten én die vanaf 2015 onder de Jw vallen geven aan dat een aantal gemeenten deze zorg niet bij hen hebben ingekocht. Dit leidt ertoe dat deze zorgaanbieders de zorg aan de zorgvragers uit de betreffende gemeente niet kunnen continueren.

Vòòr 2015 viel de zorg voor jeugdigen voor wat betreft de G-GGZ onder de Zvw. Het eigen risico voor de zorg die valt onder de Zvw is niet van toepassing op jeugdigen onder de 18 jaar. Nu de zorg voor jeugdigen met ingang van 1 januari 2015 onder de Jw valt bepalen gemeenten zelf of zij een ouderbijdrage vragen voor de geleverde zorg en wat de hoogte van deze ouderbijdrage is. Dat betekent dat vanaf 2015 een ouderbijdrage verschuldigd kan zijn voor de geleverde zorg.

### **6.3 Zorgaanbieder**

We doen met ons standpunt geen uitspraak over de zorgaanbieder die de zorg aan de jeugdigen moet (gaan) leveren. Dat is ook niet vastgelegd in de relevante regelgeving. De gemeenten en zorgverzekeraars bepalen zelf bij welke zorgaanbieders zij zorg inkopen.

In dit kader signaleren de jeugdpsychiaters, de jeugdpsychologen en de kinderartsen, die wij tijdens de technische consultatie hebben gesproken, dat als gevolg van de overheveling van de G-GGZ naar de Jw een aantal gemeenten deze zorg voor jeugdigen niet meer inkopen bij de Psychiatrische Afdelingen van Algemene Ziekenhuizen (PAAZ) en de Psychiatrische Universiteitsklinieken (PUK). In bepaalde gevallen vereist de lichamelijke toestand van de jeugdige de nabijheid van somatisch medisch specialisten. De behandeling vanwege de psychische stoornis wordt dan verleend door de jeugdpsychiater of jeugdpsycholoog die in het betreffende ziekenhuis werkzaam is. Zij kunnen de geleverde behandeling echter niet declareren bij de gemeenten als de gemeenten deze psychische zorg niet hebben ingekocht bij het ziekenhuis. Dit leidt ertoe dat jeugdigen niet meer op deze afdeling terecht kunnen. De zorgaanbieder heeft echter wel een behandelplicht in acute situaties. Dit kan ertoe leiden dat de zorgaanbieder onrechtmatig declareert om de zorg alsnog vergoed te krijgen.

Als zorgaanbieders overeenkomsten met verschillende gemeenten sluiten kan dat betekenen dat de zorgaanbieders met verschillende uitvoeringssystemen worden geconfronteerd. Binnen de Zorgverzekeringswet is de uitvoering meer uniform geregeld.

Bij een somatische aandoening kan er in meer of minder mate sprake zijn van psychische problemen als gevolg van de somatische aandoening. Vanwege deze psychische problematiek wordt er in veel gevallen een jeugdpsycholoog bij de behandeling van de medisch specialist betrokken. De zorg die deze psycholoog levert wordt bekostigd onder de DBC-systematiek van de ziekenhuiszorg. Zorgaanbieders gaven bij de technische consultatie aan dat de financiële ruimte binnen de DBC's soms te beperkt is voor de benodigde psychische zorg. Dat kan ertoe leiden dat kinderartsen nog een ander DBC-zorgproduct gebruiken om alsnog de behandeling van de psycholoog vergoed te krijgen. Dit is niet beoogd en in strijd met de NZa regelgeving.

De NZa merkt hierbij op dat zij op basis van een kostprijsonderzoek per 1 juni 2014 tot een stijging van de tarieven voor de kindergeneeskunde met ongeveer 35% zijn gekomen. De NZa geeft aan dat met deze stijging de beperkte financiële ruimte binnen de DBC-tarieven weggenomen is.

De gemeenten zijn met de invoering van de Jw in 2015 verantwoordelijk voor de uitvoering van de zorg aan jeugdigen. Zij zijn vrij om zelf het uitvoeringsbeleid vast te stellen. Gemeenten zorgen dat er een kwalitatief en kwantitatief toereikend aanbod is om aan hun verantwoordelijkheden te kunnen voldoen (artikel 2.6, lid 1a Jw). Op verzoek van de VNG zullen gemeenten voorlopig de DBC-systematiek blijven gebruiken. Dit leidt tot meer uniformiteit in de uitvoering van de Jw.

Voor wat betreft de diagnoses 'Gedragsproblematiek/psychosociale pediatrie' duiden we in dit standpunt de behandeling van de drie diagnoses: ADHD, eetstoornissen (psychische component) en psychiatrische stoornissen als zorg die onder de Jw valt. Er is bij de overheveling van de G-GGZ voor jeugdigen echter geen rekening mee gehouden dat de zorg bij ADHD ook binnen het medisch specialistisch kader (Zvw) geleverd en gedeclareerd wordt. Dat heeft tot gevolg dat de budgetten voor de zorg bij ADHD niet van de zorgverzekeraars naar de gemeenten zijn overgeheveld. Dit budget zal alsnog worden overgeheveld. Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) hebben voor 2015 dan ook afgesproken dat de inkoop, declaratie en facturatie van deze zorg door de zorgverzekeraars conform 2014 wordt gecontinueerd. In de tweede helft van 2016 maken de verzekeraars transparant wat door de individuele verzekeraars aan jeugd-GGZ is uitgegeven in 2015, worden de uitgaven die ten laste zijn gebracht van de Zvw alsnog aangemerkt als uitgaven voor de Jw. Dit laatste geldt ook voor de andere diagnoses 'Gedragsproblematiek/psychosociale pediatrie' die in 2015 nog ten laste van de Zvw worden gebracht, maar onder de Jw vallen.

#### **6.4 Nederlandse Zorgautoriteit**

In hoofdstuk 3 van het rapport adviseren we bij elke diagnose 'Gedragsproblematiek/ psychosociale pediatrie' om de diagnose al dan niet te handhaven binnen de declaratiestructuur van de kindergeneeskunde. Wij geven dit advies aan de NZa, omdat de NZa bepaalt welke DBC-zorgproducten door instellingen in rekening mogen worden gebracht die onder het domein van de Zvw vallen. We adviseren de NZa de diagnose te verwijderen als de diagnostiek en behandeling door de medisch specialist (kinderarts) in het kader van de betreffende diagnose niet langer onder de Zvw valt. Dit betreft uiteraard alleen de diagnoses voor de jeugdigen onder de 18 jaar.

De NZa geeft aan dat het overhevelen van diagnoses van de Zvw naar de Jw verschillende uitvoeringsconsequenties heeft. Dit betreft onder andere het afsluiten van de betreffende DBC's door de somatisch medisch specialisten, het inkopen van deze zorg door gemeenten, het wijzigen van de financiële kaders voor de Jw en de Zvw door het ministerie van VWS en het aanpassen van de productstructuur door de NZa. De NZa vraagt zich af of de betrokken partijen in staat zijn om een en ander voor 2016 te regelen. De beleidscyclus voor prestaties, tarieven en regelgeving 2016 moet voor 1 juli 2015 immers zijn vastgesteld. Bovendien maken de zorgverzekeraars het inkoopbeleid voor 2016 in april 2015 al bekend.

### **Zorginstituut Nederland**

*Voorzitter Raad van Bestuur*

Arnold Moerkamp



> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

Zorginstituut Nederland  
t.a.v de heer M

**Directoraat Generaal  
Curatieve Zorg**  
Directie Curatieve Zorg

**Bezoekadres**  
Rijnstraat 50  
2515 XP Den Haag  
T 070 340 79 11  
F 070 340 78 34  
www.rijksoverheid.nl

**Kenmerk**  
698940-130717-CZ

**Uw brief**

**Bijlage(n)**

Datum - 9 DEC. 2014  
Betreft verzoek ZIN afbakening JeugdwetZvw kinderartsen

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

Geachte heer M

Op 1 januari 2015 wordt de jeugd-ggz in het kader van de Jeugdwet overgeheveld naar gemeenten, en vervalt de aanspraak op deze zorg binnen de Zorgverzekeringswet. Naar aanleiding van vragen van een zorgaanbieder en een verzekeraar heeft het Zorginstituut afgelopen jaar aangegeven dat ook de behandeling die kinderartsen bieden bij ADHD, onder de noemer 'jeugd-ggz' valt.

De uitspraak van het Zorginstituut heeft de vraag opgeworpen of er binnen de productgroep 'psychosociale pediatrie' in de DOT-systematiek meer behandelingen onder de noemer 'jeugd-ggz' zouden moeten vallen. Het ministerie van VWS verzoekt het Zorginstituut daarom om voor wat betreft deze productgroep de afbakening tussen de Zorgverzekeringswet en Jeugdwet helder te definiëren, zodat hier in de zorginkoop vanaf 2016 door zorgverzekeraars en gemeenten rekening mee gehouden kan worden.

Hoogachtend,  
de minister van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport,  
namens deze,  
de directeur Curatieve Zorg,

drs. Veronique J.W.C. Esman-Peeters

## Reacties partijen

01 VNG

02 NVK

03 GGZNederland

04 NZa

05 LPGGz

06 NIP

07 ZN

08 ZKN

09 NFU

10 DBC-onderhoud

11 JGZ



Vereniging van  
Nederlandse Gemeenten

Zorginstituut Nederland  
Mevr. O. O.

doorkiesnummer	uw kenmerk	bijlage(n)
betreft Reactie op concept duidingsadvies Kindergeneeskunde	ons kenmerk ECSD/U201500512	datum 25 maart 2015

Geachte mevrouw O

Begin maart ontvingen wij van u het concept duidingsadvies Kindergeneeskunde. U heeft de VNG gevraagd een reactie te geven op de consultatievragen die in uw advies zijn opgenomen:

- Kunt u zich vinden in de conclusies die wij in hoofdstuk 2 trekken?
- Kunt u zich vinden in de conclusies die wij in hoofdstuk 3 trekken?
- Heeft u nog opmerkingen of aanvullingen bij de in dit hoofdstuk 6 genoemde consequenties van het standpunt?

Hierbij ontvangt u onze reactie op deze drie consultatievragen

Omdat wij geen opmerkingen hebben bij de conclusies die u in hoofdstuk 2 trekt, zullen wij ons in onze reactie met name richten op uw beoordeling van de hoofddiagnoses in de productgroep "psychosociale pediatrie" en de derde vraag over de consequenties.

Naar aanleiding van hoofdstuk 2 vragen wij ons slechts af welke financieringsgrondslag het product consultatie kent; dat is ons niet helder op basis van de door u opgestelde tekst: wanneer volgt de financiering vanuit de ZVW en wanneer betaalt de gemeente vanuit de Jeugdwet? De consultatie zoals deze op dit moment op sommige plaatsen plaatsvindt, kent weliswaar een niet beoogde financieringsvorm, maar het is wel een zeer waardevolle functie.

In hoofdstuk 3 geeft u een uitgebreid overzicht van de hoofddiagnoses binnen de diverse productgroepen. Naar onze mening sluiten uw eerste conclusies aan bij de verantwoordelijkheden die gemeenten reeds hebben voor de Jeugd GGZ binnen de Jeugdwet. Wel hebben wij nog de vraag wat uw voorstel om "leerstoornissen" en "overige psychosociale problemen" te verwijderen uit en "eetstoornissen" te behouden in de productgroep psychosociale problemen, in de praktijk betekent? Dit is ons niet duidelijk.



Het product "leerstoornissen" valt niet onder de reikwijdte van de Jeugdwet. Uit uw conclusie wordt niet helder waar dit product terecht moet komen. Ook uw toelichting bij 'eetstoornissen' is ons niet helemaal helder. Wij vragen u deze punten te verhelderen.

Tenslotte vraagt u ons te reageren op de conclusies die u trekt ten aanzien van de consequenties voor de zorgvrager, de zorgverlener en de gemeente/zorgverzekeraar. Hierbij willen wij u graag de volgende aanvullende aandachtspunten meegeven.

Terecht constateert u dat gemeenten financieel moeten worden gecompenseerd indien er wordt besloten dat deze productgroepen onder reikwijdte van de Jeugdwet vallen. Het is hierbij heel erg belangrijk dat de financiële compensatie tijdig helder is en dat gemeenten voldoende worden gecompenseerd.

Een tweede punt dat wij graag mee willen geven gaat over de positie van de cliënt en de professional. Wij vinden het belangrijk dat de cliënt geen overlast ervaart van dit mogelijke besluit en dat de cliënt weet waar hij of zij aan toe is. Tevens vinden wij het belangrijk dat ook professionals en zorgaanbieders weten tot welke financier zij zich moeten wenden. De knip tussen somatiek en psychiatrie mag de hulpverlening niet onnodig in de weg staan. Mocht dit advies tot besluitvorming leiden, vinden wij dat heldere en begrijpelijke communicatie naar cliënten en professionals prioriteit moet krijgen. Tevens is het belangrijk dat gemeenten en zorgverzekeraars duidelijke informatie ontvangen, want het is onwenselijk dat cliënten van het kastje naar de muur worden gestuurd.

Afsluitend wil ik graag nog enkele inhoudelijke opmerkingen maken bij het laatste hoofdstuk 6.

- In de tekst wordt gesproken over een eigen bijdrage. Ik merk hierbij op dat gemeenten volgens de Jeugdwet geen eigen bijdrage mogen vragen aan cliënten. In de Jeugdwet wordt gesproken over een ouderbijdrage.

- Eveneens maakt u in uw stuk een opmerking dat de zorg die wordt geleverd binnen de drie hoofddiagnoses ADHD, eetstoornissen en psychiatrische stoornissen in 2015 door de zorgverzekeraars worden ingekocht en betaald. Dit is onjuist. De afspraken gaan alleen over de ADHD zorg.

Hoogachtend,  
Vereniging van Nederlandse Gemeenten

K. Slaeking  
Hoofd EC Sociaal Domein

## **Reactie van het NVK bestuur bij het consultatiedocument van het Zorginstituut Nederland Duiding Kindergeneeskunde (afbakening Jeugdwet en Zorgverzekeringswet)**

Het bestuur van de NVK is blij met de constructieve wijze waarop het Zorginstituut de NVK betrokken heeft bij de totstandkoming van de duiding. Hierna volgen enkele opmerkingen bij het consultatiedocument. In grote lijnen is het een realistische nota.

### Hoofdstuk 2: Wettelijk kader Jeugdwet en Zorgverzekeringswet

De NVK deelt de conclusies die in hoofdstuk 2 worden getrokken.

Enkele aandachtspunten bij dit hoofdstuk:

#### *2.2.2. Internationaal Verdrag inzake de rechten van het kind*

Het Internationaal Verdrag inzake de rechten van het Kind gaat in artikel 24 over gezondheidszorg en in artikel 26 over sociale zekerheid (waar Nederland overigens de verantwoordelijkheid bij ouders legt). Aan het eind van 2.2.2 wordt gesteld "dat uit het systeem van de Jw volgt dat het aanbod van voorzieningen per gemeente kan verschillen".

Het kan dus gebeuren dat kinderen onvoldoende aanspraak kunnen maken op noodzakelijke zorg en dat de verantwoordelijke ouders het niet kunnen realiseren, iets wat met name voor de lagere SES gezinnen zal gelden, die het niet zelf kunnen bekostigen.

#### *2.4.2. Harde knip bij 18 jaar en 2.4.4 Psychofarmaca extramuraal*

Dit leidt voor cliënten tot administratieve lasten.

### Hoofdstuk 3: Standpuntbepaling per hoofddiagnose

De NVK deelt de conclusies die in hoofdstuk 3 worden getrokken op voorwaarde dat onderstaande punten verwerkt worden.

Punt A en B gaan over de DOT systematiek en zijn in engere zin niet relevant voor de duiding. De NVK adviseert om e.e.a. of correct weer te geven of te verwijderen. Punt C is inhoudelijk.

*A: Verwijzing naar productgroep niet overal correct: verwijzing verwijderen of corrigeren*

De verwijzing naar zorgproductgroepen in DOT ('bomen') Kindergeneeskunde is niet overal correct. Genoemde DBC-diagnosen verwijzen namelijk niet alleen naar de DOT zorgproductgroep 'psychosociaal', maar ook naar de DOT zorgproductgroepen 'overige pediatrie', 'maag darm lever' en 'neurologie' (zie tabel).

Het consultatiedocument kan op twee manieren aangepast worden.

1. Het consultatiedocument gaat alleen in op de DBC diagnosen. Voor de duiding afbakening Jeugdwet Zorgverzekeringswet volstaat dit. Alle verwijzingen naar DOT productgroepen in het consultatiedocument worden verwijderd.  
Het nadeel van deze aanpak is dat het vaker gesignaleerde misverstand blijft bestaan dat alle 76 DBC diagnosen in de productgroep 'psychosociaal' vallen.
2. Het consultatiedocument gaat wel in op de verschillende productgroepen.  
De huidige tekst in het consultatiedocument wordt op de volgende punten aangepast:
  - 'Standpunt per hoofddiagnose van de productgroep 'psychosociale pediatrie' vervangen door 'Standpunt per DBC diagnose Gedragsproblematiek / psycho-sociale pediatrie (3.2)

- 'psychosociale pediatrie' vervangen door 'overige pediatrie' in 3.2.1 (ADHD)
- 'psychosociale pediatrie' vervangen door 'overige pediatrie' in 3.2.2 (breath holding spells)
- 'psychosociale pediatrie' vervangen door 'maag darm lever' in 3.2.4 (encopresis)
- 'psychosociale pediatrie' vervangen door 'overige pediatrie' in 3.2.5 (excessief huilen)
- 'psychosociale pediatrie' vervangen door 'neurologie' in 3.2.7 (leerstoornissen)
- 'psychosociale pediatrie' vervangen door 'overige pediatrie' in 3.2.9 (slaapstoornissen)

**Tabel Afleiding DBC diagnose naar DOT zorgproductgroep Kindergeneeskunde**

	DBC diagnose Gedragsproblematiek / psycho-sociale pediatrie	DOT zorgproductgroep Kindergeneeskunde ('boom')
7601	ADHD	overige pediatrie
7602	Breath holding spells	overige pediatrie
7604	Eetstoornissen	psychosociaal
7605	Encopresis	maag darm lever
7606	Excessief huilen ('huilbaby')	overige pediatrie
7608	Bedreigde ontwikkeling kind	psychosociaal
7610	Leerstoornissen	neurologie
7611	Psychiatrische stoornissen ( o.a. autisme, depressie)	psychosociaal
7612	Slaapstoornissen	overige pediatrie
7614	Functionele klachten	psychosociaal
7699	Overige psychosociale problemen (o.a. pedagogisch)	psychosociaal

*B: Onterecht verwijderen van DBC diagnose 'overige psychosociale problemen' in het kader van de DBC systematiek*

De DBC systematiek en DOT structuur is voor alle medisch specialistische zorg op een standaard manier opgebouwd. Daarbij hoort dat ieder cluster van DBC diagnoses een diagnose 'overige etc' kent, eindigend met het nummer 99.

Het Zorginstituut kan dus niet adviseren om de noodzakelijke DBC diagnose 'Overige psychosociale problemen' te verwijderen. Dit gaat in tegen de systematiek van Nederlandse Zorgautoriteit en DBC Onderhoud.

Wel is het verstandig te adviseren de toevoeging '(o.a. pedagogisch)' uit de omschrijving van de DBC diagnose te verwijderen.

De NVK stelt voor diagnose 7699 te behouden en de omschrijving aan te passen door de toevoeging '(o.a. pedagogisch)' te verwijderen.

*C: Inhoudelijke opmerkingen per DBC diagnose*

### 3.2.7 Leerstoornissen

De NVK herkent zich niet goed in de interpretatie van de DBC diagnose 'leerstoornissen', die in DOT Kindergeneeskunde afleidt naar zorgproducten Neurologie.

De NVK kan zich wel vinden in de conclusie de diagnose te verwijderen.

### 3.2.8 Psychiatrische stoornissen

De NVK herkent zich niet in oneigenlijk gebruik van deze diagnose. Het Zorginstituut stelt dat deze diagnose ook gebruikt wordt 'in de situatie dat de kinderarts consultatie van een psycholoog/psychiater gewenst acht'. Waarop is dit gebaseerd? Een dergelijke registratie is in strijd

met de Beleidsregel Prestaties en Tarieven Medisch Specialistische Zorg van de Nederlandse Zorgautoriteit.

De NVK stelt voor deze alinea te verwijderen of te herformuleren. Zie ook de laatste zin bij 6.3.

## Hoofdstuk 6

### 6.2 Zorgvrager

Het eigen risico van de Zorgverzekeringswet geldt niet voor personen onder de 18 jaar. Nu deze zorg onder de Jeugdwet valt, bestaat het risico dat gemeenten een eigen bijdrage vragen voor deze zorg aan personen onder de 18 jaar. De NVK acht dit niet gewenst. Zie ook de opmerking bij 2.2.2.

### 6.3 Zorgaanbieder

De door jeugdpsychiaters en jeugdpsychologen gesignaleerde problemen over nabijheid van somatisch medisch specialisten worden ook door kinderartsen herkend.

Bestuur NVK

Bestuur sectie Sociale en Psychosociale Kindergeneeskunde

25 maart 2015

Zorginstituut Nederland  
Ter attentie van mevrouw O. O.

Datum  
**27 maart 2015**  
Contactpersoon  
**Djiewke Verseput**  
Ons kenmerk  
**Dir/devt/159390/2015**  
Onderwerp  
**Duiding afbakening Zvw en Jw**

Bijlage(n)  
  
Doorkiesnummer  
**8961**  
Uw kenmerk

Geachte mevrouw O.,

Op 5 maart ontvingen wij uw verzoek om een reactie te geven op uw conceptrapport 'Kindergeneeskunde' met uw duiding voor de afbakening van de Jeugdwet (Jw) en de Zorgverzekeringswet (Zvw). Deze duiding spitst zich toe op de productgroep 'psychosociale pediatrie' uit het huidige medisch specialistische bekostigingskader in de Zvw. In deze brief treft u de reactie van GGZ Nederland aan.

### **Algemene reactie**

U vraagt ons antwoord te geven op de consultatievragen, maar eerst willen wij een algemene reactie geven op de conceptrapportage. Het rapport zet op heldere wijze uiteen wat de productgroep 'psychosociale pediatrie' omvat. De redenering is helder, consistent en medisch zo verantwoord mogelijk.

De diagnostiek en de behandeling bij psychosociale pediatrie werd tot 2015 gefinancierd vanuit het bekostigingskader medisch specialistische zorg. De vraag is nu welke zorg behoort tot het domein van de jeugd-ggz en daarmee tot het domein van de Jeugdwet. Via uw duiding met een financiële insteek wordt bepaald wat des kinderarts is en wat des kinderpsychiater / wat des geneeskundige kinder- en jeugdpsychiatrie. Met uw duiding wordt vooral bepaald wat wel of niet des kinderarts is. Dit geeft de zorgverzekeraar en de gemeente alsook het algemene ziekenhuis de nodige duidelijkheid voor in- en verkoop.

De vraag wat binnen de Jeugdwet cq de brede jeugdhulp tot de curatieve jeugd-ggz gerekend wordt, is evenwel van belang om in de nabije toekomst te bespreken, mede in relatie tot de knip bij 18 jaar, bij de overgang van de zorg voor de jeugdige van Jeugdwet naar de Zorgverzekeringswet of de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo).



## Antwoorden op de consultatievragen

### 1. Duiding welke ggz-zorg overgeheveld is van Zvw naar Jw

Voor de duiding neemt u de wetsgeschiedenis als uitgangspunt. Dit lijkt ons een juist vertrekpunt.

U vraag ons of wij ons kunnen vinden in de conclusie dat alleen de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor jeugdigen tot 18 jaar (harde knip) met ingang van 1 januari 2015 overgeheveld is van de Zvw naar de Jw.

Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (g-ggz) voor jeugdigen tot 18 jaar wordt door u gedefinieerd als die zorg die geleverd kan worden aan jeugdigen met psychische stoornissen, die voorheen behandeld werden vanuit het g-ggz kader in de Zvw. Daarmee duidt u de geneeskundige jeugd-ggz aan als die zorg die in uw 'Advies Geneeskundige Geestelijke gezondheidszorg, deel 2' (juli 2013) gerekend wordt tot de verzekerde g-ggz. In uw advies uit 2013 sluit u aan op het classificatiesysteem DSM IV. In dit advies geeft u aan dat de ggz voor het jonge kind (0-3 jaar) conform de classificatie DC.0-3 ook tot de verzekerde g-ggz behoort.

Ter verheldering van de afbakening van de g-ggz voor jeugd beschrijft u dat de zorg die de huisarts/POH biedt en de ggz die wordt geboden als onderdeel van de integrale behandeling van de (somatisch) medisch specialist) alsook de psychofarmaca gehandhaafd blijven onder de Zvw.

Wij kunnen ons vinden in uw conclusie dat de verzekerde g-ggz, zoals bepaald in uw advies in 2013, is overgeheveld naar de Jeugdwet. We hebben daarbij de volgende opmerkingen: De psychofarmaca voor jeugdigen die extramuraal worden behandeld, blijft onder de Zvw vallen. Dit geldt niet voor de psychofarmaca die intramuraal wordt voorgeschreven en verstrekt. Deze medicatie komt ten laste van de gemeenten.

Een andere kanttekening betreft uw aanname dat er altijd sprake is van een harde knip bij 18 jaar. In paragraaf 2.4.2 geeft u aan dat u uitgaat van een harde knip bij 18 jaar met het argument dat 'zodra de jeugdige 18 jaar is geworden deze zorg direct overgaat naar de Zvw'. Het is de vraag of dat zo is en zeker of dat zo blijft. Als de gemeenten psychosociale zorg, behandeling van aanpassingsstoornissen of de zorg bij bijvoorbeeld kindermishandeling met V-codes of ander producttyperingen/coderingen vergoeden, is de continuïteit van deze zorg bij 18+ niet te bieden vanuit de Zvw omdat deze zorg(producten) geen onderdeel vormen van de Zvw-basisverzekering. De gemeente blijft in dat geval, vanwege het ontbreken van een ander wettelijk kader, de financier van deze zorg tot 23 jaar.

### 2. De duiding van de afbakening Zvw en Jw

U vraagt of wij ons kunnen vinden in de conclusies van hoofdstuk 3. Het hoofdstuk bevat een heldere uitwerking van de diagnoses in de productgroep psychosociale pediatrie en een eveneens heldere duiding die wordt samengevat in de tabel op bladzijde 22. In het onderstaande schema geven wij in de vierde kolom onze reactie aan. Bij een aantal beelden noemen wij dat zowel diagnostisch als therapeutisch het zwaartepunt ofwel meer op het terrein van somatische zorg ligt ofwel meer op dat van de ggz. Voor optimale, optimaal snelle en daardoor vaak minder dure zorg is het dan gewenst dat vanuit beide financieringskaders behandeld kan worden

Hoofddiagnose productgroep psychosociale pediatrie	Duiding ZINL Domein < 1-1-2015	Duiding ZINL Domein > 1-1-2015	Reactie GGZ NI op duiding > 1-1-2015
ADHD	Zvw huisarts/poh-ggz, mzs	Jw (g-ggz)	<p>Eens met overheveling naar Jw</p> <p>Eens met laten vervallen uit Zvw mzs.</p> <p>Niet eens met laten vervallen Zvw huisarts/poh-ggz in kolom &gt;1-1-2015</p>
Breath holding spells	Zvw huisarts/poh-ggz, ggz, mzs	Zvw huisarts/poh-ggz, msz	<p>Eens</p> <p>Het is denkbaar dat in een aantal gevallen gedragswetenschappelijke kennis noodzakelijk is die niet voorhanden is in de pediatrie. De prestatie consultatie en advies (Jw) kan hierin voorzien. Wanneer mee-behandeling geïndiceerd is, dient dit onder de Jw te vallen.</p>
Eetstoornissen	Zvw g-ggz voor psychische stoornis, mzs voor somatische gevolgen psychische stoornis)	<p>Jw Psychische stoornis</p> <p>Zvw-msz voor somatische gevolgen van de psychische stoornis</p>	<p>Eens dat zowel Zvw als Jw genoemd worden.</p> <p>De Jeugdwet maakt een knip tussen somatiek en psyche. De grens somatisch-psychisch is in de praktijk niet altijd scherp te trekken.</p>
Encopresis	Zvw huisarts/poh-ggz en/of msz	Zvw huisarts/poh-ggz en/of msz	<p>Eens</p> <p>Voor een aantal stoornissen, zoals deze geldt dat zij vaak samen met andere psychische stoornissen voorkomen en/of daardoor (mee-)bepaald worden en die om (mee-) behandeling vragen. Als sprake is van dergelijk mee- behandelen, dient dat onder de Jeugdwet te vallen.</p>

Excessief huilen (huilbaby)	Zvw huisarts/poh-ggz en/of msz	Zvw huisarts/poh-ggz en/of msz  Jw opvoedondersteuning	Eens dat diagnostiek en waar nodig behandeling door kinderarts tlv msz Zvw is.  Maar na uitsluiting somatiek en/of als gedragswetenschappelijke interventie noodzakelijk is kan ggz-behandeling nodig zijn (DC 0-3 jarige diagnostiek en behandeling, onderdeel van de verzekerde curatieve ggz tot 1-1-2015). Deze zorg valt onder Jeugdwet
Bedreigde ontwikkeling kind	Zvw huisarts/poh-ggz en/of msz	Zvw huisarts/poh-ggz en/of msz	Eens dat als deze diagnostiek plaatsvindt door de kinderarts deze dan vanuit het msz wordt gefinancierd.  Het vermoeden van een bedreigde ontwikkeling / vermoeden kindermishandeling kan ook een reden zijn om te verwijzen naar de jeugd-ggz. Deze zorg valt dan onder de Jw. De diagnostiek en behandeling vanuit de jeugd-ggz betreft niet alleen de diagnostiek van het kind, maar ook van het systeem. De deskundigheid in de jeugd-ggz, ook ten aanzien van psychopathologie van ouders en het hanteren daarvan, is noodzakelijk om trajecten optimaal (snel en goed) te laten verlopen.
Leerstoornissen		Onderwijs	Eens dat dit niet valt onder het msz.  Bij leerstoornissen concludeert u dat dit nadrukkelijk de



			<p>verantwoordelijkheid is van de school.</p> <p>Bij leerstoornissen die samengaan of samenhangen met ontwikkelingsstoornissen is behandeling in de jeugd-ggz aangewezen.</p> <p>Gemeenten zijn nu verantwoordelijk voor de inkoop van zowel jeugd-ggz alsook dyslexie-zorg. Wij vragen ons af of uw duiding consequenties gaat hebben voor de wijze waarop gemeenten naar deze problematiek en bijbehorende verantwoordelijkheidsverdeling gaan kijken en wat dit in de praktijk gaat betekenen voor jeugdigen en ouders die hiermee te maken krijgen.</p>
<p>Psychiatrische stoornissen (autisme en depressie)</p>	<p>Zvw Huisarts/poh-ggz en/of msz</p>	<p>Jw (g-ggz)</p>	<p>Eens dat diagnostiek en behandeling van psychiatrische stoornissen onder de Jw vallen.</p> <p>Kanttekening hierbij is dat de diagnostiek van autisme vraagt om differentiaal diagnostiek ter uitsluiting van een aantal somatische stoornissen of syndromen. Zeker waar sprake is van comorbiditeit zoals epilepsie of een verstandelijke beperking is dit van belang. Deze differentiaal diagnostiek zou onder de Zvw moeten vallen.</p> <p>(Nb: de noodzaak voor verrichten differentiaal diagnostiek kan ook bij andere stoornissen dan autisme nodig zijn.)</p>

Slaapstoornissen	Zvw Huisarts/poh- ggz en/of msz	Zvw Huisarts/poh-ggz en/of msz	Eens  Voor een aantal stoornissen, zoals deze, geldt dat zij vaak samen met andere psychische stoornissen voorkomen en/of daardoor (mee-)bepaald worden en die om (mee-) behandeling vragen. Als sprake is van dergelijk mee- behandelen, dient dat onder de Jeugdwet te vallen.
Functionele klachten	Zvw Huisarts/poh- ggz en/of msz	Zvw Huisarts/poh-ggz en/of msz	Eens  Voor een aantal stoornissen, zoals deze, geldt dat zij vaak samen met andere psychische stoornissen voorkomen en/of daardoor (mee-)bepaald worden en, die om (mee-) behandeling vragen. Als sprake is van dergelijk mee-behandelen, dient dat onder de Jeugdwet te vallen.
Overige psychosociale problemen	Zvw Huisarts/poh- ggz en/of msz  Wet op de jeugdzorg	Zvw Huisarts/poh-ggz en/of msz  Jw (ondersteuning bij psychosociale problematiek)	Eens dat zowel de Zvw als de Jw genoemd worden.  De grens somatisch-psychisch is in de praktijk niet altijd scherp te trekken.  De categorie 'overige problemen' is weliswaar vaag, maar een enkele maal is de somatische diagnose niet duidelijk en is de betrokkenheid van de kinderarts gewenst en soms ook de enige ingang bij het kind en/of de ouders, ondanks de uitgebreide psychosociale problematiek. Deze optie moet in die situaties gebruikt kunnen worden, tot er meer

			helderheid is over de reden van zorg.
--	--	--	---------------------------------------

Tot slot nog een afrondende opmerking over het rapport. U geeft in paragraaf 6.4 aan dat de betreffende middelen uit het msz naar de gemeenten wordt overgeheveld. De gemeenten zijn daarmee ook verantwoordelijk voor de inkoop van deze zorg bij algemene ziekenhuizen, als onderdeel van de jeugdhulpplicht uit de Jeugdwet. Het lijkt ons zinvol om in dit deel van het rapport nog een algemene opmerking te maken dat een goede samenwerking tussen zorgverzekeraars en gemeenten van groot belang is en blijft.

Met deze brief hebben wij onze reactie gegeven op uw concept duiding. Ingeval deze brief vragen oproept, kunt u contact opnemen met Djiewke Verseput, beleidsadviseur jeugd, via telefoonnummer 06-29020034 of via [dverseput@ggznederland.nl](mailto:dverseput@ggznederland.nl). Wij wensen u veel succes met de afronding van uw duiding.

Met vriendelijke groet,

Ir. P.M. van Rooij,  
directeur

**Aan**  
Zorginstituut Nederland

**Van**  
M. de G.

**Telefoonnummer**

**E-mailadres**

**Kenmerk**

**Onderwerp**  
Reactie op consultatiedocument Kindergeneeskunde: afbakening Jeugdwet en Zvw

**Datum**  
26 maart 2015

### **Algemene opmerkingen**

- In het consultatiedocument wordt aangegeven welke diagnoses per 1 januari 2015 tot het domein van de Zvw dan wel Jeugdwet behoren. Op het moment dat diagnoses uit de productgroep psychosociale pediatrie onder de Jeugdwet vallen heeft dit uitvoeringsconsequenties; zeker aangezien dit standpunt gedurende het lopende jaar naar buiten wordt gebracht. Ter illustratie:

\* Ziekenhuizen dienen de betreffende DBC's per 31 december 2014 'hard' af te sluiten. Dit heeft alleen plaatsgevonden voor de diagnose ADHD.<sup>1</sup>

\* Gemeenten (in plaats van zorgverzekeraars) dienen deze zorg per 2015 in te kopen. Alleen voor ADHD is hiermee rekening gehouden; in die zin dat voor het jaar 2015 zorgverzekeraars namens gemeenten deze zorg inkopen en administratief afhandelen.

\* De financiële kaders voor Zvw en Jeugdwet dienen door het ministerie van VWS aangepast te worden.

\* De productstructuur medisch specialistische zorg dient door de NZa aangepast te worden.

Met deze uitvoeringsconsequenties is voor 2015 geen rekening gehouden. Ook voor 2016 brengt deze timing knelpunten met zich mee. Zo is de beleidscyclus voor prestaties, tarieven en regelgeving 2016 gericht op vaststelling voor 1 juli 2015. Bovendien maken verzekeraars in april 2015 hun inkoopbeleid voor 2016 kenbaar. Hierin zijn de consequenties van dit standpunt nog niet verwerkt.

- In het consultatiedocument wordt expliciet verband gelegd tussen aanspraak en bekostiging. Dit bevordert de vertaling naar prestaties en tarieven en draagt bij aan de begrijpelijkheid en uitvoerbaarheid van het standpunt in de praktijk. Deze werkwijze zou vaker toegepast mogen worden bij afbakeningsvraagstukken.

### **Opmerkingen per hoofdstuk**

#### 2. Wettelijk kader Jeugdwet en Zorgverzekeringswet

- In het consultatiedocument staat: *'De NZa reguleert de tarieven binnen de Zvw en houdt toezicht op de naleving en zorgplicht door de zorgverzekeraars.'* De NZa reguleert de tarieven voor zorg (in de zin van de WMG); dit geldt zowel voor Zvw-zorg als niet-Zvw-zorg. Verder is een deel van de tarieven vrij.

- In het consultatiedocument staat: *'De psychische component is verdisconteerd in deze producten'*. Voor consultatieve psychiatrie zijn specifieke DBC-zorgproducten beschikbaar. De medisch psychologische zorg (zoals geleverd door klinisch psychologen) maakt wel onderdeel uit van de integrale DBC-zorgproducten.

- In het consultatiedocument staat: *'Bij een eetstoornis is echter sprake van een parallel behandeltraject door de kinderarts en de kinderpsychiater. Er wordt een DBC-zorgproduct geopend door de*

---

<sup>1</sup> Zie CI/14/69c 'ADHD en overheveling jeugd-GGZ'

*kinderarts, die de jeugdige behandelt voor het somatische deel van de behandeling, dat onder zijn expertise valt (=Zvw). De kinderpsychiater opent een DBC GGZ voor de behandeling van de psychische stoornis, nu Jw.' In het document 'Scheidslijn somatiek-ggz', zoals opgesteld door VWS in overleg met het Zorginstituut, NZa en ZN staat de volgende lijn verwoord:*

Kenmerk

Pagina  
2 van 4

*'- Als het zwaartepunt van een behandeling ligt bij de jeugd-ggz en er is ook somatische zorg nodig (denk bijvoorbeeld aan basisgeneeskundige somatische zorg in intramurale setting), dan valt ook die somatiek onder verantwoordelijkheid van de gemeente (uitzondering: extramurale geneesmiddelen).*

*- Als het zwaartepunt van een behandeling bij de somatiek ligt en er is in het kader van deze behandeling ook psychische ondersteuning nodig, dan valt deze psychische ondersteuning onder verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar.*

*- Bij twee aparte zorgvragen is er sprake van twee aparte, parallel lopende producten.'*

Hoe verhoudt deze passage zich tot bovenstaande lijn? Is er daadwerkelijk sprake van twee zorgvragen in bovenstaand voorbeeld? Dit blijkt nu niet expliciet uit de tekst.

- In het consultatiedocument staat: *'Voor zover behandeling onder verantwoordelijkheid van de kinderarts plaatsvindt, blijven de kosten voor rekening van de zorgverzekeraar.'* Waarom wordt dit gekoppeld aan het specialisme dat verantwoordelijk is voor de behandeling in plaats van de aard van de zorg (medisch specialistische zorg dan wel ggz)? Immers, een kinderarts kan ook een ggz-behandeling leveren (bijvoorbeeld in het kader van ADHD).

- In het consultatiedocument staat: *'Consultatie valt onder de verantwoordelijkheid van de verantwoordelijke behandelaar en wordt daarmee bekostigd door diens financier.'* Als een patient is opgenomen binnen de MSZ kan er een consultatieve psychiatrie DBC worden vastgelegd, als een psychiater in consult wordt geroepen. Een intercollegiaal consult door de kinderarts bij een patient die is opgenomen binnen een GGZ-instelling maakt onderdeel uit van de GGZ-DBC. Op basis van bovenstaand standpunt dient de consultatieve psychiatrie DBC ten laste van de gemeente te worden gebracht. Is dit ook daadwerkelijk beoogd? Dit betekent dat dit consultatiedocument een breder effect heeft dan de productgroep psychosociale pediatrie.

### 3. Proces van beoordeling en standpuntbepaling

- In het consultatiedocument wordt geadviseerd de diagnose ADHD uit de productgroep psychosociale pediatrie te verwijderen. Echter, voor zorg aan patienten vanaf 18 jaar die onder behandeling zijn bij de kinderarts voor ADHD dient een adequate prestatie beschikbaar te zijn. Het verwijderen van de diagnose ADHD brengt knelpunten met zich mee voor de declaratie van deze zorg. Dit geldt overigens ook voor de andere diagnoses uit de productgroep psychosociale pediatrie die op basis van dit standpunt onder het domein van de Jeugdwet vallen. In de bijlage is een beknopte cijfermatige analyse opgenomen van de DBC-zorgproducten uit deze productgroep bij patienten vanaf 18 jaar.

- In het document 'Scheidslijn somatiek-ggz' is aangegeven dat: *'De behandeling van ADHD, of dit nu door een kinderarts of ggz-behandelaar gebeurt, valt vanaf 2015 onder de Jeugdwet en dus de verantwoordelijkheid van de gemeente. In het geval van de diagnostiek heeft het Zorginstituut geconstateerd dat diagnostiek door de kinderarts niet onder de Jeugdwet valt, maar onder de Zorgverzekeringswet.'* In het consultatiedocument wordt het onderscheid tussen diagnostiek en behandeling niet meer gemaakt. Kunt u dit toelichten?

- In het consultatiedocument staat: *'Zorgaanbieders gaven bij de technische consultatie aan dat de financiële ruimte binnen de DBC's*

*soms te beperkt is voor de benodigde psychische zorg. Dat kan ertoe leiden dat kinderartsen nog een ander DBC-zorgproduct gebruiken om alsnog de behandeling van de psycholoog vergoed te krijgen. Dit is niet beoogd.* Hierbij dient opgemerkt te worden dat deze handelswijze in strijd is met de NZa regelgeving en dus niet is toegestaan. Ook dient opgemerkt te worden dat tot voor kort er geen specifieke kostprijzen beschikbaar waren voor kindergeneeskunde, waardoor de tarieven gebaseerd waren op kostprijzen voor volwassenenzorg. Om die reden zijn er in 2012 en 2013 tijdelijke maatregelen genomen om de tarieven kindergeneeskunde beter passend te maken. Zo is voor een deel van de zorg gebruik gemaakt van academische kostprijzen, in plaats van kostprijzen van algemene en topklinische ziekenhuizen. Begin 2014 hebben wij een kostprijsonderzoek uitgevoerd, waarna de kostentarieven zijn herijkt per 1 juni 2014. Dit heeft geleid tot een stijging van de tarieven kindergeneeskunde met ongeveer 35%. Hiermee zou een eventueel te beperkte financiële ruimte binnen de DBC-tarieven moeten zijn weggenomen. Het heeft dan ook onze voorkeur om deze passage niet in het consultatiedocument op te nemen.

Kenmerk

Pagina  
3 van 4**Aanvullende vragen**

Daarnaast wijzen wij graag op de door ons gestelde vragen naar aanleiding van het consultatiedocument.

- Het Zorginstituut stelt dat alle gespecialiseerde GGZ die in 2014 onder het pakket viel, overgeheveld is. Wat betekent dat voor 'aanpassingsstoornis' (geen verzekerde zorg in 2014) voor een jeugdige? Wordt dat via de aanvullende verzekering bij een zorgverzekeraar gedeclareerd?

- Mijn aanvullende vraag over de scheidslijn GGZ-farmacie gaat over methadonverstrekking aan patiënten die ambulante worden behandeld. De afbakening tussen GGZ en farmacie voor jeugdigen is helder. Gespecialiseerde GGZ is naar de gemeenten gegaan, de farmacie (ook als de pillen worden ingezet bij een GGZ behandeling) blijft in de Zvw. Zo is ook onze bekostiging ingericht (geweest). Pillen gingen via de apotheekprestaties voor ambulante patiënten. Met één uitzondering, namelijk methadonverstrekking. Hiervoor hebben wij een (overige) prestatie in de DBC productstructuur, ambulante methadonverstrekking. Het tarief dekt het geneesmiddel (methadon) maar ook de laboratoriumkosten om de juiste spiegel te bepalen. De reden dat het in de productstructuur zit is vanwege het middel (liever gecontroleerde uitgifte door de behandelde instelling dan dat de patiënt naar de apotheek moet) en de labkosten die er bij komen kijken. Nu is de vraag of voor methadon voor jeugdigen ook geldt dat het in de Zvw blijft en de behandeling van de verslaving bij de gemeente of dat methadon de uitzondering op de regel is dat GGZ naar gemeente gaat en de pillen in de Zvw blijven? Overigens hebben de gemeenten de productstructuur overgenomen, inclusief de overige prestatie ambulante methadonverstrekking.

Wij ontvangen graag een reactie van het Zorginstituut op deze vragen.

**Bijlage**

Een analyse van genoemde diagnoses waarbij is gekeken naar het percentage van het aantal gesloten DBC-zorgproducten bij patiënten vanaf 18 jaar in het jaar 2013 geeft het volgende beeld:

<b>leeftijd 18+</b>	1,9%
<b>leeftijd 18-21</b>	1,7%

Deze aantallen zijn verspreid over de volgende diagnoses:

<b>0316.7601 ADHD</b>
<b>0316.7604 Eetstoornissen</b>
<b>0316.7608 Bedreigde ontwikkeling kind</b>
<b>0316.7611 Psychiatrische stoornissen</b>
<b>0316.7612 Slaapstoornissen</b>
<b>0316.7614 Functionele klachten</b>
<b>0316.7699 Overig psychosociale problemen</b>

Kenmerk

Pagina  
4 van 4

## Reactie LPGGz op consultatiedocument Kindergeneeskunde (afbakening Jeugdwet en Zorgverzekeringswet)

Maart 2015

Het LPGGz dankt u voor de toezending van het consultatiedocument Kindergeneeskunde met uw duiding voor de afbakening van de Jeugdwet (Jw) en de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de uitnodiging om een reactie op het advies te geven. Op deze uitnodiging gaan wij, als koepel van de patiënten- en familieorganisaties in de GGz, graag in.

Het LPGGz kan zich vinden in de gekozen afbakening Jeugdwet en Zorgverzekeringswet, wel willen wij een aantal voorwaarden benadrukken die bijdragen aan een duurzame afbakening. Deze voorwaarden lichten wij hieronder kort toe.

### Hoofdstuk 2

#### Consultatievraag:

Kunt u zich vinden in de conclusies die wij in hoofdstuk 2 trekken?

Wij kunnen ons vinden in de conclusies, mits aan de volgende voorwaarden wordt voldaan: op vragen rondom interpretatieverschillen over financieringsvraagstukken tussen gemeenten en zorgverzekeraars horen deze partijen onderling een antwoord te zoeken en te vinden. De verantwoordelijkheid voor afstemming hoort nimmer bij de jeugdige en/of zijn wettelijk vertegenwoordigers te liggen of te worden gelegd. Het kan ook niet zo zijn dat misverstanden tussen partijen leiden tot (tijdelijke) uitsluiting van nodige (medische) zorg.

Het is van belang dat genoemde partijen gezamenlijk duidelijke afspraken maken. Met name bij aanvang van behandeling en bij de overgang vanuit de Jeugdwet bij het bereiken van de leeftijd van 18 jaar tijdens de loop van de behandeling zien wij knelpunten die geadresseerd moeten worden.

### Hoofdstuk 3

#### Consultatievraag:

Kunt u zich vinden in de conclusies die wij in hoofdstuk 3 trekken?

Het LPGGz kan zich vinden in de conclusies mits rekening gehouden wordt met onderstaande kanttekeningen:

#### *Met betrekking tot ADHD:*

In de consultatie wordt geen duidelijk antwoord gegeven op de vraag of de genoemde conclusie over de overheveling naar de Jeugdwet (Jw) enkel betrekking heeft op “verdere diagnostiek en behandeling” of ook op de ook genoemde “uitvoering van het somatisch onderzoek door de kinderarts”? Dit zien wij graag nadere toegelicht.

Zowel bij ADHD als de genoemde andere stoornissen wordt de rol van de huisarts in de consultatie buiten beschouwing gelaten. Huisartsen zijn echter een belangrijke toegangspoort tot de zorg voor deze groep. Hun rol hierbij en bij het voorschrijven van vervolgmedicatie (na instelling hierop door medisch specialist) is belangrijk. Ook de POH-GGZ kan een belangrijke partner in het traject zijn. Omdat de zorg en behandeling steeds lager in de keten plaats vindt is meer aandacht voor het bevorderen van deskundigheid rondom psychische stoornissen noodzakelijk.



*Met betrekking tot de verschillende stoornissen waarbij (mogelijk) sprake is van zowel een somatische als een psychische component:*

Onze zorg is dat ten onrechte, en ongewenst, drempels opgeworpen worden voor toegang tot essentiële zorg voor kinderen met de betreffende psychische stoornissen. Enerzijds is het van belang dat gemeenten voldoende zorg inkopen. Gemeenten hebben kennis nodig over de betreffende problematiek en daarbij passende zorg.

Daarnaast is het van groot belang dat professionals op geen enkele wijze geremd worden (of het gevoel hebben geremd te worden) door de financieringsystematiek, om samen te werken met of door te verwijzen naar noodzakelijke zorg die door een andere professional buiten het eigen (financiële) domein wordt geleverd.

De totstandkoming van wederzijdse kennisuitwisseling tussen professionals uit beide domeinen (Zvw en Jw) is essentieel om ervoor te zorgen dat professionals op de hoogte zijn van (recente) ontwikkelingen in andere vakgebieden met als doel de jeugdige en diens ouders/opvoeders de best passende zorg te bieden.

## Hoofdstuk 6

### Consultatievraag:

Heeft u nog opmerkingen of aanvullingen bij de in dit hoofdstuk genoemde consequenties van het standpunt?

### Zorgvrager

In lijn met onze eerder gemaakte opmerking in de reactie op de hoofdstukken 2 en 3 kan het LPGGz niet genoeg benadrukken dat bij gemeenten voldoende kennis in huis moet zijn van de verschillende vormen van zorg die onder de Jw vallen, en dat zij op de hoogte zijn van de verschillende vindplaatsen van zorg. Deze kennis is de basis voor het maken van afgewogen inkoopafspraken. Afgewogen beleid en inkoop zou moeten leiden tot een breed en gedifferentieerd aanbod waarbij een passend aanbod mogelijk is en de keuzevrijheid voor cliënten zoals opgenomen in de Jw in voldoende mate gegarandeerd kan worden. Bij het maken van beleidskeuzes over inkoop hoort uiteraard het perspectief van jeugdigen en hun ouders in voldoende mate betrokken te worden.

Bij bepaalde problematiek - zoals bij o.a. ADHD en eetstoornissen - bestaat de meest effectieve manier van behandelen uit een samenwerking tussen professionals uit verschillende disciplines (b.v. klinisch psycholoog/psychotherapeut en kinderarts/jeugdarts. In de consoliderende fase komt ook de huisarts daarbij). Het is van belang dat er voldoende prikkels zijn om deze samenwerking vorm te (blijven) geven.

Wij zijn bezorgd dat de invoering van eigen bijdragen door gemeenten gevolgen heeft voor toegang tot (medische) zorg die vanaf 1 januari wordt gefinancierd via de Jw. De kans bestaat dat in het (financiële) belang van de jeugdige en zijn/haar ouders gekozen wordt voor minder passende zorg. Het LPGGz staat op het standpunt dat een eigen bijdrage niet passend is zeker niet waar deze betrekking heeft op medische zorg en behandeling.

Voor dit standpunt verwijzen wij graag naar artikel 24 van het Kinderrechtenverdrag.

Het kind heeft recht op de best mogelijke gezondheid en op gezondheidszorgvoorzieningen. De overheid waarborgt dat geen enkel kind de toegang tot deze voorzieningen wordt onthouden.
---

### Zorgaanbieder

Zorgaanbieders hebben een verantwoordelijkheid om ervoor te zorgen dat de jeugdige met psychische problemen en zijn/haar ouders toegang krijgen tot de best passende zorg. Het is van groot belang dat gemeenten bij hun inkoop rekening houden met zorgstandaarden en richtlijnen gebaseerd

op de wetenschappelijke praktijk en best practices. Financiële redenen mogen nooit de oorzaak zijn voor het uitsluiten van mensen van passende zorg!

#### **Tenslotte**

Wij willen besluiten met de opmerking dat goede, passende zorg op jeugdige leeftijd voor kinderen / jongeren met psychische stoornissen een basis is voor een gezonde toekomst Naast voldoende kennis is beschikbaarheid en continuïteit van groot belang. Op de grens van de afbakening mag geen extra regeldruk ontstaan die ten laste komt van professionals en/of kinderen/jongeren en hun ouders. Immers, juist tussen de domeinen is de kans het grootst dat de zorgvrager tussen de wal en het schip valt.

Verzending per e-mail  
Zorginstituut Nederland  
T.a.v. mevrouw. drs. O. O

Nieuwekade 1-5  
Postbus 2085  
3500 GB Utrecht

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

**Per e-mail:**

Utrecht, 30 maart 2015  
Ref.: WL/1503-018  
Betreft: **Reactie NIP op Consultatiedocument d.d. 5 maart 2015 over  
Kindergeneeskunde (Afbakening Jeugdwet en Zorgverzekeringswet)  
productgroep 'psychosociale pediatrie'**

Geachte mevrouw O

Het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) maakt graag van de gelegenheid gebruik om te reageren op het consultatiedocument Kindergeneeskunde van 5 maart 2015. Bij het schrijven van deze reactie is naast de inbreng van diverse geledingen van het NIP ook de inbreng betrokken van de andere verenigingen van psychologen en pedagogen (NVO, NVRG, VKJP en NVO en NVP).

**Vooraf:**

In eerdere reacties van het NIP op het wetsvoorstel Jeugdwet (zie bijlage) en in het gesprek van 16 februari 2015 is door mevrouw Gerda de Boer, gezondheidspsycholoog en mevrouw Wilma Lozowski, senior beleidsmedewerker, naar voren gebracht dat het overhevelen van de Geneeskundige GGZ uit het zorgverzekeringsstelsel kan leiden tot “knippen in de zorg voor jeugd” tussen somatiek en psychische zorg. Nogmaals benadrukken we dat leidend voor het maken van keuzes in de afbakening moet zijn dat gepaste zorg geboden kan worden aan jeugd ondanks het feit dat gekozen is voor twee stelsels (zorgverzekeringsstelsel en Jeugdwet). NIP en NVO hebben o.a. samen met kinderartsen en psychiaters de intentieverklaring [ <http://www.rijksoverheid.nl/nieuws/2015/01/27/organisaties->

ondertekend om bij te dragen aan het realiseren van gepaste zorg.

Zoals u terecht ook in uw consultatiedocument aangeeft kunnen somatische aandoeningen en de behandeling ervan aanleiding geven tot (versterking van reeds bestaande en het ontstaan van) psychische problemen. Daarnaast kan psychische problematiek een belangrijke rol spelen bij het ontstaan van somatische aandoeningen en de genezing ervan. Bij diverse patiëntengroepen is psychologisch onderzoek een onmisbaar deel van de medische diagnostiek. Wanneer na medisch onderzoek blijkt dat zowel medische als psychologische aspecten een rol spelen, is intensieve

samenwerking tussen kinderarts en psycholoog, pedagoog en/of psychiater noodzakelijk. Immers de ontwikkeling van kinderen is niet te ontleden in een fysieke of psychische ontwikkeling.

Er is sprake van een bio-psycho-sociaal systeem. We benadrukken dat de bekostigingssystematiek er niet toe mag leiden dat de ene professional omwille van de bekostiging alleen kijkt naar de somatiek en de andere professional alleen naar de psychische gesteldheid van het kind of pedagogische problemen. Dit zou een verslechtering van de zorg voor jeugd betekenen. De vraag moet steeds zijn wat heeft dit kind nodig en hoe komen we tot een integratief aanbod.

Ons valt op dat de benadering in dit advies vooral een juridische is waarin het kostenperspectief voorop staat. Het stelt ons teleur dat het cliëntperspectief ontbreekt in het advies.

In het advies ontbreekt een cijfermatige onderbouwing en een kosten-baten analyse. Daardoor blijft onduidelijk wat de omvang is van dit afbakeningsvraagstuk.

Op pagina 8 verwijst u naar de richtlijnen bij stoornissen die vallen onder de productgroep 'psychosociale pediatrie'. Wij adviseren u een link te vermelden naar deze bronnen voor het advies.

We gaan er vanuit dat in het definitieve advies het gebruik van afkortingen vermeden zal worden, zodat het advies beter leesbaar wordt.

## **T.a.v. Hoofdstuk 2**

Op pagina 10 (par. 2.2) constateert u dat uit het systeem van de Jeugdwet volgt dat het aanbod van voorzieningen per gemeente kan verschillen. Dat klopt. U schrijft dat het verschil kan zitten in of de jeugdige bijvoorbeeld een eigen bijdrage verschuldigd is. De Jeugdwet kent echter geen eigen bijdrage. Wellicht dat u duidt op de ouderbijdrage die in de Jeugdwet is opgenomen in par. 8.2 bij (dag)opname. Daar is de hoogte echter juist wel voor alle ouders in beginsel gelijk, afhankelijk van de leeftijd van het kind. Op dit moment loopt er een onderzoek naar de toepassing van de ouderbijdrage (TK 31839, 461). Het is dus beter om een ander voorbeeld te kiezen om de beleidsvrijheid van gemeenten te illustreren en daarmee dat de kans bestaat op verschillen in voorzieningen aan jeugd per gemeente.

Op pagina 11 (par. 2.3.3) geeft u correct weer dat GGZ wordt geboden als onderdeel van de integrale behandeling van de medisch specialist door BIG geregistreerde psychologen die werkzaam zijn in een ziekenhuis/medische setting. Dit is een betere aanduiding van deze groep psychologen dan de term 'medisch psychologen'. U schrijft dat op deze wijze waar nodig integrale zorg wordt geleverd van somatiek en psyche.

Het is juist dat de bekostiging van de medisch psychologische zorg sinds 2014 via de DOT's en daarvoor de DBC's werd verdisconteerd. De pediatrie is samen met de cardiologie een van de weinige zorgproducten waar enige ruimte is voor een consult van een psycholoog of psychiater maar in de praktijk is de ruimte hiervoor zeer beperkt. Psychologen krijgen doorgaans ruimte voor 1 of 2 gesprekken als consultatie in een medisch traject. Om volgens de professionele normen binnen de psychologie een volwaardig traject te kunnen bieden in het kader van een integrale behandeling is uitbreiding van deze ruimte in de DOT's noodzakelijk. Doorverwijzing naar de basis-generalistische of gespecialiseerde ggz is aan de orde als een ggz-behandeling geïndiceerd is. Vereist is wel dat deze hulp dan ook snel beschikbaar is en verwijzing geen negatieve effecten heeft voor de continuïteit van zorg. Gewaarborgd moet zijn dat gemeenten ggz-zorg geboden door psychologen werkzaam in de ziekenhuis of medische setting inkopen als daar zorginhoudelijke redenen voor zijn. Niet het stelsel moet leidend zijn, maar de beschikbaarheid van noodzakelijke kwalitatief goede zorg (artikel 2.6 Jeugdwet).

Op pagina 11 (par. 2.4.1) staat de zinsnede: "omdat de artikelen uit de Jeugdwet waaraan wordt gerefereerd uitgaan van twee verschillende 'jeugdige' begrippen." Wordt bedoeld, verschillende betekenissen van het begrip 'jeugdigen'?

Achter punt 3 staat een zin die niet af is.

Op pagina 12 (par. 2.4.3) ontbreekt een verwijzing naar de definitie van jeugdhulp uit artikel 1.1. Jeugdwet.

Op pagina 14 (par. 2.4) staat aan het einde van de eerste alinea de zin: "Consultatie valt onder de verantwoordelijkheid van de verantwoordelijke behandelaar en wordt daarmee bekostigd door diens financier." Deze zin roept vragen op. Het NIP stelt voor deze zin te wijzigen: "Als de kinderarts bijvoorbeeld een psychiater consulteert in het kader van zijn behandeling dan wordt deze consultatie bekostigd vanuit de Zorgverzekeringswet. Als de GGZ behandelaar een medisch specialist consulteert voor vragen op het gebied van de somatiek dan valt deze consultatie onder de bekostiging van de Jeugdwet." We nemen aan dat dit is wat ZINL voorstelt.

#### **Antwoord op de consultatievraag:**

Het NIP onderschrijft de conclusies die ZINL op pagina 14 (par. 2.5) trekt.

We zijn het er mee eens dat uit de wetsgeschiedenis de conclusie moet worden getrokken dat alleen de Geneeskundige GGZ is overgegaan uit de Zorgverzekeringswet naar de Jeugdwet.

Er wordt aangesloten bij de uitvoeringspraktijk van integrale behandeling door de kinderarts in nauwe samenwerking met de psycholoog of psychiater. Soms is een parallel behandeltraject noodzakelijk waarbij een DBC zorgproduct wordt geopend door de kinderarts en tegelijkertijd een DBC GGZ wordt geopend door de GGZ behandelaar voor de psychische problematiek. En soms is na het uitsluiten van somatische oorzaken een verwijzing naar de GGZ (Jeugdwet) aan de orde of loopt de psychologische behandeling langer door dan de somatische.

#### **T.a.v. Hoofdstuk 3**

Op pagina 15 (par 3.2.1 - ADHD) wordt de conclusie getrokken dat de diagnostiek en behandeling van ADHD valt onder het domein van de G-GGZ en daarmee bekostigd moet worden uit de Jeugdwet. Voorgesteld wordt de diagnose uit de productgroep "psychosociale pediatrie" te verwijderen. Alhoewel we deze redenering kunnen volgen, hebben we een aantal vragen en stellen we voor deze projectgroep *niet* te schrappen:

Allereerst hoe wordt onderzoek bekostigd naar een mogelijke somatische oorzaak voor het gedrag dat kan wijzen op ADHD maar ook een andere somatische oorzaak kan hebben? Is de productgroep ADHD niet noodzakelijk voor de differentiaal diagnostiek naar somatische oorzaken?

Ook komt het voor dat voor een kind met een diagnose ADHD toch behandeling noodzakelijk is door de kinderarts omdat er een samenloop is met een somatisch probleem zoals diabetes, corpus callosum agenesis. Daardoor worden er bijzondere eisen gesteld bij het al dan niet voorschrijven van ADHD-medicatie. Dit maakt het beschikbaar houden van de productgroep ADHD noodzakelijk.

En het lijkt het tegenstrijdig dat enerzijds wordt geconcludeerd dat de diagnostiek en behandeling van ADHD valt onder het domein van de Geneeskundige GGZ, terwijl anderzijds de mogelijkheid wordt geboden dat kinderartsen, die geen GGZ deskundigen zijn, deze zorg wel blijven bieden, maar dan ingekocht door gemeenten. De vraag is of gemeenten deze zorg zullen inkopen bij kinderartsen. Duidelijkheid is gewenst dat de kinderarts de eerst verantwoordelijke is voor de somatische zorg en de psycholoog of psychiater voor de GGZ.

Bovendien vragen we ons af wat het schrappen van deze productgroep voor gevolgen zou hebben voor de keuzevrijheid van cliënten en de wachtlijstproblematiek.

Op pagina 15 (par. 3.2.2) staat dat Breath-holding spells geen psychische stoornis is. Dat is juist, maar dit gedrag is vaak een symptoom of kan samen gaan met complexe interactie in de ouder-kindrelatie. In onze optiek moet voorkomen worden dat de mogelijk achterliggende complexe interactie niet wordt gezien of daar waar nodig behandeld. Ook hier geldt dat de knip in het stelsel geen barrière mag vormen voor passende zorg door psycholoog of pedagoog.

Op pagina 16 (par. 3.2.3.1) wordt ten aanzien van voedings- en eetstoornissen bij zuigelingen en in de vroege kindertijd geconstateerd dat het van de omstandigheden zal afhangen wie de behandeling zal uitvoeren en moet bekostigen.

Terecht wordt gesteld dat een goede samenwerking en afstemming in de behandeling van de kinderarts en de psychiater, psycholoog of pedagoog vereist is als er somatische problematiek is met een gedragsmatige oorzaak. Maar ook als er geen somatische oorzaak gevonden is, maar er wel sprake is van een bedreigde ontwikkeling omdat de groeicurve afbuigt, dan is samenwerking met de psycholoog binnen de Zorgverzekeringswet noodzakelijk.

Het NIP wil hier op aanvullen dat dit type voedings- en eetstoornissen bij zuigelingen en in de vroege kindertijd ook specifieke expertise en kennis vraagt van de GGZ-aanbieder. Dat roept de vraag op of een knip in bekostiging deels in de Zorgverzekeringswet, deels in de Jeugdwet wenselijk is. Nagegaan moet worden of de mogelijkheden voor behandeling in de Zorgverzekeringswet door de psycholoog of psychiater naast de kinderarts wel voldoende zijn. Ook op dit punt geldt dat de bekostigingssystematiek niet mag leiden tot een verlies aan kwaliteit van de zorg voor kinderen.

Op pagina 17 (par. 3.2.3) wordt ten aanzien van eetstoornissen voorgesteld om de declaratie van de zorg geboden door kinderartsen als diagnose te behouden in de productgroep 'psychosociale pediatrie. Dat onderschrijven wij. We zien graag benadrukt dat gemeenten naast de zorg die door kinderartsen wordt geboden, voldoende gespecialiseerde GGZ zorg moeten inkopen zodat er sprake is van een landelijk dekkend aanbod. Het gaat steeds om integrale behandeling, die zich richt op eetgedrag, lichaamsgewicht, lichaamsbeleving, maar ook op algemene psychologische problemen zoals onzekerheid, perfectionisme, eventuele trauma's en systeemproblematiek

Op pagina 17 (par. 3.2.4) trekt het ZINL de conclusie dat voor encroprosis de diagnose behouden moet worden in de projectgroep "psychosociale pediatrie. Aangezien er ook een GGZ-component is, moet voldoende geborgd zijn dat de psychiater of psycholoog kan bijdragen aan een integrale behandeling daar waar dat geïndiceerd is.

Op pagina 18 (par. 3.2.5) wordt de conclusie getrokken dat excessief huilen geen psychische stoornis is en dat daarmee de diagnostiek en behandeling valt onder het domein van de Zorgverzekeringswet. Deze keuze ondersteunen we.

In de DC: 0-3R is excessief huilen overigens beschreven onder regulatiestoornissen in sensorische verwerking. Het NIP wijst er op dat samenhangend met excessief huilen het risico bestaat van hechtingsproblematiek. Gemeenten zijn op grond van artikel 2.1. aanhef en onder a Jeugdwet gehouden om beleid te hebben gericht op het voorkomen en de vroege signalering en vroege interventie bij opgroei- en opvoedingsproblemen, psychische problemen en stoornissen.

De inzet van psychologische en/of pedagogische zorg bij excessief huilen kan geïndiceerd zijn. Dit noopt ook tot het maken van duidelijke ketenafspraken, zodat helder is wanneer de huisarts en

psycholoog of pedagoog ingezet moeten worden en wanneer de kinderarts en de psycholoog werkzaam in de medische setting.

Op pagina 18 (par. 3.2.6) wordt voorgesteld 'bedreigde ontwikkeling kind' als diagnose te handhaven in de productgroep. Dit ondersteunt het NIP omdat de toegang tot zorg goed geregeld moet zijn bij verdenking van kindermishandeling.

Op pagina 18 (par. 3.2.7) wordt voorgesteld de diagnose leerproblemen te schrappen uit de productgroep psychosociale pediatrie. Het NIP heeft daar geen bezwaren tegen mits diagnostiek en behandeling van beperkingen in visuele-, gehoorstoornissen of neurologische stoornissen (mogelijke achterliggende oorzaken voor leerstoornissen) via andere productgroepen kunnen worden gedeclareerd.

Wel heeft het NIP bezwaar tegen de argumentatie dat leerstoornissen thuis horen in het onderwijs en vallen onder de zorgplicht van scholen. Zoals eerder in deze paragraaf wordt aangegeven, kan er sprake zijn van een sterke samenhang tussen de GGZ-problematiek van een leerling en de leerstoornis. Het is aan de gemeenten en aan het samenwerkingsverband van het onderwijs om goede afspraken (OOGO) te maken over wie welke zorg bekostigt. In het kader van deze duiding zijn uitspraken daarover niet relevant. Het NIP stelt voor deze paragraaf in die zin te redigeren.

Op pagina 19 (par. 3.2.8) wordt de conclusie getrokken de diagnose psychiatrische stoornissen (autisme-depressie) te verwijderen uit de productgroep. Gesteld wordt dat binnen de kindergeneeskunde voldoende mogelijkheden zijn om de diagnostiek (het uitsluiten van een somatische aandoening) te bekostigen. Het NIP is niet tegen het verwijderen van deze productgroep, maar vraagt wel voldoende ruimte voor de integrale diagnostiek en de bijdrage van de psycholoog aan de somatische behandeling.

Op pagina 20 (par. 3.2.9) wordt de conclusie getrokken dat bij (complexe) slaapstoornissen vaak een gecombineerde aanpak vanuit de somatiek en de GGZ aangewezen is. Het NIP deelt deze analyse. Dit vergt evenwel wel de inkoop van specialistische GGZ door gemeenten voor deze problematiek.

Op pagina 20 (par. 3.2.10) wordt in de paragraaf over functionele klachten/SOLK gesteld dat als er geen lichamelijke aandoening is, nagegaan moet worden of er aanwijzingen zijn voor een psychische stoornis. Er kan ook sprake zijn van leerstoornissen of gezins- of systeemproblematiek. Dat valt weliswaar niet onder de kindergeneeskunde, maar de inzet van een psycholoog kan nodig zijn als integraal onderdeel van de medisch specialistische zorg. Psyche en soma zijn niet te scheiden.

Op pagina 21 (par. 3.2.11) wordt de conclusie getrokken dat hulp bij psychosociale problemen als diagnose kan worden verwijderd uit de productgroep psychosociale pediatrie. Gesteld wordt dat "Hulp bij psychosociale problemen kan worden verleend via de gemeente of door de huisarts ondersteund door de POH GGZ. Consultatie van een medisch maatschappelijk werker, psycholoog of psychiater is verdisconteerd in het initiële DBC-zorgproduct. De vraag is of dit een terechte conclusie is. Al eerder constateerden we dat voor een volwaardige bijdrage van de psycholoog in een somatische DBC vaak onvoldoende ruimte is.

De tabel op pagina 22 (par. 3.3.) lijkt in tegenspraak met de conclusie in paragraaf 3.2.11 dat de productgroep psychosociale pediatrie verwijderd kan worden.

Antwoord NIP op de consultatievraag t.a.v. hoofdstuk 3:

Onder verwijzing naar de bovenstaande opmerkingen ten aanzien van de diverse paragrafen van hoofdstuk 3 pleiten we voor een helder inkoopbeleid door gemeenten, zodat kinderen en

adolescenten (jeugdigen) de noodzakelijk zorg krijgen. Daarnaast pleiten we voor voldoende ruimte voor de psycholoog om zijn expertise in te brengen in de integrale behandeling door de kinderarts. Ook hebben we aangegeven dat de kinderarts om zorginhoudelijke redenen een rol moet kunnen blijven spelen in de zorg voor jeugdigen die valt onder de productgroep psychosociale pediatrie.

## **6 Consequenties standpunt**

Op pagina 27 (par. 6.2) wordt de conclusie getrokken dat de voorgestelde wijzigingen niet hoeven te leiden tot wijzigingen in de toegang tot de zorg. Er vanuit gaande dat de gemeenten voor de diagnostiek en behandeling van G-GGZ vooral GGZ aanbieders zullen contracteren beperkt dit de keuzevrijheid voor cliënten echter wel en kan ertoe leiden dat kinderen niet de noodzakelijke zorg krijgen.

Op pagina 27 (par 6.3) worden de consequenties voor de zorgaanbieders geschetst. Los van deze duiding kan inderdaad spelen dat gemeenten de G-GGZ zoals die geboden wordt door PAAZ's en Puk's niet contracteren. Toch kan het aanbod van deze voorzieningen voorzien in een behoefte aan passende zorg voor jeugdigen met acute problematiek waarbij somatische zorg en GGZ zorg noodzakelijk is. Bureaucratie en het teloor gaan van voorzieningen die voorzien in een behoefte moet worden tegengegaan. Het NIP pleit voor een pragmatische oplossing door bijvoorbeeld een perkte duur van het verblijf en de behandeling op een PAAZ of PUK nog wel te vergoeden vanuit de ZVW en bij specifieke GGZ-zorg te verwijzen naar een door de gemeente ingekochte GGZ-voorziening (dat kan ook die PAAZ of PUK) zijn. Leidend moet zijn dat de jeugdige adequate, noodzakelijk zorg krijgt. De systeemkeuzes gemaakt met de komst van de jeugdwet mogen geen nadelig gevolg hebben voor die zorg.

De afbakening van de Jeugdwet en Zorgverzekeringswet zoals in uw conceptadvies met betrekking tot de kindergeneeskunde aan de orde is, brengt het risico met zich mee dat onder de jeugdwet somatische comorbiditeit over het hoofd gezien wordt. Het kindergeneeskundig perspectief moet daarom gewaarborgd blijven evenals de specifieke diagnostiek en behandeling die in de integrale zorg door psychologen en psychiaters geboden wordt in de medische setting.

Wij gaan er vanuit dat u onze reactie zult betrekken bij de vormgeving van uw uiteindelijke advies aan de minister van VWS. Indien er behoefte bestaat aan een nadere toelichting kunt u zich wenden tot [Wilma.Loowski@psynip.nl](mailto:Wilma.Loowski@psynip.nl), Senior beleidsmedewerker NIP.

Met vriendelijke groet,  
mede namens NVO, NVRG, NVP en VKJP

drs. J.C.M. van Eck  
directeur NIP

Bijlage: tekst e-mail d.d. 26 februari 2015 met passages uit eerdere brieven NIP e.a. over de 'knip' tussen somatiek en GGZ



## **Bijlage bij reactie NIP op Consultatiedocument d.d. 5 maart 2015 over Kindergeneeskunde**

### **E-mail NIP d.d. 26 februari 2015**

Geachte mevrouw Liselotte Visser, Olga Overeem en Marjolein Snep,

Op 16 februari 2015 hebben Gerda de Boer en ik een gesprek met u gevoerd over de "Afbakening Jeugdwet en Zorgverzekeringswet (kinderartsen)".

Daarin vroeg u of het NIP eerder de aandacht heeft gevraagd voor de "knip" die is ontstaan tussen de ggz en de somatische zorg als gevolg van de invoering van de Jeugdwet.

Hierbij stuur ik u op uw verzoek enkele passages uit een paar brieven en uit een position paper.

- In het position paper dat het NIP samen met de LPGGZ, de NvVP, GGZ-nederland, De NVVP en LVE en ZN op 30 augustus 2013 inbrachten bij de Tweede Kamer schreven we het volgende: <http://www.psynip.nl/website-openbaar-documenten-sector-jeugd/gezamenlijke-position-paper-jeugd-ggz-29082013.pdf>

- Schot tussen financiering somatische en psychische zorg  
Meer dan de helft van de jeugdigen die jeugd-ggz ontvangt, ontvangt ook tweedelijns somatische zorg<sup>4</sup>. Daarom is het wenselijk dat de huisarts en de medisch specialist jeugdigen kunnen blijven doorverwijzen. We vrezen dat het financieren van de zorg uit twee systemen (Zvw en gemeenten) zal leiden tot afstemmingsvraagstukken en niet tot de gewenste integrale zorg voor jeugd.

- Op 7 oktober 2013 schreef het NIP aan de Tweede Kamer: <http://www.psynip.nl/website-openbaar-documenten-nip-algemeen/13010-090-griffier-tweedekamer.pdf>

De Tweede Kamer zou tijdens de behandeling van het wetsvoorstel meer garanties moeten vragen voor een goede afstemming tussen de zorg geboden vanuit de Zorgverzekeringswet (de huisartsenzorg, ambulant verstrekte psychofarmaca, de psychiatrische zorg voor ouders, de somatische zorg en de zorg na het bereiken van de achttienjarige leeftijd) en de zorgplicht van gemeenten, voordat het besluit wordt genomen om de jeugd-ggz uit de Zorgverzekeringswet te halen.

- In een gezamenlijke brief schreven NIP, NVVP, GGZ NL en LPGGZ op 27 juni 2013 aan de Tweede kamer

Een overgang van de jeugd-ggz naar gemeenten creëert nieuwe schotten, bijvoorbeeld tussen jeugd-ggz en volwassenen-ggz, indien sprake is van zowel somatische als psychiatrische problematiek en als een jeugdige farmacotherapie nodig heeft als onderdeel van de behandeling. Dit bemoeilijkt een integraal en doorlopend zorgaanbod voor kinderen en jongeren bij (chronisch) psychische stoornissen.

<http://www.psynip.nl/website-openbaar-documenten-sector-jeugd/brief-nvvp-lpggz-nip-ggzn-tbv-ao-1-transitie-jeugd-27-juni.pdf>

En al in de reactie van het NIP op internet consultatie Jeugdwet in 2012 vroegen we al aandacht voor de knippen die konden ontstaan.: [http://www.psynip.nl/1210-071-re.nip\\_consultatiejeugdwet.pdf](http://www.psynip.nl/1210-071-re.nip_consultatiejeugdwet.pdf)

We zien met belangstelling uw conceptreactie op het duidingsverzoek van VWS tegemoet.

Met vriendelijke groet,

Mr. Wilma Lozowski, Senior beleidsmedewerker sector Jeugd NIP

### **Consultatievraag 1: Kunt u zich vinden in de conclusies die wij in hoofdstuk 2 trekken?**

Verzekeraars herkennen zich in grote lijnen in de beschreven conclusies. Wel vragen verzekeraars om het onderscheid tussen “Medisch psychologische zorg en consultatieve psychiatrie” en “geneeskundige GGZ” verder te verduidelijken eventueel door middel van een koppeling aan de aanwezigheid van een DSM-stoornis.

Naar de mening van verzekeraars kan psychologische ondersteuning, begeleiding en/of consultatie deel uitmaken van een DOT-product. Er is dan geen sprake van een DSM-stoornis. Wanneer er echter sprake is van een behandeling op basis van een DSM-stoornis dient de zorg gefinancierd te worden op basis van een zelfstandig GGZ product. De zorg wordt dan veelal geleverd door een PAAZ of PUK of door een GGZ aanbieder. Het GGZ behandeltraject (naast het MSZ traject) dient tot 18 jaar gefinancierd te worden vanuit de Jeugdwet en vanaf 18 jaar vanuit de Zvw.

Tevens is het goed om in hoofdstuk 2 ook de omgekeerde situatie te beschrijven. Welke partij dient de kosten van somatische aard te vergoeden gedurende een GGZ behandeltraject (bijvoorbeeld beeldvormende diagnostiek). Hier zijn verzekeraars voorstander van een gelijksoortige systematiek. Somatische ondersteuning die gegeven wordt gedurende een GGZ behandeltraject dient bekostigd te worden vanuit het GGZ traject. Wanneer er sprake is van een zelfstandige somatische diagnose dient hiervoor een tweede behandeltraject geopend te worden dat gefinancierd moet worden uit de Zvw.

De precieze invulling van het onderscheid tussen “Medisch psychologische zorg en consultatieve psychiatrie” en “geneeskundige GGZ” is uitermate belangrijk om helder te krijgen wie verantwoordelijk is voor de inkoop en financiering van de ziekenhuispsychiatrie en de PAAZ/PUK. Het signaal in paragraaf 6.3 van aanbieders geeft aan dat duidelijkheid gewenst is voor behoud van de continuïteit van de zorg.

Tevens is de invulling van deze knip bepalend voor de vraag of de huidige DOT-systematiek inhoudelijk en financieel nu afdoende aansluit op de praktijk. In paragraaf 6.3 wordt aangegeven dat psychologen problemen ondervinden in de financiering van GGZ behandeltrajecten vanuit een DOT-product. Vraag is of de aanname juist is dat deze behandeling van een DSM-stoornis betaald moet worden uit het DOT-product. Zouden psychologen voor deze trajecten niet een eigen GGZ DBC moeten openen en zouden ziekenhuizen in hun systemen het niet mogelijk moeten maken om dit te doen (i.p.v. een tweede DOT-product)?

Verder hebben verzekeraars vragen over de conclusie ten aanzien van de kinderarts. Op pagina 14 wordt aangegeven dat de minister heeft aangegeven dat voor zover behandeling onder verantwoordelijkheid van de kinderarts plaatsvindt de kosten voor rekening van de zorgverzekeraar komen. Wat is het oordeel van ZINL ten aanzien van deze stellingname? Verzekeraars zijn van mening dat de zorgvraag van de cliënt lijdend moet zijn in de bepaling vanuit welke domein kosten moeten worden vergoed. Wanneer een kinderarts dus een GGZ-behandeling verstrekt (op basis van een vastgestelde DSM-stoornis) komen de kosten van deze behandeling voor cliënten tot 18 jaar voor rekening van de gemeente en vanaf 18 jaar voor verzekeraars. Een dergelijke insteek past ook bij de wijze waarop in hoofdstuk 3 per hoofddiagnosegroep wordt bepaald welke groep tot de Zvw en welke tot de Jeugdwet.

Verder hadden verzekeraars nog de volgende tekstuele opmerkingen bij dit hoofdstuk:

- Pagina 12:

De geneeskundige GGZ wordt afgekort tot G-GGZ. Verzekeraars adviseren deze afkorting niet te gebruiken om verwarring met de gespecialiseerde GGZ te voorkomen. Met geneeskundige GGZ wordt zowel de generalistische basis-ggz als de gespecialiseerde ggz bedoeld en niet alleen de

gespecialiseerde ggz. Het is dan ook belangrijk om helder te houden wanneer in het document de geneeskundige GGZ wordt bedoeld en wanneer specifiek de gespecialiseerde GGZ.

- Pagina 12:

Op deze pagina wordt verwezen naar DSM-IV. Het is raadzaam om in het advies een korte alinea op te nemen over DSM-V. Hiervoor kan gebruik gemaakt worden van de brief van de Minister.

<http://www.rijksoverheid.nl/ministeries/vws/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2015/03/24/kamerbrief-met-reactie-op-rapporten-over-verslavingszorg-en-dsm-5.html>

**Consultatievraag 2:** Kunt u zich vinden in de conclusies die wij in hoofdstuk 3 trekken?

Verzekeraars kunnen zich vinden in de conclusies van hoofdstuk 3. Wel zouden verzekeraars willen vragen sommige conclusies tekstueel iets verder te verduidelijken om problemen in de toekomst te voorkomen.

Pagina 18:

De eindconclusie ten aanzien van de declaratie van zorg geleverd door kinderartsen ten aanzien van voedings- en eetstoornissen bij zuigelingen en in de vroege kindertijd wordt gesteund door verzekeraars maar kan wel duidelijker geformuleerd worden. Verzekeraars adviseren het volgende op te nemen in het document:

*ZINL adviseert om diagnostiek geleverd voor het uitsluiten van een somatische oorzaak en behandeling van somatische gevolgen van voedings- en eetstoornissen bij zuigelingen en in de vroege kindertijd onder te brengen in de Zvw als onderdeel van de productgroep 'psychosociale pediatrie'. Behandeling van de psychische stoornis (door een jeugdpsychiater of jeugdpsycholoog) valt onder de geneeskundige GGZ en daarmee onder de Jeugdwet. ZINI adviseert om deze behandeling geen onderdeel te laten zijn van de productgroep 'psychosociale pediatrie'*

Deze aanscherping zal ook door de NZa vastgelegd moeten worden in de productstructuur. Het continueren van de huidige omschrijving zonder vastlegging van de nadere duiding van ZINL in de systematiek kan resulteren in het voortzetten van de huidige praktijk.

ZINL zou de NZa kunnen adviseren de volgende naamgeving te hanteren voor de diagnosecode in productstructuur: *diagnostiek geleverd voor het uitsluiten van een somatische oorzaak en behandeling van somatische gevolgen van voedings- en eetstoornissen bij zuigelingen en in de vroege kindertijd*

Pagina 19:

Overeenkomstig de eerdere opmerking adviseren verzekeraars om de eindconclusie ten aanzien van eetstoornissen te verduidelijken. Verzekeraars adviseren het volgende op te nemen in het document:

*ZINL adviseert om de behandeling van de somatische gevolgen van de eetstoornis ((ondervoeding, uitdroging, uitputting) onder te brengen in de Zvw als onderdeel van de productgroep 'psychosociale pediatrie'. Behandeling van de psychische stoornis (door een jeugdpsychiater of jeugdpsycholoog) valt onder de geneeskundige GGZ en daarmee onder de Jeugdwet. ZINI adviseert om deze behandeling geen onderdeel te laten zijn van de productgroep 'psychosociale pediatrie'*

ZINL zou de NZa kunnen adviseren de volgende naamgeving te hanteren voor de diagnosecode in productstructuur: *behandeling van de somatische gevolgen van een eetstoornis*

Pagina 24:

In de tabel bij 3.3 hoort o.i. in de kolom 'Domein voor 2015' voor sommige van de voorgenoemde Hoofddiagnoses naast HA/ POH ggz en/of MSZ ook de geneeskundige GGZ aangegeven te worden.

Dit betreft de hoofddiagnoses: ADHD, Psychiatrische stoornissen (autisme en depressie) en onder Leerstoornissen m.b.t. ernstige enkelvoudige dyslexie.

Ten aanzien van ernstige enkelvoudige dyslexie is aangegeven dat deze eerder onder de Jeugdwet valt dan onder onderwijs zoals nu opgenomen in de tabel. Het is echter primair aan gemeenten op hier op te reageren.

**Consultatievraag 3:** Heeft u nog opmerkingen of aanvullingen bij de in dit hoofdstuk genoemde consequenties van het standpunt?

Verzekeraars hebben naast de reeds eerder geplaatste opmerkingen geen verdere aanvullingen.

Overgoo 13-15  
2266 JZ Leidschendam  
Postbus 262  
2260 AG Leidschendam  
Tel. 070 - 31 77 980

Internet: [www.zkn.nl](http://www.zkn.nl)  
Email: [info@zkn.nl](mailto:info@zkn.nl)

Bankrek.nr. 46 17 32 300  
BTW: nr. NL 8096.66.108.B01  
KvK Haaglanden: 40412443

Zorginstituut Nederland  
Afdeling Zorg  
T.a.v. mevrouw O. P

**zkn**



ref: ML20150330  
betreft: Consultatie Kindergeneeskunde – Afbakening JW en ZvW

Leidschendam, 30 maart 2015

Geachte mevrouw O.,

Hartelijk dank voor het toesturen van uw consultatiedocument 'Kindergeneeskunde – Afbakening Jeugdwet en Zorgverzekeringswet'. Ik stel het zeer op prijs dat u ons consulteert. Voor onze reactie heb ik gebruik gemaakt van de expertise van de bij ons aangesloten zbc's welke psychosociale kindergeneeskundige zorg leveren. Bijgaand ontvangt u onze reactie, op uw verzoek per mail.

Daarnaast sluit ik voor de volledigheid onze notitie bij welke aan het einde van het jaar met u, VWS en alle andere partijen is gedeeld, en welke de aandachtspunten aankaart welke de overheveling raken.

Mocht onze reactie op punten onduidelijk zijn, zijn wij graag tot een toelichting bereid. Wij kijken uit naar uw definitieve rapport.

Vriendelijke groet,

Marijn Lamers

Manager Kwaliteit en Veiligheid  
Zelfstandige Klinieken Nederland  
[marijn.lamers@zkn.nl](mailto:marijn.lamers@zkn.nl)

Bijlagen:

- Reactie ZKN op Consultatiedocument Kindergeneeskunde – Afbakening Jeugdwet en Zorgverzekeringswet
- ZKN Notitie 'Aandachtspunten bij overheveling' van 4 december 2014



Het ZKN-keurmerk waar uw gezondheid gegarandeerd in goede handen is

## Reactie ZKN op Consultatiedocument Kindergeneeskunde – Afbakening Jeugdwet en Zorgverzekeringswet

### Algemeen:

- De duiding is helemaal gemaakt vanuit ‘het duiden’ wat wel en niet onder de ZvW blijft vallen. De duiding heeft niet de vraag beantwoord of deze productgroepen wel of niet onder de Jeugdwet zouden moeten vallen. Dus de argumentatie van de duiding *waarom* deze productgroepen onder de Jeugdwet vallen ontbreekt onzes inziens. Wel wordt in 2.4.4 de overwegingen aangegeven die uit de wet bepalingen gehaald kunnen worden.
- Ook wordt direct de doorvertaling gemaakt dat als deze productgroepen onder de JW vallen deze zorg dan ook gedefinieerd moet worden als G-GGZ. Dit is volgens ons onjuist.
- De bestuurlijke vraag en het antwoord dat hier eigenlijk aan ten grondslag ligt: Er is voorbij gegaan aan de vraag en het antwoord op “Vinden wij dat de Jeugdwet uitgebreid moet worden met de psychosomatische zorg door kinderartsen? “
- Onder de noemer van een advies aan de Minister over de inhoud van het basispakket (pakketzorg), wordt een medisch inhoudelijke afweging gemaakt over uitsluiting van productgroepen van de psychosociale pediatrie binnen het pakket. Een groot aantal kinderartsen wordt ondanks een jarenlange onomstreden expertise nu gediskwalificeerd ten aanzien van een aantal diagnoses en daarmee de gehele beroepsgroep. Het is daarnaast juridisch nog onduidelijk of een dergelijke ingreep in het pakket goed wordt afgedekt door een duidingsadvies van het ZIN op te volgen en te implementeren.
- Dit advies gaat in principe alleen om een duiding. Alleen brengt deze duiding wel een aantal praktische zaken naar boven waar over nagedacht moet worden/waar consequenties aan verbonden zijn. Wij snappen dat dit niet in de reikwijdte hoort van dit advies, maar willen dit wel graag aangeven ter overweging van de consequenties/invoering van dit advies.
- Wij hebben begrepen dat de financiering van kinderartsen ADHD zorg dit jaar nog volledig wordt gefinancierd door de zorgverzekeraars.
- Een harde scheiding psyche / somatiek kan niet altijd zo hard worden gemaakt.
- In uw stuk lijkt u uit te gaan van algemene kinderartsen welke soms geconfronteerd worden met psychosociale problematiek. Er zijn echter ook kinderartsen welke gespecialiseerd zijn in deze problematiek (psychosociale pediatrie als expertise, PSP). Deze kinderartsen hebben continue met deze problematiek te maken en worden hier (o.a. door collega’s) voor geconsulteerd. Wanneer een PSP kinderarts betrokken is, is in de meeste gevallen het niet nodig dat een psychiater betrokken raakt.

*Kunt u zich vinden in de conclusies die wij in hoofdstuk 2 ( Wettelijk kader Jeugdwet en ZvW) trekken?*

Nee, onderstaand een uitgebreide toelichting.

2.4 Leeftijdsgrens 18 jaar: De harde knip is helder. Maar de vraag is of deze ook praktisch uitvoerbaar is. Deze kinderen zijn psychosociaal veelal 25% jonger dan hun kalenderleeftijd, dit brengt met zich mee dat zij tot 23 jaar (zoals nu gebruikelijk) hiervoor behandeld kunnen

worden. Door een 'harde knip' mag de vergoeding tot 18 jaar via de gemeenten komen te lopen, deze zorg moet na het 18<sup>e</sup> jaar tot 23 jaar bekostigd kunnen worden.

Dat wil zeggen dat aanbieders van deze kindergeneeskundige zorg zowel afspraken over inhoud en tarief moet maken / krijgen van gemeenten als zorgverzekeraars. Dat brengt een dubbele tijdsinvestering met zich mee en dubbele ICT facturatie systemen van patiënten onder de 18 jaar en boven de 18 jaar. Deze harde knip is technisch alleen haalbaar als de uitvoering in JW en ZvW dezelfde tarifieringssystematiek en regels hanteren bij dit stukje kindergeneeskunde.

- 2.4/2.5 Dat het bij het overgangsrecht gaat om 'geneeskundige geestelijke gezondheidszorg' is ons verre van duidelijk, evenals de betekenis hiervan. Er wordt in de conclusie vermeld in 2.5. dat de 'geneeskundige geestelijke gezondheidszorg' wordt overgeheveld naar de JW. Het gaat hierbij om de zorg die (.....). Als wij de definities lezen die daar genoemd staan, zijn wij van mening dat de kindergeneeskundige zorg van ADHD en psychiatrische stoornissen daar dus niet bij horen.

Verdere opmerkingen over dit hoofdstuk:

- 2.3 In dit hoofdstuk staat geschreven dat 'Iedere afzonderlijke gemeente is zelfstandig verantwoordelijk, maar de wetgever bepleit afstemming met andere gemeenten om een uniforme regeling en samenwerking op het gebied van de inkoop van hulp aan jeugdigen te bevorderen'. Wij willen hierbij aangeven dat dit gestimuleerd moet worden ook voor de inkoop van de ADHD zorg (en andere productgroepen) door de kindergeneeskunde straks door alle gemeenten met alle ziekenhuizen en ZBC's. Een advies vanuit NVK/VNG/VWS hoe hierbij om te gaan onder welke voorwaarden en onder welke financiering, zodat niet alle gemeenten en ziekenhuizen en zbc's hier telkens weer tijd in moeten investeren om dit nieuwe wiel uit te vinden en te zorgen dat de zorgtoegang naar kindergeneeskunde binnen de Jeugdwet voor elk kind in elke gemeente mogelijk is.

*Kunt u zich vinden in de conclusies die wij in hoofdstuk 3 (proces van beoordeling en standpuntbepaling) trekken?*

- De verdeling per hoofd diagnose per productgroep, als er een verdeling zou moeten plaats vinden, kunnen wij achter staan. Alleen zouden wij dan adviseren om als 'domein' te definiëren (kolom 3, JW (G-GGZ en gedefinieerde kindergeneeskunde MSZ zorg))
- Leerproblemen:  
 Veelal zijn de leerproblemen een onderdeel van ADHD of gedragsstoornis of bedreigde ontwikkeling van het kind. In het geval van ADHD zijn soms niet voldoende kenmerken volgens DSM IV aanwezig, maar kan men het volgende jaar alsnog de diagnose stellen. Deze kinderen en ouders worden tekort gedaan als men stelt dat dit slechts vanuit het onderwijs moet worden opgelost en uit de Zvw moet.  
 Wie gaat de zorg betalen die wordt verricht om uiteindelijk de diagnose te stellen? Gaat 'Onderwijs' de rekening betalen van degene die het onderzoek doet en de diagnose stelt? Onzes inziens is de conclusie derhalve niet juist. Iemand zal diagnostiek en begeleiding moet betalen en dat zal zeker niet 'Onderwijs' zijn. Het is terecht dat eventuele hulp bij deze leerstoornissen plaats moet vinden vanuit het onderwijs en niet vanuit de G-GGZ. In het kader van de Wet Passend Onderwijs hebben scholen een zorgplicht en zijn daardoor verantwoordelijk voor onderwijs dat passend is voor alle leerlingen. Het is echter een illusie om aan te nemen dat

scholen de zorg voor deze kwetsbare groep kinderen (kunnen) leveren. Er wordt bezuinigd op het PGB, waardoor de situatie niet beter wordt. De begeleiding voor deze kwetsbare groep kinderen zal veelal alleen nog ter beschikking zijn voor ouders die de een-op-een zorg voor hun kind kunnen betalen.

Verdere opmerkingen over dit hoofdstuk:

- 3.2. Kinderartsen kunnen deze zorg nog wel blijven aanbieden als deze door de gemeenten bij hen is ingekocht in het kader van de JW. Zie hierbij de opmerking bij 2.3.
- Zorg continuïteit aan de kinderen kan alleen worden gegarandeerd als in 2016 alle gemeenten deze kinderartsenzorg contracteren. Dus advies van ons is om voor de kindergeneeskunde voor 2016 een zorgcontinuïteit af te spreken zoals ook in de JW is afgesproken over 2015.

*Heeft u nog opmerkingen of aanvullingen bij dit hoofdstuk 6 genoemde consequenties van het standpunt? Ja*

- 6.2 U geeft aan dat het standpunt van ZiN niet hoeft te leiden tot wijziging in de toegang tot de zorg voor zorgvragers voor een aandoening binnen de productgroep 'psychosociale pediatrie'. U geeft aan dat de kinderarts die zorg levert die vanaf 1 januari 2016 niet langer meer onder de ZvW valt maar onder de JW, in principe dit kan blijven doen mits de gemeente deze zorg contracteert. Onze vraag is in hoeverre gemeenten een zorgplicht hebben om deze zorg voldoende in te kopen.
- *6.2 De feitelijke diskwalificatie van de Kinderarts ten aanzien van bepaalde productgroepen uit de psychosociale pediatrie is niet in overeenstemming met punt 6.2 uit het ZIN advies dat: "ons standpunt niet hoeft te leiden tot wijzigingen in de toegang tot de zorg voor zorgvragers voor een aandoening binnen de productgroep 'psychosociale pediatrie'". Slechts wanneer dit gekoppeld wordt aan een uitspraak over de continuering van het hoofdbehandelaarschap van de Kinderarts ten aanzien van deze productgroepen wordt de feitelijke diskwalificatie opgeheven.*
- *6.3 Hoewel onder punt 6.3 in het conceptadvies van ZIN staat dat geen uitspraak wordt gedaan over de zorgaanbieder die de zorg aan jeugdigen moet (gaan) leveren, wordt feitelijk in het advies daar wel over geadviseerd.*
- 6.4 Als deze productgroepen worden overgeheveld is het belangrijk ook het totale budget voor al deze productgroepen over te hevelen en niet alleen het ADHD budget waar nu steeds over gesproken wordt.
- 6.4 'Op verzoek van VNG zullen gemeenten voorlopig de DBC systematiek blijven gebruiken van de GGZ'. Wij willen dit ook voorstellen in 2016 voor de te overhevelen kindergeneeskundige zorg: 1 declaratiesystematiek houden binnen de medisch specialisten. Bij voorkeur is dat de dbc systematiek MSZ, bij voorkeur worden alle kinderen met leerontwikkel en gedragsproblemen volgens eenzelfde systeem gedeclareerd. Dat vergroot de vergelijkbaarheid en registratielast. Redenen hiervoor zijn dat nieuwe investeringen in declaratiesystemen worden voorkomen, en in geval van de dbc-systematiek declaraties voor medisch specialisten uniform en vergelijkbaar blijven en of het kind nu <18 jaar is en financiering via gemeenten verloopt of >18 jaar en nog via de zorgverzekeraar loopt, aanbieders kunnen werken met 1 systeem.



Aanvullend bij dit hoofdstuk:

- Hoofdbehandelaarschap kinderarts. De kinderartsen hebben altijd de rol van hoofdbehandelaar gehad. Door de meeste gemeenten zijn de regels over het hoofdbehandelaarschap bij ADHD overgenomen uit de GGZ. In deze regels is het hoofdbehandelaarschap van de kinderarts niet opgenomen. Op dit moment worden deze regels wat betreft hoofdbehandelaarschap bij de ADHD zorg herzien. Belangrijk is dat daar dus ook de kinderarts in wordt vastgelegd, mocht de kinderarts volgens deze regels moeten gaan werken. In de bijlage vindt u in de notitie een toelichting waar het standpunt m.b.t. het hoofdbehandelaarschap volledig uiteen wordt gezet.

## Aandachtspunten bij overheveling

*Oplossingen voor een praktische uitvoerbare overheveling van de zorg door kinderartsen aan kinderen met leer-, ontwikkelings- en gedragsstoornissen naar gemeenten.*

Van: ZKN  
Aan: NVK, NVZ, VNG, VWS, ZiNL, ZN  
Datum: 4 december 2015

### Afspraken overheveling zorg

VWS, ZN, VNG, NVZ, NVK en ZKN hebben gesproken over de wijze waarop de overheveling van de zorg voor kinderen met ADHD wordt georganiseerd. De oplossing is dat alle gemeenten gezamenlijk een raamovereenkomst afsluiten met verzekeraars over de zorginkoop. Verzekeraars kopen in opdracht van alle gemeenten, deze zorg voor 2015 namens hen in. Instellingen declareren deze zorg met een aparte declaratietitel. Daarmee kunnen verzekeraars de geldstroom voor deze zorg apart houden. Eén gemeente betaalt namens de gemeenten de verzekeraars uit. Afgesproken is dat er in het kader van de overgang, een contracteerplicht is voor 2015 van instellingen welke een contract voor 2014 hebben om deze zorg te verlenen.

ZKN vraagt vriendelijk de aandacht voor vier onderwerpen:

1. Formalisering afgesproken contracteerplicht voor verzekeraars, en het afronden van de contractering voor 1 maart 2015
2. Overheveling kinderen met een psychiatrische stoornis in 2016
3. Eén uniforme declaratiesystematiek in 2016 voor kinderen met leer- ontwikkel- en gedragsproblemen. Bij voorkeur de MSZ dbc-systematiek
4. Het hoofdbehandelaarschap van de kinderarts

Onderstaand een toelichting bij bovenstaande vier onderwerpen. Daarnaast enkele aandachtspunten voor de declaraties in het overgangsjaar 2015. Tot slot worden enkele achtergronden van deze zorg toegelicht, specifiek ten aanzien van de rol van de kinderarts, de leeftijd van de kinderen, toegangstijden voor deze zorg, een toelichting op de zorgverlening in zbc's en het ZKN keurmerk.

### Formalisering afgesproken contracteerplicht voor verzekeraars

Omdat instellingen zich niet hebben kunnen voorbereiden op de nieuwe situatie, en omdat vanaf 2015 instellingen zonder contract geen vergoeding krijgen voor deze zorg, is afgesproken dat instellingen met contracten voor 2014, in 2015 ook gegarandeerd zijn van een contract. Op deze manier wordt de overheveling gefaciliteerd. Voorwaarde voor een contract is een aantoonbaar kwaliteit- en veiligheidssysteem, zoals bv. het ZKN keurmerk. De contracteerplicht wordt geformaliseerd. Suggestie van ZKN is om de contracteerplicht op te nemen in de raamovereenkomst tussen gemeenten en verzekeraars, of in een beleidsregel.

*Zonder een contracteerplicht kunnen zbc's welke hoofdzakelijk deze zorg leveren, per direct in liquiditeitsproblemen komen als er geen juridische basis meer is om deze zorg vergoed te krijgen. ZKN heeft in alle overleggen expliciet aandacht gevraagd voor het grote risico welke deze zorginstellingen lopen, en de stelselverantwoordelijk van VWS voor een zorgvuldige overgang bij grote wijzigingen in wet- en regelgeving.*

Bij het formaliseren van de contractering dient het tijdpad in ogenschouw genomen te worden. Zbc's zijn afhankelijk van een tijdige uitbetaling van de geleverde zorg, anders kunnen zij niet aan hun verplichtingen voldoen. Daarom dient de contractering spoedig afgerond te zijn, uiterlijk op 1 maart. Indien dit tijdig wordt vastgelegd en bekendgemaakt voor 1 januari, hebben instellingen en verzekeraars nog twee maanden om deze zorg in te kopen. Dat zou ruim voldoende moeten zijn. Bovendien betekent het afronden van de contracten nog niet dat verzekeraars declaraties direct kunnen uitkeren. Na het afsluiten van de contracten dienen deze nog in het systeem van de verzekeraar ingevoerd te worden, voordat een verzekeraar kan overgaan tot het vergoeden van de ingediende declaraties. Indien er niet tijdig uitbetaald wordt, raken zbc's in liquiditeitsproblemen.

### **Overheveling kinderen met een psychiatrische stoornis**

VWS geeft aan dat de zorg die uit het kader medisch specialistische zorg wordt overgeheveld naar de gemeenten, de zorg voor kinderen tot 18 jaar is betreffende de code `7601 ADHD`. Zij baseert dit op basis van een brief van het Zorginstituut Nederland (“ADHD behandeling jeugdigen per 2015”). Na overleg met het Zorginstituut en VWS, is duidelijk dat welke zorg uit deze productgroep specifiek overgeheveld dient te worden, nog bepaald moet worden. Alleen voor ADHD is duidelijk dat deze overgeheveld wordt, dit zou voor nog meer zorgproducten kunnen gaan gelden. ZKN heeft begrepen dat het Zorginstituut in 2015 hier onderzoek naar zal doen en veldpartijen daartoe zal raadplegen, zodat in 2016 duidelijk is welke zorg naar de GGZ (en gemeenten) overgeheveld wordt. ZKN biedt graag haar hulp en expertise aan voor de veldraadpleging.

ZKN wil graag alvast aangeven dat alleen de overheveling van ADHD, in de praktijk tot problemen leidt. Huisartsen verwijzen kinderen door met leer-, ontwikkelings- en gedragsproblemen. Een deel van deze kinderen wordt gediagnostiseerd met een psychiatrische stoornis, een ander deel kan de diagnose ADHD krijgen. De kinderen met een psychiatrische stoornis worden gedeclareerd onder de code *7611 Psychiatrische stoornis*. Ook deze groep dient overgeheveld te worden. Door alleen ADHD onder te brengen onder de Jeugdwet, wordt een scheiding aangebracht die geen recht doet aan de praktijk. Als alleen de ADHD groep wordt overgeheveld, worden gemeenten verantwoordelijk voor de inkoop van zorg voor de grootste groep kinderen met leer- ontwikkel- en gedragsproblemen. ZKN vraagt aandacht voor de kinderen met een psychiatrische stoornis, en hen niet ‘achter te laten’ bij de verzekeraars. Het gaat om 1 groep kinderen, verwijzers moeten weten waar ze deze naar dienen door te sturen. Instellingen welke deze kinderen behandelen willen graag deze zorg uniform kunnen declareren, aangewezen zijn op één declaratiesysteem en één onderhandelpartner. Naast dat deze kinderen niet meer goed kunnen worden verwezen, leidt de opsplitsing tot een forse administratieve lastenverzwaring.

### **Declaratiesystematiek in 2016**

ZKN wil voorstellen na 2015 1 declaratiesystematiek te houden. Bij voorkeur is dat de dbc systematiek MSZ, bij voorkeur worden alle kinderen met leer- ontwikkel en gedragsproblemen volgens eenzelfde systeem gedeclareerd. Dat vergroot de vergelijkbaarheid en registratielast. Redenen hiervoor zijn dat nieuwe investeringen in declaratiesystemen worden voorkomen, en in geval van de dbc-systematiek declaraties voor medisch specialisten uniform en vergelijkbaar blijven.

### **Kinderarts als hoofdbehandelaar**

Het hoofdbehandelaarschap van kinderartsen in deze zorg is een belangrijk goed. ZKN vraagt aandacht voor het behoud van het hoofdbehandelaarschap van de kinderarts. Puntsgewijs een betoog voor het behoud van het hoofdbehandelaarschap:

- Kinderartsen zijn binnen de MSZ altijd hoofdbehandelaar in deze zorg geweest, zij verlenen deze zorg al vele decennia naar tevredenheid. Er zijn geen medisch inhoudelijke redenen waarom de kinderarts niet meer hoofdbehandelaar zou kunnen zijn.
- Kinderartsen zijn essentieel omdat zij de spil in deze zorg zijn. Zij hebben de meest complete expertise die nodig is om deze kinderen te kunnen diagnosticeren en behandelen. Dit komt ook tot uiting in de Trimbos Richtlijn: Diagnostiek waarbij naar de volle breedte van de ontwikkeling van het kind wordt gekeken. Daarbij moet volledigheidshalve gesteld zijn dat het niet alle kinderartsen betreft, maar kinderartsen met deze expertise c.q. aandachtsgebied. Deze gespecialiseerde kinderartsen zouden net zoals de specialist ouderengeneeskunde of geriater, verslavingsarts of specialistisch verpleegkundige hoofdbehandelaar moeten zijn binnen de GGZ.
- Kinderartsen zijn altijd betrokken geweest bij het opstellen van de richtlijn voor ADHD van het Trimbos Instituut. Zorg door kinderartsen is ook conform de consensus ADHD.
- Huisartsen, psychologen, en psychiaters doen geen of zelden een lichamenlijk onderzoek ter uitsluiting van andere mogelijke onderliggende problematiek en ter detectie en preventie van potentiële complicaties t.g.v. gebruik van medicatie. Dit kan tot onnodige behandeling en onvoorziene gevolgen en daarmee gepaard gaande kosten leiden. Het lichamenlijk onderzoek is ook niet opgenomen in de GGZ richtlijn. Huisartsen hebben tijdens hun consult hiervoor onvoldoende tijd; tevens ontbreekt het hen aan voldoende expertise. De psycholoog heeft niet de medische deskundigheid die noodzakelijk is. Derhalve is de kinderarts als hoofdbehandelaar noodzakelijk.

- Zorg door kinderartsen is efficiënt en kostenbesparend, omdat ADHD/ASS vaak gepaard gaat met co-morbiditeit en (psycho-)somatiek.
- Gespecialiseerde kinderartsen hebben voor de complexe behandeling van deze kinderen een aanvullende opleiding gevolgd.
- Het belang van de rol van de kinderarts komt ook tot uiting in hun betrokkenheid bij alle maatschappelijke facetten van deze zorg. Eén van de kinderartsen in een ZBC is voorzitter van het landelijke ADHD netwerk. Een kinderarts is voorzitter van de Vereniging Impuls. Een kinderarts is redacteur van het ADHD lifestyle magazine Suzan! en een kinderarts is hoofdredacteur van het internationale tijdschrift ADHD in Practice. Op internationaal niveau zijn kinderartsen zeer intensief in de zorg voor kinderen met ADHD/ASS betrokken.
- In het achterhoofd moet worden gehouden dat veel kinderen, adolescenten en ouders liever niet naar een psychiater gaan met hun problemen. Het stigma dat men krijgt door hun omgeving is al groot, hetgeen kan worden versterkt door een gedwongen gang naar de psychiater. Een alternatief buiten de psychiatrie kan een oplossing zijn voor zorgmijders. Als kinderen en ouders geen psychiatrische hulp willen, wordt het zoeken van adequate hulp vaak onnodig lang uitgesteld waardoor een toename van klachten en co-morbiditeit alsmede (psycho-)somatiek optreedt, wat tot extra behandelkosten leidt. Een bekend voorbeeld zijn pubers en adolescenten welke helaas soms hun toevlucht zoeken in verslavende middelen alvorens zij bij de kinderarts komen.
- Als laatste is bekend dat er onvoldoende kinder- en jeugdpsychiaters aanwezig in Nederland om de zorg voor al deze kinderen op te vangen. De wachtlijsten binnen de GGZ zijn vaak lang, hetgeen bij de kinderartsen met deze expertise niet het geval is.

## Overwegingen bij overgangsjaar 2015

### Verwijsbrief huisarts blijft geldig bij zorg > 1 jaar

De verwijsbrief van de huisarts blijft geldig, ook als de zorg langer duurt dan een jaar. Daarmee wordt de continuïteit van zorg aan bestaande patiënten gegarandeerd, onnodige administratieve lasten en belasting van de huisarts voorkomen. Daarnaast geldt dat bij zorg die over de jaargrens loopt, de dbc hard wordt afgesloten per 31-12-2014 en een nieuwe dbc wordt geopend per 1-1-2015. Kinderartsen verwijzen het kind na behandeling weer terug naar de huisarts. Als de zorg van de kinderarts langer nodig is dan in 2015, kan gebruik gemaakt worden van oude verwijsbrief.

Voor de volledigheid een specificatie van de groepen waar de verwijsbrief in ieder geval geldig voor blijft:

- Patiënten welke een lange behandeling hebben met een verwijzing langer dan een jaar oud
- Patiënten die in de loop van 2014 zijn gestart met hun behandeling bij de kinderarts en behandeling loopt door naar 2015, verwijsbrief in 2014
- Patiënten die de laatste maanden van 2014 zijn gestart met behandeling bij kinderarts en waarbij 90 dagen dot in het eerste kwartaal van 2015 opgevolgd zou gaan worden door vervolg dot (120 dagen) omdat arts/patiënt midden in de diagnosefase en/of start behandeling zit, verwijsbrief juli-dec 2014

### Achtergronden

Zorg voor kinderen met leer-, gedrag- en ontwikkelingsstoornissen wordt bij uitstek door kinderartsen geleverd. De kinderartsen die deze zorg bieden werken in ziekenhuizen en in zelfstandige behandelcentra. De kinderarts is de enige specialist die opgeleid is om de hele ontwikkeling van een baby, tot een 18 jarige in overgang naar adolescentie, te beoordelen.

### Leeftijd van de kinderen

Op dit moment wordt veelal zorg geleverd aan kinderen vanaf 4 jaar tot 18 jaar. Soms willen kinderen nog wat langer bij de kinderarts onder behandeling blijven, omdat kinderen, pubers en adolescenten met ADHD/ASS vaak sociaal-emotioneel jonger zijn dan hun kalenderleeftijd; algemeen tot 25% jonger. Iemand van 19 jaar zal

fysiek en verbaal dus ‘volwassen’ kunnen lijken, maar in gedrag een stuk jonger kunnen zijn. Vandaar dat een harde leeftijdsgrens van 18 jaar niet wordt aangehouden en een uitloop tot 21 jaar op verzoek van de patiënt mogelijk is.

### **Kinderartsen**

Kinderartsen hebben de expertise over de volle breedte van de ontwikkeling van het kind, en daarin optredende problemen. Kinderartsen hebben de expertise om gedrags- en ontwikkelingsproblemen (c.q. ADHD of autisme), leerproblemen en daarbij komende co-morbiditeit (o.a. angst, tics, dwang, etc.) en mogelijke onderliggende pathologie te behandelen (b.v. perinatale complicaties, syndromale afwijkingen, metabole stoornissen, epilepsie). Zij hebben de expertise om de psychosomatische symptomen die veelal gepaard gaat met deze stoornissen te behandelen (o.a. hoofdpijn, buikpijn, voedingsproblemen, adipositas, obstipatie of broekpoepen, enuresis, extreme moeheid of algehele malaise, spierklachten, etc.).

### **Toegangstijden**

Het is maar goed dat ook zoveel kinderartsen zijn gespecialiseerd in deze zorg, omdat er onvoldoende kinder- en jeugdpsychiaters aanwezig zijn in Nederland om de zorg voor al deze kinderen op te vangen. De wachtlijsten binnen de GGZ zijn vaak lang (4- 6 maanden), hetgeen bij de kinderartsen met deze expertise niet het geval is (1-4 weken) .

### **ZBC's**

De samenwerking van kinderartsen in ZBC's met o.a. huisartsen, psychologen, wijkteams, fysiotherapeuten, logopedisten verloopt via korte lijnen en is zeer efficiënt. In de ZBC-setting zijn de omstandigheden optimaal om somatische en psychische expertise te bundelen in een samenwerking met kinderartsen en psychologen/psychiaters rondom de zorg voor ADHD. Huisartsen verwijzen voor deze soort problematiek graag naar kinderartsen in gespecialiseerde ZBC's. De zorg is laagdrempelig, heeft een korte toegangstijd, somatische- en psychische expertise zitten in 1 huis en het zorgtraject is zeer efficiënt georganiseerd.

### **ZKN keurmerk**

Klinieken met het ZKN keurmerk worden jaarlijks door een onafhankelijke certificerende instantie getoetst op hun kwaliteit- en veiligheidssysteem. Naast uitgebreide criteria voor het managementsysteem, deskundigheid van medewerkers en voorlichting aan de patiënt, zijn de audits van een deskundige infectiepreventie, en apotheker verplicht onderdeel. Jaarlijks worden de criteria door het onafhankelijke College van Deskundigen verder aangescherpt. In het College van Deskundigen zijn vertegenwoordigd patiënten, verzekeraars en de belangrijkste specialismen binnen ZKN.