

Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

2543

Vragen van het lid **Bouwmeester** (PvdA) aan de minister en de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *topklinische geestelijke gezondheidszorg (ggz) die ggz hulp lokaal uitsluit* (ingezonden 12 april 2011).

Antwoord van minister **Schippers** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport), mede namens de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (ontvangen 18 mei 2011).

Vraag 1

Bent u bekend met de situatie dat indien iemand (in Brabant) een ambulante behandeling topklinische ggz krijgt in een landelijke instelling er geen ambulante zorg in de vorm van Functie Assertive Community Treatment ((F)ACT) in de gemeente wordt geboden?

Antwoord 1

Ik ben niet bekend met deze specifieke casus. Ik kan u echter melden dat er geen formele beperking is voor het leveren van zorg door meerdere zorgaanbieders. Zowel topklinische geestelijke gezondheidszorg (ggz) als (F)ACT kan worden ingekocht door zorgverzekeraars, en worden bekostigd op basis van de dbc ggz systematiek. In de tweedelijns curatieve ggz is het toegestaan dat een zorgaanbieder een deel van de behandeling uitbesteedt aan een andere zorgaanbieder. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft het beleid hiervoor vastgesteld in de beleidsregel «tarifiering onderlinge dienstverlening GGZ Zvw» (CU 5028). Indien sprake is van onderlinge dienstverlening, brengt de zorgaanbieder die de prestatie levert de kosten daarvan in rekening aan de zorgaanbieder die de prestatie bij de uitvoerder heeft aangevraagd. Er hoeft dus geen financiële belemmering te zijn voor het gelijktijdig leveren van (F)ACT en topklinische ggz. Daarnaast is het op dit moment mogelijk dat een zorgaanbieder hiertoe een eigenstandige dbc met zorgtype «icc en medebehandeling» opent. De NZa heeft besloten dat deze tweede mogelijkheid per 2012 verdwijnt, omdat het uitgangspunt van de dbc-systematiek is dat er voor de behandeling van een patiënt in het kader van een primaire diagnose ook één dbc wordt gedeclareerd.

Ik kan op basis van de informatie over de casus niet beoordelen in hoeverre het hier beleid van de lokale aanbieder van zorg betreft, of dat de patiënt op basis van specifieke zorginhoudelijke overwegingen terug is verwezen naar specialistische zorg. In het algemeen kan ik wel stellen dat patiënten vrij zijn in de keuze voor een zorgverlener. Dit betekent dat zij het recht hebben te

kiezen door wie zij behandeld of onderzocht willen worden. Er zijn wel verschillende beperkingen aan dit recht. Indien een patiënt van mening is dat onterecht zorg wordt geweigerd, kan deze patiënt contact opnemen met de patiëntvertrouwenspersoon van de betreffende instelling, of een klacht indienen bij de klachtencommissie van de instelling.

Vraag 2

Is bekend hoeveel mensen er naast ambulante topklinische ggz-behandeling ook lokale hulp nodig hebben voor andere ggz-vragen?

Antwoord 2

Zoals ik aangaf bij vraag 1, wordt tweedelijns curatieve ggz bekostigd op basis van de dbc ggz systematiek. De dbc ggz systematiek is ingedeeld op basis van diagnoses, daarnaast worden de activiteiten geregistreerd waaruit de behandeling bestaat. Zorgaanbieders zijn verplicht een deel van deze gegevens aan te leveren bij het DBC informatiesysteem (DIS). Het DIS beheert deze informatie. Er wordt in de dbc ggz systematiek echter geen onderscheid gemaakt in type aanbieder. Dat betekent dat er in het DIS geen specifieke registratie wordt bijgehouden van het aantal patiënten dat topklinische zorg en/of lokale hulp ontvangt.

Vraag 3

Deelt u de mening dat mensen met een ggz-vraag recht hebben op zorg dichtbij huis, zodat een dreigende crisis kan worden voorkomen of snel kan worden ingegrepen, bijvoorbeeld via (F)ACT? Is de financiering hiervan geborgd?

Antwoord 3

Zoals ik onlangs in mijn brief «Zorg die werkt» (TK 32 620, 1) heb laten weten, vind ik goede basiszorg in de buurt van groot belang, ook in de ggz. Binnen het kader van de Zorgverzekeringswet (Zvw) is het aan zorgverzekeraars om voor al hun polishouders aan de wettelijke zorgplicht te voldoen. Dat betekent dat patiënten met een psychische aandoening recht hebben op alle eerstelijns psychologische zorg en tweedelijns curatieve ggz, zoals die momenteel binnen het basispakket valt. Hierbij is sprake van een zogenaamde functionele aanspraak, die aangeeft wat er in aanmerking komt voor vergoeding, maar die niet bepaalt hoe en door wie de zorg in de praktijk geleverd wordt. De financiering hiervan is geborgd binnen het budgettaire kader zorg.

Vraag 4

Deelt u de mening dat naast lokale ggz, indien nodig, een patiënt ook recht heeft op topklinische ggz voor specialistische ambulante zorg?

Antwoord 4

Zie mijn antwoord op vraag 3.

Vraag 5

Indien u vindt dat basis ggz dichtbij een patiëntenrecht is en (indien nodig) topklinische ggz ook, waarom kan dit in de praktijk niet naast elkaar worden gegeven?

Antwoord 5

Zoals ik bij vraag 1 heb aangegeven, zijn er in de praktijk wel degelijk mogelijkheden om door middel van onderlinge dienstverlening de behandeling van een primaire diagnose door verschillende instellingen te laten uitvoeren. Het is mij niet duidelijk waarom in deze casus de betreffende instellingen er voor kiezen om hier geen gebruik van te maken. In het algemeen kan ik wel stellen dat de juiste keuze van passende zorg voor een individuele patiënt onderdeel hoort te zijn van het behandelplan, dat in onderling overleg tussen professional en patiënt wordt vastgelegd. Hierbij is de hulpvraag van een patiënt leidend. Afhankelijk van de ernst van de klachten is het al dan niet noodzakelijk om meerdere vormen van zorg gelijktijdig in te zetten. Vanuit dit oogpunt kan ik me daarom voorstellen dat er zorginhoudelijke redenen zijn om (F)ACT en topklinische ggz niet gelijktijdig aan te bieden. Dit is een medische afweging, die ik graag aan professionals overlaat.

Vraag 6

Is het mogelijk om tegelijk twee Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's) in verschillende instellingen te openen, één voor topklinische ggz voor de specialistische vraag en één voor de overige zorg dichtbij huis?

Antwoord 6

Zoals aangegeven bij vraag 2, is de dbc ggz systematiek niet ingedeeld op basis van type aanbod, maar op basis van diagnoses. Het uitgangspunt van de dbc systematiek is dat er voor de behandeling van een patiënt in het kader van één primaire diagnose ook één dbc wordt gedeclareerd. Dit is vastgelegd in de «Spelregels DBC-registratie GGZ» van DBC Onderhoud (uitzondering daarop is nu nog de bij vraag 1 genoemde mogelijkheid om een dbc van het type «icc en medebehandeling» te openen). Indien er sprake is van gelijktijdige behandeling van meerdere stoornissen of diagnoses, met elk een substantieel eigenstandige behandeling, is het wel toegestaan om gelijktijdig meer dan één dbc te openen. Er mogen in dat geval maximaal drie dbc's per patiënt geopend worden. Overigens is het wenselijk dat als verschillende ggz-instellingen gelijktijdig één patiënt behandelen, zij deze behandeling onderling coördineren.

Vraag 7

Wie is verantwoordelijk voor de zorgcoördinatie indien iemand ambulante topklinische ggz krijgt en daarnaast voor (andere) ggz-vragen lokaal hulp nodig heeft?

Antwoord 7

Ongeacht de aard van de geleverde zorgactiviteiten is het de verantwoordelijkheid van professionals zelf om zo nodig te zorgen voor onderlinge coördinatie van zorg ten behoeve van een patiënt. Dat betekent dat ik van alle betrokken partijen verwacht dat zij eigen initiatief tonen en de verantwoordelijkheid nemen om dit mogelijk te maken.

Om te zien of er geen problemen zijn in de zorgcoördinatie, heb ik het Trimbos Instituut gevraagd om onderzoek te doen naar de financiering en vormgeving van zorgcoördinatie voor mensen met een meervoudige zorgvraag in de curatieve ggz. Ik verwacht u voor de zomer een definitieve versie van het rapport toe te kunnen zenden. Dan kunt u van mij ook een inhoudelijke reactie verwachten.

Vraag 8

Hoe wordt de zorgafstemming tussen een landelijk functionerende ggz-instelling en een lokale ggz-instelling gecoördineerd en gefinancierd?

Antwoord 8

Financiering van zorgafstemming tussen een landelijk functionerende en lokaal functionerende ggz-instelling volgt uit de bekostigingssystematiek voor het betreffende wettelijke kader waarbinnen de zorgactiviteiten van een instelling vallen. Dat is voor de gehele ggz-sector dus de Wet Maatschappelijke Opvang (WMO), Zvw of de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Forensische zorg valt daarbij onder Justitie.