

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

2738

Vragen van het lid **Leijten** (SP) aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *het advies van het CVZ over psychische klachten* (ingezonden 20 april 2012).

Antwoord van minister **Schippers** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 5 juni 2012). Zie ook Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2011–2012, nr. 2444.

Vraag 1

Wat is uw reactie op het bericht over het advies van het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) dat therapie voor psychische klachten voor eigen rekening moet zijn?¹

Antwoord 1

Ik vind het goed dat het CVZ een nadere invulling geeft aan de huidige aanspraken in de GGZ en daarbij ook gebruik maakt van het principe van stepped care. Het CVZ maakt in zijn advies onderscheid tussen psychische klachten en stoornissen. Psychische stoornissen vragen om geneeskundige GGZ, terwijl bij psychische klachten de huisarts het eerst aan zet is. Op basis van de Zvw valt de hulp op het gebied van psychische klachten niet onder de eerstelijns psychologische zorg en de specialistische geneeskundige GGZ. Zo wordt ondoelmatige zorg in de geneeskundige GGZ voorkomen.

Vraag 2

Wat is de achtergrond van dit CVZ-advies; een bezuinigingsopdracht of is het een eigen initiatief?

Antwoord 2

Het is van belang dat de GGZ ook in de toekomst houdbaar blijft. Daarom moet onderscheid gemaakt worden tussen onbetwistbare curatieve GGZ en niet-noodzakelijke vormen van GGZ-zorg. Specifiek is aan het CVZ als pakketbeheerder gevraagd om een drietal oplossingsrichtingen in het advies te betrekken, namelijk:

1. nadere invulling van de huidige aanspraken;
2. indicatie inperking in de verzekering; en
3. concrete inperkingen in de soorten zorg in het pakket voorstellen, indien er niet noodzakelijke zorg onder de aanspraken valt.

¹ <http://www.skijs.nl/actueel/id10722-cvz-therapie-psychische-klacht-voor-eigen-rekening.html>

Het GGZ advies deel 1 gaat in op het eerste punt. Het GGZ advies deel 2, dat aan het eind van dit jaar zal verschijnen, zal ingaan op de punten 2 en 3.

Vraag 3, 4 en 5

Welke «sterke aanwijzingen» zijn er die erop kunnen wijzen dat zorgverzekeraars nu meer vergoeden dan enkel de verzekerde zorg? Kunt u uw antwoord toelichten?

Hoe vaak worden dan zogenaamde verkeerde diagnoses gesteld, en waar blijkt dat uit? Wordt er inderdaad bij «een klacht» zorg geïndiceerd?

Hoeveel mensen krijgen nu geestelijke gezondheidszorg voor aandoeningen die volgens de redenering van het CVZ niet behoren te worden vergoed? Kunt u uw antwoord toelichten?

Antwoord 3, 4 en 5

Het CVZ stelt in zijn recente advies dat het voor huisartsen van belang is om als poortwachter een onderscheid te maken tussen psychische klachten en (het vermoeden van) een psychische ziekte. Alleen in dit laatste geval kan een huisarts voor nadere diagnose en behandeling verwijzen naar eerstelijns psychologische zorg of tweedelijns specialistische GGZ.

Op basis van het interdepartementale beleidsonderzoek uit 2010 is bekend dat 30% van de patiënten met lichte problematiek tweedelijns specialistische zorg ontvangt.² Bij de eerstelijns psycholoog krijgt 30% van de patiënten geen DSM-classificatie. Dit maakt het noodzakelijk om meer helderheid te scheppen over de reikwijdte van het basispakket. De eerste stap hiertoe is gezet door middel van het GGZ rapport deel 1. Het CVZ zal hier ook verder op ingaan in het voor eind 2012 geplande GGZ rapport deel 2.

Vraag 6

Deelt u de mening dat, wanneer er enkel een theoretische scheiding gemaakt wordt tussen een klacht en een ziekte, de kans toeneemt dat er zwaardere diagnoses worden gesteld?

Antwoord 6

Beroepsbeoefenaren in de GGZ moeten zelf scherp toezien op adequate triage. Het kan niet zo zijn dat patiënten die niet voldoen aan de criteria voor een bepaalde stoornis toch een diagnose voor zo'n stoornis krijgen.

Daarnaast is het een taak van zorgverzekeraars als inkoper van zorg om, op basis van formele en materiële controle, in te grijpen als er sprake is van onrechtmatig declareren. In dat geval is er namelijk sprake van een economisch delict. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft hierin ook een rol als toezichthouder. Ik onderschrijf het pleidooi van het CVZ om langs verschillende lijnen gepast zorggebruik te stimuleren.

Daarom zal ik met betrokken partijen mijn verwachtingen bespreken wat betreft het toezicht op het juist declareren inzake verzekerde aanspraken in de GGZ.

Vraag 7

Deelt u de mening van het CVZ dat behandelaars op hun declaraties het soort diagnose moeten zetten, ook wanneer dit in tegenspraak is met privacybescherming en uitspraken van het College van Beroep voor het bedrijfsleven (Cbb)?³

Antwoord 7

De wettelijke verplichting om diagnose-informatie op de declaratie te zetten bestaat al. Het Cbb heeft in zijn uitspraak van 8 maart 2012 (LJN: BV8297, College van Beroep voor het bedrijfsleven, AWB 11/317, 11/358 en 11/372) geoordeeld dat de verplichting om diagnose-informatie op de declaratie te vermelden in de DBC-systematiek voor de GGZ niet onrechtmatig behoort te zijn, mits daarbij uitzonderingsmogelijkheden zijn ingebouwd. Die uitzonderingsmogelijkheden kunnen bepaalde groepen gevallen dan wel bepaalde cliënten betreffen, al dan niet beperkt tot gevallen waarin cliënten daarom verzoeken. De NZa beziet momenteel hoe deze uitzonderingsmogelijkheid wordt vormgegeven.

² Rapport brede heroverwegingen – curatieve zorg 2.0, bijlage 8: samenvatting IBO GGZ.

³ Schriftelijke vragen, 20 maart 2012, vraagnummer 2012Z05594.

Vraag 8

Kunt u uitleggen waarom de vermeende medische onherkenbaarheid van GGZ DBC's (Diagnose Behandeling Combinaties voor de geestelijke gezondheidszorg) de oorzaak zou zijn van fraude? Is uw oordeel dat de zorgverzekeraar moet beoordelen of zorg noodzakelijk is of een arts/poortwachter? Kunt u uw antwoord toelichten?

Antwoord 8

Het zijn in de praktijk allereerst de professionals die, op basis van hun zorginhoudelijke kennis en kunde, bepalen in hoeverre er sprake is van een psychische stoornis en of dit vraagt om een behandeling of niet.

Die medische herkenbaarheid bij de declaratie is van belang voor de zorgverzekeraar, als inkoper van zorg. Hoe duidelijker dit staat vermeld, hoe minder discussie er kan ontstaan over de rechtmatigheid van een declaratie. Dit natuurlijk binnen de grenzen die het CBb in haar uitspraak heeft vastgesteld.

Daarnaast wordt voor 2013 de productstructuur zodanig aangepast, dat het onderscheid tussen al dan niet verzekerde zorg beter zichtbaar wordt. Dat betekent dat bij invoering van prestatiebekostiging er een kleuring in rode (onverzekerde) en groene (verzekerde) producten mogelijk wordt. Dit helpt zorgverzekeraars om, als zorginkoper, te sturen op het inkopen van de juiste zorg voor hun polishouders.