

Vergaderjaar 2005–2006

29 689

Herziening Zorgstelsel

Nr. 109

VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Vastgesteld 24 juli 2006

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ heeft op 8 juni 2006 overleg gevoerd met minister Hoogervorst van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over:

- **de brief van de minister van VWS d.d. 2 juni 2006 inzake de beleidsnotitie ggz (29 689, nr. 96).**

Van dit overleg brengt de commissie bijgaand beknopt verslag uit.

Vragen en opmerkingen uit de commissie

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD) constateert dat bijna een kwart van de uitgaven aan gezondheidszorg psychiatrische stoornissen betreft en dat het beroep op de ggz tussen 2001 en 2004 is gegroeid met 10%. Zij vindt deze beleidsvisie te sterk vanuit het aanbod geschreven en mist de vraag van cliënten. Na de onderbrenging eind jaren tachtig van de gehele ggz in de AWBZ is in de huidige kabinetsperiode met instemming van de sector besloten daaraan een einde te maken, waardoor de ggz te maken krijgt met zorgkantoren, zorgverzekeraars, het ministerie van Justitie en gemeenten als financiers. Daarvan mogen cliënten niet de dupe worden. De positie van het ministerie van VWS verandert hierdoor, met een voorwaardenscheppende rol voor kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Zij vraagt de minister om nadere uitleg, omdat zij hierin diens rol van toezichthouder mist. Zo wordt het toezicht door de inspectie versnipperd over zeven programma's.

Hoe garandeert de minister dat bij de overheveling van de forensische psychiatrie naar Justitie niet twee verschillende soorten ggz ontstaan en hoe ziet hij erop toe dat bij overheveling naar de gemeenten de eerste opvang blijft aansluiten op de overige zorg? Hoe zorgt hij ervoor dat de sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen in de eerste lijn aan het werk kunnen? Ingrijpen lijkt noodzakelijk omdat er van hen te weinig zijn en omdat huisartsen hen te duur vinden. Hoe worden de vermaatschappelijking, integratie en rehabilitatie van mensen met psychische aandoeningen vormgegeven? Hoe kunnen familieleden actief betrokken worden bij de vormgeving van beleid? Wat doet de minister om de trend van een toenevend beroep op de ggz om te buigen? Zij wil niet eens in de drie jaar een overzicht maar jaarlijks in de begroting prestatie-indicatoren voor de beleidsprioriteiten.

¹ Samenstelling:

Leden: Van der Vlies (SGP), Kalsbeek (PvdA), Buijs (CDA), Atsma (CDA), Arib (PvdA), Vendrik (GroenLinks), Kant (SP), Blok (VVD), voorzitter, Smits (PvdA), Örgü (VVD), Verbeet (PvdA), Van Oerle-van der Horst (CDA), ondervoorzitter, Vergeer (SP), Vietsch (CDA), Joldersma (CDA), Varela (LPF), Van Heteren (PvdA), Smilde (CDA), Nawijn (LPF), Van Dijken (PvdA), Timmer (PvdA), Van Miltenburg (VVD), Kraneveldt (LPF), Schippers (VVD), Omtzigt (CDA), Azough (GroenLinks), Koşer Kaya (D66) en Van der Sande (VVD).

Piv. leden: Rouvoet (ChristenUnie), Verdaas (PvdA), Ferrier (CDA), Çörüz (CDA), Blom (PvdA), Halsema (GroenLinks), Gerken (SP), Veenendaal (VVD), Hamer (PvdA), Weekers (VVD), Tjon-A-Ten (PvdA), Aasted Madsen-van Stiphout (CDA), Ormel (CDA), Willemse-van der Ploeg (CDA), Van As (LPF), Waalkens (PvdA), Mosterd (CDA), Bussemaker (PvdA), Heemskerk (PvdA), Oplaat (VVD), Hermans (LPF), Van Egenschot (VVD), Eski (CDA), Van Gent (GroenLinks), Bakker (D66) en Nijs (VVD).

De invoering van dbc's in de ggz verloopt moeizaam, nu de bekostiging nog steeds via de AWBZ verloopt, maar voor de VVD is terugdraaien geen optie. De privacybescherming van cliënten lijkt het grootste struikelblok. Hoe komt het dat dit in de Zorgverzekeringswet wel goed is geregeld? Is het juist dat het College Persoonsbescherming bezwaar maakt tegen de invoering van dbc's? Waarom zou de privacy van ggz-cliënten anders liggen dan die van hiv/aids- of kankerpatiënten? Het lijkt tijd te worden dat het ministerie zich met dit beleid gaat bemoeien door een deadline te stellen. Het is de psychotherapeuten gelukt te komen met een behandelprotocol.

De verzekeraars zijn niet gelukkig met het voorstel om de ggz vanaf 1 januari 2007 op te nemen in de polis, omdat zij vrezen voor een te groot financieel risico. Stelt de minister zich garant voor de risico's of hoe dekt hij deze anders af?

Mevrouw **Joldersma** (CDA) vindt dat de beleidsvisie bijdraagt aan samenhang in ggz, die zij vaker wil terugzien in de begroting. Wel mist zij informatie over aandoeningen en de ontwikkeling daarin. Neemt het volume aan psychische aandoeningen toe of komt dat door toegenomen diagnosticering, en zegt dit iets over een samenleving waarin mensen vaker psychische aandoeningen ontwikkelen? Zij deelt de opvatting van de minister dat de ggz steeds meer vertakt raakt in zorgnetwerken. Zij vindt zorgketens een betere term, waarin het aankomt op de schakels, waarin zorgverleners verantwoordelijkheid nemen en tijdig doorsturen. Soms moet men de aansturing in één hand leggen. De ministers van VWS en van Justitie lijken elkaar daarin te hebben gevonden. Centraal staat voor haar de preventie door eerstelijns psychologen en huisartsen, waarbij ook familieorganisaties een belangrijke rol spelen. Zij wil deze zelfzorg met subsidie in stand houden.

Zij is het eens met de minister dat de ggz gewoon gezondheidszorg is en dat men moet aansluiten bij de driedeling in de zorg tussen AWBZ, de nieuwe Zorgverzekeringswet en de WMO. Zij begrijpt dat de zorgverzekeraars zich zorgen maken over de stijging in de ambulante behandeling. Zij stemt in met beginnen met lichte behandelingen om daarna pas over te gaan tot zwaardere behandelingen, maar wil evidence-based zorg. Men is wel heel gemakkelijk meegegaan met de trends van vermaatschappelijking, extramuralisering en vermindering van plaatsen, terwijl sommige cliënten echt zwaardere zorg nodig hebben.

Bij de overheveling van de ggz en de dbc's heeft zij de indruk dat de zorgverzekeraars vooral wijzen op de moeilijkheden. Zij vraagt de minister naar de privacygevoelige diagnoses en kan zich vinden in het gebruik van dbc's.

Hoe worden registratiesystemen in de AWBZ-zorg en de dbc's op elkaar afgestemd? Is één systeem niet handig en komt dat er ook?

Zij vindt het goed dat de bemoeizorg naar de gemeenten gaat maar wil weten hoe die terecht komt bij de gespecialiseerde ggz. Zij hoopt dat de minister in de volgende samenhangende visie op de werking van deze keten zal ingaan.

Mevrouw **Van Dijken** (PvdA) vindt dat er maar twee soorten ziektes zijn: chronische en acute, waarbij het niet uitmaakt of zij somatisch of psychisch zijn. Zij is gevallen over de zin in de beleidsvisie «De moeilijkheid is dat individuele psychisch zieke patiënten in meerdere doelgroepen kunnen worden ingedeeld».

Zij vraagt waarom bij het overleg met het veld patiënten en consumenten niet betrokken zijn geweest. Kosteninzicht in de Zorgverzekeringswet moet in haar ogen niet anders worden beoordeeld dan in de AWBZ. Hetzelfde geldt voor privacy in de ggz en in de somatische zorg. Zij vindt ook dat dbc's op orde moeten zijn en dat niemand gebaat is bij over- of onderbehandeling. Het gaat erom dat er goede zorg verleend wordt. De

specifieke deskundigheid om indicaties in de ggz te beoordelen mist zij bij de zorgkantoren, die zij dan ook niet in staat acht tot herindicaties op dit gebied na een diagnose door een specialist.

Hoe gaan de inspectie en de minister de toezichhoudersrol vervullen? Zij vindt het goed dat de Kamer zicht houdt op de ontwikkelingen, en is er niet gelukkig mee dat zorgverzekeraars in de somatische zorg nog niet in staat zijn geld terug te betalen. Zij hoopt dat dit in orde zal komen en dat de ggz niet via tussentijdse leningen en garantstellingen op de been moet worden gehouden. Zij vraagt de minister of de AWBZ-rechten zijn vertaald in de Zorgverzekeringswet. Zij wil geen blokkades in de ketenaanpak in de ggz.

Bij de maatschappelijke opvang door de G4 vindt zij een eenmalig aanbod aan langdurige zorgmijders niet realistisch. Door hen te verhuizen naar Drenthe worden hun mogelijkheden tot rehabilitatie ontnomen.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie) vindt dat door versnippering van het beleid een integrale benadering moeilijk is. Hij erkent dat de ggz geen op zichzelf staande sector binnen de gezondheidszorg is. Bij zorgnetwerken moet men waken voor onduidelijke verantwoordelijkheden. Hij heeft aarzeling over de invoering van dbc's in de ggz en stemt in met uitstel hiervan. Zijn er goede afspraken over declaraties via de zorgkantoren? Omdat de ggz bijna een kwart van de totale zorguitgaven uitmaakt is preventie van groot belang. Kan er een probleem ontstaan bij financiering van preventieve activiteiten gericht op groepen? Patiënten en behandelaars zijn vaak onvoldoende op de hoogte van mogelijkheden in het kader van de BOPZ, wat vraagt om betere voorlichting.

Budgettaire problemen bij de AWBZ komen tot uitdrukking in krappe regiobudgetten. Volgens het CTG is in 2005 386 mln. onbenut gebleven, terwijl de media berichten dat de extra ruimte naar financiële tegenvallers is gegaan, zoals de onverwachte uitbreiding van de intramurale zorg. Wat gaat de minister doen om wachtlijsten in de ggz te voorkomen?

Jongeren met een psychische handicap ondervinden problemen bij de indicatiestelling door tekortschietende deskundigheid bij Bureau Jeugd-zorg. Jongeren met een geestelijke en een lichamelijke handicap worden van het kastje naar de muur gestuurd door Jeugdzorg en CIZ.

De heer **Van der Vlies** (SGP) benadrukt dat het hier gaat om een kwetsbare groep die veel zorg en begeleiding nodig heeft. Uit de notitie blijkt dat 41,2% van de mensen ooit een psychische stoornis heeft gehad en 23,5% in het afgelopen jaar. Waarom spreekt de Kamer niet vaker over de ggz? Urgente problemen zijn de combinatie met de BOPZ, de maatschappelijke opvang en de bemoeizorg. Veranderingen moet men niet lichtvaardig doorvoeren.

De dbc's zijn nog niet op tijd in orde. Hij vraagt naar de doelstelling en de voordelen van de dbc's in de ggz, gelet op de specifieke kenmerken van de sector. Voor de invoering wil hij weten hoe die elders is verlopen. De passage op blz. 17 van het jaarverslag 2005 dat voor handelingen met een vrijgegeven dbc circa 5% ofwel 40 mln. meer is betaald dan in 2004 sluit aan bij het gevoel dat dbc's tot kostenverhoging leiden. Kan de minister garanderen dat dat in de ggz niet het geval zal zijn?

De dbc-invoering heeft gevolgen voor een eigen risico, onder meer voor gemoedsbezwaarden. Zijn er indicaties dat cliënten in de ggz gemiddelde kosten betalen voor een individuele behandeling en hoe liggen deze kosten? Wat betekenen dbc's voor productgroepen en prijzen in de zorg? Werkt de overheveling van de ggz naar de Zorgverzekeringswet verwar-ring in de hand, nu het de minister niet mogelijk lijkt de dbc's per 1 januari 2006 in te voeren en de uitvoering nog via de zorgkantoren loopt? Waarom loopt de kortdurende ggz niet langer via de AWBZ? Hij vraagt van de minister de garantie dat mensen met een pgb via de AWBZ dit ook onder de Zorgverzekeringswet behouden.

Keuzevrijheid vindt hij terecht. Juist in de ggz moet zorg beschikbaar zijn die past bij de visie op mens en samenleving van de betrokkenen. Zijn er wachtlijsten en hoe lang zijn de wachttijden?

Mevrouw **Kant** (SP) is bang dat de overheveling van een deel van de ggz naar de Zorgverzekeringswet en een ander deel naar de WMO, terwijl een deel in de AWBZ blijft, leidt tot versnippering en verkokering. Zij vraagt een reactie van de minister, ook op signalen dat Zorgverzekeraars Nederland en de ggz hiervoor nog niet klaar zijn.

Zij krijgt signalen dat zorgverzekeraars op de stoel van de arts gaan zitten doordat zij het niet met verwijzingen eens zijn. Dat bevordert de keuzevrijheid niet, ook doordat er te weinig gecontracteerd is.

Zij vreest voor toenemende bureaucratie door dbc's en zorgzwaartebekostiging binnen één instelling. Mede hierom is zij tegenstander van het dbc-systeem in de ggz. Zij deelt de zorgen over de privacy en vraagt de minister hoe hij hieraan tegemoet wil komen.

Zij is voor een uitbreiding van beschermde en beschutte woonvormen maar tegen afbouw van intramurale bedden. Zij hoort te vaak over mensen die niet terecht kunnen in een instelling wanneer dat nodig is. De wachttijden nemen eerder toe dan af.

Separatie wil de minister terugdringen, terwijl blijkt de cijfers van de inspectie blijkt dat dit nog steeds toeneemt. Hoe wil de minister zijn doelstelling verwezenlijken en ziet hij hierbij niet een relatie met personeelstekorten of te hoge werkdruk?

Ook de bemoeizorg schiet tekort. Zij bepleit meer ggz in de wijk middels een eerstelijns psycholoog in een gezondheidscentrum of middels integratie via de jeugdzorg.

Voor de forensische zorg is er in haar ogen te weinig aandacht. Van de gedetineerden is 10% ernstig psychisch gestoord en heeft 71% symptomen van psychische stoornissen.

Antwoord van de minister

De **minister** vindt de cijfers over psychische aandoeningen ontstellend, waaruit blijkt dat 15% van de gezondheidsuitgaven samenhangt met psychische ziekten, maar maakt de kanttekening dat het in de eerste en tweede lijn gaat om 9%, ofwel 5 mld. Andere grote posten zijn dementie met 3,1 mld. en verstandelijke handicaps met 4,6 mld. Dit hangt samen met de hoge mate van institutionalisering. Bij het gegeven dat een kwart van de bevolking last heeft van een psychische stoornis, vraagt hij zich af of men de lat niet te laag legt. Om de ggz in de toekomst op peil te houden, zal die beter en doelmatiger moeten presteren en zal men meer over die prestaties moeten weten dan nu. De IGZ werkt aan prestatie-indicatoren. Dbc's, duidelijke omschrijvingen van behandelingen in homogene productgroepen, zijn nodig voor dat inzicht in de grote verschillen tussen instellingen en behandelingen, met waarborging van de privacy. Ook de psychiatrie werkt steeds meer met protocollen.

Hij bestrijdt dat er nieuwe schotten worden gecreëerd. Het doel is een logischer organisatievorm die ook door een Kamermeerderheid wordt gesteund, zoals de overheveling van de geneeskundige ggz van AWBZ naar Zorgverzekeringswet, van een deel van de openbare ggz van AWBZ naar WMO, van de forensische psychiatrie van AWBZ naar Justitie en een betere integratie van somatische en psychische zorg. De IGZ behoudt namens de minister het overkoepelende toezicht op de gehele sector. Hij heeft net afspraken met de sector gemaakt over de c.q.-index voor patiënttevredenheid voor de gehele zorg, die wordt gepubliceerd op kiesbeter.nl.

De dbc's in de ggz gaan niet werken met vrije prijzen. Het uitstel met een jaar komt doordat de ICT nog niet op orde was. Hij wil de voorwaarden opnemen in de polis van de Zorgverzekeringswet, gelijkwaardig aan de

AWBZ. Voor de cliënt maakt dit niets uit, terwijl zorgverzekeraars geen financieel risico lopen.

De privacy moet goed geregeld zijn, die in de Ziekenfondswet slechter was geregeld dan in de Zorgverzekeringswet. Met de afleiding van aandoeningen uit recepten door medewerkers in de keten zijn nooit problemen ontstaan. Hij erkent dat er geen verschil is tussen somatische en psychische ziekten wat de behandeling door de wetgever betreft.

Voor de sociaal verpleegkundige in de eerste lijn is de financiering geregeld. Het CTG bekijkt de beste wijze van financiering in de tweede lijn.

De preventie wordt niet door de overgang naar de Zorgverzekeringswet bemoeilijkt, die een taak heeft bij de secundaire preventie. Preventie van geestelijke problemen is een moeilijk maatschappelijk probleem van een hooggeïndividualiseerde samenleving, met een duidelijke correlatie met het aantal eenpersoonshuishoudens. Bij de jeugdzorg investeert men stevig in preventie. De minister zal hierop verder ingaan in de preventie-nota in het komend najaar.

Met de samenloop van dbc's en zorgzwaartefinanciering heeft de cliënt niets te maken. Bij de instellingen wil men één registratie voor beide ontwikkelen in de ggz.

In de AWBZ vindt de indicatiestelling plaats door het CIZ, net als voor de langdurige intramurale ggz. In de geneeskundige ggz loopt dit via verwijzing door de huisarts. Er is geen sprake van overgangsproblemen. Zorgkantoren beslissen niet over de indicatie maar over de zorgtoewijzing. Bemoeizorg moet zorg zijn en geen overlastbestrijding. Gemeenten krijgen middelen om de toegang tot de zorg te verbeteren. Het zorgaspect van de bemoeizorg blijft een taak van de zorgaanbieders en onderdeel van het zorgstelsel.

Extramuralisering is niet altijd beter. Er is ook behoefte aan de asiel functie van de ggz en aan klinische behandelcapaciteit.

Voor de ggz die in de AWBZ blijft, kunnen budgethouders ook in de toekomst het pgb gebruiken. Verzekerden kunnen onder de Zorgverzekeringswet een pgb aanvragen voor geneeskundige ggz, mits gericht op herstel van een psychiatrische aandoening. Verzekerden met een pgb in het kader van de AWBZ voor geneeskundige ggz behouden hun pgb op basis van het AWBZ-indicatiebesluit.

Hij erkent dat het onderdeel ggz niet eenvoudig is terug te vinden in de begroting.

Op de kwestie van meervoudige problemen door CIZ en Bureau Jeugdzorg zal hij schriftelijk reageren.

Nadere gedachtewisseling

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD) vindt dat de ggz in de komende begroting duidelijker zichtbaar moet zijn. De minister heeft de zorgen van de VVD over de dbc's weggenomen. Zij pleit voor sociaal verpleegkundigen in de eerste lijn maar constateert dat deze in de tweede lijn zitten. Als het gereserveerde geld wordt ingezet voor zelfstandige sociaal verpleegkundigen is zij tevreden.

Mevrouw **Joldersma** (CDA) wil dat de minister naast het toezicht een rol vervult in de schakels van de keten. Daarbij horen stepped care, familie-zorg en zelfzorg, die ervoor zorgt dat psychiatrische patiënten niet hoeven te worden opgenomen. Dat houdt de kosten ook in de hand.

Mevrouw **Van Dijken** (PvdA) vindt de ondersteuning van sociale netwerken ook cruciaal. Zij vraagt de minister of de risico's van zorgverzekeraar zijn afgedekt of niet. Zij schrikt niet van het aantal Nederlanders met een psychische aandoening. Na een intensieve, korte behandeling zijn veel mensen daar weer vanaf.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie) vindt dat dbc's in de ggz nog wel aandacht nodig hebben. Bij de BOPZ vindt hij intensivering van de voorlichting belangrijk. Budgettaire problemen in de AWBZ raken aan wachtlijsten in de ggz. Ziet de minister mogelijkheden ter voorkoming daarvan?

Mevrouw **Kant** (SP) vraagt waarom de ruimte voor aanpak van de wachtlijsten niet wordt benut. Knellende problemen daar vragen om een oplossing, zeker in het kader van beschermd en beschut wonen. De erkenning dat ook in instellingen plaatsen nodig blijven, staat haaks op de afbouw van bedden in psychiatrische klinieken. Is er meer personeel nodig ter voorkoming van separatie? Gevangenen worden vaak niet behandeld voor psychische stoornissen. Zij vreest voor verdere versobering.

De **minister** garandeert dat bij de dbc-invoering van uitstel geen afstel komt en voert hierin een actieve regierol. Aan sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen is geen gebrek. Zij moeten goed worden ondergebracht in de regionale ondersteuning. Hij blijft zich inzetten voor resultaten op metaniveau.

De overheveling van de ggz naar de Zorgverzekeringswet heeft als voordelen meer aansluiting bij de curatieve zorg en een risicodragend karakter van de zorgverzekeraars. Doordat de dbc's nog niet klaar zijn, is het niet reëel ze volgend jaar al risicodragend te maken en blijft de uitvoering bij de zorgkantoren. In de AWBZ bekijkt men aan het einde van het jaar hoe veel er is uitgegeven, hetgeen dan wordt vergoed. Hij zal de Kamer hierover schriftelijk informeren.

Ondanks de groei van de productie met 7% in één jaar zijn er nog wachtlijsten. Doelmatiger werken moet hierin een oplossing bieden. Voor 2006 zijn nog middelen over ter contractering, die aanbieders in juli en september kunnen aanvragen bij de zorgkantoren. Ook hierover zal hij de Kamer schriftelijk informeren.

Hij heeft een serie voorlichtingsbrochures over de BOPZ uitgebracht. Er komt nog nadere informatie voor de sector. De voorlichting is een specifiek punt voor de derde evaluatie van de BOPZ. Op de meervoudige problematiek die de heer Rouvoet noemde, zal hij eveneens schriftelijk terugkomen, evenals op terugdringing van het aantal separaties en op dwangmedicatie in het kader van de behandelwet.

Bij forensische zorg gaat het naast tbs ook om zorg in gevangenis. Deze zorg is van groot belang. Het is goed dat de verantwoordelijkheid voor het beheer van die zorg bij de minister van Justitie komt te liggen; wel behoudt hij zelf de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de zorg. Hij verwacht hiervan een verbetering van de situatie.

De voorzitter van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Blok

Adjunct-griffier van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Clemens