

Vergaderjaar 2012–2013

25 424

Geestelijke gezondheidszorg

D

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 5 juli 2013

De commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ heeft kennisgenomen van de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 17 mei 2013 met het voornemen tot het geven van een aanwijzing aan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) voor het flexibiliseren van de functie POH-GGZ in de huisartsenzorg en de invoering van vier zorgvraagzwaarteproducten in de Generalistische Basis GGZ per 2014.² Naar aanleiding hiervan heeft de commissie op 19 juni een brief gestuurd.

De minister heeft op 2 en 5 juli 2013 gereageerd.

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

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

¹ Samenstelling:

Holdijk (SGP), Dupuis (VVD) (*vicevoorzitter*), Linthorst (PvdA), vac. (PvdA), Slagter-Roukema (SP) (*voorzitter*), Thissen (GL), Nagel (50PLUS), Koffeman (PvdD), Kuiper (CU), Quik-Schuijt (SP), Reuten (SP), De Vries-Leggedoor (CDA), Flierman (CDA), Martens (CDA), vac. (CDA), Scholten (D66), Backer (D66), Ganzevoort (GL), De Lange (OSF), Ter Horst (PvdA), Beuving (PvdA), Frijters-Klijnen (PVV), Van Dijk (PVV), De Grave (VVD), Bröcker (VVD), Beckers (VVD), Van Beek (PVV), Bruijn (VVD), Duivesteijn (PvdA)

² Kamerstukken I 2012/13, 25 424, nr. 211

BRIEF AAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Den Haag, 19 juni 2013

De commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft met belangstelling kennisgenomen van uw brief van 17 mei 2013 met het voornemen tot het geven van een aanwijzing aan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) voor het flexibiliseren van de functie POH-GGZ in de huisartsenzorg en de invoering van vier zorgvraagzwaarteproducten in de Generalistische Basis GGZ per 2014.³ De aangekondigde veranderingen in de GGZ roepen bij de leden van de fracties van **PvdA**, **CDA**, **PVV** en **SP** nog enige vragen op.

De leden van de **PvdA**-fractie steunen het streven van de regering om de keten van de curatieve GGZ zo in te richten dat de zorg voor de patiënt adequaat en op de juiste plek kan plaatsvinden. Ten aanzien van de professionele inzet in de Generalistische Basis GGZ en de gespecialiseerde GGZ hebben zij echter nog een aantal vragen. De leden van de fracties van **SP** en **GroenLinks** sluiten zich bij deze vragen aan.

Kunt u voor de volgende beroepsgroepen – psychiaters, (vrijgevestigde) psychotherapeuten, klinisch psychologen en (eerstelijns) GZ-psychologen – aangeven of zij worden ingezet in de Generalistische Basis GGZ dan wel (tevens) in de gespecialiseerde GGZ?

Kunt u bevestigen dat Zorgverzekeraars Nederland (ZN) te kennen heeft gegeven dat (vrijgevestigde) psychotherapeuten zullen gaan functioneren in de Generalistische Basis GGZ en niet in de specialistische GGZ? Zo ja, wat betekent dit voor deze beroepsgroep en voor de patiënten die momenteel bij deze beroepsgroep onder behandeling zijn, en wat is uw opvatting over de stellingname van ZN?

De leden van de **CDA**-fractie onderkennen het belang van vroegtijdige herkenning en korte, preventieve behandelingen uitgaande van zelfmanagement. Zij hebben nog wel enige vragen, mede namens de leden van de fractie van **SP** en **GroenLinks**, en zijn geïnteresseerd in de eerste fasen van detectie en behandeling van de zorgvraag in de GGZ. Komen dit soort interventies, uitgaande van de voorliggende plannen, altijd via de huisarts of de praktijkondersteuner op gang? Is het ook denkbaar dat bijvoorbeeld e-health al wordt gebruikt voordat of zonder dat de huisarts wordt ingeschakeld, en is daar dan ook vergoeding voor beschikbaar? Hoe wordt dat eventueel geregeld? Als het mogelijk is om ook zonder inschakeling van de huisarts vormen van preventieve zorg of e-health te gebruiken, dan zou dat ook in de monitor betrokken moeten worden. Wat is uw opvatting hierover?

Er is een discussie gaande over de vraag wie de hoofdbehandelaar van GGZ-patiënten is. Kan dat ook een huisarts of een gespecialiseerd verpleegkundige zijn? De functie POH-GGZ wordt volgens de regering altijd in samenhang met en onder verantwoordelijkheid van de huisarts aangeboden. Toch spreekt de regering ook van andere aanbieders. Kunt u aangeven om welke aanbieders het gaat?

In de brief wordt vooral ingegaan op de manier waarop in de eerste lijn de praktijkondersteuning wordt vergoed. Indien de behandeling buiten de POH-GGZ en buiten de tweede lijn wordt voortgezet, bijvoorbeeld via e-health, welke kosten krijgt de patiënt dan vergoed?

³ Kamerstukken I 2012/13, 25 424, nr. 211

In de Generalistische Basis GGZ worden vier zorgzwaarteproducten onderkend. Hiermee wordt naar het zich laat aanzien een directe relatie gelegd tussen één van deze producten en de zorgbehoefte van de patiënt. Het is de leden van de CDA-fractie opgevallen dat in de plannen tot herziening van de AWBZ de zorgzwaartepakketten juist weer lijken te verdwijnen, omdat er eenvoudig gezegd, te gemakkelijk een etiket op een cliënt wordt gedrukt en te weinig rekening wordt gehouden met de werkelijke vraag. Dreigt dat risico met de onderhavige plannen ook niet in de Generalistische Basis GGZ? Hoe ziet u de logica van het afschaffen van de zorgzwaartepakketten in de ene sector en de gelijktijdige introductie van een ogenschijnlijk vergelijkbaar systeem in een andere sector?

De vier pakketten zijn ook de basis voor inkoopafspraken tussen zorgverzekeraars en aanbieders. Partijen moeten daarbij een inschatting van de verdeling van de zorgvraag over de vier producten maken. Naarmate men ervaring opdoet zal de inschatting betrouwbaarder worden, maar hoe betrouwbaar zal die taxatie naar verwachting de eerste keer zijn? Is het mogelijk om – indien daartoe aanleiding is – in de loop van het jaar de verdeling te veranderen? In hoeverre ligt hierin een prikkel om het budget altijd op te maken?

Er wordt voor de Generalistische Basis GGZ geen eigen bijdrage gevraagd. Is het eigen risico wel van toepassing? In de brief staat dat de inkomstenderving door het vervallen van de eigen bijdrage in de curatieve GGZ zal worden ingepast in het GGZ-kader. Betekent dat in feite een volumekorting (of een prijsverlaging) binnen de ruimte voor GGZ?

De leden van de fractie van de **PVV** hebben nog enkele vragen over de versterking van de huisartsenzorg. De leden van de fractie van **Groen-Links** sluiten zich bij deze vragen aan. Is de huisarts wel toegerust voor de poortwachtersfunctie nu hij moet gaan diagnosticeren? De POH-GGZ functioneert onder toezicht van de huisarts, die eindverantwoordelijk blijft. Hoe wordt dit gewaarborgd als ook andere zorgverleners van de POH-GGZ gebruik kunnen maken? De leden van de PVV-fractie wijzen erop dat de GGZ te hard groeit: er is sprake van medicalisering, overmedicatie en weinig effectieve behandelingen. Kunt u aangeven in hoeverre de versterking van de module POH-GGZ concreet zal bijdragen aan een meer adequaat gebruik van de zorg?

De leden van de PVV-fractie wijzen tevens op de vorig jaar in de Tweede Kamer aangenomen motie van het lid Agema⁴, waarin mede met het oog op het nieuwe DSM 5-classificatiesysteem, om een onderzoek is gevraagd naar de relatie tussen het DSM 4-classificatiesysteem en het gepast gebruik van zorg. Hoe staat het met dit onderzoek? De leden van de PVV-fractie zijn fel tegen het nieuwe DSM-systeem, waarin verzamelwoede al een stoornis is die behandeld moet worden. De regering deelde de zorg van deze fractie. Als de huisarts het DSM-systeem als uitgangspunt gaat nemen, dan leidt dit tot nog meer ongepast gebruik van de zorg. Wat is uw opvatting hierover?

Er zullen meer doorverwijzingen plaatsvinden, want de huisarts zal vaker een diagnose (moeten) stellen, omdat anders een behandeling niet zal worden vergoed. Patiënten krijgen dus eerder een stempel opgedrukt waar ze moeilijk weer vanaf komen. Het gevolg is dat er wachtlijsten zullen ontstaan in de eerste en tweede lijn. Intussen stromen de gezondheidscentra vol, omdat er steeds meer mensen in een «crisisituatie» (komen te) verkeren. De leden van de PVV-fractie vernemen graag hoe u dit ziet en hoe dit zal worden gemonitord. Kunt u toezeggen dat er geen

⁴ Kamerstukken II 2011/12, 33 288, nr. 23

extra investeringen zullen plaatsvinden in de GGZ? Zij vernemen bovendien graag hoe de regering denkt te bezuinigen met de voorgenomen maatregelen uit deze voorhangbrief.

De leden van de **SP**-fractie hebben tot slot nog een vraag met betrekking tot de eerstelijns psychologische zorg. Wat is de positie van eerstelijns GZ-psychologen, nu de beperking tot een aantal van vijf behandelingen vervalt, evenals de eigen bijdrage voor het type zorg dat zij bieden? Kunnen zij hun beroep blijven uitoefenen op basis van een contract met een zorgverzekeraar, als zelfstandig gevestigd zorgaanbieder? Zo ja, hoe verloopt in dat geval de contractering, honorering en verantwoording? Indien dit niet het geval is, kunt u dan de structuur schetsen waarbinnen zij dienen te gaan werken?

De leden van de commissie zien uw reactie met belangstelling tegemoet en ontvangen deze bij voorkeur voor 5 juli 2013.

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

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Den Haag, 2 juli 2013

Tijdens het Algemeen Overleg met de Tweede Kamer van 5 juni 2013 over de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) heb ik een brief toegezegd over het hoofdbehandelaarschap in de GGZ. De leden van de Eerste Kamer hebben naar aanleiding van mijn brief over de generalistische basis GGZ op 19 juni 2013 vragen gesteld over het hoofdbehandelaarschap in de GGZ.

Naar aanleiding van de Europsyche-casus heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) aanbevolen om uit oogpunt van veiligheid en kwaliteit van zorg te komen tot normen voor wie hoofdbehandelaar mag zijn (in de zin van de kwalificatie van de beroepsbeoefenaar) en wat de hoofdbehandelaar doet (Tweede Kamer, 2011/12, 29 689, nr. 397).

In het bestuurlijk akkoord Toekomst GGZ 2013–2014 is het volgende afgesproken:

«Vanuit kwaliteitsoverwegingen spreken zorgverzekeraars en zorgaanbieders landelijk in 2012 criteria af waaronder taakherschikking en taakdelegatie plaatsvindt en wat de rol van de hoofdbehandelaar is (mede in het licht van de verlengde-arm-constructie). Het streven moet zijn dat de zorg steeds geboden wordt door de hulpverlener die daartoe het best geëquipeerd is en die de zorg het meest doelmatig kan bieden.»

Daarnaast vind ik het uit oogpunt van controleerbaarheid van belang dat er per 1 januari 2014 duidelijkheid is over de definitie van het hoofdbehandelaarschap waardoor voor cliënten, verzekeraars, de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en IGZ beter inzichtelijk wordt wie de hoofdbehandelaar en de medebehandelaren zijn en wat die doen.

Op 15 november 2012 heeft de IGZ een consultatiedocument uitgebracht over het hoofdbehandelaarschap. Dit consultatiedocument, de reacties van veldpartijen daarop en het conceptadvies van de IGZ van 28 maart 2013 zijn gevoegd bij de antwoorden op de vragen van mevrouw Leijten (2013Z07245).

Mede naar aanleiding van dit conceptadvies van de IGZ zijn partijen met elkaar in overleg getreden om te komen tot veldnormen. Op 28 juni 2013⁵ heb ik het resultaat van dit overleg ontvangen (zie bijlage). Op basis van dit resultaat concludeer ik dat partijen goede voortgang hebben geboekt.

Voor de ontwikkeling van een norm voor wie hoofdbehandelaar mag zijn in de generalistische basis GGZ en de gespecialiseerde GGZ vragen partijen meer tijd. De nieuwe indeling van de GGZ in huisartsenzorg, generalistische basis GGZ en gespecialiseerde GGZ moet zich nog uitkristalliseren. De komende jaren moet er ruimte zijn om vanuit de huidige praktijk toe te groeien naar de nieuwe situatie.

Ik kan deze redenering volgen en stel het volgende voor. Er verandert veel in de GGZ. De versterking van de praktijkondersteuner van de huisarts, de nieuwe bekostiging in de generalistische basis GGZ en de prestatiebekostiging in de gespecialiseerde GGZ werken op elkaar in. Op dit moment kan niet exact voorzien worden hoe de beoogde verschuivingen precies zullen uitpakken. Door nu goed inzichtelijk en controleerbaar te maken wie de hoofdbehandelaar en de medebehandelaren zijn, wat zij doen, de ontwikkelingen de komende jaren te monitoren en daarnaast een

⁵ Ter inzage gelegd op de afdeling Inhoudelijke ondersteuning onder griffie nr. 152920.01

onderzoek te laten meelopen, ga ik ervan uit dat we in 2015 voor 2016 komen tot een goede norm voor het hoofdbehandelaarschap in de gespecialiseerde GGZ en de generalistische basis GGZ. In feite zet ik een tussenstap die ons de komende jaren in staat stelt om op basis van goede gegevens een onderbouwde norm voor het hoofdbehandelaarschap te ontwikkelen.

Hieronder zal ik op de drie hoofdonderwerpen uit de brief van de veldpartijen (de verantwoordelijkheden van de hoofdbehandelaar, de controleerbaarheid en de kwalificatie van de hoofdbehandelaar) aangeven wat veldpartijen voorstellen en wat ik daarvan overneem. Overigens realiseer ik mij dat niet alle partijen het met alle voorstellen eens zijn.

Duidelijkheid over de verantwoordelijkheden van de hoofdbehandelaar

De verantwoordelijkheden van de hoofdbehandelaar zoals die zijn omschreven in de brief van de veldpartijen neem ik over. Dat betekent dat de hoofdbehandelaar de volgende verantwoordelijkheden heeft:

1. De hoofdbehandelaar is verantwoordelijk voor het vaststellen van de diagnose waarbij de patiënt ook daadwerkelijk is (mede) beoordeeld door de hoofdbehandelaar via direct contact met de patiënt/cliënt. Het is hierbij mogelijk dat delen van het intake/diagnostische proces door anderen dan de hoofdbehandelaar worden verricht.
2. De hoofdbehandelaar stelt in overleg met de patiënt het behandelplan -gericht op verantwoorde behandeling (naar de stand van de wetenschap, richtlijnconform)- vast.
3. De hoofdbehandelaar weet zich overtuigd van de bevoegdheid en bekwaamheid van de medebehandelaars in relatie tot de zelfstandige uitvoering van het deel van de behandeling waarvoor zij verantwoordelijk zijn.
4. De hoofdbehandelaar ziet er op toe dat de dossiervoering voldoet aan de gestelde eisen. Medebehandelaren hebben een eigen verantwoordelijkheid in de adequate dossiervoering.
5. De hoofdbehandelaar laat zich informeren door medebehandelaars en andere bij de behandeling betrokken professionals, zo tijdig en voldoende als noodzakelijk is voor een verantwoorde behandeling van de patiënt/cliënt. De hoofdbehandelaar toetst of de activiteiten van de anderen bijdragen aan de behandeling van de patiënt/cliënt en passen binnen het door de hoofdbehandelaar vastgestelde behandelplan.
6. De hoofdbehandelaar en medebehandelaars treffen elkaar in persoonlijk contact en in teamverband met de daartoe noodzakelijke frequentie (ook telefonisch en via beeldbellen), op geleide van de problematiek/vraagstelling van de patiënt.

7. De hoofdbehandelaar draagt zorg voor goede communicatie⁶ met de patiënt/cliënt en diens naasten (indien van toepassing en indien toestemming hiervoor is verkregen) over het beloop van de behandeling in relatie tot het behandelplan.
8. De hoofdbehandelaar heeft inzicht in de voortgang van de behandeling, hij evalueert met de patiënt en stelt indien nodig het behandelplan bij. De hoofdbehandelaar toetst tussentijds en aan het eind van de behandeling of en in welke mate de concreet omschreven behandeldoelen zijn bereikt. De hoofdbehandelaar autoriseert de beëindiging van de behandeling conform de DBC-spelregels.

Partijen gaan ervan uit dat degene die de diagnose stelt een ander kan zijn dan degene die de hoofdbehandelaar is bij de behandeling. De hierboven beschreven verantwoordelijkheden kunnen dus volgens partijen over twee personen verdeeld zijn. Dit sluit aan bij de huidige praktijk in instellingen. Partijen willen zo spoedig mogelijk toewerken naar een situatie waarin de voor de diagnosefase verantwoordelijke professional ook hoofdbehandelaar is in de uitvoering van de zorg.

Vooralsnog accepteer ik de mogelijkheid dat degene die de diagnose stelt een ander is dan de hoofdbehandelaar tijdens de behandeling. Ik wil dit aspect in de komende jaren nauwlettend volgen en expliciet mee laten lopen in de monitoring en het onderzoek. Daarbij zal worden bezien wat deze «knip» betekent voor de tevredenheid van de patiënt, de kwaliteit van de zorg, de kosten en de administratieve lasten.

De NZa zal de verantwoordelijkheden van de hoofdbehandelaar opnemen in de toelichting bij de declaratiebepalingen voor de GGZ voor 2014.

Verbetering van de controleerbaarheid

Met het oog op de inzichtelijkheid en controleerbaarheid stellen partijen voor om de AGB-code (een administratieve code) van de hoofdbehandelaar en de totaal aan een DBC bestede tijd op de declaratie op te nemen. Ik vind dit goede voorstellen en neem die over, maar vind de voorstellen niet afdoende en wil een nadere uitsplitsing aan die totaal bestede tijd toevoegen en zicht hebben op de beroepen en de tijdsbesteding van de hoofdbehandelaar en de medebehandelaren. Daarom zullen met ingang van 2014 de volgende elementen worden opgenomen op de declaratie:

1. AGB-code van de hoofdbehandelaar en diens beroep;
2. als de hoofdbehandelaar in de fase van behandeling een andere hoofdbehandelaar is dan in de fase van diagnose, dan moet ook de AGB-code van tweede hoofdbehandelaar en diens beroep erop;

⁶ De hoofdbehandelaar volgt bij al deze stappen de afspraken zoals die zijn vastgelegd in de door LPGGZ, NPCF, Consumentenbond en GGZ Nederland overeengekomen algemene leveringsvoorwaarden ggz (<http://www.ggznederland.nl/patient-en-kwaliteitswetgeving/leveringsvoorwaarden/zvw-leveringsvw-patient-zorginstelling-2012.pdf>) Voor aanbieders die deze leveringsvoorwaarden niet hanteren geldt dat de hoofdbehandelaar er zorg voor dient te dragen:

1. dat de cliënt kennis heeft genomen van de gestelde diagnose en dat deze nader is toegelicht
2. dat de cliënt geïnformeerd wordt over de behandelmogelijkheden
3. dat het behandelplan in overleg met de cliënt is opgesteld en dat de cliënt met het behandelplan instemt (informed consent)
4. dat de cliënt de beschikking krijgt over behandelvoortgangsinformatie (o.a. ROM-uitkomsten)
5. dat de voortgang van de behandeling periodiek wordt geëvalueerd met de cliënt en het behandelplan eventueel wordt bijgesteld op basis van gelijkwaardigheid (shared decision making).
6. dat de familie/naastbetrokkenen geïnformeerd worden bij vaststelling behandelplan en het verloop van de behandeling (na toestemming van de cliënt)
7. dat de klachten samen met de cliënt zijn geïnventariseerd en geanalyseerd

3. directe en indirecte patiëntgebonden tijd van de hoofdbehandelaar (onder 1 en 2)
4. directe en indirecte patiëntgebonden tijd van iedere medebehandelaar (en vermelding van diens beroep);
5. de totaal bestede directe en indirecte tijd (optelsom van 3 en 4).

Zorgverzekeraars Nederland zal ervoor zorgen dat alle hoofdbehandelaars per 2014 een AGB-code hebben. Met behulp van die code is voor verzekeraars na te gaan wie de hoofdbehandelaar is. Indien gewenst kan de BIG-registratie van de hoofdbehandelaar nagezocht worden. Ik ga ervan uit dat verzekeraars op verzoek aan patiënten voldoende informatie geven waarmee patiënten zelf in het BIG-register de behandelaar kunnen opzoeken. Op basis van de directe en indirecte cliëntgebonden tijd van de hoofdbehandelaar kan worden nagegaan of de hoofdbehandelaar daadwerkelijk bij de cliënt betrokken is. In combinatie met de informatie over de medebehandelaars kunnen we zien in welke verhouding hoofden medebehandelaars tijd besteden aan de cliënt en welke hoofdbehandelaars en medebehandelaars welke patiënt behandelen. Mede aan deze informatie kan een onderbouwing voor een toekomstige norm voor het hoofdbehandelaarschap worden ontleend. In nader onderzoek tijdens de overgangperiode 2014–2015 kan getracht worden een relatie te leggen met patiënttevredenheid, kwaliteit, kosten en administratieve lasten.

De NZa zal verplicht stellen dat bovenstaande elementen op de declaratie komen te staan. Medebehandelaars kunnen tijd schrijven als hun beroep in de beroepentabel van de NZa staat.

Duidelijkheid over de kwalificatie van de hoofdbehandelaar

Hoofdbehandelaarschap in de huidige tweedelijns curatieve GGZ

Volgens de huidige declaratiebepalingen van de NZa mogen de volgende zorgverleners hoofdbehandelaar zijn in de tweedelijns curatieve GGZ: zorgverleners met een beroep dat is opgenomen in de Wet BIG en die bevoegd en bekwaam zijn om patiënten te classificeren volgens de systematiek van de DSM-IV-TR. Deze omschrijving wordt ervaren als onduidelijk en onvoldoende controleerbaar.

Hoofdbehandelaarschap in de gespecialiseerde GGZ volgens partijen

Partijen geven aan dat in de komende jaren de diagnose gesteld moet worden door iemand met één van de volgende zeven beroepen: psychiater, klinisch psycholoog, klinisch neuropsycholoog, psychotherapeut, specialist ouderengeneeskunde, verslavingsarts, klinisch geriater. De professional met één van deze beroepen bepaalt wie de hoofdbehandelaar is in de uitvoering. Het hoofdbehandelaarschap in de behandelfase kan worden uitgevoerd door een professional uit de medische, psychologische of verpleegkundige discipline, mits beschikkend over een BIG-registratie en werkend in een multidisciplinaire context waarbinnen één van de zeven bovengenoemde beroepen of een verpleegkundig specialist werkzaam is.

Hoofdbehandelaarschap in generalistische basis GGZ volgens partijen

Partijen schrijven dat het bij hoofdbehandelaars in de generalistische basis GGZ gaat om BIG-geregistreerde hulpverleners uit de medische, psychologische en verpleegkundige disciplines. Naast de zeven in het bovenstaande rijtje opgenomen beroepen mogen volgens het voorstel van partijen de volgende beroepsbeoefenaren hoofdbehandelaar zijn in de generalistische basis GGZ: verpleegkundig specialist, GZ-psycholoog,

eerstelijns psycholoog, orthopedagoog-generalist, kinder- en jeugdpsycholoog, HBO+ verpleegkundige/SPV.

Mijn conclusie voor het hoofdbehandelaarschap in de GGZ in de komende overgangsjaren

Voor het hoofdbehandelaarschap in de jaren 2014–2015 hanteer ik de volgende uitgangspunten:

- Kwaliteit: hoofdbehandelaars in de GGZ moeten BIG-geregistreerd zijn **en een GGZ-specifieke opleiding hebben gevolgd**;
- Duidelijkheid, inzichtelijkheid en controleerbaarheid: hoofdbehandelaars (zowel die in de diagnosefase als die in de behandelfase) hebben een beroep dat op een limitatieve lijst staat, waarbij voor een individuele zorgverlener eenduidig nagegaan moet kunnen worden of deze geregistreerd is binnen het betreffende beroep;
- Vanuit de huidige praktijk toegroeien naar een situatie die past bij de toekomstige generalistische basis GGZ en de gespecialiseerde GGZ.

Omdat de generalistische basis GGZ en de gespecialiseerde GGZ zich nog moeten ontwikkelen, ga ik voor het hoofdbehandelaarschap in de komende transitieperiode uit van één lijst van beroepen voor de beide echelons:

1. Psychiater
2. Klinisch psycholoog
3. Klinisch neuropsycholoog
4. Psychotherapeut
5. Specialist ouderengeneeskunde
6. Verslavingsarts in profielregister KNMG
7. Klinisch geriater
8. Verpleegkundig specialist GGZ
9. GZ-psycholoog

Deze lijst sluit aan bij het uitgangspunt van veldpartijen, om uitsluitend BIG-geregistreerde zorgverleners als hoofdbehandelaar aan te wijzen. Ik hecht eraan dat hoofdbehandelaars BIG-geregistreerd zijn, ook in de generalistische basis GGZ en een GGZ-specifieke opleiding hebben gevolgd. In de toekomstige generalistische basis GGZ wordt immers zwaardere zorg verleend dan in de huidige eerste lijn. Voor in de Wet BIG geregelde beroepen geldt dat het deskundigheidsgebied en de opleidingsvereisten wettelijk geborgd zijn. Daarnaast is voor patiënten controleerbaar of een zorgverlener rechtmatig zijn titel gebruikt en zijn deze zorgverleners tuchtrechtelijk aanspreekbaar op hun handelen.

Veldpartijen hebben in een duidelijke lijst aangegeven welke beroepsbeoefenaren volgens hen in de gespecialiseerde GGZ de diagnose mogen stellen. Voor de hoofdbehandelaar tijdens de behandeling, hebben ze geen limitatieve lijst geformuleerd, maar gaan ze uit van «een professional uit de medische, psychologische of verpleegkundige discipline mits beschikkend over een BIG-registratie en werkend in een multidisciplinaire context (...)». Uit oogpunt van inhoudelijke onderbouwing en inzichtelijkheid kies ik voor de eerder genoemde negen beroepen als mogelijk hoofdbehandelaar in de generalistische basis GGZ en de gespecialiseerde GGZ, waarbij ik voor de gespecialiseerde GGZ de door het veld geadviseerde multidisciplinaire context toevoeg.

Dyslexiezorg

Dyslexiezorg kan op grond van de Zorgverzekeringswet vergoed worden. Voor dyslexiezorg wordt op dit moment de bekostigingssystematiek van de tweedelijns curatieve GGZ gebruikt, het is echter geen GGZ.

Dyslexiezorg kan dan ook niet gerekend worden tot de gespecialiseerde of de generalistische basis GGZ.

Met ingang van 2015 zal dyslexiezorg in het kader van het nieuwe jeugdstelsel worden overgeheveld naar gemeenten. Voor 2014 is een tijdelijk regime noodzakelijk. Op dit moment kunnen hoofdbehandelaar zijn voor dyslexiezorg:

- zorgverleners met een beroep dat is opgenomen in het BIG-register en die bevoegd en bekwaam zijn om patiënten te classificeren volgens de systematiek van de DSM-IV-TR;
- orthopedagogen-generalist die geregistreerd zijn bij de Nederlandse Vereniging van Pedagogen en Onderwijkskundigen (NVO);
- kinder- en jeugdpsychologen die geregistreerd zijn bij het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).

Ook voor dyslexiezorg geldt dat ik vanuit de huidige praktijk wil komen tot meer duidelijkheid en dus wil uitgaan van een limitatieve lijst van beroepen. Voor dyslexiezorg kunnen dezelfde negen groepen beroepsbeoefenaren als in de generalistische basis GGZ en de gespecialiseerde GGZ hoofdbehandelaar zijn. Daarnaast kunnen in 2014 ook de boven omschreven orthopedagoog-generalist en de kinder- en jeugdpsycholoog hoofdbehandelaar zijn. Beroepsbeoefenaren die in de GGZ-beroepentabel van de NZa staan kunnen tijd schrijven op de dbc's voor dyslexiezorg.

De NZa zal op grond van de bovenstaande opsomming in de declaratiebepalingen opnemen welke beroepsbeoefenaren in de GGZ in 2014 en 2015 en voor dyslexiezorg in 2014 hoofdbehandelaar mogen zijn.

Naar een norm voor hoofdbehandelaarschap op termijn

Om toe te kunnen werken naar een op inhoudelijke gronden gebaseerde norm voor hoofdbehandelaarschap in de generalistische basis GGZ en de gespecialiseerde GGZ, die leidt tot goede en doelmatige zorg voor de cliënt, is de komende jaren onderzoek nodig naar de kwaliteit en de continuïteit van de zorg, de patiënttevredenheid, de macrobeheersbaarheid, de controleerbaarheid en de administratieve lasten. Meer concreet denk ik aan onderzoek naar:

- de aard van de zorg in de verschillende echelons, de beweging van cliënten, welke cliënten in welke aantallen zorg ontvangen en de passendheid van de producten in de generalistische basis GGZ;
- de relatie tussen te ontwikkelen en bestaande kwaliteitsstandaarden en richtlijnen, zorgvraagzwaarte en hoofdbehandelaarschap en de mogelijke «knip» daarin tussen diagnosestelling en behandeling;
- het tijdsbeslag voor hoofdbehandelaren en medebehandelaren in relatie tot de beschikbare capaciteit;

De informatie over het beroep en de tijdsbesteding van de hoofdbehandelaar en de medebehandelaren zal bij dit onderzoek zeer behulpzaam zijn. Dat is naast de inzichtelijkheid die het biedt ook de reden om dit in te voeren.

Samen met veldpartijen zal ik een onderzoeksprogramma opstellen en uitvoeren met het oog op een onderbouwde norm voor wie hoofdbehandelaar mag zijn vanaf 2016.

Ik heb er alle vertrouwen in dat met alle verbeteringen die met ingang van 2014 worden ingevoerd de kwaliteit en de controleerbaarheid van de GGZ

een goede impuls krijgen en dat op basis van de informatie die deze verbeteringen opleveren een goede norm voor het hoofdbehandelaarschap kan worden ontwikkeld.

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

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Eerste Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 5 juli 2013

Op 19 juni jongstleden heeft u mij een brief gestuurd met vragen over de voorhangbrief POH-GGZ en Generalistische Basis GGZ (Kamerstukken I 2012/13, 25 424, nr. 211).

In deze brief geven de leden van de PvdA-fractie aan het streven van de regering te steunen om de keten van de curatieve GGZ zo in te richten dat de zorg voor de patiënt adequaat en op de juiste plek kan plaatsvinden. Ten aanzien van de professionele inzet in de Generalistische Basis GGZ en de gespecialiseerde GGZ hebben zij echter nog een aantal vragen. De leden van de fracties van SP en GroenLinks sluiten zich bij deze vragen aan.

De eerste vraag is of ik voor de volgende beroepsgroepen – psychiaters, (vrijgevestigde) psychotherapeuten, klinisch psychologen en (eerstelijns) GZ-psychologen – kan aangeven of zij worden ingezet in de Generalistische Basis GGZ dan wel (tevens) in de gespecialiseerde GGZ.

Voor het antwoord op deze vraag verwijs ik u graag naar de brief van 2 juli jongstleden waarin ik uw Kamer infomeer over het besluit dat ik genomen heb over het hoofdbehandelaarschap in de curatieve GGZ.

De tweede vraag van de bovengenoemde fracties is of ik kan bevestigen dat Zorgverzekeraars Nederland (ZN) te kennen heeft gegeven dat (vrijgevestigde) psychotherapeuten zullen gaan functioneren in de Generalistische Basis GGZ en niet in de specialistische GGZ. En zo ja, wat dit betekent voor deze beroepsgroep en voor de patiënten die momenteel bij deze beroepsgroep onder behandeling zijn, en wat is uw opvatting over de stellingname van ZN.

Zie hiervoor mijn vorige antwoord.

De derde vraag van bovengenoemde fracties gaat over het belang van vroegtijdige herkenning en korte, preventieve behandelingen uitgaande van zelfmanagement. Zij zijn geïnteresseerd in de eerste fasen van detectie en behandeling van de zorgvraag in de GGZ. Zij vragen of dit soort interventies, uitgaande van de voorliggende plannen, altijd via de huisarts of de praktijkondersteuner op gang komt of dat het ook denkbaar is dat bijvoorbeeld e-health al wordt gebruikt voordat of zonder dat de huisarts wordt ingeschakeld. Zij vragen tevens of daar dan ook vergoeding voor beschikbaar is en hoe dat eventueel geregeld wordt. Zij geven aan dat als het mogelijk is om ook zonder inschakeling van de huisarts vormen van preventieve zorg of e-health te gebruiken, het dan ook in de monitor te betrekken. Zij vragen mijn opvatting hierover.

In relatie tot vroege herkenning van GGZ problematiek (detectie) heeft de huisarts een rol maar zeker ook de patiënt zelf en diens omgeving. Er zijn verschillende e-health toepassingen die gericht zijn op GGZ problematiek vroeg te herkennen (zelf tests) of cursussen om patiënten zelf aan hun (lichte) psychische klachten te laten werken. Deze toepassingen kunnen worden gebruikt zonder dat de huisarts of diens POH-GGZ hiernaar verwijst, zijn veelal gratis en kunnen vaak anoniem worden gebruikt. Aanbieders van dit type toepassingen zijn vaak zorginstellingen, verzekeraars of kennisinstituten. Een voorbeeld van zo'n interventie is de door het

Trimbos Instituut ontwikkelde zelfhulpwijzer. Dit is een online instrument welke een patiënt kosteloos kan raadplegen. De patiënt krijgt door middel van het invullen van een test inzicht in de ernst van de eventuele psychische klacht, of online zelfhulp geschikt is en een advies voor het vervolg (geen klachten, online zelfhulp of contact opnemen met de huisarts). In principe neem ik dit onderdeel niet mee in de monitor omdat ik mij wil beperken tot de keten curatieve GGZ.

Zodra er sprake is van behandeling onder de Zorgverzekeringswet komt de rol van de huisarts in het vizier. Deze kan als poortwachter ervoor kiezen om zelf te behandelen dan wel gericht te verwijzen naar de generalistische basis GGZ of de gespecialiseerde GGZ afhankelijk van de aard van de zorgvraag. De huisarts krijgt binnen de module POH-GGZ meer ruimte om ook e-mental health programma's toe te kunnen passen. In 2014 wordt hiervoor € 25 miljoen beschikbaar gesteld en dat loopt in 2015 op tot € 35 miljoen.

De vierde vraag van de bovengenoemde fracties gaat over het hoofdbehandelaarschap. De fracties vragen of de hoofdbehandelaar ook een huisarts of een gespecialiseerd verpleegkundige kan zijn. Verder geven zij aan dat de functie POH-GGZ volgens de regering altijd in samenhang met en onder verantwoordelijkheid van de huisarts wordt aangeboden, maar dat de regering ook spreekt van andere aanbieders. Zij vragen of ik kan aangeven om welke aanbieders het gaat.

In de nieuwe keten van de GGZ bestaan er per 2014 drie echelons te weten: de huisartsenzorg (waaronder de functie POH-GGZ), de generalistische basis GGZ en de gespecialiseerde GGZ. Afhankelijk van de zorgvraag van de patiënt, zal de patiënt zo laag mogelijk in de keten worden behandeld. Indien dit de huisartsenzorg betreft is de huisarts eindverantwoordelijk en daarmee hoofdbehandelaar ook al maakt deze gebruik van een praktijkondersteuner GGZ. Met functionalisering van de functie POH-GGZ wordt het inderdaad ook mogelijk gemaakt dat ook andere zorgaanbieders (in brede zin) deze module POH-GGZ kunnen contracteren en organiseren, weliswaar onder verantwoordelijkheid van de huisartsenzorg. Dit betekent dat de huisarts inhoudelijk verantwoordelijk blijft, maar een andere aanbieder in de zorg dit in de huisartsenpraktijk kan organiseren. Verzekeraars zullen daarom samen met de betreffende huisartsen en de zorgaanbieders die de functie POH -GGZ willen gaan aanbieden een contract afsluiten op basis van de normpraktijk van de huisarts. Ik schrijf niet voor welke aanbieders dit mogen zijn. Het is aan zorgaanbieder en verzekeraar om hier onderling afspraken over te maken binnen de bestaande wet- en regelgeving.

Wat betreft het hoofdbehandelaarschap in de generalistische basis GGZ en de gespecialiseerde GGZ verwijs ik naar de brief die ik op 2 juli jongstleden naar uw Kamer heb gestuurd.

Bij de vijfde vraag van de bovengenoemde fracties wordt aangegeven dat in de brief vooral wordt ingegaan op de manier waarop in de eerste lijn de praktijkondersteuning wordt vergoed. De fracties vragen welke kosten de patiënt vergoed krijgt, indien de behandeling buiten de POH-GGZ en buiten de tweede lijn wordt voortgezet, bijvoorbeeld via e-health.

In de brief ga ik in op hoe per 2014 de gehele keten van de curatieve GGZ bestaande uit huisartsenzorg (waaronder POH-GGZ), de nieuwe Generalistische Basis GGZ en de gespecialiseerde GGZ eruit ziet. Ik acht het van belang dat e-health vaker wordt toegepast. Om deze reden heb ik de module POH-GGZ op dit punt verruimd en tevens zijn de producten van de generalistische basis GGZ zo ingericht dat het mogelijk is om e-health toe te passen.

Ik heb bij vraag 3 aangegeven hoeveel geld ik daarvoor heb vrijgemaakt. Zolang de e-health behandeling valt onder de aanspraak van het basispakket, krijgt de patiënt dit vergoed met in achtname van de regels omtrent het verplicht eigen risico. De huidige eigen bijdragen die nu gelden voor de eerstelijnspsychologische zorg (zowel internetbehandeltraject als de zittingen) komen per 2014 met introductie van de generalistische basis GGZ te vervallen. Het voortzetten van een e-health behandeling zonder dat hierbij een behandelaar betrokken is, lijkt mij niet aan de orde. Wel kan ik mij voorstellen dat voorafgaand aan zorg een patiënt voor herkenning van psychische klachten gebruik maakt van online tools, zie hiervoor ook mijn eerdere antwoord op vraag 3.

De leden van de CDA-fractie geven aan dat in de Generalistische Basis GGZ vier zorgzwaarteproducten worden onderkend. Hiermee wordt naar het zich laat aanzien een directe relatie gelegd tussen één van deze producten en de zorgbehoefte van de patiënt. Het is de leden van de CDA-fractie opgevallen dat in de plannen tot herziening van de AWBZ de zorgzwaartepakketten juist weer lijken te verdwijnen, omdat er eenvoudig gezegd, te gemakkelijk een etiket op een cliënt wordt gedrukt en te weinig rekening wordt gehouden met de werkelijke vraag. Zij vragen of het risico ook niet dreigt met de onderhavige plannen in de Generalistische Basis GGZ. Tevens vragen zij hoe ik de logica zie van het afschaffen van de zorgzwaartepakketten in de ene sector en de gelijktijdige introductie van een ogenschijnlijk vergelijkbaar systeem in een andere sector.

Het model dat ik – samen met en ondersteund door het veld – wil introduceren in de Generalistische Basis GGZ is mijns inziens niet één op één te vergelijken met de zorgzwaartepakketten in de AWBZ. Er is sprake van andere zorgverlening, een andere zorgbehoefte en een andere organisatie dan in de AWBZ, waarin bijvoorbeeld het indicatieorgaan fungeert als indicatiesteller. Daarnaast vind ik het belangrijk om aan te geven dat er in de GGZ momenteel nauwelijks sprake is van transparantie van zorg. En juist voor een goed functionerend stelsel is het van belang dat zorgverzekeraars handvatten hebben om kwalitatief goede zorg in te kopen en zorgaanbieders kunnen laten zien welke zorg zij leveren. Om die reden hebben negen veldpartijen vorig jaar juni een bestuurlijk akkoord ondertekend, waarin zij aan hebben gegeven naar meer transparantie in de GGZ te komen om zodoende de kwaliteit van zorg te kunnen verbeteren. Om transparante producten te kunnen formuleren is een set van vijf objectieve criteria ontwikkeld, die in een bepaalde combinatie aangeven op welke plek in de keten de patiënt het beste geholpen kan worden en hoe zwaar de zorgvraag is. Met andere woorden: deze stap in de ontwikkeling van de zorgzwaarteproducten was noodzakelijk om in deze sector enig inzicht te krijgen welke zorg er nu werkelijk geleverd wordt voor bepaalde te onderscheiden patiënten. Zonder deze informatie is het voor de sector heel moeilijk hun meerwaarde aan te tonen. De leden van de CDA-fractie geven aan dat in de AWBZ te gemakkelijk een etiket wordt opgedrukt. Dat risico is in de GGZ geprobeerd te voorkomen door de producten die worden vastgesteld niet specifiek op diagnose-informatie vast te stellen. Door middel van de vijf ontwikkelde objectieve criteria kan naar de totale zorgvraag van de patiënt gekeken worden. De zorgvraag van een patiënt wordt derhalve niet alleen gerelateerd aan de diagnose.

Bij de volgende vraag geven de fracties aan dat de vier pakketten ook de basis zijn voor inkoopafspraken tussen zorgverzekeraars en aanbieders. Partijen moeten daarbij een inschatting van de verdeling van de zorgvraag over de vier producten maken. Naarmate men ervaring opdoet zal de inschatting betrouwbaarder worden, maar de fracties vragen hoe betrouwbaar die taxatie naar verwachting zal zijn de eerste keer zijn. Ze vragen of het mogelijk is om – indien daartoe aanleiding is – in de loop

van het jaar de verdeling te veranderen en in hoeverre hierin een prikkel ligt om het budget altijd op te maken.

Ik ben mij ervan bewust dat het de eerste keer een uitdaging zal zijn om een betrouwbare inschatting te maken omdat er nog geen historische gegevens over de Generalistische Basis GGZ bekend zijn. Dit is een aandachtspunt bij de invoering van een nieuw bekostigingsmodel. Echter, er zijn de afgelopen jaren al verzekeraars en aanbieders aan de slag gegaan met dit concept, op grond van de beleidsregel innovatie van de Nederlandse Zorgautoriteit. De komende periode is het aan de aanbieder en de verzekeraar om vooraf goede afspraken te maken over de te verwachten patiëntpopulatie en de te verwachten verdeling van de zorgvraagzwaarteproducten kort, middel, intensief en chronisch die zullen worden gedeclareerd. Het idee is dat het een lerend systeem wordt, dat de komende jaren nog verder kan worden verfijnd en doorontwikkeld. Ik heb dan ook toegezegd om een monitor op te zetten die de effecten van invoering van de basis GGZ in kaart brengt en volgt wat er in de keten gebeurt. Ik zal u daarvan op de hoogte houden.

De volgende vraag die de fracties stellen gaat over de eigen bijdrage. Er wordt voor de Generalistische Basis GGZ geen eigen bijdrage gevraagd. De fracties vragen of het eigen risico wel van toepassing is. Verder geven de fracties aan dat in de brief staat dat de inkomstenderving door het vervallen van de eigen bijdrage in de curatieve GGZ zal worden ingepast in het GGZ-kader. Zij vragen of dit in feite een volumekorting (of een prijsverlaging) betekent binnen de ruimte voor GGZ.

Voor de Generalistische Basis GGZ zal inderdaad geen eigen bijdrage gaan gelden, wel is het verplicht eigen risico van toepassing. In de motie – Bouwmeester / Rutte (33 400-XVI, nr. 60) – wordt de regering verzocht om ten behoeve van het jaar 2014 in overleg te treden met zorgaanbieders in eerste- en tweedelijns GGZ over alternatieven voor de eigen bijdrage binnen het budgettaire kader GGZ. Partijen zijn overeengekomen dat de benodigde 30 miljoen euro, voor het schrappen van de eigen bijdrage GGZ in 2014, in mindering wordt gebracht op het GGZ-kader, zoals dat voor 2014 is afgesproken in het bestuurlijk akkoord GGZ. Verzekeraars zullen bij hun inkoop voor 2014 hier rekening mee houden zodat de totale uitgaven binnen het budgettaire kader curatieve GGZ blijven, dit kan bijvoorbeeld middels een efficiency-, volume- dan wel een prijskorting.

De leden van de fractie van de PVV hebben nog enkele vragen over de versterking van de huisartsenzorg. De leden van de fractie van GroenLinks sluiten zich bij deze vragen aan. Zij vragen of de huisarts wel is toegerust voor de poortwachtersfunctie nu hij moet gaan diagnosticeren.

Het is niet per definitie zo in dit model dat de huisarts een diagnose moet stellen. Op dit punt wijzigt er niks ten opzichte van hoe het nu geregeld is. Wel is het zo dat de mogelijkheid wordt geboden om de screeningsfunctie cq. verwijfsfunctie binnen de huisartsenpraktijk te optimaliseren. Om adequaat te kunnen verwijzen kan de huisarts gebruik maken van het verwijfmodel dat is ontwikkeld door het bureau HHM. Ik heb het rapport van HHM bij de voorhangbrief POH-GGZ en Generalistische Basis GGZ toegezonden. In bijeenkomsten met experts heeft HHM objectieve criteria opgesteld voor dit verwijfmodel voor de huisarts. Aan de hand van vijf objectieve criteria wordt bepaald in welk echelon (huisartsenzorg, generalistische basis GGZ of gespecialiseerde GGZ) de patiënt het beste een behandeling kan ontvangen. Daartoe hoeft niet per se een diagnose te worden gesteld, ook bij een vermoeden van een DSM-stoornis kan de patiënt worden doorverwezen. Overigens kan de huisarts, met verruiming

van de module POH GGZ, ervoor kiezen om de psychiater te consulteren alvorens te bepalen of de patiënt wel of niet wordt doorverwezen.

De volgende vraag gaat over de POH-GGZ. Er wordt aangegeven dat de POH-GGZ functioneert onder toezicht van de huisarts, die eindverantwoordelijk blijft. De vraag is hoe dit wordt gewaarborgd als ook andere zorgverleners van de POH-GGZ gebruik kunnen maken.

Door het functioneel maken van de module POH-GGZ kunnen ook andere zorgaanbieders (in brede zin) deze module contracteren en organiseren. De voorwaarde is dat deze zorg in de huisartsenpraktijk onder verantwoordelijkheid van de huisartsenzorg blijft aangeboden. Dit betekent dat de huisarts de organisatie van deze zorg aan andere aanbieders kan overlaten, maar wel zorginhoudelijk betrokken blijft bij deze ondersteuningsfunctie. De huisarts blijft ook eindverantwoordelijk voor de patiënt. Het is dus niet zo dat andere zorgverleners gebruik kunnen maken van de POH-GGZ, wel kan een andere zorgaanbieder de functie POH GGZ organiseren als de huisarts daar zelf geen behoefte aan heeft.

De leden van de PVV-fractie wijzen erop dat de GGZ te hard groeit: er is sprake van medicalisering, overmedicatie en weinig effectieve behandelingen. Zij vragen of ik kan aangeven in hoeverre de versterking van de module POH-GGZ concreet zal bijdragen aan een meer adequaat gebruik van de zorg?

Met de versterking van de module POH-GGZ wordt de huisartsenpraktijk beter geëquipeerd om GGZ problematiek in een vroeg stadium te herkennen en adequaat door te verwijzen. Daarnaast hebben innovaties in het veld ook al laten zien dat effecten positief zijn. De huisarts kan gerichter verwijzen en heeft meer kennis om de patiënt te behandelen, onder andere door de mogelijkheid voor consultatie van de psychiater. Vanuit deze innovaties zijn deze beleidsvoornemens dan ook ingezet.

De leden van de PVV-fractie wijzen tevens op de vorig jaar in de Tweede Kamer aangenomen motie van het lid Agema2, waarin mede met het oog op het nieuwe DSM 5-classificatiesysteem, om een onderzoek is gevraagd naar de relatie tussen het DSM 4-classificatiesysteem en het gepast gebruik van zorg. Zij vragen hoe het staat met dit onderzoek. De leden van de PVV-fractie geven aan dat ze fel tegen het nieuwe DSM-systeem zijn, waarin verzamelwoede al een stoornis is die behandeld moet worden en dat de regering de zorg van deze fractie deelde. Als de huisarts het DSM-systeem als uitgangspunt gaat nemen, dan leidt dit tot nog meer ongepast gebruik van de zorg. De leden van de PVV-fractie vragen wat mijn opvatting hierover is.

In het concept-rapport GGZ deel 2 besteedt het CVZ aandacht aan gepast gebruik van het DSM-4 classificatiesysteem. Ik zal u daar uiteraard van op de hoogte stellen. Inmiddels is zoals u weet ook de DSM-5 gepubliceerd.

Het is aan de beroepsgroepen in hoeverre zij de DSM-5 classificatie doorvoeren in hun richtlijnen c.q. zorgstandaarden. Vooralsnog is DSM-IV leidend voor wat betreft de omvang van de in de Zvw te verzekeren ggz. Mocht DSM-5 te zijner tijd worden opgenomen in de richtlijnen c.q. zorgstandaarden, moet op dat moment nader bekeken worden of dit ook doorwerking heeft voor wat betreft het verzekerd pakket. Dit blijft een politieke beslissing.

Ik heb het CVZ verzocht de gevolgen van invoering van DSM-5 in beeld te brengen. Omdat de definitieve versie van DSM-5 pas half mei jl. is vastgesteld, heeft het CVZ nog niet de mogelijkheid gehad om een goede

vergelijking te maken tussen DSM-IV en DSM-5 met als invalshoek de eventuele gevolgen voor het verzekerde pakket. Het CVZ zal na het uitbrengen van zijn rapport Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg, deel 2 uitvoering geven aan mijn verzoek.

De volgende vraag gaat over de doorverwijzingen. De leden van de PVV-fractie geven aan dat er meer doorverwijzingen zullen plaatsvinden, want de huisarts zal vaker een diagnose (moeten) stellen, omdat anders een behandeling niet zal worden vergoed. Patiënten krijgen dus – volgens de leden – eerder een stempel opgedrukt waar ze moeilijk weer vanaf komen. Het gevolg is dat er wachtlijsten zullen ontstaan in de eerste en tweede lijn. Intussen stromen de gezondheidscentra vol, omdat er steeds meer mensen in een «crisisituatie» (komen te) verkeren. De leden van de PVV-fractie vernemen graag hoe ik dit zie en hoe dit zal worden gemonitord.

Zoals ik ook in mijn eerdere antwoord heb aangegeven hoeft de huisarts geen diagnose te stellen, de huisarts kan ook verwijzen bij een vermoeden van een DSM-stoornis of een psychiater consulteren. Juist door versterking van de poortwachterfunctie van de huisarts wordt ingezet op het zoveel mogelijk behandelen in de eerste lijn. De POH-GGZ speelt hierbij een cruciale rol. Het beleid zet dus in op het omgekeerde proces zoals dat door de PVV wordt beschreven.

Er wordt gevraagd of ik kan toezeggen dat er geen extra investeringen zullen plaatsvinden in de GGZ en hoe de regering denkt te bezuinigen met de voorgenomen maatregelen uit deze voorhangbrief.

In het Bestuurlijk Akkoord GGZ is een groeiafpraak gemaakt met de sector van maximaal 2,5% voor het totale kader curatieve GGZ voor de jaren 2013 en 2014. Zowel de Generalistische Basis GGZ als de gespecialiseerde GGZ vallen onder deze groeiafpraak van 2,5%. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders laten bij hun zorginkoop het jaarlijkse macrobudgettaire kader voor de curatieve GGZ leidend zijn. Dit betekent dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders gezamenlijk een belang hebben om de zorg op de juiste plek te leveren. Ik vertrouw erop dat verzekeraars met behulp van de zorgvraagzwaartainformatie die, zowel voor de Generalistische Basis GGZ als de gespecialiseerde GGZ, beschikbaar is in 2014 betere handvatten hebben om adequaat in te kopen en daarmee de groei-afpraak na te komen. Daarbij krijgen verzekeraars meer prikkels door de risicodragendheid te laten toenemen zoals in het Regeerakkoord benoemd. De zorgverzekeraars zijn volledig risicodragend voor de GGZ in 2017. Dat geeft hen een sterke prikkel om de kosten in de hand te houden.

De leden van de SP-fractie hebben tot slot nog een vraag met betrekking tot de eerstelijns psychologische zorg. Zij vragen wat de positie is van eerstelijns GZ-psychologen, nu de beperking tot een aantal van vijf behandelingen vervalt, evenals de eigen bijdrage voor het type zorg dat zij bieden. Tevens vragen de leden van de SP-fractie of zij hun beroep kunnen blijven uitoefenen op basis van een contract met een zorgverzekeraar, als zelfstandig gevestigd zorgaanbieder. En zo ja, hoe dan in dat geval de contractering, honorering en verantwoording verloopt. Zij vragen tevens – indien dit niet het geval is – of ik dan de structuur kan schetsen waarbinnen zij dienen te gaan werken?

De eerstelijns psychologische zorg wordt onderdeel van de Generalistische Basis GGZ. Dit betekent dat eerstelijns GZ-psychologen met dit nieuwe bekostigingssysteem zullen gaan werken. Wat betreft uw vragen inzake het zelfstandig gevestigd zijn en over de contractering, honorering en verantwoording in het nieuwe model, dit blijft op dezelfde manier verlopen, met inachtneming van de beleidsregels die de Nederlandse

Zorgautoriteit opstelt inzake de tarieven van de Generalistische Basis GGZ. Ook in de GGZ zal echter steeds meer in een netwerk/keten van zorgverleners moeten worden gewerkt, dat geldt ook voor de eerstelijns GZ-psychologen.

Ik vertrouw erop u hierbij voldoende geïnformeerd te hebben.

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