

Vergaderjaar 2010–2011

25 424

Geestelijke gezondheidszorg

Nr. 130

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 26 juli 2011

Op 30 juni jongstleden is de motie Van der Staaij/Bruins Slot aangenomen (TK 25 424, nr. 123) over het inperken van het risico op zorgmijding. In deze brief wil ik u graag op de hoogte stellen van de concrete uitwerking van deze motie.

In de motie wordt de regering verzocht om in 2012, bij het introduceren van een eigen bijdrage in de tweedelijns GGZ, het risico op zorgmijding in te perken door de meest kwetsbare doelgroepen te ontzien. Hetzij via een verlaging van de eigen bijdrage, hetzij via een gerichte uitzondering van de meest kwetsbare doelgroepen. Tevens wordt verzocht, overeenkomstig het oorspronkelijke kabinetsvoorstel, de «behandeling kort» te blijven vergoeden uit de Zorgverzekeringswet. Daarbij wordt verzocht onder andere dekking te vinden voor deze maatregelen door het tarief van de diagnose behandelcombinaties (DBC's) in de curatieve GGZ van langer dan 18 000 minuten te begrenzen tot het tarief van dezelfde behandeling tot 18 000 minuten en met de sector in overleg te treden om te bezien welke financiële ruimte verder kan worden gevonden voor het ontzien van de meest kwetsbare doelgroepen bij het heffen van de eigen bijdrage. Tot slot wordt gevraagd, de voorstellen die ter tafel komen in het bestuurlijk overleg met de sector, te gebruiken voor verdere verlaging van de eigen bijdrage in de tweede lijn vanaf 2013.

Over de uitvoering van de motie heb ik meerdere malen overleg gevoerd met GGZ-Nederland (GGZ-N), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) en het Landelijk Platform GGZ (LPGGZ). Onverlet latend de bezwaren die tegen de eigen bijdrage als zodanig blijven bestaan, hebben zij constructief bijgedragen aan het vinden van oplossingen, waarbij verschillende varianten ter tafel zijn gekomen. Daarbij is gezamenlijk geconcludeerd dat vanwege de tijdsdruk en de korte termijn waarmee de maatregelen moeten worden geïmplementeerd en uitgevoerd, de mogelijkheden om te komen tot aanpassingen voor het jaar 2012 beperkt zijn.

Alles overwegende, ben ik gekomen tot een pakket maatregelen, ter invulling van de motie, waarmee de eigen bijdrage verder wordt verlaagd van € 275 (brief 27 juni 2011, kamerstuk 25 424, nr. 129) naar € 200. Daarbij betaalt de verzekerde niet meer dan € 200 per kalenderjaar (exclusief eigen bijdrage verblijf van € 145 per maand). De eigen bijdragen zijn daarmee fors verlaagd ten opzichte van de eigen bijdragen zoals opgenomen in het Regeerakkoord. In het Regeerakkoord is uitgegaan van een eigen bijdrage van € 175 voor DBCs met een behandelingsduur tot 1 800 minuten en € 425 voor DBCs vanaf 1800 minuten. Hierbij bestond geen limiet op het aantal te innen eigen bijdragen voor patiënten met meerdere DBCs per jaar. Ook de eigen bijdrage van de eerstelijnspsychologische zorg heb ik verlaagd van € 155 (Regeerakkoord) naar € 100 per vijf zittingen (zie brief 10 juni jl., kamerstuk 25 424, nr. 118). Mijns inziens heb ik met deze aanpassingen de maatregelen aanmerkelijk verzacht.

De verlaging naar € 200 wordt – in lijn met de motie – onder andere gedekt door het tarief van 18 000 minuten en langer te begrenzen tot het tarief van dezelfde behandeling tot 18 000 minuten. Verder bleek na overleg met het veld een ramingsbijstelling mogelijk van de maatregel «aanpassingsstoornis». Tot slot ben ik bereid de maatregel «behandeling kort» tot 200 minuten terug te draaien, waardoor deze behandeling nu wel in het pakket blijft. Ook wordt de eigen bijdrage voor de DBCs tussen de 100 en 200 minuten vastgesteld op € 200.

Per saldo wordt de opbrengst van deze maatregelen op € 51 miljoen begroot, hetgeen een verlaging van de eigen bijdrage van € 75 mogelijk maakt. De eigen bijdrage komt hiermee op een bedrag van € 200 voor DBCs vanaf 100 minuten. DBCs tot 100 minuten zullen een eigen bijdrage kennen van € 100. De DBCs «indirecte tijd» en «crisis» zijn uitgesloten van de eigen bijdrage. De eigen bijdrage zal niet gelden voor jeugd onder de 18 jaar. Ook mensen die onvrijwillig op basis van de wet BOPZ worden opgenomen, worden uitgesloten van de eigen bijdrage.

Met de sector is tevens de mogelijkheid verkend om – ook op verzoek van de Kamer – de meest kwetsbare doelgroepen te ontzien via een gerichte uitzondering. Daarbij is zowel een uitzondering op basis van aandoeningsgerichte doelgroepen als wel op basis van inkomen onderzocht. Na overleg met het veld is geconcludeerd dat het uitsluiten van patiënten met bepaalde psychische aandoeningen moeilijk objectiveerbaar te maken is. Een helder criterium welke aandoeningen juist wel of juist niet in aanmerking zouden moeten komen voor uitsluiting is niet of nauwelijks te maken.

Het ontzien van mensen onder een bepaalde inkomensgrens is een andere mogelijkheid. Maar deze route is ook niet vrij van bezwaren, zoals inzage in inkomensgegevens bij andere partijen en de vergroting van de armoedeval. Indien een verzekerde een inkomen heeft net boven het minimumniveau, moet hij immers voor de tweedelijns GGZ wel deze eigen bijdrage voldoen. Het beleid van achtereenvolgende kabinetten is juist gericht op het verkleinen van de armoedeval.¹ Daarnaast zou het inrichten van een dergelijk systeem (zowel voor zorgverzekeraars, zorgaanbieders als andere uitvoeringsorganisaties, die daarmee zouden worden belast) op zodanige uitvoeringstechnische problemen stuiten dat is geconstateerd dat deze weg voor het jaar 2012 onbegaanbaar lijkt.

Dat neemt niet weg dat ik bereid ben om in het kader van de ontwikkeling van de brede beleidagenda de mogelijkheden voor alternatieve maatregelen voor 2013 verder te onderzoeken. Daarmee kom ik tegemoet aan het laatste onderdeel van de motie, waarin wordt verzocht in een bestuurlijk

¹ Zie ook TK 29 248 nr. 133.

overleg met partijen tot een gezamenlijke agenda te komen voor de toekomst. De uitnodiging aan partijen om het overleg hiertoe in augustus te starten is verstuurd. Ik deel de noodzaak om deze agenda voor de komende jaren gezamenlijk op te pakken en de sector de ruimte te geven om meer maatwerk te leveren om de kwaliteit in de GGZ te verhogen. Tegelijkertijd wordt de GGZ daarmee in een evenwichtiger groeipad gebracht, dat past binnen het meerjarige beschikbare financiële kader van de curatieve GGZ. De sector heeft zelf aangegeven dat zij pakketinperkingen en eigen bijdragen liever wil vermijden, en langs de lijnen van kwaliteit en doelmatigheid de houdbaarheid van de GGZ wil waarborgen. Ik sta uiteraard open voor ideeën hieromtrent.

Noodzakelijke ontwikkelingen voor deze toekomstige agenda zijn de versterking van de eerstelijnszorg (onder andere ten behoeve van substitutie van tweedelijnszorg), waarbij e-Health en preventie belangrijke thema's zijn. Ook meer ambulantisering, waardoor mensen met zwaardere psychische problematiek thuis, in hun eigen omgeving worden ondersteund in plaats van in een psychiatrische kliniek moet worden gestimuleerd. Ik heb op dit laatste punt dit jaar voor de korte termijn al een eerste stap gezet door het versoepelen van de knip tussen de Zvw en de AWBZ. De Nederlandse Zorgautoriteit komt aan het eind van dit jaar met een advies over de versterking van de eerstelijns GGZ. Verder zijn de huidige dubbele administratie, de bekostiging in de GGZ in den brede, de risicodragendheid en de sturing door verzekeraars, volumebeheersing en het meer transparant maken van de kwaliteit van zorg wat mij betreft ook onderdeel van deze toekomstige agenda. Ik verwacht dat partijen ook nog andere bouwstenen zullen aandragen. Ik zal u hiervan op de hoogte houden.

Tot slot wil ik meegeven dat ik de ontwikkelingen in de GGZ die kunnen voortvloeien uit het totaalpakket aan maatregelen de komende tijd nauwlettend zal volgen.

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