

Vergaderjaar 2012–2013

25 424

Geestelijke gezondheidszorg

E

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 29 augustus 2013

In het kader van de voorhang van het voornemen een aanwijzing te geven 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 (25 424, C), heeft de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ op 9 juli 2013 gesproken over de reacties van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 2 en 5 juli op de brief van 19 juni 2013 (verslag schriftelijk overleg 25 424, D).

Naar aanleiding daarvan heeft de commissie de Minister op 12 juli 2013 een brief gestuurd.

De Minister heeft gereageerd bij brieven van 27 augustus 2013.

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), Slagter-Roukema (SP) (*voorzitter*), Thissen (GL), Nagel (50PLUS), Koffeman (PvdD), Kuiper (CU), Quik-Schuijt (SP), Reuten (SP), De Vries-Leggedoor (CDA), Flierman (CDA), Barth (PvdA), 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), Koning (PvdA)

BRIEF AAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Den Haag, 12 juli 2013

In het kader van de voorhang van het voornemen een aanwijzing te geven 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 (25 424, C), heeft de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) op 9 juli 2013 gesproken over uw reacties van 2 en 5 juli op de brief van 19 juni 2013 (verslag schriftelijk overleg 25 424, D).

De commissie heeft helaas moeten constateren dat door deze gefragmenteerde aanpak via twee brieven de beantwoording van de brief van 19 juni 2013 incompleet is. Zij verzoekt u dan ook om een integrale en volledige beantwoording in één brief.

Voorts verzoekt zij u in uw reactie in te gaan op de conclusies en aanbevelingen opgenomen in het Advies Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg, deel 2, (*Op weg naar een toekomstbestendige GGZ*)².

De commissie ziet uw reactie met belangstelling tegemoet en vraagt u deze uiterlijk 5 september 2013 aan de Kamer te doen toekomen.

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

² CVZ-advies van 10 juli 2013 (volgnummer 2013077950)

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Eerste Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 27 augustus 2013

Op 12 juli jongstleden heeft u mij een brief gestuurd (kenmerk 152920.03u) met vragen over mijn brieven van 2 juli en 5 juli over respectievelijk het hoofdbehandelaarschap (EK 2012/2013 25 424, nr. D) en het verslag schriftelijk overleg inzake de voorhangbrief POH-GGZ en Generalistische Basis GGZ (25 424, C).

U vraagt om het verslag schriftelijk overleg (25 424, C) opnieuw naar u toe te sturen, met daarin de vragen over het hoofdbehandelaarschap verwerkt.

Bij deze stuur ik u opnieuw het verslag schriftelijk overleg met daarin *schuin gedrukt* de antwoorden over het hoofdbehandelaarschap. Tevens is er een passage aangepast inzake het groeipercentage van de curatieve GGZ, aangezien er een aanvullend bestuurlijk akkoord GGZ is afgesloten met nieuwe percentages. De passage hierover is ook schuin gedrukt.

In uw brief verzoekt u mij tevens in te gaan op de conclusies en aanbevelingen die zijn opgenomen in het Advies Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg, deel 2, (Op weg naar een toekomstbestendige GGZ) van het CVZ.

Op 16 juli 2013 heb ik de Tweede Kamer aangegeven dat ik voornemens ben om na de zomer mijn reactie hierop te geven. Ik zal deze reactie ook aan uw Kamer toezenden en daarin aandacht besteden aan de relatie met de ontwikkelingen in de generalistische basis GGZ.

Ik vertrouw erop u hierbij voldoende geïnformeerd te hebben.

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, 27 augustus 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.

Al deze beroepsgroepen kunnen worden ingezet in zowel de generalistische basis GGZ als in de gespecialiseerde GGZ. Zij kunnen in de beide deelsectoren ook hoofdbehandelaar zijn (in de gespecialiseerde GGZ kan dat mits zij werken in een multidisciplinaire context).

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.

In het (nog te ondertekenen) onderhandelingsresultaat dat ik op 16 juli 2013 aan uw Kamer heb gestuurd, geven partijen (waaronder ZN) aan de lijn voor het hoofdbehandelaarschap zoals uiteengezet in mijn brief van 2 juli 2013³ te onderschrijven. Deze lijn houdt onder andere in dat (vrijgevestigde) psychotherapeuten in 2014 en 2015 hoofdbehandelaar kunnen zijn in de generalistische basis GGZ en in de gespecialiseerde GGZ (in dat laatste geval moeten zij wel werken in een multidisciplinaire context). Partijen erkennen daarnaast dat zorgverzekeraars op basis van de Zorgverzekeringswet in de contractering en polisvoorwaarden de ruimte hebben om uit kwaliteits- en doelmatigheidsoverwegingen een nadere afweging te maken over het hoofdbehandelaarschap. Zij kunnen hiervan afwijken indien de regionale situatie (bijvoorbeeld met betrekking tot aantoonbare kwaliteit, toegankelijkheid, aanwezigheid van deskundigheid) daartoe aanleiding geeft.

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

³ Brief van 2 juli 2013, EK 2012/2013 25 424, nr. D.

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.

In mijn brief van 2 juli 2013 over het hoofdbehandelaarschap in de GGZ heb ik aangegeven dat negen beroepsgroepen hoofdbehandelaar kunnen zijn in de generalistische basis GGZ en de gespecialiseerde GGZ. De huisarts is hoofdbehandelaar als het gaat om huisartsenzorg, maar niet in de generalistische basis GGZ of de gespecialiseerde GGZ. Daar kunnen alleen mensen met een in de Wet BIG geregeld beroep dat een GGZ-specifieke opleiding vergt hoofdbehandelaar zijn. De verpleegkundig specialist GGZ (artikel 14 Wet BIG) mag hoofdbehandelaar zijn, een gespecialiseerd verpleegkundige als de SPV-er echter niet. Deze laatste is als verpleegkundige (artikel 3) in het BIG-register opgenomen en wordt niet als SPV-er geregistreerd.

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 hier bij 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. verwijsfunctie binnen de huisartsenpraktijk te optimaliseren. Om adequaat te kunnen verwijzen kan de huisarts gebruik maken van het verwijsmodel 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 verwijsmodel 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. Vooral nog 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 «crisissituatie» (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 1,5% in 2014 voor het totale kader curatieve GGZ voor de jaren 2015–2017 een groei-afpraak van 1%. Zowel de Generalistische Basis GGZ als de gespecialiseerde GGZ vallen onder deze groei-afpraak.

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 zorgvraagzwaarte informatie 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-afspraken 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. *GZ-psychologen mogen hoofdbehandelaar zijn in de generalistische basis GGZ.* 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