

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

**3798**

Vragen van het lid **Van Gerven** (SP) aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *de gevolgen van het nieuwe zorgstelsel in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ)*. (Ingezonden 1 mei 2009)

1

Hebt u kennisgenomen van de kritiek van de directeur van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) op het Diagnose Behandeling Combinatie (DBC)-systeem zoals het feit dat complexe zorgvragen niet in DBC's verwerkt zijn, de zorgen die patiënten en behandelaren zich maken over hun privacy en beroepsgeheim en allerlei fouten die in het systeem zitten? Zo ja, bent u bereid hierover in gesprek te gaan met de NVvP en de Kamer hiervan verslag te doen?<sup>1</sup>

2

Bent u met de directeur van de NVvP en de heer B. van zorgverzekeraar UVIT van mening dat vrijgevestigde psychiaters al transparant declareerden, en het DBC-systeem wat dat betreft overbodig is?

3

Wat is er de oorzaak van dat zestig procent van de instellingen geen informatie levert aan het DBC-informatiesysteem, en dat de

informatie regelmatig onzorgvuldig of fout is?

4

Wat is er gewijzigd aan de productstructuur na het advies van het College Bescherming Persoonsgegevens (CBP) over DBC's in de GGZ waarbij zij toentertijd stelden dat de noodzaak maar net opwoog tegen de substantiële aantasting van de persoonlijke levenssfeer?

5

Bent u bereid het CBP opnieuw om een oordeel te vragen over de DBC's in de GGZ in zijn totaliteit, en in het bijzonder wat betreft zelfbetalers en korte ambulante zorg?

6

Wat is uw mening over de inhoud van de vele reacties op het bewuste artikel in Vrij Nederland en vooral op de uitlatingen van de heer S., de bedenker van het DBC-systeem in de GGZ, op de site van VN<sup>2</sup> waaronder de brief van L. en Van E., beiden auteurs van het onderzoeksverslag 'De GGZ ontwricht'?

7

Wilt u een reactie geven op deze brief en wel op alle door hen genoemde uitkomsten van het onderzoek ten aanzien van het systeem van DBC's namelijk:  
– 96% ervaart het DBC-systeem als een topdown maatregel waar

professionals en patiënten totaal niet bij betrokken waren;

- 71% geeft aan dat DBC's de privacy van de patiënt aantasten; bij de vrijgevestigden is dit zelfs 90%. Hierbij moet worden aangetekend dat voor de professionals in ggz-instellingen veel radertjes van het DBC-systeem buiten zicht blijven. Vrijgevestigden daarentegen hebben met alle aspecten van het systeem te maken;
- 96% geeft aan dat DBC's bureaucratie veroorzaken;
- 93% is van mening dat DBC's niet tot goedkopere zorg leiden;
- 88% rapporteert een vermindering van de kwaliteit van zorg;
- slechts 2% wil op dezelfde voet verder;
- 89% wil stoppen met DBC's. Wat gaat u met deze uitkomsten doen?

8

Bent u, gezien deze uitkomsten, bereid het DBC-systeem te vervangen en in elk geval te heroverwegen, niet alleen vanwege de privacy maar ook om sociale reden (werkdruk en bureaucratie) en economische redenen (fraude en kosten) en het feit dat er foute en onvoldoende gegevens bij het DBC-Informatiesysteem (DIS) terecht komen?<sup>1, 2, 3</sup>

9

Op welke manier gaat u ervoor zorgen dat professionals beter betrokken worden bij het uitdenken van nieuw beleid?

10

Onderschrijft u het door het Joods Maatschappelijk Werk (JMW) geschetste probleem dat door de invoering van de DBC's de doelgroep van het JMW en ook ander door de Tweede Wereldoorlog direct of indirect beschadigde groepen de ongunstige gevolgen daarvan ondervinden, vanwege de geringere beschikbaarheid van in de oorlogsproblematiek gespecialiseerde psychotherapeuten en de door hen in twijfel getrokken privacybewaking? Zo nee, waarom niet? Zo ja, welke maatregelen gaat u daarop ondernemen?<sup>3</sup>

11

Wat is uw reactie op de vijftien aanbevelingen in het rapport «De GGZ ontwracht»?<sup>4</sup>

12

Herinnert u zich de toezegging, gedaan op de bijeenkomst van de actiegroep Zorg geen Markt 25 oktober 2008, namelijk dat het niet de bedoeling was dat de preventie zou lijden onder de overheveling? Zo ja wat heeft u inmiddels ondernomen?

13

Is het waar dat veel preventieactiviteiten zijn gestopt en dat er veel minder geld naar preventie gaat? Bent u bereid adequaat budgetten beschikbaar te stellen voor preventie?

14

Hoe ver staat het met de ontwikkeling van de deeltijd-DBC?

<sup>1</sup> Vrij Nederland, 11 april 2009.

<sup>2</sup> <http://www.vn.nl/Maatschappij/ArtikelMaatschappij/PrivacyInDeGeestelijkeGezondheidszorg.htm>

<sup>3</sup> Brief Joods Maatschappelijk Werk aan minister en staatssecretaris van VWS d.d. 22 april 2009.

<sup>4</sup> De GGZ ontwracht. Een uitgave van het wetenschappelijk bureau SP en actiegroep Zorg geen markt, oktober 2008, te vinden op de site [www.zorggeenmarkt.nl](http://www.zorggeenmarkt.nl)

## Antwoord

Antwoord van minister **Klink** (Volksgesondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 10 september 2009) Zie ook Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2008–2009, nrs. 2747 en 3014

1

Ik ben bekend met deze kritiek en neem deze zeker serieus. Al sinds de introductie van de DBC GGZ systematiek d.d. 1 januari 2008 wordt hard gewerkt aan de doorontwikkeling en daarmee stabilisering van de DBC GGZ-systematiek. Onder verantwoordelijkheid van Stichting DBC Onderhoud zal dit ook komend jaar een vervolg kennen. De Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) is hierbij nadrukkelijk betrokken, niet alleen door deelname aan het door DBC Onderhoud georganiseerde brancheoverleg, maar ook door aanwezigheid bij het overlegcircuit dat ambtelijk wordt georganiseerd om draagvlak te scheppen voor beleidsontwikkelingen rond de DBC GGZ-systematiek. Daarbij blijft een belangrijk streven om met een zo compact mogelijke productstructuur de diversiteit aan zorg die in de sector kent te bekostigen. Een van de speerpunten in de ontwikkelagenda van DBC Onderhoud voor komend jaar is dan ook het verankeren van zorgzwaarte binnen de huidige systematiek. Met betrekking tot de discussie over privacybescherming binnen de DBC GGZ-systematiek wil ik u wijzen op mijn brief van 6 juli (OHw-CB-U-2933627) en mijn antwoorden op de kamervragen van Mevrouw Koşer Kaya (2009Z08105). Deze zijn onlangs aan u toegestuurd. Daarmee zijn de door de NVvP ingebrachte aandachtspunten binnen het reguliere overlegcircuit al belegd of zal dit alsnog plaatsvinden, als alle betrokken partijen daar mee instemmen. Het zijn namelijk onderwerpen, die niet alleen de bij de GGZ-zorg betrokken psychiaters aangaan. Ten aanzien van de voortgang van beleidsontwikkelingen binnen de sector zal ik u met mijn voortgangsbrieven zoals gebruikelijk op de hoogte houden. U ontvangt bijvoorbeeld binnenkort mijn brief met beleidsvoornemens voor 2010.

2

Ik ben me ervan bewust dat met het jaarkaartensysteem, zoals psychiaters dit voor de introductie van DBC's in de GGZ hanteerden, er eerder al sprake was van enige mate van transparantie. Voor het bevorderen van de vraagsturing en het vergelijkbaar maken van het aanbod en de bijbehorende kosten is het echter essentieel om voor alle partijen dezelfde bekostigingsystematiek te gebruiken. Daarbij verwijs ik u naar mijn standpunt rond dit zelfde thema bij de beantwoording van kamervragen, zoals die door Mevrouw Koşer Kaya zijn gesteld (2009Z08105).

3

Vooraf in het begin na de introductie van het DBC Informatie Systeem (DIS) in de GGZ waren relatief veel instellingen nog niet in staat om (de juiste) gegevens aan te leveren. Het betrof hier vooral de kleinere zorgaanbieders. Hierdoor was het feitelijke percentage van de verleende zorg hoger dan dat aangeleverd werd aan DIS. Uit gegevens («Nulmeting DIS Kwaliteit» door DBC Onderhoud, 17/3/09) blijkt dat in 2008 tweederde van de instellingen gegevens aanlevert en dat er een trend is dat dit percentage toeneemt. Er wordt door de taskforce datakwaliteit nog steeds actief gewerkt aan het verbeteren van de aanlevering. Met de monitor GGZ, die de NZa nog dit jaar zal uitbrengen, verwacht ik nieuwe informatie over de stand van zaken rond dit onderwerp.

4

Sinds het CBP haar advies heeft uitgebracht d.d. 23 maart 2007 (z2007-0030) bevatten de prestatiebeschrijvingen van de korte behandelgroepen nog altijd geen diagnose-informatie. Het aantal diagnosegroepen is ongewijzigd gebleven, maar er zijn wel enkele wijzigingsverzoeken in behandeling genomen. Met de introductie van ernstige, enkelvoudige dyslexie is de restgroep van diagnoses uitgebreid. Er wordt nagedacht over een eigenstandige diagnosegroep, zoals bijvoorbeeld ook voor eetstoornissen zou kunnen gelden.

5

Zoals ik bij beantwoording van uw eerste vraag al heb aangegeven wordt er momenteel nog steeds gewerkt aan het stabiliseren van de DBC-systematiek. Dat is ook de reden dat het CBP een aanvullend advies heeft uitgesteld. Zodra er sprake is van een stabiele productstructuur ben ik gaarne bereid haar nogmaals om een oordeel te vragen. Tussentijds voert het CBP natuurlijk haar reguliere taken uit en zal toezicht worden gehouden op de productstructuur.

6

Ik constateer dat het artikel aanleiding geeft tot een levendige discussie, waarbij niet alleen professionals uit de praktijk, maar ook bijvoorbeeld vertegenwoordigers van Stichting DBC Onderhoud en de Koepel van DBC Vrije Praktijken hun standpunten uitwisselen. Zoals bij ieder beleidsinitiatief zijn er voor- en tegenstanders; hun reacties sterken mij in het besef dat het van belang is om helder te blijven communiceren over mijn intenties rondom de invoering van de DBC GGZ systematiek.

7

Bij vraag 11 zal ik nader ingaan op een aantal door u aangestipte onderwerpen, verder wil ik mij beperken tot een algemene reactie op de hierboven uitkomsten. Ik waardeer de moeite die de heren L. en Van E. hebben gedaan om met hun onderzoek zicht te krijgen op de stand van zaken met betrekking tot de invoering van DBC's in de GGZ. Het door hen geschetste negatieve beeld van draagvlak onder professionals wordt enigszins genuanceerd wanneer dit naast de informatie wordt gelegd die in mijn opdracht is verzameld en die u als bijlage zult ontvangen bij verzending van mijn brief met beleidsvoornemens voor 2010. Die rapportage zult u op korte termijn ontvangen. Zoals hierin staat vermeld is er in de afgelopen periode sprake geweest van behoorlijke afstemmingsproblemen, niet alleen op het financiële en beheersmatige vlak, maar ook wat betreft administratieve lasten. Hoewel veldpartijen enkele onverwachte (financiële) bijeffecten van de overheveling signaleren, heeft dit niet geleid tot onoverkomelijke problemen in de continuïteit van

zorg. In mijn brief met beleidsvoornemens voor 2010 zal ik u tevens verhelderen welke plannen ik voor 2010 heb met prestatiebekostiging in de GGZ.

8

Op basis van de beschikbare informatie met betrekking tot de voortgang van de introductie van DBC's zie ik voldoende aanleiding om de huidige DBC GGZ systematiek door te ontwikkelen. Daarbij zal ik de betrokken partijen vragen alles in het werk stellen om het systeem verder te verbeteren en het gebruik ervan te optimaliseren. Een heroverweging danwel vervanging van de nieuwe bekostigingssystematiek is wat mij betreft dan ook niet aan de orde.

9

Vanaf het begin zijn professionals wel degelijk betrokken geweest bij de totstandkoming van de DBC-systematiek. Er zijn hiervoor niet alleen een Landelijke Werkgroep DBC Ontwikkeling (LWDO) ingericht, daarnaast zijn ook velddagen en congressen georganiseerd. Binnen het reguliere overlegcircuit zijn de belangrijkste koepelorganisaties ook nog steeds betrokken bij alle beleidsontwikkelingen. Stichting DBC Onderhoud verzorgt bovendien voorlichting over de laatste stand van zaken via hun website en helpdesk en geeft daarnaast ook basiscursussen voor degenen die in de praktijk werken met DBC's.

Ik ga er vanuit dat ik daarmee in voldoende mate in staat ben mijn beleid te baseren op dat wat er in het veld leeft. Voor zover terugkoppeling hiervan naar ieders achterban noodzakelijk is, vind ik dat de verantwoordelijkheid van de koepelorganisaties zelf. Individuele professionals zijn wat mij betreft van harte uitgenodigd om binnen deze verbanden een actief aandeel te nemen, als ze invloed willen uit oefenen op de te varen koers in de sector.

10

Mijn reactie op dit onderwerp heb ik reeds aan u verstrekt. Ik verwijs u daarvoor naar de eerder genoemde brief van 6 juli 2009 (OHW-CB-U-2933627).

11

Als eerste wil ik nogmaals mijn waardering uitspreken voor het uitgevoerde onderzoek. De

aanbevelingen bestrijken een breed spectrum aan zorginhoudelijke en organisatorische voorstellen voor een beter functioneren van de GGZ. Ik cluster mijn reactie op de aanbevelingen (en ook delen van de vragen 6 en 7) rond de volgende door u aangestipte onderwerpen: belang van de sector, betrokkenheid van professionals en kwaliteit van de zorg, introductie van marktwerking en privacy. Ik onderschrijf net als u het belang van de sector, als onmisbaar onderdeel van de gezondheidszorg. Daarbij zie ik nog steeds genoeg mogelijkheden om, met de overheveling naar de Zvw als vliegwiel, te investeren in de GGZ en in zorgverleners. De door u genoemde verbeterpunten ten aanzien van bijvoorbeeld management, verzakelijking en transparantie zijn een logisch gevolg van de transitiefase, waarin de sector zich nog steeds bevindt. Dit is geen bedreiging, maar een stimulans voor verbetering van het imago. Ik vind net als u dat het juist de professionals zijn, die in hoge mate de kwaliteit van de geleverde zorg bepalen. Door transparantie krijgen zij eer van hun werk, omdat het duidelijk wordt waar en hoe het leveren van effectieve zorg het beste lukt. Ik ga er vanuit dat anderen deze voorbeelden graag willen volgen. Daardoor ontstaat meer betrokkenheid tussen professionals onderling, omdat zij de omstandigheden waaronder gewerkt wordt zo zelf meebepalen. Het is aan de zorgaanbieders zelf om daarbij een passend evenwicht te zoeken tussen bureaucrativering en zinvolle informatieverzameling. Dit is een keuze die weloverwogen verantwoord kan worden naar bijvoorbeeld een zorgverzekeraar. Ook hierbij geldt dat goed voorbeeld doet volgen. Als vanzelfsprekend zal ik bij verdere ontwikkeling van beleid professionals blijven betrekken. Daar waar de introductie van marktwerking leidt tot afstemmingsproblemen tussen de verschillende bekostigingssystematieken van WMO, Zvw en AWBZ heeft dit zeker mijn aandacht. Ik zie echter geen aanleiding om de DBC's af te schaffen. Daarmee zou ik alle zorgaanbieders tekort doen, die onder invloed van het nieuwe inkoopbeleid van hun zorgverzekeraar, het initiatief hebben genomen om hun zorg beter te laten

aansluiten bij de wensen van patiënten. Voor mijn standpunt met betrekking tot de discussie over privacy in de GGZ verwijs ik u naar de bij vraag 10 genoemde briefwisseling en mijn antwoorden op de kamervragen van Mevrouw Koşer Kaya.

12 en 13

Ik heb over dit onderwerp al enkele keren met de Tweede Kamer gediscussieerd. In haar rapport «Van preventie verzekerd» d.d. juli 2007 heeft het CVZ aangegeven onder welke voorwaarden preventieve activiteiten vallen onder de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) dan wel Zvw. Zij hebben geconcludeerd dat dit geldt voor individuele preventie, zoals geïndiceerde en zorggerelateerde preventieve activiteiten. Dit betekent dat sinds de overheveling zorgverzekeraars verantwoordelijk zijn geworden voor de inkoop. Dit in tegenstelling tot de zogenaamde collectieve preventie, die wordt bekostigd vanuit de Wet Maatschappelijke Opvang (WMO) valt en daarmee tot het domein van de gemeenten behoort.

Omdat de overheveling naar de Zvw en WMO budgetneutraal heeft plaats gevonden is er in mijn ogen geen sprake van een bekostigingsprobleem, wel houd ik het voor mogelijk dat zowel zorgverzekeraars als gemeenten nog moeten groeien in hun nieuwe rol en dus als zodanig de beschikbare gelden onvoldoende uitgeput worden. Dit sluit aan bij de conclusie van het CVZ dat veel (individuele) preventie nu al verzekerde zorg is, maar dat er in de praktijk minder gebruik van wordt gemaakt dan wettelijk mogelijk is. Dat is dan ook de reden dat ik in mijn beleidsvoornemensbrief heb aangekondigd daar waar nodig oplossingen te willen zoeken voor eventuele praktische problemen.

14

Na intensief overleg tussen partijen is een compromis tot stand gekomen. Dit betekent dat een tussenscenario door DBC Onderhoud nu uitgewerkt wordt wat moet leiden tot een prestatievoorschot tarief. Onder voorbehoud van technische haalbaarheid kan dit in de loop van 2010 ingevoerd worden. Het staat zorgaanbieders en zorgverzekeraars vrij om desgewenst, in overleg met

de NZa, alternatieve voorzieningen te treffen ter bevordering van de liquiditeitspositie.