

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

128

Vragen van het lid **Leijten** (SP) aan de minister en staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *de gevolgen van de eigen bijdrage in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) voor mensen met dementie* (ingezonden 31 augustus 2011).

Antwoord van minister **Schippers** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport), mede namens de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (ontvangen 27 september 2011).

Vraag 1

Wat is uw reactie op de brandbrief van de directeur van Geriant? Deelt u de mening dat een eigen bijdrage voor dementerende ouderen contraproductief zal werken? Zo nee, waarom niet?¹

Antwoord 1

Ik heb kennis genomen van deze brief. Ik ben niet van mening dat de eigen bijdrage per definitie contraproductief zal werken. De huidige financiële tijden vragen om matiging en een verantwoorde ontwikkeling van de overheidsuitgaven. Iedereen moet hieraan bijdragen. Het principe achter de eigen bijdrage is dat een patiënt maximaal de eigen bijdrage zelf bijdraagt aan zorg en de rekening daarboven collectief wordt vergoed. Mensen die echt zorg nodig hebben zijn best bereid daar iets zelf voor te betalen. In de eerstelijns psychologische zorg en in de AWBZ geldt al langer een eigen bijdrage. Ik heb geen signalen ontvangen dat mensen daardoor deze vormen van zorg mijden. Daarbij is op 30 juni jongstleden de motie Van der Staaij/ Bruins Slot aangenomen (TK 2010/11, 25 424, nr. 123). 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. 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). 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 overwegend ben ik toen

¹ <http://www.zorgvisie.nl/Financien/Eigen-bijdrage-bij-dementie-contraproductief.htm>

gekomen tot een pakket maatregelen, ter invulling van de motie, waarmee de eigen bijdrage verder wordt verlaagd van € 275 (brief 27 juni 2011, kenmerk CZ/CGGZ-3070559) naar € 200. Daarbij betaalt de verzekerde niet meer dan € 200 per kalenderjaar. 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 1 800 minuten. Hierbij bestond geen limiet op het aantal te innen eigen bijdragen voor patiënten met meerdere DBCs per jaar. Met de sector is tevens de mogelijkheid verkend om – ook op verzoek van de Kamer – de 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 die is verkend. Maar gebleken is dat deze route ook niet vrij is 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.² 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.

Ik heb in mijn brief aan u (CZ/ CGGZ- 3072974) wel aangegeven 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 overleg met partijen tot een gezamenlijke agenda te komen voor de toekomst. De gesprekken met het veld zijn daarover op dit moment gaande.

Vraag 2

Geloof u nog altijd dat eigen bijdragen in de zorg het «kostenbewustzijn» vergroten en daarmee het zorggebruik remmen? Zo ja, vindt u dit geen bezopen aannames ten aanzien van dementerende ouderen? Wilt u uw antwoord toelichten?

Antwoord 2

Uit onderzoek blijkt dat GGZ aanmerkelijk prijsgevoeliger is dan extramurale somatische zorg.³ Deze conclusie wordt onderschreven door het CPB in een notitie over gedragseffecten van eigen betalingen in de Zvw (25 april, 2008). Ook het Trimbos Instituut concludeerde onlangs nog, op basis van uitgebreid literatuuronderzoek, dat de prijsgevoeligheid van GGZ hoger ligt dan bij andere vormen van curatieve zorg. Dit betekent dat er in de GGZ een gedragseffect optreedt bij de invoering van een eigen bijdrage. Het gedragseffect wordt ook groter naarmate de eigen bijdrage hoger wordt. Ik heb gekozen voor een eigen bijdrage van maximaal € 200 per patiënt per kalenderjaar. Ik maak daarbij geen onderscheid in diagnose. De eigen bijdrage geldt dan ook zowel voor de patiënt die aan dementie lijdt als bijvoorbeeld de patiënt die lijdt aan schizofrenie of persoonlijkheidsstoornissen. Als er sprake is van een patiënt met dementie is juist ook de mantelzorger geholpen met de begeleiding en heeft deze invloed op het al dan niet gebruik maken van de zorg.

² Zie ook TK 29 248, nr. 133.

³ Zie bijvoorbeeld Frank en McGuire in Culyer & Newhouse (eds.), *Handbook of Health Economics*, p. 433 op basis van diverse studies.

Vraag 3

Bent u van mening dat dementerende ouderen en hun verwanten of geliefden calculerende zorgconsumenten zijn? Zo nee, waarom gelooft u dan in liberale gedragsbeïnvloeding met negatieve financiële prikkels, zoals een eigen bijdrage?

Antwoord 3

Zoals ik in vraag 1 heb beantwoord, noodzaakt de huidige financiële situatie tot maatregelen. De uitgaven in de GGZ zijn de afgelopen jaren fors gegroeid, zelfs meer dan verdubbeld in de periode 2000–2009. Het aantal cliënten in de tweedelijns GGZ is de afgelopen jaren met ongeveer 10% gestegen, terwijl het totale aantal mensen dat een psychische stoornis heeft niet stijgt. Ik vind het redelijk dat mensen die gebruik maken van de GGZ daaraan bijdragen. Een eigen bijdrage van maximaal € 200 per jaar vind ik in dat opzicht verantwoord en acceptabel.

Vraag 4

Bent u ervan op de hoogte dat veel ouderen in Nederland zich weggezet voelen als kostenpost voor de samenleving? Welke aanpassing van uw beleid bent u bereid door te voeren teneinde deze droeve ontwikkeling te keren?

Antwoord 4

Het betreft ons als deze indruk bij ouderen bestaat. Dit kabinet investeert juist in de zorg voor ouderen. Het is een belangrijk onderdeel van het gedoogakkoord. Er wordt ook geïnvesteerd in de ontwikkeling van casemanagement voor dementie. Onder andere door middel van het programma ketenzorg dementie zijn er al veel projecten die belangrijke waarde hebben en er is inmiddels enkele jaren ervaring opgedaan in de regio's met ketenzorg dementie. Er wordt ook gewerkt aan een zorgstandaard ketenzorg dementie en er loopt een onderzoek naar de effectiviteit van casemanagement bij dementie. Er is dus juist op dit gebied erg veel geïnvesteerd en gestimuleerd. En dat willen we ook voortzetten. Via een opslag op de AWBZ-tarieven en de Nza-beleidsregel dementie worden zorgaanbieders gestimuleerd samenwerkingsafspraken in de regio te maken ter verbetering van de dementiezorg, inclusief de inzet van casemanagers. In vrijwel heel Nederland kopen de zorgkantoren nu ketenzorg dementie in. Voor de beleidsregel is € 10 miljoen per jaar gereserveerd. Deze beleidsregel wordt met een jaar verlengd tot 1 januari 2013..

Vraag 5

Vindt u dat dementerende ouderen teveel zorg «consumeren»? Zo ja, op grond van welke ervaringen velt u dit oordeel? Zo nee, waarom bestraft u het zorggebruik van deze mensen met een eigen bijdrage?

Antwoord 5

De maatregel eigen bijdrage neem ik niet omdat dementerende ouderen teveel zorg zouden consumeren. De maatregel neem ik omdat de uitgaven in de GGZ te hard zijn gestegen. Ik ben van mening dat GGZ-patiënten daaraan moeten bijdragen door middel van een eigen bijdrage. Ik verwijs hierbij verder naar de antwoorden op de vorige vragen.

Vraag 6

Deelt u de mening van de directeur van Geriant dat de eigen bijdrage in de GGZ zal leiden tot een toename van het aantal ouderen dat naar het verpleeghuis moet? Is dit wat u beoogt met uw beleid? Wilt u uw antwoord toelichten?

Antwoord 6

Nee, ik verwacht niet dat mensen die niet noodzakelijk hoeven worden opgenomen in een verpleeghuis, door deze maatregel wel moeten worden opgenomen, aangezien zij nog steeds van de zorg gebruik kunnen maken. De eigen bijdrage die van patiënten wordt verlangd is maximaal € 200 per jaar. Er zijn ook eigen bijdragen van de AWBZ-zorg, dus dat kan geen argument zijn.

Vraag 7

Deelt u de mening dat een groter beroep op mantelzorg in plaats van formele zorg geen optie is, gelet op de onderzoeken van onder meer Mezzo waaruit blijkt dat mantelzorgers reeds zwaar overbelast zijn en omdat mensen van dit kabinet langer en harder moeten werken? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 7

Onderdeel van het programma ketenzorg dementie, waar ik in vraag 4 aan refereerde, is dat ook de mantelzorgers ondersteuning moeten krijgen bij hun inzet voor mensen/ familieleden met dementie. Daarbij moet een goede balans zijn tussen de zorg/ hulp die zij leveren voor deze patiënten en hun eigen rust, naast de vaak zeer zware zorg. Ik hecht er daarom aan dat de projecten met de casemanagers worden voortgezet in de toekomst, omdat juist die projecten de juiste ondersteuning bieden voor mantelzorgers. En het blijkt ook dat dit het welbevinden van zowel de mantelzorgers als de patiënt met dementie ten goede komt. Ik zie deze casemanagement aanpak in de toekomst als een grote verbetering. Over de stappen die ik daartoe wil zetten, verwacht de staatssecretaris u dit najaar nader te kunnen informeren.

Vraag 8

Deelt u de mening dat GGZ-patiënten vaak dezelfde beperkingen hebben als dementerende ouderen, zoals verwardheid, desoriëntatie, denk- en stemmingsstoornissen? Zo nee, waarom niet? Zo ja, erkent u dat de bezwaren tegen de eigen bijdragen voor dementerende ouderen ook grotendeels opgaan voor de GGZ in het algemeen? Wilt u uw antwoord toelichten?

Antwoord 8

In de beantwoording van de vorige vragen heb ik aangegeven wat mijn afwegingen zijn geweest voor invoering van de eigen bijdrage in de GGZ.

Vraag 9

Bent u, nu de brandbrief van Geriant pijnlijk de zotheid van eigen bijdragen in de GGZ in het algemeen heeft blootgelegd en gelet op uw opvatting dat op basis van aandoening geen onderscheid in de toepassing van eigen bijdragen in de GGZ gemaakt kan worden, bereid dit immorele en discriminerende voorstel in te trekken? Zo nee, durft u zich nog liberaal respectievelijk christelijk te noemen? Wilt u uw antwoord toelichten?⁴

Antwoord 9

Nogmaals wil ik benadrukken dat de zeer grote groei van de uitgaven in de ggz-sector dwingt tot het treffen van maatregelen binnen die sector. De keuze voor een eigen bijdrage in de GGZ is geen kwestie van willekeur, maar een inhoudelijke keuze op grond van een zorgvuldige analyse en afweging op grond van de situatie in deze sector.

⁴ 25 424, nr. 130, brief aan de Kamer d.d. 26-7-2011.