

Vergaderjaar 2011–2012

**25 424**

## **Geestelijke gezondheidszorg**

**Nr. 181**

### **BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal  
Den Haag, 14 juni 2012

Tijdens de regeling van werkzaamheden is mij op dinsdag 17 april 2012 gevraagd om spoedig een reactie te geven op het rapport van het NIVEL «Verwacht zorggebruik als gevolg van de eigen bijdrage in de tweedelijns GGZ». Tevens heb ik toegezegd uw Kamer te informeren over de laatste stand van zaken met betrekking tot de monitor naar de effecten van de invoering van de eigen bijdrage in de GGZ voor kwetsbare groepen. Met deze brief geef ik gehoor aan beide.

De eigen bijdrage is per 1 januari 2012 ingevoerd. De resultaten en conclusies van het NIVEL-rapport heb ik met belangstelling gelezen. Ik constateer dat het onderzoek heeft plaatsgevonden vóór de invoering van de eigen bijdrage in de GGZ. Het onderzoek gaat in op het te verwachten zorggebruik (intentie) van patiënten in de GGZ als de eigen bijdrage wordt ingevoerd en niet over het daadwerkelijke zorggebruik. Zoals de onderzoekers zelf ook stellen hoeft deze intentie niet overeen te komen met het daadwerkelijk stoppen of minderen van het zorggebruik. Ik beschouw de uitkomsten van het onderzoeksrapport als een signaal van mogelijke effecten van invoering van de eigen bijdrage GGZ. Of deze effecten werkelijkheid worden valt nog te bezien. Om de effecten van de invoering van de eigen bijdrage GGZ specifiek voor kwetsbare groepen te onderzoeken, ben ik begin dit jaar een monitor gestart.

In de monitor wordt allereerst stilgestaan bij een objectieve definiëring van kwetsbare groepen in de samenleving. Deze wordt met behulp van experts uit het veld opgesteld. Op basis van deze definiëring worden patiënten bij drie GGZ-instellingen geselecteerd en ingedeeld in de volgende groepen:

- kwetsbare patiënten die een eigen bijdrage moeten betalen;
- kwetsbare patiënten die de eigen bijdrage niet hoeven te betalen (zijn uitgezonderd bijvoorbeeld vanwege bemoeizorg of krijgen compensatie via de gemeente);
- niet kwetsbare patiënten die wel een eigen bijdrage moeten betalen.

Alle drie de groepen patiënten worden gevolgd en vergeleken op hun zorggebruik in het verleden en hun huidige zorggebruik (type/vorm van zorg), zorguitval (voortijdig stoppen met de behandeling) en mogelijke zorgverplaatsing (verschuiving van zorgvraag naar de eerstelijns dan wel andere sectoren). Daarnaast wordt, met behulp van registratiegegevens en een enquête onder huisartsen, retrospectief gekeken naar zorgmijding van patiënten: hoe verhoudt het aantal nieuwe aanmeldingen zich ten opzichte van de voorgaande jaren?

Er zijn drie (tussen) rapportagemomenten voorzien:

- resultaten nul-meting in september 2012;
  - resultaten 2<sup>e</sup> meting in januari 2013;
  - resultaten 3<sup>e</sup> meting en de eindrapportage uiterlijk 30 juni 2013.
- Zoals toegezegd zal ik de Kamer eind september informeren over de eerste tussenresultaten van de monitor.

Bij de uitvoering van deze monitor is het van belang dat de effecten van de invoering zo goed als mogelijk in kaart worden gebracht, zonder dat de eigen bijdrage zelf door partijen in dit overleg ter discussie wordt gesteld. Vanuit deze invalshoek is een begeleidingscommissie samengesteld om partijen te betrekken bij de opzet, voortgang en resultaten van de monitor. Deze commissie bestaat uit vertegenwoordigers uit: de GGZ, zorgverzekeraars, gemeenten, GGD'en, maatschappelijke opvang, huisartsen en de politie. Ook het ministerie van Veiligheid en Justitie is nauw betrokken bij de uitvoering van deze monitor en neemt deel aan de begeleidingscommissie.

Vooruitlopend op de eerste tussenresultaten van de monitor heb ik recent een quick scan uitgevoerd om een eerste indruk van de (mogelijke) effecten te krijgen. Hoewel een cijfermatige onderbouwing ontbreekt, zijn de volgende eerste signalen naar voren gekomen:

- het aantal nieuwe aanmeldingen bij de tweedelijns GGZ loopt terug (daling van 15–40%);
- het is nog niet bekend of dit een kwetsbare groep van patiënten betreft of dat een remmend effect op de tweedelijns GGZ is ontstaan en patiënten beter de weg naar de eerste lijn vinden;
- het is te vroeg om een splitsing te maken naar specifieke doelgroepen patiënten;
- de grootste uitval van patiënten wordt later in het jaar verwacht (als DBC's geopend in 2011 worden gesloten);
- het niet inzichtelijk is of mensen de eigen bijdrage niet *kunnen* of niet *willen* betalen;
- het is nog te vroeg om conclusies te trekken of de daling in patiënten komt door de invoering van de eigen bijdrage.

Daarnaast is uit deze quick scan ook naar voren gekomen dat er lokale initiatieven gaande zijn om de eigen bijdrage te compenseren, in het bijzonder uit de hoek van gemeenten. Het kabinet heeft vanaf 2012 extra geld beschikbaar gesteld, voor de bijzondere bijstand, om mensen met een laag inkomen te compenseren voor een stapeling aan kosten door diverse overheidsmaatregelen. Ik krijg van meerdere gemeenten het signaal dat dit wordt ingevuld door een compensatieregeling te treffen voor de eigen bijdrage GGZ tweede lijn, hetzij via een compensatie van de collectieve zorgverzekering minima (CZM), hetzij via individuele aanvragen van de bijzondere bijstand. Gemeenten voeren een eigen beleid op welke wijze het extra budget bijzondere bijstand wordt besteed en of compensatie van de eigen bijdrage GGZ hiervan deel uitmaakt.

In het begrotingsakkoord 2013 is afgesproken dat mensen met een inkomen van niet meer dan 110% van het sociaal minimum, in 2013

worden gecompenseerd voor de eigen bijdrage behandeling in de tweedelijns GGZ. De precieze vormgeving wordt momenteel nader uitgewerkt. Zodra hierover meer bekend is, zal ik u nader informeren.

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