

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

336

Vragen van het lid **Kuzu** (PvdA) aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *de consequenties van de voorgenomen opzet basis-GGZ/specialistische GGZ voor met name de behandeling van angst- en stemmingsstoornissen* (ingezonden 9 oktober 2013).

Antwoord van Minister **Schippers** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 25 oktober 2013).

Vraag 1

Heeft u kennisgenomen van de reactie van het Nederlands Kenniscentrum Angst en Depressie op de voorgenomen opzet van basis-GGZ en specialistische GGZ?¹

Antwoord 1

Ja, daar heb ik kennis van genomen.

Vraag 2

Deelt u de zorgen van NEDKAD dat multidisciplinaire richtlijnen voor matige tot ernstige GGZ-aandoeningen binnen de voorgenomen opzet van de basis-GGZ niet volledig kunnen worden toegepast?

Antwoord 2

Nee, die zorgen deel ik niet. Op basis van de expertise van deskundigen uit het veld heeft het bureau HHM de declaratietitels voor de Generalistische Basis GGZ ontwikkeld. Daaruit is naar voren gekomen dat cliënten met ernstige problematiek, waarbij sprake is van een laag tot matig risico, een enkelvoudig beeld of eventueel lage complexiteit (en de duur van de klachten beantwoordt aan de criteria uit de richtlijn voor het betreffende ziektebeeld), binnen de betalingstitel intensief van de Generalistische Basis GGZ behandeld kunnen worden.

Ik heb u eerder aangegeven dat er een monitor wordt opgezet om de ontwikkeling van de Generalistische Basis GGZ te volgen. Daarbij zal tevens naar dit element worden gekeken. Vooralsnog wil ik op basis van bovenstaande geen conclusies trekken dat binnen de Generalistische Basis GGZ geen zorg kan worden geleverd voor deze patiëntencategorie.

¹ Reactiebrief van het Nederlands Kenniscentrum Angst en Depressie (NEDKAD) op de voorgenomen opzet van basis-GGZ en specialistische GGZ, september 2013

Vraag 3

Kunt u aangeven hoe u ervoor gaat zorgen dat patiënten met matige tot ernstige GGZ-aandoeningen niet zullen worden onderbehandeld in de voorgenomen opzet van de basis-GGZ? Hoe gaat u ervoor zorgen dat deze patiënten geen kwalitatief mindere zorg ontvangen, nu de oorspronkelijk beschikbare 12–30 zittingen binnen de voorgenomen opzet van de basis-GGZ zullen worden teruggebracht naar 8–11 zittingen? Hoe gaat u voorkomen dat de kaders van de basis-GGZ leiden tot een toename van kosten en verlenging van ziekte duur voor de groep patiënten met matige tot ernstige GGZ-aandoeningen?

Antwoord 3

Zoals ik in mijn vorige antwoord heb aangegeven, ga ik uit van de expertise van de geraadpleegde deskundigen en ga ik ervan uit dat de producten die zijn vormgegeven in de Generalistische Basis GGZ zullen volstaan om goede patiëntenzorg te leveren. Indien blijkt dat binnen de declaratietitel intensief de patiënt niet adequaat behandeld kan worden, zal de patiënt doorverwezen moeten worden naar de gespecialiseerde zorg. Ik veronderstel hierbij dat op dat moment de problematiek van de patiënt zwaarder bleek dan werd ingeschat. Uit de monitor zal moeten blijken of dit in veel gevallen zal voorkomen bij patiënten die eerder voor de betaaltitel intensief worden behandeld.

Ten aanzien van uw laatste vragen over het voorkomen van een toename van de kosten, vertrouw ik erop dat verzekeraars en zorgaanbieders goede contractafspraken maken over de te behandelen patiëntenpopulatie en het eventuele verwijsgedrag. Via de monitor zal ik bekijken hoe dit vorm krijgt. Afhankelijk van de resultaten daarvan kan worden gezien of en op welke wijze het beleid moet worden aangepast.

Vraag 4

Deelt u de zorgen van NEDKAD dat de toewijzingscriteria voor de zorgzwaar-
tepakketten niet-stoornisspecifiek, niet-patiëntspecifiek en multi-interpretabel zijn, en dat dit beter zou kunnen? Hoe oordeelt u over de voorspellende waarde van de vastgestelde toewijzingscriteria?

Antwoord 4

Bij de vormgeving van de generalistische basis GGZ is er van uit gegaan dat de keus voor de intensiteit van de behandeling niet alleen stoornisspecifiek is, maar ook afhangt van de variabelen daaromheen, zoals het risico (bijvoorbeeld een gevaar voor ernstige verwaarlozing of suicide) of de complexiteit (enkelvoudig beeld of multimorbiditeit). Binnen de gestelde declaratietitels is ruimte om de behandeling in te zetten die nodig is voor die specifieke patiënt. Daar zijn geen verdere regels voor gesteld, behalve over het hoofdbehandelaarschap.

Zoals ik ook in mijn vorige antwoorden heb aangegeven, ga ik het beleid monitoren. Daarbij wordt ook gekeken naar de voorspellende waarde van de vastgestelde toewijzingscriteria. Het is in ieder geval wel zo dat als er wordt ingeschat dat een patiënt initieel gedacht kort behandeld hoeft te worden, maar toch blijkt zwaardere zorg nodig te hebben, er kan worden opgeschaald naar een declaratietitel middel of intensief. Ik zal u zoals ook eerder toegezegd op de hoogte houden van de resultaten van de monitor.

Vraag 5

Hoe wordt ervoor gezorgd dat de toewijzingscriteria recht doen aan een noodzakelijke en gerechtvaardigde behandeling van patiënten, waarin ook adequaat rekening wordt gehouden met het beloop van de ziekte?

Antwoord 5

De gestelde toewijzingscriteria staan niets in de weg om een noodzakelijke en gerechtvaardigde behandeling aan patiënten te geven, waarin ook adequaat rekening wordt gehouden met het beloop van de ziekte. Indien blijkt dat de zwaarte van de zorg niet passend is voor de zorg die de patiënt nodig heeft, zal doorverwezen moeten worden naar de gespecialiseerde zorg. Uit de monitor zal moeten blijken of voorafgaand adequaat kan worden ingeschat welke intensiteit van de behandeling nodig is voor een bepaalde patiënt.

Vraag 6

Hoe oordeelt u over de onmogelijkheid om direct vanuit de basis-GGZ door te verwijzen naar specialistische GGZ? Hoe schat u de daaruit voortkomende mogelijke risico's in van onzorgvuldige overdracht van patiëntgegevens? Hoe wordt informatieverlies en onveilige ondoelmatige zorg voorkomen, indien patiënten doorschuiven naar meer specialistische zorg?

Antwoord 6

In de Zorgverzekeringswet (artikel 14, tweede lid) is bepaald dat zorgverzekeraars in hun polissen de verwijzer(s) naar de geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden, moeten opnemen. De huisarts moet in ieder geval tot die verwijzers behoren. Deze bepaling geldt ook voor de gespecialiseerde GGZ. Deze bepaling biedt de zorgverzekeraar de bevoegdheid te bepalen dat, behalve de huisarts, bijvoorbeeld ook de generalistische Basis GGZ naar de gespecialiseerde GGZ mag verwijzen. Verzekeraars hebben evenwel aangegeven dat zij de generalistische Basis GGZ niet als verwijzer naar de gespecialiseerde GGZ in hun polissen zullen opnemen. Ik vertrouw erop dat de risico's van onzorgvuldige overdracht van patiëntgegevens of informatieverlies, indien patiënten doorschuiven naar meer specialistische zorg, wordt voorkomen doordat de huisarts juist het overzicht heeft van de patiëntgegevens, zowel op somatisch als op psychisch gebied.

Vraag 7

Hoe staat u tegenover het verzoek van NEDKAD om hernieuwd overleg te voeren over de verwijscriteria, en zorgzwaartepakketten beter te ontwikkelen en op grond van wetenschappelijk bewijs beter op elkaar af te stemmen? Is dit naar uw mening noodzakelijk om kwalitatief goede zorg te garanderen?

Antwoord 7

Ik zet de monitor op om generalistische basis GGZ te evalueren. Dat lijkt me vooralsnog voldoende. Ik houd u op de hoogte van de resultaten daarvan.