

Vergaderjaar 2013–2014

29 689

Herziening Zorgstelsel

Nr. 476

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 30 september 2013

Inleiding

In deze brief ga ik in op een viertal onderwerpen die alle het basispakket en het pakketbeheer betreffen. Vanwege deze nauwe samenhang behandel ik deze vier onderwerpen in dezelfde brief.

Allereerst geef ik de uitkomsten op mijn oproep van 10 februari 2013 in het programma Buitenhof om suggesties voor pakketmaatregelen aan mij te doen toekomen. Daarnaast wil ik u informeren over de voorgenomen aanpak van de doorlichting van het pakket die het CVZ ter hand gaat nemen. Tenslotte geef ik mijn reactie op twee rapporten die het College voor zorgverzekeringen (CVZ) aan mij heeft uitgebracht, namelijk het advies Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg, deel 2, en het advies over kosteneffectiviteit.

1. Uitkomsten Buitenhof-oproep

Zoals u weet heb ik op 10 februari jl. in het programma Buitenhof een oproep gedaan aan veldpartijen en burgers om mee te denken over de invulling van de pakketmaatregelen, waarover afspraken zijn gemaakt in het Regeerakkoord. Ik heb daarover met een aantal veldpartijen gesproken en hen en andere organisaties gevraagd hun ideeën op papier te zetten. Voor burgers en individuele beroepsbeoefenaren heb ik het e-mailadres betalbarezorg@minvws.nl geopend, waarnaar zij suggesties konden opsturen. Ik heb alle partijen gevraagd hun suggesties vóór 1 september 2013 aan mij aan te leveren. Van de mogelijkheid tot melden is, zowel door burgers, als door veldpartijen flink gebruik gemaakt. Daar ben ik verheugd over. Dat laat immers zien dat zowel burgers en individuele beroepsbeoefenaren, als veldpartijen willen meedenken over hoe we de zorg in Nederland zo kunnen vormgeven dat die betaalbaar en ook toegankelijk blijft. Zoals toegezegd aan uw Kamer informeer ik u met deze brief over de uitkomst.

1.1 Link met Meldpunt Verspilling

Naast mijn oproep om mee te denken over de invulling van de pakketmaatregelen, is op 25 mei jl. het landelijk Meldpunt Verspilling (www.verspillingindezorg.nl) geopend. Bij dat meldpunt zijn inmiddels bijna 17.000 reacties binnengekomen. U ontvangt parallel aan deze brief een rapportage over dit meldpunt.

Hoewel mijn oproep om mee te denken over pakketmaatregelen en het Meldpunt Verspilling verschillende doelen en een verschillende aanpak kennen zijn er ook veel overeenkomsten.

Het Meldpunt Verspilling heeft een brede scope, waarbij alle onderwerpen waar melders verspilling in de zorg ervaren, die kunnen melden. Daarbij gaat het veelal om vergelijkbare meldingen als die in het kader van de «Buitenhof-oproep» zijn binnengekomen.

Meldingen die betrekking hebben op de verspilling van genees- en hulpmiddelen zijn voor verdere afhandeling overgedragen aan het Programmteam Verspilling. Daarbij ging het om 269 meldingen. Andersom worden de meldingen uit het Meldpunt Verspilling die betrekking hebben op het te verzekeren pakket van de Zorgverzekeringswet meegenomen in de toets die door het CVZ wordt gedaan naar aanleiding van de voorstellen uit de «Buitenhof-oproep».

1.2 Aangekondigde pakketmaatregelen

Mijn oproep in februari had betrekking op de invulling van de in het Regeerakkoord afgesproken pakketmaatregelen. Sinds ik de oproep heb gedaan, is de voorgenomen versobering van het basispakket in het kader van de lage ziektelastmaatregel van € 1,2 miljard uit het regeerakkoord aangepast. Al uit de eerste oogst van de meldingen en het overleg met veldpartijen bleek dat de bezuiniging op het pakket beter op alternatieve wijze kan worden ingevuld dan met de eerder voorgestelde inperking van het pakket aan de hand van lage ziektelast. Aanspraken blijven in het verzekerde pakket, maar de toegang ertoe wordt aangescherpt: alleen bij medische noodzaak. Dat legt een grotere verantwoordelijkheid bij arts en patiënt. Daar zit direct ook de crux. Arts en patiënt hebben ook nu al die verantwoordelijkheid. Gezien de grote praktijkvariatie over Nederland, wordt die verantwoordelijkheid niet waargemaakt. Cruciaal is met elkaar toetsbare afspraken te maken waarom het nu wel gaat gebeuren, omdat anders de opgave in de toekomst weer op tafel ligt. Daaraan wordt een eerste invulling gegeven met de hoofdlijnenakkoorden die door het kabinet zijn gesloten. De versobering van het pakket van circa € 300 mln uit de Regeerakkoorden Rutte I en II die overblijft wordt ingevuld doordat het kabinet werkt aan stringent pakketbeheer voor de zorg. In de begroting 2014 is van deze circa € 300 mln reeds € 70 mln ingevuld. Het CVZ gaat met de resterende opgave aan de slag door het bestaande pakket door te lichten. Het CVZ zal hierbij alle pakketcriteria – noodzakelijkheid, (kosten)effectiviteit en uitvoerbaarheid – betrekken.

1.3 Meldingen burgers en individuele beroepsbeoefenaren

In totaal hebben 2543 mensen van de gelegenheid gebruik gemaakt om een melding te doen. Daar zijn samen 3921 suggesties uit voortgekomen.

Algemeen beeld meldingen

De meldingen hebben een zeer divers karakter. Een groot deel heeft geen betrekking op het te verzekeren pakket van de Zorgverzekeringswet, maar richt zich op andere terreinen. Naast suggesties op het terrein van het pakket, zijn met name veel meldingen binnengekomen op het terrein van doelmatigheid, verspilling van genees- en hulpmiddelen en het systeem

van de Zorgverzekeringswet. In bijlage 1 vindt u een analyse van de binnengekomen meldingen¹. Ik heb deze gecategoriseerd, waarbij er een helder beeld ontstaat van de thema's waarover de meeste meldingen zijn binnengekomen. Daarnaast geef ik aan op welke manier ik de meldingen die geen betrekking hebben op het pakket kan meenemen in mijn beleid.

1.4 Suggesties van veldpartijen

Zoals ik u heb geïnformeerd met mijn brief van 27 februari jl. (Kamerstuk 29 689, nr. 424) heb ik twintig veldpartijen expliciet uitgenodigd met mij mee te denken over alternatieven voor pakketmaatregelen. Bovendien heb ik ook andere organisaties geïnformeerd dat hun suggesties welkom waren. Dat heeft ertoe geleid dat in totaal 41 organisaties hun ideeën aan mij bekend hebben gemaakt.

Algemeen beeld meldingen

Zoals ook hierboven aangegeven bleek uit het overleg met veldpartijen al dat zij de bezuiniging op het pakket liever op alternatieve wijze zouden invullen dan met de eerder voorgestelde inperking van het pakket aan de hand van lage ziektelast. Dit beeld werd bevestigd door de meldingen. Dat neemt niet weg dat verschillende partijen suggesties doen op het terrein van het pakket, zoals ik ook had gevraagd. Die suggesties zullen worden meegenomen bij de vragen die aan het CVZ zullen worden voorgelegd.

Daarnaast doen de organisaties, net als burgers en individuele beroepsbeoefenaren, vooral veel suggesties op het terrein van de doelmatigheid. Andere voorstellen hebben betrekking op diverse terreinen. Daarbij kunt u denken aan meldingen over verspilling, aan suggesties op het terrein van financiering en bekostiging en op het terrein van bureaucratie en management.

1.5 Hoe worden de meldingen opgepakt

Meldingen met betrekking tot het pakket

De suggesties die betrekking hebben op het te verzekeren pakket zal ik meenemen voor de invulling van het stringent pakketbeheer. Zoals ik u eerder heb aangegeven, zal ik die voorstellen voor een toets voorleggen aan het CVZ. Ik zal deze toets gebruiken om te bezien of en op welke wijze de suggesties die uit de meldingen naar voren komen gebruikt kunnen worden voor de invulling van de besparingsopdracht.

Ik zal het CVZ daarbij verzoeken om zich over alle onderwerpen waarover suggesties zijn gedaan met betrekking tot het te verzekeren pakket een oordeel te vormen. Niet voor alle onderwerpen zal een uitgebreid advies noodzakelijk zijn, bijvoorbeeld in verband met recente adviezen of beperkte mogelijkheden in verband met internationale verdragen die zorg op bepaalde terreinen verplicht stellen.

Op basis van de toets bekijk ik of en op welke manier de suggesties behulpzaam kunnen zijn bij de invulling van de besparingsopdracht voor het te verzekeren pakket.

Overige meldingen

Ook van de meldingen op andere terreinen heb ik met veel belangstelling kennis genomen. Het is goed om te zien dat de melders in den brede kijken naar de vraag op welke manier we er met elkaar voor kunnen zorgen dat de zorg betaalbaar blijft.

¹ Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer

Veelal gaat het om suggesties waar al eerder, onder meer met uw Kamer, over gesproken is of waar op dit moment volop aan gewerkt wordt. Daar ben ik verheugd over, want dat betekent dat ik me bij de ontwikkelingen in de zorg richt op onderwerpen die mensen in de dagelijkse praktijk ook bezig houden.

Met de partijen die betrokken zijn bij de recent gesloten hoofdlijnenakkoorden is afgesproken dat de reacties op deze «Buitenhofoproep» daarbij expliciet worden meegenomen. Daar waar de meldingen relevant zijn voor de uitwerking van die akkoorden, zullen ze dan ook onder de aandacht van de betrokken partijen worden gebracht. Voorstellen op andere terreinen zullen waar mogelijk binnen mijn ministerie worden meegenomen binnen de relevante beleidsontwikkelingen.

Communicatie richting melders

Zoals gezegd ben ik zeer verheugd over het feit dat veel mensen van de gelegenheid gebruik hebben gemaakt om hun suggesties aan mij op te sturen. Ik vind het dan ook belangrijk om de melders op de hoogte te stellen van de manier waarop ik met de meldingen om ga. Ik zal daarom een mailing versturen aan de burgers en individuele beroepsbeoefenaren die suggesties hebben gedaan.

Met deze mailing zal ik hen inlichten over de uitkomsten van de oproep en informeren over de gang van zaken met betrekking tot de suggesties voor het pakket. Veel van de meldingen die niet over het pakket gaan hebben betrekking op onderwerpen waaraan op dit moment al gewerkt wordt. Ook daarover zal ik hen informeren.

Gezien de diversiteit van de meldingen zal ik me in de mailing concentreren op de onderwerpen waarover de meeste meldingen zijn binnengekomen. Ten aanzien van de suggesties over het pakket gaat het daarbij om de top vijf Vruchtbaarheid, zwangerschap en bevalling; Alternatieve zorg; Preventie; Levensstijl en Keuzevrijheid pakket. Voor de overige onderwerpen gaat het om Doelmatigheid, waarbij met name is gemeld over inzicht in zorgkosten en gepast gebruik van zorg; Verspilling; Systeem, met onder meer marktwerking en de winsten van zorgverzekeraars; Arbeidsmarkt en opleidingen, met als belangrijkste thema's topinkomens en specialisten in loondienst; en Eigen betalingen.

2. Systematische doorlichting van het pakket

In het Regeerakkoord is afgesproken dat het CVZ jaarlijks een deel van het pakket doorlicht met een taakstellend percentage aan uitgavenbesparing. Het doel van de doorlichting is om gepast gebruik te stimuleren en potentiële besparingen in beeld te brengen. Het CVZ heeft hier een plan van aanpak voor opgesteld en is inmiddels van start gegaan. Met deze brief informeer ik u over de aanpak die het CVZ zal volgen.

2.1 Aanpak CVZ

Het CVZ pakt de systematische doorlichting aan met de «Operatie Zinnig en zuinig». De aanpak bestaat uit twee verschillende fases die elk jaar terugkeren: een systematische screeningsfase en een verdiepende fase.

In de systematische screeningsfase houdt het CVZ een aantal domeinen tegen het licht, waarbij op basis van verschillende (data)bronnen wordt bekeken welke opvallende punten er binnen het domein te zien zijn. Bijvoorbeeld zaken als praktijkvariatie of grote kostenstijgingen of -dalingen kunnen tekenen zijn van ongepast gebruik van zorg.

Op basis van de uitkomst van de systematische screeningsfase wordt vervolgens een verdiepende fase ingezet, waarbij het CVZ gericht onderzoek doet naar oorzaken en verklaringen van eventueel ongepast of oneigenlijk gebruik en naar mogelijke oplossingsrichtingen. Deze exercitie voert het CVZ uit in samenspraak met betrokken partijen zoals de wetenschappelijke verenigingen, patiëntenverenigingen en zorgverzekeraars. Aan het eind van de verdiepende fase zal het CVZ met een rapportage komen, waarin de conclusies worden weergegeven en voorstellen worden gedaan voor de oplossing van geconstateerd ongepast of oneigenlijk gebruik. Oplossingen kunnen bijvoorbeeld bestaan uit afspraken in richtlijnen over gepast gebruik of pakketmaatregelen. Daarbij wordt ook aangegeven of en op welke manier die oplossing tot een besparing kan leiden.

Het CVZ kiest ervoor om ieder jaar een aantal domeinen van de ICD 10-lijst te screenen. Door deze internationaal gehanteerde lijst met 16 categorieën van ziekten (domeinen) als uitgangspunt te nemen wordt het pakket systematisch gescreend, waardoor naar verwachting ook (mogelijk) ongepast gebruik van zorg aan het licht kan komen die in de huidige werkwijze niet naar boven komt.

Het CVZ start met het screenen van de domeinen «Kanker» en «Hart- en vaatziekten». Ook start het CVZ dit eerste jaar gelijk met een verdiepend onderzoek. Aangezien er op dit moment nog geen sprake is van een afgeronde screening op basis waarvan een verdieping kan plaatsvinden, zal het CVZ zich op basis van eerdere signalen richten op onderwerpen waarbij het op dit moment al een vermoeden van ongepast gebruik van zorg heeft. Daarbij gaat het in ieder geval om de «totale knie- en heup vervanging». Het CVZ zal op mijn verzoek nu ook van start gaan met een onderzoek op het terrein van de verslavingszorg.

In de loop van 2014 zal het CVZ bekend maken welke onderwerpen in de tweede screeningsronde en verdere verdiepende onderzoeken bekeken worden.

Met het oog op de extra werkzaamheden zijn ten behoeve van het CVZ extra middelen aan de begroting van VWS toegevoegd. Deze middelen zijn de kosten die voor de baat uitgaan. Noodzakelijk om deze analyse zorgvuldig en consequent te doen.

2.2 Besparingsopdracht

Met de Regeerakkoorden Rutte I en II is in het kader van stringent pakketbeheer een totale besparingsopdracht van circa € 300 mln op het te verzekeren pakket afgesproken. Deze is gedeeltelijk al ingevuld met eerdere pakketingrepen en een bijstelling van de raming van de geneesmiddelen. De resterende besparing van € 225 mln zal worden ingevuld door de systematische doorlichting van het pakket. Met het plan dat het CVZ voor ogen heeft, heb ik er vertrouwen in dat het mij ruim voldoende voorstellen kan aanreiken om tot een goede invulling van die besparing te komen. Mocht het CVZ voorstellen aanreiken die evident om verwijdering uit het pakket vragen, dan zal € 300 mln niet als bovengrens gelden. Zinnig en zuinig gebruik van zorg is het uitgangspunt.

2.3. Adviezen

Ik heb vertrouwen in de gedegen aanpak die het CVZ voor ogen staat en kijk uit naar de adviezen. Anders dan tot nu toe gaat het CVZ het pakket nu niet meer alleen onderzoeken op basis van signalen die het opvangt, of op basis van verzoeken vanuit partijen in de zorg of de politiek, maar wordt hiermee het gehele pakket stelselmatig tegen het licht gehouden. Daarbij

zoekt het CVZ constant de dialoog met wetenschappelijke verenigen, patiëntenverenigingen en zorgverzekeraars op zoek naar verklaringen en gepaste oplossingen. Dat betekent ook dat wij meer inzicht krijgen in de manier waarop het pakket in de praktijk wordt toegepast en waar dit ongewenste resultaten heeft.

Deze aanpak betekent dat het CVZ de komende jaren diverse adviezen aan mij zal uitbrengen in het kader van de systematische doorlichting. Uiteraard zal ik uw Kamer informeren over deze adviezen en de beslissingen die ik naar aanleiding daarvan neem.

3. Geneeskundige Geestelijke gezondheidszorg, deel 2

Op 16 juli 2013 heb ik de Kamer het advies Geneeskundige Geestelijke gezondheidszorg, deel 2, dat het College voor zorgverzekeringen op 11 juli 2013 aan mij heeft uitgebracht, aangeboden (Kamerstuk 29 689, nr. 470). Ik heb daarbij toegezegd mijn reactie op de conclusies en aanbevelingen van het CVZ na de zomer aan uw Kamer te zenden. Hierbij geef ik uitvoering aan deze toezegging.

In mijn reactie loop ik de belangrijkste conclusies en aanbevelingen uit het CVZ-rapport langs.

3.1 Generalistische Basis GGZ

Ten aanzien van de generalistische Basis GGZ adviseert het CVZ dat doorverwijzing naar de specialistische GGZ uitsluitend via de huisarts zou moeten verlopen. Dat houdt in dat er dan geen directe doorverwijzing vanuit de generalistische Basis GGZ kan worden gedaan. Het CVZ benoemt daarbij de noodzaak voor heldere richtlijnen en een goede monitoring van de nieuwe generalistische basis GGZ.

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, ook de generalistische Basis GGZ naar de gespecialiseerde GGZ mag verwijzen. Verzekeraars hebben evenwel aangegeven dat zij de generalistische Basis GGZ niet en louter de huisarts als verwijzer naar de gespecialiseerde GGZ in hun polissen zullen opnemen. Hiermee volgen de zorgverzekeraars het advies van het CVZ.

In het Bestuurlijk Akkoord GGZ is afgesproken dat de generalistische Basis GGZ alleen via de huisarts of een andere hulpverlener (jeugdarts, bedrijfsarts etc.) toegankelijk is en dat de zorgverzekeraars dit in hun polissen opnemen. Ik ben ook van mening dat het goed informeren van huisartsen tijdens het behandeltraject van belang is. Ik ga ervan uit dat de aanbieders van de generalistische Basis GGZ en de gespecialiseerde GGZ de huisarts adequaat op de hoogte houden, omdat dit in het belang van de patiënt is. Daarbij moeten patiënten niet onnodig in de generalistische Basis GGZ of de gespecialiseerde GGZ behandeld worden en worden terugverwezen naar de huisarts indien de behandeling in de generalistische Basis GGZ of de gespecialiseerde GGZ is afgerond. Uiteraard is het daarbij essentieel dat de huisarts van betrokkene goed wordt geïnformeerd. Ook indien na afronding van de behandeling in de generalistische Basis GGZ of de gespecialiseerde GGZ geen vervolgbehandeling door de huisarts noodzakelijk is, is een goede informatievoorziening aan de huisarts van betrokkene van belang. Ik zal dit overigens expliciet agenderen in het bestuurlijk overleg met de GGZ-sector

Het CVZ uit daarnaast zorgen over de grotere rol van de huisarts en of deze rol voldoende opgepakt kan worden en raadt mij aan om op korte termijn met de huisartsen in gesprek te gaan zodat zij de rol die het CVZ hen toedicht in het advies nader kunnen invullen.

Het is niet zo dat de huisarts met de nieuwe ontwikkelingen patiënten moet gaan behandelen die hij voorheen niet hoefde te behandelen. De huisarts krijgt meer mogelijkheden om patiënten met psychische klachten zelf beter te kunnen behandelen en mensen met psychische stoornissen adequaat te kunnen verwijzen naar de generalistische Basis GGZ of de gespecialiseerde GGZ. Dit wordt mogelijk gemaakt, doordat er binnen de module POH GGZ meer ruimte wordt gegeven om meer uren voor een POH GGZ in te zetten, de screening van patiënten goed te organiseren of een andere hulpverlener bijvoorbeeld een medisch specialist te consulteren. Door de functionalisering van de module POH GGZ kunnen ook andere zorgaanbieders deze functie in de praktijk organiseren. Hiermee wordt de huisarts bij de organisatie daarvan ontlast. Hij blijft wel inhoudelijk eindverantwoordelijk voor de te leveren zorg. Dit onderwerp is ook geagendeerd in het akkoord met de eerstelijnszorg. Ik zal uiteraard hierover in nauw overleg blijven met de huisartsen.

Het CVZ geeft ten slotte aan dat de nieuwe generalistische Basis GGZ alleen geborgd is in bekostigingstitels en beleidsregels en niet in de wettelijke aanspraak. Het CVZ ziet hierin een risico voor de uitvoering en benadrukt de noodzaak van richtlijnen en afbakeningen tussen de generalistische Basis GGZ en de gespecialiseerde GGZ. Daarnaast pleit het voor een goede monitoring van de nieuwe structuur.

De ontwikkelingen van de generalistische Basis GGZ zullen zeker goed worden gemonitord. In die monitor zal tevens worden bekeken hoe de bekostigingstitels in de praktijk worden toegepast. De monitor start in oktober en zal twee jaar lopen.

De generalistische Basis GGZ is op dit moment zodanig geborgd dat alleen mensen met een DSM-stoornis (met uitzondering van aanpassingsstoornissen) behandeld mogen worden binnen de generalistische Basis GGZ. De werkwijze om het onderscheid tussen basiszorg en specialistische zorg te borgen in bekostigingstitels en beleidsregels wordt in de hele zorg gehanteerd, ook in de somatiek. In dit opzicht is er geen wezenlijk verschil tussen de geestelijke en de somatische gezondheidszorg. Desondanks zal ik het CVZ om advies vragen hoe het onderscheid tussen de generalistische Basis GGZ en de gespecialiseerde GGZ in de toekomst nader gespecificeerd kan worden.

3.2 Pakketuitspraken

Op het gebied van het verzekerde basis pakket voor de GGZ doet het CVZ in zijn rapport op vijf punten uitspraken.

1. Het CVZ adviseert om geïndiceerde preventie van depressie, paniek en angst en problematisch alcohol gebruik tot het verzekerde pakket voor huisartsenzorg te laten behoren. Ik neem dit advies in het kader van stringent pakketbeheer over. Dat houdt in dat geïndiceerde preventie door eerstelijns GGZ aanbieders per 2014 niet meer tot het verzekerde pakket behoort. Deze zorg is alleen verzekerd wanneer het wordt uitgevoerd door huisartsen of de POH-GGZ. De NZa heeft de beleidsregel voor de POH-GGZ inmiddels vastgesteld.
2. Aanpassingsstoornissen maken sinds 1 januari 2012 geen deel meer uit van het verzekerde pakket. Het CVZ heeft in zijn rapport aangegeven dat het, zolang er geen duidelijkheid is over beloop, indicatie voor behandeling en effectiviteit van de behandeling, uitsluiting van het verzekerde pakket terecht acht. Wanneer er adequate richtlijnen of

standaarden zijn zal het CVZ nogmaals over de aanpassingsstoornissen adviseren.

3. Het CVZ adviseert om een aparte prestatiebeschrijving te maken voor kindermisbruik/mishandeling omdat aanpassingsstoornissen geen verzekerde zorg meer zijn. In goed overleg met de betrokken veldpartijen, de Nederlandse Zorgautoriteit en het CVZ is dit vraagstuk in kaart gebracht en is een aantal oplossingen verkend. Eén oplossing die door de veldpartijen is ingebracht werd door alle betrokken partijen als een werkbare optie beoordeeld die op korte termijn (per 2014) ingevoerd kan worden. Hiervoor is een aanpassing nodig van de DBC-registratieregels, zodat er binnen de DBC-systematiek een voldoende passende classificatie bestaat voor de behandeling van stoornissen als gevolg van kindermishandeling en seksueel misbruik kort na ernstige mishandeling. De Nederlandse Zorgautoriteit heeft deze aanpassing inmiddels doorgevoerd. Deze oplossing heeft de Staatssecretaris u medegedeeld in de Voortgangsrapportage Geweld in afhankelijkheidsrelaties van 15 juli 2013 (Kamerstuk 33 400 XVI, nr. 156).
4. Het CVZ heeft een lijst met psychologische interventies geduïd en aangegeven of deze voldoen aan de stand van de wetenschap en de praktijk. De interventies die hier niet aan voldoen, behoren derhalve niet tot de verzekerde zorg. Ik vind het positief dat er zo meer duidelijkheid komt voor aanbieders, zorgverzekeraars en verzekerden. Deze lijst biedt ook een duidelijk handvat voor verzekeraars bij het controleren van geleverde zorg.
5. Het CVZ adviseert om bekostiging voor integrale zorg voor dementie te onderzoeken. De zorg voor mensen met dementie wordt bekostigd uit verschillende bronnen, namelijk de Zvw, AWBZ en Wmo. De 86 netwerken voor ketenzorg dementie geven aan regelmatig tegen de schotten tussen deze bekostigingsbronnen aan te lopen. De zorgstandaard dementie, die in juli 2013 definitief is vastgesteld, geeft een goed overzicht van de benodigde zorg voor mensen met dementie. Op dit moment worden in het kader van de Hervorming Langdurige Zorg grote veranderingen voorbereid in de langdurige zorg. De veranderingen in de langdurige zorg die voort zullen komen uit de Hervorming Langdurige Zorg, zijn ook van belang voor de zorg voor mensen met dementie, omdat deze zorg thans ook deels uit de AWBZ wordt bekostigd. Daarom wil ik samen met de Staatssecretaris eerst duidelijkheid geven over de uitwerking van deze veranderingen in het kader van de Hervorming Langdurige Zorg en daarna bezien we hoe een integrale bekostiging van dementiezorg gerealiseerd kan worden.

3.3 Rol zorgverzekeraars

Het CVZ geeft in zijn rapport aan dat de zorgverzekeraars een verantwoordelijkheid hebben bij het bevorderen van gepast gebruik van zorg. Bij het opstellen van polissen en het contracteren van zorg dienen zij extra aandacht te besteden aan kwaliteit, doelmatigheid en verantwoording. Aangezien zij verantwoordelijk zijn voor de juistheid van declaraties, zullen zij ook toetsen of de zorg ook daadwerkelijk is geleverd zoals gedeclareerd. Dit vereist wel dat de zorgaanbieders voldoende informatie geven op de doorverwijzing en op de declaratie over de zorg die zij leveren bij een bepaalde declaratie. Het CVZ acht transparantie van de aanbieders en goede materiële controle door verzekeraars van groot belang voor gepast gebruik van zorg. Het CVZ geeft aan dat dit een absolute voorwaarde is voor de bijdrage van zorgverzekeraars aan gepaste zorg. Voor het handhaven is een duidelijke omschrijving van indicaties en interventies belangrijk.

Er zijn maatregelen genomen om de terugkoppeling van de kosten van GGZ-zorg te verbeteren. Met veldpartijen is overeengekomen dat de diagnose op de GGZ-factuur vermeld zal worden, waar dit nu nog niet het geval is. Het gaat dan ondermeer om de kortdurende dbc's in de gespecialiseerde GGZ, en om de bekostigingstitels in de generalistische basis GGZ. Dit onder voorbehoud van een privacytoets. Om de zorgproducten meer medisch inhoudelijke zeggingskracht te geven en de controleerbaarheid te verbeteren, wordt ook gewerkt aan het toevoegen van een zorgvraagzwaarte indicator op de declaratie. Dit wordt gedaan in nauwe afstemming met het College Bescherming Persoonsgegevens. Daarnaast worden ook andere gegevens inzichtelijk gemaakt op de GGZ-factuur, waaronder gegevens over het hoofdbehandelaarschap en de verwijzer. De NZa heeft aangegeven dat in verband met de noodzakelijke privacytoetsing het uitbreiden van de diagnose-informatie op de factuur pas in 2015 kan plaatsvinden. Alle inspanningen zijn erop gericht om alle overige genoemde elementen in 2014 aan de factuur toe te voegen. In al deze trajecten zal expliciet aandacht worden besteed aan het «vertalen» van deze gegevens, voor zover dat nodig en zinvol is, naar voor de patiënt begrijpelijke taal. Voor meer informatie verwijs ik u naar mijn brief over het hoofdbehandelaarschap in de GGZ en het onderhandelaarsresultaat GGZ 2014–2017 (Kamerstuk 25 424, nr. 221).

3.4 Hoofdbehandelaarschap en kwaliteitsstandaarden

Het CVZ geeft aan dat uitbreiding van het aantal hoofdbehandelaars het risico op ongepast gebruik verhoogt. Het is de taak van de zorgverzekeraars om helder te maken welke (categorie) zorgverleners welke vorm van zorg levert. Dat kan per zorginstelling verschillen, mede in het licht van de ervaringen van de zorgverzekeraars met de instelling.

Er is geen sprake van uitbreiding van het aantal hoofdbehandelaars. Op grond van de beleidsregels van de NZa voor 2013 voor de tweedelijns GGZ mogen BIG-geregistreerde zorgverleners die bevoegd en bekwaam zijn cliënten volgens DSM IV te typeren, hoofdbehandelaar zijn. Deze algemene formulering is geconcretiseerd tot negen in de Wet BIG geregelde beroepen. Momenteel mag iedereen ongeacht het beroep, dus ook mensen met een niet in de Wet BIG geregeld beroep, zittingen declareren in de eerstelijns GGZ. In 2014 wordt dit voor de generalistische basis GGZ ingeperkt tot deze limitatieve lijst van negen beroepen plus (tijdelijk tot de overheveling van de jeugdzorg) de orthopedagoog-generalist en de kinder- en jeugdpsycholoog.

Het CVZ adviseert, vanuit zijn rol als Kwaliteitsinstituut i.o., om de vrijblijvendheid in tempo voor de ontwikkeling van kwaliteitsstandaarden weg te nemen en te benadrukken dat daarbij nauwe samenwerking met huisartsen nodig is.

In het Onderhandelingsresultaat GGZ 2014–2017 van 16 juli 2013 zijn aanvullende afspraken gemaakt over de ontwikkeling van richtlijnen en standaarden, mede in relatie tot gepast gebruik. De middelen die voor 2013 en 2014 voor het Landelijke Samenwerkingsverband Kwaliteitsstandaarden in de ggz (LSKS GGz) beschikbaar zijn, zullen in de periode 2015–2017 worden gecontinueerd. Wij zullen partijen wijzen op het aanbod van het Kwaliteitsinstituut om behulpzaam te zijn bij het ontwikkelen van kwaliteitsstandaarden en op het belang van betrokkenheid van de huisartsen.

3.5 DSM 5

DSM-5, de nieuwste versie van de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), heeft al voor de definitieve vaststelling in mei 2013 geleid tot ophef en uiteenlopende reacties. Sommige critici vrezen voor (verdere) medicalisering van «normale» klachten of symptomen. 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. de zorgstandaarden, dan moet op dat moment nader bekeken worden of dit ook doorwerking heeft voor wat betreft het verzekerd pakket. Dat is zeker geen vanzelfsprekendheid en zal een aparte toets van het CVZ en een politieke afweging vergen.

Ik heb het CVZ verzocht de gevolgen van invoering van DSM-5 voor de te verzekeren GGZ in beeld te brengen. Omdat de definitieve versie van DSM-5 pas half mei jl. is vastgesteld, heeft het CVZ niet de mogelijkheid gehad om voor het rapport GGZ deel 2 een goede vergelijking te maken tussen DSM-IV en DSM-5 met als invalshoek de eventuele gevolgen voor het verzekerde pakket. Het CVZ is inmiddels, na het uitbrengen van zijn rapport Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg deel 2, gestart met de uitvoering van mijn verzoek.

4. Kosteneffectiviteit

In juli respectievelijk december 2012 heb ik het CVZ verzocht mij te adviseren over het verder operationaliseren van het criterium kosteneffectiviteit en over de verschillende opties voor het wettelijk verankeren van dit criterium. Dit laatste komt voort uit het Regeerakkoord van het huidige kabinet. Bijgevoegd treft u het eerste advies van het CVZ over dit onderwerp aan (bijlage 2)². Dit advies zal worden gevolgd door een tweede advies, naar verwachting in het derde kwartaal van 2014.

In dit eerste advies schetst het CVZ verschillende manieren waarop kosteneffectiviteitsgegevens kunnen worden gebruikt. Deze gegevens kunnen onder meer worden gebruikt bij het beheren van het te verzekeren pakket; bij richtlijnontwikkeling, als basis voor een gesprek tussen zorgaanbieder en patiënt over de in te zetten zorg; en bij de zorginkoop door verzekeraars. Ook kunnen kosteneffectiviteitsgegevens aanleiding vormen tot het sluiten van prijsarrangementen dan wel tot het aanscherpen van de voorwaarden waaronder een bepaalde behandeling mag worden toegepast. Dit zijn beide middelen om de kosteneffectiviteit van een interventie te verbeteren.

Het CVZ stelt voor de komende tijd nader te verkennen hoe kosteneffectiviteitsgegevens binnen het zorgdomein zinvol – ruimte latend voor nuance en uitzonderingen en steunend op voldoende draagvlak – kunnen worden gebruikt. Het CVZ wil dit doen via een interactief proces met professionals in de zorg. Daarvoor presenteert het CVZ in zijn advies een werkprogramma. Dit werkprogramma houdt ten eerste in dat een aantal technische aspecten van kosteneffectiviteit wordt uitgewerkt, waaronder het vergroten van de beschikbaarheid en kwaliteit van kosteneffectiviteitsgegevens en de mogelijkheden en onmogelijkheden van wettelijke verankering van kosteneffectiviteit. Ten tweede wordt nagegaan of (en onder welke condities) het haalbaar is om – met ondersteuning van aanbevelingen in richtlijnen – kosteneffectiviteitsgegevens een grotere rol te laten spelen bij het keuzeprocess in de spreekkamer.

² Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer

Uw Kamer heeft op 27 juni 2012 een motie aangenomen van het lid Voortman (Kamerstuk 29 689, nr. 400). Naar aanleiding van mijn verzoek geeft het CVZ in zijn eerste advies een beschrijving van de vraag op welke wijze NICE in Engeland het criterium kosteneffectiviteit hanteert bij zijn beslissingen over de toelating van interventies tot het te verzekeren pakket. In zijn tweede advies zal het CVZ vervolgens de vraag beantwoorden of (en zo ja, in hoeverre) hiervan in Nederland gebruik kan worden gemaakt.

Ik heb met interesse kennis genomen van het rapport van het CVZ en de conclusies die het hierin trekt. Het CVZ erkent dat kosteneffectiviteit een grotere rol kan spelen in de zorg, zonder daarbij de benodigde nuance uit het oog te verliezen. Ik kan mij vinden in het werkprogramma dat het CVZ voorstelt en zie het vervolgadvis van het CVZ dan ook graag tegemoet.

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