

College voor Zorgverzekeringen

> Retouradres Postbus 320, 1110 AH Diemen

De minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Postbus 20350
2500 EJ Den Haag

0530.2013081532

Datum 11 juli 2013
Betreft Advies Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg, deel 2

**College voor
zorgverzekeringen**
Pakket

Eekholt 4
1112 XH Diemen
Postbus 320
1110 AH Diemen
www.cvz.nl
info@cvz.nl

T +31 (0)20 797 89 59

Contactpersoon
mw. mr. M.E. Kroes
T +31 (0)20 797 86 31

Onze referentie
0530.2013081532

Geachte mevrouw Schippers,

Het College voor zorgverzekeringen heeft op 10 juli 2013 het Advies Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg, deel 2, vastgesteld. Dit advies is het vervolg op het Rapport G-GGZ, deel 1, (april 2012).

In het advies (zie bijlage) gaan wij in op uw vraag over toekomstbestendige GGZ via twee hoofdlijnen: de begrenzing van de GGZ en het gepast gebruik van GGZ.

Wij onderkennen dat de nieuwe structuur in de GGZ per 2014 kansen en risico's biedt. Omdat de concrete invulling van het bestuurlijk akkoord nog moet plaatsvinden en de bijdrage daarvan aan goede, zinnige en zuinige geneeskundige GGZ in de praktijk nog moet blijken, achten wij monitoring van het grootste belang. Over twee jaar zullen wij de resultaten onder de loep nemen.

Wij raden u nadrukkelijk aan op korte termijn met de huisartsen in gesprek te gaan zodat zij de rol die wij in dit advies aan hen toedichten, daadwerkelijk per 2014 gestalte kunnen geven.

Hoogachtend,

Arnold Moerkamp
Voorzitter Raad van Bestuur

Advies Geneeskundige Geestelijke
Gezondheidszorg, deel 2

Op weg naar een toekomstbestendige GGZ

Datum 10 juli 2013

Colofon

Volgnummer	2013077950
Contactpersonen	Hanneke van Diggelen +31 (0)20 797 85 49 Marlies Kroes +31 (0)20 797 86 31
Sector	Zorg
Uitgebracht aan	Minister van VWS

Inhoud

Colofon—1

Samenvatting, conclusies en aanbevelingen—5

1 Inleiding—13

1.1 Aanleiding—13

1.2 Leeswijzer—13

2 Context—15

2.1 Inleiding—15

2.2 Bestuurlijk akkoord—15

2.3 Kostenontwikkeling—16

2.4 Overgang van DSM-IV naar DSM-5—17

3 Wat is de aanspraak GGZ?—19

3.1 Inleiding—19

3.2 Begrenzing geestelijke gezondheidszorg in de Zvw—19

3.2.1 Wettelijk kader—19

3.2.2 Wat is wel en wat is niet verzekerde GGZ?—21

3.2.3 G-GGZ: Generalistische Basis GGZ en Gespecialiseerde GGZ—24

3.3 De stand van de wetenschap en praktijk—25

3.4 Geïndiceerde preventie—26

3.4.1 Achtergrondinformatie—26

3.4.2 Pakketbeoordeling—28

3.4.3 Overwegingen en advies—31

3.4.4 Reacties partijen—31

3.5 Aanpassingsstoornissen—32

3.5.1 Achtergrondinformatie—32

3.5.2 Pakketbeoordeling—33

3.5.3 Overwegingen en advies—33

3.5.4 Reacties partijen—34

4 Gepast gebruik van het GGZ-pakket—37

4.1 Inleiding—37

4.2 De huisarts als sleutelfiguur—37

4.3 Kwaliteitsstandaarden—38

4.4 Wie levert de zorg?—39

4.5 Nieuwe structuren en bekostiging—41

4.6 Sturing door verzekeraars—43

4.7 GGZ interventies vergoeden vanuit het juiste kader—46

5 Adviescommissie Pakket—55

6 Conclusies en aanbevelingen—57

Bijlage 1 Dynamisch overzicht psychologische interventies die wel voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk—63

Bijlage 2 Dynamisch overzicht psychologische interventies die niet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk—65

Bijlage 3 Ontvangen reacties—67

Samenvatting, conclusies en aanbevelingen

In vervolg op het rapport G-GGZ deel 1, dat het CVZ in april 2012 aanbood aan de minister van VWS, brengen we bij dezen het aangekondigde tweede deel uit. In dit advies bekijken wij op verzoek van de minister van VWS de verzekerde aanspraken voor de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (G-GGZ).

Met G-GGZ wordt bedoeld het gedeelte van de GGZ dat sinds 1 januari 2008 gefinancierd wordt uit de middelen van de Zorgverzekeringswet (Zvw).

Doel van dit advies is bij te dragen aan een toekomstbestendige GGZ. Een GGZ die een belangrijke bijdrage levert aan een gezonde, veerkrachtige en veilige samenleving, die toegankelijk is en blijft voor psychisch kwetsbare mensen die onbetwist zorg nodig hebben. Dit advies brengen we uit in de context van het Bestuurlijk Akkoord dat patiënten, zorgaanbieders en zorgverleners met VWS voor de GGZ hebben afgesloten. We doen dat vanuit het specifieke perspectief van pakketbeheer, zoals aangekondigd is in het Bestuurlijk Akkoord.

Wij beschrijven in dit advies twee hoofdlijnen:

A. Begrenzing van de GGZ

Dit deel betreft de begrenzing van de binnen de Zorgverzekeringswet (Zvw) verzekerde GGZ, en daarbinnen het deel dat we geneeskundige GGZ noemen (G-GGZ). Daarmee geven we tevens een afbakening ten opzichte van interventies die weliswaar op het gebied van geestelijke gezondheidszorg liggen, maar die deel uitmaken van andere (ook ZVW verzekerde) zorgsectoren waar huisartsen en medici met een somatische specialisatie primair de verantwoordelijkheid hebben.

Bij het bepalen van de begrenzing hebben we het verzoek van de minister meegenomen om te adviseren over mogelijke beperking van het te verzekeren pakket G-GGZ, volgens de gebruikelijke pakketcriteria: noodzakelijkheid, effectiviteit, kosteneffectiviteit en uitvoerbaarheid. Daarbij hebben wij concreet gekeken naar de noodzaak om geïndiceerde preventie van depressie, paniekstoornissen en problematisch alcoholgebruik te handhaven binnen het pakket van verzekerde aanspraken. Tevens geven wij een beoordeling van het eerdere besluit van de minister om de behandeling van aanpassingsstoornissen van de verzekerde zorg uit te sluiten.

We beoordelen voorts de vraag of een aantal in de praktijk voorkomende psychologische interventies voldoen aan het wettelijke criterium van "de stand van de wetenschap en de praktijk".

B. Gepast gebruik van GGZ

Welke voorwaarden moeten (binnen die begrenzing) worden gerealiseerd om gepast gebruik van die zorg te bevorderen?

Binnen de verzekerde aanspraken is het voor de houdbaarheid van ons zorgstelsel van essentieel belang om te komen tot een gepast gebruik daarvan. Dit geldt voor de hele zorg. We gaan bij onze beschouwingen uit van de huidige financieringsstructuur, maar we sorteren ook voor op de nieuwe structuur voor de versterking van de huisartsenzorg en de invoering van de Generalistische Basis-GGZ

en Gespecialiseerde GGZ, die nu in ontwikkeling is op grond van het Bestuurlijk Akkoord GGZ. Voorts wijzen we in dit deel van ons advies nadrukkelijk op het belang van de ontwikkeling en toepassing van kwaliteitstandaarden (richtlijnen, zorgstandaarden, kwaliteitsnormering en bijbehorende meetinstrumenten), het belang van de rol van de huisarts en het belang van de sturing door verzekeraars bij wie in het zorgstelsel een belangrijke verantwoordelijkheid toekomt om het gepast gebruik van zorg te stimuleren en controleren.

Conclusies en aanbevelingen

Het CVZ komt, mede op grond van een intensieve dialoog met betrokken partijen, tot de volgende conclusies en aanbevelingen:

A. Conclusies en aanbevelingen begrenzing G-GGZ

1. De rol van de huisarts bij klachten en stoornissen

De zorgverzekering is bedoeld voor zorg bij ziekte en niet voor hulp bij problemen die niet tot ziekte gerekend kunnen worden. Dat onderscheid is principieel, maar in de praktijk problematisch dan wel op zijn minst kunstmatig. Het CVZ kiest voor de al langer gebezigde termen "klacht" en "stoornis" om dit onderscheid te benaderen, zich ervan bewust dat: a) het hier geen contrast betreft: klachten kunnen wijzen op stoornissen of juist niet, stoornissen kunnen ook zonder klachten bestaan, b) het onderscheid tussen gestoorde en ongestoorde verwerking bijvoorbeeld van grote trauma's niet altijd scherp kan worden getrokken. Het CVZ kiest, met een open oog voor deze nadelen, toch voor de termen "klachten en stoornissen" voor het bedoelde onderscheiden van het doelgebied van de G-GGZ, omdat ze voor dit doel inmiddels flink ingeburgerd zijn geraakt. Het gaat er uiteindelijk niet om op papier een sluitend onderscheid te vinden, maar het gaat om de praktijk, waarin de huisarts immers bij uitstek de aangewezen is en bekwaam is om te onderscheiden tussen ziekte en niet-ziekte. De behandeling van psychische klachten, zonder dat sprake is van een psychische stoornis, valt niet onder de G-GGZ, maar kan wel vergoed worden binnen de huisartsenzorg. Wij herhalen dit standpunt, dat ook al vermeld staat in het Rapport G-GGZ, deel 1, en eerdere publicaties in de wetenschap dat een scherpe afgrenzing tussen psychische klachten en stoornissen niet altijd mogelijk is en voor de behandelaar soms gekunsteld kan overkomen. Het onderscheid is naar onze mening niettemin ook met zijn beperkingen voldoende bruikbaar om de zorgverlening zo te organiseren dat vergoeding van hulp bij 'klachten van psychische aard' zonder dat sprake is van een stoornis niet behoort tot het specifieke GGZ domein, maar tot het domein van de huisarts en zijn praktijkondersteuning, net zoals dat ook in de somatiek het geval is.

Omdat de juiste diagnostiek complex kan zijn onderschrijven wij van harte de afspraak van partijen in het Bestuurlijk Akkoord om voor de huisarts de mogelijkheid te creëren van een consultatie van een psychiater of andere GGZ-professionals, met daarbij een vergoedingsmogelijkheid. Daarmee wordt de diagnostische blik van de specialist binnen het huisartsendomein gehaald en onnodige doorverwijzing voorkomen.

2. Beoordeling stand van wetenschap en praktijk van een aantal interventies

Het CVZ duidt de psychologische interventies zoals opgenomen in bijlagen 1 en 2 bij het rapport als wel of niet voldoende aan de stand van de wetenschap en de praktijk en sluit deze laatste interventies derhalve uit van de verzekerde zorg.

3. *Beoordeling al dan niet uitsluiten van geïndiceerde preventie*

Bij hoog risico op depressie, problematisch alcoholgebruik en paniekstoornissen krijgen patiënten binnen de huisartspraktijk vroegtijdige preventieve interventies aangeboden.

Uit het beschikbare wetenschappelijk onderzoek lijken deze kortdurende interventies kosteneffectief. Hoewel onderzoek naar langetermijneffecten geboden is, adviseren wij de minister om geïndiceerde preventie van depressie, paniek- en angst en problematisch alcohol gebruik tot het verzekerde pakket huisartsenzorg te laten blijven behoren. Dit advies sluit aan bij het beleid om de positie van de huisarts en de praktijkondersteuner GGZ (POH-GGZ) te versterken en zorg te bieden die aansluit bij de ernst van de klachten (stepped care) volgens de standaarden van de huisartsengeneeskunde. Kosteneffectief betekent dat we voor relatief weinig geld relatief effectief veel gezondheidswinst boeken. Daarvan is hier bij uitstek sprake: uitsluiting van deze zorg zou *penny wise, pound foolish* zijn.

4. *Beoordeling uitsluiten van aanpassingsstoornissen*

Op dit moment ontbreken gegevens over beloop, indicatie voor behandeling en effectiviteit van de behandeling van aanpassingsstoornissen. Er zijn ook geen richtlijnen of standaarden. Wij roepen de beroepsgroep op de totstandkoming daarvan ter hand te nemen. Zolang er geen duidelijkheid is over beloop, indicatie voor behandeling en effectiviteit van de behandeling achten wij uitsluiting van het verzekerde pakket terecht. Zodra een adequate richtlijn of standaard beschikbaar is kunnen wij een pakketbeoordeling doen op grond waarvan wij de minister eventueel zouden kunnen adviseren om de pakketmaatregel ten aanzien van de vergoeding van hulp bij aanpassingsstoornissen te heroverwegen.

Door de verwijdering van aanpassingsstoornissen uit het verzekerde pakket is er echter een ander probleem aan het licht gekomen. Kinderen en jongeren die slachtoffer zijn van huiselijk geweld en/of seksueel misbruikt zijn hebben een groot risico op het ontwikkelen van een psychische stoornis. De hulpverlening vanuit de G-GGZ werd aanvankelijk gedeclareerd op de diagnose aanpassingsstoornis, en toen hulp bij deze stoornis werd uitgesloten van vergoeding, werd er gedeclareerd op de zogenaamde V-codes die hier niet voor bedoeld zijn. Gezien het belang van de toegankelijkheid van deze hulpverlening adviseren wij de minister om hiervoor een afzonderlijke prestatieomschrijving te laten opstellen die een titel kan zijn voor vergoeding. Ook hier geldt overigens dat het zeer wenselijk is als er op korte termijn duidelijke richtlijnen worden opgesteld.

B. Conclusies en aanbevelingen gepast gebruik van GGZ

Gepast gebruik van zorg houdt in dat iedereen die zorg nodig heeft, de juiste zorg krijgt (niet te weinig, maar ook niet meer dan nodig) van de juiste hulpverlener/zorgaanbieder (op de juiste plaats in de keten/echelons). Het begrip 'gepaste zorg' omvat dus zowel de kwaliteit van zorg als de doelmatigheid en het handhaven van gemaakte afspraken over taakverdelingen. De belangrijkste voorwaarde is dat alle partijen (aanbieders, patiënten en verzekeraars) hun verantwoordelijkheid nemen. De professionals hebben daarbij in samenspraak met de patiënten de belangrijkste taak. De verzekeraars moeten hier op sturen en toezien.

1. *De centrale rol voor de huisarts*

De huisarts kan op twee manieren bijdragen aan gepast gebruik van de GGZ: door patiënten zelf te behandelen volgens de bestaande standaarden (daarbij ondersteund door de POH-GGZ) en door bij eventuele verwijzing naar de basis-GGZ of de specialistische GGZ zorgvuldig te selecteren. Beide punten zijn voorbeelden van stepped care en matched care. Stepped care houdt in dat de patiënt telkens de minst ingrijpende behandeling krijgt die zinvol lijkt; alleen als deze niet effectief is, wordt de volgende stap gezet. Matched care houdt in dat daarbij wel rekening gehouden wordt met de ernst van de klachten, zodat iemand met ernstige problematiek van begin af aan passende zorg ontvangt.

Wij adviseren de verschillende professies en verzekeraars in gezamenlijk overleg de voorwaarden te realiseren op het vlak van informatievoorziening om deze rol voor huisartsen mogelijk te maken. Huisartsen moeten goed geïnformeerd zijn en blijven over de behandeling van hun patiënten, willen zij hun verwijzende rol goed kunnen spelen.

Ook adviseren wij om doorverwijzing naar de specialistische GGZ uitsluitend via de huisarts te laten lopen.

2. Het belang van kwaliteitstandaarden voor gepast gebruik van zorg

Een essentiële randvoorwaarde voor gepast gebruik van zorg is dat professionals consensus bereiken over de vraag wat passende zorg is binnen de gehele keten van zorg. Dat lijkt triviaal, maar de huidige richtlijnen en standaarden bieden vaak nog onvoldoende houvast. Er wordt gewerkt aan de ontwikkeling van nieuwe multidisciplinaire richtlijnen voor verscheidene psychische aandoeningen. In het Bestuurlijk Akkoord is afgesproken dat partijen een kwaliteitsprogramma opzetten voor de ontwikkeling van behandelrichtlijnen en bijbehorende meetinstrumenten. Hiertoe hebben LPGGz, NVvP en NIP de Stichting Landelijk Samenwerkingsverband Kwaliteitsstandaarden GGZ (LSKS) opgericht.

Wij adviseren hierbij wel de vrijblijvendheid in het tempo weg te nemen en goede afspraken in het verlengde van het Bestuurlijk Akkoord te maken. Vanuit onze nieuwe rol in het kader van het Kwaliteitsinstituut willen we daar graag behulpzaam bij zijn. Ook bevelen wij een nauwe samenwerking met cq aansluiting van de huisartsen aan om tot goede afstemming te komen op het gebied van de kwaliteitsstandaarden, immers het gaat hier om de gehele keten van zorg waar ook de huisarts deel vanuit maakt.

3. Verantwoordelijkheden goed vastleggen: hoofdbehandelaarschap

Goed gebruik van zorg betekent ook dat duidelijk is wie de zorg levert. Ook hierover zijn afspraken gemaakt in het Bestuurlijk Akkoord. Over het hoofdbehandelaarschap binnen de G-GGZ heeft de minister begin juli 2013 duidelijkheid gegeven, voorlopig voor de periode tot 2016. Wij tekenen hierbij aan dat de uitbreiding van het aantal hoofdbehandelaars, net als de complexe structuur van de G-GGZ, het risico voor ongepast gebruik verhoogt.

Het is uiteindelijk aan de verzekeraar om in de polis aan te geven wie welke zorg levert en daarop toe te zien in de afhandeling van declaraties.

Wij adviseren de vrijblijvendheid in het tempo van het vastleggen in de richtlijnen wie de zorg levert weg te nemen. Ook hier willen wij vanuit het Kwaliteitsinstituut graag behulpzaam zijn.

4. Nieuwe structuren: kansen en risico's

Partijen hebben in het Bestuurlijk Akkoord een nieuwe structuur voor de GGZ vastgelegd. Er komt dan een basis GGZ, waarin drie producten worden ontwikkeld voor de behandeling van patiënten met minder complexe psychische stoornissen en één product voor chronische patiënten, en een gespecialiseerde GGZ voor patiënten bij wie sprake is van een psychische stoornis op grond van meer gecompliceerde problematiek. Partijen onderkennen in het Bestuurlijk Akkoord het belang van goede monitoring van de invulling en uitwerking van de gemaakte afspraken.

Deze nieuwe indeling – basis GGZ en gespecialiseerde GGZ – biedt kansen voor het toegankelijk en betaalbaar houden van de GGZ. De nieuwe structuur geeft naar verwachting ook meer en betere mogelijkheden om stepped care aan te bieden, hetgeen een positief effect zal hebben op de kwaliteit van de zorg en gepast gebruik. Om deze kansen ook echt te verzilveren, is het nodig dat betrokken een helder onderscheid maken tussen basis GGZ (en de producten) en de gespecialiseerde GGZ. Het moet voor iedereen (huisarts, andere hulpverleners, patiënten en verzekeraars) zoveel als mogelijk duidelijk zijn welke patiënt waarheen verwezen dient te worden.

De nieuwe structuur is complex, mede door het grote aantal verschillende GGZ zorgverleners. Het onderscheid tussen basis GGZ en gespecialiseerde GGZ is nog onduidelijk. De nieuwe structuur vindt zijn regeling in bekostigingstitels, terwijl in de verzekering en in de aanspraken van verzekerden geen wijziging plaatsvindt. We constateren dat bekostiging en aanspraken en ook richtlijnen wat betreft terminologie niet op elkaar aansluiten. Verzekerden hebben aanspraak op GGZ op grond van de Zvw, niet op basis GGZ (of één van de vier producten) of gespecialiseerde GGZ.

Wij signaleren het risico van "opwaartse druk" tussen basis GGZ en gespecialiseerde GGZ als ook binnen de verschillende producten van de basis GGZ, indien de criteria voor het onderscheid niet scherp zijn of niet worden nageleefd. Bij het ontwerp van deze nieuwe structuur is het van groot belang om financiële prikkels die ongewenste stimulansen geven, uit te bannen. De inzet van een product moet plaatsvinden op inhoudelijke gronden, niet op financiële gronden. Redenen om te pleiten voor kwalitatief goed onderbouwde richtlijnen en een goede monitoring.

Monitoring is heel belangrijk en wij dringen er op aan dat over twee jaar de eerste resultaten beschikbaar zijn om zo nodig opnieuw over de begrenzing van de GGZ te adviseren.

Verder adviseren wij om het risico van "opwaartse druk" te beperken door te eisen dat de patiënt, wanneer behandeling in de basis GGZ onvoldoende effect heeft, eerst terug verwezen wordt naar de huisarts en –zoals we bij de rol van de huisarts adviseerden- de verwijfsfunctie naar de gespecialiseerde GGZ uitsluitend bij de huisarts te leggen tenzij uit de nadere uitwerking van de basis GGZ blijkt dat er scherp te duiden situaties zijn dat dit geen toegevoegde waarde heeft.

5. Sturing door verzekeraars op gepast gebruik van zorg

De verzekeraars hebben een verantwoordelijkheid bij het bevorderen van gepast gebruik van zorg. Bij het opstellen van polissen en het contracteren van zorg kunnen zij extra aandacht besteden aan kwaliteit, doelmatigheid en verantwoording.

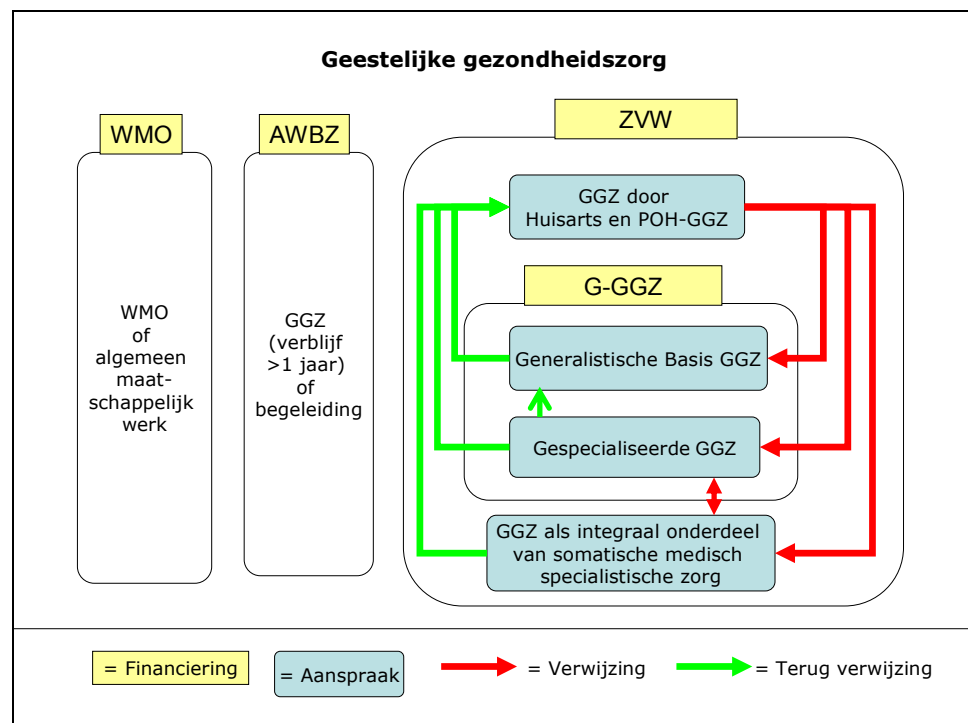
Aangezien zij verantwoordelijk zijn voor de juistheid van declaraties, zullen zij ook toetsen of de zorg ook daadwerkelijk geleverd is zoals gedeclareerd. Dit vereist wel dat de zorgaanbieders voldoende informatie geven op de doorverwijzing en op de declaratie over de zorg die zij leveren bij een bepaalde indicatie.

Wij achten transparantie van de aanbieders en goede materiële controles door verzekeraars van groot belang voor gepast gebruik van zorg. Dit is een absolute voorwaarde voor de bijdrage van zorgverzekeraars aan gepaste zorg.

Voor het handhaven is een duidelijke omschrijving van indicaties en interventies belangrijk. Ook het aangeven wie de zorg kan en mag verlenen bevordert de transparantie. Verdere aanscherping in richtlijnen kan hieraan bijdragen.

6. GGZ interventies vergoeden uit het juiste kader

Bekostiging van op de psyche gerichte geneeskundige interventies op voet van de Zvw vindt met de uitwerking van het Bestuurlijk Akkoord vanaf 2014 plaats in vier modaliteiten: a) de huisartsenzorg, inclusief de POH-GGZ; b) de Generalistische Basis GGZ; c) de Gespecialiseerde GGZ en d) de medisch psychologische zorg en de consultatieve psychiatrie als onderdeel van integrale behandeling van de somatisch medisch specialist. De onderdelen b en c vormen samen de G-GGZ zoals die in 2008 vanuit de AWBZ onder de ZVW is gebracht. Er is sprake van een complexe bekostigingsstructuur:



Wij volgen (voor zover beschikbaar en relevant) de door professionals opgestelde richtlijnen voor de toedeling van geneeskundige GGZ naar de verschillende bekostigingscategorieën. Leidraad daarbij is de noodzaak van integrale zorg. De bekostiging mag naar ons oordeel niet belemmerend zijn voor integrale zorg vanuit patiëntperspectief. Daarom bevelen wij aan vormen van integrale bekostiging te onderzoeken voor de zorg aan dementerenden. Het gaat hier om een aanzienlijk,

groeiend aantal patiënten. Zorg voor deze patiënten bevindt zich op het grensgebied van de competentie van AWBZ instellingen, huisartsen, geriaters, wijkverpleegkundigen, specialisten ouderengeneeskunde, GGZ en Wmo. Het risico bestaat dat daardoor de optimale zorg niet tot stand komt.

1 Inleiding

1.1 Aanleiding

Dit advies betreft de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (G-GGZ). Het is een vervolg op het Rapport Geneeskundige GGZ, deel 1¹, dat het CVZ in april 2012 aan de minister van VWS heeft aangeboden. Met Geneeskundige GGZ (G-GGZ) wordt bedoeld het gedeelte van de GGZ dat sinds de overheveling uit de AWBZ op 1 januari 2008 gefinancierd wordt uit de middelen van de Zorgverzekeringswet (Zvw).

Doel van dit advies is bij te dragen aan een toekomstbestendige GGZ. Een GGZ die een belangrijke bijdrage levert aan een gezonde, veerkrachtige en veilige samenleving, en die toegankelijk is en blijft voor psychisch kwetsbare mensen die onbetwist zorg nodig hebben. Het advies is tot stand gekomen in een intensieve dialoog met betrokken organisaties van patiënten, instellingen, professionals en verzekeraars.

1.2 Leeswijzer

Het CVZ beschrijft in dit advies een verkenning op twee hoofdlijnen:

- A. de begrenzing van de binnen de Zorgverzekeringswet (Zvw) verzekerde GGZ, en daarbinnen het deel dat we G-GGZ noemen.
- B. binnen die begrenzing: welke voorwaarden moeten worden gesteld aan het gepast gebruik van die zorg, uit een oogpunt van goede, zinnige en zuinige zorgverlening en hoe kan gepast gebruik worden bevorderd?

Deze vragen worden in hoofdstuk 2 allereerst geplaatst in hun maatschappelijke context. Ook een belangrijke nieuwe ontwikkeling binnen de diagnostiek van de psychische stoornissen, de publicatie van DSM-5, komt in dit hoofdstuk kort aan de orde.

De begrenzing van GGZ wordt nader uitgewerkt in hoofdstuk 3. Het gaat daarbij om vragen als:

- Wat is de rol van de huisarts, wat behoort tot G-GGZ en wat tot de somatisch medisch-specialistische zorg?
- Welke soorten zorg zijn verzekerd als G-GGZ, voor welke interventies is in wetenschap en praktijk voldoende basis voor vergoeding binnen het pakket?
- Is er aanleiding voor uitsluitingen van het verzekerde pakket, met name in het concrete geval van geïndiceerde preventie van depressie, problematisch alcoholgebruik en paniekstoornis?
- Is er aanleiding voor toelating tot het verzekerde pakket van een in de DSM-IV benoemde stoornis die nu buiten het pakket valt, in het concrete geval van aanpassingsstoornissen?

Hoofdstuk 4 is gewijd aan het thema 'gepast gebruik'.

Hoe kunnen we gepast gebruik van zorg bevorderen? De volgende "instrumenten" komen daarbij aanbod:

¹ CVZ, Rapport Geneeskundige GGZ (deel 1). Wat is nu verzekerde zorg en wat niet? Diemen, 2012. www.cvz.nl

- De huisarts als sleutelfiguur
- Kwaliteitsstandaarden (richtlijnen, zorgstandaarden en meetinstrumenten)
- Duidelijkheid over wie de zorg verleent (deskundigheidsniveau)
- Heldere organisatiestructuren en bekostiging van zorg
- Sturing door verzekeraars op gepast gebruik van zorg
- Interventies vergoeden vanuit het juiste kader

In hoofdstuk 5 is het advies van de Adviescommissie Pakket opgenomen en gaan we in op de consultaties.

2 Context

2.1 Inleiding

Voor de gehele gezondheidszorg is het een grote uitdaging om de zorg in de komende jaren toegankelijk en betaalbaar te houden. De minister heeft alle partijen in februari 2013 opgeroepen daartoe voorstellen te doen.² Er zijn immers grote zorgen over de betaalbaarheid van de zorg op langere termijn en daarmee over de houdbaarheid van ons op solidariteit gebaseerd zorgstelsel.³

Verscheidene instrumenten worden ingezet om de houdbaarheid van onze gezondheidszorg te waarborgen. Het sluiten van bestuurlijke akkoorden is er daar één van. Gedurende de looptijd van die akkoorden kan worden gewerkt aan structurele maatregelen.

In dat kader past ook een kritische beschouwing van de verzekerde aanspraken. Het Regeerakkoord geeft opdracht tot een stringent pakketbeheer, niet alleen wat betreft de instroom van nieuwe middelen en behandelingen, maar ook door systematisch de bestaande aanspraken onder de loep te nemen. Dat geldt in de volle breedte van de gezondheidszorg.

De Minister van VWS heeft in dat perspectief het CVZ in vervolg op het rapport GGZ, deel 1 van april 2012 verzocht nader te duiden wat onder de aanspraak geneeskundige GGZ valt en wat niet. Ook heeft de minister ons gevraagd om te adviseren over nadere inperking van de indicatie of van zorgvormen die nu onder de basisverzekering vallen.⁴ In het Bestuurlijk Akkoord van vorig jaar is dit onderwerp eveneens opgenomen:

In aansluiting op het rapport 'Geneeskundige GGZ (deel 1): wat is nu verzekerde zorg en wat niet?' (6 april 2012) zal het CVZ voorstellen voor een scherpere afbakening van de curatieve GGZ in de Zvw uitwerken in het najaar 2012.

Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013-2014, 18 juni 2012

Het CVZ geeft zoals gezegd invulling aan deze opdracht door een verkenning op het gebied van begrenzing van de op voet van de Zvw verzekerde GGZ (wat valt wel en wat valt niet onder de Zvw-verzekerde zorg) en (binnen die begrenzing) de voorwaarden die ten behoeve van gepast gebruik van zorg moeten worden gerealiseerd, uit een oogpunt van goede, zinnige en zuinige zorgverlening.

2.2 Bestuurlijk akkoord

Dit advies verschijnt in een context waarin partijen hard werken aan de invulling van het Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013-2014⁵ dat de bij de GGZ betrokken partijen in juni 2012 hebben gesloten, in navolging van andere sectoren in de zorg.

² Buitenhof, Brief TK d.d. 27 februari 2013 Uitnodiging veldpartijen voor alternatieve pakketmaatregelen

³ Diverse rapporten o.a. CPB. Toekomst voor de zorg. Den Haag, 2013.

⁴ Brief TK d.d. 15 juni 2012

⁵ Bestuurlijk akkoord 18 juni 2012

En zoals daarin is aangekondigd bekijkt het CVZ de zorg vanuit het specifieke perspectief van het verzekerde pakket. Versterking van de rol van de huisarts bij het bieden van zorg aan mensen met psychische problemen, invoering van een ander bekostigingssysteem, waarbij onderscheid gemaakt wordt tussen Generalistische Basis-GGZ en Gespecialiseerde GGZ, beddenreductie met verdere opbouw van ambulante zorg en de verdere ontwikkeling van richtlijnen (kwaliteitsstandaarden) moeten dit bevorderen.

Vertegenwoordigers van zorgaanbieders en beroepsverenigingen (GGZ-Nederland, Meer GGZ, de Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen, het Nederlands Instituut van Psychologen, de Nederlandse Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen & Psychotherapeuten, de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en de Landelijke Vereniging Georganiseerde eerstelijnszorg), zorgverzekeraars (Zorgverzekeraars Nederland), cliënten- en familieorganisaties (Landelijk Platform GGZ) en de overheid (het ministerie van VWS) hebben een gezamenlijke verantwoordelijkheid om bij te dragen aan een gevarieerd aanbod van kwalitatief goede en doelmatige zorg voor patiënten met psychische aandoeningen. Door een gezamenlijke inhoudelijke agenda kan de zorg in de toekomst kwalitatief hoogwaardig én betaalbaar blijven. Deze agenda is onontkoombaar voor de toekomst. De forse groei van de afgelopen jaren en de daarmee gepaard gaande budgettaire overschrijdingen hebben het kabinet genoodzaakt voor 2012 moeilijke maatregelen te treffen, die fors hebben ingegrepen. Door deze inhoudelijke agenda willen partijen tot een beheerste kostenontwikkeling van de geestelijke gezondheidszorg komen. Daarmee beogen zij eenzijdige ingrepen vanuit de overheid te voorkomen.

Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013-2014, 18 juni 2012

Het CVZ onderschrijft deze doelstellingen van harte vanuit het perspectief van het pakketbeheer maar ook vanuit zijn nieuwe taak op het gebied van kwaliteit. Vooral de structurele versterking van de rol van de huisarts in de zorgverlening aan mensen met psychische problemen kan veel betekenen voor kwalitatief goede, integrale en doelmatige zorg.

2.3

Kostenontwikkeling

In het rapport Geneeskundige GGZ, deel 1 heeft het CVZ de voorlopige kosten van te verzekeren GGZ (exclusief huisartsenzorg) over 2010 geraamd op € 5,9 miljard. In deze raming was de opbrengstverrekening niet meegenomen. Daarmee rekening houdend zijn de kosten in 2010 uitgekomen op € 5,3 miljard. Bij brief van 23 april 2013 heeft de minister de Marktscan GGZ van de NZa en de notitie Kostenontwikkeling GGZ van het RIVM aan de Tweede Kamer aangeboden. Ook de NZa komt tot een bedrag van € 5,3 miljard voor 2010.⁶

Hoewel er nog geen definitieve cijfers zijn, lijken de kosten in 2012 ten opzichte van 2011 vooralsnog niet te zijn toegenomen. In dit verband vermelden we dat er voor het jaar 2012 maatregelen zijn genomen. Voor de tweedelijns GGZ gold in 2012 voor zowel extramurale als intramurale zorg in het kader van de Zvw een eigen bijdrage. Hoewel hierover nog geen harde cijfers bestaan, is aan te nemen dat deze

⁶ NZa, Marktscan en beleidsbrief GGZ, februari 2013

maatregelen ertoe hebben geleid dat minder verzekerden zich tot een hulpverlener hebben gewend.

2.4 Overgang van DSM-IV naar DSM-5

In dit advies gaan we uit van de indeling in psychische stoornissen zoals die omschreven staan in het vierde Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV). We sluiten daarmee aan bij de richtlijnen die binnen de GGZ worden gehanteerd, die zich ook op de DSM IV baseren.

DSM is een classificatiesysteem van psychische stoornissen dat vanaf de jaren 50 van de vorige eeuw steeds verder is ontwikkeld en opgesteld onder verantwoording van de American Psychiatric Association (APA). Het wordt wereldwijd gebruikt bij zorgverlening en wetenschappelijk onderzoek. De diagnostische criteria van de psychische stoornissen zijn richtlijnen voor het stellen van een uiteindelijke diagnose en hebben gezorgd voor een 'eenheid van taal' tussen klinici en onderzoekers in de wereld. Belangrijk is dat de DSM niet op een technisch mechanische wijze wordt gebruikt door onervaren klinici of zelfs door leken, maar gewogen wordt binnen de professionele ervaring van de hulpverleners.⁷

De DSM-IV sluit grotendeels aan bij de tiende editie van de International Classification of Diseases (ICD-10 van de WHO (1992)). In 2000 vond de zesde en laatste revisie plaats en is bekend als DSM-IV-TR. Vanaf 1999 heeft de APA in samenwerking met de WHO een onderzoeksagenda opgesteld om te komen tot een meer wetenschappelijk onderbouwde en in de praktijk getoetste DSM-5 classificatie. Van 2007 tot 2012 hebben verschillende werkgroepen literatuur-reviews en vervolgens field trials uitgevoerd en op 17 mei 2013 is de definitieve DSM-5 versie geïntroduceerd. De ICD-11 zal naar verwachting in 2015 verschijnen en wat betreft de psychische stoornissen aansluiten op de DSM-5. De keuze om tot een cijfer aanduiding te komen is gelegen in het feit dat de DSM-5 gezien wordt als een 'levend' document waarbij snellere revisie mogelijk is (DSM-5.1, DSM-5.2).

De minister heeft gevraagd de gevolgen van de invoering van de DSM-5 voor de verzekering in beeld te brengen. Omdat de definitieve versie pas in mei 2013 is verschenen, zijn wij nog niet in de gelegenheid geweest om een goede vergelijking te maken tussen DSM-IV en DSM-5 met het oog op eventuele gevolgen voor het verzekerde pakket. We geven hier dan ook slechts een globale eerste verkenning.

Een opmerkelijke verandering van DSM-5 ten opzichte van eerdere DSM classificaties is dat er meer gewerkt wordt vanuit dimensies. Het multiaxiale systeem wordt verlaten. Meer dan bij alle eerdere versies is de DSM-5 gebaseerd op onderzoek en field trials waardoor de validiteit steviger is. Ook inhoudelijk zijn er enkele grote verschillen. Zo komt er geen aparte categorie Kinder & Jeugd stoornissen meer voor in DSM-5 en worden persoonlijkheidstoornissen geïntegreerd beschreven met klinische syndromen.

Globaal blijft het aantal stoornissen gelijk. Tevoren hadden sommigen bezorgdheid geuit dat met de komst van de DSM-5 het aantal te diagnostiseren stoornissen zou toenemen. De GAF (Global Assessment of Functioning Scale)-score wordt vervangen door de WHO-DAS (Disability Assessment Schedule).

⁷ Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-IV (p. VII), 1995

De nieuwe versie van DSM heeft al voor het verschijnen ervan geleid tot uiteenlopende reacties, zowel binnen de psychiatrie als daarbuiten. Sommige critici vrezen voor medicalisering van 'normale' klachten of symptomen.⁸ Een punt van kritiek dat ook bij eerdere versies van DSM te beluisteren viel. Anderen steunen juist de zorgvuldige onderzoeksagenda met field trials waardoor de DSM-5 een wetenschappelijker onderbouwing krijgt.^{9,10} Nog weer anderen zijn teleurgesteld omdat de beloofde fundering in de neurobiologie onvoldoende is doorgevoerd.

De invoering van de DSM-5 in de Nederlandse GGZ zal naar verwachting niet voor 2014 beginnen en dan nog geleidelijk plaatsvinden. Het zal nog langer duren voordat de nieuwe classificatie ook doorwerkt in richtlijnen.

Voor de te verzekeren G-GGZ is de DSM-IV en de bijbehorende richtlijnen de basis voor vergoeding. Het CVZ adviseert daarom aan de NZa, DBC-O en aan zorgverzekeraars en zorgverleners de indeling van de DSM-IV te blijven hanteren voor declaraties. De uitleg van de aanspraak verzekerde GGZ en de daaraan gerelateerde bekostiging (zie hoofdstuk 3 en hoofdstuk 4) is gekoppeld aan de DSM-IV. Wij zullen na het verschijnen van dit advies bezien in hoeverre de DSM-5 gebruikt kan worden voor de uitleg van de te verzekeren zorg. Daarbij zullen de richtlijnen het vertrekpunt blijven.

Het DBC GGZ systeem hanteert naast de DSM-IV indeling, ook de codes van de ICD. Ook een vergelijking met de ICD codes (en mogelijk ICD 11 in 2015), naast die tussen DSM-IV en DSM-5, is van belang. Partijen willen GGZ en somatiek wat betreft informatievoorziening beter bij elkaar laten aansluiten (Bestuurlijk Akkoord). Bij de hier aangekondigde advisering over de DSM-5 en de verzekering zal het CVZ ook de ICD codes betrekken.

⁸ Frances A, Medisch Contact 2011, nr 45; British Psychological Society, juni 2011

⁹ Regier DA, Narrow WE, Kuhl EA, et al. The conceptual development of DSM-V. Am J Psychiatry 2009 166:645-50

¹⁰ Bernstein CA, Meta-Structure in DSM-5 Process. Psychiatric News 2011;46:7

3 Wat is de aanspraak GGZ?

3.1 Inleiding

Dit hoofdstuk beschrijft de begrenzing van de binnen de Zorgverzekeringswet (Zvw) verzekerde GGZ, en daarbinnen de G-GGZ. Met G-GGZ wordt bedoeld het gedeelte van de GGZ dat sinds 1 januari 2008 gefinancierd wordt uit de middelen van de Zorgverzekeringswet (Zvw).

We besteden allereerst aandacht aan het wettelijk kader van de Zorgverzekeringswet. Daarna gaan we in op de GGZ zoals die binnen de Zvw verzekerd is en meer specifiek de aanspraak geneeskundige GGZ (G-GGZ). Vervolgens staan we stil bij het criterium van de 'stand van de wetenschap en praktijk' uit het Besluit zorgverzekering, dat als leidraad dient voor zorgverzekeraars bij het al dan niet vergoeden van interventies.

Dit hoofdstuk sluit af met twee analyses waarin we in de ene analyse ingaan op het verzoek van de minister om het verzekerde pakket kritisch te bezien. Het betreft de geïndiceerde preventie van depressie, problematisch alcoholgebruik en paniekstoornis binnen de huisartspraktijk. In de andere analyse gaan we in op de behandeling van de zogeheten aanpassingsstoornissen.

Wat betreft de geïndiceerde preventie komen we tot de conclusie dat deze gehandhaafd kan blijven binnen het huidige verzekerde pakket, als onderdeel van de huisartsenzorg. Op het gebied van de aanpassingsstoornissen roepen wij de betrokken beroepsgroepen op om richtlijnen te ontwikkelen.

3.2 Begrenzing geestelijke gezondheidszorg in de Zvw

3.2.1 *Wettelijk kader*

Een essentiële voorwaarde voor het eenduidig uitvoeren van de Zorgverzekeringswet (Zvw) is dat duidelijk is wat wel en wat niet tot de te verzekeren zorg behoort. De basis voor het pakket berust op de Zvw en de uitleg hiervan. Het CVZ heeft hiertoe een beoordelingskader uitgewerkt, dat als zodanig door het parlement is aanvaard.¹¹

Artikel 10 onder a en c Zvw bepaalt **dat het te verzekeren risico de behoefte aan geneeskundige zorg is.**

Artikel 11, derde lid, Zvw, geeft aan dat bij algemene maatregel van bestuur **de inhoud en omvang van de te verzekeren prestaties nader kunnen worden geregeld.**

Deze algemene maatregel van bestuur vindt zijn uitwerking in het Besluit zorgverzekering (Bzv).

Wat de zorg inhoudt, wordt bepaald door het domein van de Zvw. Uit de considerans van de Zvw blijkt dat de wet specifiek bedoeld is voor compensatie van de gevolgen van de behoefte aan geneeskundige zorg. Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, klinisch-psychologen, medisch-specialisten en verloskundigen

¹¹ CVZ, Pakketbeheer in de praktijk, 2009. Rapport Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk, 2007. Rapport Betekenis en beoordeling criterium 'plegen te bieden'. 2009. www.cvz.nl

die plegen te bieden. De verzekerde heeft slechts recht op een zorgvorm voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. En verder geeft de wet aan dat de inhoud en omvang mede wordt bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. Er moet dus sprake zijn van effectieve zorg. De omschrijving van geneeskundige zorg geeft aan dat het domein van de ZVW zich beperkt tot waar er sprake is van ziekte.¹²

Artikel 2.4 Bzv luidt:

Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden

De te verzekeren Zvw prestatie (aanspraak) wordt bekostigd uit verschillende financiële kaders, zoals huisartsenzorg, (somatische) medisch-specialistische zorg en geneeskundige GGZ. Hoewel over het belang van doorlaatbaarheid van de kaders over en weer het een en ander te zeggen valt, is gegeven de huidige afspraken bekostiging uit de juiste kaders van groot belang. Over de verschillende financiële kaders zijn met partijen afspraken gemaakt en maatregelen naar aanleiding van eventuele overschrijdingen slaan neer bij partijen voor wie de betreffende kaders bedoeld zijn.

In de praktijk worden uiteenlopende begrippen gehanteerd van (onderdelen van) G-GGZ, bijvoorbeeld eerstelijnspsychologische zorg (EPZ), specialistische GGZ, eerstelijns-GGZ of tweedelijns-GGZ. Deze omschrijvingen komen niet voor in de Zvw of het Bzv. Ook de nieuwe voorgenomen indeling in Generalistische Basis GGZ en Gespecialiseerde GGZ wordt niet expliciet genoemd. De wet kent (wat de G-GGZ betreft) alleen 'zorg zoals medisch specialisten en klinisch psychologen die plegen te bieden'.

De huidige eerstelijnspsychologische zorg is dus geen aparte prestatie/aanspraak binnen de Zvw. Deze zorg valt onder de zorg 'zoals klinisch psychologen die plegen te bieden'. In de praktijk wordt deze zorg over het algemeen geleverd door een gezondheidszorgpsycholoog (of eerstelijnspsycholoog, dit is een gz-psycholoog ingeschreven in het register van het NIP). De eerstelijnspsychologische zorg is nu beperkt tot vijf zittingen per kalenderjaar en er geldt een eigen bijdrage van € 20 per zitting dan wel € 50 voor een internetbehandeltraject.

Voor alle zorgvormen geldt het gestelde in artikel 2.1, tweede lid, Bzv. Daarin is bepaald dat de inhoud en omvang van de zorgvormen mede bepaald worden door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

Om te bepalen wat tot de stand van de wetenschap en praktijk gerekend moet worden, volgen we de principes van evidence-based medicine (EBM). Op basis hiervan nemen we een standpunt in over de vraag of een prestatie tot de te verzekeren zorg behoort en daarmee een te vergoeden of te verstrekken interventie is. In het rapport *Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk*¹³ hebben we beschreven hoe het CVZ beoordeelt of een prestatie voldoet aan dit criterium. Voor concrete voorbeelden zie bijlagen 1 en 2.

¹² Een uitzondering hierop vormt de preventieve zorg bij depressie, problematisch alcoholgebruik, paniekstoornissen en stoppen met roken. Voorwaarde voor de preventieve interventies is dat de huisarts het hoge risico op een van deze aandoeningen heeft vastgesteld. Vandaar dat het CVZ deze zorg aanduidt met de term geïndiceerde preventie.

¹³ CVZ, *Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk*. Diemen, 2007. www.cvz.nl

In de Zvw en het daarbij behorende Bzv zijn de meeste te verzekeren prestaties functiegericht omschreven. Dit betekent dat de wet zich beperkt tot 'wat' onder de te verzekeren prestaties valt en voor welk indicatiegebied deze prestatie geldt. Wat deze zorg precies inhoudt, ligt dus niet vast in de wet, maar wordt behalve door de stand van de wetenschap en praktijk ook bepaald door wat door de beroepsgroep als gebruikelijk wordt gezien (plegen te bieden).

In het Bzv is een algemeen indicatievereiste opgenomen. De verzekerde heeft op een vorm van zorg of dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen (art. 2.1).

De hiervoor beschreven benaderingswijze om zorg te beoordelen hanteren we voor alle zorg die vergoed wordt op basis van de Zvw.

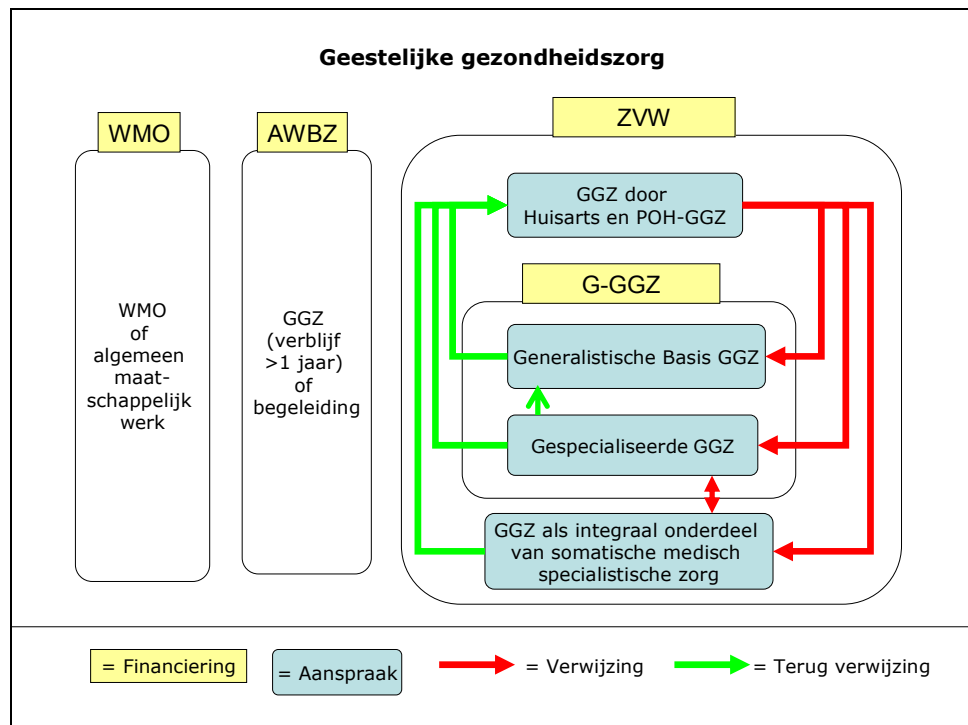
'Wie' de zorg verleent en 'waar' dat gebeurt, laat de wet over aan de zorgverzekeraar. De functiegerichte beschrijving van de zorg in de Zvw biedt de zorgverzekeraars de mogelijkheid om in de polis te beschrijven welke zorgverleners de prestaties kunnen aanbieden en welke prestaties concreet verzekerd zijn onder welke voorwaarden. Voorwaarde daarbij is wel dat de zorgverlener op grond van de wet Beroepen in de Individuele gezondheidszorg (BIG) bevoegd en bekwaam is om de specifieke zorg, zoals voorbehouden handelingen of inzake het voorschrijven van geneesmiddelen te leveren.

3.2.2 *Wat is wel en wat is niet verzekerde GGZ?*

Onder de Zvw wordt vanuit verschillende financiële kaders de verzekerde GGZ verleend. Het gaat om het huisartsenkader, het G-GGZ kader en het kader medisch-specialistische zorg.

De G-GGZ is de zorg die sinds 1 januari 2008 (overheveling vanuit de AWBZ) gefinancierd wordt uit de middelen van de Zvw. Nu is deze nog gedefinieerd als eerstelijnspsychologische zorg en tweedelijns GGZ (zelfstandig gevestigd psychiaters en psychotherapeuten en GGZ-instellingen). Het voornemen in het kader van het Bestuurlijk Akkoord is dit te wijzigen in Generalistische Basis GGZ en Gespecialiseerde GGZ.¹⁴ Wij sorteren in dit hoofdstuk zo veel mogelijk voor op de invoering van de basis GGZ en gespecialiseerde GGZ.

¹⁴ Voorhangbrief POH-GGZ en Generalistische Basis GGZ.



Rol van de huisarts

In dit advies gaan we onder meer in op de vraag bij welke indicatie een GGZ interventie vergoed mag worden (ten laste van de Zvw). De huisarts neemt op dat gebied een bijzondere plaats in. In de huisartspraktijk is immers vaak (nog) niet duidelijk of bepaalde klachten toe te schrijven zijn aan een specifieke stoornis. Vaak is zelfs nog niet helder of sprake is van een primair somatische of een psychische stoornis. Voor de huisartsenzorg en de vergoeding ervan is dat geen probleem. Net zoals bij somatische klachten die mogelijk maar niet zeker wijzen op een ziekte, gaat de huisarts bij psychische klachten te werk. De huisarts beoordeelt de aard en ernst van de symptomen en op basis daarvan bepaalt hij zijn eigen (vervolgdiagnostiek en) behandeling, en neemt hij een beslissing tot verwijzing. Problemen die niet tot de diagnose van een psychische stoornis leiden vragen van de huisarts interventies om problemen te verlichten en verergering te voorkomen. Psychologische interventies zoals Problem Solving Therapy zijn effectief gebleken en passen binnen de diverse NHG standaarden. Deze interventies kunnen verdere psychische onregelingen en/of het ontwikkelen van psychische stoornissen zo veel mogelijk voorkomen. Hoewel het ook voor de huisarts zinvol en richtinggevend kan zijn om een duidelijke diagnose te stellen, is het vaststellen van een psychische stoornis niet noodzakelijk voor verdere hulp door de huisarts en de vergoeding daarvan.

Alle partijen onderschrijven de centrale rol van de huisarts. Echter veel partijen zijn van mening dat de huisarts niet, of onvoldoende in staat is om op dit moment zijn rol voor de GGZ in te vullen. De LHV en NHG zelf wijzen op de toenemende belasting van de huisarts en benadrukken dat er voldoende adequate, structurele voorzieningen moeten worden getroffen, ondermeer de POH-GGZ en de consultatiemogelijkheid.

Klacht of stoornis?

De zorgverzekering is bedoeld voor zorg bij ziekte en niet voor hulp bij problemen die niet tot ziekte gerekend kunnen worden. Dat onderscheid is principieel, maar in de praktijk problematisch dan wel op zijn minst kunstmatig. Het CVZ kiest voor de al langer gebezigde termen "klacht" en "stoornis" om dit onderscheid te benaderen en is zich ervan bewust dat: a) het hier geen contrast betreft: klachten kunnen wijzen op stoornissen of juist niet, stoornissen kunnen ook zonder klachten bestaan; b) het onderscheid tussen gestoorde en ongestoorde verwerking bijvoorbeeld van grote trauma's niet altijd scherp kan worden getrokken. Het CVZ kiest, met een open oog voor deze nadelen, toch voor de termen "klachten en stoornissen" voor het bedoelde onderscheiden van het doelgebied van de G-GGZ, omdat ze voor dit doel inmiddels flink ingeburgerd zijn geraakt. Het gaat er uiteindelijk niet om op papier een sluitend onderscheid te vinden, maar het gaat om de praktijk, waarin de huisarts immers bij uitstek de aangewezen en bekwaam is om te onderscheiden tussen ziekte en niet-ziekte. Voor het pakket dat onder de G-GGZ valt, is dit onderscheid essentieel. Behandeling van klachten, zonder dat sprake is van een psychische stoornis, valt niet onder de G-GGZ (al kan behandeling van klachten zoals gezegd wel vergoed worden binnen de huisartsenzorg). De huisarts vervult in deze visie de centrale rol, zonodig ondersteund met een consult van één van de GGZ-professionals.

Het verschil tussen klachten en stoornissen is dat bij mensen met alleen psychische klachten, deze klachten zich nog niet zodanig ontwikkeld hebben dat er sprake is van een stoornis, zoals omschreven in de DSM-IV.

Het onderscheid tussen klachten en stoornissen is dus niet nieuw, maar al een aantal jaren maat- en richtinggevend bij de vergoeding van behandelingen binnen G-GGZ. Het is vastgesteld in de tijd van de invoering van de eerstelijnspsychologische zorg (EPZ) in de basisverzekering en de overheveling van de GGZ naar de Zorgverzekeringswet. Met de invoering van EPZ onder de basisverzekering en de beperking van het aantal zittingen was het nodig een omschrijving van EPZ en tweedelijns GGZ te geven. In opdracht van het CVZ heeft het Trimbosinstituut in 2006 het rapport 'Afbakening eerste- en tweedelijnszorg voor psychische stoornissen' uitgebracht. Voor het maken van het onderscheid tussen klachten en stoornissen heeft het Trimbosinstituut aangesloten bij het classificatiesysteem van de DSM-IV stoornissen. Mede aan de hand van dit rapport heeft het CVZ de belangrijkste kenmerken en de aard van de problematiek in eerste- en tweedelijns geneeskundige GGZ indertijd omschreven. Met de invoering van de Generalistische Basis GGZ en Gespecialiseerde GGZ vervalt het onderscheid tussen eerstelijns en tweedelijns GGZ, maar blijft overeind dat het ook daar om de behandeling van stoornissen gaat.

Een aanzienlijk aantal partijen vindt het onderscheid niet relevant en is van mening dat ook in de basis-GGZ de behandeling van mensen met psychische problemen vergoed moet worden, ook als er geen sprake is van een stoornis. Zoals hiervoor aangegeven is een onderscheid wel van wezenlijk belang.

Geen aanspraak op G-GGZ

Op basis van de Zvw valt de hulp op het gebied van psychische klachten, zonder dat

sprake is van een psychische stoornis, in beginsel alleen onder huisartsenzorg. Zo zijn overspanning (surmenage) en burn-out - beide geen DSM-IV stoornissen - klachten die de huisarts kan behandelen. Personen komen ook vaak met psychosociale klachten bij de huisarts. Psychosociale hulp bestaat vooral uit praktische en sociaal maatschappelijke interventies. Deze liggen niet op het terrein van geneeskundige zorg, maar op dat van het algemeen maatschappelijk werk. De huisarts kan hiernaar verwijzen, voor zover beschikbaar. De huisarts kan de hulpvrager ook wijzen op diverse mogelijkheden om zelf oplossingen te zoeken, bijvoorbeeld zelfhulpprogramma's, al dan niet via internet, of het regionale aanbod van cursussen, bijvoorbeeld mindfulness. Dergelijke oplossingen vallen buiten het verzekerde pakket. Bij werkgerelateerde klachten kan de werkgever een verantwoordelijkheid hebben.

Somatisch Medisch-specialistische zorg

Geestelijke gezondheidszorg wordt ook in de algemene ziekenhuizen geboden als onderdeel van een behandeling voor een somatische aandoening. Hiervoor zijn consultatief psychiaters en medisch psychologen beschikbaar. Op deze wijze wordt daar waar nodig integrale zorg geleverd van soma en psyche. Zo kan bijvoorbeeld ook seksuologische zorg deel uitmaken van een medisch specialistische behandeling in het algemeen ziekenhuis.

3.2.3

G-GGZ: Generalistische Basis GGZ en Gespecialiseerde GGZ

De G-GGZ bestaat uit diagnostiek, behandeling en zo nodig begeleiding als onderdeel van een integrale behandeling. De (hoofd)behandelaar is voor deze zorg verantwoordelijk. Begeleiding valt onder de geneeskundige zorg voor zover deze is opgenomen in het behandelplan, en de hoofdbehandelaar de begeleiding aanstuurt en terugkoppeling hiervan krijgt. Zo niet, dan valt deze begeleiding op dit moment onder de AWBZ gefinancierde zorg. Bij sommige chronische patiënten is op een gegeven moment geen behandeling uit de G-GGZ meer nodig, maar de patiënt kan goed uit de voeten met huisartsenzorg en begeleiding. Deze begeleiding valt nu onder de AWBZ.

Bij vermoeden van een psychische stoornis kan de huisarts de patiënt naar de G-GGZ verwijzen of zelf behandelen. Bij de invoering van de versterking van de huisartsenzorg en POH-GGZ krijgt de huisarts de financiële mogelijkheid om een psychiater, psychotherapeut, klinisch psycholoog en/of (eerstelijns) GZ-psycholoog te consulteren.¹⁵ Er is een verwijsmodel ontwikkeld ter ondersteuning van de verwijzing van de huisarts.

Wanneer er geen sprake blijkt te zijn van een psychische stoornis, dan dient de behandelaar in de G-GGZ de patiënt terug te verwijzen naar de huisarts.

De DSM-IV classificatie vormt dus het uitgangspunt voor de definitie van een psychische stoornis. Het internationale DSM-classificatiesysteem is echter niet één op één te vertalen naar de organisatie en financiering van de zorg in Nederland. Zo hebben wij in ons land al geruime tijd de intramurale zorg voor mensen met een verstandelijke beperking apart georganiseerd en bekostigd. Dat zelfde geldt voor leerstoornissen, deze worden grotendeels niet op grond van de ziektekostenverzekeringen behandeld, maar aangepakt in het kader van het onderwijs. In hoofdstuk 4.7 wordt aan de hand van de DSM-IV classificatie nader

¹⁵ Voorhangbrief POH-GGZ en Generalistische Basis GGZ 17 mei 2013

gekeken naar de aangewezen bekostiging.

3.3 De stand van de wetenschap en praktijk

Op grond van de Zorgverzekeringswet is in het Besluit zorgverzekering bepaald dat interventies moeten voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Dit geldt voor alle interventies van huisartsen, medisch specialisten en de professionals in de G-GGZ. In eerste instantie is het aan verzekeraars te beoordelen of een interventie aan dit criterium voldoet. Bij onduidelijkheid of twijfel kan gevraagd worden om een standpunt van het CVZ.

Zorgverzekeraars, geconfronteerd met vragen van hun verzekerden, zijn begonnen met het opstellen van lijsten van interventies die al dan niet in aanmerking komen voor vergoeding ten laste van de basisverzekering. Dit is een goede ontwikkeling. Voor verzekerden is dan duidelijk welke interventies wetenschappelijk zijn onderbouwd en (niet minder belangrijk) welke dat niet zijn. Verzekerden die zorg nodig hebben, moeten de juiste zorg geleverd krijgen door de juiste hulpverlener. Een juiste zorg is kwalitatief verantwoorde zorg, met andere woorden interventies waarvan de beroepsgroep vindt dat deze voldoende effectief zijn, zoals aangegeven in hun richtlijnen. Juiste zorg betekent ook dat de zorgverlener bevoegd en bekwaam is om deze interventie te leveren. De zorgverzekeraar ziet hierop toe door in de polisvoorwaarden aan te geven welke zorgverlener de betreffende zorg mag verlenen.

Het CVZ wil deze ontwikkeling die gestart is door de zorgverzekeraars steunen en heeft daarom een lijst opgesteld van psychologische interventies die voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk en een lijst van interventies die hieraan niet voldoen. Deze lijsten berusten op multidisciplinaire richtlijnen, literatuuronderzoek en eerdere uitspraken van het CVZ. Verder is ook rekening gehouden met interventies die aangeboden worden door de erkende opleidingen, zoals de RINO's (regionale instituten voor nascholing en opleiding GGZ). Deze 'positieve' en 'negatieve' lijsten (bijlagen 1 en 2) zijn niet limitatief. Voor zover behandelingen niet zijn benoemd in deze lijsten, zal de zorgverzekeraar zelf moeten bepalen of de interventie aan het criterium voldoet.

Uiteraard is het mogelijk dat er nieuw bewijs komt voor de effectiviteit van een interventie, zodat deze alsnog gaat voldoen aan de stand van wetenschap en praktijk. Ook omgekeerd is het denkbaar dat nieuw onderzoek aantoont dat een interventie toch niet effectief is. Zoals gezegd is het primair aan een zorgverzekeraar hierover uitspraken te doen en de verzekerden hierover te informeren. Tenslotte moeten zorgaanbieders transparant zijn over hun zorgaanbod.

Een aanzienlijk aantal partijen is van mening dat wat goede zorg is, een kwestie is van de beroepsgroep en dat de zorgverzekeraar niet op de stoel van de van de zorgaanbieder moet gaan zitten. Uit de opmerkingen blijkt dat men onvoldoende op de hoogte is van de rol die verzekeraars in dit stelsel hebben gekregen, namelijk dat zij verantwoordelijk zijn om zorg te contracteren die aan de wettelijke criteria moet voldoen en daarop te toetsen. Dat geldt ook voor de beoordelingsprocedure, zoals neergelegd in het beoordelingskader Stand van de wetenschap en praktijk dat we hebben ontwikkeld om de Zvw eenduidig te kunnen uitleggen en om te bepalen wat vergoed mag worden en dat is aanvaard door het parlement.

3.4 Geïndiceerde preventie

De minister van VWS heeft het CVZ de vraag gesteld of er bezuinigd kan worden op de collectieve lasten door het verzekerde GGZ-pakket te verkleinen. In dat verband onderzochten wij een mogelijke beperking van het pakket: de geïndiceerde preventie van depressie, van problematisch alcoholgebruik en van de paniekstoornis, zoals die nu wordt uitgevoerd door de huisarts. Het betreft immers preventieve zorg, bij patiënten die nog geen psychische stoornis hebben.

3.4.1 Achtergrondinformatie

Geïndiceerde preventie houdt in dat er in een vroeg stadium interventies worden ingezet om een aandoening te voorkomen (preventie), bij iemand met een hoog risico op deze stoornis (met andere woorden als er een indicatie is). Of er sprake is van een hoog risico op depressie, op paniekstoornis of op problematisch alcoholgebruik bepaalt de huisarts. De vroegtijdige interventies zullen veelal door de huisarts of praktijkondersteuner in de huisartspraktijk (POH-GGZ) worden uitgevoerd.

A. Prevalentie en incidentie

Depressie, angststoornissen en alcoholmisbruik zijn alle drie veel voorkomende aandoeningen, die ernstige gevolgen kunnen hebben voor de patiënt en zijn omgeving. Uit het grootschalig rapport van het Trimbosinstituut¹⁶ over het vóórkomen van psychische stoornissen (NEMESIS-2) komt naar voren dat jaarlijks 6,1 % van de volwassenen lijdt aan een depressieve stoornis (5,2 %) of dysthymie (0,9%). 10,2 % van de Nederlanders lijdt aan angststoornissen, waarvan 1,2 % aan een paniekstoornis en 5,3 % van de volwassenen lijdt aan alcoholmisbruik. Per jaar krijgen circa 288.600 volwassenen voor het eerst te maken met een depressieve stoornis en het aantal nieuwe gevallen met problematisch alcoholgebruik wordt geraamd op 219.000. Het aantal mensen dat voor het eerst te maken krijgt met een paniekstoornis ligt op zo'n 84.700 per jaar.¹⁷

B. Behandeling volgens richtlijnen

De huisarts zal geïndiceerde preventie inzetten als deze heeft vastgesteld dat er een hoog risico is op depressie, respectievelijk een paniekstoornis of problematisch alcoholgebruik. Volgens de herziene *NHG standaard Depressie* begint de huisarts bij depressieve klachten met het geven van voorlichting. Bij persisteren van de klachten en bij een depressie biedt de huisarts ook dagstructurering aan en begeleidde zelfhulp (via internet of telefoon) of een groepscursus of Problem Solving Treatment (PST). Deze behandelingen biedt de huisarts zelf of de daartoe getrainde hulpverlener binnen de huisartsvoorziening.¹⁸ Steeds vaker is dit de POH-GGZ.^{19,20.}

¹⁶ Graaf R de, Have M ten, Gool C van, et al. Prevalentie van psychische aandoeningen, en trends van 1996 tot 2009. Resultaten van NEMESIS-2. Tijdschr Psychiatrie 2012; 54: 27-38

¹⁷ Bij de berekening van deze aantallen is gebruik gemaakt van de volgende bronnen: ZonMw Preventie van paniekstoornis: een randomised clinical trial annex kosteneffectiviteitsstudie bijlage 2 in CVZ rapport Preventie van depressie: verzekerde zorg? Diemen, 2008. www.cvz.nl bijlage 1 in CVZ rapport Preventie van problematisch alcoholgebruik. Diemen 2009. www.cvz.nl bijlage 2 in CVZ rapport Preventie van angst (paniekstoornis) Diemen 2011. www.cvz.nl

¹⁸ NHG-Standaarden bevatten richtlijnen voor huisartsen. Dit betekent niet dat de huisarts alle genoemde taken persoonlijk moet verrichten. Sommige taken kunnen worden gedelegeerd aan de praktijkassistente, praktijkondersteuner (POH-GGZ) of praktijkverpleegkundige, mits zij worden ondersteund door duidelijke werkafspraken waarin wordt vastgelegd in welke situaties de huisarts moet worden geraadpleegd en mits de huisarts toeziet op de kwaliteit. Omdat de feitelijke keuze van de te delegeren taken sterk afhankelijk is van de lokale situatie, bevatten de standaarden daarvoor geen concrete aanbevelingen.

¹⁹ De functie POH-GGZ bestaat een aantal jaar. 34 % van de huisartsen maakt gebruik van een POH-GGZ. Medio

Bij onvoldoende effect van deze vroegtijdige behandelingen, bij een depressie met ernstig sociaal disfunctioneren of grote lijdensdruk en bij ernstige psychische comorbiditeit is verwijzing voor psychotherapie aangewezen of wordt een antidepressivum aangeboden. Er is dan niet langer sprake van preventieve interventies, maar van behandeling van een depressieve stoornis.

Bij angst bestaat de behandeling van angstklachten volgens de herziene *NHG Standaard Angst* uit voorlichting, eventueel aangevuld met Problem Solving Therapy (PST) en bij een angststoornis met een geringe ziektelast volstaan voorlichting en zelfhulp. Bij onvoldoende effect daarvan of bij ernstige ziektelast zijn verwijzing naar cognitieve gedragstherapie of het aanbieden van een antidepressivum of beide aangewezen.

Volgens de *NHG Standaard Problematisch Alcoholgebruik* kan de huisarts als het problematisch alcoholgebruik nog maar enkele maanden bestaat of niet ernstig is, volstaan met anamnese en voorlichting. De patiënt heeft voldoende inzicht om een beslissing over meer verantwoord alcoholgebruik zelf te nemen en uit te voeren. Als problematisch alcoholgebruik langer bestaat is een intensiever motiveringsproces nodig, hoewel ook korte interventies effectief zijn bij de behandeling van patiënten met ernstiger vormen van problematisch alcoholgebruik. Bij de interventies kan ook de praktijkondersteuner worden betrokken. Het ter sprake brengen van problematisch alcoholgebruik bij tien patiënten levert ongeveer één patiënt op die het alcoholgebruik in de daarop volgende maanden vermindert.

De *ondersteuning door de POH-GGZ* bij psychische klachten bestaat onder meer uit gesprekken en e-health mogelijkheden die tot doel hebben de lijdensdruk van een patiënt als gevolg van psychische problematiek te verminderen, en de oplossingsgerichte vaardigheden van de patiënt te verbeteren. In samenspraak met de patiënt maakt de POH-GGZ een inschatting van de te verwachten behandelduur. In principe betreft het kortdurende begeleidingen (een beperkt aantal gesprekken en/of e-health programma's).

C. Eigen verantwoordelijkheid patiënt

De behandelaar zal aan de patiënt duidelijk moeten maken dat het succes van de preventieve behandeling in aanzienlijke mate afhangt van diens actieve medeverantwoordelijkheid (participerende benadering). Het is de taak van de huisarts om de patiënt te stimuleren zelf zijn/haar activiteiten te bedenken en om de haalbaarheid en de balans te helpen bewaken. De arts kan adviseren om dagelijks naar buiten te gaan, gezond te eten en sociale contacten te onderhouden. De huisarts of POH kan de patiënt ook aansporen tot gerichte activiteiten, zoals sport, running therapy of een cursus mindfulness. Dit soort activiteiten valt niet onder het basispakket van de Zorgverzekeringswet.

D. Natuurlijk beloop van aandoeningen

Over het natuurlijk beloop van depressie staat in de NHG-standaard depressie dat

2012 waren er bijna 700 POH's-GGZ

²⁰ Volgens het basis document POH-GGZ van het NHG dient de POH-GGZ tenminste over de volgende basisvaardigheden te beschikken: - cognitief-gedragstherapeutische technieken en reattributie (NHG-cursus), - problem solving treatment (PST) (NHG-cursus) en - motiverende gespreksvoering.

bij 60% van de mensen die worden behandeld voor een eerste depressie, de depressie na een half jaar is hersteld.²¹ Over de mate waarin de vroegtijdige behandeling van depressieve klachten een depressieve stoornis voorkomt of uitstelt, bestaat nog geen duidelijkheid. Wel wordt algemeen aangenomen dat universele en selectieve preventie het ontstaan van depressieve stoornissen kan beïnvloeden.²² Ook is uit onderzoek gebleken dat stepped care aangeboden interventies een nieuwe episode van ernstige depressie met 25 tot 50 % kunnen reduceren.²³ Verder staat vast dat het hebben van angst- en depressieve klachten een verhoogd risico (2,5 tot 3,5 keer hoger) geeft op angststoornissen.²⁴ Over het natuurlijk beloop van problematisch alcoholgebruik is het volgende bekend. Langdurig excessief alcoholgebruik leidt tot een sterk vergrote kans vroegtijdig te overlijden. Anderzijds ziet een substantieel deel van degenen die ooit in hun leven afhankelijk waren van alcohol kans abtinent te worden en te blijven. De stabiliteit van de diagnose alcoholafhankelijkheid is echter groot. Ook de kans op terugval na abstinentie is groot, vooral in de eerste vier jaar. Vrouwen lijken een iets gunstiger beloop te hebben dan mannen. Dit geldt voor verslaafden die in behandeling zijn (of geweest zijn) (Schippers & Broekman, 2006). Voor hen geldt dat zij gemiddeld tien jaar rondlopen met de diagnose voor zij met deze behandeling begonnen zijn. Van panieklachten is bekend dat zij vaak verergeren en dat de verergering snel kan optreden.²⁵

3.4.2 *Pakketbeoordeling*

Het CVZ heeft in 2008, 2009 en 2011 de preventieve interventies bij depressie, bij problematisch alcoholgebruik en bij angststoornissen (paniekstoornis) beoordeeld en vastgesteld welke interventies voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. In het huidige advies toetsen we de interventies aan de pakketcriteria noodzakelijkheid, effectiviteit, kosteneffectiviteit en uitvoerbaarheid.

A. Noodzakelijkheid

Bij noodzakelijkheid kijken we naar de ernst van de aandoening en naar de kosten van de behandeling. Het is evident dat het hier om aandoeningen gaat waarvan de ziektelast sterk zal variëren met de ernst. De ernstiger varianten hebben een grote ziektelast.

Er is echter een kwantitatieve benadering van ziektelast. De ernst van een ziekte wordt ook weergegeven in het *ziektelastgetal* van de aandoening. Een ziektelastgetal kan helpen bij de inschatting of de aandoening zo ernstig is dat het noodzakelijk is de preventieve behandeling ervan collectief te financieren. Dit getal geeft het gemiddelde gezondheidsverlies bij een bepaalde aandoening weer in een getal tussen 0 en 1, waarbij 0 staat voor geen enkel gezondheidsverlies en 1 voor totaal gezondheidsverlies, dus zeer slechte gezondheid (tot aan de dood). Volgens de Global Burden of Disease 2010²⁶ is het ziektelastgetal 0,65 bij een ernstige depressie. Bij angststoornissen is het 0,52. Voor de paniekstoornis is dit onbekend en bij problematisch alcoholgebruik is het 0,54.

De ziektelastgetallen bij de drie aandoeningen zijn hoog. Van belang is dat deze drie

²¹ NHG standaard Depressie. 2012: noot 21. www.nhg.org

²² Cuijpers P, van Straten A, Smit F, et al. Preventing the onset of depressive disorders: a meta-analytic review of psychological interventions. *Am J Psychiatry* 2008;165:1272-80.

²³ Muñoz RF, Cuijpers P, Smit F, et al. Prevention of Major depression. *Annu Rev Clin Psychol* 2010; 6: 181-212.

²⁴ NHG standaard Angst. 2012: noot 1. www.nhg.org

²⁵ www.trimbos.nl

²⁶ The Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Global burden of disease 2010 disability weights. 2012. www.healthmetricsandevaluation.org

stoornissen de kwaliteit van leven negatief beïnvloeden. Als geïndiceerde preventie bijdraagt aan het beperken van de ziektelast, is dat winst voor de patiënt en uiteindelijk ook voor de samenleving (doordat de patiënt geen duurdere zorg behoeft en er minder bijkomende negatieve gevolgen zijn zoals uitval op het werk of gevolgen voor het gezin).

De preventieve interventies bij depressie, paniekstoornis en problematisch alcoholgebruik, worden, indien noodzakelijk, aangeboden door de huisarts die daarbij de betreffende NHG standaarden zal volgen. De kosten van de begeleiding/behandeling door de huisarts met POH-GGZ, die in het algemeen kortdurend is, zijn relatief laag²⁷ en komen niet voor rekening van de patiënt omdat dit onder de aanspraak valt en voor de huisartsenzorg geen eigen risico geldt en geen eigen bijdrage. Bij verwijzing naar een andere zorgaanbieder kan er wel sprake zijn van eigen betalingen of een eigen risico.

B. Effectiviteit van interventies

In 2008 heeft het CVZ beoordeeld welke preventieve interventies bij depressie voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Uit het rapport blijkt dat bij een hoog risico op depressie de (preventieve) interventies die gebaseerd zijn op therapeutische principes zoals cognitieve gedragstherapie, interpersoonlijke therapie, problem solving therapy en psycho-educatie voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk²⁸. Deze bewezen effectieve interventies kunnen individueel of in groepsverband worden toegepast. Ook zijn er zelfhulpprogramma's beschikbaar en bestaat er internethulp.

In 2009 heeft het CVZ beoordeeld welke preventieve interventies bij een hoog risico op problematisch alcoholgebruik voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Uit het rapport blijkt dat kortdurende preventieve interventies die zijn gebaseerd op motiverende gespreksvoering en/of bewezen vormen van cognitieve gedragstherapie binnen een medische setting bewezen effectief zijn, evenals de twee programma's *Minder drinken* en *De drinktest* die via internet worden aangeboden.²⁹

In 2009 en 2011 heeft het CVZ de preventieve interventies bij angststoornissen beoordeeld. Uit het rapport van 2011 blijkt dat alleen bij een hoog risico op een paniekstoornis de preventieve interventies die zijn gebaseerd op cognitieve gedragstherapeutische principes voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk.³⁰ Deze bewezen effectieve interventies kunnen individueel of in groepsverband worden toegepast en worden aangevuld met zelfhulpprogramma's en via internet.

In 2012 zijn zowel de NHG standaard voor depressie als de NHG standaard voor angst herzien. In de herziene standaarden zijn de preventieve interventies bij depressieve klachten en bij een paniekstoornis opgenomen.

²⁷ Zo staat in het rapport Preventie bij problematisch alcoholgebruik dat de kosten van de minimale (preventieve) begeleiding, 2 contacten enkel via de huisarts werd geschat op zo'n € 27,- (prijsspeil 2009). De gemiddelde kosten van de preventieve interventie met gedeeltelijke begeleiding (een contact met de huisarts en vijf individuele consulten bij een aanbieder uit de EPZ) € 428,- bedragen. Bij intensieve begeleiding vindt de preventieve interventie voornamelijk plaats bij een aanbieder uit de EPZ werden de kosten nog hoger, circa € 674,-. Het is aannemelijk dat de kosten van begeleiding bij geïndiceerde preventie van de andere aandoeningen vergelijkbaar zijn.

²⁸ CVZ, Preventie van depressie: verzekerde zorg? Diemen, 2008. www.cvz.nl

²⁹ CVZ, Preventie van problematisch alcoholgebruik. Diemen, 2009. www.cvz.nl

³⁰ CVZ, Preventie van angststoornissen (paniekstoornis). Diemen, 2011. www.cvz.nl

C. Kosteneffectiviteit

Er blijkt weinig bekend over de kosteneffectiviteit van geïndiceerde preventie; het aantal kosteneffectiviteitstudies over geïndiceerde preventie is beperkt. Gezien de resultaten van de gevonden studies lijkt geïndiceerde preventie van depressie, paniekstoornissen en overmatig alcoholgebruik kosteneffectief in de Nederlandse setting.

De resultaten zijn echter gebaseerd op korte termijn effecten. Voor economische evaluaties is het van belang om te extrapoleren door middel van modellering. De resultaten uit modelleringsstudies (die dus wel kijken naar lange termijn kosteneffectiviteit) zullen met veel onzekerheid zijn omgeven omdat er niet veel bekend is over de lange termijn effecten van de preventieve interventies.

Aan de andere kant zullen de preventieve interventies die in dit rapport onderzocht zijn over het algemeen niet duur zijn, terwijl ze de omvangrijke kosten die gepaard gaan met toekomstige ziekten (o.a. depressie) helpen te voorkomen.³¹ De zorgkosten voor depressie bedroegen in 2007 alleen al voor mensen boven de 75 jaar €150 miljoen.³² Preventie van depressie lijkt alleen daarom al kosteneffectief. In hun rapport "effecten van preventie" concludeert het RIVM dat kortdurende interventies in de eerste lijn een zeer gunstige verhouding hebben tussen zorgkosten en gezondheidseffecten.³³ Verder verwacht het RIVM dat preventie via internet zoals online zelfhulp cursussen kosteneffectief zullen zijn, mede omdat deze interventies relatief goedkoop zijn en in effectiviteit vergelijkbaar zijn met die van professionele groepscursussen.

Ondanks geringe en met onzekerheden omgeven informatie over de kosteneffectiviteit van geïndiceerde preventie, lijken kortdurende preventieve interventies zoals aangeboden door huisartsen kosteneffectief te zijn. Verder onderzoek naar lange termijn effecten is echter noodzakelijk om ook de lange termijn kosteneffectiviteit in kaart te kunnen brengen.

D. Uitvoerbaarheid

Hieronder gaan we in op gevolgen voor de zorgaanbieders en op gevolgen voor het Budget Kader Zorg.

a) Zorgaanbieders

De huisarts heeft een belangrijke rol bij de geïndiceerde preventie. Deze is met de POH-GGZ het eerst aan zet om patiënten met depressieve klachten, met panieklachten en problematisch alcoholgebruik te herkennen, te behandelen en waar nodig door te verwijzen.

De huisarts heeft de functie van poortwachter.

De huisartsen samen met ondersteuners worden met de afspraken in het Bestuurlijk Akkoord beter in staat gesteld om daar waar geïndiceerde preventie bij depressie, panieklachten en problematisch alcoholgebruik aangewezen is, deze zorg te bieden. Daar is winst te behalen door de juiste, lichte interventies. Als we deze vorm van zorg zouden uitsluiten van vergoeding, vormt dat een beperking voor de

³¹ RIVM. Depressie: Wat is het bereik en wat zijn de effecten van preventie? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, 2012. <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/psychische-stoornissen/depressie/bereik-effecten/>

³² RIVM. Kosteneffectiviteit van preventie. Bilthoven: RIVM. <http://kosteneffectiviteit-preventie.rivm.nl/interventies/psychische-stoornissen/depressie/factsheet-stepped-care-preventie-van-angst-en-depressie-op-oudere-leeftijd/>

³³ Berg M van den, Schoemaker CG. Effecten van preventie. Deelrapport van de VTV 2010 Van gezond naar beter. Bilthoven: RIVM, 2010.

huisarts/POH-GGZ om zorg te bieden waar deze nodig is. Het begintraject is zelfs helemaal niet uit te sluiten. Patiënten melden zich immers meestal niet voor geïndiceerde preventie van bijvoorbeeld depressie, maar met lichamelijke klachten en andere problemen (bijvoorbeeld hoofdpijn, buikpijn). Pas in tweede instantie, door een goede anamnese, kan duidelijk worden dat er een indicatie voor preventieve interventies bestaat.

b) Budgettaire Kader Zorg

Het is moeilijk schattingen te geven wat het uitsluiten van geïndiceerde preventie zou opleveren. Niet bekend is wat er tot nu toe in de eerste of tweedelijng GGZ hiervoor is gedeclareerd, of welk deel van de kosten van de huisartsenzorg (inclusief POH-GGZ) hieraan besteed wordt. In ieder geval zal deze zorg via de huisarts geleverd moeten worden en niet via de EPZ/basis-GGZ of gespecialiseerde GGZ. Overigens lijken kortdurende preventieve interventies zoals aangeboden door huisartsen kosteneffectief te zijn, ondanks geringe en met onzekerheden omgeven informatie over de kosteneffectiviteit ervan.

3.4.3 *Overwegingen en advies*

Gezien de hoge ziektelastgetallen van depressie, paniekstoornis en problematisch alcoholgebruik en de mate waarin deze stoornissen de kwaliteit van leven van de patiënt beïnvloeden, de effectieve en kosteneffectieve behandelmogelijkheden, en de risico's die ontstaan als de huisarts en POH-GGZ deze lichte interventies niet meer zouden kunnen aanbieden, achten wij het niet verstandig de huisartsenzorg voor de genoemde aandoeningen te beperken. Ook bij andere klachten is de huisartsenzorg niet ingeperkt.

Door het bieden van integrale en doelmatige, dus passende zorg zal de huisarts, ondersteund door de POH-GGZ de toekomstige ziektelast door psychische stoornissen kunnen verminderen. De aandacht voor de inzet van de huisarts en POH-GGZ sluit aan bij de afspraken in het Bestuurlijk Akkoord. Juist door een goede inzet van de huisarts is veel gezondheidswinst te behalen en zijn er besparingen in en buiten de zorg te realiseren.

Samenvattend adviseert het CVZ geïndiceerde preventie bij depressie, paniekstoornissen en problematisch alcoholgebruik niet uit de basisverzekering te schrappen, maar als onderdeel van de huisartsenzorg te blijven vergoeden. Hier kunnen we voor relatief weinig geld relatief effectief veel gezondheidswinst boeken. Uitsluiting van deze zorg zou *penny wise, pound foolish* zijn.

3.4.4 *Reacties partijen*

Alle partijen zijn verheugd dat het CVZ geen pakketbeperking voor geïndiceerde preventie bij deze drie stoornissen voorstelt, maar zien wel problemen bij de uitvoering door de huisarts.

Een aantal partijen gaat er ten onrechte van uit dat de huisarts ook aan zet is bij het bieden van selectieve preventie en dat de huisarts bij alle stoornissen geïndiceerde preventie moet kunnen bieden, ook als er geen aanwijzingen zijn voor de effectiviteit van deze interventies.

3.5 Aanpassingsstoornissen

3.5.1 Achtergrondinformatie

Voor de meeste stoornissen die beschreven staan in DSM-IV bestaat een vergoeding van de zorg. In uitzondering op deze vuistregel is vergoeding van de zorg voor behandeling van aanpassingsstoornissen sinds 2012 bij wet uitgesloten van verzekerde zorg. Zoals reeds aangekondigd in Rapport GGZ, deel 1 besteedt het CVZ bij deze aandacht aan de grondslagen van deze beslissing van de minister en toetst deze aan de pakketcriteria noodzakelijkheid, effectiviteit, kosteneffectiviteit en uitvoerbaarheid.

De DSM-IV geeft de volgende criteria voor een aanpassingsstoornis:

- De ontwikkeling van emotionele symptomen en gedragsvormen als reactie op een aanwijsbare stressfactor. De aandoening uit zich binnen drie maanden na het optreden van de stressfactor.
- De symptomen en het gedrag zijn klinisch duidelijk aantoonbaar, wat blijkt uit een van de twee volgende criteria of beide:
 1. aantoonbare spanning die erger is dan bij de stressfactor verwacht kan worden;
 2. duidelijke hinder in de sociale omgang of op het werk.
- De stress-gerelateerde stoornis voldoet niet aan de criteria voor een andere specifieke stoornis uit as I en is niet uitsluitend een symptoom van een bestaande stoornis uit as I of as II.
- De symptomen komen niet voort uit rouwverwerking.
- Als de stressfactor of de gevolgen zijn verdwenen, blijven de symptomen niet langer dan zes maanden aanwezig.

Mensen met een aanpassingsstoornis hebben zich niet goed kunnen aanpassen aan een situatie die spanning oplevert. Het is normaal dat mensen een tijdje niet goed functioneren in situaties met veel stress, dus de afgrenzing van deze stoornis ten opzichte van een normale reactie op stress is niet eenvoudig. Het betreft in elk geval reacties en klachten die ernstiger zijn dan men op grond van de stressfactor zou verwachten. Er kan sprake zijn van depressieve of angstklachten, zonder dat er sprake is van een depressie of angststoornis in engere zin zoals omschreven in de DSM-IV. Als de verschijnselen langer aanhouden, kan uiteindelijk soms de diagnose depressieve of angststoornis worden gesteld. Dan geldt de vergoeding voor zorg zoals omschreven in hoofdstuk 4. Symptomen voortkomend uit rouw leiden niet tot de diagnose aanpassingsstoornis. Het tijdelijk minder functioneren na verlies zien we niet als een (aanpassings)stoornis.

Ook mensen bij wie een andere psychische stoornis bestaat, bijvoorbeeld autisme, angst of depressie, kunnen zich vaak moeilijk aanpassen aan een stressvolle gebeurtenis. In die situatie declareren we de benodigde zorg niet op de diagnose aanpassingsstoornis volgens DSM-IV. Hun behoefte aan hulp kan vergoed worden op basis van hun primaire stoornis.

Indicatie en interventie

De omschrijving van aanpassingsstoornissen is heel globaal en er bestaat geen professionele richtlijn voor deze stoornissen die houvast biedt voor de nadere indicatie en behandeling. Ook handboeken bieden geen uitkomst omdat deze

stoornissen niet (meer) beschreven worden.^{34,35}

Duidelijke criteria voor een behandelindicatie zijn er niet.³⁶

De interventies lijken vooral te bestaan uit kortdurende gesprekstherapie (PST, cognitieve gedragstherapie) en mogelijk medicatie. Uit een artikel van C. van der Heiden komt naar voren dat aanpassingsstoornissen veel voorkomen en een voorbode kunnen zijn van ernstiger psychiatrische problematiek³⁷ Adequate en tijdige behandeling zou wellicht kunnen bijdragen aan het voorkomen van ernstiger stoornissen. Meer dan een redelijke veronderstelling is dit echter niet; wetenschappelijke onderbouwing ontbreekt. Het artikel concludeert: "Helaas is er over de behandeling van aanpassingsstoornissen nog weinig bekend. Zo er al specifieke behandelprogramma's bestaan, zijn deze nauwelijks in goed wetenschappelijk onderzoek getest op hun werkzaamheid."

3.5.2 *Pakketbeoordeling*

De pakketcriteria zijn: noodzakelijkheid, effectiviteit, kosteneffectiviteit en uitvoerbaarheid.

Het criterium noodzakelijkheid bevat twee elementen: de ziektelast en de vraag of behandeling voor eigen rekening kan plaatsvinden. Er bestaan geen ziektelastgetallen voor aanpassingsstoornissen bij volwassenen en kinderen. Behandeling bestaat veelal uit kortdurende gesprekstherapie. De kosten van een dergelijke therapie zouden op basis van 5 gesprekken circa € 500 bedragen.

Over de effectiviteit van behandelingen zijn geen gegevens bekend. Kortdurende therapieën lijken te helpen, maar er is nog nooit gestructureerd onderzoek verricht naar behandelingen van aanpassingsstoornissen. Er zijn dus ook geen kosteneffectiviteitsstudies uitgevoerd.

Wat betreft de uitvoerbaarheid merken we het volgende op. Doordat er geen richtlijn is en geen bewezen effectieve behandelingen, kunnen zorgverzekeraars niet toetsen of sprake is van te verzekeren zorg. Het is immers niet duidelijk wat 'de stand van wetenschap en praktijk' is.

3.5.3 *Overwegingen en advies*

In de praktijk zal iemand met klachten als gevolg van stress in eerste instantie naar de huisarts gaan. Deze zal naar bevind van zaken handelen en bij een vermoeden van psychische problematiek proberen om met passende adviezen te voorkomen dat de klachten erger worden. Anders dan bij de geïndiceerde preventie van depressie, paniekstoornissen en alcoholverslaving bestaat er helaas nog geen *evidence* welke specifieke interventies effectief kunnen zijn bij een aanpassingsstoornis.

Indien een adequate richtlijn of standaard beschikbaar is kunnen wij een pakketbeoordeling doen op grond waarvan wij de minister eventueel zouden kunnen adviseren om de pakketmaatregel ten aanzien van de vergoeding van hulp bij aanpassingsstoornissen te heroverwegen.

³⁴ Hovens JE, et al. (red). Handboek psychologische psychiatrie. Utrecht: De Tijdstroom, 2006.

³⁵ Franken I, et al. (eds). Basisboek psychopathologie. Utrecht: De Tijdstroom, 2013

³⁶ Casey P, Bailey S, Adjustment disorders: the state of the art. World Psychiatry 2011;10: 11-8.

³⁷ Heiden C van der. Protocol cognitieve gedragstherapie bij aanpassingsstoornissen. Psychopraktijk 2011;3:28-30.

Zolang er geen specifiek inzicht bestaat zullen aanpassingsstoornissen benaderd kunnen worden zoals de huisarts met klachten van psychische aard omgaat.

Problemen door de uitsluiting van de behandeling van aanpassingsstoornissen uit het verzekerde pakket

Het uitsluiten van de zorg van aanpassingsstoornissen als verzekerde zorg heeft echter consequenties voor de zorgpraktijk gehad die niet gewenst zijn. Zo hebben partijen er in een eerder stadium op gewezen dat dit problemen geeft in de uitvoering

- a) in geval van een crisissituatie en
- b) in geval van zorg voor kinderen die slachtoffer zijn van huiselijk geweld of seksueel misbruik.

Ad a) Een overmaat aan stress bij onvoldoende draagkracht kan leiden tot een crisis waarbij wanhoop, onmacht en hopeloosheidsgevoelens de boventoon gaan voeren met mogelijke suïcidale ideaties of zelfs suïcidepogingen. Interventies zoals een crisisopname kunnen dan noodzakelijk zijn en vallen uiteraard onder de Zvw. Een crisisopname kan gedeclareerd worden zonder codering van een primaire diagnose gedurende maximaal 30 dagen. Veelal is er dan nog geen sprake van een eenduidige psychische stoornis. Achteraf is bij veel patiënten die suïcidaal zijn, wel een onderliggende stoornis (vaak een depressieve en/of angststoornis) vast te stellen. Kortom er is hier naar onze mening geen probleem in de uitvoering.

Ad b) In geval van kinderen die slachtoffer zijn van huiselijk geweld of seksueel misbruik is er vrijwel altijd reden voor zorg. Uit een onlangs gepubliceerde studie blijkt een duidelijk verband tussen traumatische gebeurtenissen in de kindertijd en angst, depressie en middelenmisbruik in de volwassenheid.³⁸ Vooral seksueel misbruik en familiegeweld laten diepe sporen na op de latere psychische toestand van slachtoffers. Alleen al om die reden is adequate hulp, zeker bij de eerste verschijnselen van stress, bij deze kinderen en hun omgeving gewenst. Welke vorm die hulp precies moet aannemen, welke hulpverleners primair verantwoordelijk zijn is in de huidige richtlijnen en afspraken niet duidelijk terug te vinden.

Om deze kinderen geen stigma te geven werd de zorg aanvankelijk gedeclareerd op de diagnosecode aanpassingsstoornis en toen deze uitgesloten werd van vergoeding op een V-code (een mogelijkheid binnen de DSM-IV classificatie om aanvullende informatie te geven, zoals een vermoeden van kindermishandeling), waar deze ook niet voor bedoeld is. Onder deze algemene en vrij neutrale coderingen werd de zorg gedeclareerd. Hier is dus wel een uitvoeringsprobleem.

Gezien het belang van de toegankelijkheid van deze hulpverlening adviseren wij de minister om een relevante prestatiebeschrijving te laten opstellen die een titel vormt voor vergoeden van deze zorg. Ook hier geldt dat het zeer wenselijk zou zijn als er op korte termijn duidelijke richtlijnen worden opgesteld.

3.5.4

Reacties partijen

Alle partijen zijn tevreden dat het CVZ de minister voorstelt om voor kinderen die slachtoffer zijn van huiselijk geweld of seksueel misbruik een aparte prestatie te

³⁸ Venter M de, Demyttenaere K, Bruffaerts R. Het verband tussen traumatische gebeurtenissen in de kindertijd en angst, depressie en middelenmisbruik in de volwassenheid; een systematisch literatuuroverzicht. Tijdschr Psychiatrie 2013; 55:259-68.

regelen om deze zorg te kunnen declareren en vergoeden.

Diverse partijen zijn het niet eens met onze stellingname dat wij onvoldoende houvast hebben in de huidige omschrijving van aanpassingsstoornis in de DSM-IV, en de beschikbare informatie over de behandelingen om aan de minister te adviseren om haar besluit om aanpassingsstoornissen uit te sluiten, te herzien. Men vindt dat hulp bij aanpassingsstoornissen vergoed moet worden.

Diverse partijen pleiten voor het vergoeden van psychosociale of psychologische zorg vanuit de G-GGZ aan mensen met klachten en aan mensen met een aanpassingsstoornis als gevolg van een ernstige somatische ziekte, zoals kanker, en aan hun naasten.

Men stelt voorts dat er geen declaratiecode is voor ambulante crisisbehandeling zonder codering van een primaire diagnose en dat daardoor een ambulante crisisinterventie in verband met een aanpassingsstoornis niet gedeclareerd zou kunnen worden. Dit klopt tot op zekere hoogte, per 1 januari 2013 is dit op verzoek van de NZa en VWS veranderd in de DBC-spelregels. Alleen instellingen met een 24 uren crisisdienst met een regionale functie kunnen een crisis-DBC openen.

4 Gepast gebruik van het GGZ-pakket

4.1 Inleiding

Gepaste zorg houdt in dat iedereen die zorg nodig heeft, de juiste zorg krijgt van de juiste hulpverlener/zorgaanbieder (op de juiste plaats in de keten/echelons) tegen een juiste prijs. Het begrip 'gepaste zorg' omvat dus zowel de kwaliteit van zorg als de doelmatigheid en het handhaven van gemaakte afspraken over taakverdelingen en bekostiging.

Gepast gebruik berust om te beginnen op de professionaliteit van zorgverleners en een goede organisatie bij de zorgverzekeraars. We hebben in Nederland uitstekend opgeleide professionals in de zorg, zeker ook in de huisartsenzorg en de GGZ. Er bestaat een ruime bereidheid tot nascholing en andere vormen van deskundigheidsbevordering

Voor de aanbieder gaat het om de juiste zorg voor de juiste patiënt door de juiste hulpverlener, voor de patiënt om passende zorg (stepped/matched care) en therapietrouw en voor de verzekeraar om inkoop, rechtmatigheid en toezicht.

De volgende "instrumenten" verdienen daarbij naar ons oordeel extra aandacht:

- De huisarts als sleutelfiguur
- Kwaliteitsstandaarden (richtlijnen, zorgstandaarden en meetinstrumenten)
- Duidelijkheid over wie de zorg verleent (deskundigheidsniveau)
- Heldere organisatiestructuren en bekostiging van zorg
- Sturing door verzekeraars op gepast gebruik van zorg
- Interventies vergoeden vanuit het juiste kader

4.2 De huisarts als sleutelfiguur

De zorgaanbieder heeft in het contact met de cliënt/patiënt de grootste verantwoordelijkheid voor het gepast gebruik van zorg. In de spreekkamer komt immers het zorgaanbod tot stand en worden de relevante beslissingen genomen. Hij is ook verantwoordelijk voor het geven van de juiste informatie ten behoeve van eventuele doorverwijzing en ten behoeve van de juiste declaratie.

De huisarts speelt een cruciale rol bij het inzetten van de juiste zorg op het juiste moment. De huisarts is een centrale figuur die de patiënt ondersteunt bij het zoeken naar en verkrijgen van passende zorg.

De huisarts is de belangrijkste pijler van de Nederlandse gezondheidszorg. Deze bewaakt niet alleen de toegang tot de duurdere specialistische zorg, maar staat ook borg voor een integrale benadering, waarin aandacht is voor biologische, psychische en sociale aspecten van ziekte en gezondheid. Voor de patiënt heeft het verscheidene voordelen als zijn of haar klachten binnen de huisartspraktijk behandeld kunnen worden. Deze zorg is laagdrempelig, dicht bij huis en onnodige stigmatisering of medicalisering wordt voorkomen. Dat geldt ook voor psychische problematiek. Mede dankzij de structurele verankering van de POG-GGZ zoals voorzien en de mogelijkheid van het invoeren van een consult van een psychiater, psychotherapeut, klinisch psycholoog en/of eerstelijns (GZ) psycholoog, zal de huisartspraktijk steeds beter toegerust zijn voor de behandeling van veel voorkomende psychische klachten en stoornissen. Het NHG heeft al diverse GGZ

standaarden ontwikkeld bijvoorbeeld voor angst³⁹ en depressie⁴⁰ en heeft deelgenomen aan verschillende multidisciplinaire richtlijnen binnen de GGZ zoals de multidisciplinaire richtlijn angststoornissen⁴¹ en de multidisciplinaire richtlijn depressie⁴².

Zeker niet alle patiënten met psychische problemen kunnen door de huisarts behandeld worden. De huisarts zal de patiënt dan doorverwijzen. Behandeling zal dan in de toekomst in de basis-GGZ of gespecialiseerde GGZ plaatsvinden. Twee principes zijn daarbij leidend: *stepped care* en *matched care*. *Stepped care* wil zeggen dat de behandelaar begint met de minst ingrijpende interventie waarvan effect verwacht mag worden, bijvoorbeeld een advies op het gebied van dagindeling en vrijetijdsbesteding bij iemand met beginnende depressieve klachten. Pas als deze interventie onvoldoende effect sorteert, kan overgegaan worden op een volgende stap, bijvoorbeeld medicatie of gesprekken met een eerstelijnspsycholoog. *Stepped care* wordt aanbevolen in de multidisciplinaire richtlijnen voor diverse aandoeningen, zoals angststoornissen. *Matched care* wil zeggen dat een persoon met een (duidelijke) stoornis direct naar de juiste zorgverlener c.q. zorgvorm wordt doorverwezen zodat er geen vertraging in behandeling plaatsvindt. Bij een patiënt met een ernstige depressie met psychotische kenmerken bijvoorbeeld zal de huisarts snel verwijzen en niet eerst zelf de behandeling ter hand nemen.

Alle partijen onderschrijven de centrale rol van de huisarts en de aanbeveling voor vergoeding voor consultatie van de psychiater of klinisch psycholoog, psychotherapeuten, gezondheidspsycholoog, etc. Echter veel partijen zijn van mening dat de huisarts niet, of onvoldoende in staat is om zijn rol voor de GGZ, en in het bijzonder voor de jeugd in te vullen.

4.3

Kwaliteitsstandaarden

Richtlijnen vormen een uitstekende manier om wetenschappelijke inzichten te vertalen naar verbeteringen van de praktijk en kunnen bijdragen aan het bevorderen van gepast gebruik. Ook de partijen binnen het Bestuurlijk Akkoord zijn doordrongen van het belang van dergelijke kwaliteitsstandaarden. In het Bestuurlijk Akkoord zijn daarom afspraken gemaakt over een kwaliteitsprogramma. Partijen zetten een kwaliteitsprogramma op voor de ontwikkeling van behandelrichtlijnen en bijbehorende meetinstrumenten. Hiertoe hebben LPGGz, NVvP en NIP de Stichting Landelijk Samenwerkingsverband Kwaliteitsstandaarden voor de Geestelijke Gezondheidszorg (LSKS) opgericht.

In het Bestuurlijk Akkoord is verder afgesproken dat een en ander in samenspraak gebeurt met het Nationaal Kwaliteitsinstituut voor Zorg (Zorginstituut Nederland). Inmiddels zijn partijen gestart en wordt ook het Kwaliteitsinstituut bij het proces betrokken.

Voor gepast gebruik is het van belang dat een richtlijn voor de gehele keten van zorg beschrijft wat goede zorg is. Binnen de GGZ is dat beginsel helaas nog niet overall even goed doorgedrongen. Zo bleek in de eerste helft 2012 bijvoorbeeld dat er in de diverse (multidisciplinaire) richtlijnen voor psychische stoornissen weinig tot geen onderbouwing is voor deeltijdbehandeling en opname, inclusief de duur ervan.

³⁹ NHG standaard Angst. 2012. www.nhg.org

⁴⁰ NHG standaard Depressie. 2012. www.nhg.org

⁴¹ Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen. Tweede revisie. 2012. www.ggzrichtlijnen.nl

⁴² Multidisciplinaire Richtlijn Depressie. Tweede revisie. 2012. www.ggzrichtlijnen.nl

Hier is dus nog een verdere verbeteringsslag te maken.

Er bestaan verscheidene NHG-standaarden voor psychische problemen en stoornissen, die richtinggevend zijn voor de zorg binnen de huisartsenpraktijk. De NHG-standaard depressie is onlangs nog herzien. Er zijn (multi)disciplinaire richtlijnen voor een deel van de psychische stoornissen. Voor aanpassingsstoornissen bestaan zoals eerder vermeld geen richtlijnen; dit is een punt van aandacht voor de betrokken professionals.

Eind mei 2012 is het definitieve concept van de zorgstandaard Dementie⁴³ opgeleverd. Het werk van 29 verschillende professionele verenigingen, brancheorganisaties, expertise- en onderzoekcentra, gemeenten en verzekeraars is in de standaard verwerkt. Deze zorgstandaard is echter nog niet geautoriseerd. De betrokken medisch specialisten en de specialist ouderengeneeskunde zijn in 2013 bezig hun richtlijnen Dementie te herzien en te bundelen in één richtlijn. De zorgstandaard zal bij nieuwe inzichten uit de herziene richtlijn hierop aangepast worden.

Alhoewel er veel initiatieven zijn, zal er nog veel werk verzet moeten worden. Voor gepast gebruik van zorg is het daarbij van belang dat goed wordt aangegeven wanneer gespecialiseerde GGZ nodig is en wat de duur van behandelingen moet zijn. Ook is van belang dat het onderscheid tussen de WMG-prestaties binnen de basis GGZ scherp is. Voor al die "grenzen" achten wij van belang dat er een relatie is tussen richtlijnen enerzijds en bekostigingstitels anderzijds. Bijzondere aandacht zal besteed moeten worden aan de implementatie van richtlijnen en deskundigheidsbevordering. Een richtlijn kan immers pas bijdragen aan gepast gebruik wanneer deze in de dagelijkse praktijk tot betere keuzes leidt. Ook is het wenselijk als een verbinding gelegd kan worden met de te declareren zorgproducten.

Alle partijen benadrukken het belang van de ontwikkeling van kwaliteitsstandaarden in de GGZ. Men geeft aan dat de huisartsen via het NHG zijn uitgenodigd voor de Agendaraad van het Landelijk Samenwerkingsverband Kwaliteitsstandaarden voor de GGZ.

4.4 Wie levert de zorg?

Een essentieel onderdeel van wat we gepast gebruik noemen, heeft te maken met de vraag wie de zorg levert. Het moet duidelijk zijn welk deskundigheidsniveau nodig is om zorg van de juiste kwaliteit te leveren. We zien in het veld van de behandeling van psychische problematiek een groot scala aan beroepsgroepen. Daarbij is bovendien integrale zorg (psyche en lichaam) van belang, waardoor er nog meer beroepsgroepen betrokken kunnen zijn. Overeenstemming over wat goede zorg is en welke deskundigheidsniveaus deze kunnen leveren is daarbij van groot belang, zowel voor de patiënt als vanuit het oogpunt van kosten.

Bij sommige aandoeningen, bijvoorbeeld dementie, is een groot aantal beroepsgroepen betrokken. In het gunstige geval betekent dit een multidisciplinaire, integrale aanpak waarbij de verschillende aspecten van de patiënt de juiste aandacht krijgen. Het kan echter ook leiden tot competentiestrijd en strijd om

⁴³ Alzheimer Nederland. Zorgstandaard dementie. In voorbereiding 2013. Beschikbaar via <http://www.alzheimer-nederland.nl/media/11405/Zorgstandaard%20Dementie%20PDF.pdf>

marktaandeel. Dit is niet het soort concurrentie dat leidt tot hogere kwaliteit, maar ondermijnt juist de basis voor goede integrale patiëntenzorg.

Binnen instellingen voor geneeskundige GGZ spelen soms specifieke vraagstukken over de vraag wie de zorg levert en wie verantwoordelijk is voor de zorg. Het betreft de discussie over het 'hoofdbehandelaarschap'. Vanwege het actuele belang van deze kwestie in de context van gepast gebruik, gaan we hier kort op in.

Hoofdbehandelaarschap

Er bestaat binnen de GGZ soms onvoldoende duidelijkheid wie verantwoordelijk is voor het beleid bij een individuele patiënt, welke hulpverleners de daadwerkelijke zorg leveren en aan welke eisen deze moeten voldoen. De bestaande wettelijke kaders bieden een grote mate van vrijheid, die soms tot onduidelijkheid en zelfs tot excessen kan leiden. Zo ontstaat door de functiegerichte omschrijving van de zorg in de Zvw en de open normering in de wet BIG⁴⁴ een grijs gebied waarin niet duidelijk is aan welke concrete eisen een zorgverlener binnen de GGZ moet voldoen. Afgezien van voorbehouden handelingen, zoals het voorschrijven van medicatie en bijvoorbeeld het toepassen van elektroconvulsietherapie kan iedereen zorg leveren, mits de behandeling formeel wordt uitgevoerd door (of in opdracht van) een hulpverlener die voor de wet BIG bevoegd en bekwaam is. In de uitvoeringspraktijk heeft dit tot situaties geleid waarin mensen met onvoldoende (specifieke) deskundigheid diagnostiek en behandeling uitvoeren, als het ware "namens" een wel bekwame/bevoegde behandelaar. Deze zorg wordt dan wel vergoed, omdat deze onbevoegde hulpverleners handelen in opdracht van bevoegde hulpverleners (de zogeheten verlengde arm constructie). In extreme gevallen bleken de formeel verantwoordelijke hulpverleners de patiënten zelfs niet te kennen. Dit was bijvoorbeeld het geval bij de inmiddels failliete Stichting Europsyche.⁴⁵

Naar aanleiding van de casus Europsyche heeft de minister van VWS de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) gevraagd haar te adviseren over mogelijke regeling van het hoofdbehandelaarschap binnen de GGZ. De IGZ publiceerde in reactie op dit verzoek van de minister eind november 2012 een document over het hoofdbehandelaarschap binnen de tweedelijnsGGZ.⁴⁶ De IGZ heeft aan diverse partijen vragen voorgelegd wie (welke soort professional) verantwoordelijk moet zijn en wat het hoofdbehandelaarschap qua werkzaamheden moet inhouden. De IGZ geeft de voorkeur aan een veldnorm boven een wettelijke regeling. Met een veldnorm bepaalt de beroepsgroep zelf hoe gehandeld moet worden en handelt hier ook naar. Na de consultatieperiode heeft de IGZ een conceptadvies opgesteld.⁴⁷ In de omschrijving van de taken van een hoofdbehandelaar heeft de IGZ onder meer opgenomen het daadwerkelijk zien van een patiënt, het stellen van een diagnose, het opstellen van een behandelplan en het aansturen van andere behandelaren

⁴⁴ De wet BIG heeft de voorheen geldende wettelijke regeling op het gebied van de uitoefening van de geneeskunst, inhoudende een het gehele gebied der geneeskunst bestrijkend verbod van beroepsuitoefening zonder hiertoe wettelijk verleende bevoegdheid, vervangen door een regeling welke een ruimer gebied van individuele gezondheidszorg bestrijkt en waarbij slechts het verrichten van bij de wet aangewezen categorieën van handelingen wordt voorbehouden aan categorieën van daartoe overeenkomstig de wet gekwalificeerden, terwijl het voeren van wettelijk beschermde beroepstitels uitsluitend toekomt aan degenen die in de voor de desbetreffende beroepen overeenkomstig de wet ingestelde registers ingeschreven staan en ten aanzien van andere beroepen op het gebied van de individuele gezondheidszorg voorzien wordt in de mogelijkheid tot het regelen van de opleiding tot die beroepen.

⁴⁵ TK stukken

⁴⁶ IGZ, Consultatiedocument 'Hoofdbehandelaarschap in de tweedelijns GGZ' d.d. 15 november 2012.

⁴⁷ IGZ. Conceptadvies Hoofdbehandelaarschap

betrokken bij de zorg.

In het kader van de uitwerking van het Bestuurlijk Akkoord is afgesproken dat partijen de kans hebben om gezamenlijk met een veldnorm te komen voor het hoofdbehandelaarschap in de GGZ. Begin juli 2013 heeft de minister duidelijkheid gegeven over de verantwoordelijkheden en de kwalificatie van de hoofdbehandelaar, voorlopig voor de periode tot 2016⁴⁸. Bij deze verduidelijking tekenen wij aan dat de uitbreiding van het aantal hoofdbehandelaars, net als de complexe structuur van de G-GGZ, het risico voor ongepast gebruik verhoogt.

Overigens merken we op dat de beroepen in de GGZ ook een onderwerp van de sectie Innovatie, Zorgberoepen en Opleidingen van het CVZ is, waarbij de beroepenstructuur aan de orde zal komen.

De NZa heeft al in een beleidsregel over de DBC's GGZ⁴⁹ opgenomen dat een hoofdbehandelaar een DBC kan openen en dat deze directe tijd moet schrijven, met andere woorden dat deze hoofdbehandelaar met de patiënt contact moet hebben gehad (face to face, telefonisch of elektronisch). Met deze maatregelen wordt duidelijk, ook voor patiënten, wie verantwoordelijk is voor de zorgverlening en kan geborgd worden dat een daartoe bevoegde en bekwame professional ook daadwerkelijk de zorg verleent.

4.5 Nieuwe structuren en bekostiging

In Rapport GGZ, deel 1 hebben we gewezen op verkeerde prikkels. Uit onderzoek naar de uitvoeringspraktijk bleek dat de GGZ niet optimaal functioneert⁵⁰. De prikkels stonden verkeerd, dat wil zeggen dat het financieel aantrekkelijker is voor zorgverleners om in te zetten op relatief zware gespecialiseerde zorg (door een DBC te openen) dan om de principes van *stepped care* te volgen en eerst een minder ingrijpend EPZ-traject aan te bieden.

Zoals in hoofdstuk 3.3 al is vermeld is in het Bestuurlijk Akkoord afgesproken om de bekostiging van de POH-GGZ bij de huisarts te versterken en te flexibiliseren en het zorgveld van de G-GGZ om te vormen tot een Generalistische Basis GGZ en een Gespecialiseerde GGZ.

Door een Generalistische Basis GGZ te ontwikkelen, kan een aanzienlijk deel - minimaal 20% - van de patiënten die nu in de tweede lijn worden geholpen, naar de Generalistische Basis GGZ verschuiven. Dat betekent dat er in de Generalistische Basis GGZ een zwaardere populatie behandeld kan worden dan nu het geval is.

“De Generalistische Basis GGZ is alleen via de huisarts of andere hulpverlener (jeugdarts, bedrijfsarts etc) toegankelijk. In de Generalistische Basis GGZ wordt alleen een behandeling gestart als er sprake is van een DSM benoemde stoornis in combinatie met een gemiddeld tot lage beperking van het functioneren. Het gaat hierbij veelal om lichte tot matige, niet complexe problematiek, waarbij sprake is van een goed sociaal netwerk en met een grote kans op herstel. Het kan ook gaan om ernstige patiënten met stabiele problematiek die geen gespecialiseerde behandeling, maar wel een langdurige monitoring behoeven.”

⁴⁸ Brief minister van VWS aan voorzitters Eerste en Tweede Kamer d.d. 2 juli 2013, kenmerk 129353-106301-CZ

⁴⁹ NZa, Nadere regel declaratiebepalingen 2013. www.nza.nl

⁵⁰ KPMG. Onderzoek januari 2012

“De Gespecialiseerde GGZ kenmerkt zich door een hoge mate van complexiteit van behandeling waarbij een zwaar beroep op specialistische kennis nodig is. Behandeling wordt gegeven aan een doelgroep waarbij de kwaliteit van leven (ernstig) onder druk kan staan. Er is sprake van een DSM benoemde stoornis. De gespecialiseerde GGZ kent een sterke diagnostische functie onder verantwoordelijkheid van een klinisch psycholoog, psychotherapeut of psychiater.”

Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013-2014, 18 juni 2012

De Minister heeft in het verlengde van deze afspraken inmiddels op 17 mei 2013 een voorhangbrief naar de Tweede Kamer gestuurd.⁵¹

Versterking module POH-GGZ

Om de huisarts beter in staat te stellen de toeloop van mensen met psychische klachten te organiseren, te begeleiden en te verwijzen, zal de ondersteuning van de huidige module POH-GGZ binnen de huisartsenzorg worden versterkt. De huidige module POH-GGZ wordt per 2014 geflexibiliseerd. Dit betekent dat de huisartsenzorg ook de mogelijkheid wordt geboden om bijvoorbeeld de psychiater, psychotherapeut, klinisch psycholoog en/ of (eerstelijns) GZ-psycholoog te consulteren, de screeningsfunctie binnen de huisartsenzorg te optimaliseren of de patiënt een e-mental health programma aan te bieden. Als binnen de huisartsenzorg de patiënt niet kan worden geholpen, dan wordt de patiënt doorverwezen naar de Generalistische Basis GGZ (voor patiënten met lichte en matige problematiek) of de specialistische GGZ (voor patiënten met een hoog risico en/of (zeer) complexe aandoeningen). Voor een adequate verwijzing kan de huisarts gebruik maken van een verwijzingsmodel huisartsenzorg.

Invoering van de Generalistische Basis GGZ

Voor de Basis Generalistische GGZ worden in 2014 vier producten onderscheiden; (1) kort, (2) middel, (3) intensief of (4) chronisch. Op basis van de eerder in deze brief genoemde vijf objectieve criteria (DSM-stoornis, ernst problematiek, risico, complexiteit, beloop klachten) kan worden bekeken welke categorie het beste past bij de zorgvraag van de patiënt. Het zorgzwaartevraagproduct is daarmee een combinatie van diverse zorgvraagzwaartecriteria. Dit betekent dat het zorgvraagzwaarteproduct niet alleen iets zegt over de ernst van de problematiek, maar over de mate van score op alle vijf de criteria.

Voorhangbrief POH-GGZ en Generalistische Basis GGZ, 17 mei 2013

Dit betekent dat er voor G-GGZ twee bekostigingssystemen komen: op basis van producten voor de Generalistische Basis GGZ en op basis van DBC's voor de gespecialiseerde GGZ. Het verrichtingsstelsel dat nu geldt voor EPZ vervalt dan.

Het CVZ benadrukt dat de POH-GGZ, hoe dan ook georganiseerd, onderdeel is van de huisartsenzorg: naar zijn aard is het ondersteuning in de huisartspraktijk.

⁵¹ VWS, Voorhangbrief POH-GGZ en Generalistische Basis GGZ, kenmerk: 117090-103676-CZ

Heldere afbakening

De nieuwe indeling van de G-GGZ in een Generalistische Basis GGZ en Gespecialiseerde GGZ biedt kansen voor het toegankelijk en betaalbaar houden van de geestelijke gezondheidszorg. De nieuwe structuur geeft naar verwachting ook meer en betere mogelijkheden om stepped care aan te bieden, hetgeen een positief effect zal hebben op de kwaliteit van de zorg en gepast gebruik. Om deze kansen ook echt te verzilveren, is het nodig dat partijen de gevolgen voor de uitvoering zorgvuldig uitwerken.

Voorwaarde voor goed gebruik van de verschillende financieringsproducten zijn uniforme afspraken hoe deze in te zetten, en die afspraken dienen optimaal te zijn ingebed in richtlijnen.

De Zvw aanspraak geneeskundige GGZ luidt 'zorg zoals klinisch psychologen en medisch specialisten die plegen te bieden'. Daarbij moet sprake zijn van ziekte (stoornis) en een verwijzing door de huisarts, zoals afgesproken in het Bestuurlijk Akkoord. Er zijn geen nader gedefinieerde aanspraken op Generalistische Basis GGZ en Gespecialiseerde GGZ in de Zvw. De afbakening tussen de verschillende financieringsproducten kan daardoor niet gebaseerd worden op een wettelijk onderscheid in de Zvw. Het is daarom van belang dat betrokken partijen een helder onderscheid maken tussen enerzijds de Generalistische Basis GGZ (en daarbinnen tussen de vier producten) en anderzijds de Gespecialiseerde GGZ en de NZa dit kan verankeren in de WMG-prestaties. Het moet voor iedereen (huisarts, andere hulpverleners, patiënten en verzekeraars) zoveel als mogelijk duidelijk zijn welke patiënt waarheen verwezen dient te worden. In het kader van de richtlijnontwikkeling zal de afbakening tussen de verschillende financieringsproducten dus ook meegenomen en uitgewerkt moeten worden, wil afbakening in de spreekkamer duidelijk zijn.

Voorkomen moet worden dat de verschillen tussen deze financieringssystemen de zorginhoudelijke keuze oneigenlijk beïnvloeden.

4.6 Sturing door verzekeraars

Verzekeraars spelen een centrale rol in de uitvoering van de Zvw. Zij stellen de polissen op, contracteren zorg en kunnen daarbij afspraken maken met zorgaanbieders over kwaliteit, doelmatigheid en verantwoording. Ten slotte zijn zij verantwoordelijk voor de juistheid van de declaraties ten laste van de Zvw.

Verwijzing

Om een juiste uitvoering van de Zvw te waarborgen, kunnen verzekeraars procedurele voorwaarden opnemen in hun polis. Verwijzing en toestemming zijn als procedurele voorwaarden binnen de Zvw uitdrukkelijk gelegd bij de zorgverzekeraars. Elke zorgverzekeraar kan dit per zorgvorm invullen. Dit geldt dus ook voor de GGZ.

De verwijzing naar de medisch-specialist is geregeld in artikel 14, lid 2 Zvw. Toegang tot zowel de Generalistische Basis GGZ als de Gespecialiseerde GGZ is daarmee echter wettelijk onvoldoende bepaald. Dat geldt ook voor de manier waarop verwijzing naar de Gespecialiseerde GGZ kan plaatsvinden vanuit de Generalistische Basis GGZ.

Verzekeraars zouden daarom in hun polisvoorwaarden kunnen regelen dat verwijzing naar de Generalistische Basis GGZ en de Gespecialiseerde GGZ vooral door de huisarts dient plaats te vinden. Dit om zo de essentiële rol van regiehouder

van de huisarts te benadrukken en mogelijke opeenvolgende behandelingen in beeld te krijgen. Binnen de huidige GGZ heeft de huisarts vaak geen zicht op de keten en is nog al eens onduidelijk door wie een patiënt wordt behandeld. Het CVZ acht directe doorverwijzing van medisch-specialisten naar de Gespecialiseerde GGZ, dus zonder tussenkomst van de huisarts, wel gewenst om eventuele vertraging in de noodzakelijke behandeling te voorkomen. Uiteraard dient de huisarts hierover wel geïnformeerd te worden.

Veel partijen hebben twijfels bij het advies van het CVZ om de huisarts een centrale rol te laten spelen bij de verwijzing vanuit de generalistische basis GGZ naar de gespecialiseerde GGZ. Zij vinden het onverantwoord de doorverwijzing te laten verlopen via de huisarts. Men is van mening dat CVZ met dit advies andere verwijzers (met name medisch specialisten, die overigens geen deel uitmaken van de basis GGZ) buiten spel zet en dat dit leidt tot bureaucratie en onnodige vertraging.

In het Bestuurlijk Akkoord hebben partijen afgesproken dat G-GGZ slechts toegankelijk is op verwijzing. Zorgverzekeraars nemen verwijzing uitdrukkelijk op in hun polissen. Daarbij hoort een adequate controle op de verwijzingseis. Ook is het van belang dat beroepsbeoefenaren goed worden geïnformeerd (deskundigheidsbevordering) en dat ook patiënten desgewenst adequaat geïnformeerd worden.

Aangezien het ook voor de verwijzing van groot belang is dat de criteria steunen op breed gedragen richtlijnen zonder controverses tussen beroepsgroepen, is het te meer van belang dat de standaardontwikkeling van de huisartsen en die in de psychiatrie in LSKS verband, maximaal integreren.

Verlengde arm-constructie

De eerdergenoemde problematiek rond het hoofdbehandelaarschap (zie paragraaf 4 van dit hoofdstuk), zoals die ook naar voren kwam in de Europsyche-casus, is niet alleen een verantwoordelijkheid voor de beroepsgroepen. Ook de verzekeraars hebben hierin expliciet een rol, zoals ook in deze casus duidelijk naar voren kwam.

Bij de zogenaamde verlengde arm-constructie verlenen anderen, onder verantwoordelijkheid van een behandelaar de zorg. Een voorbeeld uit de somatische zorg betreft de toediening van een geneesmiddel door een daartoe bevoegde en bekwame verpleegkundige, in opdracht van de arts. De behandelaar delegeert dan een deel van zijn eigen werkzaamheden aan een ander. De verlengde armconstructie maakt deel uit van de dagelijkse zorg, ook in de GGZ, en kan in principe bijdragen aan het doelmatig functioneren van een GGZ organisatie. Wel dient telkens de vraag te worden gesteld, of de patiënt wel de juiste zorg krijgt en van de juiste hulpverlener. Het is immers ook goed denkbaar dat een verkeerd uitgevoerde verlengde armconstructie ertoe leidt dat uiteindelijk betaald wordt voor zorg die kwalitatief onvoldoende was.

In rapport GGZ, deel 1 hebben we al gewezen op het risico dat door de verlengde arm constructie de patiënt niet de juiste hulp zou krijgen. ZN heeft in een brief van 12 september 2011 aan de directies van de zorgverzekeraars over de inzet van hulppersoneel⁵² dit risico geadresseerd. We hebben de indruk, ook uit ontvangen

⁵² Blz. 7 en 8 Rapport Geneeskundige GGZ, deel 1 (Zo wijst ZN op de grote diversiteit in de manier waarop

vragen en reacties van hulpverleners, dat zorgverzekeraars via hun polis deze constructie willen beperken om te garanderen dat de patiënt de juiste zorg krijgt. Zoals ook blijkt uit uitspraken van de rechter in de Europsyche-casus, zijn dergelijke polisvoorwaarden een legitieme manier om dit te doen.

Contractering zorgverlener/zorgverzekeraar of polisbepalingen

Verzekeraars hebben, naast het regelen van wie de zorg mag bieden, nog andere instrumenten om gepast gebruik van zorg te bevorderen. Dit kunnen ze vormgeven via contracteringsafspraken met de zorgverlener of door het opnemen van specifiek polisbepalingen.

Gedacht kan worden aan de voorwaarde dat de patiënt of diens behandelaar toestemming vooraf moet hebben bij de start of het vervolg van een behandeling voor bepaalde psychische stoornissen. Te denken valt dan aan chronische stoornissen, zoals een autisme spectrum stoornis, ADHD, chronische depressie, stoornissen waarvan de behandeling lang duurt. Zeker als hiervoor in de richtlijnen geen basis is te vinden. Zorgverzekeraars zien dan vooral een goede registratie van de zorg als middel om gepast gebruik te bevorderen.

Ook het vereiste van een goede registratie van de zorg is een middel om gepast gebruik te bevorderen. Zo is het voor chronische stoornissen met een stabiel beeld van belang dat een behandelaar aangeeft dat verdere behandeling nog nodig en zinvol is. Als enkel begeleiding zonder aansturing van een behandelaar nog nodig is, met eventueel medicatievoorschriften, dan is gespecialiseerde GGZ niet meer nodig. Welke zorg nog nodig is na een bepaalde tijd, bv. een jaar, is opgenomen op basis van hetgeen daarover is opgenomen in de richtlijnen wordt verantwoord in het behandelplan. Verzekeraars willen met aanbieders een veldnorm voor het registreren van het behandelplan en de evaluatie van de behandeling ontwikkelen, bij voorkeur een norm die aansluit op ROM (routine outcome monitoring), een instrument waarover in 2010 partijen al afspraken hebben gemaakt.⁵³ Op grond van de registratie kunnen verzekeraars dan gericht controleren en zien welke zorg (behandeling en/of begeleiding) aanbieders bieden. Een minimumvereiste is wel dat op de declaratie de diagnose zichtbaar is. ZN wil de ontwikkeling van genoemde veldnorm graag met partijen ter hand nemen. Als dit in de praktijk inderdaad goed functioneert, is aanscherping met een regeling van een machtiging- of toestemingsstelsel niet nodig.

Een andere vorm van sturing op gepast gebruik is het maken van afspraken over spiegelinformatie. Hierdoor krijgen zorgverleners feedback op hun declaratiegedrag en kunnen zo nodig nadere afspraken gemaakt worden. Ook hiervoor is nodig dat verzekeraars diagnose informatie van de aanbieders ontvangen. Het CVZ realiseert zich dat hier twee waarden mogelijk conflicteren: die van een

vrijgevestigde beroepsbeoefenaren hulppersoneel inzetten. In de polis geeft de zorgverzekeraar aan wie de zorg mag verlenen. Hier kan een verzekeraar ook aangeven of deze zorgverlener, bijvoorbeeld een vrijgevestigd psychiater, zich kan laten bijstaan door andere zorgverleners, zoals een psycholoog of sociaal-psychiatrisch verpleegkundige (SPV). Het is ook mogelijk dat niet nader is aangegeven wie onder verantwoordelijkheid van de behandelaar de zorg mag verlenen. Zorgverzekeraars kunnen ervoor kiezen beperkingen aan de inzet van hulppersoneel via de verlengde arm op te leggen. ZN geeft aan dat het bijvoorbeeld mogelijk is in de contracten met de hoofdbehandelaar af te spreken dat deze zelf 80% van de zorg verleent en zich voor maximaal 20% laat bijstaan door anderen, die dan onder verantwoordelijkheid van de behandelaar functioneren.)

⁵³ Bestuurlijk Akkoord van 2010

solide controle op de rechtmatigheid en doelmatigheid van zorg via declaraties, en het belang van de privacy van patiënten. Toch pleit het CVZ ervoor om binnen de grenzen van de privacy regelingen het maximale aan informatieverstrekking te doen om zorgverzekeraars in staat te stellen hun rol te spelen en te kunnen bepalen of zij terecht betalen.

Controle en Toezicht

De zorg valt onder de geneeskundige zorg (Zvw-aanspraak) en is dus voor de verzekerde onbegrensd/onbeperkt, zolang hij redelijkerwijs op deze zorg is aangewezen. De zorgproducten, die ontwikkeld zijn in het kader van de bekostiging, zijn echter wel begrensd. Dit kan tot ongewenste effecten leiden. Het is bijvoorbeeld mogelijk dat hulpverleners om die reden patiënten die langer durende Generalistische Basis GGZ nodig hebben, doorverwijzen naar de Gespecialiseerde GGZ, terwijl die patiënten daar eigenlijk niet thuishoren. Wanneer dit op grotere schaal zou gebeuren, ontstaat de situatie dat we naast een grote Generalistische Basis GGZ nog steeds een grote Gespecialiseerde GGZ houden. Patiënten zouden ten onrechte in zwaardere zorgtrajecten kunnen belanden en de kosten voor de G-GGZ zouden verder toenemen, zij het dat deze weer gecorrigeerd worden via het macrobeheersingsinstrument.

Om zicht te houden op terrechte en onterrechte doorverwijzingen zullen zorgverzekeraars controle en toezicht moeten en kunnen uitvoeren. Diagnose vermelding op de declaratie en inzage in dossiers is hiervoor een voorwaarde.

Controle en toezicht zijn gebaat bij een heldere afbakening. Daarom moet de G-GGZ zo scherp mogelijk omschreven worden. De systematiek van de Zvw bevat een open omschrijving van de aanspraken (flexibel/functioneel). Dit is niet verenigbaar met de wens tot een algemene scherpe afbakening van de Zvw-aanspraken en daarmee ook de handhaafbaarheid. Waar mogelijk benoemen we op specifieke onderdelen of interventies voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk, indien dat aan de orde is gespecificeerd naar indicaties.

Ook richtlijnen zijn een middel om een heldere afbakening vorm te geven. Het is belangrijk dat richtlijnen, waar we bij aansluiten, helder aangeven welke interventies door wie wanneer ingezet worden. Dit bevordert de kwaliteit van zorg. Op dit moment zijn de richtlijnen niet altijd eenduidig. De vernieuwing van richtlijnen door de stichting LSKS biedt in de toekomst kansen voor een scherpere afbakening.

4.7 GGZ interventies vergoeden vanuit het juiste kader

De minister en later ook de partijen van het Bestuurlijk Akkoord, hebben ons in aansluiting op het rapport G-GGZ, deel 1, gevraagd om een duidelijker afgrenzing van wat wel en niet verzekerd is, en ten laste van welk financieel kader GGZ interventies gebracht moeten worden. Hiertoe hebben wij alle clusters, opgenomen in de DSM-IV, nader bezien. Per cluster geven we hierna aan (As I: 1 t/m 16 en As II: 17 en 18) of deze zorg verzekerd is en ten laste van welk kader deze zorg gedeclareerd kan worden. Hierbij sluiten we aan op bestaande richtlijnen van de beroepsgroep.

DSM-IV hoofdgroep		Type stoornis	Verzekerd	Bekostigingskader
1	Stoornissen in de zuigelingentijd tot adolescentie	a. pervasieve ontwikkelingsstoornissen	ja	ZVW (huisartsenzorg/ G-GGZ); AWBZ (begeleiding in stationaire fase)
		b. aandachtstekort- en gedragsstoornissen ⁵⁴	ja	
		c. tic stoornissen	ja	
		d. overig stoornissen zuigeling/kind/adolescent	ja	
		a. stoornissen in de motorische vaardigheden	ja	ZVW (huisartsenzorg/ paramedische zorg/ medisch specialistische zorg); WMO; Jeugdzorg (opvoedingsondersteuning)
		b. communicatie stoornissen	ja	
		c. voedings- en eetstoornissen	ja	
		d. stoornissen in de zindelijkheid	ja	Onderwijs
		a. leerstoornissen	nee	
		b. ernstige enkelvoudige dyslexie	ja	ZVW (G-GGZ) (zie ook toelichting)
2	Delirium, dementie, amnestische en andere cognitieve stoornissen	a. dementie	ja	ZVW (huisartsenzorg/ G-GGZ/medisch specialistische zorg); AWBZ (behandeling, verpleging en verzorging); WMO (huishoudelijke zorg)
		b. delirium	ja	
		c. amnestische stoornissen en andere cognitieve stoornissen	ja	
3	Psychische stoornissen door een somatische aandoening	diverse stoornissen (bv. effecten werking schildklierfunctie)	ja	ZVW (huisartsenzorg/ G-GGZ/medisch specialistische zorg)

⁵⁴ Enkel psychische gedragsstoornissen vallen onder de G-GGZ; overige gedragsstoornissen vallen onder de WMO/Jeugdzorg (opvoedingsondersteuning)

4	Aan een middel gebonden stoornissen	a. psychotische-, stemmings-, angststoornis door een middel	ja	ZVW (huisartsenzorg/ G-GGZ)
		b. afhankelijkheid van middelen	ja	ZVW (huisartsenzorg/ G-GGZ)
		c. intoxicaties	ja	ZVW (huisartsenzorg/ medisch specialistische zorg/G-GGZ)
		d. overige stoornissen (bv. misbruik van een middel)	ja	ZVW (huisartsenzorg)
5	Schizofrenie en andere psychotische stoornissen		ja	ZVW (huisartsenzorg/ G-GGZ)
6	Stemmingsstoornissen		ja	ZVW (huisartsenzorg/ G-GGZ)
7	Angststoornissen	a. angststoornissen	ja	ZVW (huisartsenzorg/ G-GGZ)
		b. specifieke fobieën	ja	ZVW (huisartsenzorg; zie toelichting voor G-GGZ)
		c. acute stress-stoornis	ja	ZVW (huisartsenzorg/ G-GGZ)
8	Somatoforme stoornissen		ja	ZVW (huisartsenzorg/ G-GGZ)
9	Nagebootste stoornissen		ja	ZVW (huisartsenzorg/ G-GGZ)
10	Dissociatieve stoornissen		ja	ZVW (huisartsenzorg/ G-GGZ)
11	Seksuele stoornissen en genderidentiteitsstoornissen	a. exhibitionisme, fetisjisme, frotteurisme, pedofilie, seksueel masochisme, seksueel sadisme, fetisjistisch transvestitisme, voyeurisme, parafilie, hyperseksualiteit (classificatie seksuele stoornis nao)	ja	ZVW (huisartsenzorg/ G-GGZ)
		b. overige seksuele stoornissen	ja	ZVW (huisartsenzorg/ medisch)

		c. genderidentiteitsstoornissen	ja	specialistische zorg, G-GGZ alleen bij seksueel misbruik) ZVW (huisartsenzorg/ medisch specialistische zorg/G-GGZ ⁵⁵)
12	Eetstoornissen	anorexia nervosa en boulimia nervosa (n.b. obesitas is geen psychische stoornis)	ja	ZVW (huisartsenzorg/ G-GGZ)
13	Slaapstoornissen		ja	ZVW (huisartsenzorg/ medisch specialistische zorg)
14	Stoornissen in de impulsbeheersing, niet elders geassocieerd		ja	ZVW (huisartsenzorg/ G-GGZ)
15	Aanpassingsstoornissen		nee	Behandeling wettelijk uitgesloten
16	Andere aandoeningen en problemen die een reden voor zorg kunnen zijn (o.a. V codes)		nee	deze problemen kunnen bij een DSM classificatie gecodeerd worden, maar niet als hoofddiagnose
17	Persoonlijkheidsstoornissen		ja	ZVW (huisartsenzorg/ G-GGZ)
18	Zwakzinnigheid		ja	AWBZ

Enkele onderdelen lichten wij hieronder toe:

Ad 1. Stoornissen in de zuigelingentijd tot adolescentie

In Rapport GGZ, deel 1 als ook in dit deel 2 gaan we niet specifiek in op de kinder- en jeugdGGZ. Naast de DSM IV wordt in de kinder- en jeugdGGZ een ander classificatiesysteem gehanteerd.⁵⁶ Binnen de DBC GGZ-systematiek is het mogelijk voor zeer jonge kinderen, 0 – 3 jaar een diagnose volgens deze classificatie (DC.0-3) aan te geven. Zorg voor deze stoornissen van de DC: 0-3 is verzekerde zorg en heeft als bekostigingskader ZVW: G-GGZ.

⁵⁵ Zie CVZ, Standpunt Zorg aan transseksuelen (onderdeel psychische zorg en psychosociale hulp), Diemen, 22 maart 2010, www.cvz.nl

⁵⁶ ZERO TO THREE. Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood (DC:0-3R). revised ed. 2005.

Bij patiënten met een aantal van deze stoornissen doet de vraag zich voor wanneer en hoe lang behandeling (gericht op verbetering) ingezet moet worden en wanneer behandeling overgaat in begeleiding (gericht op stabilisering). Zorg is bij veel patiënten levenslang nodig, maar de functie behandeling niet altijd. Als er een stabiele stationaire fase in het ziekteproces is opgetreden, is G-GGZ niet meer noodzakelijk. De huisarts kan dan de behandeling overnemen. Ook is het mogelijk dat de psychiater alleen nog de medicatiecontacten verzorgt en dat de huisarts de overige zorg overneemt. Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn bij patiënten met ADHD. Als daarnaast ook nog begeleiding nodig is, is deze geen onderdeel meer van de Zvw-zorg, maar kan deze mogelijk vergoed worden vanuit de AWBZ of Wmo.

De leerstoornissen zijn in de DSM-IV opgenomen om beroepsbeoefenaren in de GGZ aan te moedigen bij hun evaluaties zo volledig mogelijk te zijn. Bij veel kinderen die in het circuit van de GGZ komen (vooral die met ADHD of gedragsstoornissen), is de kans groot dat zij ook een leerprobleem hebben dat hun psychiatrische status kan beïnvloeden. Eventuele hulp bij deze leerstoornissen vindt in Nederland echter plaats vanuit het onderwijs en niet vanuit de G-GGZ.

Voor ernstige enkelvoudige dyslexiezorg is een afzonderlijke aanspraak onder de Zvw opgenomen, waarvan bekostiging ten laste van het financiële kader van de G-GGZ plaatsvindt.

Ad 2. Delirium, dementie, amnestische en andere cognitieve stoornissen

Dementie

De wenselijke zorg bij dementie is beschreven in de concept Zorgstandaard dementie⁵⁷. Hierin staat vermeld: *'De zorgstandaard geeft een beschrijving van het complete zorgcontinuüm: van vroegsignalering en preventie tot diagnostiek, casemanagement, behandeling, begeleiding en steun en levering van zorg en diensten. Het is een functionele beschrijving, dat wil zeggen dat het gaat om welke zorg geboden moet worden, wanneer en op welke wijze. De zorgstandaard beschrijft niet wie de zorg levert. Het is aan de regionale aanbieders, de gemeenten en de zorgverzekeraars om optimale uitvoering te geven aan de zorgonderdelen. Zorgstandaarden geven de komende jaren aanknopingspunten voor het garanderen van de kwaliteit van de zorg vanuit het perspectief van cliënten.*

Niet alle zorg die beschreven is in de zorgstandaard valt onder de vergoeding van de Zvw, of meer specifiek onder de G-GGZ. Dementie is geen ziekte die uniek in de G-GGZ thuishoort, echter een goed georganiseerde dementie-keten kan ook niet zonder. De G-GGZ, zowel ambulante als klinische, heeft een rol bij de diagnostiek en behandeling, (dit laatste vooral als er sprake is van psychiatrische comorbiditeit, probleemgedrag, systeemproblematiek en zorgweigerende houding, waar deze de mogelijkheden van de 1^e lijn overschrijden) en bij een zo nodig gedwongen opname. De zorgstandaard is gebaseerd op bestaande richtlijnen voor diagnostiek en behandeling. Op dit moment werken de wetenschappelijke verenigingen van de klinische geriaters, psychiaters en internisten aan een herziening van de behandelrichtlijn voor dementie.

De afgrenzing van de vergoeding van de zorg tussen G-GGZ, de huisarts, het

⁵⁷ Alzheimer Nederland. Zorgstandaard dementie. In voorbereiding 2013. Beschikbaar via <http://www.alzheimer-nederland.nl/media/11405/Zorgstandaard%20Dementie%20PDF.pdf>

algemeen ziekenhuis, de verpleging, verzorging extramuraal vanuit de AWBZ (straks Zvw inclusief de wijkverpleegkundigen en een nieuwe aanspraak 'thuisverpleging') en het verblijf in de AWBZ zijn niet altijd scherp te trekken. Casemanagement maakt een substantieel onderdeel van de zorg uit, maar kan zorginhoudelijk gezien vanuit verschillende kaders geleverd worden. Hoe beter de zorg extramuraal integraal georganiseerd en geleverd wordt des te minder (of later) opnames in verpleeghuizen of algemene ziekenhuizen plaatsvinden en hoe meer er bespaard lijkt te kunnen worden. Wij adviseren de minister om de bekostiging van de zorg aan mensen met dementie opnieuw te bezien en na te gaan of hier verbeteringen zijn aan te brengen zodat integrale zorg bevorderd wordt en investeren in de extramurale zorg gefaciliteerd wordt.

Delier

In de Richtlijn Delirium (2004)⁵⁸ van de NVvP staat in de algemene inleiding op pagina 9: *'Het delier is per definitie een organisch psychiatrische stoornis en altijd het gevolg van cerebrale ontregeling door een lichamelijke aandoening of gebruik van middelen'*.

Op pagina 18 (diagnostiek) staat: *'artsen beseffen meestal onvoldoende dat het optreden van een delier een belangrijk medisch probleem is en wijst op de aanwezigheid van (levensbedreigende) lichamelijke ziekte(n)'*. Verder vermeldt de richtlijn: *'Het niet herkennen van een delirium kan voor de patiënt ernstige consequenties hebben, met toegenomen kans op sterfte door de per definitie bestaande onderliggende somatische aandoening. Een belangrijke valkuil is dat de bijkomende gedragsstoornis niet beschouwd wordt als een symptoom van een delirium, waarna lichamelijk onderzoek achterwege blijft en de patiënt wordt verwezen naar een psychiatrische instelling. Veel algemene psychiatrische ziekenhuizen zijn onvoldoende toegerust voor goede somatische diagnostiek en behandeling.'*

Onderzoek over het delirium heeft grotendeels plaatsgevonden in algemene ziekenhuizen waardoor de conclusies in deze richtlijn in de eerste plaats gelden voor patiënten met een delirium die zijn opgenomen in een algemeen ziekenhuis'.

In de multidisciplinaire richtlijn 'Stoornissen in het gebruik van alcohol' (2009)⁵⁹ wordt op pagina 9 vermeld: *'Bij een delirant beeld zal een overplaatsing naar een afdeling Interne Geneeskunde of Psychiatrie van een algemeen ziekenhuis moeten plaatsvinden'*.

De NHG standaard Delier bij ouderen⁶⁰ (2003) vermeldt: *'Indien verwijzing of opname geïndiceerd is, verwijst de huisarts naar een (niet-psychiatrisch) ziekenhuis'*.

De primaire opname en behandeling van het delier zal vanuit het perspectief van de kwaliteit van de diagnostiek en behandeling plaats moeten vinden in het algemeen ziekenhuis en wordt dan bekostigd vanuit de aanspraken voor somatische medisch-specialistische zorg, waar de consultatieve psychiatrie onderdeel van uit maakt. Mocht de beroepsgroep vinden dat substantiële uitzonderingen aangewezen zijn, dan verwacht het CVZ dat de landelijke richtlijnen hierover duidelijkheid geven. Dat

⁵⁸ NVvP, Richtlijn delirium. Amsterdam: Boom, 2004. www.diliguide.nl

⁵⁹ Multidisciplinaire richtlijn 'Stoornissen in het gebruik van alcohol'. 2009. www.ggzrichtlijnen.nl/

⁶⁰ NHG standaard Delier bij ouderen. 2003. www.nhg.org

is op dit moment niet zo.

Een aantal partijen geven aan dat patiënten met een zogenaamde BOPZ (Wet Bijzondere Opname Psychiatrisch Ziekenhuis)-maatregel en een delier in de psychiatrie moeten worden opgenomen. Het CVZ acht dit onjuist omdat ook voor psychiatrische patiënten geldt dat de juiste (somatische) zorg wordt geboden. Het veld is het hierbij eens dat het primaat van diagnostiek en behandeling van het delier primair in het algemeen ziekenhuis ligt. Omdat bekostiging van de afdeling psychiatrie (paaz en puk) in het algemeen ziekenhuis voornamelijk via de G-GGZ plaatsvindt, valt de vergoeding van de behandeling van het delier op de afdeling psychiatrie binnen het algemeen ziekenhuis wel onder de G-GGZ.

Ad 7. Angststoornissen

Zorg voor angststoornissen is onderdeel van de aanspraak G-GGZ. Een uitzondering maken we voor de specifieke (enkelvoudige) fobie.

In de multidisciplinaire richtlijn angststoornissen (2011)⁶¹ is een beslisboom voor interventies opgenomen. Hierin staat dat bij dier, natuur of overige type fobie, in niet-frequent voorkomende situaties (bijv. vliegangst) alleen incidenteel benzodiazepine geïndiceerd is. De behandeling van deze fobieën is onderdeel van huisartsenzorg, maar de vergoeding van benzodiazepinen zelf zijn daarvan uitgesloten.

In frequent voorkomende situaties of bij bloed- letsel- of injectiefobie komt behandeling binnen een gespecialiseerde setting voor angststoornissen voor vergoeding in aanmerking, maar alleen als de eerdere interventies zijn doorlopen.

Acute stress-stoornis.

Deze stoornis duurt volgens de criteria van de DSM-IV maximaal vier weken en heeft op zich een natuurlijk beloop. In de multidisciplinaire richtlijn 'Vroegtijdige psychosociale interventies na rampen, terrorisme en andere schokkende gebeurtenissen (2007)⁶² wordt echter het volgende aangegeven: 'De werkgroep beveelt behandeling met traumagerichte cognitieve gedragstherapie (CGT) aan voor getroffen en met een acute stress-stoornis (ASS) of ernstige symptomen van acute posttraumatische stress-stoornis (PTSS) gedurende de eerste maand na een schokkende gebeurtenis'. Gelet op de specifieke aanbeveling van een specialistische interventie bij ASS en het feit dat PTSS uiteraard tot verzekerde GGZ behoort, valt ook de ASS onder de aanspraak voor G-GGZ.

Ad 11. Seksuele stoornissen en genderidentiteitsstoornissen

Zorg voor de groep van parafilieën (exhibitionisme, fetisjisme, frotteurisme, pedofilie, seksueel masochisme, seksueel sadisme, fetisjistisch transvestitisme, voyeurisme, parafilie NAO) is verzekerde G-GGZ. Hyperseksualiteit is niet een aparte classificatie in de DSM IV (wel in de ICD 10) en is als seksuele stoornis NAO wel verzekerde G-GGZ gezien de ernst van deze psychopathologie. (In de DSM-5 is hyperseksualiteit specifiek opgenomen).

Voor de overige binnen deze DSM categorie vermelde seksuele stoornissen is indien nodig somatisch medisch-specialistische zorg aangewezen. Seksuologische zorg valt

⁶¹ Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen. Tweede revisie. 2012: 181. www.ggzrichtlijnen.nl

⁶² Multidisciplinaire richtlijn Vroegtijdige psychosociale interventies na rampen, terrorisme en andere schokkende gebeurtenissen. 2007: 19. www.ggzrichtlijnen.nl

in beginsel niet onder de aanspraak G-GGZ. Bij de meeste seksuologische stoornissen spelen zowel biologisch-fysieke als psychologische en mogelijk ook sociale factoren een rol. Veel van deze stoornissen kunnen uitstekend behandeld worden binnen de huisartspraktijk. Er is bijvoorbeeld een NHG standaard erectiele dysfuncties (2008)⁶³. Zo nodig vindt doorverwijzing naar de tweede lijn plaats, bijvoorbeeld naar een polikliniek seksuologie in een algemeen ziekenhuis. De diagnostiek en behandeling zijn in elk geval onderdeel van de somatisch medisch-specialistische zorg, waarbij nauwe samenwerking met seksuologen en psychologen/psychotherapeuten borg staat voor een integrale benadering.

Uit reacties van het veld is gebleken dat met de invoering van de DOT's in de algemene ziekenhuizen, de mogelijkheden om binnen de algemene ziekenhuizen de hulpverlening bij seksuele stoornissen adequaat vorm te geven, enorm is beperkt. Het CVZ ziet dit als een ongewenst effect en dringt er bij partijen op aan om maatregelen te treffen voor bekostiging van integrale zorg bij de (overige) seksuele stoornissen in de algemene ziekenhuizen. Dit geldt overigens ook voor de psycho-oncologische zorg als onderdeel van de oncologische behandeling in het algemeen ziekenhuis.

De seksuele disfuncties die samenhangen met andere psychische stoornissen of door psychofarmaca dienen gezien te worden als onderdeel van de behandeling van de (primaire) psychische stoornis.

Ad 15. Aanpassingsstoornissen

De behandeling van aanpassingsstoornissen is door de minister met ingang van 1-1-2012 uitgesloten van de zorg in het kader van de Zvw.

⁶³ NHG standaard Erectiele dysfuncties. 2008. www.nhg.org

5 Adviescommissie Pakket

Begin januari 2013 is een eerste concept van een rapport over de G-GGZ, deel 2 aan belanghebbende partijen gezonden. Na een eerste bespreking in de vergadering van 25 januari 2013 heeft de Adviescommissie Pakket van het CVZ besloten partijen nader te raadplegen en hiervoor uit te nodigen op 22 februari 2013. Een herzien concept is voor consultatie eind mei verzonden. Diverse partijen hebben op dit concept gereageerd. De schriftelijk ontvangen reacties zijn opgenomen in bijlage 3. Bij de desbetreffende onderwerpen in dit advies is een samenvatting van deze reacties weergegeven.

Op 14 en 26 juni 2013 heeft de Adviescommissie zich gebogen over het begin mei ook aan belanghebbende partijen verzonden conceptrapport 'Geneeskundige GGZ, deel 2'. De commissie geeft hierover het navolgende advies aan de Raad van Bestuur van het CVZ.

De commissie signaleert:

Het CVZ adviseert binnen het gegeven van de context van het bestuurlijk akkoord dat de minister van VWS met veldpartijen in de zorg heeft gesloten. Binnen de commissie leven verschillende verwachtingen ten aanzien van de effecten van dit bestuurlijk akkoord op de beheersing van kosten en de eerlijke verdeling van middelen over passende en kwalitatief goede zorg. Specifiek heeft de commissie twee bedenkingen met betrekking tot het gesloten akkoord:

- De voorgestelde indeling in de G-GGZ is erg globaal. Er is nog veel onzekerheid hoe de verschillende partijen het door het bestuurlijk akkoord gestelde kader gaan invullen. Door de complexiteit van het systeem zijn er meer mogelijkheden voor oneigenlijk gebruik en misbruik van zorg(geld).
- De voorgestelde indeling is een structuur voor de bekostiging. Hier ontbreekt de verbinding met de indeling van de inhoud van de verzekerde zorg en met de inhoud zoals die in richtlijnen en standaarden staat. Dit, in combinatie met de complexiteit van beschreven concepten en procesgang, ziet de commissie als een risicofactor voor uitvoering in de praktijk van de zorg.

De commissie beschouwt het bestuurlijk akkoord als een gegeven, en adviseert de Raad van Bestuur van het CVZ als volgt:

Richt een goede monitoring in met vaste evaluatiemomenten waarbij ook duidelijk wordt aangegeven wat de consequenties zijn wanneer het voorgestelde systeem niet de beoogde resultaten geeft.

De monitoring moet zo worden ingericht dat het mogelijk is om de ontwikkelingen op drie niveaus te volgen:

- op macroniveau;
- op behandelaarsniveau;
- en op declaratieniveau.

Een probleem dat hierbij speelt is de privacygevoeligheid van de informatie. Om goed te controleren moet er een relatie gelegd kunnen worden tussen declaraties bij de verzekeraar en diagnoses van de behandelaar. Vanuit de privacywetgeving is dit voor de verzekeraar op patiëntniveau niet mogelijk. Door anonimiseren, combineren en/of aggregeren van gegevens valt uit de beschikbare gegevens toch

betekenisvolle monitorinformatie te halen.

In het advies moet duidelijker worden benoemd dat, wanneer uit de monitoring blijkt dat het voorgestelde systeem niet de beoogde resultaten geeft, andere maatregelen onvermijdelijk zijn. Eén van de mogelijke maatregelen is een zorgbrede procentuele eigen bijdrage. Over deze maatregel bestaat binnen de commissie geen overeenstemming. Volgens sommigen zou deze maatregel nu al de voorkeur hebben, mogelijk zelfs breder dan alleen voor de GGZ. Volgens anderen is dit hooguit een laatste poging om kostenbeheersing en gepast gebruik af te dwingen en moet zij slechts ingezet worden wanneer duidelijk is dat alle andere pogingen gefaald hebben.

De commissie adviseert om de grenzen aan de geneeskundige GGZ nog duidelijker te benoemen. Hierbij is het goed om te blijven benadrukken dat wanneer een probleem niet binnen het domein van de geneeskundige GGZ valt, het niet per definitie zo is dat er dan voor dit probleem in geen enkel domein verzekerde zorg beschikbaar is.

De commissie adviseert om een visuele uitwerking (een 'zorgboom') van de voorgestelde indeling in de geneeskundige GGZ te maken. Hierbij moet het eerste contact van de patiënt (de huisarts) als startpunt worden genomen en zo op hoofdlijnen in kaart worden gebracht in welke situatie de patiënt naar welke behandelaar wordt door- of terugverwezen. Voor de beheersing is het noodzakelijk dat de categorieën die hierbij onderscheiden worden onderling goed af te grenzen zijn.

De commissie adviseert om sterker te benadrukken dat er zorgen zijn of de huisarts de rol die hem is toebedeeld wel voldoende kan invullen. De commissie vindt het zeer verstandig om veel beslisbevoegdheid bij de huisarts neer te leggen. De huisarts moet hier uiteraard wel voor geëquipeerd zijn. Het is de commissie niet duidelijk of voor deze rol voldoende capaciteit en deskundigheid beschikbaar is.

Tot slot vraagt de commissie aandacht voor:

- De mate waarin de potentieel hoge ziektelast van psychiatrische stoornissen wordt onderkend.
- Het opnemen van een bijlage met veelgestelde vragen om een aantal misverstanden direct te kunnen adresseren.
- Het invoeren van non-discriminatiewetgeving als een mogelijke oplossing voor de problemen rond de privacy van de patiënt.
- De schijnnaauwkeurigheid die wordt opgeroepen door de wijze waarop getallen voor ziektelast en kosteneffectiviteit in het advies worden gebruikt.
- Het inzetten van het instrument van voorwaardelijke financiering als mogelijke oplossing voor beperkte informatie over de effectiviteit van een aantal behandelingen in de geneeskundige GGZ.

6 Conclusies en aanbevelingen

Het CVZ komt, mede op grond van een intensieve dialoog met betrokken partijen, tot de volgende conclusies en aanbevelingen:

A. Conclusies en aanbevelingen begrenzing G-GGZ

1. De rol van de huisarts bij klachten en stoornissen

De zorgverzekering is bedoeld voor zorg bij ziekte en niet voor hulp bij problemen die niet tot ziekte gerekend kunnen worden. Dat onderscheid is principieel, maar in de praktijk problematisch dan wel op zijn minst kunstmatig. Het CVZ kiest voor de al langer gebezigde termen "klacht" en "stoornis" om dit onderscheid te benaderen, zich ervan bewust dat: a) het hier geen contrast betreft: klachten kunnen wijzen op stoornissen of juist niet, stoornissen kunnen ook zonder klachten bestaan, b) het onderscheid tussen gestoorde en ongestoorde verwerking bijvoorbeeld van grote trauma's niet altijd scherp kan worden getrokken. Het CVZ kiest, met een open oog voor deze nadelen, toch voor de termen "klachten en stoornissen" voor het bedoelde onderscheiden van het doelgebied van de G-GGZ, omdat ze voor dit doel inmiddels flink ingeburgerd zijn geraakt. Het gaat er uiteindelijk niet om op papier een sluitend onderscheid te vinden, maar het gaat om de praktijk, waarin de huisarts immers bij uitstek de aangewezen is en bekwaam is om te onderscheiden tussen ziekte en niet-ziekte. De behandeling van psychische klachten, zonder dat sprake is van een psychische stoornis, valt niet onder de G-GGZ, maar kan wel vergoed worden binnen de huisartsenzorg. Wij herhalen dit standpunt, dat ook al vermeld staat in het Rapport G-GGZ, deel 1, en eerdere publicaties in de wetenschap dat een scherpe afgrenzing tussen psychische klachten en stoornissen niet altijd mogelijk is en voor de behandelaar soms gekunsteld kan overkomen. Het onderscheid is naar onze mening niettemin ook met zijn beperkingen voldoende bruikbaar om de zorgverlening zo te organiseren dat vergoeding van hulp bij 'klachten van psychische aard' zonder dat sprake is van een stoornis niet behoort tot het specifieke GGZ domein, maar tot het domein van de huisarts en zijn praktijkondersteuning, net zoals dat ook in de somatiek het geval is.

Omdat de juiste diagnostiek complex kan zijn onderschrijven wij van harte de afspraak van partijen in het Bestuurlijk Akkoord om voor de huisarts de mogelijkheid te creëren van een consultatie van een psychiater of andere GGZ-professionals, met daarbij een vergoedingsmogelijkheid. Daarmee wordt de diagnostische blik van de specialist binnen het huisartsendomein gehaald en onnodige doorverwijzing voorkomen.

2. Beoordeling stand van wetenschap en praktijk van een aantal interventies

Het CVZ duidt de psychologische interventies zoals opgenomen in bijlagen 1 en 2 bij het rapport als wel of niet voldoende aan de stand van de wetenschap en de praktijk en sluit deze laatste interventies derhalve uit van de verzekerde zorg.

3. Beoordeling al dan niet uitsluiten van geïndiceerde preventie

Bij hoog risico op depressie, problematisch alcoholgebruik en paniekstoornissen krijgen patiënten binnen de huisartspraktijk vroegtijdige preventieve interventies aangeboden.

Uit het beschikbare wetenschappelijk onderzoek lijken deze kortdurende interventies

kosteneffectief. Hoewel onderzoek naar langetermijneffecten geboden is, adviseren wij de minister om geïndiceerde preventie van depressie, paniek- en angst en problematisch alcohol gebruik tot het verzekerde pakket huisartsenzorg te laten blijven behoren. Dit advies sluit aan bij het beleid om de positie van de huisarts en de praktijkondersteuner GGZ (POH-GGZ) te versterken en zorg te bieden die aansluit bij de ernst van de klachten (stepped care) volgens de standaarden van de huisartsengeneeskunde. Kosteneffectief betekent dat we voor relatief weinig geld relatief effectief veel gezondheidswinst boeken. Daarvan is hier bij uitstek sprake: uitsluiting van deze zorg zou *penny wise, pound foolish* zijn.

4. *Beoordeling uitsluiten van aanpassingsstoornissen*

Op dit moment ontbreken gegevens over beloop, indicatie voor behandeling en effectiviteit van de behandeling van aanpassingsstoornissen. Er zijn ook geen richtlijnen of standaarden. Wij roepen de beroepsgroep op de totstandkoming daarvan ter hand te nemen. Zolang er geen duidelijkheid is over beloop, indicatie voor behandeling en effectiviteit van de behandeling achten wij uitsluiting van het verzekerde pakket terecht. Zodra een adequate richtlijn of standaard beschikbaar is kunnen wij een pakketbeoordeling doen op grond waarvan wij de minister eventueel zouden kunnen adviseren om de pakketmaatregel ten aanzien van de vergoeding van hulp bij aanpassingsstoornissen te heroverwegen.

Door de verwijdering van aanpassingsstoornissen uit het verzekerde pakket is er echter een ander probleem aan het licht gekomen. Kinderen en jongeren die slachtoffer zijn van huiselijk geweld en/of seksueel misbruikt zijn hebben een groot risico op het ontwikkelen van een psychische stoornis. De hulpverlening vanuit de G-GGZ werd aanvankelijk gedeclareerd op de diagnose aanpassingsstoornis, en toen hulp bij deze stoornis werd uitgesloten van vergoeding, werd er gedeclareerd op de zogenaamde V-codes die hier niet voor bedoeld zijn. Gezien het belang van de toegankelijkheid van deze hulpverlening adviseren wij de minister om hiervoor een afzonderlijke prestatieomschrijving te laten opstellen die een titel kan zijn voor vergoeding. Ook hier geldt overigens dat het zeer wenselijk is als er op korte termijn duidelijke richtlijnen worden opgesteld.

B. Conclusies en aanbevelingen gepast gebruik van GGZ

Gepast gebruik van zorg houdt in dat iedereen die zorg nodig heeft, de juiste zorg krijgt (niet te weinig, maar ook niet meer dan nodig) van de juiste hulpverlener/zorgaanbieder (op de juiste plaats in de keten/echelons). Het begrip 'gepaste zorg' omvat dus zowel de kwaliteit van zorg als de doelmatigheid en het handhaven van gemaakte afspraken over taakverdelingen. De belangrijkste voorwaarde is dat alle partijen (aanbieders, patiënten en verzekeraars) hun verantwoordelijkheid nemen. De professionals hebben daarbij in samenspraak met de patiënten de belangrijkste taak. De verzekeraars moeten hier op sturen en toezien.

1. *De centrale rol voor de huisarts*

De huisarts kan op twee manieren bijdragen aan gepast gebruik van de GGZ: door patiënten zelf te behandelen volgens de bestaande standaarden (daarbij ondersteund door de POH-GGZ) en door bij eventuele verwijzing naar de basis-GGZ of de specialistische GGZ zorgvuldig te selecteren. Beide punten zijn voorbeelden van stepped care en matched care. Stepped care houdt in dat de patiënt telkens de

minst ingrijpende behandeling krijgt die zinvol lijkt; alleen als deze niet effectief is, wordt de volgende stap gezet. Matched care houdt in dat daarbij wel rekening gehouden wordt met de ernst van de klachten, zodat iemand met ernstige problematiek van begin af aan passende zorg ontvangt.

Wij adviseren de verschillende professies en verzekeraars in gezamenlijk overleg de voorwaarden te realiseren op het vlak van informatievoorziening om deze rol voor huisartsen mogelijk te maken. Huisartsen moeten goed geïnformeerd zijn en blijven over de behandeling van hun patiënten, willen zij hun verwijzende rol goed kunnen spelen.

Ook adviseren wij om doorverwijzing naar de specialistische GGZ uitsluitend via de huisarts te laten lopen.

2. Het belang van kwaliteitstandaarden voor gepast gebruik van zorg

Een essentiële randvoorwaarde voor gepast gebruik van zorg is dat professionals consensus bereiken over de vraag wat passende zorg is binnen de gehele keten van zorg. Dat lijkt triviaal, maar de huidige richtlijnen en standaarden bieden vaak nog onvoldoende houvast. Er wordt gewerkt aan de ontwikkeling van nieuwe multidisciplinaire richtlijnen voor verscheidene psychische aandoeningen. In het Bestuurlijk Akkoord is afgesproken dat partijen een kwaliteitsprogramma opzetten voor de ontwikkeling van behandelrichtlijnen en bijbehorende meetinstrumenten. Hiertoe hebben LPGGz, NVvP en NIP de Stichting Landelijk Samenwerkingsverband Kwaliteitsstandaarden GGZ (LSKS) opgericht.

Wij adviseren hierbij wel de vrijblijvendheid in het tempo weg te nemen en goede afspraken in het verlengde van het Bestuurlijk Akkoord te maken. Vanuit onze nieuwe rol in het kader van het Kwaliteitsinstituut willen we daar graag behulpzaam bij zijn. Ook bevelen wij een nauwe samenwerking met cq aansluiting van de huisartsen aan om tot goede afstemming te komen op het gebied van de kwaliteitsstandaarden, immers het gaat hier om de gehele keten van zorg waar ook de huisarts deel vanuit maakt.

3. Verantwoordelijkheden goed vastleggen: hoofdbehandelaarschap

Goed gebruik van zorg betekent ook dat duidelijk is wie de zorg levert. Ook hierover zijn afspraken gemaakt in het Bestuurlijk Akkoord. Over het hoofdbehandelaarschap binnen de G-GGZ heeft de minister begin juli 2013 duidelijkheid gegeven, voorlopig voor de periode tot 2016. Wij tekenen hierbij aan dat de uitbreiding van het aantal hoofdbehandelaars, net als de complexe structuur van de G-GGZ, het risico voor ongepast gebruik verhoogt.

Het is uiteindelijk aan de verzekeraar om in de polis aan te geven wie welke zorg levert en daarop toe te zien in de afhandeling van declaraties.

Wij adviseren de vrijblijvendheid in het tempo van het vastleggen in de richtlijnen wie de zorg levert weg te nemen. Ook hier willen wij vanuit het Kwaliteitsinstituut graag behulpzaam zijn.

4. Nieuwe structuren: kansen en risico's

Partijen hebben in het Bestuurlijk Akkoord een nieuwe structuur voor de GGZ vastgelegd. Er komt dan een basis GGZ, waarin drie producten worden ontwikkeld voor de behandeling van patiënten met minder complexe psychische stoornissen en

één product voor chronische patiënten, en een gespecialiseerde GGZ voor patiënten bij wie sprake is van een psychische stoornis op grond van meer gecompliceerde problematiek. Partijen onderkennen in het Bestuurlijk Akkoord het belang van goede monitoring van de invulling en uitwerking van de gemaakte afspraken.

Deze nieuwe indeling – basis GGZ en gespecialiseerde GGZ – biedt kansen voor het toegankelijk en betaalbaar houden van de GGZ. De nieuwe structuur geeft naar verwachting ook meer en betere mogelijkheden om stepped care aan te bieden, hetgeen een positief effect zal hebben op de kwaliteit van de zorg en gepast gebruik. Om deze kansen ook echt te verzilveren, is het nodig dat betrokkenen een helder onderscheid maken tussen basis GGZ (en de producten) en de gespecialiseerde GGZ. Het moet voor iedereen (huisarts, andere hulpverleners, patiënten en verzekeraars) zoveel als mogelijk duidelijk zijn welke patiënt waarheen verwezen dient te worden.

De nieuwe structuur is complex, mede door het grote aantal verschillende GGZ zorgverleners. Het onderscheid tussen basis GGZ en gespecialiseerde GGZ is nog onduidelijk. De nieuwe structuur vindt zijn regeling in bekostigingstitels, terwijl in de verzekering en in de aanspraken van verzekerden geen wijziging plaatsvindt. We constateren dat bekostiging en aanspraken en ook richtlijnen wat betreft terminologie niet op elkaar aansluiten. Verzekerden hebben aanspraak op GGZ op grond van de Zvw, niet op basis GGZ (of één van de vier producten) of gespecialiseerde GGZ.

Wij signaleren het risico van “opwaartse druk” tussen basis GGZ en gespecialiseerde GGZ als ook binnen de verschillende producten van de basis GGZ, indien de criteria voor het onderscheid niet scherp zijn of niet worden nageleefd. Bij het ontwerp van deze nieuwe structuur is het van groot belang om financiële prikkels die ongewenste stimulansen geven, uit te bannen. De inzet van een product moet plaatsvinden op inhoudelijke gronden, niet op financiële gronden. Redenen om te pleiten voor kwalitatief goed onderbouwde richtlijnen en een goede monitoring. Monitoring is heel belangrijk en wij dringen er op aan dat over twee jaar de eerste resultaten beschikbaar zijn om zo nodig opnieuw over de begrenzing van de GGZ te adviseren.

Verder adviseren wij om het risico van “opwaartse druk” te beperken door te eisen dat de patiënt, wanneer behandeling in de basis GGZ onvoldoende effect heeft, eerst terug verwezen wordt naar de huisarts en –zoals we bij de rol van de huisarts adviseerden- de verwijfsfunctie naar de gespecialiseerde GGZ uitsluitend bij de huisarts te leggen tenzij uit de nadere uitwerking van de basis GGZ blijkt dat er scherp te duiden situaties zijn dat dit geen toegevoegde waarde heeft.

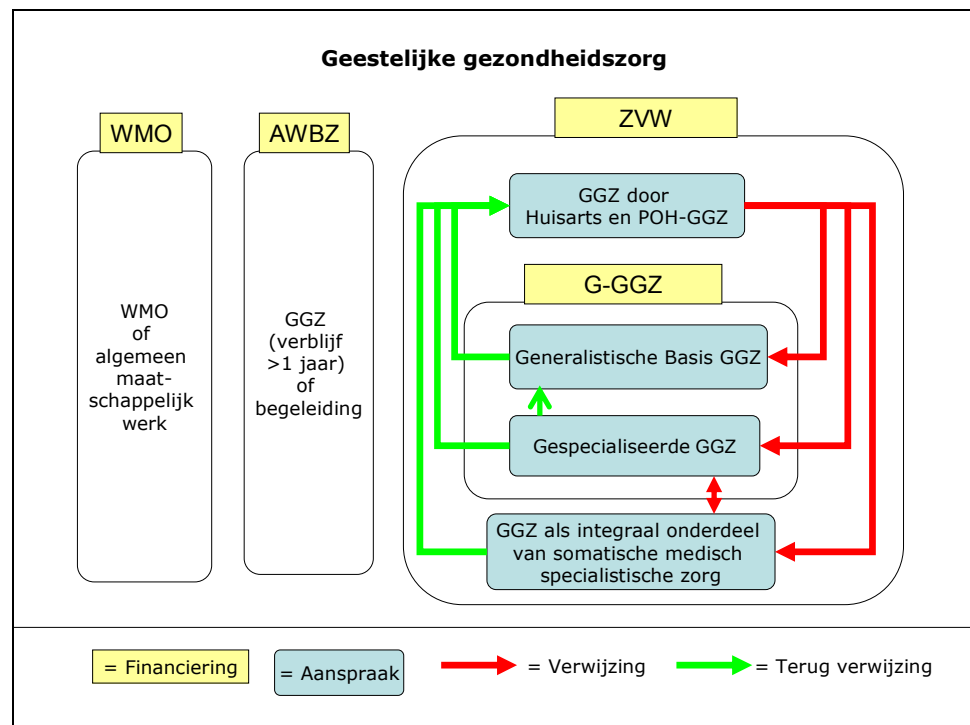
5. Sturing door verzekeraars op gepast gebruik van zorg

De verzekeraars hebben een verantwoordelijkheid bij het bevorderen van gepast gebruik van zorg. Bij het opstellen van polissen en het contracteren van zorg kunnen zij extra aandacht besteden aan kwaliteit, doelmatigheid en verantwoording. Aangezien zij verantwoordelijk zijn voor de juistheid van declaraties, zullen zij ook toetsen of de zorg ook daadwerkelijk geleverd is 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 indicatie.

Wij achten transparantie van de aanbieders en goede materiële controles door verzekeraars van groot belang voor gepast gebruik van zorg. Dit is een absolute voorwaarde voor de bijdrage van zorgverzekeraars aan gepaste zorg. Voor het handhaven is een duidelijke omschrijving van indicaties en interventies belangrijk. Ook het aangeven wie de zorg kan en mag verlenen bevordert de transparantie. Verdere aanscherping in richtlijnen kan hieraan bijdragen.

6. GGZ interventies vergoeden uit het juiste kader

Bekostiging van op de psyche gerichte geneeskundige interventies op voet van de Zvw vindt met de uitwerking van het Bestuurlijk Akkoord vanaf 2014 plaats in vier modaliteiten: a) de huisartsenzorg, inclusief de POH-GGZ; b) de Generalistische Basis GGZ; c) de Gespecialiseerde GGZ en d) de medisch psychologische zorg en de consultatieve psychiatrie als onderdeel van integrale behandeling van de somatisch medisch specialist. De onderdelen b en c vormen samen de G-GGZ zoals die in 2008 vanuit de AWBZ onder de ZVW is gebracht. Er is sprake van een complexe bekostigingsstructuur:



Wij volgen (voor zover beschikbaar en relevant) de door professionals opgestelde richtlijnen voor de toedeling van geneeskundige GGZ naar de verschillende bekostigingscategorieën. Leidraad daarbij is de noodzaak van integrale zorg. De bekostiging mag naar ons oordeel niet belemmerend zijn voor integrale zorg vanuit patiëntperspectief. Daarom bevelen wij aan vormen van integrale bekostiging te onderzoeken voor de zorg aan dementerenden. Het gaat hier om een aanzienlijk, groeiend aantal patiënten. Zorg voor deze patiënten bevindt zich op het grensgebied van de competentie van AWBZ instellingen, huisartsen, geriaters, wijkverpleegkundigen, specialisten ouderengeneeskunde, GGZ en Wmo. Het risico bestaat dat daardoor de optimale zorg niet tot stand komt.

Arnold Moerkamp
Voorzitter Raad van Bestuur

Bijlage 1 Dynamisch overzicht psychologische interventies die wel voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk

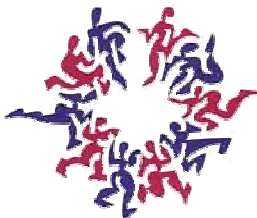
DYNAMISCH OVERZICHT VAN PSYCHOLOGISCHE INTERVENTIES BINNEN DE GGZ DIE WEL VOLDOEN AAN DE STAND DER WETENSCHAP EN PRAKTIJK (POSITIEVE LIJST)
Algemeen (mogelijk bij meer stoornissen):
Cognitieve gedragstherapie (CGT)
Problem solving therapie (PST)
Interpersoonlijke therapie (IPT)
Kortdurende psychodynamische psychotherapie
Motiverende gespreksvoering (MGV)
Cue-exposure behandeling
Gedragstherapeutische relatietherapie
Groepspsychotherapie
Exposure in vivo
Psychologische paniekmanagement
Cognitieve herstructurering
Systeemtherapie
Specifiek (bij een bepaalde stoornis)
Community reinforcement approach (CRA): verslaving
Hypnotherapie: conversiestoornis
Dialectische gedragstherapie: borderline persoonlijkheidsstoornis
Systems training for emotionally predictability and problem solving (STEPPS): persoonlijkheidsstoornissen
Mentalization based therapy (MBT): borderline persoonlijkheidsstoornis
Mindfulness based cognitieve gedragstherapie (MBCT): recidiverende depressie
Relaxatietherapie: gegeneraliseerde angststoornis
Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): post traumatisch stressyndroom (PTSS)

Bijlage 2 Dynamisch overzicht psychologische interventies die niet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk

DYNAMISCH OVERZICHT VAN PSYCHOLOGISCHE INTERVENTIES BINNEN DE GGZ DIE NIET VOLDOEN AAN DE STAND DER WETENSCHAP EN PRAKTIJK (NEGATIEVE LIJST)
Neurofeedback
Psychoanalyse
Op inzicht gerichte psychotherapeutische interventies: bij alcoholafhankelijkheid
Maudsley methode
KIDD workshop
Tomatis therapie
QEEG geïntegreerde therapie: kwantitative Elektro EncefaloGrafie
MET (mentaal-Emotieve Training)
Cogmed werkgeheugentraining
Gestalttherapie
Haptotherapie
i-TOF (Ingratieve therapie op formaat)
Speyertherapie
Mind-tuning
Mindfulnesscursus/-training
Psychosynthese
Rebirthing
Regressietherapie
Wat-Sji-Gong
Neuro linguïstisch programmeren (NLP)
Psycho-energetische psychotherapie
Emotional Freedom Technique
Existentiële therapie
Klankschaaltherapie
Reiki
.....

Bijlage 3 Ontvangen reacties

01	ZN
02	GGZ NL
03	LVE en NVVP
04	NVKG
05	VAGZ
06	NVVS
07	NVvP
08	NVRG
09	KWF en PSO
10	NVGzP en VGct
11	NIP en NVP
12	KNMG/LHV/OMS
13	NVO
14	LPGGz
15	NHG
16	ATZ
17	DAIMH
18	Verenso
19	V en VN
20	Convent van Psychologen
21	NZa
22	GGZ Oost Brabant



Aan CVZ
Van Dr. R. Luijk
Auteur Dr. R. Luijk
Doorkiesnummer
Ons kenmerk N-13-7045lui1
Datum 3 juni 2013
Onderwerp Reactie Rapport G-GGZ, deel 2
CC

Hartelijk dank voor de mogelijkheid om te kunnen reflecteren op het tweede concept van het rapport GGZ deel 2. Gezien de korte reactietijd beperken wij onze reactie tot enkele hoofdlijnen. Zorgverzekeraars zijn positief over het feit dat het CVZ de onderliggende principes in de afbakening van de geneeskundige GGZ uit het eerste concept heeft behouden. Tegelijkertijd constateren zorgverzekeraars dat het minder expliciet afbakenen van de verzekerde zorg en het minder expliciet toekennen aan bekostigingskaders tot uitvoeringsproblemen kan leiden en ongelijke behandeling.

Zorgverzekeraars zijn positief over de volgende punten:

1. Het behoud van geïndiceerde preventie in de basisverzekering en de positionering onder de huisartsen.
2. De erkenning van de sturende rol van zorgverzekeraars en de noodzakelijkheid van informatie over de geleverde zorg op de declaratie voor het kunnen sturen op gepast gebruik.
3. De centrale rol die wordt toebedacht aan de huisarts.

Het belangrijkste punt van kritiek van zorgverzekeraars op het tweede concept heeft betrekking op de minder expliciete duidingen ten opzichte van het eerste concept. De duidingen in dit tweede concept rapport GGZ deel 2 zijn op belangrijke onderdelen veel minder expliciet, waardoor er naar ons oordeel onnodig veel interpretatie ruimte voor het veld blijft bestaan. Hierdoor zullen individuele verzekeraars met het veld tot een nadere invulling moeten komen met een groot risico voor "ongelijke behandeling" en het minder juridisch bezwaar-proof zijn van de uitvoeringspraktijk. Een belangrijk voorbeeld hiervan betreft de minder expliciete uitsplitsing van DSM-IV as I en as II stoornissen naar verzekerde of onverzekerde zorg en het betreffende bekostigingskader. Op onderdelen wijkt het rapport hier ook af van het eerste concept zonder dat hiervoor een verklaring/onderbouwing wordt gegeven:

- Zo is bij hoofdgroep stoornissen in de zuigelingentijd en adolescentie onder de categorie d. overige stoornissen niet aangegeven of deze wel of niet onder de Zvw vallen terwijl dit in het eerste concept wel per