

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

De voorzitter van de Tweede Kamer
der Staten-Generaal
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34
www.rijksoverheid.nl

Ons kenmerk
CZ-U-3010911

Bijlagen
1

Uw brief

*Correspondentie uitsluitend
richten aan het retouradres
met vermelding van de datum
en het kenmerk van deze
brief.*

Datum 14 september 2010

Betreft Schriftelijke vragen van Kamerlid Leijten over tekorten voor GGZ-
preventie

Geachte voorzitter,

Hierbij zend ik U de antwoorden op de vragen van het Kamerlid Leijten (SP) over
tekorten voor GGZ-preventie (2010Z09919).

Hoogachtend,
de Minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

dr. A. Klink

Antwoorden op vragen van het Kamerlid Leijten (SP) over tekorten voor GGZ-preventie (2010Z09919)

Ons kenmerk
CZ-U-3010911

2010Z09919

Vragen van het lid Leijten (SP) aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over tekorten voor GGZ-preventie. (Ingezonden 25 juni 2010)

1

Wat is uw reactie op het bericht over dreigende kaalslag in de GGZ-preventie? Is dit het door u beoogde effect van bezuinigingen? 1)

In het artikel wordt bericht over mogelijke voornemens tot bezuinigingen door gemeenten. In hoeverre deze voornemens worden uitgevoerd is mij niet bekend. In het bericht wordt daarnaast de indruk gewekt dat er onduidelijkheid bestaat over wie nu verantwoordelijk is voor de verschillende vormen van GGZ-preventie.

2

Herinnert u zich uw antwoord op eerdere vragen, waarin u stelde dat gemeenten verantwoordelijk zijn voor het maken van afspraken over selectieve preventie? Vindt u het acceptabel dat gemeenten en zorgverzekeraars de verantwoordelijkheid naar elkaar afschuiven? Wie moet hier de regie voeren? 2)

Ja, ik herinner me die antwoorden. Selectieve preventie hoort tot het domein van de gemeenten. Als het zo zou zijn dat gemeenten en zorgverzekeraars verantwoordelijkheden naar elkaar afschuiven, vind ik dat geen goede zaak. Gelet op de kennelijke onduidelijkheid zal ik in overleg treden met GGZ Nederland, Zorgverzekeraars Nederland en de Vereniging van Nederlandse Gemeenten om te bezien in hoeverre er sprake is van een probleem en zo nodig te komen tot afspraken over de onderlinge verantwoordelijkheidsverdeling.

3

Bent u van mening dat preventieactiviteiten voor mensen die een angststoornis, eetstoornis of gokverslaving dreigen te ontwikkelen moeten kunnen worden voortgezet? Zo nee, waarom niet? Zo ja, uit welke gelden moeten deze activiteiten worden bekostigd?

Om voor vergoeding van geïndiceerde of zorggerelateerde preventie binnen het kader van de Zorgverzekeringswet in aanmerking te komen is voldoende 'evidence' ten aanzien van de werkzaamheid noodzakelijk. Het ligt voor de hand dat ook gemeenten, binnen het kader van hun verantwoordelijkheid voor universele en selectieve preventie, duidelijkheid willen over de effectiviteit van interventies.

Het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) heeft in een advies in augustus 2009 vastgesteld dat voorlopig alleen voldoende 'evidence' beschikbaar is ten aanzien van preventieve activiteiten voor depressie en overmatig alcoholgebruik. Voor alle andere psychische stoornissen is aanvullende informatie noodzakelijk. Dit kan door veldpartijen vergaard worden door middel van aanvullend wetenschappelijk onderzoek. Ook de ontwikkeling van Routine Outcome Monitoring (ROM) in de curatieve GGZ biedt goede aanknopingspunten. Op basis van ROM is het op langere termijn mogelijk specifieke kennis over de effectiviteit van behandeling te

verzamelen. Hier kan geïndiceerde en zorggerelateerde preventie een integraal onderdeel van zijn. Zodra er voldoende informatie beschikbaar is over werkzaamheid van preventieve activiteiten, vergelijkbaar met die voor depressie en alcoholgebruik, kan vervolgens het CVZ om een nieuw advies gevraagd worden.

Ons kenmerk
CZ-U-3010911

4

Deelt u de mening dat bezuinigingen op langere termijn juist tot meer kosten leidt, onder meer door (langdurige) GGZ-behandeling en arbeidsuitval? Zo nee, waarom niet? Zo ja, wat gaat u doen om deze kosten en dit onnodige leed in de toekomst te vermijden?

Onderzoek toont aan dat 'evidence based' preventieactiviteiten het ontstaan van nieuwe psychische aandoeningen en chronisch verloop kunnen voorkomen en daarmee de kosten kunnen drukken. Voor wat betreft preventieactiviteiten waarvan op dit moment de effectiviteit niet kan worden vastgesteld, verwijs ik u naar het antwoord op vraag 3.

5

Deelt u de mening dat preventiegelden in de Wet maatschappelijke ondersteuning geormerkt zouden moeten worden? Zo nee, hoe voorkomt u dat doelgroepen van GGZ-preventie het slachtoffer worden van bezuinigingen door gemeenten?

Nee, ik deel deze mening niet. Door de verschillende onderdelen van de Wmo niet te oormerken is integraal beleid mogelijk. Dit betekent dat gemeenten alle diensten goed op elkaar kunnen afstemmen. De sturingsfilosofie van de Wmo is gebaseerd op horizontalisering. Gemeenten moeten hun inwoners en relevante partijen goed betrekken bij het ontwikkelen van het beleid. Op lokaal niveau wordt de keuze gemaakt over de inzet van middelen. Vervolgens leggen gemeenten hierover verantwoording af aan hun eigen inwoners.

6

Deelt u de mening dat het bureaucratisch is dat GGZ-organisaties preventieprogramma's voor familieleden en mantelzorgers slechts kunnen declareren bij de zorgverzekeraars wanneer zij hen inschrijven als 'nevencliënten'? Zo ja, hoe gaat u hieraan een einde maken? Zo nee, kunt u aantonen dat de bijbehorende administratieve handelingen de zorgkosten niet doen toenemen?

Het is mij bekend dat in de bekostigingssystematiek voor 2008 het in sommige gevallen noodzakelijk was om familieleden of mantelzorgers als nevencliënt te benoemen ten behoeve van declaratie. In de huidige situatie wordt binnen het kader van de DBC GGZ systematiek een ander onderscheid gemaakt, namelijk tussen geïndiceerde en zorggerelateerde preventie.

Daar waar familieleden of mantelzorgers vragen om preventieve zorg is er over het algemeen sprake van geïndiceerde preventie, omdat zij een familiair verhoogd risico op psychische klachten kennen. Declaratie vindt plaats op basis van een zogenaamd Overig Product (OVP). Behalve een bepaling van de doelgroep voor geïndiceerde preventie zijn in de bijbehorende beleidsregel van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) geen eisen geformuleerd, die leiden tot een verhoging van administratieve lasten.

Wanneer de psychische klachten dusdanig ernstig zijn dat gesproken kan worden van een stoornis geldt voor familieleden of mantelzorgers, net als voor alle andere patiënten, dat zij in aanmerking komen voor zorggerelateerde preventie. Dit betekent dat een behandelaar binnen de DBC GGZ systematiek tijd registreert, voor zover de activiteiten zich richten op het voorkomen van terugval of als onderdeel van de individuele behandeling bij een primaire diagnose. Een familielid of mantelzorger krijgt dan als patiënt bijvoorbeeld een leefstijltraining om (herhaling van) een depressie te voorkomen. Omdat zorggerelateerde preventie integraal onderdeel kan zijn van een DBC is er geen sprake van een onnodige verzwaring van administratieve lasten.

Ons kenmerk
CZ-U-3010911

- 1) Psy, 14 juni 2010: "Kaalslag dreigt voor effectieve ggz-preventie"
<http://www.psy.nl/meer-nieuws/nieuwsbericht/article/kaalslag-dreigt-voor-lucratieve-ggz-preventie/>
- 2) Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2008-2009, nr. 1030