

Vergaderjaar 2014–2015

24 077

Drugbeleid

25 424

Geestelijke gezondheidszorg

Nr. 344

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 24 maart 2015

Op 16 oktober 2014 zond ik u het rapport «*Verslavingszorg in beeld – alcohol en drugs*» (Kamerstuk 24 077, nr. 335) en op 9 januari 2015 het advies «*De nieuwe DSM-5 en de gevolgen voor de verzekering*», beide van het Zorginstituut Nederland (hierna Zorginstituut). Beide rapporten hebben betrekking op de verzekerde aanspraken GGZ.

Ik stuur u hierbij mijn reactie op deze rapporten. Beide geven mij geen aanleiding om de verzekerde aanspraken GGZ per 1 januari 2016 te wijzigen. Ik zal hierna nader ingaan op beide rapporten en mijn standpunt toelichten.

A. Verslavingszorg in beeld – alcohol en drugs

Ik heb begin 2014 om advies over de verslavingszorg verzocht omdat er vragen waren over de mate waarin effectieve en efficiënte zorg voor verslavings-problematiek geleverd wordt en of de ontwikkelingen in de stand van de wetenschap en praktijk een onderbouwing vormen voor de kostenstijging sinds 2008. De focus van het rapport van het Zorginstituut ligt op de verslavingsproblematiek gerelateerd aan alcohol en drugs. Volledigheidshalve herhaal ik daarom de opmerking van het Zorginstituut dat de bevindingen dus niet één op één gelden voor andere vormen van verslaving (bijvoorbeeld gedragsverslavingen als gamen en gokken).

Het Zorginstituut concludeert dat de verslavingszorg een gemengd beeld laat zien. Enerzijds prijst het Zorginstituut de professionalisering en de ontwikkelingen op het gebied van kwaliteit die zijn en worden gemaakt door de sector, met name via «Resultaten Scoren Kenniscentrum Verslaving». Anderzijds is er veel onduidelijk rond de (verschillen in de) uitvoeringspraktijk van de verslavingszorg. Vermoedelijk heeft de introductie van de functiegerichte aanspraken in de AWBZ in 2003 en de overgang van de GGZ naar de Zorgverzekeringswet (Zvw) in 2008, niet alleen de gewenste innovaties gebracht, maar ook (bestaande en nieuwe)

zorgaanbieders die niet (altijd) conform de richtlijnen zorg leveren en declareren.

Door de hele sector wordt onvoldoende scherp toegezien op de juiste zorgtoewijzing en naleving van richtlijnen, aldus het Zorginstituut. De indruk bestaat dat cliënten vaker worden opgenomen dan op basis van de richtlijnen medisch gezien noodzakelijk is, zowel bij reguliere als nieuwe aanbieders. Het is volgens het Zorginstituut echter aangetoond dat klinische behandeling van verslavingszorg in het algemeen niet effectiever is dan ambulante behandeling. Daarbij is ambulante behandeling goedkoper dan klinische en daarmee kosteneffectiever. De centrale vraag volgens het Zorginstituut is dus wanneer sprake is van medisch noodzakelijk verblijf in verband met geneeskundige zorg.

Wat betreft nieuwe aanbieders constateert het Zorginstituut grote onderlinge verschillen. Sommige leveren zorg conform de richtlijnen, anderen lijken hier niet aan te voldoen en passen nieuwe (aanvullende) therapieën toe die niet altijd voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Ook is niet altijd duidelijk op welke wijze nieuwe aanbieders cliënten indiceren voor een bepaald behandelprogramma.

De kosten van de verslavingszorg lijken volgens het Zorginstituut van 2009 tot en met 2011 niet toe te nemen. Het nieuwe aanbod heeft het aanbod van reguliere instellingen gesubstitueerd en er is in de declaraties over die jaren een lichte verschuiving te zien van intramurale zorg naar ambulante zorg.

Het Zorginstituut geeft op drie thema's aanbevelingen om te komen tot meer gepast gebruik van verslavingszorg: 1) de te verzekeren prestaties, 2) de richtlijnontwikkeling en 3) de uitvoeringspraktijk. Ik zal hierna ingaan op de aanbevelingen.

1) Aanbevelingen Zorginstituut inzake te verzekeren prestaties

Om partijen meer duidelijkheid te bieden over wat te verzekeren zorg is in het kader van de Zorgverzekeringswet (Zvw), heeft het Zorginstituut expliciet aandacht besteed aan de volgende aspecten:

- *Stand van wetenschap en praktijk*
- *Diagnostiek en behandelintensiteit*
- *Ambulante versus klinische detoxificatie (ontgiften)*
- *Ambulante versus klinische behandeling*
- *Dagbehandeling*
- *Nazorg*

Het Zorginstituut heeft daarbij gekeken naar de wettelijke bepalingen en daarbij de link gelegd met de bestaande multidisciplinaire richtlijnen. Korte tijdshalve verwijs ik u naar pagina 65 van het rapport voor de uitleg zelf.

Reactie op deze aanbevelingen

Ik waardeer de uitleg en de aanbevelingen van het Zorginstituut omdat ze helder maken waar te verzekeren verslavingszorg aan moet voldoen en de kwaliteit en doelmatigheid van de verslavingszorg mede helpen bevorderen. Deze duiding en de daarbij gevoegde bijlage van het Trimbos-instituut geven aan welke behandelingen in het kader van verslavingszorg tot het basispakket van de Zorgverzekeringswet behoren en welke randvoorwaarden daarbij in acht moeten worden genomen. De sector heeft met het rapport genoeg in handen om daar werk van te maken.

Het is aan aanbieders die verslavingszorg binnen de Zvw willen aanbieden om hun aanbod in lijn met deze duiding vorm te geven. Ik verwacht van hen dat zij de verantwoordelijkheid op zich te nemen om gebruik te maken van interventies die voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk, en bestaande en geldende richtlijnen te volgen. Het onvoldoende of niet naleven van bestaande wetenschappelijke richtlijnen en het gebruiken van interventies die niet of onvoldoende voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk of waarvoor geen evidentie is, draagt niet bij aan het leveren van goede zorg. Met name van de «nieuwe aanbieders» verwacht ik alle aandacht en een extra inspanning op dit punt. Het gebruik van nieuwe therapieën kan alleen als dit wordt vergezeld van deugdelijk wetenschappelijk onderzoek om vast te stellen of deze therapieën (kosten)effectief zijn en kunnen worden opgenomen in de richtlijnen.

De maatregelen uit mijn brief «Kwaliteit loont»¹ zullen uiteraard ook gelden voor aanbieders van verslavingszorg. Het betreft scherpere kwaliteitseisen op grond van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz), afhankelijk van de behandeling van dit wetsvoorstel in de Eerste Kamer. Deze eisen hebben betrekking op de inhoud van de zorg, de verplichting tot samenwerking met ketenpartners en het helder regelen van intern toezicht.

Van zorgverzekeraars verwacht ik dat zij zich kritisch opstellen op het gebruik van geschikte interventies, zowel bij de inkoop als bij de controle achteraf. Ik sluit me dan ook aan bij het advies van het Zorginstituut richting zorgverzekeraars om de door het Trimbos-instituut onderzochte lijst van interventies als leidraad te hanteren bij de zorginkoop. Zorgverzekeraars kunnen daar per direct mee aan de slag. Ik merk hierbij wel op dat zo'n overzicht een dynamisch karakter kent. Voortschrijdend inzicht en nieuwe kennis, over wetenschap en over de praktijk, kan het oordeel over een bepaalde interventie veranderen. Voor zover interventies niet zijn benoemd, zal een zorgverzekeraar zelf moeten bepalen of een interventie voldoet. Ik vind het van belang dat ze daarbij ook oog houden voor interventies die misschien nog weinig of onvoldoende wetenschappelijke onderbouwing kennen, maar in de praktijk wel al resultaat laten zien. Een voorbeeld hiervan is de behandeling van het ernstig verslavende GHB. Door middel van medisch-wetenschappelijk onderzoek is een protocol tot stand gebracht waarmee het gebruik van GHB veilig en verantwoord kan worden afgebouwd.

Voorts wijs ik op de afspraken die aanbieders en verzekeraars met elkaar hebben gemaakt over «gepast gebruik» in het plan van aanpak jaarrekeningen GGZ². Om de risico's rond de omzetbepaling die verband houden met controles door verzekeraars op «gepast gebruik» adequaat te kunnen beheersen, zullen zorgaanbieders een voor de accountant toetsbaar werkproces voor het toepassen van gepast gebruik inrichten. Op deze wijze worden bij de zorgaanbieders vooraf voldoende (door de accountant objectief toetsbare) waarborgen ingebouwd dat zij geen behandeling als basisverzekerde zorg declareren als die niet voldoet aan de normen voor gepast gebruik. Zorgaanbieders zullen deze werkprocessen vervolgens ook vastleggen in de eigen AO/IC procedures (administratieve organisatie en interne controle) van de instelling. Ik verwacht dat deze maatregelen bijdragen aan doelmatigheid in de verslavingszorg.

Ik ben blij met de aankondiging van het Zorginstituut om nader onderzoek te doen naar de effectiviteit van vaktherapieën als onderdeel van de behandeling. Helderheid hierover zal eveneens bijdragen aan doelma-

¹ Kamerstuk 31 765 nr. 116

² Kamerstuk 25 424 nr. 257

tigheid van de geleverde zorg. Het Zorginstituut heeft mij laten weten dit onderzoek de tweede helft van 2015 op te leveren. Mogelijk biedt dit aanbieders en verzekeraars de gelegenheid reeds in 2016 aan de slag te gaan met de bevindingen van dat onderzoek.

2) Aanbevelingen Zorginstituut inzake richtlijnontwikkeling

Ondanks de ruime aandacht voor richtlijnontwikkeling en de inspanningen die tot op heden zijn geleverd door de sector, concludeert het Zorginstituut dat de huidige richtlijnen niet de gehele verslavingszorg dekken en niet altijd actueel zijn. In de praktijk geven ze daarom beperkt houvast. Het Zorginstituut benadrukt dat de sector de verdere ontwikkeling van de richtlijnen voortvarend ter hand moet nemen en komt tot de volgende aanbevelingen:

- De zorgstandaard verslaving, zoals die nu door de sector wordt ontwikkeld, dient binnen twee jaar opgenomen te zijn in het kwaliteitsregister van Zorginstituut Nederland. Belangrijke elementen in deze zorgstandaard zijn de verfijning en standaardisering van de indicatiestelling (MATE). En er zijn heldere criteria nodig voor het indiceren van ambulante en klinische detoxificatie;
- Er moet een onderhoudsplan komen voor de bestaande richtlijnen conform het Toetsingskader Kwaliteitsstandaarden. Het onderhoud verloopt nu onvoldoende gestructureerd. Het rapport van het Trimbos-instituut geeft een goed overzicht van te actualiseren en nog op te stellen richtlijnen;
- Het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ dient verslavingszorg hoog op de agenda te zetten.

Het Zorginstituut kondigt daarbij aan bij stagnatie op deze punten, het onderwerp verslavingszorg aan te dragen voor de Meerjarenagenda van het Kwaliteitsinstituut en zal met partijen afspraken maken. Bij het niet nakomen van de afspraken heeft het Kwaliteitsinstituut de mogelijkheid om doorzettingsmacht uit te oefenen.

Reactie op deze aanbevelingen

Het is in het belang van cliënten dat de sector voortvarend aan de slag gaat met deze aanbevelingen. De sector moet hier nog flink werk verzetten. Ik zal het Kwaliteitsinstituut daarom vragen er op toe te zien dat de reeds in ontwikkeling zijnde richtlijnen en zorgstandaarden voor verslavingszorg uiterlijk eind 2016 zijn en worden opgenomen in het Kwaliteitsregister.

Het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ heeft de (door)ontwikkeling van richtlijnen en zorgstandaarden voor de verslavingszorg inmiddels tot een van de prioriteiten benoemd en recent projectvoorstellen goedgekeurd die uiterlijk eind 2016³ moeten leiden tot een *Zorgstandaard Opiatverslaving*, een *Zorgstandaard Problematisch alcoholgebruik en alcoholverslaving* en een *Multidisciplinaire Richtlijn (MDR) Overige drugs*. Het uitgangspunt van het netwerk is dat de beschikbare kwaliteitsstandaarden worden opgenomen in het openbare Register van het Kwaliteitsinstituut. Met de oplevering van deze instrumenten in combinatie met een aantal reeds bestaande kwaliteitsstandaarden, beschikt het netwerk straks over de belangrijke onderdelen om te komen tot een «Zorgstandaard verslaving». Het netwerk verwacht daarom dat deze zorgstandaard ook snel na oplevering van bovenstaande instrumenten gereed kan komen.

³ Over het algemeen duurt de ontwikkeling van een zorgstandaard 18 tot 24 maanden.

Het netwerk werkt ook aan meerdere generieke modules die van toepassing zijn op de behandeling van en zorg voor grotere groepen patiënten ongeacht hun aandoening of stoornis. Met name de ontwikkeling van de vier modules *Dagbesteding*, *Herstelondersteunende zorg*, *Ernstige Psychiatrische Aandoeningen* en *Zelfmanagement* acht ik voor de verslavingszorg van belang. Ik verwacht dat de ontwikkeling hiervan onder andere zal bijdragen aan de oproep van het Zorginstituut om het begrip «nazorg» nader te definiëren en uit te werken waar deze zorg uit moet bestaan⁴. Goede nazorg is van belang om herstel te bevorderen en terugval te voorkomen, zeker in de verslavingszorg.

Ik zal het netwerk vragen hoe het er voor gaat zorgen dat de implementatie van bovengenoemde producten er uit zal zien, zodat deze nog in 2017 leidend kunnen zijn voor aanbieders en zorgverzekeraars. Niet alleen bieden ze voor zorgverzekeraars een handvat om in te kopen op kwaliteit, ook voor zorgaanbieders draagt spoedige oplevering bij aan de vermindering van administratieve lasten. Ook de IGZ heeft bij het toezicht en de handhaving baat bij realisatie van deze zorgstandaarden.

Ik zal het Kwaliteitsinstituut vragen afspraken te maken met de sector over de ontwikkeling van een Richtlijn voor «Signalering van Middelenmisbruik in de Jeugdgezondheidszorg», een van de door het Trimbos-instituut geconstateerde lacunes. Ik zal het ook vragen de vinger aan de pols te houden bij zowel het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ als bij Stichting Resultaten Scoren voor wat betreft het onderhoud van de bestaande kwaliteitsstandaarden.

In alle gevallen kan het Kwaliteitsinstituut zo nodig doorzettingsmacht gebruiken.

3) Aanbevelingen Zorginstituut voor de uitvoeringspraktijk

Het Zorginstituut constateert dat er aanwijzingen zijn dat de reguliere aanbieders de richtlijnen volgen. Bij nieuwe aanbieders is dat minder duidelijk. Bij zorg in het buitenland is er ook weinig zicht op de kwaliteit. Zorgverzekeraars weten soms niet eens dat zorg in het buitenland wordt geleverd, omdat dat gebeurt via onderaannemerschap. Tevens constateert het Zorginstituut dat zorgverzekeraars vast stellen dat er sprake is van grote praktijkvariatie en dat het niet eenvoudig blijkt om te beoordelen of declaraties rechtmatig zijn. Om gepast gebruik van verslavingszorg verder te bevorderen doet het Zorginstituut de volgende aanbevelingen:

- Er is meer onderzoek nodig naar de effectiviteit én kosteneffectiviteit van verslavingsbehandelingen. Vooral over de (relatieve) kosteneffectiviteit van behandelingen is te weinig bekend. Bij de opzet van studies moet kosteneffectiviteit nadrukkelijk worden betrokken om goede keuzes te kunnen maken tussen behandelingen. Het Zorginstituut heeft dit onderwerp samen met de Ronde Tafel Gepast Gebruik⁵ bij ZonMw onder de aandacht gebracht en het voorgedragen in het kader van hun doelmatigheidsprogramma. Het gaat met name om de vraag welk onderzoeksdesign in deze sector mogelijk is om te komen tot passend bewijs.

⁴ Zorginstituut stelt dat behandelprogramma's altijd dienen te voorzien in nazorg. Het ontbreken daarvan heeft negatieve gevolgen voor het effect van de behandeling. Behandelprogramma's zonder nazorg zijn minder effectief. Het Zorginstituut raadt zorgverzekeraars aan extra te controleren of nazorg onderdeel is van het behandelprogramma (p.66).

⁵ De Ronde Tafel Gepast Gebruik is een regulier overleg tussen diverse partijen in de zorg om gepast gebruik van zorg en het terugdringen van onnodige zorg te bevorderen. Eens in de zes weken komen deelnemers bijeen en bespreken casuïstiek en identificeren meer structurele belemmeringen.

- De voorgenomen verbeteringen van de bekostiging en de informatievoorziening zijn van belang. De zorgverzekeraars moeten hier meer gebruik van maken bij de zorginkoop en bij de rechtmatigheidscontrole. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) kan dit meenemen in het toezichtprotocol.
- Zorgverzekeraars kunnen in naturopolissen de eis van voorafgaande toestemming opnemen voor niet-gecontracteerde zorg, zodat zij vooraf kunnen toetsen of die zorg daadwerkelijk voor (gedeeltelijke) restitutie in aanmerking komt. Het voorgaande punt is vooral van belang bij dagbehandeling omdat de interactie met de sociale omgeving daarbij gegarandeerd dient te zijn⁶. De zorgverzekeraar moet daarom inzicht hebben in de inhoud en locatie van de dagbesteding.

Reactie op deze aanbevelingen

Het rapport van het Zorginstituut maakt duidelijk dat de toetreding van nieuwe aanbieders niet altijd tot de gewenste en gehoopte vernieuwingen en kwaliteitsverbeteringen leidt. Dat verdient blijvende aandacht van de nieuwe aanbieders zelf, alsmede van zorgverzekeraars, patiënten en toezichthouders. De toetreding van nieuwe aanbieders wordt door diverse maatregelen verscherpt:

1. de aanbieder moet op papier voldoen aan de eisen uit de Kwaliteitswet, de aanscherping van de Wet toelating zorginstellingen (Wtzi), wet BIG en geldende veldnormen;
2. de aanbieder moet zich inschrijven in het Handelsregister op grond van de Handelsregisterwet;
3. binnen 30 dagen, nog voordat er een euro is ontvangen van een zorgverzekeraar, komt de IGZ kijken of de aanbieder daadwerkelijk aan de eisen voldoet;
4. zorgverzekeraars scherpen hun screening aan.

De IGZ zal voortaan gaan toetsen op de aanwezigheid van de randvoorwaarden voor verantwoorde zorg. Voor nieuwe toetreders zijn dat: het hebben van een uitgewerkt zorgplan, het beschikken over een klachtregeling inclusief klachtcommissie, een evenwicht tussen de vraag/zorgzwaarte van de cliënt en de kwantiteit en kwaliteit van het personeel, het hebben van beleid inzake vrijheidsbeperking en beleid inzake medicatie(veiligheid). In mijn brief «Kwaliteit loont» heb ik voorts specifieke eisen aangekondigd voor aanbieders van GGZ – dus ook voor aanbieders van verslavingszorg – zoals het verplicht aanleveren van Routine Outcome Monitoring gegevens aan de Stichting Benchmark GGZ, een verplicht gecertificeerd kwaliteitsmanagementsysteem en een verantwoordelijkheidsverdeling tussen behandelaren. Ik zal met de IGZ in overleg treden over de bevindingen van het Zorginstituut en de maatregelen uit de brief «Kwaliteit loont» en bezien in hoeverre nadere actie vanuit de IGZ specifiek voor de verslavingszorg nog gewenst is.

De IGZ heeft geen mandaat voor toezicht en controle in het buitenland. Ook de Wtzi geldt niet in het buitenland. Ik vind de suggestie van het Zorginstituut voor een eis van voorafgaande toestemming voor niet-gecontracteerde zorg waardevol, maar onvoldoende ver gaan. Omdat dergelijke zorg zich onttrekt aan de kwaliteitsregels en het toezicht van de IGZ, is het kabinet voornemens zorg buiten de Europese Unie (EU) niet

⁶ Het Zorginstituut stelt dat dagbehandeling aangewezen kan zijn als ambulante behandeling onvoldoende effect lijkt te sorteren of om opname te voorkomen. Bij dagbehandeling dient, conform de geldende richtlijn, de interactie met de sociale omgeving van de cliënt gegarandeerd te zijn. Waar dit niet geëffectueerd kan worden – zoals bij dagbehandelingen in buitenlandse klinieken op afstand van het thuisfront – kan de dagbehandeling niet ten laste van de verzekering worden gebracht (p.65).

meer vanuit de basisverzekering te vergoeden. Ten aanzien van zorg binnen de EU is het advies voor een eis van voorafgaande toestemming zeer waardevol. Ik zal zorgverzekeraars vragen deze serieus in overweging te nemen met inachtneming van de daarover door de NZa gestelde randvoorwaarden⁷. Zij kunnen zodoende beter zicht houden op de kwaliteit van de te leveren zorg. In de brief «Kwaliteit loont» heb ik tevens een aantal maatregelen aangekondigd om contractering te bevorderen.

Wat betreft de aanbevelingen om meer onderzoek te doen, merk ik op dat het onder de aandacht brengen hiervan bij ZonMw de juiste route is. ZonMw heeft mij inmiddels laten weten hierover nader met het Zorginstituut in gesprek te gaan.

Wat betreft de verbetering van de bekostiging en informatievoorziening merk ik op dat de continue doorontwikkeling van de DBC-productstructuur een verantwoordelijkheid is van de NZa. Partijen werken op dit moment aan een alternatieve manier van het aanleveren van zorgvraagzwaarte-informatie. Ik streef er naar u later in dit jaar te informeren over relevante ontwikkelingen op dit traject.

Concluderend

Indien partijen de duidingen in het rapport implementeren, verwacht het Zorginstituut dat de kosten in de verslavingszorg over het algemeen zullen dalen. Er is echter nog zoveel onduidelijk in de sector, dat concrete uitspraken hierover niet mogelijk zijn. Toch heeft de sector met dit rapport genoeg in handen om de inspanningen op het gebied van kwaliteit- en doelmatigheidsverbetering te intensiveren. Het Zorginstituut heeft mij laten weten te zullen volgen of partijen de aanbevelingen opvolgen. Ten aanzien van de te verzekeren prestaties zal het Zorginstituut samen met de NZa het toezicht verscherpen. Ten aanzien van de aanbevelingen op het gebied van de richtlijnontwikkeling zal het Zorginstituut bij stagnatie het onderwerp op de Meerjarenagenda van het Kwaliteitsinstituut plaatsen. Ten aanzien van de aanbevelingen voor de uitvoeringspraktijk geeft het Zorginstituut aan ook daar de ontwikkelingen te volgen en bij onvoldoende succes te bezien of restrictiever ingrijpen via de Zvw nodig is.

Ik ondersteun het Zorginstituut in deze en zal het vragen mij begin 2016 te informeren over de stand van zaken op deze voornemens.

B. De nieuwe DSM-5 en de gevolgen voor de verzekering

In 2013 kwam een nieuwe versie uit van de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, de DSM-5. In Nederland speelt de DSM een rol bij het duiden van de verzekerde aanspraken en in de bekostiging van de GGZ. Ik heb daarom reeds in 2012 het toenmalig CVZ (de rechtsvoorganger van het Zorginstituut) gevraagd mij te adviseren over wat de herziening van het DSM classificatiesysteem betekent voor het collectief verzekerd pakket. Om dit advies op te stellen heeft het Zorginstituut de Nederlandse vertaling afgewacht die in het voorjaar van 2014 is uitgekomen.

Het «Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen» (DSM) is een classificatiesysteem voor psychische aandoeningen, uitgegeven en opgesteld door de American Psychiatric Association (APA). Het doel van de DSM is om onderlinge vergelijking van (groepen) patiënten mogelijk te

⁷ Paragraaf 8.7.3 (p.60) van het rapport of zie het NZa-rapport «Standpunten 2013 Beoordeling modelovereenkomsten en reglementen» (paragraaf 3.1.11.2).

maken door ondubbelzinnige definities op te stellen waaraan iemand moet voldoen om in een bepaalde groep te vallen. Naast gebruik in de behandelpraktijk worden DSM-classificaties in Nederland gebruikt bij de uitleg van de aanspraak op verzekerde GGZ-zorg en in de bekostigingssys-tematiek van de GGZ.

Het Zorginstituut komt tot het oordeel dat de DSM-5 gedetailleerder is en daarom een bijdrage kan leveren aan de behandelpraktijk. De diagnose kan meer gedetailleerd worden geclassificeerd door de introductie van subtypen en specificaties. De DSM-5 geeft meer houvast om een grens te kunnen trekken om te bepalen wanneer er sprake is van een stoornis en wanneer niet. Mede daarom stelt het Zorginstituut geen reden te hebben om aan te nemen dat DSM-5 zou medicaliseren. De detaillering maakt het mogelijk beter een grens te trekken om te bepalen wanneer er sprake is van een stoornis waarvan de behandeling onder de geneeskundige GGZ kan vallen.

Ook voor de uitleg van de aanspraak op geneeskundige GGZ biedt de DSM-5 een beter handvat. Het Zorginstituut erkent de beperkingen van het koppelen van een DSM-classificatie aan de aanspraak en bekostiging van de geneeskundige GGZ, maar concludeert dat er geen door partijen gedragen instrument voorhanden is waarin de zorgbehoefte op het gebied van psychische problemen met een voldoende mate van objectiviteit en consistentie kan worden vast gesteld.

De komst van de DSM-5 verandert niets aan de eerdere duiding welke psychische problemen geen te verzekeren zorg of geen te verzekeren geneeskundige GGZ zijn, zoals geduid in het rapport *Advies GGZ, deel 2*. Het Zorginstituut heeft daarom alleen van de 16 «nieuwe» classificaties beoordeeld of de stoornis onder de inhoud en omvang van het verzekerde pakket valt en, zo ja, onder welke aanspraak. Ik heb een vereenvoudigd overzicht hiervan als bijlage meegestuurd.

Volgens het Zorginstituut zullen de nieuwe classificaties niet leiden tot «een wezenlijke uitbreiding van de aanspraak op geneeskundige GGZ», omdat in de praktijk mensen met de nieuwe classificaties veelal ook nu al zorg ontvangen onder een andere classificatie in DSM-IV. Daar waar de behandeling van nieuwe classificaties valt onder de huisartsenzorg of medisch specialistische zorg worden ook deze cliënten daar nu al gezien en indien nodig behandeld. Volgens het Zorginstituut betekent dit dat de gevolgen van DSM-5 voor de te verzekeren zorg beperkt zijn en adviseert het Zorginstituut de DSM-5 te gebruiken voor de uitleg van de aanspraken zolang er geen betere manier is om de aanspraken op consistente en toetsbare wijze uit te leggen.

Reactie op dit rapport

Bij het uitkomen van de DSM-5 is er vanuit de sector zelf veel kritiek gekomen: de DSM-5 zou vooral tot medicalisering leiden en gewone zaken tot ziekte verklaren. Het Zorginstituut deelt deze zorgen niet. Niettemin biedt het rapport zelf mij nog onvoldoende comfort om het advies op te volgen. Ik heb geen inzicht voor wat betreft de te verwachten financiële consequenties van de veranderingen in relatie tot het verzekerde pakket. In het kader van stringent pakketbeheer en de beheersbaarheid van de zorguitgaven, acht ik dat wenselijk. Ik heb het Zorginstituut daarom gevraagd mij nader toe te lichten hoe het tot het oordeel is gekomen en waarom geen financieel inzicht is geschetst.

Ook heb ik het Zorginstituut om nadere toelichting gevraagd met betrekking tot de classificatie «Andere gespecificeerde ...stoornis». Uw Kamer en ikzelf hebben 20 januari jongstleden van veldpartijen een brief gekregen naar aanleiding van het advies van het Zorginstituut. In die brief stellen partijen dat het advies over deze classificatie feitelijk een «pakkettingreep» behelst. Omdat ik het van belang vind dat voor alle partijen, niet alleen de sector, maar ook voor de politiek, helderheid ontstaat op dit punt heb ik het Zorginstituut om nadere opheldering gevraagd.

Die aanvullende informatie wacht ik af. Ik vind de op dit moment beschikbare informatie onvoldoende om het advies van het Zorginstituut op te volgen om de DSM-5 per 1 januari 2016 leidend te laten zijn bij de afbakeningen van het verzekerd pakket. DSM-IV blijft daarom in 2016 leidend voor de aanspraken op verzekerde GGZ.

Afsluiting

Zoals reeds geschreven geven beide rapporten mij geen aanleiding om voor 2016 wijzigingen door te voeren in de verzekerde aanspraken GGZ.

Voor wat betreft de verslavingszorg doet het Zorginstituut een oproep aan verzekeraars om een sterkere rol te pakken in de beoordeling van gehanteerde interventies, en roept het aanbieders op om nauwer de bestaande richtlijnen te volgen. Ik onderschrijf die aanbevelingen van harte en zal de sector met regelmaat hieraan herinneren. Daarnaast heeft het kabinet het voornemen verslavingszorg buiten de EU niet meer te vergoeden uit de basisverzekering door beperking van de werelddekking.

Over het gebruik van DSM-5 voor de afbakening van het verzekerde pakket DSM-5 na 2016 zal ik mij opnieuw beraden. Ik wil dat mede gezien in het licht van de nieuwe agenda voor de GGZ waar ik mij op dit moment over beraad. Ik streef er naar u daar later dit jaar nader over te informeren. Hierbij zal ik tevens meenemen de impact die invoering van de DSM-5 heeft voor de bekostigings-systematiek en de doorontwikkeling van de productstructuur GGZ. De NZa is gevraagd daarvoor een impact-analyse uit te voeren. In een separate brief heb ik u dit advies inmiddels toegestuurd.

Ik vertrouw er op u hiermee afdoende te hebben geïnformeerd.

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

Bron: *De nieuwe DSM-5 en de gevolgen voor de verzekering*, Zorginstituut Nederland, Diemen (16 december 2014), p. 44 en 45

Stoornis(sen)	Zvw-zorg
• sociale (pragmatische) communicatiestoornis («persisterend moeite hebben met het sociale gebruik van verbale en non-verbale communicatie» is een te vaag criterium) • disruptieve stemmingsdisregulatiestoornis (is alleen van toepassing op kinderen en jeugdigen) • verzamelstoornis, tenzij voldaan wordt aan bepaalde criteria die de ernst van de problematiek weergeven (specificaties <i>excessief verwerven</i> en <i>gering of ontbrekend realiteitsbesef/ waanovertuigingen</i>); • excoriatiestoornis, tenzij voldaan wordt aan bepaalde criteria die de ernst van de problematiek weergeven (ernstige lichamelijke complicaties); • eetbuistoornis, tenzij voldaan wordt aan bepaalde criteria die de ernst van de problematiek weergeven (specificatie <i>matig, ernstig</i> of <i>zeer ernstig</i>). • cafeïneonttrekkingssyndroom • beperkte neurocognitieve stoornis • «andere gespecificeerde ... stoornis», met uitzondering van de «andere gespecificeerde schizofreniespectrum- en andere psychotische stoornissen»	Alleen Huisartsenzorg
• premenstruele stemmingsstoornis • remslaapgedragsstoornissen • rusteloze benensyndroom	Alleen Huisartsenzorg en/of Medisch Specialistische Zorg
• neurocognitieve stoornissen als gevolg van Parkinson, Huntington en HIV-infectie • stoornissen als gevolg van bijwerkingen van de somatische medicatie Somatiek staat hier op de voorgrond. Diagnostiek en behandeling vanuit de geneeskundige GGZ zal bij voorkeur alleen moeten plaats vinden bij de PAAZ.	Huisartsenzorg, Medisch Specialistische Zorg, en/of Geneeskundige GGZ
• cannabisintoxicatie • cannabisonttrekkingssyndroom	Huisartsenzorg, Huisartsenpost / SEH, of Geneeskundige GGZ
• ernstige verzamelstoornis • ernstige excoriatiestoornis • matige, ernstige en zeer ernstige eetbuistoornis • andere gespecificeerde schizofreniespectrum- of psychotische stoornis	Geneeskundige GGZ
• «ongespecificeerde ... stoornissen» Deze classificatie is geen eindclassificatie en behandeling kan alleen tijdelijk vergoed worden, bijvoorbeeld in acute situaties. Deze classificatie moet worden gevolgd door de classificatie van de uiteindelijke specifieke stoornis.	Geneeskundige GGZ
• «andere gespecificeerde ... stoornis» (m.u.v. schizofrenie en andere psychotische stoornissen)	Huisartsenzorg