

Verslag van ACP 35: Vergadering Adviescommissie Pakket CVZ d.d. 25 januari 2013

Leden:

mw. prof. dr. I.D. de Beaufort
dr. A. Boer (voorzitter)
drs. M.C. Dekker
mw. prof. dr. H.M. Dupuis
mw. H.B.M. Grobbink CCMM
prof. dr. J. Kievit
drs. ing. A.H.J. Moerkamp
dr. C. Smit
prof. dr. G.J. van der Wilt

Ondersteuning:

H.J. Trouw MSc, stafmedewerker ACP (notulen)
mw. drs. J. Zwaap, secretaris (notulen)

Afwezig:

-

1. Opening en mededelingen

De voorzitter opent om 11.00 uur de vergadering. Hij heet alle aanwezigen welkom.

Mededelingen

- De secretaris meldt dat het punt 'terugkoppeling besluitvorming RvB over adviezen ACP' niet meer op de agenda staat. Er is voor gekozen dit voortaan via de mail te doen om tijdsvertraging te voorkomen. Wel is het natuurlijk mogelijk dat de commissie naar aanleiding van deze schriftelijke terugkoppeling besluit een onderwerp te agenderen voor de vergadering.
- Er is een verslag nagestuurd via de mail omdat het niet goed was gekopieerd. Wanneer alle leden het hebben kunnen lezen, kan het vandaag worden besproken.

Conflicterende belangen

Er zijn geen conflicterende belangen

2. Ingekomen stukken ter kennisneming

Een lid constateert dat de stukken 3 tot en met 8 inhoudelijk vergelijkbaar zijn met stukken die andere keren ter sprake zijn gebracht. Het zijn adviezen aan het departement over de vergoeding van geneesmiddelen. Hij vraagt het CVZ of het mogelijk is in het vervolg om bij dit soort stukken een korte oplegnotitie te doen over de implicaties van het advies en over de reden dat het niet in de ACP wordt besproken. Een ander lid vult daarop aan dat er ook op 21 september een aantal van dergelijke stukken ter kennisneming waren toegestuurd die vanwege de andere agendapunten niet besproken konden worden. Hij weet van partijen in de zorg dat zij wel eens vragen hebben bij een negatieve t=0 beoordeling van een geneesmiddel. Er vindt dan geen consultatie plaats. Spreker heeft eerder gevraagd om een notitie over de t=0-t=4 beoordelingen, maar die is er nog niet.

De voorzitter stelt voor om nu niet inhoudelijke te reageren, maar de werkorganisatie te vragen een notitie op te stellen waarom bepaalde onderwerpen niet in de ACP worden besproken. Deels is dit uitleg, deels meningvormend. De secretaris brengt in herinnering dat bij de start van de ACP er een notitie is geweest over welke adviezen in de CFH komen en welke in de ACP. Het is zeker tijd om hier weer eens naar te kijken en de organisatie zal er dan ook voor zorgen dat zo een notitie er komt. Deze zal in de openbare vergadering worden besproken. **(actiepunt)**

3. Verslagen vorige vergaderingen

o *Verslag 21 september*

Een lid vraagt of al duidelijk is wat de Minister heeft besloten over de adviezen over de geneesmiddelen voor Pompe en Fabry. De voorzitter meldt dat dit niet het geval is. In de follow up van de adviezen zal in het vervolg ook de besluitvorming door de Minister worden meegenomen. Hij vraagt de

organisatie om een overzicht van de adviezen en de verschillende stadia waarin hun vervolgtraject zich bevindt. **(actiepunt)**
Een lid complimenteert de verslagleggers over de heldere en correcte weergave van de buitengewone complexe materie.

- *Verslag 2 november 2012*
Er zijn geen opmerkingen.

Scoping onderwerpen

4. Uitvoeringstoets alternatieve ADL assistentie; vervolgscooping

De voorzitter benadrukt dat het hier gaat om een tweede scoping, dus het onderwerp komt zeker nog terug. De auteur geeft een korte toelichting. Het ministerie wil nog graag een uitvoeringstoets van het CVZ. Het nieuwe Regeerakkoord heeft daar niets aan veranderd. De commissie kon zich vinden in de aanpak die vorige vergadering is besproken. Een onderdeel van die aanpak was het organiseren van een expertsessie en gesprekken met organisaties over de afbakening van de doelgroep. De auteurs willen vandaag de commissie een zevental vragen voorleggen. De voorzitter vraagt of er vooraf nog algemene vragen of opmerkingen zijn. Een lid informeert of het hier alleen gaat over zorg in natura of dat er ook sprake kan zijn van een PGB. De auteur geeft aan dat de assistentie is gekoppeld aan de woning en niet aan de persoon. Er kan dus geen sprake zijn van een PGB. Voor zorg buiten de woning kan wel een PGB worden aangevraagd. Voor verpleging kan wel een indicatie voor binnen en buiten de woning worden aangevraagd. De commissie concludeert dat het een ingewikkeld geheel is. Een ander lid vraagt of het werken met onderaannemers niet extra complicerend werkt. Zijn andere vraag betreft de verschillende doelgroepen. Niet alle zorg hoeft altijd beschikbaar te zijn, maar voor thuisbeademing geldt dat natuurlijk wel. Op de laatste vraag antwoordt de auteur dat het CVZ een verschil maakt tussen zorg op afroep en 24 uren zorg. Op de eerste vraag is het antwoord dat de hoofdaannemer verantwoordelijk blijft voor de ingehuurde zorg. Het kan in sommige situaties prettig zijn via een onderaannemer te werken omdat dat iemand kan zijn waarmee de zorgvrager bekend is. Een commissielid zou graag te zijner tijd horen van betrokken organisaties of zij vinden dat zij met betrokken scenario's uit te voeren kunnen. Auteur antwoordt dat er nog een bestuurlijk consultatie komt, maar dit zou een gerichte vraag aan hen kunnen zijn.

Een volgend lid vindt het een complex onderwerp. Je zou zeker willen weten dat het aan de "onderkant" en de "bovenkant" goed zit. Hoe gaat dit bv. in andere landen? Vooral het punt van maatschappelijke participatie is een lastig begrip. Volledige regie over zijn eigen leven heeft niemand. Meegevers van de commissie zijn:

- kan het eenvoudiger?
- maak van thuisbeademing een apart cluster
- kijk naar andere landen.

Met betrekking tot het laatste punt merkt een lid op dat in Nederland de voorzieningen over het algemeen ruimer zijn dan in andere landen.

Vervolgens bespreekt de commissie de zeven vragen.

1. *Is de commissie het eens met een brede opvatting van maatschappelijke participatie?*

Een commissielid vindt zeker dat ook het leven binnenshuis daaronder valt, maar vindt het een lastig begrip. Wat verstaan we daaronder en tot welke claims leidt het? Het betekent niet dat je iets nuttigs voor de samenleving moet doen. Een ander lid is het ermee eens dat dit besproken zou moeten worden. Het zou gekoppeld kunnen worden aan vraag 3. Dit zou je als limiet kunnen nemen. Het zou meer moeten gaan over een regietekort en niet over volledige regie. Een ander lid is niet overtuigd dat de zorg thuis nooit meer kan kosten dan in een instelling. Als vuistregel zou het wel kunnen gelden, maar uitzonderingen moeten mogelijk zijn.

Een volgend lid merkt op dat kosten suggereert dat het om een vast bedrag gaat. Dat is niet het geval; het moet gaan om eenzelfde vergoeding.

Een ander lid vindt dat er gekeken moet worden naar de kosteneffectiviteit, dus naar de verhouding van meerwaarde en meerkosten, en niet naar een limiet. Dat doen we voor andere zorg ook niet. Een ander lid meent toch dat je een limiet zou kunnen stellen omdat er vergaande wensen kunnen zijn om bv. een gehandicapt kind tegen hele hoge kosten toch thuis te laten wonen. Maar dit is wellicht een politieke beslissing die het CVZ wel zou moeten voorleggen.

De voorzitter concludeert dat er twee vragen zijn voor het verder traject:

- moeten we uitgaan van een kostenlimiet of van kosteneffectiviteit?
- zo ja, moet je dan een grens stellen?

De voorzitter vraagt of er nog andere opmerkingen zijn bij vraag 1. Een lid valt het voorstel bij om een keer te praten over het begrip maatschappelijke participatie. Wat is dat nu precies? Misschien is het goed om hier een aantal deskundigen voor te vragen. Een medewerker van het CVZ licht toe dat er al langer een project loopt binnen het CVZ over een QALY voor de langdurige zorg. Wat heb je daarvoor over? Daar zou een keer een presentatie over kunnen worden gegeven. Een ander lid vult daarop aan om het praktisch te houden en veel voorbeelden te gebruiken. Daarbij moet ook betrokken worden wat geldt voor een "normaal leven" als je geen handicap hebt. Wat zou je dan allemaal zelf voor rekening nemen. **(actiepunt)**

2. *Is de ACP voor een pakket integraal samenhangende zorg?*

Natuurlijk is de commissie hiervoor, maar de zorg zit nu in verschillende domeinen. En wat gebeurt er als de uitvoering naar de zorgverzekeraar gaat? Dat zijn vragen van een lid in de commissie. Een van de auteurs antwoordt dat het zeer belangrijk is deze zorg bij elkaar te houden voor deze doelgroep binnen de AWBZ. Dat is kennelijk niet helemaal duidelijk

4. *Vindt de ACP een minimaal aantal keren van 10 per week acceptabel?*

Een lid vindt het vreemd dat als je een principe hanteert, je een minimaal aantal uren hanteert. Komt het ook voor dat er minder uren worden gevraagd. De auteur licht toe dat dan de thuiszorg de zorg kan leveren. Een ander lid vraagt zich af of het nu gaat om een beperking van de zorg. De voorzitter vraagt wat er misgaat als je dit niet zo regelt. Het antwoord van de auteur is dat er dan gebruik wordt gemaakt door mensen voor wie de regeling niet is bedoeld. Een ander lid vindt het ook niet nodig en ziet juist een risico dat er meer wordt geïndiceerd dan nodig omdat het dan wordt vergoed. De voorzitter geeft als vraag mee aan de auteurs wat er mis kan gaan als er geen minimum wordt gesteld, maar ook wat er mis kan gaan als je het wel doet.

5. *Is de ACP het eens met het loslaten van het onderscheid tussen zorg in de woning en zorg buiten de woning?*

De commissie is het hier volledig mee eens. Zij vinden het vreemd en ongewenst dat er nu een onderscheid is.

6. *Hoe kijkt de commissie aan tegen de oplossingen voor het "zorg en wonen probleem"*

De commissie vindt het een lastig probleem. Het lijkt een kip en ei discussie. Een lid vindt optie 2 niet reëel. Bovendien kan de zorg dan veel duurder worden. De voorzitter vraagt wat er mis gaat als het niet wordt geregeld. Dan kan juist de zorg veel duurder worden.

7. *Vindt de ACP een leeftijdondergrens van 18 en een bovengrens van 67 acceptabel?*

Een lid vindt het voorstel van "De rode bril" om alvast met 16 jaar te wennen aantrekkelijk. Een van de auteurs zegt dat dit voorstel inhoudt dat de hele familie gedurende twee jaar naar een aangepaste woning gaat. Bovendien geldt voor alle jongeren dat zij op zichzelf moeten leren wonen. Het lid had dit zo niet begrepen en vindt het dan geen goed idee. Men gaat akkoord met 18 jaar.

Wat betreft de bovengrens is er discussie. Men vindt dit niet logisch en ook niet gewenst. Overigens is het niet zo dat je met 67 jaar uit de regeling moet, er is boven die grens geen mogelijkheid meer om in te stromen. Een medewerker noemt als

achterliggende reden dat andere groepen dan bedoeld gebruik gaan maken. De voorzitter merkt op dat je niet kunt dichtregelen dat alle zorg gepast wordt geleverd. Het voorstel is om niet te veel te regelen en na drie jaar te evalueren hoe het gaat. De huisarts zou hier een belangrijke rol kunnen vervullen.

- Tot slot vraagt een lid in het rapport ook iets op te nemen over de budgetimplicaties.

Advies onderwerpen: eerste bespreking

5. GGZ rapport deel 2

De secretaris merkt op dat zich voor dit agendapunt twee insprekers hebben aangemeld. De voorzitter zegt dat zij na de introductie van het agendapunt door de auteurs kunnen inspreken. Vervolgens heeft de commissie de gelegenheid hier vragen over te stellen en zullen zij het rapport bespreken. Overigens is dit voor de eerste keer en zal het rapport in een later stadium voor een finale bespreking worden geagendeerd.

Een van de auteurs geeft een toelichting. Op de eerste plaats vindt zij het jammer dat er zoveel misverstanden zijn ontstaan over het rapport. Achtergrond van het rapport is dat er grote kostenstijging zijn in de GGZ, deels gewenst, maar deels ongewenst. De laatste categorie moet worden teruggedrongen om te zorgen dat de mensen die het nodig hebben die zorg ook kunnen krijgen, zonder dat ze daar veel voor moeten bijbetalen. Daarom gaat het rapport over beperken en beheersen. Door duidelijk te maken wat er nu precies in het pakket zit en met een beperkt, open geformuleerd, uitstroomadvies. Er is geprobeerd om aan te sluiten bij het Bestuurlijk Akkoord. In de GGZ is afgesproken dat er een onderscheid is tussen klachten en stoornissen. Dat is een glijdende schaal waar meer over gezegd moet worden.

De volgende maatregelen zijn in het conceptrapport in het kader van beperken voorgesteld:

- Als een klacht een chronisch beloop krijgt, moeten mensen terug naar de huisarts, en dan eventueel naar WMO of AWBZ;
- Dat geldt ook als een aandoening niet behandelbaar is en er sprake is van een stabiel verloop.
- De categorie "niet anders omschreven aandoeningen" zo klein mogelijk maken, eventueel met toestemming van de verzekeraar
- Primair somatiek: delier. Als er een somatische oorsprong is daar ook integraal behandelen. Dementie: is niet primair GGZ. De zorgstandaard moet integraal geleverd en bekostigd worden.
- DSM IV: er wordt veel geschreven op code "overige aandoeningen". Dat is niet de bedoeling. Er moet worden geschreven op het probleem dat aan de hand is.

Kortom, er worden geen voorstellen voor beperkingen gedaan, maar maatregelen om ervoor te zorgen dat de zorg wordt vergoed die verzekerd is, en de zorg die niet is verzekerd niet. En dat dit ten laste van het juiste potje gebeurt. In het verleden is er te gemakkelijk op de GGZ geschreven en dat heeft zich tegen de GGZ gekeerd.

Daarnaast is er een uitstroomadvies voor geïndiceerde preventie waarover nog wordt geconsulteerd. Het CVZ ondersteunt het besluit van de Minister om aanpassingsstoornissen uit te sluiten, maar als iemand in een crisis komt, is dat wel verzekerd. Dat heeft het CVZ willen aangeven.

Op het gebied van beheersen van de uitvoering zullen de afspraken in het bestuurlijk akkoord duidelijker maken waar de zorg dichtbij geleverd moet worden en waar meer geconcentreerd. Dit om ervoor te zorgen dat de zorg op het gepaste niveau wordt geleverd. Tot slot merkt de medewerker van het CVZ op dat alle veranderingen veel consequenties kunnen voor de aanbieders.

Vervolgens geeft de voorzitter het woord aan de eerste inspreker: mevrouw Graafsma. Zij is klinisch psycholoog en bestuurslid van de Nederlandse Vereniging voor

Gezondheidszorg Psychologen (NVGZP) en zijn specialismen. Ook spreekt zij namens de Nederlandse Vereniging voor Gedrags en Cognitieve therapie ¹.

Na de inspraak vraagt de voorzitter of er leden zijn die vragen hebben. Een lid vraagt aan de inspreker wat zij ervan vindt dat er geen sprake van zal zijn dat interventies niet worden vergoed, maar dat dit niet meer uit de GGZ gebeurt. Een ander lid merkt op dat geheugenstoornissen en slaapstoornissen klachten zijn die heel veel voorkomen en dat hier wel grenzen moeten worden gesteld. Hij is dan wel benieuwd hoe zorgaanbieders daar tegen aan kijken. Inspreker vindt dat er dan niet alleen naar klachten en stoornissen moet kijken, maar ook naar de effecten op het functioneren. De voorzitter vraagt of er richtlijnen zijn waarin een minimum wordt aangegeven van wat noodzakelijk is om te behandelen. Met andere woorden; wordt iedereen geholpen die een vraag heeft? Inspreker meldt dat hiervoor de GAF score wordt gebruikt, maar de interobserver variatie kan hier een probleem zijn. De voorzitter vraagt naar het afkappunt. Inspreker zal hier informatie over geven. Bij de DSM V zal gebruik worden gemaakt van de Woodas score die verder geoperationaliseerd is. De voorzitter bedankt de inspreker voor haar bijdrage.

Vervolgens geeft hij het woord aan de tweede inspreker: de heer Man. Hij is praktiserend psychiater en directeur van het Moleman Mental Health. Hij geeft aan dat hij inmiddels geen directeur meer is, maar dat wel is geweest.²

De voorzitter vraagt of de leden nog vragen hebben. De voorzitter vraagt of er alternatieve sturingsmogelijkheden zijn, nu veel wetenschappelijk onderzoek ter onderbouwing richtlijnen ontbreekt. De inspreker meent dat er een groot verschil is tussen wetenschappelijk onderzoek en het meten van de dagelijkse praktijk. De DSM IV is een classificatiesysteem. De echte diagnose is daarmee niet gesteld, en al helemaal niet de kosten die met de behandeling zijn gemoeid. Partijen moeten dit probleem met elkaar oplossen en niet vluchten in schijnzekerheden. Zelfs de richtlijnen die er zijn, zijn maar deels gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek. Spreker vindt dat er een brede maatschappelijke discussie moet komen. Pakketbeslissingen zijn immers zeer complex.

Een ander lid vraagt waar de grens ligt tussen wat in de tweedelijns gespecialiseerd behandeld moet worden en het feit dat mensen hun schroom afgooien en durven uit te komen voor psychische problemen. Inspreker vindt dat laatste een groot goed en vindt dat er binnen instellingen efficiënter gewerkt kan worden, ook door selectieve zorginkoop. Spreker meent dat er nog steeds sprake is van onderconsumptie. De voorzitter bedankt de inspreker voor zijn bijdrage.

Een lid geeft een aftrap voor de discussie. Hij kan zich wel vinden in de voorstellen in het rapport en zou graag van de beroepsgroep horen waar de afkappunten liggen voor wel of niet behandelen. Als ze daar niet mee komen, hebben ze wel een groot probleem. Een ander lid meent ook dat door vermarkting de consumptie is gestegen en dat hier paal aan perk aan moet worden gesteld. Hij roept hier ook de aanbieders toe op en vindt het belangrijk dat de communicatie tussen verschillende partijen weer goed wordt. Hij verwijst naar de IVF discussie waarin de beroepsgroep constructieve voorstellen heeft gedaan voor bezuinigingen.

Een ander lid vond de toelichting vanuit het CVZ uitermate helder. Er is inderdaad geen sprake van uitstroom. Hij raadt de Raad van Bestuur aan om dit ook duidelijk te maken en zo de communicatie te herstellen. Een volgend lid sluit zich daarbij aan, maar heeft begrepen dat er toch wel dingen uit het pakket zouden gaan. Hier wil hij nog wel de aandacht voor vragen. Verder kan het badinerend zijn om een klacht als niet ernstig te kwalificeren terwijl dat voor iemand wel zo kan zijn. Het lid vraagt hier nog eens goed naar te kijken en het in ieder geval heel goed uit te leggen. Dat geldt ook voor de voortdurende spanning tussen dat de klachten niet ernstig zouden zijn en dat de beroepsgroep ruimhartig zou indiceren. De voorzitter geeft aan dat dit steeds geldt voor de onderkant en bovenkant van het pakket. Een ander lid sluit daarbij aan dat de

¹ Deze inspraak is als bijlage 1 bij het verslag gevoegd.

² Deze inspraak is als bijlage 2 bij het verslag gevoegd.

continue dichotomie tussen ziek en niet ziek, hoge of lage ziektelast etc. steeds ook leidt tot bepaald declaratiegedrag.

Een volgens commissielid memoreert dat de commissie de discussie over het complexe onderscheid tussen klacht en stoornis al in het kader van GGZ rapport deel 1 heeft gevoerd. Hij heeft een bijeenkomst met hoogleraren bijgewoond die toen plausibele verklaringen hadden voor de kostenstijgingen. Dat zou in het rapport een plaats moeten krijgen. Zelf gelooft hij meer in het terugbrengen van administratieve lasten dan in het beknipten van zorg. Hij raadt ook aan de communicatie met partijen te herstellen.

De voorzitter vraagt of er behoefte is aan een tweede termijn.

Een van de leden vindt het jammer dat het stepped care principe in het rapport verdwenen lijkt, al weet hij dat dit niet de bedoeling is. Aan de andere kant is een gevaar dat als men te lang onder behandeling is, men blijft hangen.

De medewerker van het CVZ antwoordt op de opmerkingen van de commissie dat aan partijen gevraagd is naar een beter onderscheid dan klachten en stoornissen. Partijen gaven aan dit onderscheid niet ideaal te vinden, maar op dit moment geen beter onderscheid te hebben. Verder geeft zij aan dat het CVZ met veel partijen nog in contact is op allerlei manieren,

De voorzitter vat de discussie samen:

- Er is sprake van onder- en overbehandeling. Wat zijn volgens de beroepsgroep precies de indicatiecriteria? De stepped care vraag past hier ook onder.
- Hoe leg je de grens tussen ziek en niet ziek? Hoe voorkom je dat mensen ten onrechte wel of niet behandeld worden?
- Deze discussie kan alleen met goede communicatie met partijen worden gevoerd. Dat is intensief gebeurd, maar heeft nog niet tot het gewenste doel geleid, namelijk draagvlak.
- Zorg voor voldoende publiciteit over de kernboodschap. Er wordt veel nagepraat en dat is soms niet de waarheid. Als zender moet het CVZ hiervoor inspanningen leveren.

Dit zou betekenen dat het overleg met partijen verder gaat en dat de commissie hiervan deel uitmaakt.

Een lid mist in deze samenvatting de noodzaak om het onderscheid tussen klacht en stoornis te verhelderen en de relatie met de pakketcriteria. Ook verwijst hij naar de opmerking van de hoogleraren om diepgaander onderzoek naar de kostenstijgingen. Hij kan dat niet goed beoordelen en het zou hem verbazen als dat niet was gedaan. Een derde punt is de vraag of het onderscheid tussen klacht en stoornis een poging om te objectiveren en hoe zich dat verhoudt tot de ontwikkelingen in het pakketbeheer zoals het in kaart brengen van ziektelast en effectiviteit, waarbij QALY's en subjectief ervaren gezondheid een belangrijke rol spelen. Een ander lid memoreert het punt van de administratieve lasten waarover contact zou kunnen worden gezocht met de Nza. De voorzitter vult daarop aan de mogelijkheid dat er lucht zit in de overhead van instellingen. Een lid vraagt zich wel af of die administratieve lasten wel worden veroorzaakt door de overheid. Vaak zijn het eisen van brancheorganisaties of verzekeraars en krijgt de overheid ten onrechte de schuld.

Tot slot wijst een lid op een grote contradictie op bladzijde 24 van het rapport. Bij de argumenten vóór en tegen uitsluiting wordt in het eerste geval gesuggereerd dat klachten niet tot stoornissen leiden en in het laatste geval dat dit wel zo is. Er kan er maar één waar zijn. Een lid reageert daarop dat het achteraf altijd makkelijk is dat te zeggen, maar dat dit op voorhand niet zo duidelijk is.

De voorzitter sluit de discussie.

6. Rondvraag en sluiting

Er wordt geen gebruik gemaakt van de rondvraag. De voorzitter sluit de vergadering.

Actiepunten

Nr.	Onderwerp	Actie
ACP 36.1	Notitie over afbakening onderwerpen agenda CFH/ACP	CVZ
ACP 36.2	Overzicht vervolgtraject door ACP uitgebrachte adviezen	Secretariaat
ACP 36.3	Discussie over maatschappelijke participatie agenderen	Secretariaat/CVZ

Bijlage 1: Inspraak mevrouw Graafsma namens de NVGzP

Tekst uitgesproken bij de openbare vergadering van de Adviescommissie Pakket van het College voor Zorgverzekeringen, 25 januari 2013.

Het concept-advies van het College voor Zorgverzekeringen is ondoordacht en wetenschappelijk onvoldoende gefundeerd. Het gaat ten koste van kwetsbare patiëntengroepen, zoals misbruikte en verwaarloosde kinderen en mensen met dementie of niet aangeboren hersenletsel.

Ondoordacht

Doel van het CVZ-rapport is het terugdringen van de oplopende kosten van de GGZ. Het CVZ doet dit door rücksichtslos het mes te zetten in het verstrekkingspakket: de helft van alle psychische stoornissen is geschrapt uit het vergoedingspakket.

De NVGzP en de VGzC vinden de voorstellen van het CVZ kortzichtig en ondoordacht.

Wie de kosten wil terugdringen, moet zich eerst afvragen wat de oorzaken zijn van de kostenstijging. Het CVZ-advies gaat hier volledig aan voorbij.

Ook heeft het advies geen oog voor de maatschappelijke kosten die deze bezuinigingen met zich mee zullen brengen. De niet behandelde klacht van vandaag zal in veel gevallen de zware stoornis van morgen zijn. Gevolg: hogere kosten voor de GGZ, verhoogde medische consumptie, en hoge maatschappelijk kosten door schooluitval, ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid.

Wetenschappelijk onvoldoende gefundeerd

In de gezondheidszorg wordt terecht steeds meer belang gehecht aan wetenschappelijke onderbouwing van behandelingen. Zorg wordt alleen vergoed als aangetoond is dat ze helpt, dat patiënten er beter van worden. Dat is een goede zaak.

Blijkbaar geldt de eis van wetenschappelijke onderbouwing niet voor het zorgbeleid en de adviezen van CVZ. Er worden deskundigen geraadpleegd, "een commissie van hoogleraren", maar het is niet inzichtelijk wie dat zijn geweest. En als die deskundigen vervolgens aangeven dat het heilloos is om te snijden in het pakket, wordt dit advies zonder pardon in de wind geslagen. Het gevolg: een rapport dat wat betreft wetenschappelijke onderbouwing rammelt.

Ten koste van patiënten

Het belangrijkste natuurlijk: het advies van CVZ gaat rechtstreeks ten koste van kwetsbare patiëntengroepen. Vier voorbeelden:

- misbruikte en verwaarloosde kinderen bij wie nog geen sprake is van een stoornis, mogen niet worden behandeld. Dit is niet alleen inhumaan, maar ook kortzichtig. Wachten met hulp maakt de zorg duurder, en de kans op resultaat kleiner.
- kinderen met een ontwikkelingsstoornis als autisme hebben slechts gedurende een jaar recht op vergoeding van een behandeling. Dit terwijl de behandeling van deze stoornissen vaak langer duurt, en er ook vaak sprake is van nieuwe problemen in opeenvolgende levensfasen.
- de wetenschappelijke niet te onderbouwen tweedeling die het CVZ maakt tussen psychische stoornissen en stoornissen met een somatische oorsprong. Dit zal leiden tot zeer negatieve consequenties voor de zorg. Mensen met bijvoorbeeld de psychische gevolgen van aangeboren hersenletsel of AIDS worden ten onrechte helemaal geschrapt uit het GGZ-pakket. Het betekent dat deze mensen aangewezen zijn op ziekenhuiszorg, terwijl psychologische hulp in de regel zowel effectiever als (veel) goedkoper is.
- tot nu toe onderbelicht, maar niet onbelangrijk: ook grote groepen andere patiënten worden op volstrekt arbitraire wijze uitgesloten van GGZ-zorg.

Bijvoorbeeld mensen met seksuele stoornissen, mensen met enkelvoudige fobie, slapeloosheid of geheugenstoornissen. Ook hier geldt dat het een verplaatsing van het probleem is, die de kosten alleen maar opdrijft: ook deze mensen zullen zich melden bij de (duurdere) ziekenhuiszorg.

De NVGzP en de VGCT delen de zorgen over de stijging van de kosten van de GGZ. Om deze kostenstijgingen aan te pakken, is het van belang de oorzaken in kaart te brengen. Daarbij moet niet alleen gekeken worden naar het pakket, maar ook naar het effect van stelselwijzigingen, zoals de introductie van marktwerking en de invoering van de DBC-bekostigingssystematiek. Ook dienen de kosten van de GGZ afgewogen te worden tegen de maatschappelijke opbrengsten.

De NVGzP en de VGCT zijn met het CVZ van mening dat behandelingen zo mogelijk wetenschappelijk onderbouwd en effectief moeten zijn. Dit mag ook verwacht worden van beleidsadviezen. Het CVZ moet zijn werk over doen, in overleg met wetenschappelijke experts in het veld. De NVGzP en de VGCT zullen hier graag bij ondersteunen.

Bijlage 2: Bijlage de heer Mann namens namens MoleMann Mental Health

Geachte commissie, toehoorders:

Graag dank ik u voor de 5 minuten spreektijd tijdens uw vergadering.

Ter introductie van mijzelf. Ik ben psychiater en mede oprichter van MoleMann Mental Health, een bedrijf dat zich bezighoudt met ambulante 2e lijns ggz zorg op verscheidene lokaties in Nederland.

Sinds 1 jaar ben ik ook actief in wat wij noemen het ZorgLab, de R&D afdeling van MoleMann. Onze visie is; 'door innovatie te komen tot betere zorg tegen minder kosten'. De achtergrond van uw rapport, tot kostenvermindering te komen in de GGZ, ligt dus heel dicht bij onze missie, zou je kunnen zeggen.

Toch ben ik hier gekomen met het dringende verzoek het voorliggende rapport integraal in te trekken en met schone lei te starten.

Ik zal u zo toelichten wat hiervoor mijn onderbouwing is.

Maar voordat ik hier mee begin zou ik het CVZ willen feliciteren met een doel dat reeds is gehaald; 'het op gang brengen van een maatschappelijke discussie'.

Mogelijk was dit niet op deze manier de bedoeling, maar ik heb afgelopen week op de diverse sociale media veel woedende collega's maar ook patiënten ontmoet die nog niet eerder zo emotioneel betrokken waren bij de thema's: keuzes en de eindigheid van budgetten.

Ook staat het CVZ inmiddels als belangwekkend adviesorgaan nog beter op de kaart...

Waarom zou u het rapport intrekken?

Welnu, het onderwerp waarover het gaat is veel te belangrijk om het nu al te laten ontaarden in een nieuw oorlogsfront tussen overheid (in dit geval het CVZ) aan de ene kant, en de zorgaanbieders aan de andere kant.

En het lijkt al helemaal ongepast de patient/burger in het schootsveld te laten staan.. Dit is namelijk wat er met een aan zekerheid grenzende waarschijnlijkheid zal gaan gebeuren als dit concept in zijn huidige of zelfs aangepaste vorm haar weg naar de minister zal vinden.

Voor deze stelling voer ik 5 argumenten aan:

Argument 1.

Het rapport, waarin met regelmaat gesproken wordt over 'stand van de wetenschap', richtlijnen, e.d. is zelf op geen enkele wijze wetenschappelijk onderbouwd.

Er zijn nauwelijks verwijzingen naar literatuur; er is geen systematische onderzoek gedaan. Adviezen verwijzen naar elkaar en worden bijna nergens op begrijpelijke wijze beargumenteerd. Dit tast de geloofwaardigheid van de conclusies bij voorbaat aan, waardoor in de uitvoering geen draagvlak zal ontstaan. En het forceren van draagvlak is in een democratie, zoals we allen weten, een heilloze weg.

Als het CVZ in haar rapport 'het veld' wil aanzetten tot het verminderen van kosten met behoud van kwaliteit, was dit rapport een uitgelezen kans geweest om het goede voorbeeld te geven!

Zeker gezien de aanstaande taakuitbreiding en metamorfose van het CVZ tot ons nieuwe Nationaal Instituut voor Kwaliteit in de zorg.

Argument 2.

Een solide economische en cijfermatige onderbouwing van de keuzes ontbreekt volledig.

Misschien wel de belangrijkste aanleiding om dit advies in gang te zetten was de stijgende kosten van de GGZ sector.

Vanuit deze doelstelling zou je een flitsende financiële analyse verwachten met tabellen die de voors- en tegens van keuzes inzichtelijk en logisch maken.

Zoals je de bank slechts overtuigt met een sluitend businessplan, zo zullen ook patiënten en professionals zich gemakkelijker bij beleid aansluiten en dit accepteren, als ze de onontkoombaarheid van keuzes helder op de bril hebben.

Een minimaal setje vragen had bijvoorbeeld kunnen luiden:

- Hoeveel leveren voorgestelde maatregelen op?
- Hoe gaat dit worden geïmplementeerd,
- wie is hiervoor verantwoordelijk? en wat gebeurt er als het allemaal niet blijkt te werken?
- Hoe komen we er achter dat het überhaupt werkt.
- Gaan we dit meten?
- Zo ja, hoe? en wat zijn de kosten hieraan verbonden? Wie gaat deze betalen?
- Op welke termijn kunnen we welke besparingen inboeken? Wat zal het rendement van de hele operatie zijn? Het lijken cruciale vragen die aan het begin van een exercitie gesteld dienen te worden.

Argument 3.

De klachten/stoornissen die op de nominatie staan om geschrapt te worden uit het verzekerd pakket, zijn aantoonbaar verantwoordelijk voor een groot gedeelte van het arbeidsverzuim in ons land.

Ik denk hierbij in het bijzonder aan misbruik van alcohol en de aanpassingsstoornissen.

Werkgevers, en in tweede instantie gemeentes en het ministerie van Sociale Zaken zullen de rekening gaan betalen.

Waarop baseer je deze gedachten zult u misschien vragen? Deze informatie komt regelrecht uit de dagelijkse praktijk; meer dan 30% van de patiënten die ik zie hebben comorbiditeit in de vorm van alcoholmisbruik. Dit heeft een direct effect op het functioneren op het werk en de sociale omgeving. Ik durf te beweren dat ik en mijn collega's daar bovenop misbruik van alcohol onderdiagnosticeren. Dit is slechts 1 voorbeeld. Meerdere te schrappen categorieën staan bekend om hun directe impact op het arbeidsverzuim. Het negatieve economische kostenplaatje kunt u zelf ook wel invullen....

De gezondheidszorg en haar omgeving zijn communicerende vaten! Wat hier mogelijk wordt bespaard, komt elders weer dubbel en dwars terug.

Argument 4.

Het rapport veroorzaakt maatschappelijk onrust, onzekerheid, angst, woede en in ieder geval emotie bij veel patiënten en hun dierbaren. Mensen begrijpen het eenvoudigweg niet goed. Maar de voorgestelde keuzen zijn ook voor mij lastig te begrijpen, laat staan uit te leggen. Ik word hiertoe wel gedwongen, in dure behandelings...

Exploderende kosten in de GGZ zijn onprettig in tijden van economische tegenspoed maar vertegenwoordigen OOK een symbool van beschaving en acceptatie van psychische stoornissen als integraal onderdeel van ons leven en onze maatschappij.

Ze zijn ze het resultaat van jaren onbaatzuchtige inspanning van velen om het stigma van de psychiatrie te verminderen. Het is een lange weg geweest. Mensen durven eindelijk hulp te zoeken. En NOG is er aantoonbaar sprake van onderbehandeling op sommige gebieden!

Met het niet meer collectief vergoeden zal er 1 boodschap keihard binnenkomen: 'u bent een aansteller', 'uw klachten zijn uw eigen schuld', 'uw klachten zijn geen echte klachten' etc.

De schade die dit oplevert op lange termijn is lastig in cijfers uit te drukken. En het gaat hier immers ook niet alleen om cijfers. We zullen in korte tijd veel beschaving inleveren...

Argument 5.

Last but not least: De adviezen zijn onuitvoerbaar.

Ons vak is complex: inzichten en ziektecategorieën zijn nog steeds aan verandering onderhevig en definitieve ziekteconcepten met bijbehorende behandelcombinaties zijn nog niet volledig uitgekristalliseerd.

Elke poging tot ordening vanuit een beheersmodel zal binnen korte tijd achterhaald zijn en leiden tot frustratie en onzekerheid in de uitvoering. Machtigingen, ongevalideerde vragenlijsten, ROM, materiele controles, handhaving. Vergeet u alstublieft niet, Dames en Heren van de Commissie, dat dit de komende jaren al tot een explosie aan administratie en bureaucratie heeft geleid. Graag zou ik dit ook eens in de statistieken van de toegenomen zorgkosten terugzien...

Dat neemt niet weg dat professionele standaarden en richtlijnen vanzelfsprekend een plaats hebben in diagnostiek en behandeling van psychische klachten en stoornissen.

Dames en heren van de AdviesCommissie Pakket. Ik zou willen besluiten met een oproep uit het diepst van mijn hart, en ik weet dat ik hem uitspreek namens heel veel burgers: trek dit rapport integraal in, evalueer het proces eerlijk en begin helemaal overnieuw.

Maak hierbij vanaf het begin gebruik van de emotioneel energie die het gelekte concept heeft losgemaakt en tracht alle betrokken partijen te verbinden in een gezamenlijke commitment. De stijgende kosten is een veelkoppige vijand die slechts in gezamenlijkheid, niet in tegenstellingen, kan worden overwonnen.

De met dit rapport ingezette weg loopt uiteindelijk dood, verspilt veel kostbare energie en zal onherroepelijk leiden tot een nieuw kat-en-muisspel.

Maar wat misschien wel het ergste is: meer onderling wantrouwen van de maatschappelijke partijen..

Ik wens u veel wijsheid in de uitvoering van uw taak en dank u voor uw aandacht...