Zorginstituut Nederland

Kindergeneeskunde

(Afbakening Jeugdwet en Zorgverzekeringwet)

Datum 13 april 2015
Status Definitief

Colofon

Projectleider	Olga Overeem
Volgnummer	2015022593
Zaaknummer	2014100784
Opdrachtgever	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Opdrachtnemer	Paula Polman
Contactpersoon	mw. drs. O. Overeem +31 (0)20 797 86 81
Afdeling	Zorg

Inhoud

Colofon—1

Samenvatting—5

1 Inleiding—9

2 Wettelijk kader Jeugdwet en Zorgverzekeringswet—11
2.1 Inleiding—11
2.2 Verschil verzekerde zorg en jeugdhulpplicht—11
2.2.1 Verzekerde zorg Zorgverzekeringswet - aanspraken—11
2.2.2 Jeugdhulpplicht in de Jeugdwet—11
2.3 Geestelijke Gezondheidszorg in de Zorgverzekeringswet—12
2.3.1 Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg—12
2.3.2 Geestelijke gezondheidszorg in de huisartsenpraktijk—12
2.3.3 Medisch psychologische zorg en consultatieve psychiatrie—13
2.3.4 Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg voor jeugdigen—13
2.4 Geestelijke gezondheidszorg voor de jeugd in de Jeugdwet—13
2.4.1 Overheveling geestelijke gezondheidszorg voor jeugdigen vanuit de Zorgverzekeringswet naar de Jeugdwet—13
2.4.2 Het begrip 'jeugdige'—13
2.4.3 Welke zorg in de Jeugdwet?—14
2.4.4 Afbakeningsproblematiek met betrekking tot somatiek en psyche—15
2.5 Samenvattende conclusie—17

3 Proces van beoordeling en standpuntbepaling—19
3.1 Inleiding—19
3.2 Standpunt per diagnose 'Gedragsproblematiek/psychosociale pediatrie'—19
3.2.1 ADHD—19
3.2.2 Breath holding spells—19
3.2.3 Eetstoornissen—20
3.2.3.1 *Voedings- en eetstoornissen bij zuigelingen en in de vroege kindertijd*—20
3.2.3.2 *Eetstoornissen*—21
3.2.4 Encopresis—21
3.2.5 Excessief huilen—22
3.2.6 Bedreigde ontwikkeling kind—22
3.2.7 Leerstoornissen—22
3.2.8 Psychiatrische stoornissen (autisme – depressie)—23
3.2.9 Slaapstoornissen—23
3.2.10 Functionele klachten/SOLK—24
3.2.11 Overige psychosociale problemen—25
3.3 Samenvatting standpunt per diagnose 'Gedragsproblematiek/psychosociale pediatrie'—26
3.4 Overwegingen bij het standpunt—26
3.5 Evaluatie—27

4 Reacties partijen—29
4.1 Consultatie—29
4.2 Reacties per consultatievraag—29
4.3 Overige opmerkingen—30

5 Definitief standpunt—32

5.1 Inleiding—32
5.2 Samenvatting standpunt per diagnose 'Gedragsproblematiek/ psychosociale pediatrie'—32
5.3 Overwegingen bij het standpunt—32

6 Consequenties standpunt—35
6.1 Inleiding—35
6.2 Zorgvrager—35
6.3 Zorgaanbieder—35
6.4 Nederlandse Zorgautoriteit—36

Bijlage 1: Brief 'Verzoek ZIN afbakening Jeugdwet Zvw Kinderartsen', 9 december 2014

Bijlage 2: Reacties partijen

Samenvatting

Aanleiding duiding
Met de invoering van de Jeugdwet op 1 januari 2015 is de geestelijke gezondheidszorg voor de jeugdigen vanuit de Zorgverzekeringswet overgeheveld naar de Jeugdwet. De invoering van de Jeugdwet heeft bij zorgaanbieders en zorgverzekeraars geleid tot de vraag welke zorg voor jeugdigen onder de Zorgverzekeringswet valt en welke zorg onder de Jeugdwet. Naar aanleiding van deze vragen heeft het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) Zorginstituut Nederland verzocht om een duiding op te stellen voor de afbakening van de Jeugdwet en de Zorgverzekeringswet voor de diagnosen 'Gedragsproblematiek/psychosociale pediatrie' in de declaratiesystematiek van de kindergeneeskunde. De duiding is gericht op de behandelingen die onder deze diagnosen gedeclareerd worden.

In de duiding toetsen wij de behandeling van kinderartsen bij de diagnosen gedragsproblematiek/psychosociale pediatrie aan de Jeugdwet en de Zorgverzekeringswet.

In deze duiding gaan wij niet in op de eerder gemaakte keuze van het parlement om de geestelijke gezondheidszorg voor jeugdigen over te hevelen naar de Jeugdwet. De Jeugdwet is uitgangspunt voor deze duiding.

Geestelijke gezondheidszorg voor jeugdigen
In de Jeugdwet is bepaald dat met ingang van 1 januari 2015 de 'geneeskundige geestelijke gezondheidszorg' voor jeugdigen uit de Zorgverzekeringswet wordt overgeheveld naar de Jeugdwet. Deze zorg aan jeugdigen werd voor 2015 geleverd vanuit de Zorgverzekeringswet. De geneeskundige geestelijke gezondheidszorg is gericht op herstel of voorkomen van een psychische stoornis. Wij gebruiken de DSM-classificatie bij de uitleg van de aanspraak op geneeskundige geestelijke gezondheidszorg.

Huisartsen en praktijkondersteuners van de huisartsen behandelen hun patiënten als er sprake is van psychische problemen. Deze zorg wordt evenals de geestelijke gezondheidszorg die wordt geboden als onderdeel van de integrale behandeling van een medisch specialist en de psychofarmaca voor jeugdigen die extramuraal verblijven gehandhaafd onder de Zorgverzekeringswet.

Afbakeningsproblematiek met betrekking tot somatiek en psyche
Artikel 2.1, tweede lid van de Jeugdwet roept vragen op ten aanzien van domeinen als het gaat om behandelingen op het grensvlak van somatiek en psyche. We gaan bij de domeinbepaling dan ook uit van uitleg bij de Memorie van Antwoord en de Nadere Memorie van antwoord bij dit artikel uit de Jeugdwet. Hieruit blijkt dat het domein wordt bepaald door de behandelaar die verantwoordelijk is voor het behandeltraject. De behandeling in het kader van de somatische problematiek valt onder de Zorgverzekeringswet en daarmee onder de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar. De behandeling van de psychische problematiek valt onder de Jeugdwet en daarmee onder de verantwoordelijkheid van de gemeente. Voor een integrale behandeling van jeugdigen kan samenwerking tussen behandelaars die uit de verschillende domeinen bekostigd worden, aangewezen zijn.

Standpunt per diagnose gedragsproblematiek/psychosociale pediatrie'
In de duiding geven we per diagnose gedragsproblematiek/psychosociale pediatrie een korte beschrijving van de aandoening, de vereiste zorg en het wettelijk domein waar de behandeling van de diagnose onder valt. Op grond van deze informatie komen wij tot ons standpunt per diagnose. In de onderstaande tabel geven wij een samenvatting van ons standpunt.

Standpunt per diagnose 'Gedragsproblematiek/psychosociale pediatrie'

Diagnose	**Domein voor 1 januari 2015**	**Domein per 1 januari 2015**
ADHD (Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder)	Zvw (huisarts/POH-GGZ en/of MSZ en G-GGZ)	Jw (G-GGZ) Zvw (huisarts/POH-GGZ)
Breath holding spells	Zvw (huisarts/POH-GGZ en/of MSZ)	Zvw (huisarts/POH-GGZ en/of MSZ)
Eetstoornissen	Zvw (G-GGZ voor psychische stoornis) MSZ (voor somatische gevolgen psychische stoornis)	Jw (psychische stoornis) én Zvw (MSZ voor somatische gevolgen psychische stoornis)
Encopresis	Zvw (huisarts/POH-GGZ en/of MSZ)	Zvw (huisarts/POH-GGZ en/of MSZ)
Excessief huilen (huilbaby)	Zvw (huisarts/POH-GGZ en/of MSZ)	Zvw (huisarts/POH-GGZ en/of MSZ) Jw (opvoedingsondersteuning)
Bedreigde ontwikkeling kind	Zvw (huisarts/POH-GGZ en/of MSZ)	Zvw (huisarts/POH-GGZ en/of MSZ)
Leerstoornissen	Onderwijs	Onderwijs
Psychiatrische stoornissen (autisme en depressie)	Zvw (huisarts/POH-GGZ en/of MSZ)	Jw (G-GGZ)
Slaapstoornissen	Zvw (huisarts/POH-GGZ en/of MSZ)	Zvw (huisarts/POH-GGZ en/of MSZ)
Functionele klachten	Zvw (huisarts/POH-GGZ en/of MSZ)	Zvw (huisarts/POH-GGZ en/of MSZ)
Overige psychosociale problemen	Zvw (huisarts/POH-GGZ en/of MSZ) Wet op de Jeugdzorg	Zvw (huisarts/POH-GGZ en/of) Jw (ondersteuning bij psychosociale problematiek)

Uit de tabel blijkt dat de behandeling bij de diagnosen ADHD, psychiatrische stoornissen, en de psychische problematiek bij eetstoornissen onder de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg valt. De behandeling van deze aandoeningen valt vanaf 2015 onder de Jeugdwet. Wij adviseren om deze diagnosen te laten vervallen binnen de declaratiestructuur van de kindergeneeskunde, met uitzondering van de diagnose eetstoornissen. Deze diagnose wordt ook toegepast vanwege de behandeling van de somatische gevolgen van de aandoening en dient dus behouden te blijven binnen de declaratiestructuur van de kindergeneeskunde.

Wij adviseren om ook de diagnose leerstoornissen en de diagnose overige psychosociale problemen uit de declaratiestructuur van de kindergeneeskunde te verwijderen. De behandeling van leerstoornissen valt niet onder de Zorgverzekeringswet. Een aparte diagnose voor overige psychosociale problemen blijkt niet nodig te zijn.

Consequenties standpunt
In het rapport beschrijven we een aantal gevolgen van ons standpunt voor de zorgvrager, zorgaanbieder, de zorgverzekeraar en gemeente en de Nederlandse Zorgautoriteit.

Zorgvrager
De gemeenten zijn verantwoordelijk voor het uitvoeren van de Jeugdwet. Zij bepalen bij welke zorgaanbieders zij de zorg die valt onder de Jeugdwet inkopen. Deze keuze bepaalt of de zorgvragers de zorg bij de bestaande zorgaanbieder kunnen continueren.
De gemeenten bepalen ook of zij een ouderbijdrage voor de zorg vragen en hoe hoog de ouderbijdrage is.

Zorgaanbieder
Ook de zorgaanbieders zijn afhankelijk van de zorginkoop door gemeenten.
Een zorgaanbieder kan de zorg bij de gemeente declareren als de gemeente de zorg bij de betreffende zorgaanbieder heeft ingekocht.
Wij doen in ons rapport geen uitspraak over welke zorgaanbieder de zorg aan jeugdigen moet verlenen. Dat is aan zorgverzekeraars en gemeenten binnen de kaders van de wet– en regelgeving.

Gemeenten en zorgverzekeraars
Gemeenten zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van de Jeugdwet. Zij zijn vrij om zelf het uitvoeringsbeleid vast te stellen. Gemeenten hebben afgesproken dat zij voorlopig nog de DBC-systematiek hanteren voor de uitvoering van de zorg.
In 2015 voeren de zorgverzekeraars de zorg in het kader van de diagnose ‘ADHD’ uit. De zorgverzekeraars zullen de budgetten voor de zorg bij ADHD over 2015 in 2016 overhevelen naar de gemeenten. Vanaf 2016 voeren de gemeenten alle zorg die valt onder de Jeugdwet uit. De bijbehorende budgetten moeten hiervoor worden overgeheveld.

Nederlandse Zorgautoriteit
De Nederlandse Zorgautoriteit bepaalt welke DBC-zorgproducten door instellingen in rekening mogen worden gebracht die onder het domein van de Zorgverzekeringswet vallen. Wij adviseren de Nederlandse Zorgautoriteit de diagnosen ‘Gedragsproblematiek/ psychosociale pediatrie’ uit de groep te verwijderen als de behandeling in het kader van de betreffende diagnose niet meer onder de Zorgverzekeringswet valt. Wij gaan niet in op het invoeringstraject. Dat is aan de Nederlandse Zorgautoriteit, de betrokken partijen en de minister.

1 Inleiding

Aanleiding
Met ingang van 1 januari 2015 is de Jeugdwet (Jw) in werking getreden als onderdeel van de stelselwijziging voor de jeugd. Met de invoering van de Jw is de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) voor de jeugdigen vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw) overgeheveld naar de Jw. De gemeenten zijn verantwoordelijk voor het uitvoeren van de Jw. De invoering van de Jw heeft bij zorgaanbieders en zorgverzekeraars geleid tot de vraag welke zorg voor jeugdigen onder de Zvw valt en welke zorg onder de Jw.

Verzoek opstellen duiding
Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) verzoekt Zorginstituut Nederland met de brief 'Verzoek ZIN afbakening Jeugdwet Zvw Kinderartsen' van 9 december 2014 (zie bijlage 1) om een duiding op te stellen voor de afbakening van de Jw en de Zvw voor de diagnosen 'Gedragsproblematiek/psychosociale pediatrie' van de kindergeneeskunde.

Diagnosen 'Gedragsproblematiek/psychosociale pediatrie'
Kinderartsen in Nederland worden bij de diagnostiek en behandeling van verschillende ziektebeelden geconfronteerd met tal van psychische en maatschappelijke factoren. Somatische aandoeningen en de behandeling ervan kunnen aanleiding geven tot psychische problemen en psychische problematiek kan een belangrijke rol spelen bij het ontstaan van somatische aandoeningen en de genezing ervan. Bij diverse patiëntengroepen is psychologisch onderzoek een onmisbaar deel van de medische diagnostiek. Wanneer na medisch onderzoek blijkt dat zowel medische als psychologische aspecten een rol spelen, is intensieve samenwerking tussen kinderarts en psycholoog/psychiater noodzakelijk.

Met de invoering van de Jw is de vraag opgekomen onder welk domein diagnostiek en behandeling valt op het grensvlak tussen somatiek en psyche. Het gaat dan vooral om behandelingen bij de diagnosen ''Gedragsproblematiek/psychosociale pediatrie' in de declaratiestructuur van de kindergeneeskunde.
In de onderstaande tabel geven we de diagnosen 'Gedragsproblematiek/ psychosociale pediatrie' weer[1].

7601	ADHD (Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder)
7602	Breath holding spells
7604	Eetstoornissen
7605	Encopresis
7606	Excessief huilen (huilbaby)
7608	Bedreigde ontwikkeling kind
7610	Leerstoornissen
7611	Psychiatrische stoornissen (autisme en depressie)
7612	Slaapstoornissen
7614	Functionele klachten
7699	Overige psychosociale problemen

[1] De terminologie die wij in deze duiding gebruiken komt overeen met de terminologie die partijen in de praktijk gebruiken. Zij weten dan ook wat hiermee bedoeld wordt. De terminologie binnen de DBC-systematiek wijkt hier enigszins van af.

Aanpak duiding
Het ministerie van VWS heeft ons verzocht om op korte termijn met een duiding te komen. Gezien deze korte termijn lukte het ons niet om met alle partijen vooraf een gesprek te voeren. Voor meer informatie over de zorgpraktijk zijn wij in gesprek te gegaan met kinderartsen, jeugdpsychiaters en jeugdpsychologen. Informatie van andere betrokken partijen nemen wij mee in de duiding met een schriftelijke consultatie. Verder hebben we gebruik gemaakt van de richtlijnen bij de stoornissen die vallen onder de diagnosen 'Gedragsproblematiek/psychosociale pediatrie'.

Leeswijzer
In onze duiding toetsen wij de behandeling van kinderartsen bij de diagnosen 'Gedragsproblematiek/psychosociale pediatrie' aan de Jw en de Zvw. Dit rapport begint dan ook met een beschrijving van het wettelijk kader in hoofdstuk 2. De daadwerkelijke toetsing beschrijven we in hoofdstuk 3. We geven per diagnose 'Gedragsproblematiek/psychosociale pediatrie' een korte beschrijving van de aandoening, de vereiste zorg en het wettelijk domein waar de behandeling van de aandoening onder valt. Na schriftelijke consultatie van alle betrokken partijen geven we een weergave van de reacties van deze partijen in hoofdstuk 4. Vervolgens beschrijven we in hoofdstuk 5 het definitieve standpunt van Zorginstituut Nederland. Tot slot gaan we in hoofdstuk 6 in op de gevolgen van het standpunt voor een aantal betrokken partijen, namelijk: de zorgvrager, de zorgaanbieder, de zorgverzekeraar en de gemeenten en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).

2 Wettelijk kader Jeugdwet en Zorgverzekeringswet

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk geven we eerst een toelichting op het verschil tussen verzekerde zorg op grond van de Zvw en jeugdhulpplicht op grond van de Jw. Ook beschrijven we de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (G-GGZ) in de Zvw en de bepalingen van de jeugdhulpplicht in de Jw. We eindigen het hoofdstuk met de voor deze duiding, relevante bepalingen in de Jw en geven onze conclusie die als uitgangspunt dient voor deze duiding.

2.2 Verschil verzekerde zorg en jeugdhulpplicht

2.2.1 Verzekerde zorg Zorgverzekeringswet - aanspraken

De Zvw is op 1 januari 2006 ingevoerd. In deze wet zijn de zorgprestaties voor de curatieve zorg beschreven. De te verzekeren prestaties, waarop aanspraak gemaakt kan worden, zijn voor het grootste deel open en generiek omschreven. In het Besluit zorgverzekeringen (Bzv) is de inhoud en omvang van de te verzekeren prestaties nader uitgewerkt. Het Bzv beschrijft de aard van de geneeskundige zorg als, 'zoals (beroepsgroepen) die plegen te bieden' en zorg die in overeenstemming moet zijn met 'de stand van de wetenschap en praktijk'. Een verzekerde moet 'redelijkerwijs zijn aangewezen op de betreffende zorg of dienst'. Dat wil zeggen dat de verzekerde een indicatie moet hebben voor de betreffende zorg of dienst[2]. Verzekerden ontlenen hun aanspraak op zorg aan de polisvoorwaarden van hun zorgverzekering. Zorgverzekeraars hebben verzekerden door het hele land en hebben voor al hun verzekerden een zorgplicht. Een verzekeraar moet ervoor zorgen dat zijn verzekerden zorg of een vergoeding van zorg krijgen als zij daar recht op hebben. Omdat de meeste mensen een naturapolis hebben, betekent dit dat verzekeraars voldoende zorg moeten inkopen voor hun verzekerden. De NZa reguleert de tarieven voor de zorg (in de zin van de WMG). Dit geldt zowel voor de Zvw-zorg als niet Zvw-zorg. Een deel van de tarieven is vrij.

2.2.2 Jeugdhulpplicht in de Jeugdwet

In de Jw is in tegenstelling tot de Zvw geen sprake van verzekerde zorg die aanspraken geeft, maar van een jeugdhulpplicht voor gemeenten (art.2.3 Jw). Deze jeugdhulpplicht is vergelijkbaar met de compensatieplicht in de Wmo. De gemeente is verantwoordelijk voor het treffen van voorzieningen voor de jeugdige, die zijn woonplaats heeft binnen de gemeente en jeugdhulp nodig heeft. Het is aan de gemeente om beleid te ontwikkelen (art. 2.1 Jw) en een verordening vast te stellen (art. 2.9 Jw). De verordening moet regelen welke individuele en overige voorzieningen de gemeente verleent, de wijze van beoordeling, de afwegingsfactoren bij een individuele voorziening, of een voorafgaand besluit van de gemeente nodig is en hoe de hulp, ondersteuning of zorg kan worden verkregen. Afstemming onder meer 'met andere voorzieningen op het gebied van zorg' (art.1.2 Jw) moet ook geregeld worden door de gemeente. Artikel 2.7, lid 5 Jw bepaalt dat de gemeente de uitvoering van de Jw moet afstemmen met zorgverzekeraars met het oog op (hun) wettelijke verantwoordelijkheden'.

Iedere afzonderlijke gemeente is zelfstandig verantwoordelijk, maar de wetgever bepleit afstemming met andere gemeenten om een uniforme regeling en samenwerking op het gebied van inkoop van hulp aan jeugdigen te bevorderen.

[2] Zie Pakketbeheer in de praktijk deel 3, College voor Zorgverzekeringen 14 oktober 2013.

Artikel 2.8 Jw geeft de wetgever een wettelijke basis om gebieden aan te wijzen waar gemeenten moeten samenwerken 'met het oog op een samenhangende uitvoering van aan de colleges bij of krachtens deze wet en andere wetten opgedragen taken'.

Uit het systeem van de Jw volgt dat het aanbod van voorzieningen per gemeente kan verschillen. Ook kan het tussen gemeenten verschillen onder welke voorwaarden een jeugdige een voorziening ontvangt en of de jeugdige bijvoorbeeld een eigen bijdrage verschuldigd is.

2.3 Geestelijke Gezondheidszorg in de Zorgverzekeringswet

De vergoeding van de GGZ vanuit de Zvw is gebaseerd op de te verzekeren prestatie 'geneeskundige zorg' (artikel 2.4, Bzv). Bij geneeskundige zorg gaat het om zorg zoals huisartsen, klinisch psychologen, medisch specialisten en verloskundigen die plegen te bieden. De te verzekeren Zvw prestatie (aanspraak) wordt bekostigd uit verschillende kaders, zoals huisartsenzorg, (somatisch) medisch-specialistische zorg en G-GGZ.

2.3.1 Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg

In het 'Advies Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg, deel 2' van 10 juli 2013 (verder: GGZ deel 2)[3] geeft het Zorginstituut een begrenzing aan van de binnen de Zvw verzekerde GGZ en het deel dat we geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (G-GGZ) noemen. Daarmee geven we tevens een afbakening ten opzichte van interventies die weliswaar op het gebied van de GGZ liggen, maar die deel uitmaken van andere (ook Zvw verzekerde) zorgsectoren waar huisartsen en medici met een somatische specialisatie primair de verantwoordelijkheid hebben.

G-GGZ is gericht op het herstel of het voorkomen van verergering van een psychische stoornis (of psychiatrische aandoening). Binnen de Zvw wordt bij voorkeur het begrip psychische stoornis gebruikt. Het begrip stoornis sluit namelijk beter aan bij de terminologie van de internationaal gebruikte DSM classificatie (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). In Nederland gebruiken we de DSM classificatie bij de uitleg van de aanspraak op verzekerde G-GGZ op grond van de Zvw. Op dit moment gebruiken we nog de DSM-IV. De financiering van de G-GGZ gebeurt via integrale NZa-prestaties (voor de Basis GGZ) of op basis van DBC's GGZ (voor de gespecialiseerde GGZ).

In ons advies hebben we uitgelegd welke behandelingen vallen onder de G-GGZ. Niet alle stoornissen in de DSM-IV worden vanuit de G-GGZ behandeld/vergoed. De behandeling van een stoornis kan ook tot een ander domein dan de gezondheidszorg behoren (bijvoorbeeld leerstoornissen waar het onderwijs primair verantwoordelijk voor is) of de zorg kan door een andere hulpverlener worden verleend (bijvoorbeeld slaapstoornissen die door huisarts of (somatisch) medisch specialist worden behandeld).

2.3.2 Geestelijke gezondheidszorg in de huisartsenpraktijk

Alleen psychische *stoornissen* kunnen worden behandeld in de G-GGZ. Behandeling van psychische *problemen* valt niet onder de G-GGZ. Behandeling van deze klachten kan wel worden vergoed binnen de huisartsenzorg, zonodig met ondersteuning van de praktijkondersteuner GGZ (POH-GGZ). De bekostiging van de huisarts vindt plaats via de door de NZa vastgestelde prestaties en tarieven in de

[3] CVZ: Advies Geneeskundige Geestelijke Gezondheidzorg, deel 2; *Op weg naar een toekomstbestendige GGZ (10 juli 2013)*

bekostigingsstructuur voor de huisartsenzorg.

2.3.3 Medisch psychologische zorg en consultatieve psychiatrie

Daarnaast wordt GGZ geboden als onderdeel van de integrale behandeling van de medisch specialist. Hiervoor zijn consultatief psychiaters en medisch psychologen beschikbaar. Deze zorg valt onder de Zvw, waarbij psychische component is verdisconteerd in deze somatische zorgproducten. Als er sprake is van een psychische stoornis dan dient deze zorg gefinancierd te worden op basis van een GGZ zorgproduct.
Partijen die betrokken zijn bij de consultatieve psychiatrie en G-GGZ signaleren dat deze scheidslijnen niet altijd duidelijk zijn. Dit moet nader worden onderzocht.

2.3.4 Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg voor jeugdigen

Tot 2015 viel de G-GGZ voor jeugdigen onder de Zvw. Deze zorg vanuit de Zvw is overgeheveld naar de Jw. Dit betekent dat de behandeling van psychische stoornissen bij jeugdigen tot 18 jaar – die voorheen behandeld werden vanuit de G-GGZ in het kader van de Zvw – voortaan onder de Jw valt. Wij gaan ervan uit dat sprake is van een 'harde knip' bij 18 jaar en zullen dit in de volgende paragraaf toelichten.

2.4 Geestelijke gezondheidszorg voor de jeugd in de Jeugdwet

2.4.1 Overheveling geestelijke gezondheidszorg voor jeugdigen vanuit de Zorgverzekeringswet naar de Jeugdwet

Wat tot de te verzekerden zorg behoort in het kader van de Zvw, is nader geregeld in het Bzv. Artikel 2.1 Bzv bepaalt dat alle vormen van zorg en diensten naar 'inhoud en omvang' nader worden beschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15 van het Bzv *'met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift'.*

Deze wijziging (per 1 januari 2015) van artikel 2.1 Bzv leidt ertoe dat vormen van zorg of overige diensten die op grond van de Jw (of een andere wet bijvoorbeeld de Wet langdurige zorg of de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015) kunnen worden gefinancierd, niet onder de dekking van de zorgverzekering vallen. Omwille van de duidelijkheid is een nieuw zesde lid toegevoegd aan artikel 2.1 Bzv waarin is bepaald: 'De zorg en diensten bedoeld in het eerste lid, omvatten niet GGZ als bedoeld in artikel 10.2 , eerste lid van de Jw, als bedoeld aan jeugdigen als bedoeld in artikel 1.1 van de wet.

De GGZ voor jeugdigen wordt overgeheveld naar de Jw. Het is nog niet zonder meer duidelijk:

1 wie of welke groep verzekerden wordt verstaan onder 'jeugdige';
2 welke zorg het betreft;
3 tot welk domein de zorg behoort waarbij sprake is van een combinatie van somatiek en psyche.

Nadere bestudering van de Jw geeft uitsluitsel. In de volgende paragraaf wordt de inhoud van de Jw voor zover relevant voor deze duiding nader besproken.

2.4.2 Het begrip 'jeugdige'

In artikel 1.1 van de Jw wordt het begrip jeugdige gedefinieerd. Deze definitie van jeugdige heeft betrekking op alle vormen van hulp aan jeugdigen, die onder de Jw vallen. De definitie van het begrip 'jeugdige' in artikel 1.1, Jw is ruimer, dan de definitie in artikel 10.2, Jw (overgangsrecht). In bepaalde situaties geldt dat de hulp aan jeugdigen kan worden voortgezet tot de leeftijd van 23 jaar (artikel 1.1, sub 3°,

Jw).

In het overgangsrecht van de Jw is een andere definitie van het begrip jeugdige opgenomen. Onder jeugdige wordt in het overgangsrecht verstaan 'de persoon die de leeftijd van achttien jaar nog niet heeft bereikt'.
Opmerkelijk is dat het Bzv zowel naar de algemene definitie van jeugdige verwijst, die voor alle hulp aan jeugdigen geldt, als naar het overgangsrecht dat beperkt is tot kinderen en jongeren tot 18 jaar.

Alleen als we de Memorie van Toelichting (MvT) op de Jw lezen, blijkt duidelijk wat de wetgever heeft bedoeld te regelen. In paragraaf 3.6 van de 'Memorie van toelichting' en in Figuur 3 'Leeftijdsgrens huidige en nieuwe situatie' is aangegeven welke vormen van jeugdhulp een doorlooptijd kennen en welke niet. De leeftijdsgrens voor jeugdhulp is bepaald op 18 jaar met een doorloop naar 23 als de hulp niet via een andere wet mogelijk is of zonder leeftijdsgrens als de hulp is opgelegd in strafrechtelijk kader.

Ook de artikelsgewijze toelichting op artikel 1.1 Jw is duidelijk.
"Voor jeugdhulp die verstrekt wordt in verband met een psychische stoornis of een verstandelijke beperking, en jeugdhulp die voorheen viel onder het begrip begeleiding, persoonlijke verzorging en kortdurend verblijf als bedoeld bij of krachtens de AWBZ geldt echter de leeftijdsgrens van 18 jaar. Deze vormen van zorg zijn na het bereiken van het achttiende levensjaar als voorziening, recht of aanspraak immers verkrijgbaar op grond van de Wmo, AWBZ of Zvw."

Gezien de bedoeling van de wetgever zoals die blijkt uit de MvT op de Jw gaan wij er vanuit dat de gemeente verantwoordelijk is voor jeugdhulp in verband met een psychische stoornis bij jeugdigen tot 18 jaar. Zodra de jeugdige 18 jaar is geworden gaat deze zorg over naar de Zvw.

2.4.3 Welke zorg in de Jeugdwet?

In artikel 1.1 van de Jw is een definitie van jeugdhulp gegeven. Jeugdhulp is een overkoepelend begrip. Voor deze duiding is het van belang om vast te stellen dat uit de wetsgeschiedenis bij de Jw en het Bzv is af te leiden dat de G-GGZ wordt overgeheveld van de Zvw naar de Jw en dat GGZ door de huisarts en POH GGZ onder de Zvw valt.

> *Vanuit de Zvw en de AWBZ worden de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor jeugdigen (met uitzondering van de extramurale psychofarmaca en de eerstelijns psychische zorg die huisartsen en praktijkondersteuners zelf plegen te geven) en de ondersteuning en zorg aan jeugdigen met een verstandelijke beperking overgeheveld naar deze wet[4].*

Voor GGZ door de huisarts en POH GGZ geldt dat eerstelijns zorg door de huisarts en de POH GGZ valt onder geneeskundige zorg zoals huisartsen die plegen te bieden.

Ook het overgangsrecht in de Jw (artikel 10.2, tweede lid) gaat uit van overheveling G-GGZ van de Zvw naar de Jw. 'Geneeskundige zorg, verblijf, verzorging en verpleging als bedoeld bij of krachtens artikel 11, derde lid, van de Zvw, die een persoon nodig heeft in verband met een psychiatrische stoornis of beperking' vallen niet onder de prestaties, bedoeld in artikel 11, eerste lid, Zvw, waarop een verzekerde jegens zijn zorgverzekeraar recht op heeft.

[4] Memorie van Toelichting, TK, 2012-2013, 33 684, nr. 3, blz 119.

Hoewel de terminologie in de Jw, namelijk 'psychische problemen en stoornissen' niet geheel aansluit op de terminologie die in de Zvw wordt gehanteerd, om de aanspraak op G-GGZ te omschrijven, blijkt uit de wetgeschiedenis dat het gaat om 'G-GGZ';

> *Met het oog op het schrappen van het recht op geestelijke gezondheidszorg voor jeugdigen onder de achttien jaar in het tweede lid van artikel 10.2 en de te treffen overgangsregeling is in het eerste lid van artikel 10.2 een definitie gegeven van het begrip geestelijke gezondheidszorg. Deze definitie is afgeleid van de terminologie uit de Zvw en het Besluit zorgverzekeringen. De geestelijke gezondheidszorg die door huisartsen zelf of door de praktijkondersteuner-GGZ wordt verleend en de extramurale verstrekking van psychofarmaca valt niet onder deze definitie van geestelijke gezondheidszorg. Deze laatste vormen van zorg blijven onder de Zvw vallen*[5]*.*

Onze conclusie is dat alleen de G-GGZ voor jeugdigen met ingang van 1 januari 2015 onder de Jw valt. Het gaat hierbij om zorg die geleverd kan worden bij psychische stoornissen – die voorheen behandeld werden vanuit de G-GGZ in het kader van de Zvw. Meer zorg overhevelen dan de Zvw op dit punt bood, is logischerwijze niet mogelijk. De GGZ die de huisarts/POH GGZ biedt en de GGZ die wordt geboden als onderdeel van de integrale behandeling van de (somatisch) medisch specialist alsmede psychofarmaca voor jeugdigen die extramuraal worden behandeld blijven gehandhaafd onder de Zvw.

2.4.4 *Afbakeningsproblematiek met betrekking tot somatiek en psyche*

Voor de vraag tot welk domein de zorg behoort als sprake is van een combinatie van somatiek en psyche, zijn twee bepalingen uit de Jw relevant.

Artikel 1.2, lid 1 onder a

Dit artikel bepaalt dat de gemeente geen voorziening hoeft te treffen 'als er een recht op zorg bestaat als bedoeld bij of krachtens de Zorgverzekeringswet'.
Dit betekent, als er een Zvw-aanspraak is, dan gaat deze voor op een voorziening op grond van de Jw. De MvT omschrijft dit uitgangspunt als volgt: 'De onderhavige wet [= Jw] geldt niet indien aan die andere wetten rechten kunnen worden ontleend'[6]. In de volgende zin wordt dan onder meer de Zvw genoemd. Dat betekent dat de gemeente geen voorziening hoeft te treffen voor de zorg die een jeugdige op grond van de Zvw kan ontvangen, zoals de huisartsenzorg en medisch specialistische zorg, voor zover deze niet is overgeheveld naar de Jw. G-GGZ door bijvoorbeeld een psychiater aan een jeugdige valt onder de Jw. Andere vormen van medisch specialistische zorg vallen onder de Zvw. De extramurale verstrekking van psychofarmaca is onderdeel van de Zvw gebleven, ook als het medicatie betreft bij G-GGZ aan een jeugdige.

Artikel 1.2, lid 2

Vervolgens bepaalt de Jw dat 'indien er meerdere oorzaken ten grondslag liggen aan de betreffende problematiek', waarbij recht op Zvw-zorg bestaat, 'als een soortgelijke voorziening op grond van deze wet kan worden verkregen', de gemeente deze voorziening moet treffen.

Het is niet duidelijk wat de wetgever heeft bedoeld met deze bepaling. Is de gemeente verantwoordelijk voor het treffen van voorzieningen? Wat verstaat de wetgever onder 'oorzaak' en onder 'problematiek'? Wanneer kan gesproken worden

[5] Memorie van Toelichting, TK, 2012-2013, 33 684, nr. 3, blz 236.
[6] Memorie van Toelichting, TK, 2012-2013, 33 684, nr. 3, blz 126.

van 'meerdere' oorzaken en hoe kan of moet de causaliteit tussen de 'oorzaken' en 'de betreffende problematiek' worden vastgesteld? En ten slotte, wat is 'een soortgelijke voorziening'. Kort gezegd, wanneer is de gemeente verantwoordelijk, terwijl ook zorg op grond van de Zvw (of de Wlz) aan de orde zou kunnen zijn.

Memorie van Toelichting
De MvT biedt onvoldoende duidelijkheid om het tweede lid van artikel 1.2 Jw uit te kunnen leggen:

> *"Het kan in bepaalde gevallen voorkomen dat meerdere oorzaken ten grondslag liggen aan bepaalde problematiek zonder dat precies duidelijk is welke oorzaak nu de hoofdoorzaak is. Te denken valt dan bijvoorbeeld aan een jeugdige met een eetstoornis die in het kader van deze stoornis opgenomen moet worden in het ziekenhuis. Onduidelijk is of de grondslag voor dit verblijf gelegen is in de psychische stoornis of in de somatische aandoening die het gevolg daarvan is. De zorg die nodig is, is in beide gevallen echter hetzelfde. Als de hoofdgrondslag somatisch is, zou de benodigde zorg vallen onder de Zvw. Als de hoofdgrondslag echter psychisch is zou de gemeente verantwoordelijk zijn voor de te treffen voorziening. Om te voorkomen dat de jeugdige in dit geval niet weet waar hij kan aankloppen voor de nodige zorg is bepaald dat in die gevallen de gemeente verantwoordelijk is voor het treffen van de benodigde voorziening"*[7].

De Memorie van toelichting geeft als voorbeeld een eetstoornis waarbij meerdere oorzaken ten grondslag liggen aan de problematiek, maar de hoofdoorzaak onduidelijk is. Is er echter wel sprake van meerdere oorzaken?

Bij een eetstoornis is de oorzaak psychisch, er is echter sprake van een parallel behandeltraject door de kinderarts en de kinderpsychiater. De kinderarts opent een DBC-zorgproduct kindergeneeskunde , voor het somatische deel van de behandeling van de jeugdige, dat onder zijn expertise valt (= Zvw). De kinderpsychiater opent een DBC GGZ voor de behandeling van de psychische stoornis, nu Jw.

Antwoorden van de minister van VWS op kamervragen
Uit het vervolg van de wetsgeschiedenis blijkt dat artikel 1.2, tweede lid, Jw tot verschillende kamervragen heeft geleid. Uit de antwoorden van de minister op deze kamervragen lijkt het de bedoeling van de wetgever te zijn om bij een behandeling van een jeugdige, die zowel somatische zorg als psychische zorg inhoudt, de realisatie van de zorg, die een aanspraak op grond van de Zvw betreft onder de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar en de GGZ onder verantwoordelijkheid van de gemeente te laten vallen.

> *"….Als een kind met somatische klachten bij de huisarts of kinderarts komt, gelden vanzelfsprekend de aanspraken uit de Zvw. Indien deze artsen van mening zijn dat een (jeugd)psychiater of andere jeugdhulpverleners bij de hulp moeten worden betrokken, kunnen zij het kind naar hen doorverwijzen (dan wel deze hulpverleners actief bij deze zorg betrekken). …In dat geval geldt dat de gemeenten de door die jeugdhulpaanbieder geboden jeugdhulp beschikbaar moeten stellen. Betreft het echter alleen een consultatie tussen professionals en volgt hieruit niet dat de jeugdige daadwerkelijk jeugdhulp nodig heeft, dan blijven deze kosten voor de verzekeraar.*
> *Omgekeerd kan het voorkomen dat een kind hulp ontvangt bij een jeugdhulpaanbieder en dat de hulpverlener tot het oordeel komt dat het kind (ook) in de geneeskundige zorg moet worden behandeld voor somatische klachten. In dat geval is er gewoon sprake van een aanspraak op grond van de Zvw. Wanneer de jeugdige is opgenomen in een instelling voor jeugd-ggz*

[7] Memorie van Toelichting, TK, 2012-2013, 33 684, nr. 3, blz 126.

> *gaat de zorginhoudelijke en financiële verantwoordelijkheid zoals die nu geldt binnen de instelling, één op één over naar de gemeenten. In het geval van psychosomatische klachten is het eerste oordeel aan de deskundige (bijvoorbeeld de huisarts) die deze jeugdige beoordeelt. Op basis van professionele standaarden zal hij verwijzen naar een deskundige behandelaar en afhankelijk van de achtergrond van deze behandelaar (somatisch, zoals de kinderarts, of op het gebied van de psychiatrie, zoals de kinderpsychiater) wordt de behandeling door de zorgverzekeraar of de gemeente betaald."*[8]

Als een somatisch medisch specialist een jeugdpsychiater/jeugdpsycholoog consulteert in het kader van de medisch specialistische somatische behandeling dan wordt deze consultatie bekostigd uit de Zvw. Als de jeugdpsychiater/ jeugdpsycholoog een somatisch medisch specialist consulteert in het kader van een psychiatrische stoornis dan wordt deze consultatie bekostigd uit de Jw. Consultatie valt onder de verantwoordelijkheid van de verantwoordelijke behandelaar en wordt daarmee bekostigd door diens financier. Zoals eerder opgemerkt signaleren partijen die betrokken zijn bij de consultatieve psychiatrie en G-GGZ dat deze scheidslijnen niet altijd duidelijk zijn. Dit moet nader worden onderzocht.

Bij behandelingen op het grensvlak van somatiek en psyche blijft de tekst van artikel 1.2, tweede lid, Jw onduidelijk. In veel gevallen zal geen sprake zijn van meerdere oorzaken. Bij onze duiding nemen we de uitleg uit de Memorie van Antwoord als uitgangspunt.

2.5 Samenvattende conclusie

Gelet op onze conclusies uit de vorige paragrafen hanteren wij voor onze duiding het volgende uitgangspunt.

Onze conclusie is dat alleen de *'geneeskundige geestelijke gezondheidszorg'* voor jeugdigen tot 18 jaar met ingang van 1 januari 2015 is overgeheveld van de Zvw naar de Jw. Het gaat hierbij om zorg die geleverd kan worden aan jeugdigen met psychische stoornissen, die voorheen behandeld werden vanuit de G-GGZ in het kader van de Zvw. De GGZ die de huisarts/POH GGZ biedt en de GGZ die wordt geboden als onderdeel van de integrale behandeling van de (somatisch) medisch specialist alsmede psychofarmaca voor jeugdigen bij extramurale behandeling blijven gehandhaafd onder de Zvw.

Omdat artikel 2.1, tweede lid, van de Jw vragen oproept ten aanzien van de afbakening van domeinen als het gaat om behandelingen op het grensvlak van somatiek en psyche nemen we de uitleg in de Memorie van Antwoord en de Nadere Memorie van antwoord[9] als uitgangspunt. Het domein (financier) wordt bepaald door de behandelaar die verantwoordelijk is voor het behandeltraject.

[8] Memorie van Antwoord, EK 2013-2014, 33 684, D, blz. 45.
[9] EK, 2013-2014, 33 684, F, blz. 23.

3 Proces van beoordeling en standpuntbepaling

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk beschrijven we het proces dat we hebben gevolgd bij het duiden van de afbakening Jw en Zvw. We geven per diagnose 'Gedragsproblematiek/ psychosociale pediatrie' een korte beschrijving van de aandoening, de vereiste zorg en het wettelijk domein waar de behandeling van de aandoening onder valt. Deze informatie hebben we onder meer afgeleid uit richtlijnen voor zover beschikbaar. Op grond van deze informatie, de informatie van de betrokken beroepsgroepen en relevante regelgeving komen we tot ons standpunt. Dit standpunt vatten we samen in een overzichtelijke tabel per diagnose. Tot slot geven we de overwegingen bij ons standpunt.

3.2 Standpunt per diagnose 'Gedragsproblematiek/psychosociale pediatrie'

3.2.1 ADHD

ADHD valt onder de DSM-classificatie 'Aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit'. Kenmerkend zijn impulsief gedrag, concentratieproblemen, rusteloosheid en leermoeilijkheden. De symptomen beginnen in de kindertijd en werken veelal belemmerend bij het dagelijks maatschappelijk functioneren. Volgens de multidisciplinaire richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van ADHD[10] bij kinderen en jeugdigen is somatisch onderzoek een noodzakelijk onderdeel van het diagnostisch proces. Het doel van somatisch onderzoek is primair het uitsluiten van een aantal somatische aandoeningen die de symptomen kunnen verklaren en het opsporen van mogelijke contra-indicaties en interferenties van medicatie.

Als de kinderarts sterke vermoedens heeft dat er sprake is van ADHD, dan verwijst hij het kind naar een kinderpsycholoog/-psychiater voor verdere diagnostiek en behandeling. Ook komt het voor dat kinderartsen zelf de diagnostiek en behandeling van ADHD aanbieden.

Conclusie: ADHD is een psychische stoornis. De diagnostiek en behandeling van ADHD valt onder het domein van de geneeskundige GGZ. De geneeskundige GGZ voor jeugdigen tot 18 jaar is overgeheveld naar de Jw. De diagnostiek en behandeling van jeugdigen met ADHD valt daarmee niet langer onder de Zvw, omdat de Jw de voorliggende voorziening is. Wij adviseren dan ook om deze diagnose uit de declaratiestructuur van de kindergeneeskunde te verwijderen. Kinderartsen kunnen de diagnostiek en behandeling van ADHD nog wel blijven aanbieden als deze door de gemeenten bij hen is ingekocht in het kader van de Jw. Verder zijn er binnen de declaratiestructuur kindergeneeskunde voldoende mogelijkheden om het somatisch onderzoek (het uitsluiten van somatische aandoeningen) te registreren en financieren.

3.2.2 Breath holding spells

Breath-holding spells (BHS) is geen psychische stoornis volgens de DSM-IV. Breath-holding spells zijn perioden waarin kinderen tussen 3 maanden en 5 jaar hun adem inhouden. De uitlokkende factor is vooral boosheid. Pijn of andere stimuli komen minder frequent voor. Na een korte periode van huilen stopt de ademhaling plotseling tijdens een expiratie. Het kind wordt cyanotisch (in eerste instantie rond

[10] Multidisciplinaire richtlijn ADHD; Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van ADHD bij kinderen en jeugdigen 2005

de lippen), wordt daarna slap en verliest soms voor korte tijd het bewustzijn. Hierna is de ene helft van de kinderen meteen weer bij bewustzijn. De andere helft zal direct in slaap vallen, maar wordt bijna altijd binnen een uur weer wakker. De aandoening is self-limiting. Na het derde levensjaar zijn bij de meeste kinderen de BHS-verschijnselen verdwenen.

De aanval wordt soms verward met een epileptische aanval of koortsstuipen. Omdat de aanvallen kortdurend zijn, ontstaat er geen hersenschade en zijn ze onschuldig. Het kan voor ouders echter een zeer beangstigende ervaring zijn. Een kind zal alleen naar de kinderarts worden doorverwezen om uit te sluiten dat er sprake is en ander ziektebeeld dan BHS. Bij BHS is in het algemeen geen sprake van een psychische stoornis.

Conclusie: BHS is geen psychische stoornis. De diagnostiek en behandeling bij BHS door de kinderarts valt onder het domein van de Zvw. Voor de declaratie van deze zorg adviseren wij om deze diagnose te behouden binnen de declaratiestructuur van de kindergeneeskunde.

3.2.3 Eetstoornissen

In de DSM-IV worden 'Voedings- en eetstoornissen op zuigelingenleeftijd of vroege kindertijd' onderscheiden van de 'Eetstoornissen'. Met deze laatste classificatie worden stoornissen bedoeld als anorexia nervosa, boulimia nervosa en de eetstoornis niet anderszins omschreven.

3.2.3.1 Voedings- en eetstoornissen bij zuigelingen en in de vroege kindertijd

Het onderzoek naar de oorzaak van afwijkend voedingsgedrag bij zuigelingen en in de vroege kindertijd is gecompliceerd door de verschillende factoren die een rol kunnen spelen. Specifieke cognitieve of psychologische factoren spelen een rol alsmede de omgeving van het kind. Bij meer dan 80% van de patiënten met voedingsproblemen die verwezen worden naar een kinderarts speelt gedrag een belangrijke rol. Bij 16-30% van de kinderen is er een somatische oorzaak voor het voedingsprobleem. In aanvulling op de DSM-IV classificatie onderscheidt de DC:0-3-R criteria voor eetstoornissen bij jonge kinderen bij een regulatiestoornis, relationele voedingsstoornis (interactie ouder-kind), sensorische voedingsstoornis, posttraumatische voedingsstoornis, eetstoornis als gevolg van een somatische aandoening en infantiele anorexia.

Conclusie: Als de voedings- en eetstoornissen bij zuigelingen en in de vroege kindertijd het gevolg zijn van een onderliggende somatische oorzaak dan valt de diagnostiek en behandeling van de stoornis onder het domein medisch specialistische somatische zorg en daarmee onder de Zvw. Als voedingsstoornissen een gedragsmatige oorzaak hebben dan zal een kind in eerste instantie naar een kinderarts worden verwezen om een somatische oorzaak uit te sluiten. Deze diagnostiek valt onder de Zvw.

Als de kinderarts somatische oorzaken uitsluit dan kan er sprake zijn van een psychische stoornis. Een jeugdpsychiater of jeugdpsycholoog zal de diagnostiek en behandeling dan uitvoeren. Deze zorg valt onder de G-GGZ en daarmee onder de Jw. Als een kind ernstige somatische gevolgen ondervindt van een voedingsstoornis met een gedragsmatige oorzaak dan zal de kinderarts deze somatische problematiek behandelen. Deze behandeling valt onder de Zvw. Een goede samenwerking tussen en een afstemming van de behandeling van de kinderarts en jeugdpsychiater of jeugdpsycholoog is hierbij vereist.

Voor de declaratie van de zorg die kinderartsen bieden bij eetstoornissen adviseren wij om deze diagnose behouden binnen de declaratiestructuur van de kindergeneeskunde.

3.2.3.2 Eetstoornissen

Eetstoornissen zijn psychische stoornissen waarbij het doen en denken rond eten verstoord zijn. Kenmerkend voor eetstoornissen zijn een sterke preoccupatie met eten en gewicht en een verstoord lichaamsbeeld. In de DSM-classificatie zijn drie eetstoornissen te onderscheiden: anorexia nervosa, boulimia nervosa en 'eetstoornis niet anderszins omschreven'(NAO). Volgens de multidisciplinaire richtlijn eetstoornissen[11] is het uitgangspunt van elke eetstoornis dat deze integraal behandeld wordt. Binnen de behandeling is er aandacht voor de verschillende aspecten van de stoornis. De behandeling richt zich op het eetgedrag, het lichaamsgewicht, de lichaamsbeleving, maar ook op algemene psychologische problemen zoals onzekerheid, perfectionisme en trauma's. Bij de behandeling is een multidisciplinair team van behandelaars betrokken. Zij werken nauw samen vanuit de eigen specifieke deskundigheid. De behandeling door een kinderarts zal gericht zijn op de somatische problematiek als gevolg van de psychische stoornis. Daarnaast zal een jeugdpsychiater of jeugdpsycholoog zich richten op de psychische problemen. Er is dus sprake van een parallel behandeltraject, waarbij zowel de jeugdpsychiater of jeugdpsycholoog als de kinderarts betrokken zijn.

<u>*Conclusie*</u>: De diagnostiek en behandeling van eetstoornissen valt onder het domein van de G-GGZ en daarmee onder de Jw. Echter, voordat de psychische problematiek behandeld kan worden moeten eerst ernstige somatische gevolgen van de stoornis (ondervoeding, uitdroging, uitputting) voldoende hersteld zijn. De behandeling van de somatische gevolgen van de psychische stoornis behoort tot de deskundigheid de kinderarts en valt daarmee onder de medisch specialistische somatische zorg op grond van de Zvw. Als de meest ernstige somatische gevolgen van de eetstoornis hersteld zijn dan zal de jeugdpsychiater of jeugdpsycholoog de psychische problematiek behandelen. Deze behandeling valt onder het domein van de G-GGZ en daarmee onder de Jw.

Voor de declaratie van de somatische gevolgen van eetstoornissen adviseren wij om deze diagnose te behouden binnen de declaratiestructuur van de kinder-geneeskunde.

3.2.4 Encopresis

Encopresis valt onder de DSM-classificatie 'Stoornissen in de zindelijkheid'. We spreken van encopresis of broekpoepen wanneer kinderen van vier jaar of ouder herhaaldelijk in de broek poepen zonder dat er een ziekte of aangeboren afwijking aan ten grondslag ligt. Het kan voorkomen bij onzindelijke kinderen of bij kinderen die al zes maanden of langer zindelijk zijn geweest. Er wordt onderscheid gemaakt tussen broekpoepen in combinatie met of zonder obstipatie (verstopping).
In ongeveer 90% van alle gevallen gaat het om zindelijke kinderen die last hebben van obstipatie. De behandeling van encopresis bestaat dan ook uit de behandeling van de obstipatie. Meestal wordt obstipatie door de huisarts behandeld. Wanneer klachten zonder verbetering blijven aanhouden of de obstipatie telkens terugkeert kan worden doorverwezen naar de kinderarts.

[11] Multidisciplinaire richtlijn eetstoornissen; diagnostiek en behandeling van eetstoornissen 2006

In ons advies GGZ deel 2 hebben we het standpunt ingenomen dat de behandeling van 'stoornissen in de zindelijkheid' niet onder het domein van de G-GGZ valt, maar dat deze stoornissen primair door de huisarts of (somatisch) medisch specialist dienen te worden behandeld.

Conclusie: Encopresis is weliswaar als stoornis geclassificeerd in de DSM IV, maar de diagnostiek en behandeling van deze zorg door de huisarts of de kinderarts valt onder het domein van de Zvw. Voor de declaratie van deze zorg adviseren wij om deze diagnose te behouden binnen de declaratiestructuur van de kindergeneeskunde.

3.2.5 *Excessief huilen*[12]

Excessief huilen is geen psychische stoornis volgens de DSM-IV.
Volgens de definitie van Wessel[13] is sprake van excessief huilen, wanneer een gezond en goed gevoed maar prikkelbaar kind perioden van irritatie, jengelen of huilen laat zien van tenminste drie uur per dag en gedurende minimaal drie dagen per week voor een periode van ten minste drie weken achtereen. De definitie van excessief huilen heeft alleen betrekking op gezonde, zich goed ontwikkelende baby's. Bij minder dan 5% van alle baby's die veel huilen en niet gemakkelijk te troosten zijn, is er een lichamelijke oorzaak voor het huilen. Voorbeelden van oorzaken zijn moeilijke stoelgang (obstipatie), oorontsteking, blaasontsteking of allergie voor koemelk. Somatische oorzaken moeten eerst worden uitgesloten door de jeugdarts, huisarts of kinderarts, voordat de diagnose 'excessief huilen' kan worden gesteld.

Conclusie: Excessief huilen is geen psychische stoornis. De diagnostiek en behandeling van excessief huilen door huisarts of kinderarts valt onder het domein van de Zvw. Voor de declaratie van deze zorg adviseren wij om deze diagnose te behouden binnen de declaratiestructuur van de kindergeneeskunde.

3.2.6 *Bedreigde ontwikkeling kind*

Bij 'bedreigde ontwikkeling kind' is geen sprake van een psychische stoornis volgens de DSM-IV. Deze diagnose is primair bedoeld om onderzoek te doen bij verdenking van kindermishandeling. De kinderarts zal het kind onderzoeken om aan te tonen of uit te sluiten dat er bij het kind sprake is van kindermishandeling.

Conclusie: Bedreigde ontwikkeling kind is geen psychische stoornis. Het onderzoek dat de kinderarts uitvoert in verband met een verdenking van kindermishandeling valt onder het domein van de Zvw. Voor de declaratie van deze zorg adviseren wij om deze diagnose te behouden binnen de declaratiestructuur van de kindergeneeskunde.

3.2.7 *Leerstoornissen*

In de DSM-IV worden de volgende leerstoornissen onderscheiden; leesstoornis, rekenstoornis, stoornis in de schriftelijke uitdrukkingsvaardigheid, leerstoornis NAO. In ons advies GGZ (deel 2)[3] hebben wij hierover het volgende opgenomen. Leerstoornissen zijn in de DSM-IV opgenomen om beroepsbeoefenaren in de GGZ aan te moedigen bij hun evaluatie 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

[12] Multidisciplinaire richtlijn "Preventie, signalering, diagnostiek en behandeling van excessief huilen bij baby's (maart 2013)
[13] Wessel and others 1954 Paroxysmal fussing in infancy, sometimes called colic. Pediatrics 14(5):421-35.

kan beïnvloeden. Eventuele hulp bij deze leerstoornissen vindt in Nederland echter plaats vanuit het onderwijs en niet vanuit de G-GGZ. In het kader van de Wet Passend Onderwijs hebben scholen een zorgplicht en zijn daardoor verantwoordelijk voor onderwijs dat passend is voor alle leerlingen. In ons advies hebben wij geduid dat hulp bij leerstoornissen niet onder het domein van de Zvw valt, met uitzondering van enkelvoudige dyslexiezorg.

Voor enkelvoudige dyslexiezorg was tot 1 januari 2015 een afzonderlijke aanspraak onder de Zvw opgenomen. Vanaf 2015 zijn gemeenten in het kader van de Jw verantwoordelijk voor dyslexiezorg bij 'Ernstige Enkelvoudige Dyslexiezorg' (EED).

Conclusie: Scholen hebben een zorgplicht en zijn daarom verantwoordelijk voor onderwijs dat passend is voor alle leerlingen. Ook voor leerlingen met leerstoornissen. Vanaf 2015 zijn gemeenten in het kader van de Jw verantwoordelijk voor dyslexiezorg bij 'Ernstige Enkelvoudige Dyslexiezorg' (EED).
De behandeling van leerstoornissen valt niet onder het domein van de Zvw. Wij adviseren dan ook om de diagnose leerstoornissen uit de declaratiestructuur van de kindergeneeskunde te verwijderen. De behandeling en financiering van leerstoornissen valt onder de verantwoordelijkheid van het ministerie van Onderwijs. Als sprake is van onderliggende problematiek (ADHD of gedragsstoornissen) kan deze uiteraard wel behandeld worden in de G-GGZ (en dus Jw).

3.2.8 Psychiatrische stoornissen (autisme – depressie)

De behandeling van psychische stoornissen – waaronder autisme en depressie – valt onder het domein van de G-GGZ. De zorgproducten die vallen onder deze hoofddiagnose 'psychiatrische stoornissen' worden in het kader van de kindergeneeskunde gebruikt voor de diagnostiek. Bijvoorbeeld als een kind wordt doorverwezen naar de kinderarts met somatische klachten zoals hoofdpijn of buikpijn, waar uiteindelijk een psychische oorzaak (bijvoorbeeld depressie) aan ten grondslag ligt. Binnen de DBC-structuur zijn echter voldoende mogelijkheden om deze diagnostiek/behandeling op de betreffende somatische aandoening te declareren en te financieren.

Conclusie: De diagnostiek en behandeling van psychische stoornissen valt onder het domein van de G-GGZ en daarmee onder de Jw. Binnen de DBC-systematiek voor kindergeneeskunde zijn er voldoende mogelijkheden om diagnostiek (het uitsluiten van somatische aandoeningen) en behandeling (bij comorbiditeit) voor de betreffende somatische aandoening te registreren en te financieren. Wij adviseren dan ook om deze diagnose uit de declaratiestructuur van de kindergeneeskunde te verwijderen.

3.2.9 Slaapstoornissen

In de DSM-IV worden verschillende slaapstoornissen onderscheiden; dyssomnia's (waaronder primaire insomnia, narcolepsie, slaapgebonden ademhalingsstoornis, stoornis in het slaap-waak-ritme) parasomnia's (waaronder nachtmerries, slaapwandelen en Pavor nocturnus) en slaapstoornissen die samenhangen met een andere psychische stoornis. In aanvulling op de DSM-IV classificatie onderscheidt de DC:0-3-R ten behoeve van peuters en jonge kinderen de inslaapstoornis en de doorslaapstoornis.

Veel kinderen hebben wel eens slaapproblemen. Bij elke leeftijd horen weer andere mogelijke oorzaken. De meest voorkomende slaapproblemen zijn:
> niet willen slapen
> nachtmerries en 's nachts bang zijn
> wakker liggen en niet meer kunnen slapen
In een aantal gevallen hebben slaapproblemen te maken met een psychische stoornis.

In ons advies GGZ deel 2[3] hebben we uitgelegd welke behandelingen vallen onder de G-GGZ. Niet alle stoornissen in de DSM-IV worden vanuit de G-GGZ behandeld/vergoed. Bij slaapstoornissen hebben we aangegeven, dat deze door de huisarts of (somatisch) medisch specialist dienen te worden behandeld. Het gaat daarbij om slaapstoornissen zonder dat daar een andere psychische stoornis aan ten grondslag ligt. Bij kinderen met complexe slaapstoornissen is het zinvol om door te verwijzen naar een in behandeling van slaapstoornissen gespecialiseerd slaap-/waakcentrum voor diagnostiek en (multidisciplinaire) behandeling. De meerwaarde van verwijzing naar een slaap-/waakcentrum zit in de samenwerking tussen verschillende disciplines zoals de medisch specialist (kinderarts, KNO-arts, longarts, neuroloog), psycholoog en/of gedragstherapeut en de specialisatie van medewerkers in de aanpak van slaapproblemen. Steeds meer slaap-/waakcentra in Nederland zijn geaccrediteerd en werken volgens Europese kwaliteitsnormen.

Behandeling van slaapstoornissen bij kinderen dienen primair te worden behandeld in de huisartsenpraktijk. Bij complexe slaapstoornissen is zinvol om het kind door te verwijzen naar een in behandeling van slaapstoornissen gespecialiseerd slaap-/waakcentrum. Indien er een psychische stoornis (bijvoorbeeld depressieve stoornis, angststoornis) ten grondslag ligt aan de slaapproblemen, kan deze stoornis vanuit de G-GGZ worden behandeld. In dat geval geldt de onderliggende psychische stoornis als hoofddiagnose.

Conclusie: Slaapstoornissen zijn weliswaar als stoornis geclassificeerd in de DSM-IV, maar de behandeling door huisarts of multidisciplinaire behandeling in een slaap-/waakcentrum valt onder het domein de Zvw. Omdat kinderartsen deel uit maken van het multidisciplinaire team adviseren wij om deze diagnose te behouden binnen de declaratiestructuur van de kindergeneeskunde.

3.2.10 Functionele klachten/SOLK

Functionele klachten worden ook wel onverklaarde lichamelijke klachten genoemd. In de multidisciplinaire richtlijn 'Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK)' wordt de volgende definitie gehanteerd: *"We spreken van SOLK bij lichamelijke klachten die langer dan enkele weken duren en waarbij bij adequaat medisch onderzoek geen somatische aandoening wordt gevonden die de klacht voldoende verklaart."* [14] Functionele klachten kunnen zowel bij kinderen als volwassenen voorkomen.

Als na adequate, dat wil zeggen bij de klachten en context passende diagnostiek geen lichamelijke verklaring voor de klachten wordt gevonden, is (per definitie) sprake van SOLK. Als de huisarts een onderliggende somatische aandoening naar eigen oordeel onvoldoende kan uitsluiten, is een verwijzing naar de somatische tweede lijn geïndiceerd. Kinderen zullen in deze situatie worden verwezen naar de kinderarts.

[14] Multidisciplinaire richtlijn Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijk Klachten (SOLK) en Somatoforme Stoornissen (2010)

Ook in de tweede lijn geldt dat de klachten uitgangspunt vormen voor het lichamelijk onderzoek dat verricht wordt. Zowel in het kader van geruststelling als in het kader van het aantonen dan wel uitsluiten van een diagnose kan men besluiten tot een gericht lichamelijk onderzoek.

Als er geen sprake is van een lichamelijke aandoening, zal de huisarts of medisch specialist nagaan of er mogelijk aanwijzingen voor een psychische stoornis. Zowel een angststoornis als een depressie kunnen samengaan met lichamelijke klachten en zich vaak in eerste instantie manifesteren in lichamelijke klachten. Ook kan sprake zijn van een somatoforme stoornis zoals geclassificeerd in de DSM-IV. Als duidelijk is dat sprake is van een psychische stoornis, kan behandeling plaatsvinden vanuit de G-GGZ in het kader van de Jw.

Conclusie: De diagnostiek en behandeling van functionele klachten door de kinderarts valt onder het domein van de Zvw. Voor de declaratie van deze zorg adviseren wij om deze diagnose te behouden binnen de declaratiestructuur van de kindergeneeskunde.

Als de functionele klachten duiden op een psychische stoornis is verwijzing naar de G-GGZ mogelijk. De diagnostiek en behandeling van psychische stoornissen valt onder het domein van de G-GGZ en daarmee onder de Jw.

3.2.11 Overige psychosociale problemen

Waarom de diagnose 'overige psychosociale problemen' is opgenomen in de groep 'Gedragsproblematiek/psychosociale pediatrie' van de kinderartsen is niet duidelijk geworden.

Indien een kind onder behandeling is van de kinderarts voor een somatische aandoening dan kan hulp van een medisch maatschappelijk werker in verband met psychosociale problematiek nodig zijn. Deze hulp is verdisconteerd in de DBC-zorgproducten voor de somatische aandoening. Een aparte diagnose binnen de productstructuur is dan ook niet nodig.

Verder kunnen kinderen met psychosociale problemen terecht bij de gemeente of bij de huisarts en POH GGZ. Bij psychosociale hulp is geen sprake is van een stoornis waarvoor geneeskundige zorg nodig is en valt daarom niet onder de G-GGZ die is overgeheveld naar de Jw.

Conclusie: Hulp bij psychosociale problemen kan worden verleend via de gemeente of door de huisarts ondersteund door de POH GGZ. Consultatie van een medisch maatschappelijk werker of een psycholoog is verdisconteerd in het initiële DBC-zorgproduct. Een aparte diagnose binnen declaratiestructuur van de kindergeneeskunde lijkt daarvoor niet nodig. Daarom adviseren wij om de diagnose 'overige psychosociale problemen' uit de declaratiestructuur van de kindergeneeskunde te verwijderen.

De onderstaande tabel geeft een kort overzicht van de in dit hoofdstuk opgenomen toelichting per diagnose 'Gedragsproblematiek/psychosociale pediatrie' van de declaratiestructuur van de kindergeneeskunde.
Dit is tevens het standpunt van onze duiding per diagnose.

3.3 Samenvatting standpunt per diagnose 'Gedragsproblematiek/psychosociale pediatrie'

Standpunt per diagnose 'Gedragsproblematiek/psychosociale pediatrie'

Diagnose	Domein voor 1 januari 2015	Domein per 1 januari 2015
ADHD (Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder)	Zvw (huisarts/POH-GGZ en/of MSZ, G-GGZ)	Jw (G-GGZ) Zvw (huisarts/POH-GGZ)
Breath holding spells	Zvw (huisarts/POH-GGZ en/of MSZ)	Zvw (huisarts/POH-GGZ en/of MSZ)
Eetstoornissen	Zvw (G-GGZ voor psychische stoornis) MSZ (voor somatische gevolgen psychische stoornis)	Jw (psychische stoornis) én Zvw (MSZ voor somatische gevolgen psychische stoornis)
Encopresis	Zvw (huisarts/POH-GGZ en/of MSZ)	Zvw (huisarts/POH-GGZ en/of MSZ)
Excessief huilen (huilbaby)	Zvw (huisarts/POH-GGZ en/of MSZ)	Zvw (huisarts/POH-GGZ en/of MSZ) Jw (opvoedingsondersteuning)
Bedreigde ontwikkeling kind	Zvw (huisarts/POH-GGZ en/of MSZ)	Zvw (huisarts/POH-GGZ en/of MSZ)
Leerstoornissen	Onderwijs	Onderwijs
Psychiatrische stoornissen (autisme en depressie)	Zvw (huisarts/POH-GGZ en/of MSZ)	Jw (G-GGZ)
Slaapstoornissen	Zvw (huisarts/POH-GGZ en/of MSZ)	Zvw (huisarts/POH-GGZ en/of MSZ)
Functionele klachten	Zvw (huisarts/POH-GGZ en/of MSZ)	Zvw (huisarts/POH-GGZ en/of MSZ)
Overige psychosociale problemen	Zvw (huisarts/POH-GGZ en/of MSZ) Wet op de Jeugdzorg	Zvw (huisarts/POH-GGZ en/of) Jw (ondersteuning bij psychosociale problematiek)

3.4 Overwegingen bij het standpunt

We zijn tot dit standpunt gekomen op grond van de onderstaande overwegingen:

- Zowel in de Jw als in het Bzv is vastgelegd dat G-GGZ voor jeugdigen tot 18 jaar met ingang van 1 januari 2015 is overgeheveld van de Zvw naar de Jw.

- Alleen de psychische *stoornissen* volgens de DSM-IV worden behandeld binnen de G-GGZ en worden voor jeugdigen overgeheveld van de Zvw naar de Jw. Overigens vallen niet alle stoornissen uit de DSM-classificatie onder de G-GGZ. Een aantal stoornissen wordt behandeld door de huisarts/POH-GGZ of behoort tot een ander domein dan de GGZ.

De behandeling van psychische *problemen* valt niet onder de G-GGZ. Deze zorg wordt behandeld via de gemeente (Jw), door de huisarts/POH-GGZ of maakt integraal onderdeel uit van de medisch specialistische zorg.

- Uit de wetsgeschiedenis van artikel 1.2, lid 2 van de Jw blijkt dat als een stoornis bij een jeugdige somatische én psychische gevolgen heeft, de zorg in het kader van de somatische gevolgen onder de Zvw valt. De realisatie van deze zorg is een verantwoordelijkheid voor de zorgverzekeraar. De zorg in het kader van de psychische gevolgen valt onder de Jw. De realisatie van deze zorg is de verantwoordelijkheid van de gemeente.

3.5 Evaluatie

Als het ministerie van VWS het advies van het Zorginstituut volgt, dan zal het Zorginstituut de uitvoering van het advies door de betrokken partijen evalueren. We evalueren het advies door gebruik te maken van de DIS-databank. De gegevens over het jaar 2015 vormen de nulmeting van de evaluatie. Deze gegevens zijn in 2017 beschikbaar. De gegevens over het eerste jaar van de invoering van de maatregel, naar verwachting 2016, zijn in 2018 beschikbaar. De evaluatie zal vijf jaar worden uitgevoerd, dus van 2018 tot 2023.

4 Reacties partijen

4.1 Consultatie

Het conceptrapport is via een consultatieprocedure schriftelijk voorgelegd aan partijen. De volgende partijen hebben hierop gereageerd:

- Vereniging Nederlandse Gemeenten
- Nederlandse Vereniging van Kindergeneeskundigen
- GGZ Nederland
- Nederlandse Zorgautoriteit
- Landelijk Platform GGZ
- Nederlands Instituut voor Psychologen
- Zorgverzekeraars Nederland
- Zelfstandige Klinieken Nederland
- DBC-onderhoud
- Nederlandse Federatie Universiteit Medische Centra
- Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland

De reacties van de partijen hebben we als bijlage 2 bij dit rapport gevoegd. Hieronder volgt een samenvatting van de reacties per consultatievraag. Deze consultatievragen passen bij de hoofdstukken van het rapport. Bij iedere vraag geven we eerst een korte weergave van de belangrijkste punten van het betreffende hoofdstuk.

4.2 Reacties per consultatievraag

4.2.1 Consultatievraag 1 Wettelijk kader Jeugdwet en Zorgverzekeringswet

- De 'geneeskundige geestelijke gezondheidszorg' voor jeugdigen tot 18 jaar valt onder de Jeugdwet;
- Voor de behandeling van jeugdigen op het grensvlak somatiek en psyche geldt dat de behandeling van de somatische problematiek onder de Zvw valt en de behandeling van de psychische problematiek onder de Jw.

Partijen waarschuwen voor extra administratieve lasten als gevolg van de overgang van de Jw naar de Zvw op 18 jaar. Zij pleiten dan ook voor een goede communicatie naar de zorgvrager om de overgang zo goed mogelijk te laten verlopen.

Ook is men van mening dat er vanwege de harde knip bij 18 jaar rekening moet worden gehouden met de continuïteit van zorg voor jongeren boven de 18 jaar die van de Jw over gaan naar de Zvw. Partijen vinden dat deze overgang de toegang tot de zorg niet mag beperken.

Partijen hebben gewezen op algemene punten van aandacht bij de invoering van de Jeugdwet. In dit rapport gaan wij hier niet verder op in.

4.2.2. Consultatievraag 2 Proces van beoordeling en standpuntbepaling
De DBC diagnosen ADHD, psychiatrische stoornissen en de behandeling van psychische problematiek bij eetstoornissen vallen onder de Jw en niet onder de Zvw.

Men merkt op dat het scheiden van psyche en somatiek niet altijd gemakkelijk is en dat bij bepaalde aandoeningen een jeugdige naast de behandeling door een

somatisch medisch specialist ook behandeld moet kunnen worden door een jeugdpsychiater/ jeugdpsycholoog. In onze duiding geven wij aan dat een parallelle behandeling door een somatisch medisch specialist van de somatische gevolgen van een aandoening en een jeugdpsychiater/ jeugdpsycholoog voor de psychische gevolgen van een aandoening ook mogelijk is. Er kan bijvoorbeeld sprake zijn van slaapstoornissen die behandeld worden door de somatisch medisch specialist. Als blijkt dat de slaapstoornissen worden veroorzaakt door een psychische stoornis (bijvoorbeeld ADHD), dan zal deze ADHD door een jeugdpsychiater/jeugdpsycholoog behandeld worden. De behandeling door de somatisch medisch specialist valt dan onder de Zvw en de behandeling door de jeugdpsychiater/jeugdpsycholoog valt dan onder de Jw. Ook als de jeugdige somatische en psychische klachten heeft die los van elkaar staan is het uiteraard mogelijk om zowel de somatische klachten (Zvw) als de psychische klachten (Jw) gelijktijdig te behandelen.

Uit de reacties blijkt dat men van mening is dat uit het rapport niet duidelijk is op te maken wanneer een somatisch medisch specialist moet verwijzen naar een jeugdpsychiater/ jeugdpsycholoog en omgekeerd. Het is ook niet onze intentie om dat met deze duiding te beschrijven. In deze situatie is met de komst van de Jw ook geen verandering gekomen, alleen de financiering is anders. Voor deze informatie verwijzen wij naar de richtlijnen van de beroepsgroep. De medisch specialist dient in de praktijk te bepalen welke behandeling wanneer van toepassing is.

4.2.3 Consultatievraag 3 Consequenties standpunt
Consequenties van ons standpunt voor de betrokken partijen

Als het advies in voorliggend rapport wordt gevolgd door minister van VWS, dan zijn verschillende partijen van mening dat de wijzigingen niet tot extra lasten voor cliënten, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en gemeenten mogen leiden. Goede communicatie naar alle partijen is dan ook een eerste vereiste.

Zorgaanbieders vrezen dat het verschil in zorgaanbod tussen gemeenten kan leiden tot een gebrek aan voldoende noodzakelijke zorg. Dat geldt met name voor ouders die deze noodzakelijke zorg niet zelf kunnen betalen of ouders die de ouderbijdrage van de gemeenten voor de noodzakelijke zorg niet kunnen betalen.

Een aantal partijen benadrukt het belang van voldoende financiële middelen en voldoende kennis over de benodigde zorg voor de doelgroep bij zorgaanbieders, gemeenten en zorgverzekeraars. Men vreest dat de financieringssystematiek en een gebrek aan kennis over de benodigde zorg kan leiden tot een slechte samenwerking en afschuifgedrag. Ook kan bij een gebrek aan financiële middelen binnen de Jw een verschuiving plaatsvinden richting de somatisch medisch specialistische zorg (Zvw).

Partijen benadrukken dat een goede samenwerking tussen somatisch medisch specialisten en jeugdpsychiaters/jeugdpsychologen, gemeenten en zorgverzekeraars belangrijk is. Deze samenwerking is noodzakelijk voor een goede integrale zorg aan de jeugdigen (GGZ-N). De jeugdige mag niet de dupe worden van misverstanden in afstemming tussen partijen. Wij onderschrijven dit.

4.3 Overige opmerkingen

Verder hebben partijen nog technische opmerkingen gemaakt die wij hebben beoordeeld. De opmerkingen hebben op verschillende plaatsen in het rapport geleid tot aanpassing of verduidelijking van het rapport.

5 Definitief standpunt

5.1 Inleiding

De reacties van de verschillende partijen hebben geleid tot een aantal aanpassingen in het rapport (zie hoofdstuk 4). De reacties hebben ons standpunt per diagnose 'Gedragsproblematiek/psychosociale pediatrie' niet gewijzigd. In het onderstaande de korte samenvatting van het standpunt en de overwegingen bij het standpunt.

5.2 Samenvatting standpunt per diagnose 'Gedragsproblematiek/ psychosociale pediatrie'

Diagnose	Domein voor 1 januari 2015	Domein per 1 januari 2015
ADHD (Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder)	Zvw (huisarts/POH-GGZ en/of MSZ, G-GGZ)	Jw (G-GGZ) Zvw (huisarts/POH-GGZ)
Breath holding spells	Zvw (huisarts/POH-GGZ en/of MSZ)	Zvw (huisarts/POH-GGZ en/of MSZ)
Eetstoornissen	Zvw (G-GGZ voor psychische stoornis) MSZ (voor somatische gevolgen psychische stoornis)	Jw (psychische stoornis) én Zvw (MSZ voor somatische gevolgen psychische stoornis)
Encopresis	Zvw (huisarts/POH-GGZ en/of MSZ)	Zvw (huisarts/POH-GGZ en/of MSZ)
Excessief huilen (huilbaby)	Zvw (huisarts/POH-GGZ en/of MSZ)	Zvw (huisarts/POH-GGZ en/of MSZ) Jw (opvoedingsondersteuning)
Bedreigde ontwikkeling kind	Zvw (huisarts/POH-GGZ en/of MSZ)	Zvw (huisarts/POH-GGZ en/of MSZ)
Leerstoornissen	Onderwijs	Onderwijs
Psychiatrische stoornissen (autisme en depressie)	Zvw (huisarts/POH-GGZ en/of MSZ)	Jw (G-GGZ)
Slaapstoornissen	Zvw (huisarts/POH-GGZ en/of MSZ)	Zvw (huisarts/POH-GGZ en/of MSZ)
Functionele klachten	Zvw (huisarts/POH-GGZ en/of MSZ)	Zvw (huisarts/POH-GGZ en/of MSZ)
Overige psychosociale problemen	Zvw (huisarts/POH-GGZ en/of MSZ) Wet op de Jeugdzorg	Zvw (huisarts/POH-GGZ en/of) Jw (ondersteuning bij psychosociale problematiek)

5.3 Overwegingen bij het standpunt

We zijn tot dit standpunt gekomen op grond van de onderstaande overwegingen:

- Zowel in de Jw als in het Bzv is vastgelegd dat G-GGZ voor jeugdigen tot 18 jaar met ingang van 1 januari 2015 is overgeheveld van de Zvw naar de Jw.

- Alleen de psychische *stoornissen* volgens de DSM-IV worden behandeld binnen de G-GGZ en worden voor jeugdigen overgeheveld van de Zvw naar de Jw. Overigens vallen niet alle stoornissen uit de DSM-classificatie onder de G-GGZ. Een aantal stoornissen wordt behandeld door de huisarts/POH-GGZ of behoort tot een ander domein dan de GGZ.
  De behandeling van psychische *problemen* valt niet onder de G-GGZ. Deze zorg wordt behandeld via de gemeente (Jw), door de huisarts/POH-GGZ of maakt integraal onderdeel uit van de medisch specialistische zorg.

- Uit de wetsgeschiedenis van artikel 1.2, lid 2 van de Jw blijkt dat als een stoornis bij een jeugdige somatische én psychische gevolgen heeft, de zorg in het kader van de somatische gevolgen onder de Zvw valt. De realisatie van deze zorg is een verantwoordelijkheid voor de zorgverzekeraar. De zorg in het kader van de psychische gevolgen valt onder de Jw. De realisatie van deze zorg is de verantwoordelijkheid van de gemeente.

6 Consequenties standpunt

6.1 Inleiding

In dit hoofdstuk benoemen we de belangrijkste gevolgen van ons standpunt voor de zorgvrager, de zorgaanbieder, de zorgverzekeraar en gemeente en de NZa.

6.2 Zorgvrager

Ons standpunt hoeft niet te leiden tot wijzigingen in de toegang tot de zorg voor zorgvragers die nu of in de toekomst behandeld worden voor een diagnose 'Gedragsproblematiek/psychosociale pediatrie'. Deze zorg valt ofwel onder de Zvw, ofwel onder de Jw. De kinderarts die zorg levert die vanaf 1 januari 2015 niet langer onder de Zvw valt maar onder de Jw, kan dat in principe blijven doen mits de gemeente deze zorg contracteert. De diagnosen: ADHD, eetstoornissen (behandeling psychische stoornis) en psychiatrische stoornissen vallen met ingang van 1 januari 2015 onder de Jw. De gemeenten zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van de Jw. Dit kan ertoe leiden dat de ene gemeente de zorg bij psychische stoornissen inkoopt bij de kinderarts die de zorg ook vòòr 2015 leverde en de andere gemeente de benodigde zorg bij een andere zorgaanbieder inkoopt. Met name zorgaanbieders die zorg leveren aan cliënten van verschillende gemeenten én die vanaf 2015 onder de Jw vallen geven aan dat een aantal gemeenten deze zorg niet bij hen hebben ingekocht. Dit leidt ertoe dat deze zorgaanbieders de zorg aan de zorgvragers uit de betreffende gemeente niet kunnen continueren.

Vòòr 2015 viel de zorg voor jeugdigen voor wat betreft de G-GGZ onder de Zvw. Het eigen risico voor de zorg die valt onder de Zvw is niet van toepassing op jeugdigen onder de 18 jaar. Nu de zorg voor jeugdigen met ingang van 1 januari 2015 onder de Jw valt bepalen gemeenten zelf of zij een ouderbijdrage vragen voor de geleverde zorg en wat de hoogte van deze ouderbijdrage is. Dat betekent dat vanaf 2015 een ouderbijdrage verschuldigd kan zijn voor de geleverde zorg.

6.3 Zorgaanbieder

We doen met ons standpunt geen uitspraak over de zorgaanbieder die de zorg aan de jeugdigen moet (gaan) leveren. Dat is ook niet vastgelegd in de relevante regelgeving. De gemeenten en zorgverzekeraars bepalen zelf bij welke zorgaanbieders zij zorg inkopen.
In dit kader signaleren de jeugdpsychiaters, de jeugdpsychologen en de kinderartsen, die wij tijdens de technische consultatie hebben gesproken, dat als gevolg van de overheveling van de G-GGZ naar de Jw een aantal gemeenten deze zorg voor jeugdigen niet meer inkopen bij de Psychiatrische Afdelingen van Algemene Ziekenhuizen (PAAZ) en de Psychiatrische Universiteitsklinieken (PUK). In bepaalde gevallen vereist de lichamelijke toestand van de jeugdige de nabijheid van somatisch medisch specialisten. De behandeling vanwege de psychische stoornis wordt dan verleend door de jeugdpsychiater of jeugdpsycholoog die in het betreffende ziekenhuis werkzaam is. Zij kunnen de geleverde behandeling echter niet declareren bij de gemeenten als de gemeenten deze psychische zorg niet hebben ingekocht bij het ziekenhuis. Dit leidt ertoe dat jeugdigen niet meer op deze afdeling terecht kunnen. De zorgaanbieder heeft echter wel een behandelplicht in acute situaties. Dit kan ertoe leiden dat de zorgaanbieder onrechtmatig declareert

om de zorg alsnog vergoed te krijgen.

Als zorgaanbieders overeenkomsten met verschillende gemeenten sluiten kan dat betekenen dat de zorgaanbieders met verschillende uitvoeringssystemen worden geconfronteerd. Binnen de Zorgverzekeringswet is de uitvoering meer uniform geregeld.

Bij een somatische aandoening kan er in meer of minder mate sprake zijn van psychische problemen als gevolg van de somatische aandoening. Vanwege deze psychische problematiek wordt er in veel gevallen een jeugdpsycholoog bij de behandeling van de medisch specialist betrokken. De zorg die deze psycholoog levert wordt bekostigd onder de DBC-systematiek van de ziekenhuiszorg. Zorgaanbieders gaven bij de technische consultatie aan dat de financiële ruimte binnen de DBC's soms te beperkt is voor de benodigde psychische zorg. Dat kan ertoe leiden dat kinderartsen nog een ander DBC-zorgproduct gebruiken om alsnog de behandeling van de psycholoog vergoed te krijgen. Dit is niet beoogd en in strijd met de NZa regelgeving.
De NZa merkt hierbij op dat zij op basis van een kostprijsonderzoek per 1 juni 2014 tot een stijging van de tarieven voor de kindergeneeskunde met ongeveer 35% zijn gekomen. De NZa geeft aan dat met deze stijging de beperkte financiële ruimte binnen de DBC-tarieven weggenomen is.

De gemeenten zijn met de invoering van de Jw in 2015 verantwoordelijk voor de uitvoering van de zorg aan jeugdigen. Zij zijn vrij om zelf het uitvoeringsbeleid vast te stellen. Gemeenten zorgen dat er een kwalitatief en kwantitatief toereikend aanbod is om aan hun verantwoordelijkheden te kunnen voldoen (artikel 2.6, lid 1a Jw). Op verzoek van de VNG zullen gemeenten voorlopig de DBC-systematiek blijven gebruiken. Dit leidt tot meer uniformiteit in de uitvoering van de Jw.

Voor wat betreft de diagnosen 'Gedragsproblematiek/psychosociale pediatrie' duiden we in dit standpunt de behandeling van de drie diagnosen: ADHD, eetstoornissen (psychische component) en psychiatrische stoornissen als zorg die onder de Jw valt. Er is bij de overheveling van de G-GGZ voor jeugdigen echter geen rekening mee gehouden dat de zorg bij ADHD ook binnen het medisch specialistisch kader (Zvw) geleverd en gedeclareerd wordt. Dat heeft tot gevolg dat de budgetten voor de zorg bij ADHD niet van de zorgverzekeraars naar de gemeenten zijn overgeheveld. Dit budget zal alsnog worden overgeheveld. Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) hebben voor 2015 dan ook afgesproken dat de inkoop, declaratie en facturatie van deze zorg door de zorgverzekeraars conform 2014 wordt gecontinueerd. In de tweede helft van 2016 maken de verzekeraars transparant wat door de individuele verzekeraars aan jeugd-GGZ is uitgegeven in 2015, worden de uitgaven die ten laste zijn gebracht van de Zvw alsnog aangemerkt als uitgaven voor de Jw. Dit laatste geldt ook voor de andere diagnosen 'Gedragsproblematiek/psychosociale pediatrie' die in 2015 nog ten laste van de Zvw worden gebracht, maar onder de Jw vallen.

6.4 Nederlandse Zorgautoriteit

In hoofdstuk 3 van het rapport adviseren we bij elke diagnose 'Gedragsproblematiek/ psychosociale pediatrie' om de diagnose al dan niet te handhaven binnen de declaratiestructuur van de kindergeneeskunde. Wij geven dit advies aan de NZa, omdat de NZa bepaalt welke DBC-zorgproducten door instellingen in rekening mogen worden gebracht die onder het domein van de Zvw vallen. We adviseren de NZa de diagnose te verwijderen als de diagnostiek en behandeling door de medisch specialist (kinderarts) in het kader van de betreffende

diagnose niet langer onder de Zvw valt. Dit betreft uiteraard alleen de diagnosen voor de jeugdigen onder de 18 jaar.

De NZa geeft aan dat het overhevelen van diagnosen van de Zvw naar de Jw verschillende uitvoeringsconsequenties heeft. Dit betreft onder andere het afsluiten van de betreffende DBC's door de somatisch medisch specialisten, het inkopen van deze zorg door gemeenten, het wijzigen van de financiële kaders voor de Jw en de Zvw door het ministerie van VWS en het aanpassen van de productstructuur door de NZa. De NZa vraagt zich af of de betrokken partijen in staat zijn om een en ander voor 2016 te regelen. De beleidscyclus voor prestaties, tarieven en regelgeving 2016 moet voor 1 juli 2015 immers zijn vastgesteld. Bovendien maken de zorgverzekeraars het inkoopbeleid voor 2016 in april 2015 al bekend.

Zorginstituut Nederland

Voorzitter Raad van Bestuur

Arnold Moerkamp