

ADVIES ZORGINSTITUUT MIST REALITEITSZIN

# Vergoedingsregels ggz ondoordacht

Zorginstituut Nederland heeft de spelregels voor vergoedingen in de geestelijke gezondheidszorg zodanig aangepast dat een grote groep patiënten met ernstige klachten buiten beeld blijft. Geen slimme manier van bezuinigen, vindt psychiater Kees Kooiman.

**Z**orginstituut Nederland (ZiN) is het orgaan dat vaststelt wat wel en wat niet in het basispakket van de Zorgverzekeringswet valt. ZiN geeft een advies aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en de minister volgt in de regel dat advies.

De verandering van DSM-IV naar DSM-5 was voor het Zorginstituut aanleiding om op basis van de nieuwe DSM-5-classificatie het te verzekeren pakket opnieuw te beoordelen.<sup>1-3</sup> Het instituut stelt dat een classificatiesysteem als de DSM een beperkt systeem is, maar dat er niets beter voor handen is en zelfs dat de DSM-5 de behandelpraktijk beter ondersteunt dan de DSM-IV. Expliciet stelt ZiN dat een goede diagnostiek en een juiste indicatiestelling voorwaarde blijven voor de juiste zorg, en dat dat meer is dan het classificeren van een stoornis.

Dit laatste is de praktiserend medicus natuurlijk uit het hart gegrepen. Voor elk medisch, psychiatrisch of somatisch probleem bestaat de diagnose uit het toestandsbeeld zelf, de ernst en complicaties ervan en de prognose (de stagering), alsmede uit de predisponerende, luxerende

en onderhoudende factoren (profilering). Zowel het toestandsbeeld zelf en zijn stagering als de profilering geven aangrijpingspunten voor de behandeling. Dit vindt niet alleen de beroepsgroep, maar vinden ook ander belanghebbenden.<sup>4,5</sup> In het advies aan de minister stelt het Zorginstituut dat het in zijn recente rapport 'Geneeskundige GGZ deel 2' al alle 'oude' classificaties uit de DSM-IV heeft beoordeeld en dat de inhoudelijke herordening van de DSM-IV in het nieuwe handboek, de DSM-5, geen invloed heeft op die duidingen (= besluiten) ook al heet de stoornis soms anders.<sup>6</sup> Wat het instituut toen heeft geduid als geen te verzekeren geneeskundige ggz blijft dus geen te verzekeren geneeskundige ggz. Mutatis mutandis zou dus ook moeten gelden: wat toen wel te verzekeren geneeskundige ggz was, zou dat nu ook moeten zijn. Dat blijkt echter niet het geval.

## Classificatie van stoornissen

Het meest in het oog lopend is de beslissing dat de classificatie 'andere gespecificeerde <toestandsbeeld>stoornis' (bijvoorbeeld 'andere gespecificeerde depressieve-stemmingsstoornis') in de

DSM-5, die de <toestandsbeeld>stoornis Niet Anders Omschreven (NAO) in de DSM-IV-TR vervangt, niet meer voor vergoeding in aanmerking komt, behalve als het om een psychotisch toestandsbeeld gaat.<sup>6</sup> Kortom: het gaat hier om een andere naam voor dezelfde stoornis en anders dan het Zorginstituut in de begeleidende brief stelt, wordt er toch een andere, negatieve, beslissing over genomen. Terwijl de stoornissen NAO met relatief hoge frequenties worden gesteld, en er – ook nu ze 'andere gespecificeerde <toestandsbeeld> stoornis' heten – sprake is van klinisch significante lijdensdruk gepaard gaande met beperkingen in het sociale of beroepsmatige functioneren of op andere belangrijke levensterreinen. Het is een classificatie die wordt gekozen als de klachten en symptomen van de patiënt niet voldoen aan de criteria van een van de wél gespecificeerde classificaties uit het betreffende hoofdstuk (bijvoorbeeld depressieve-stemmingsstoornissen of persoonlijkheidsstoornissen). ZiN stelt dat het erg heeft geworsteld met de beslissing om deze categorie niet te

Het gaat hier om een andere naam voor dezelfde stoornis



Eetbuistoornissen zijn alleen verzekerd als ze 'excessief zijn', 'gepaard gaan met ernstige lichamelijke afwijkingen' en 'meer zijn dan licht'.

vergoeden, maar tot dit besluit is gekomen omdat klinici de classificatie 'andere gespecificeerde <toestandsbeeld> stoornis' zouden gebruiken om patiënten in onder te brengen met klachten en symptomen die 'niet volledig voldoen aan de criteria van een stoornis'.

#### Geen oog voor preventie

Verder valt op dat het Zorginstituut blijkbaar niet etiologisch denkt en dus ook geen oog heeft voor (secundaire) preventie. Verzamelstoornissen, excoriatiestoornissen en eetbuistoornissen zijn bijvoorbeeld alleen verzekerd als deze respectievelijk 'excessief zijn', 'gepaard gaan met ernstige lichamelijke afwijkingen' en 'meer zijn dan licht'. Dat zo'n stoornis een uiting kan zijn van bijvoorbeeld een chronische stemmingsontregeling die niet voldoet aan de criteria van een specifieke stemmingsstoornis, maar wel ernstige

gevolgen heeft voor bijvoorbeeld de partnerrelatie en de zorg voor de kinderen, blijft dan buiten beeld, en is in ieder geval onverzekerde problematiek.

Over de aanpassingsstoornissen is veel gesproken en het commentaar uit het veld heeft het Zorginstituut hierover nog niet van standpunt doen veranderen; het blijft onverzekerde zorg. Ten onrechte, want in het DSM-5-hoofdstuk 'somaatich-symptoomstoornis en verwante stoornissen' is de classificatie 'psychische factoren die somatische aandoeningen beïnvloeden' opgenomen. Net als in de DSM-IV komt deze classificatie ook nu niet voor vergoeding in aanmerking. Nu staat in de DSM-5 inderdaad als eerste criterium dat 'er een somatisch symptoom of een somatische aandoening (dus geen psychische stoornis, KK) aanwezig is', maar dat is een ongelukkige formulering. Bedoeld wordt dat er niet sprake is van een andere clas-

sificatie zoals een stemmings- of angststoornis. En in de tekst bij de classificatie staat toegelicht dat met psychische of gedragsfactoren bedoeld wordt 'psychische lijdensdruk, patronen van interpersoonlijke interactie, copingstijlen en maladaptief gezondheidsgerelateerd gedrag, zoals het ontkennen van symptomen of het niet opvolgen van aanbevelingen van een arts'. Te denken valt hierbij aan een puber met diabetes mellitus type 1 die persisterend weigert zich langer aan zijn dieet- en insulinerégime te houden en zich zodoende ernstig somatisch beschadigt, of een man met een 'onverwacht' opgelopen hiv-infectie die zo boos is dat hij geïnfecteerd is geraakt dat hij voortaan altijd onbeschermd seks heeft. Volgens het ZiN-advies valt deze problematiek onder de zorg van huisarts en somatisch specialist. Dat lijkt mij lichtzinnig gedacht.

## KOFFIE

Ik heb het verkeerde vak gekozen. Sinds kort weet ik het zeker. Een kort berichtje op nu.nl was voldoende. 'Onbemande raket brengt espressomachine naar ruimtestation ISS.' Ik word astronaut. Wij schenken, zoals de meeste ziekenhuizen, het bekende Douwe Egberts-drapje. Als er toch een afdeling investeert in een 'echte' koffiemachine, eentje waar bonen in gaan en daadwerkelijk koffie uit komt, weet het halve ziekenhuis die locatie snel te vinden. Het duurt gelukkig iets langer voordat het afdelingshoofd merkt dat een jaar koffiebonenbudget er binnen een week doorheen gaat. En ja, dan volgt het onvermijdelijke: alle toegang tot de betreffende afdeling, (lees: de koffiemachine) wordt hermetisch afgesloten. Maar nu ontwerpt NASA een speciale Ruimtevaart-espressomachine. De ISSpresso. Deze ultieme koffieervaring, compleet met crèmelaagje, wordt, bij gebrek aan zwaartekracht, standaard in een plastic zakje met rietje geserveerd. Beste mensen van de NASA. Het zou toch zonde zijn om dat prachtige apparaat alleen maar op ruimtestations in te zetten? Ik vind het geen enkel probleem om door een rietje te drinken. Ik denk zelfs dat wij een heleboel patiënten hebben die dat rietje erg op prijs zouden stellen. En zouden onze chirurgen niet nog beter presteren als ze tijdens die lange ok een slokje ISSpresso toegediend kregen? Wij zijn vrij gemakkelijk bereikbaar. Het apparaat kan gewoon verstuurd worden met postNL, er hoeft geen raket aan te pas te komen. Het zou fijn zijn als de NASA-variant van George Clooney gelijk wordt meegestuurd. Naast een gebrek aan goede koffie hebben we namelijk ook een chronisch tekort aan mooie mannen.

**Eva Vogel**  
aios interne geneeskunde

## Lijdensdruk

Je kunt je afvragen of het denken van ZiN ook gevolgen heeft voor de somatische geneeskunde. Een 'benigne' hypertensie is in de lijn van het advies ook geen stoornis, want er is geen klacht en zolang een (para)medicus het niet vaststelt, is er ook geen lijdensdruk. Er zijn alleen epidemiologische gegevens dat mensen met een verhoogde tensie een verhoogd risico hebben op morbiditeit en eerder overlijden. Hetzelfde geldt voor iemand met een moedervlekje op zijn rug, dat er volgens de dermatoloog dysplastisch uitziet, maar waar een leek niets aan opmerkt. Gaan we patiënten met dit soort problemen ook maar gewoon niet meer behandelen totdat de klachten erger worden? Het lijkt er op dat het Zorginstituut,

anders dan het zelf stelt, juist géén rekening houdt met de diagnose, dat wil zeggen met de staging en profilering van de aandoening zoals dat ook in de somatiek gebruikelijk is. Bezuinigen moet, maar kan het consistenten en kan het slimmer? ■

**contact**  
kooiman@cgkooiman.nl  
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld

**web**  
De voetnoten en eerdere MC-artikelen over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op [medischcontact.nl/artikelen](http://medischcontact.nl/artikelen).

## REACTIE ZORGINSTITUUT NEDERLAND

Kees Kooiman betoogt dat een grote groep patiënten met ernstige klachten recht op zorg onthouden dreigt te worden als gevolg van de uitleg van het verzekerde pakket door het Zorginstituut. Het Zorginstituut heeft inderdaad tot taak uit te leggen welke zorg verzekerd is, en of daarbij sprake is van huisartsenzorg/POH-ggz of geneeskundige ggz (zoals bekostigd via de generalistische basis-ggz en via dbc's voor de specialistische ggz).

Alleen als stoornissen voldoen aan de criteria van een DSM-classificatie kan er aanspraak zijn op behandeling via de geneeskundige ggz. Deze wijze van afbakening kent ook volgens het Zorginstituut feitelijke beperkingen en doet geen recht aan criteria als significante lijdensdruk, niveau van functioneren en staging en profilering van het ziekteproces. Een andere manier van afbakenen dan de DSM-classificatie vergt echter overeenstemming over de ernst van deze factoren, over wie in de eerste lijn behandeld kan worden en wanneer er moet worden doorverwezen. Als de aanspraken niet helder genoeg omschreven zijn, kunnen aanbieders in het systeem van de Zorgverzekeringswet namelijk ook patiënten met lichtere problematiek werven en behandelen in de geneeskundige ggz.

Bij de uitleg van het verzekerde pakket gaat het overigens niet om 'bezuinigingen', maar om ervoor te zorgen dat dure zorg naar de juiste groep patiënten gaat. Wij hebben alle betrokken partijen daarom meermaals verzocht om met beter omschreven criteria te komen en onlangs expliciet uitgenodigd voor bestuurlijk overleg hierover. Gelukkig hebben ggz-partijen recentelijk aangegeven met ons in gesprek te willen gaan.

**Paula Polman**, manager Zorg  
**Michiel Geldof**, woordvoerder Zorginstituut Nederland