

CVZ had heftige reacties niet verwacht

‘Rapport over ggz had duidelijker moeten zijn’

Joost Visser

beeld: De Beeldredactie,
Peter Strelitski

Het College voor zorgverzekeringen heeft nooit de bedoeling gehad om de geneeskundige ggz tot op het bot terug te snijden, zegt bestuursvoorzitter Arnold Moerkamp: ‘De wijze van bekostiging mag geen belemmering vormen voor het bieden van kwaliteit.’



Amper had het College voor zorgverzekeringen (CVZ) zijn rapport gepubliceerd over de toekomst van de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg, of de kritiek barstte los. Psychiaters, psychologen en psychotherapeuten hekelden de gekozen systematiek om het kaf van het koren te scheiden. De media liepen te hoop tegen de klaarblijkelijke onttakeling van het verzekerde pakket. Het rapport werd opgesteld om de dialoog met het veld aan te gaan, zegt bestuursvoorzitter Arnold Moerkamp, maar deze storm had hij niet voorzien: 'De heftigheid van de reacties heeft mij verbaasd.' Een uur hebben hij en projectleider Paula Polman ervoor uitgetrokken om Medisch Contact uit te leggen waarom de essentie van het rapport verkeerd is begrepen.

Dat rapport, geschreven in opdracht van minister Schippers, is een vervolg op een eerder rapport over 'noodzakelijk te verzekeren zorg' in de ggz en bedoeld om dat begrip nader te specificeren. Cruciaal is het onderscheid tussen klachten

en stoornissen. Klachten komen voortaan niet meer voor vergoeding in aanmerking, zo leek de boodschap te luiden, stoornissen wel. Professionals vonden dat een al te rigide onderscheid,

zeker als het uitsluitend zou zijn gebaseerd op de labels uit het classificatiesysteem DSM-IV – wat het CVZ kennelijk van plan was. Moerkamp wijst op een eerder besluit van de minister: 'Op ons advies heeft zij het onderscheid tussen klacht en stoornis vorig jaar al gemaakt, wij hebben het nu nader uitgewerkt. We zeggen niet dat je het onderscheid niet kunt maken, maar het gaat inderdaad om een glijdende schaal. Er moet dus een vorm van triage zijn. De huisarts moet kunnen zeggen dat een verwijzing geïndiceerd is omdat de klacht grenst aan een stoornis.

Op die verwijzing naar de ggz volgt diagnostiek. Die wordt vergoed. Is er inderdaad sprake van een stoornis en is behandeling aangewezen, dan wordt ook die vergoed. Zo niet, dan kan de patiënt gewoon worden terugverwezen. De klinische diagnose blijft dus intact. Wij zeggen niet op voorhand dat wij hier achter het bureau precies weten waar de klacht ophoudt en de stoornis begint. Dat blijft een zaak van de professionals.'

Toch staan in een bijlage van het rapport alle labels uit de DSM-IV met een simpel 'ja' of 'nee' op de vraag of ze al dan niet tot de verzekerde

geneeskundige ggz horen. Dat suggereert toch dat het onderscheid al is gemaakt?

Polman: 'Dat is geen advies, het is grotendeels een uitleg van hoe het nu is geregeld. Want in de DSM-IV staan behalve stoornissen ook klachten, bijkomende problemen en zaken die wij in Nederland uit een ander potje betalen dan uit de geneeskundige ggz, zoals een verstandelijke handicap. Dat hebben we vrij straight neergezet.' Moerkamp: 'Achteraf betreur ik dat wel, want het heeft voor veel verwarring gezorgd. Wat ontzettend door elkaar loopt is de inhoud van de zorg en de manier waarop deze wordt bekostigd. We hadden dat beter over het voetlicht moeten brengen.'

De aanleiding tot het rapport is dat de kosten van de ggz opliepen. Dat maakt het begrijpelijk dat zo'n lijst wordt gezien als een instrument om te bezuinigen.

Moerkamp: 'Wij willen helder maken wat uit welk potje wordt vergoed. Ook om de ggz geen onrecht te doen. Het kan immers zijn dat de kosten daarvan oplopen omdat bepaalde behandelingen ten onrechte ten laste worden gebracht van het potje voor de ggz. Anderzijds, door een streep te trekken tussen klachten en stoornissen zal het minder makkelijk worden om allerlei zaken te blijven vergoeden waarvan we vinden dat ze niet ten laste moeten komen van het collectief. Het rapport gaat niet alleen over bezuinigen. Het gaat ook over duidelijkheid.' Hij lacht even: 'Althans, dat was onze bedoeling.'

U vindt de behandeling van klachten een taak van de huisarts. Is dat haalbaar, in termen van tijd en capaciteit?

Moerkamp: 'Volgens de NHG-standaarden rekenen huisartsen ook deze zorg tot hun taak. Met de verschuiving die wij voorstellen, komt er natuurlijk méér op hen af, zoals dat geldt voor alle vormen van substitutie. Je zult daarvoor voorzieningen moeten treffen en daarin speelt de POH-ggz een belangrijke rol.' Polman vult aan: 'Daarom is het ook zo jammer dat deze nog niet structureel gefinancierd wordt. Want zonder zekerheid durven huisartsen het risico niet aan om een POH in dienst te nemen. Het is heel belangrijk dat dat in orde komt.' Moerkamp: 'Als wij vinden dat deze zorg bij de huisarts thuishoort, dan zul je deze daarvoor ook moeten equiperen. De POH is een voorbeeld, maar je kunt je ook voorstellen dat een huisarts er behoefte aan heeft om een psychiater te consulteren. Daar is nu nog geen betaalvoorziening voor. Terwijl het heel functioneel kan zijn als hij even kan bellen met de vraag of hij een patiënt

**'Een huisarts moet
even met een psychiater
kunnen bellen'**

al dan niet zal verwijzen. Beter dan dat hij met die twijfel blijft zitten en dus maar verwijst. Ik denk, Paula, dat we dit soort voorwaarden in latere versies scherper moeten duiden.'

Het rapport laat de vraag open of de behandeling van klachten door de huisarts straks nog wel uit de Zorgverzekeringswet vergoed zal worden. Waarom?

Polman: 'De minister heeft ons nadrukkelijk gevraagd om met voorstellen te komen om het pakket te beperken. Dat is lastig! Ga je de behandeling van zieke mensen uitsluiten? Of juist geïndiceerde preventie bij mensen die nog geen stoornis hebben? We hebben de veldpartijen gevraagd om met voorstellen voor pakketbeperking te komen. Maar zij vinden dat een overheidstaak en laten het aan ons.'

Volgens u valt de zorg bij ziektebeelden met een primaire somatische achtergrond, zoals dementie en delier, niet onder de geneeskundige ggz. Psychiaters vinden dat een achterhaald onderscheid.

Moerkamp: 'Ook wij twijfelen er niet aan dat soma en psyche één zijn. In een volgende versie moeten wij er heel duidelijk over zijn hoe wij er' – hij zegt het met nadruk – 'vanuit behandeloptiek en vanuit inhoud tegenaan kijken. Maar deze zorg wordt nu vanuit verschillende potjes betaald, dat is een feit en dat hebben we zo opgeschreven.' Voor Polman gaat het nog wat verder: 'De ggz heeft zelf gepleit voor een apart bekostigingssysteem

voor de geneeskundige ggz, met andere dbc's dan in de ziekenhuiszorg. Dat laatste noemen we in de wandelgangen 'somatisch'. Dat is dom van ons, want het woord verwijst alleen naar het onderscheid tussen die twee soorten dbc's, niet naar een inhoudelijk onderscheid tussen soma en psyche. En het gaat ons juist om integratie. Voor delier bestaan in de algemene ziekenhuizen dbc's voor de zorg van verschillende medisch specialisten, inclusief de consultatief psychiaters. Maar nu blijkt dat algemene ziekenhuizen af en toe patiënten weigeren. Die sturen ze dan naar de ggz, waar de somatische behandeling niet goed plaatsvindt. Dat is een probleem.' Zorg bij dementie wordt nu nog uit drie potjes betaald: de Zorgverzekeringswet somatiek, de Zorgverzekeringswet ggz en de AWBZ. Dat moet anders, zegt Moerkamp: 'Juist omdat deze zorg een grote opgave gaat worden, willen we ook daar toe naar één bekostigingssystematiek. De wijze van bekostiging mag

geen belemmering vormen voor het bieden van kwaliteit, vanuit het cliëntenperspectief. Dat is de boodschap.'

Toch is de indruk ontstaan dat u de zorg bij dementie niet meer wilt vergoeden. Hoe kan dat?

Moerkamp: 'Ik wil mijn hand in eigen boezem steken. We zijn er kennelijk niet in geslaagd om het rapport op dit punt zó te schrijven dat duidelijk is wat onze bedoelingen zijn. Natuurlijk wordt zo'n rapport met bepaalde ogen gelezen, maar daar hadden we rekening mee moeten houden.'

Volgens het rapport worden autisme, gilles de la tourette en chronisch motorische stoornissen na een jaar niet meer vergoed. Waarom juist deze drie?

Polman: 'Deze stoornissen zijn, eenmaal behandeld, heel stabiel. Natuurlijk moeten autistische kinderen worden geholpen, maar eenmaal volwassen is continue zorg niet meer nodig. Wel is soms begeleiding nodig en zorg bij de algemene dagelijkse levensverrichtingen, maar die vergoeden we vanuit de AWBZ en niet uit de Zorgverzekeringswet. We willen ervoor zorgen dat mensen niet eindeloos de dure behandeling krijgen als je kunt volstaan met lichtere vormen van zorg. Meestal is dat binnen of na een jaar.

Zijn professionele richtlijnen niet een beter middel om dit te bereiken?

Moerkamp: 'De richtlijnontwikkeling is bij lange na nog niet voltooid. Duidelijke indicatiecriteria ontbreken vaak nog, net als criteria die aangeven tot hoelang je moet doorbehandelen, wetend dat het nut van een behandeling afneemt naarmate deze langer duurt. Wij willen terug naar de basis, de primaire relatie tussen professional en cliënt. In de spreekkamer, daar wordt uiteindelijk bepaald wat kwaliteit is, wat zinnig is en wat zuinig. Daarvoor heb je heel goede richtlijnen nodig, compliantie daarvan en ook transparantie over de uitkomsten van de zorg. Zover zijn we nog niet, en dat dwingt ons nu, ook door de politieke en economische context, om een heel andere boodschap te brengen.

Was het niet beter geweest om de resultaten af te wachten van het Bestuurlijk Akkoord over de ggz? Dat is ook bedoeld om de kostengroei onder controle te krijgen.

Moerkamp: 'Als CVZ zijn we niet bij dat akkoord betrokken, de minister wel. Als zij voorrang wil geven aan de uitwerking daarvan, dan kan dat. Maar nu heeft zij ons om dit advies gevraagd.'



'Eenmaal volwassen is continue zorg niet meer nodig'



Het CVZ-rapport en enkele reacties staan onder dit artikel op www.medischcontact.nl. Lees ook de column van Emile Keuter op blz. 451, over het CVZ-advies en het veel gemaakte onderscheid tussen lichaam en psyche.