

Vergaderjaar 2011–2012

25 424

Geestelijke gezondheidszorg

Nr. 187

LIJST VAN VRAGEN EN ANTWOORDEN

Vastgesteld 12 juli 2012

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft een aantal vragen voorgelegd aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 25 januari 2012 inzake het afschrift van het antwoord op de brief aan de minister-president over de kosten voor mensen met psychische problemen (2012Z01153/2012D02656). De minister heeft deze vragen beantwoord bij brief van 11 juli 2012. Vragen en antwoorden zijn hierna afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,
Smeets

De adjunct-griffier van de commissie,
Clemens

1

In de brief van de minister wordt niet ingegaan op de monitoring van deze maatregelen. Deze monitoring is belangrijk om te meten in hoeverre deze ingezette bezuinigingsmaatregelen ook het gewenste effect hebben op de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Kan de minister nader ingaan op hoe zij deze monitoring heeft opgezet? En specifiek of de beoogde doelstelling, inzetten van middelen voor diegenen met psychische stoornissen die dit het hardst nodig hebben, daarmee wordt bereikt? Worden ook eventuele bijeffecten op andere beleidsterreinen daarin meegenomen?

Een specifieke evaluatie van de verschillende maatregelen is niet voorzien. Wel heb ik uw Kamer toegezegd de effecten van de invoering van de eigen bijdrage in de GGZ voor kwetsbare groepen te monitoren. Daarover heeft u recent van mij een brief ontvangen met daarin meer informatie over de opzet van deze monitor (TK 2011/2012, 25 424, nr. 181). Onderdeel van de monitor is een objectieve definitiebepaling van kwetsbare groepen. Aan de hand van deze definitie worden groepen patiënten in drie instellingen voor GGZ gevolgd voor wat betreft huidig zorggebruik, zorggebruik in het verleden, zorguitval en mogelijke zorgverplaatsing. In september zal ik uw kamer de eerste (tussen)resultaten van deze monitor toe sturen.

2

Mensen met psychische problemen hebben vaak te maken met meerdere eigen bijdragen (bijvoorbeeld voor verblijf in een instelling en voor medicijnen). Welk maximum aan eigen bijdragen hanteert de minister?

Het type zorg dat een verzekerde ontvangt en de duur daarvan bepaalt uiteindelijk de totale hoogte van de eigen bijdrage(n) en het eigen risico.

- Eerstelijns psychologische zorg: maximaal 5 zittingen worden vergoed waarvoor een eigen bijdrage wordt gevraagd van € 20 per zitting. Het totaal bedraagt maximaal € 100.
- Internetbehandeltraject: maximaal de marktwaarde van vijf zittingen eerstelijns psychologische zorg mag worden vergoed. Ongeacht de (financiële) omvang van het internetbehandeltraject bedraagt de eigen bijdrage altijd € 50. Binnen een bepaald jaar mag géén optelling plaatsvinden van vijf zittingen eerstelijns psychologische zorg plus een internetbehandeltraject. Wel mag een combinatie plaatsvinden (internet + face-to-face) die optelt tot maximaal de marktwaarde van vijf zittingen eerstelijns psychologische zorg. Voor de eigen bijdrage geldt dan € 50 (internet) plus € 20 per face-to-face zitting.
- Tweedelijns GGZ-behandeling: Voor een DBC korter dan 100 minuten geldt een eigen bijdrage van € 100. Voor een DBC vanaf 100 minuten geldt een eigen bijdrage van € 200. Per kalenderjaar geldt een maximale eigen bijdrage behandeling van € 200.
- Eigen bijdrage verblijf: € 145 per maand vanaf de 32e verblijfdag. De eigen bijdrage wordt naar rato verlaagd indien een verzekerde een gedeelte van de maand is opgenomen. Het bedrag is dan gelijk aan 145 maal 12 maal het aantal dagen waarover die bijdrage binnen die maand verschuldigd is en gedeeld door 365. In het maximale geval dat opname 365 dagen duurt komt dit neer op $145 * 12 * (365 - 31) / 365 = € 1592$.
- Medicijnen en verscheidene zorg vergoed vanuit de Zorgverzekeringswet: er gelden diverse eigen bijdragen. Daarnaast geldt het standaard eigen risico van € 220 of hoger indien een verzekerde daar voor kiest.

Als een verzekerde gebruikt maakt van meerdere vormen van zorg dan worden geldende eigen bijdragen bij elkaar opgeteld.

3

Als verschillende eigen bijdragen bij elkaar worden opgeteld, maakt de minister dan nog onderscheid tussen bijvoorbeeld medicijnen, de reguliere zorg of de GGZ? En op basis waarvan?

Nee, ik maak daarin geen onderscheid. Zie verder mijn antwoord op vraag 2.

4

Wat is de stand van zaken van het onderzoek naar de gevolgen van de eigen bijdrage voor kwetsbare groepen in de samenleving, zoals toegezegd aan de Kamer?

De monitor loopt. Met experts uit het veld wordt een definitie opgesteld van kwetsbare groepen op basis waarvan patiënten in de monitor worden ingedeeld en gevolgd. In september verwacht ik de eerste (tussen)resultaten, inclusief de opgestelde definitie van kwetsbare groepen, naar uw Kamer te kunnen sturen.

5

Is het kabinet voornemens om tijdens deze kabinetsperiode de hoogte van de eigen bijdrage bij te stellen, naar boven dan wel naar beneden? En waarvan is dat afhankelijk?

In het begrotingsakkoord is een intensivering van 55 miljoen euro voor de GGZ afgesproken om de eigen bijdrage voor behandeling in de tweede lijn voor sociale minima te compenseren. Ik heb dit uitgewerkt door mensen met een inkomen tot niet meer dan 110% van het sociaal minimum per 2013 te compenseren voor de betaalde eigen bijdrage.

6

Zou de minister dit antwoord (deze brief) ook gestuurd hebben naar een moeder wier zoon dakloos was?

Ja, want ik sta nog steeds achter de inhoud van de brief. Ik erken dat het forse maatregelen zijn, maar ze zijn wel noodzakelijk.

7

Welke groep patiënten met psychische problematiek wordt door de minister als de groep gezien die de hulp en ondersteuning het hardst nodig heeft? Waarop baseert de minister deze indeling? Wanneer valt men als patiënt onder de zwaardere psychische problematiek?

Ik doel hierbij op de groep patiënten met zware psychische problematiek die thuishoren in de specialistische GGZ. Nu geldt dat een substantieel deel van de mensen met lichte of milde psychische problematiek gebruik maakt van de tweedelijns GGZ. Dat is niet de bedoeling. De eerste lijn kan deze lichte problematiek beter, en ook goedkoper, behandelen. Dat past ook in mijn beleid waarin de eerste lijn een poortwachter rol vervult. Zoals in het bestuurlijk akkoord dat ik onlangs met de GGZ-sector gesloten heb staat, kenmerkt de gespecialiseerde GGZ zich door een hoge mate van complexiteit van behandeling van een DSM-stoornis waarbij een zwaar beroep op specialistische kennis nodig is. Behandeling vanuit de specialistische GGZ wordt gegeven aan een doelgroep waarbij de kwaliteit van leven (ernstig) onder druk kan staan.

In de generalistische basis GGZ wordt alleen een behandeling gestart als er sprake is van een DSM benoemde stoornis in combinatie met een gemiddeld tot lage beperking van het functioneren. Het gaat hierbij veelal om lichte tot matige, niet complexe problematiek, waarbij sprake is van een goed sociaal netwerk en met een grote kans op herstel. Het kan ook

gaan om ernstige patiënten met stabiele problematiek die geen gespecialiseerde behandeling, maar wel een langdurige monitoring behoeven.

8

Wat bedoelt de minister met de term «moeilijke tijden»?

Met «moeilijke tijden» refereer ik naar de situatie zoals beschreven in de ingezonden brief, waarop ik heb geantwoord. In deze brief biedt de schrijver inzicht in de situatie waarin haar zoon zich verkeert.

9

Waarom is «goede zorgverlening bijna van levensbelang» en niet helemaal van levensbelang?

Goede zorgverlening is bijna van levensbelang omdat eenieder ook zelf verantwoordelijk is voor het op peil houden van de eigen gezondheid.

10

De minister stelt dat zij geestelijke gezondheidszorg en een mentale vitale samenleving belangrijk vindt en dat zij zich ervoor wil inzetten dit te verbeteren. Hoe verhouden de bezuinigingen op de GGZ en de ingevoerde eigen bijdrage zich daarmee?

De bezuinigingen op de GGZ, waaronder de eigen bijdrage, zijn noodzakelijk omdat de vraag naar GGZ de afgelopen jaren fors is gegroeid. De kosten zijn de afgelopen tien jaar meer dan verdubbeld en ieder jaar groeit het aantal patiënten met tien procent, terwijl het aantal mensen met een psychische ziekte gelijk is gebleven. Dit leidt op termijn tot een onhoudbare situatie.

Ik ben dan ook verheugd dat ik op 18 juni 2012 een bestuurlijk akkoord met de sector heb gesloten (TK 2011/2012, 25 424, nr. 183). Dit akkoord bevat een beleidsagenda voor de GGZ. Een beleidsagenda die, net zoals in de ziekenhuiszorg, een maximale uitgavengroei van 2,5% als uitgangspunt heeft, en daarmee een trendbreuk bewerkstelligt ten opzichte van de voorgaande jaren.

Een beleidsagenda ook waar een gezamenlijk gedragen visie onder ligt:

- de trend dat patiënten te snel naar complexe zorg worden geleid, wordt gekeerd;
- meer in de eerste lijn, minder in de tweede lijn;
- minder bedden in de GGZ, meer ambulante behandeling;
- zoveel mogelijk in de eigen omgeving en met de juiste ondersteuning;
- en investeringen in preventie en zelfmanagement.

Om dat allemaal voor elkaar te krijgen moet er ontzettend veel gebeuren. Investeren in systemen zoals prestatiebekostiging en kwaliteitsmeting, maar vooral ook investeringen in samenwerking tussen partijen en gedragsverandering, om over de hele GGZ een soepel functionerende zorgketen te bewerkstelligen. Dit akkoord legt daarvoor de basis.

11

Wat wordt bedoeld met «in de toekomst op de juiste manier in de GGZ investeren»; op welke termijn is dat?

Hierbij verwijs ik naar het bestuurlijk akkoord dat ik onlangs met een aantal partijen heb gesloten en waarin we een gezamenlijke agenda voor de toekomst hebben geformuleerd.

12

Als de minister schrijft dat zij de financiële middelen wil gebruiken voor de mensen die het het hardst nodig hebben, waar moeten mensen met (iets) minder zware psychische problemen dan heen?

Mensen met een DSM-stoornis, waarbij sprake is van lichte tot matige, niet complexe problematiek, kunnen terecht in de generalistische basis GGZ. Zie ook mijn antwoord op vraag 7.

13

Welke behandelingen in de tweedelijnszorg kunnen overgeheveld worden naar de eerstelijnszorg? Hoe groot is dit aantal behandelingen? Is het zorgaanbod binnen de eerstelijnszorg voldoende? Welke kostenverschuiving respectievelijk kostenbesparing kan hierdoor optreden?

In het bestuurlijk akkoord GGZ is aangegeven dat door het ontwikkelen en versterken van de generalistische basis GGZ, een aanzienlijk deel (minimaal 20%) van de patiënten die nu in de tweedelijns wordt geholpen, naar de generalistische basis GGZ kan verschuiven.

14

Waarop baseert de minister haar bevindingen dat het aantal patiënten binnen de GGZ met 10 % is gestegen, terwijl het aantal mensen met een psychische ziekte gelijk is gebleven?

Uit het Interdepartementaal Beleidsonderzoek¹ en uit het sectorrapport van GGZ Nederland² blijkt dat het aantal patiënten in de GGZ gemiddeld met 10% is gestegen. In het NEMESIS-2 onderzoek naar de psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking³ is terug te vinden dat het aantal mensen met een psychische ziekte door de jaren heen gelijk is gebleven.

15

Waaruit is de kostenoverschrijding binnen de GGZ opgebouwd? Hoeveel van deze kosten zitten er in overhead en management? En waarom is ervoor gekozen om de kosten alleen door te berekenen aan de patiënten?

Er is een structurele overschrijding over het jaar 2010 geconstateerd van € 255 miljoen (eerste- en tweedelijns samen) binnen de curatieve GGZ. Hierbij is uitgegaan van gegevens van het College voor zorgverzekeringen, de Nederlandse Zorgautoriteit en Vektis. De overschrijding doet zich over de hele linie voor, zowel bij instellingen (gebudgetteerd en niet-gebudgetteerd) als bij vrijgevestigde zorgaanbieders. Een specifieke verdeling van de kosten naar overhead en management is niet bekend. De stelling dat ik de kosten voor de GGZ alleen aan patiënten doorreken is onjuist. Ik heb een pakket aan bezuinigingsmaatregelen genomen, waarbij ik ervoor heb gekozen om de maatregelen zo evenwichtig mogelijk neer te laten slaan binnen de sector en ook bij de patiënt.

16

Wat is de reden dat alleen binnen de GGZ de eigen bijdrage wordt verhoogd? Draagt dit volgens de minister niet juist bij aan een stigmatisering van deze patiënten door alleen de groep met psychische problematiek meer te laten betalen voor nodige zorg?

De maatregel is een gevolg van de noodzaak tot matiging en verantwoordelijke ontwikkeling van overheidsuitgaven en om bestaande perverse prikkels in het systeem te corrigeren. Er is sprake van een zeer forse groei van de uitgaven in de sector GGZ. Om geen afbreuk te doen aan de zorg in andere sectoren dan de GGZ, is het kabinet van mening dat binnen deze sector ook de oplossing gevonden moest worden.

Het tot 1 januari 2012 ontbreken van een eigen bijdrage voor de tweede lijn vormde een onjuiste prikkel om voor die zorg te kiezen. Een deel van de patiënten in de tweede lijn kan evengoed, of zelfs beter, worden geholpen in de goedkopere eerste lijn. Los van de maatregelen die

¹ Inspectie der Rijksfinanciën, Bureau beleidsonderzoek (april 2010). *Interdepartementaal beleidsonderzoek curatieve GGZ, Bijlage bij rapport heroverweging curatieve zorg.*

² *Zorg op waarde geschat. Sectorrapport ggz 2010.* Amersfoort: GGZ Nederland.

³ de Graaf, R., te Have, M. & van Dorsselaer, S. (2010), *De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking. NEMESIS-2: Opzet en eerste resultaten.* Utrecht: Trimbos Instituut.

genomen worden om te komen tot een efficiëntere behandeling, vind ik het belangrijk dat patiënten zelf ook een bewuste keuze maken of zij hulp nodig hebben en of ze dan hulp in de eerste lijn of in de tweede lijn nodig hebben. Zij moeten zich dan bewust zijn van de kosten.

17

Hoeveel mensen zullen afzien van zorg en behandeling? Welke signalen zijn hierover al ontvangen?

Daar kan ik op dit moment nog geen eensluidende uitspraken over doen. Er komen van diverse kanten wel signalen bij mij binnen waaruit blijkt dat sprake zou zijn van afzien of mijden van zorg vanwege de ingevoerde eigen bijdrage. Ik heb zelf ook een quick scan uitgevoerd waarover ik uw Kamer in mijn brief van 14 juni heb geïnformeerd (TK 2011/2012, 25 424, nr. 181). Het is echter niet bekend of sprake is van een gewenste uitval van zorg omdat patiënten nu beter hun weg naar de eerste lijn vinden. Met dit beleid beoog ik om juist een remmend effect op de specialistische GGZ te bewerkstelligen en de gang naar deze eerste lijn te stimuleren. Ik merk ook dat er initiatieven ontstaan die in lijn zijn met dit beleid, zoals huisartsen die meer gebruik maken van Praktijkondersteuners GGZ. Een eenduidig beeld ontbreekt dus nog. Ik wil eerst de resultaten van de eerder genoemde monitor afwachten (zie ook het antwoord op vraag 1 en 4).

18

Zijn er groepen mensen, bijvoorbeeld een bepaalde beroepsgroep, die worden uitgezonderd van het betalen van een eigen bijdrage in de GGZ? Zo ja, welke groepen zijn dit? Zo nee, waarom niet?

Er is één beroepsgroep die is uitgezonderd van de verzekeringsplicht Zorgverzekeringswet, namelijk de militairen in werkelijke dienst conform de Militaire ambtenarenwet 1931. Doordat deze beroepsgroep niet onder de Zorgverzekeringswet valt, maar zijn aangewezen op zorgverlening door of vanwege de militaire geneeskundige diensten, geldt dat zij geen eigen bijdrage hoeven te betalen.

Daarnaast heb ik een aantal reguliere uitzonderingen gemaakt waarbij geen eigen bijdrage behandeling tweede lijn hoeft te worden betaald: patiënten die in crisis verkeren, patiënten die onvrijwillig zijn opgenomen in het kader van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (BOPZ), patiënten waarbij de aanleiding tot zorg «bemoeizorg» is en patiënten tot 18 jaar. Deze uitzonderingen zijn echter niet gerelateerd aan een bepaalde beroepsgroep.

19

Zijn er groepen mensen, bijvoorbeeld een bepaalde beroepsgroep, die een tegemoetkoming kunnen ontvangen ten aanzien van de eigen bijdrage in de GGZ? Zo ja, welke groepen zijn dit? Zo nee, waarom niet?

Op grond van de militaire pensioenvoorschriften is het mogelijk oorlogs- en dienstslachtoffers die, als gevolg van de uitoefening van de militaire dienst psychisch letsel hebben opgelopen, een tegemoetkoming te geven in de kosten die zijn gemaakt in verband met het letsel.

In het begrotingsakkoord is afgesproken dat de eigen bijdrage behandeling in de tweedelijns GGZ wordt verzacht. Mensen met een laag inkomen (tot niet meer dan 110% van het sociaal minimum) worden gecompenseerd voor deze eigen bijdrage.

Daarnaast geldt dat iedereen die door cumulatie van diverse maatregelen de eigen bijdrage niet kan opbrengen, en niet voor compensatie in aanmerking komt, bij de gemeente bijzondere bijstand kan aanvragen. Dit is niet gekoppeld aan een bepaalde beroepsgroep. Ook kan met de

innende instantie gekeken worden naar een betalingsregeling. Ook kunnen mensen die daar recht op hebben bij het CAK terecht voor een compensatie voor het standaard eigen risico voor de Zorgverzekering.

20

Hanteert de minister dezelfde normen en standaarden voor mensen met (iets) minder zware psychische problemen, zoals zij die benoemt voor mensen die dit het hardst nodig hebben (geen wachtlijsten, adequate zorg en hoge kwaliteit)?

Een ieder heeft recht op kwalitatief goede zorg. Ik zet mij dan ook in voor juiste zorg op de juiste plaats. Zowel in de generalistische basis GGZ als de specialistische GGZ moet kwalitatief goede zorg worden geboden. Zie verder mijn antwoord op vraag 10.

21

Waarom belanden mensen zo snel in de tweedelijnszorg, wanneer eerstelijnszorg ook voldoende zou kunnen zijn?

In de eerstelijns psychologische zorg gold al langer een eigen bijdrage. Het tot 1 januari 2012 ontbreken van een eigen bijdrage voor de duurdere tweedelijns GGZ, vormde een onjuiste prikkel om voor die duurdere zorg te kiezen. Met invoering van een eigen bijdrage in de tweedelijns GGZ heb ik deze weeffout hersteld.

22

Wat verstaat de minister onder basiszorg in de buurt op het gebied van de GGZ?

In de geestelijke gezondheidszorg is het van belang dat de patiënt weet waar hij terecht kan bij psychische problematiek en dat er zorg op maat en in samenhang wordt geboden. Dit betekent dat er niet onnodig verwezen moet worden naar de gespecialiseerde zorg en dat er een sterke poort met een huisartsenfunctie is waar patiënten met zowel psychische als somatische ziektes adequaat worden herkend en waar nodig en mogelijk worden behandeld en ondersteund. De huisarts wordt ondersteund door een team dat kan bestaan uit onder andere de POH-GGZ of SPV-er. Daarnaast kan de huisarts gebruik maken van consultatieve dienstverlening door bijvoorbeeld de psychiater. Als binnen de huisartsenfunctie de patiënt niet kan worden geholpen, dan wordt de patiënt doorverwezen naar de generalistische basis GGZ of specialistische GGZ.

23

Hoe verhouden de hoge kosten voor patiënten zich tot het herinrichten van de zorg?

Door ook een eigen bijdrage in de tweedelijns in te voeren hoop ik dat patiënten, die daarvoor in aanmerking komen, weer hun weg naar de eerste lijn gaan vinden.

24

Hoe kan de toegankelijkheid van de zorg verbeteren als de eigen bijdrage tegelijkertijd een drempel opwerpt?

De maatregelen die ik neem zijn juist bedoeld om duurzame toegankelijkheid van de GGZ ook op langere termijn te bewerkstelligen. Zie ook mijn antwoord op vraag 10.

25

De minister kiest voor een eigen bijdrage; welke andere opties heeft de minister overwogen?

In een eerder stadium heb ik overwogen om de kortdurende DBC's tot 200 minuten uit het basispakket van de Zorgverzekering te verwijderen. Daarnaast geldt dat de hoogte van de eigen bijdrage aanzienlijk is verlaagd en daarnaast dat er een maximum aan tweedelijns eigen bijdrage per kalenderjaar is gesteld. Uiteindelijk maakt de eigen bijdrage in de GGZ onderdeel uit van een pakket aan maatregelen dat ik heb genomen om de structurele overschrijding binnen de curatieve GGZ te redresseren. Hierbij heb ik gekozen om de maatregelen, in samenspraak met uw kamer, zo evenwichtig mogelijk neer te laten slaan binnen de sector zelf en ook bij de patiënt. Naast de invoering van de eigen bijdrage GGZ is het aantal zittingen eerstelijns GGZ in het basispakket beperkt tot vijf, is een budget- en tariefmaatregel doorgevoerd, maakt de behandeling van aanpassingsstoornissen niet langer deel uit van het basispakket en vindt een scherpere inkoop plaats door zorgverzekeraars bij vrijgevestigde aanbieders.

26

Welke andere mogelijkheden zijn er om de groeiende vraag naar GGZ te sturen?

Zie mijn antwoord op vraag 10.

27

Heeft de minister overwogen om, in plaats van ook een eigen bijdrage in de tweedelijns GGZ in te voeren, de eigen bijdrage in de eerstelijnszorg te schrappen en andere maatregelen te treffen om op die manier in te spelen op de 10% groei van patiënten?

Nee. Een eigen bijdrage voor tweedelijns GGZ was reeds afgesproken in het Regeerakkoord in het kader van houdbaarheid van de zorguitgaven. Ten opzichte van dat Regeerakkoord heb ik de eigen bijdrage vorig jaar verlaagd van oorspronkelijk € 475 per behandeling naar de huidige € 100 voor behandelingen tot 100 minuten en € 200 voor behandelingen langer dan 100 minuten, met een maximum van € 200 per kalenderjaar. Het verhogen van de eigen bijdrage in de eerstelijns maakte ook onderdeel uit van het Regeerakkoord. Naast de invoering van de eigen bijdrage in de GGZ heb ik een pakket aan andere maatregelen getroffen om de groei op te vangen, zie hiervoor ook mijn antwoord op vraag 25.

28

Waarop baseert de minister de visie dat zorgaanbieders slimmer zorg zullen gaan verlenen binnen de termijn waarin nu de bezuinigingen worden doorgevoerd? Wat verstaat de minister onder slimmer?

Zoals ik in de betreffende antwoordbrief al schreef tonen goede voorbeelden in Nederland aan dat bijvoorbeeld kortere behandelingen ook tot goede resultaten kunnen leiden. En ook andere behandelmethoden leiden tot meer efficiënte behandelprocessen. Dat is niet alleen winst voor de patiënt, maar ook voor de zorgaanbieder. Ik zie geen reden waarom zorgaanbieders deze beweging ook in de termijn van bezuinigingen niet zouden voortzetten. Ook in het bestuurlijk akkoord dat ik recent heb gesloten met de sector is deze visie opgenomen. Met slimmer bedoel ik meer in de eerste lijn in plaats van in de tweede lijn, meer gebruik maken van e-health en meer ambulante zorg.

29

Hoe voorkomt de minister in de toekomst onverwachte kostenoverschrijdingen?

In het bestuurlijk akkoord GGZ dat ik onlangs met de sector heb gesloten, is voor 2013 en 2014 een groei van 2,5% afgesproken en een inhoudelijke agenda die bijdraagt aan de houdbaarheid van de uitgaven in de GGZ. Zorgverzekeraars laten bij hun zorginkoop het jaarlijkse macrobudgettaire kader voor de curatieve GGZ leidend zijn. Mocht het noodzakelijk zijn, kan ik als uiterst middel het macrobeheersinstrument inzetten.

30

Hoeveel wordt er nu gebruikt gemaakt van e-health? Wat heeft de minister als doel gesteld met betrekking tot gebruik van e-health? Hoe denkt de minister dit te gaan bereiken? Binnen welke termijn denkt de minister dit te gaan gebruiken? Hoeveel denkt de minister hiermee te gaan besparen?

In juni heb ik uw Kamer een brief gestuurd met mijn visie op het gebruik van e-health in de zorg (TK 2011/2012, 27 529, nr. 108).

31

Op welke manieren kunnen de instellingen rekening houden met de forse bezuinigingen waarvoor het kabinet kiest?

Zie mijn antwoord op vraag 28.

32

Wat verstaat de minister onder een «efficiënt behandelproces»?

Een behandeling met maximaal gezondheidsresultaat tegen zo laag mogelijke kosten.

33

Is een efficiënt behandelproces per definitie evidence-based?

Ja. Voor de GGZ geldt dat er in de afgelopen jaren steeds meer evidence-based interventies en methodieken zijn ontwikkeld; het is een voortdurend proces om deze te vertalen naar multidisciplinaire richtlijnen, in samenwerking tussen de betrokken beroepsgroepen en patiëntenorganisaties. Bekend is dat in Nederland voor circa 75% van de diagnosegroepen in de GGZ multidisciplinaire richtlijnen beschikbaar zijn. Echter, volgens het Trimbos Instituut geven hulpverleners aan dat zij slechts in 28 % van de gevallen de richtlijnen daadwerkelijk gebruiken. Informatie over kosteneffectiviteit is ook nog maar in zeer beperkte mate in de beschikbare protocollen en richtlijnen meegenomen.

34

Hoe kunnen internettherapieën dezelfde betrokkenheid of warmte bieden, zoals behandelaars in een praktijk dat kunnen?

Natuurlijk bestaan er verschillen tussen een digitale behandeling en een face-to-face behandeling. Ik heb echter niet bedoeld dat alle therapieën via e-health aangeboden zouden moeten worden. Ik vind het van belang dat er wordt gehandeld vanuit het perspectief van de gebruiker van de toepassing: de patiënt en de professional. Alleen dan heeft e-health een kans een wezenlijk onderdeel van de zorg te worden.

35

Waarop baseert de minister de mening dat internettherapieën nog veel te weinig worden toegepast?

Uit het NEMESIS-2 onderzoek naar de psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking¹ blijkt dat slechts 4,7% van de mensen met een psychische aandoening (enigerlei As-I stoornis) informatie of hulp zocht via internet.

36

Waarop baseert de minister de mening dat internettherapieën gebruiksvriendelijk zijn, als men weet dat niet alle mensen (zoals ouderen of daklozen) een computer hebben of daarmee kunnen omgaan?

Een internettherapie is uiteraard alleen gebruiksvriendelijk indien iemand de beschikking heeft over deze technologie, en er ook mee over weg kan. Zie ook mijn antwoord op vraag 34.

37

Op welke manier gaat de minister de eerstelijnszorg versterken?

Hiervoor verwijs ik u naar de afspraken die daarover zijn gemaakt in het bestuurlijk akkoord GGZ en in het convenant met de Landelijke Huisartsen Vereniging (TK 2011/2012, 29 247, nr. 176). Daarin is onder andere afgesproken dat de module POH-GGZ zal worden geflexibiliseerd om de huisarts beter in staat te stellen de toeloop van mensen met psychische klachten te organiseren en begeleiden. Daarnaast wordt in 2014 voor de generalistische basis GGZ een uniforme bekostiging op basis van een beperkt aantal zorgzwaarteprestaties ingevoerd, die aansluit op de zorgvraag van de patiënt.

¹ de Graaf, R., te Have, M. & van Dorselaer, S. (2010), *De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking. NEMESIS-2: Opzet en eerste resultaten*. Utrecht: Trimbos Instituut.