

Aan de voorzitter en de leden  
van de vaste-Kamercommissie VWS

Utrecht, 25 juni 2010

Kenmerk: PN/es/0178/10

Betreft: Reactie op bezuinigingsvoornemens

Geachte voorzitter,

Met het oog op de aanstaande vergadering van uw commissie over de bezuinigingsvoornemens van Minister Klink, wil de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) u graag inlichten over de maatschappelijke impact en de te verwachten consequenties van de voorgenomen invoering van eigen bijdragen in de tweede-lijnspsychiatrie. Wij hopen hiermee uw commissie voor te kunnen bereiden op het debat met de Minister.

Het aantal Nederlanders dat een beroep doet op de geestelijke gezondheidszorg is de laatste tien jaar sterk gestegen. Dat komt doordat de maatschappij hogere eisen stelt aan het individuele aanpassingsvermogen en flexibiliteit. Hierdoor melden steeds meer mensen met een latente zorgvraag zich bij een psychiater. De groei wordt dus vertekend doordat mensen steeds beter de weg naar de geestelijke gezondheidszorg weten te vinden. Bovendien weten zij gelukkig de schroom van het stigma “psychiatrische patiënt” van zich af te gooien. Schattingen gaan uit van zo’n 400.000 Nederlanders ofwel 2,5% van de bevolking met latente psychische aandoeningen. Nu verschillen de meningen over de aard, omvang en zwaarte van die latente vraag, maar dit laat onverlet dat het versterken van zelfmanagement en het inzetten van e-Health en collectieve preventie een aanzienlijk deel van deze vraagstukken beter en goedkoper kan reguleren.

Het instellen van eigen bijdragen in de GGz lijkt vooral een voor de hand liggende en gemakkelijke manier om de kosten te beheersen. De praktijk leert echter anders.

- Recent onderzoek van NIVEL heeft aangetoond dat eigen bijdragen en eigen risico nauwelijks effect sorteren op de kostenbeheersing. Zeker in de GGz geldt dat behandeling en zorg noodzakelijk zijn – en vaak zelfs plaatsvinden op grond van dwang.
- Bovendien blijkt dat enkel invoering van aanzienlijke eigen bijdragen en eigen risico de vraag remmen. Daarbij zal de administratieve belasting bij psychiaters, psychologen en andere zorgaanbieders in de GGz drastisch verzwaren, omdat de inning van deze eigen bijdragen bij hen wordt neergelegd.

Maar bovenal willen wij het principiële punt bij u onder de aandacht brengen: het bevreemdt ons zeer dat eigen bijdragen niet in alle medisch specialismen worden toegepast. Hiermee wordt de suggestie gewekt dat het inschakelen van hulp in de GGz van andere orde is; dat het een eigen keuze betreft en geen noodzaak is. Waarom moeten patiënten met een ernstige of chronische psychiatrische stoornis wel een eigen bijdrage betalen en patiënten met een ernstige of chronische somatische aandoening niet?

De toegankelijkheid van met name geestelijke verzorging dient om medische en maatschappelijke redenen voor iedereen gegarandeerd te zijn. Bezuinigen op de zorg voor hen die met psychische stoornissen kampen, leidt onder andere tot meer en langdurige uitval op de arbeidsmarkt. Kwetsbare chronische patiënten en specifiek mensen uit onze beroepsbevolking uitsluiten van noodzakelijke zorg, levert de patiënt, zijn naasten, zijn werkgever, en uiteindelijk de hele maatschappij, meer kosten op.

Dat ook de GGz-sector de bezuinigingen niet kan ontlopen, erkent ook de NVvP. Naar onze mening zijn er echter voldoende bezuinigingsalternatieven, die de patiënt sparen van financiële lasten. Wij denken daarbij in eerste instantie aan het stroomlijnen en het afstemmen van de vele regelingen en indicatie-instanties waarmee patiënten en behandelaars geconfronteerd worden. Helderheid, transparantie en eenduidigheid leveren in de geestelijke gezondheidszorg veel meer op.

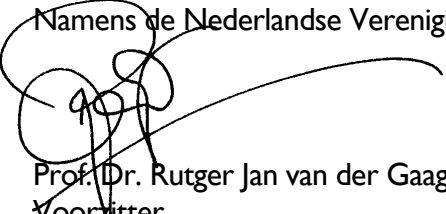
Wij pleiten ten tweede voor ontschotting en stroomlijning van de financiering van de geestelijke gezondheidszorg. Het geneeskundige deel van geestelijke gezondheidszorg kent nu nog een versnipperde financieringsbron. Naar onze mening zou de Zorgverzekeringswet een logische financiële bron zijn voor de specialistische zorg, en de gemeenten voor de basiszorg. Dat is helder voor zowel patiënt als behandelaar, en vergt van beiden minder administratieve inzet.

Ten derde kan het huidige diagnose- en behandelproces beter worden ingericht. Door een psychiater aan de poort van de tweede lijn te zetten kan sneller en efficiënter een diagnose worden gesteld en een bijpassend behandelplan worden uitgewerkt. Tegelijkertijd kan de psychiater op basis daarvan een indicatie stellen voor aanvullende zorg en ondersteuning uit de AWBZ, zonder tussenkomst van een duur en omslachtig indicatieorgaan (CIZ). De psychiater kan prima inschatten welk deel van de behandeling kan plaatsvinden in de goedkopere eerstelijnszorg, en welke moet plaatsvinden in de duurere tweede lijn. Het stimuleren van samenwerking tussen eerste lijn en tweede lijn en het voorkomen van doublures levert niet alleen kwaliteitswinst op, maar voorkomt ook dure en misplaatste behandelingen. Daarbij kunnen zorgverzekeraars en gemeenten hun rol spelen om er op toe te zien dat de zorg ook efficiënt wordt ingezet. Werken op basis van vertrouwen tussen financier en behandelaar, met slechts een controle achteraf, is meer dan voldoende.

Naar onze mening verdienen bovenstaande beheersingsalternatieven uw aandacht en wij bieden u graag aan om hierover nader met u van gedachten te wisselen. De leden van de NVvP hebben zich al positief uitgesproken over de inzet van de beroepsgroep om actief bezuinigingsvoorstellen uit te werken, die niet ten koste gaan van de psychiatrische patiënten.

Met vriendelijke groet,

Namens de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie,



Prof. Dr. Rutger Jan van der Gaag  
Voorzitter



Peter Niesink  
Directeur