

Vergaderjaar 2020–2021

25 424

Geestelijke gezondheidszorg

Nr. 557

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 6 november 2020

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft een aantal vragen en opmerkingen voorgelegd aan de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 25 juni 2020 over vervolgstappen wachttijden ggz (Kamerstuk 25 424, nr. 545) en over het Rapport van de Algemene Rekenkamer van 25 juni 2020 over «Geen plek voor grote problemen; Aanpak van wachttijden in de specialistische ggz» (Kamerstuk 25 424, nr. 534).

De vragen en opmerkingen zijn op 5 augustus 2020 aan de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voorgelegd. Bij brief van 5 november 2020 zijn de vragen beantwoord.

De voorzitter van de commissie,
Lodders

Adjunct-griffier van de commissie,
Krijger

Inhoudsopgave

I.	Vragen en opmerkingen vanuit de fracties	2
a.	Inleiding	2
b.	Brief «Vervolgstappen wachttijden ggz»	2
c.	Rapport «Geen plek voor grote problemen; Aanpak van wachttijden in de specialistische ggz»	4
d.	Overig	13
II.	Reactie van de Staatssecretaris	15

I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties

a. Inleiding

De leden van de **VVD-fractie** hebben met belangstelling kennisgenomen van de brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport «Vervolgstappen wachttijden ggz» (Kamerstuk 25 424, nr. 545) en het rapport «Geen plek voor grote problemen; Aanpak van wachttijden in de specialistische ggz» van de Algemene Rekenkamer (Kamerstuk 25 424, nr. 534). Graag willen zij de Staatssecretaris een aantal vragen voorleggen.

De leden van de **CDA-fractie** maken graag van de mogelijkheid gebruik om verduidelijkende en aanvullende vragen te stellen over de brief van de Staatssecretaris en het rapport van de Algemene Rekenkamer betreffende de wachtlijsten in de ggz.

De leden van de **D66-fractie** maken graag gebruik van de mogelijkheid tot inbreng voor het schriftelijk overleg over de aanpak van de wachttijden in de geestelijke gezondheidszorg (ggz). Deze leden hebben kennisgenomen van het indrukwekkende rapport van de Rekenkamer van 25 juni jongstleden.

De leden van de **GroenLinks-fractie** maken zich wederom grote zorgen over de geestelijke gezondheidszorg (ggz) naar aanleiding van het rapport van de Algemene Rekenkamer «Geen plek voor grote problemen».

Genoemde leden zien dat de eigen bevindingen gestaafd worden door de conclusies van de Algemene Rekenkamer. De leden van de GroenLinks-fractie hebben nog vragen aan de Staatssecretaris naar aanleiding van het rapport.

De leden van de **SP-fractie** hebben kennisgenomen van de brief en het rapport van de Algemene Rekenkamer over wachttijden in de specialistische ggz en wachten de vervolgstappen met belangstelling af. Deze leden hebben onderstaande opmerkingen en vragen.

De leden van de **50PLUS-fractie** hebben enkele opmerkingen.

b. Brief «Vervolgstappen wachttijden ggz»

De leden van de **VVD-fractie** lezen dat de Staatssecretaris in zijn brief van 19 december 2019¹ aangeeft dat elke verzekeraar concrete, tijdgebonden afspraken met zorgaanbieders zou moeten maken over het bereiken van verbeteringen in de aanpak van de wachttijden en de voortgang hiervan goed moet monitoren. Uit de Monitor Contractering ggz van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) blijkt dat een groot deel van het veld bij de contractering voor 2020 nog (steeds) geen afspraken rondom wachttijdreductie heeft gemaakt. Wat zijn hiervan de consequenties en hoe zorgt de Staatssecretaris ervoor dat deze afspraken wel bij de contractering voor 2021 gemaakt zijn, zo vragen genoemde leden.

¹ Kamerstuk 32 620, nr. 244

Alle zorgverzekeraars hebben in het eerste kwartaal van 2020 bij de NZa een verbeterplan ingediend, waarin ze aangeven hoe ze de resterende verbeterpunten naar aanleiding van de controlebezoeken van de NZa aanpakken, zo constateren de leden van de VVD-fractie. Deze plannen worden beoordeeld door de NZa en de bevindingen worden in de zomer teruggekoppeld. Genoemde leden vragen wat de stand van zaken hiervan is. Tevens vragen zij hoe de NZa de vinger aan de pols houdt wanneer de verbeterplannen uitgewerkt worden door de zorgverzekeraars. De leden van de VVD-fractie lezen dat uit het bestuurlijk overleg concrete aanknopingspunten zijn voortgekomen die daadwerkelijk zouden kunnen resulteren in een doorbraak in de aanpak van de wachttijden. Waarom is de Staatssecretaris nu van mening dat de aanknopingspunten tot concrete resultaten zullen leiden en wat is daarin het verschil met de situatie daaraan voorafgaand, toen dit nog niet het geval was, zo vragen deze leden. Wanneer is volgens de Staatssecretaris sprake van een doorbraak? Daarnaast vragen de leden van de VVD-fractie hoe de genoemde aanknopingspunten (een sluitende keten van verwijzing en/of zorgbemiddeling, transparantie over het aantal (uniek) wachtenden, extra inzet op de acht regio's met de meest forse wachttijdproblematiek via zogenoemde versnellers, focus op specifieke doelgroepen en op vormgeving van regionale doorzettingsmacht voor mensen die tussen wal en schip vallen) een bijdrage leveren aan het oplossen van de voornaamste knelpunten in de ggz zoals genoemd in het rapport van de Algemene Rekenkamer. De in dit rapport genoemde knelpunten betreffen: verkeerde financiële prikkels, te weinig capaciteit in instellingen en moeizame uitstroom uit de ggz. Kan de Staatssecretaris nader toelichten hoe de aanknopingspunten ertoe bijdragen om genoemde knelpunten op te lossen? De leden van de VVD-fractie lezen in de brief van de Staatssecretaris dat de NZa en Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) de komende periode onder andere actief zijn in de regio's met hardnekkige wachttijdproblemen. Kan de Staatssecretaris toelichten hoe genoemde leden deze bijdrage moeten zien in relatie tot de normale werkzaamheden van NZa en IGJ? Zijn de NZa en IGJ op een andere manier actief in deze regio's? Zo ja, hoe dan? Zo nee, hoe moeten deze leden deze passage dan lezen? Tevens vragen deze leden welke prestatieafspraken er door de Staatssecretaris zijn gemaakt en wat de eventuele consequenties zijn bij het niet nakomen van deze afspraken.

De leden van de VVD-fractie kunnen zich voorstellen dat de coronacrisis van invloed is op de aanpak van de wachttijden. Deze leden vragen daarom in hoeverre deze crisis en de maatregelen daaromtrent effect hebben gehad op de wachtlijsten tot nu toe. Wat heeft de coronacrisis met de vraag naar geestelijke gezondheidszorg gedaan? Is er mogelijk sprake van een verdampende zorgvraag? Zo ja, kan de Staatssecretaris duiding geven van de oorzaken van de verdamping en daarbij aangeven welke lessen hieruit getrokken kunnen worden?

De leden van de **SP-fractie** begrijpen dat alle ingezette initiatieven nog niet hebben geleid tot het terugdringen van de wachttijden in de specialistische ggz. Genoemde leden betreuren deze conclusie. Deze leden hopen dat het recent opgestelde Plan van aanpak toegankelijkheid en beschikbaarheid hoogcomplexen ggz² alsnog het gewenste effect zal hebben. Mensen die zorg nodig hebben, moeten deze zorg immers (zo snel mogelijk) krijgen. Het is goed dat hier direct actie op wordt ondernomen. De leden van de SP-fractie hopen dat de conclusies en aanbevelingen uit het rapport van de Algemene Rekenkamer een centrale plaats krijgen in de uiteindelijke uitvoering van het plan van aanpak. Te lange

² Kamerstuk 25 424, nr. 525

wachttijsten zorgen immers voor veel leed, een verergering van problematiek en extra kosten.

De leden van de **50PLUS-fractie** zijn van mening dat de brief van 25 juni jl. te weinig urgentie uitstraalt. Wanneer kunnen de mensen die op de wachttijsten staan concrete resultaten verwachten? Nu lijkt het alsof er vooral veel gesprekken worden gevoerd, maar dat die nog weinig concreets opleveren.

c. Rapport «Geen plek voor grote problemen; Aanpak van wachttijden in de specialistische ggz»

De leden van de **VVD-fractie** lezen in het onderhavige rapport van de Algemene Rekenkamer dat de Staatssecretaris het belang van gegevensuitwisseling tussen ggz, zorgverzekeraar en gemeente onderschrijft. Kan de Staatssecretaris aangeven waar de knelpunten bij gegevensuitwisseling zitten? Waarom kunnen de gegevens binnen de Jeugdwet wel worden uitgewisseld en binnen de ggz niet, zo vragen deze leden. De wachttijden beginnen opnieuw te lopen als na de intake van de patiënt blijkt dat de zorgaanbieder voor deze patiënt geen geschikt aanbod heeft. Voor de patiënt begint de wachttijd dan natuurlijk niet opnieuw: die komt elders en/of opnieuw op een wachtlijst te staan en wacht alleen maar langer. De leden van de VVD-fractie vragen of bekend is hoeveel van de ongeveer 11.000 patiënten (uit de momentopname van de specialistische ggz) die langer dan de Treeknorm moesten wachten, ook nog eerst op een verkeerde wachtlijst hebben gestaan. Wat vindt de Staatssecretaris van deze systematiek? Vindt hij dat wachttijden op die manier goed inzichtelijk zijn? Daarbij vragen deze leden de Staatssecretaris ervan vindt dat patiënten dus soms weken op een «verkeerde» wachtlijst staan. Is hij voornemens hier iets aan te doen en zo ja, wat dan?

De Algemene Rekenkamer concludeert dat sprake is van een beperkte opbouw van de ambulante zorg. Ook in andere onderzoeken (onder andere van het Trimbos-instituut) wordt op dit probleem gewezen. De leden van de VVD-fractie vragen dan ook wat de Staatssecretaris heeft gedaan om de ambulantisering van de ggz te laten slagen en in een juiste verhouding te laten staan tot de afbouw van het aantal bedden. Kan de Staatssecretaris aangeven of, en zo ja, hoeveel mensen tussen wal en schip zijn beland bij de afbouw van de bedden en het onvoldoende inrichten van de ambulante zorg? Genoemde leden vragen wat de Staatssecretaris doet om deze mogelijke groep mensen weer van de juiste zorg te voorzien, waarbij hopelijk een lange wachttijd vermeden kan worden.

De leden van de VVD-fractie lezen dat het nog steeds onduidelijk wordt gevonden wat wordt bedoeld met «regionale doorzettingsmacht», voor het geval dat maatregelen om wachttijden terug te dringen niet blijken te werken. Kan de Staatssecretaris aangeven wat zijn invulling is van het begrip «regionale doorzettingsmacht»? Kan hij daarbij duidelijk schetsen waaruit deze doorzettingsmacht blijkt, welke afspraken hierover gemaakt zijn, en hoe deze af te dwingen zijn? Kan hij daarbij tevens aangeven welke consequenties het heeft indien deze afspraken niet worden nagekomen?

De Landelijke stuurgroep wachttijden ggz heeft een gespreksleidraad ontwikkeld die verzekeraars en zorgaanbieders moest helpen om contractafspraken te maken over het terugdringen van de wachttijden, zo lezen de leden van de VVD-fractie. Uit de Monitor contractering ggz van de NZa bleek dat deze leidraad nog niet bij alle verzekeraars en zorgaanbieders bekend en gebruikt is. Genoemde leden vragen welke maatregelen genomen worden om deze leidraad bij de volgende inkoopronde leidend te laten zijn bij de onderhandelingen van elke zorgverzekeraar,

mede in het licht van de gemaakte afspraken tussen partijen en de consequenties van het niet nakomen van deze afspraken.

De leden van de VVD-fractie lezen in het rapport dat de Algemene Rekenkamer concludeert dat het zeer onzeker is of de huidige aanpak van wachttijden in de specialistische ggz voldoende remedie biedt voor de oplossing van de voornaamste knelpunten: verkeerde financiële prikkels, te weinig capaciteit in instellingen en moeizame uitstroom uit de specialistische ggz. Hoe reflecteert de Staatssecretaris op deze conclusie, zo vragen zij tot slot.

De leden van de **CDA-fractie** vinden de uitkomsten van het onderzoek van de Algemene Rekenkamer verontrustend. Hoe beoordeelt de staatssecretaris dit? Deze leden vragen om een uitgebreide reactie hierop. De Staatssecretaris kwam in eerste instantie met een kleine groep van ongeveer 300 mensen die te lang op de wachtlijst staan. Nu stelt de Algemene Rekenkamer dat op dit moment ongeveer 11.000 mensen bij de specialistische ggz op een wachtlijst staan. Dit vinden de leden van de CDA-fractie een groot verschil. Kan de Staatssecretaris dit nader duiden? Waarom kan de Algemene Rekenkamer dit aantal wel benoemen? Het gaat – aldus de Algemene Rekenkamer – om patiënten met een ernstige psychische aandoening, een combinatie van aandoeningen of een aandoening in combinatie met een (lichte) verstandelijke beperking. De leden van de CDA-fractie vragen al jaren aandacht voor het feit dat voor een aantal ernstige psychiatrische aandoeningen de normen voor de wachtlijsten (Treeknormen) niet gehaald worden. Genoemde leden stellen daarom nogmaals de vraag aan de Staatssecretaris: blijkt hier niet knip en klaar uit dat voor een aantal ernstig psychiatrische aandoeningen te weinig aanbod is?

De Algemene Rekenkamer stelt immers als een van de oorzaken dat er een groot capaciteitsprobleem is bij de geïntegreerde instellingen waarop deze patiënten zijn aangewezen. Dit komt doordat bedden zijn geschrapt en doordat het voor professionals relatief onaantrekkelijk is bij deze instellingen te werken. Deze leden kunnen dit niet anders lezen dan dat het vorige bestuursakkoord voor de patiënten met een complexe zorgvraag nadelig heeft uitgepakt, lees mensen zijn aan hun lot overgelaten. De bedden afbouw is te snel gegaan.

Voorts stellen de leden van de CDA-fractie een van de andere oorzaken van de geschetste wachtlijstproblematiek in de ggz-sector aan de orde. De Algemene Rekenkamer stelt dat door de in de bekostiging ingebouwde financiële prikkels gestimuleerd wordt dat zorgaanbieders patiënten met een (relatief) lichte zorgvraag eerder helpen dan patiënten met een zwaardere zorgvraag. Het is ook geen onbekende oorzaak dat financiële prikkels in het huidige bekostigingssysteem gericht zijn op relatief lichtere zorgvragen. Genoemde leden vragen wat zorgverzekeraars (zij kopen immers de zorg in) er precies aan doen om meer complexe zorg in te kopen. Wat hebben zij de afgelopen jaren gedaan om het zorgaanbod meer bij de zorgvraag te laten aansluiten? Hoe reageert de Staatssecretaris op de stellingname dat de inzet van zorgverzekeraars er teveel op gericht is geweest om lichtere zorgvragen in te kopen?

Betreffende het nieuwe bekostigingssysteem in de ggz stelt de Algemene Rekenkamer dat het onzeker is of een voorgenomen nieuwe bekostigingssystematiek het aantrekkelijker maakt complexere patiënten te helpen, zo lezen de leden van de CDA-fractie. De verwachting van de NZa is namelijk dat de gemiddelde behandelduur per patiënt zal dalen door de nieuwe bekostigingssystematiek en dat de vrijgekomen tijd zal worden gebruikt voor nieuwe patiënten. Deze leden vragen waar de argumentatie op gebaseerd is dat het noodzakelijk en/of goed is om de behandelduur per patiënt te laten dalen. Deze leden zijn van mening dat dat toch afhankelijk moet zijn van de complexiteit van de stoornis en van de vraag of de zorgprofessionals de opvatting zijn toegedaan dat iemand met ambulante

ondersteuning of behandeling kan uitstromen. Deze leden vragen of er dan wel ambulante zorg voorhanden is. Dat is namelijk nu (zie onderstaand) niet goed geregeld.

De leden van de CDA-fractie lezen in het rapport dat de Algemene Rekenkamer vervolgens stelt dat de uitstroom van patiënten met complexe problematiek na hun behandeling gebrekkig verloopt waardoor ze behandelplaatsen blijven innemen die vrij zouden moeten komen voor nieuwe patiënten. Hoe reageert de Staatssecretaris hierop, want de nazorg en/of geestelijke gezondheidszorg in de wijk is dus niet voldoende om patiënten terug naar huis te laten gaan om begeleid dan wel zelfstandig te wonen? Op regionaal niveau zijn er wel initiatieven om de uitstroom te verbeteren, maar de Algemene Rekenkamer verwacht hier grote verschillen tussen gemeenten. Betreffende het verschil tussen gemeenten vragen deze leden of de Staatssecretaris uiteen kan zetten hoe de middelen die hiervoor beschikbaar gesteld zijn nu ingezet worden. Welke concrete verbeterpunten zijn de laatste jaren gerealiseerd voor deze uitgestroomde groep patiënten?

Genoemde leden vragen of de Staatssecretaris hier een beeld van heeft. Vindt de Staatssecretaris «grote verschillen in gemeenten» acceptabel? Voorkomen moet immers worden dat dit een categorie «draaideur patiënten» wordt die in en uit de instelling gaat omdat te weinig nazorg en/of ggz wijkzorg geboden wordt.

Voorts stelt de Algemene Rekenkamer dat het huidige akkoord ggz nog onvoldoende effect sorteert. De leden van de CDA-fractie vragen hoe de Staatssecretaris hierop reageert. Deelt hij het standpunt van de Algemene Rekenkamer? De wachttijdnaanpak wordt vormgegeven in regionale taskforces die zijn opgericht. Deze taskforces bevinden zich nog voornamelijk in de planfase en de positie van de Landelijke stuurgroep wachttijden ggz wordt als onduidelijk ervaren. Herkent de Staatssecretaris dit beeld?

De leden van de CDA-fractie kunnen niet anders dan concluderen dat in de keten van instroom, behandeling en uitstroom voor complexe ggz-problematiek een hoop moet verbeteren en dat de geschetste problemen en aanbevelingen van de Algemene Rekenkamer dit duidelijk onderstrepen. Denkt de Staatssecretaris dat de plannen die er nu liggen of nog met het veld gemaakt worden voldoende zijn, als dit wordt beoordeeld vanuit de drie – door de Algemene Rekenkamer – genoemde oorzaken, zo vragen deze leden tenslotte.

Huidige aanpak van de wachttijden

De leden van de **D66-fractie** lezen dat de Rekenkamer concludeert dat het zeer onzeker is of de huidige aanpak van wachttijden in de specialistische ggz voldoende remedie biedt voor het oplossen van de voornaamste knelpunten: verkeerde financiële prikkels, te weinig capaciteit in instellingen en moeizame uitstroom uit de specialistische ggz. Wat is volgens de Staatssecretaris de belangrijkste reden dat de afspraken in het bestuurlijk akkoord, die hier soms aan raken, nog niet in praktijk zijn gebracht? Welke rol en verantwoordelijkheid heeft de Staatssecretaris hierin?

De leden van de D66-fractie blijven het belang van preventie benadrukken, ook bij het voorkomen dat complexe ggz nodig is. Tijdens het algemeen overleg GGZ, maatschappelijke opvang, suïcidepreventie van 8 juni jl.³ gaf de Staatssecretaris aan in het najaar terug te komen op het onderwerp «preventie in de ggz», maar deze leden vragen wel al aan de Staatssecretaris wat het aangekondigde plan van aanpak is van de Vereniging van

³ Kamerstuk 25 424, nr. 547

Nederlandse Gemeenten (VNG) voor complexe casuïstiek. Dit plan van aanpak, waarin men voornemens was aan te sluiten bij de plannen van Zorgverzekeraars Nederland en de Nederlandse ggz, zou uiterlijk 1 juli jl. worden gepubliceerd. Indien dit plan nog niet gereed is, wanneer zal dit wel gereed zijn?

Inzichten in de wachttijden

De leden van de D66-fractie constateren uit het rapport van de Algemene Rekenkamer dat het overgrote deel van de mensen binnen de ggz wel op tijd wordt geholpen, maar dat nog ongeveer 11.000 mensen te lang op een wachtlijst staan bij de specialistische ggz. Wat is het verschil tussen deze conclusie en de conclusie van de Staatssecretaris dat 300 patiënten in de specialistische ggz te lang moeten wachten? Onderschrijft de Staatssecretaris de conclusie van de Algemene Rekenkamer dat de cijfers voor de wachttijden in de ggz gebrekkig zijn? Voorts vragen deze leden of de Staatssecretaris het met hen eens is dat goed inzicht in de cijfers over de wachttijden een randvoorwaarde is, of eigenlijk de basis moet zijn, om goede coördinatie en spreiding van patiënten te bewerkstelligen. Klopt het dat dit noodzakelijk is om goed inzicht te hebben hoe groot het probleem écht is en waar specifieke knelpunten zitten? De leden van de D66-fractie vragen hoe patiënten en zorgverzekeraars kunnen weten waar de patiënten met hun specifieke situatie sneller geholpen kunnen worden als dit inzicht ontbreekt. Kan de Staatssecretaris een overzicht geven bij hoeveel procent van de aanbieders op de website www.kiezenindeggz.nl de cijfers compleet zijn? Hoeveel procent van deze cijfers is incompleet, niet actueel of ontbreekt volledig? Kan de Staatssecretaris hier een overzicht van geven? Kan de Staatssecretaris toezeggen om samen met de partijen uit de landelijke stuurgroep een separaat plan van aanpak te maken ten behoeve van betere inzichten in de wachttijden, zodat een betere data-infrastructuur ontstaat en cijfers bruikbaar en actueel zijn?

Rol Nederlandse Zorgautoriteit

De leden van de D66-fractie constateren dat de NZa de taak heeft om toezicht te houden op de toegankelijkheid van zorg, zowel richting zorgverzekeraars als zorgaanbieders. In het schriftelijk overleg van 5 juni jl. geeft de Staatssecretaris op vragen van deze leden aan dat «het aan de zorgaanbieders is om patiënten proactief te wijzen op de mogelijkheden van zorgbemiddeling door de zorgverzekeraar» en dat «het bij een lange wachttijd doorverwijzen van een patiënt naar een andere aanbieder is nog geen staande praktijk is».⁴ Welke mogelijkheden heeft de NZa om hierop toe te zien? Wordt bij dit toezicht gebruik gemaakt van goede praktijkvoorbeelden die daarmee richtinggevend kunnen zijn? De NZa publiceert rapporten over de stand van zaken van de wachttijden maar welke (ultieme) handhavingsmogelijkheden heeft de NZa richting zorgaanbieders en zorgverzekeraars met betrekking tot de wachttijden in de zorg? Wordt hier gebruik van gemaakt?

Prikkels en goed werkgeverschap

De leden van de D66-fractie lezen in het rapport van de Algemene Rekenkamer dat er zorgaanbieders zijn «die de krenten uit de pap» selecteren. Dit zijn vooral patiënten met een lichte zorgvraag. Deze selectie is vooral zichtbaar bij vrijgevestigde professionals in de ggz. Kan de Staatssecretaris deze stelling van de Algemene Rekenkamer kwantificeren? Met andere woorden, hoeveel patiënten worden bijvoorbeeld geweigerd bij zorgaanbieders? Hoeveel aanbieders halen «deze krenten

⁴ Kamerstuk 32 620, nr. 262

uit de pap»? Hoeveel professionals, zowel psychologen als psychiaters, werken momenteel in Nederland in loondienst bij een ggz-instelling en hoeveel werken als vrijgevestigde? Welke maatregelen heeft de Staatssecretaris tot nu toe ondernomen om het werken in een geïntegreerde instelling aantrekkelijker te maken? Daarnaast vragen de leden van de D66-fractie hoe de Staatssecretaris reageert op de conclusie in het voorliggende rapport dat extra regeldruk een reden is voor professionals om het werk in dergelijke instellingen te mijden. Tenslotte vragen deze leden aan de Staatssecretaris te reageren op het feit dat de deelnemers aan de landelijke stuurgroep stellen dat van de diverse initiatieven om de administratieve lasten terug te dringen nog niets terechtgekomen is.

De leden van de **GroenLinks-fractie** vragen of de conclusies van de Algemene Rekenkamer voor de Staatssecretaris aanleiding zijn om nog in deze regeerperiode de nodige wettelijke aanpassingen voor te bereiden om tot een stelsel te komen waarbij de regie meer komt te liggen bij de overheid. De Algemene Rekenkamer concludeert dat sprake is van een groot capaciteitsprobleem én dat akkoorden met partijen uit het veld niet de effecten sorteren zoals deze door de Staatssecretaris zijn beoogd. Wat vindt de Staatssecretaris van de conclusie dat het sluiten van akkoorden niet het gewenste resultaat oplevert? De Algemene Rekenkamer concludeert eveneens dat de bekostigingssystematiek perverse prikkels in de hand werkt en op de schop moet. Wanneer wordt een nieuwe bekostigingssystematiek geïntroduceerd?

De leden van de GroenLinks-fractie vragen de Staatssecretaris opheldering te geven over het aantal «complexe» patiënten dat op een wachtlijst staat. Eerder stuurde de Staatssecretaris een plan van aanpak⁵ naar de Kamer om de wachtlijsten van circa 300 complexe patiënten op te lossen, terwijl de Algemene Rekenkamer concludeert dat deze groep veel groter is. Het zou gaan om circa 11.000 patiënten. Waar is voornoemd getal van circa 300 patiënten op gebaseerd? Waarom is een plan van aanpak gemaakt voor een dergelijke kleine groep terwijl de problematiek veel grootschaliger is? Wat is de Staatssecretaris van plan te ondernemen om alsnog te voorkomen dat schijnmaatregelen worden genomen en schijnbeleid ontstaat waar de circa 11.000 patiënten niets aan hebben? Heeft de staatssecretaris eerder signalen ontvangen dat de groep complexe patiënten groter is dan 300 personen en zo ja, waarom is de Staatssecretaris toch akkoord gegaan met voornoemd plan?

De leden van de GroenLinks-fractie lezen dat de Algemene Rekenkamer zeven aanbevelingen geeft om de geestelijke gezondheidszorg weer op de rit te krijgen binnen het huidige stelsel. Kan de Staatssecretaris in een brief aan de Kamer op alle zeven aanbevelingen puntsgewijs uitgebreid ingaan?

De leden van de GroenLinks-fractie geven aan dat in het huidige stelsel de NZa er als marktmeester verantwoordelijk voor is dat de juiste zorg geleverd wordt. De NZa heeft een regulerende en toezichhoudende functie en verricht onderzoek. Is de Staatssecretaris van mening dat de NZa haar taak voortreffelijk vervult, uitstekend het veld overziet en tijdig intervenueert? Zo ja, hoe vaak heeft de NZa opgetreden bij conflicten tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders in de ggz? Welke taak zou de NZa volgens de Staatssecretaris moeten hebben wanneer zorgaanbieders voor het einde van het jaar hun «omzetplafonds» hebben bereikt?

De leden van de GroenLinks-fractie horen van zorgverleners dat het huidige zorgstelsel voor ggz-instellingen veel te ingewikkeld is geworden. Is de Staatssecretaris van mening dat een volgend kabinet het complexe stelsel onder handen zou moeten nemen?

De leden van de GroenLinks-fractie vinden het zorgelijk dat de capaciteit van klinische bedden in ggz-instellingen rap zijn afgebouwd, maar dat er

⁵ Kamerstuk 25 424, nr. 525

geen ambulante zorg is bijgekomen. Sterker, de Algemene Rekenkamer concludeert dat sprake is van een daling van intensieve Diagnose-behandelcombinaties (DBC's) «zonder verblijf». Hoe is dit mogelijk? Hoeveel ging in 2012 naar ambulante zorg gerelateerd aan de ggz en hoeveel was dat in 2019? Is de Staatssecretaris het met genoemde leden eens dat dit problematisch is en dat de Kamer hier meer inzicht in moet krijgen?

De Algemene Rekenkamer concludeert dat de uitstroom te wensen overlaat bij «complexe» patiënten. Dat zou mede veroorzaakt worden, zo stelt adviesbureau KPMG, doordat begeleiding uit het sociaal domein ontbreekt. Hierdoor blijven «patiënten langer dan medisch noodzakelijk in behandeling». Deelt de Staatssecretaris de opvatting van de GroenLinks-fractie dat dit problematisch is? Wat gaat de Staatssecretaris concreet ondernemen om dit beter op elkaar te laten aansluiten?

De leden van de GroenLinks-fractie lezen, tot slot, dat er regionale taskforces zijn ingesteld om de wachtlijsten terug te dringen. Dit blijkt geen onverminderd succes, zo stelt de Algemene Rekenkamer. Regio's waarover de taskforces gaan, sluiten bijvoorbeeld dikwijls niet aan bij de regio's waarin de betrokken partijen werkzaam zijn. Ook is deelname vrijwillig, zijn deelnemers niet representatief voor de regio én ontbreekt de overheid aan deze tafel. Is de Staatssecretaris van mening dat er een einde moet komen aan deze vrijblijvendheid? Wat vindt de Staatssecretaris van het idee om een afgevaardigde van het ministerie met doorzettingsmacht deel te laten nemen in alle taskforces in het geval de zorgverzekeraars er niet uitkomen met de zorgaanbieders?

De leden van de **SP-fractie** menen dat de conclusies in het rapport van de Algemene Rekenkamer duidelijk zijn, het gaat niet goed met de aanpak van wachtlijsten in de ggz. We moeten ons daarbij blijven realiseren dat achter alle aantallen, individuen schuilgaan die deze geestelijke gezondheidszorg dringend nodig hebben.

De aanbevelingen van de Algemene Rekenkamer in het rapport «Geen plek voor grote problemen: aanpak van wachttijden in de specialistische GGZ» worden meegenomen in het te maken plan van aanpak. Dat vinden de leden van de SP-fractie zeer essentieel. De Algemene Rekenkamer berekende immers dat 11.000 patiënten met ernstige psychische aandoeningen vier maanden of langer wachten op een behandeling. Een schatting die 40 keer (!) hoger ligt dan de eerdere inschatting van de Staatssecretaris. Hoe wordt dit grote verschil verklaart, zo vragen genoemde leden. Wordt in het nieuwe plan van aanpak uitgegaan van het aantal van 11.000 patiënten met ernstige psychische aandoeningen?

Een andere conclusie die de Algemene Rekenkamer trekt is dat hoe complexer de problematiek is, hoe langer de wachttijd. Ook deze conclusie is voor de leden van de SP-fractie geen verrassing. Deze leden betreuren het wel dat hier geen positieve ontwikkeling te zien is. Welke aanvullende acties worden ondernomen om mensen met een complexere problematiek een aantrekkelijkere doelgroep voor de geestelijke gezondheidszorg te maken?

De coronacrisis heeft ook veel invloed gehad op de (wachttijden in de) ggz. De leden van de SP-fractie achten het dan ook van belang dat inmiddels een akkoord is gesloten tussen Zorgverzekeraars Nederland en ggz-instellingen. Wel vragen genoemde leden of de Staatssecretaris een vergelijking kan geven tussen de getroffen regeling voor ggz-instellingen met een opzet boven de 10 miljoen euro en de regeling die is getroffen voor kleinere zorgverleners. De zorgverzekeraars proberen via de Regeling continuïteitsbijdrage de wachtlijstaanpak te stimuleren. Ze willen dat ggz-instellingen zo snel mogelijk weer op 100 procent capaciteit proberen

te behandelen en stimuleren dat door bij meer uitval dan die 3,5 procent, de uitgevallen behandelingen in de tweede helft van dit jaar maar voor 85 procent te vergoeden in plaats van voor 94 procent. Genoemde leden zijn er eveneens voorstander van dat uitval zoveel mogelijk wordt voorkomen en dat de wachtlijsten worden aangepakt, maar vragen wel waarom een financiële straf hiervoor de oplossing zou zijn. Zou het niet beter werken om een financiële beloning te geven als ze de doelstellingen halen?

2.3 Verschillen in het ggz-aanbod

In het voorliggende rapport wordt aangegeven dat het aantal patiënten in de specialistische ggz met een zware zorgvraag sinds 2013 is afgenomen. De leden van de SP-fractie vragen of kan worden toegelicht wat de oorzaak hiervan is. Is sprake van een daadwerkelijke afname van de vraag naar specialistische ggz of is het aantal mensen dat dergelijke zware zorg kreeg gedaald omdat het aanbod van deze zorg is afgenomen?

3.1 Doorstroming en «treeknorm»

De leden van de SP-fractie vragen of in het plan van aanpak waaraan gewerkt wordt ook de groep meegenomen wordt die bij de intake door een zorginstelling is afgewezen en die op zoek moet naar een andere zorginstelling. Hoe vaak komt dit voor? Waarom begint de wachttijd opnieuw te lopen als na de intake blijkt dat de zorgaanbieder voor de patiënt geen geschikt aanbod heeft? Vertekent dit niet het beeld van de wachttijden in de ggz ontzettend?

4.1.1 Bekostigingssystematiek

De Algemene Rekenkamer concludeert dat er in de specialistische geestelijke gezondheidszorg een aantal knelpunten bestaat, onder andere verkeerde financiële prikkels die zorgaanbieders stimuleren patiënten met een (relatief) lichte zorgvraag eerder te helpen dan patiënten met een zwaardere zorgvraag. De leden van de SP-fractie waarschuwen al jaren voor deze effecten. Klopt de opmerking van de Algemene Rekenkamer dat het onzeker is of de voorgenomen bekostigingssystematiek het aantrekkelijker maakt complexere patiënten te helpen? Hoe kan het dat de NZa heeft gemeld dat deze voorgenomen bekostigingssystematiek echt tot verbetering leidt terwijl de Algemene Rekenkamer hierover onzeker is? Waarom zijn deze standpunten verschillend? Genoemde leden vragen of de opmerkingen van de Algemene Rekenkamer aanleiding zijn om de voorgenomen bekostigingssystematiek te wijzigen. Zo ja, hoe wordt deze bekostigingssystematiek gewijzigd? Hoe kan voorkomen worden dat aanbieders de zogenaamde «krenten uit de pap» blijven halen, zo vragen de leden van de SP-fractie.

4.1.2 Individuele omzetplafonds

De Algemene Rekenkamer benoemt als opvallend fenomeen in de ggz dat sprake is van onderbesteding, ondanks dat er wachtlijsten zijn. De leden van de SP-fractie hebben dit vreemde fenomeen al vele malen benoemd en vinden dit onwenselijk. Op welke wijze wordt bevorderd dat hier zo snel mogelijk een einde aan komt? Hoe wordt ervoor gezorgd dat iedereen de benodigde zorg krijgt? Kan uitgebreid ingegaan worden op de wenselijkheid van het bestaan van omzetplafonds in de ggz überhaupt? Hoe kan worden voorkomen dat de omzetplafonds bijdragen aan het feit dat het voor zorgaanbieders aantrekkelijker is om patiënten met een lichte zorgvraag te helpen? Voorts vragen genoemde leden waarom er niet voor wordt gekozen de omzetplafonds in de ggz te schrappen. Vindt de Staatssecretaris het een logische keuze van de NZa om zich eerst te

richten op een goede informatievoorziening aan verzekerden over de consequenties van omzetplafonds bij de keuze voor een polis? Wat is zijn reactie op de opmerking van de Algemene Rekenkamer dat «het hun raadzaam lijkt dat het parlement beziet of de verwachting realistisch is dat verzekerden bij het afsluiten van een polis rekening kunnen houden met deze budgetplafonds, en dat zij zich daarom afvragen of deze inzet van de NZa wel betekenisvol bijdraagt aan het wegnemen van het gesignaleerde knelpunt dat verzekerden niet tijdig de zorg krijgen waar ze recht op hebben»? De leden van de SP-fractie verwachten een uitgebreide toelichting op het bovenstaande.

4.2.1 Beperkte opbouw ambulante zorg

Een andere belangrijke oorzaak van de wachtlijsten is het feit dat er te weinig capaciteit is in (geïntegreerde) ggz-instellingen. De afgelopen jaren is het aantal bedden in klinische instellingen afgebouwd, tegelijkertijd is de ambulante zorg onvoldoende toegenomen. De leden van de SP-fractie zijn van mening dat de afbouw van bedden veel te snel is gegaan en dat het belang van de patiënt daarbij onvoldoende in ogenschouw is genomen. Genoemde leden menen daarbij dat de waarschuwingen, die vele malen door deze leden zijn geuit, in de wind zijn geslagen. Deelt de Staatssecretaris deze opvatting? Hoe wordt ervoor gezorgd dat op korte termijn voldoende (en het juiste) aanbod beschikbaar is? Uit het rapport van de Algemene Rekenkamer komt naar voren dat betrokkenen vraagtekens zetten bij de ambulantisering van de specialistische ggz. De leden van de SP-fractie vragen de Staatssecretaris of hij dit herkent en deelt. Zo ja, is een toename van het aantal bedden en een zeer sterke intensivering van de ambulante zorg gepland? Hoe kan het dat de opbouw van specialistische ggz buiten de muren van de instellingen niet landelijk wordt opgepakt?

4.2.2 Personeelsgebrek

Het verbaast de leden van de SP-fractie niet dat sprake is van een *braindrain* uit grote ggz-instellingen, gezien de voordelen die het zzp'erschap in de ggz momenteel heeft. Toch willen deze leden hierbij nogmaals pleiten voor een stevige inzet op het behoud en het werven van personeel in deze instellingen. Wanneer wordt de Kamer geïnformeerd over de afspraken die de partijen in het hoofdlijnenakkoord maken specifiek op het punt om het personeelstekort in de specialistische ggz een halt toe te roepen? Welke concrete verwachting heeft de Staatssecretaris ten aanzien van deze plannen? Hoe wordt voorkomen dat extra personeel dat wordt geworven in de specialistische ggz er uiteindelijk toch voor kiest om vrijgevestigd te gaan werken? Welke verwachting heeft de Staatssecretaris inzake de personeelsbehoefte voor de komende jaren en hoe wordt eraan gewerkt om hieraan tegemoet te komen?

4.3 Moeizame afschaling

De leden van de SP-fractie lezen voorts in het rapport dat de moeizame uitstroom uit de ggz een ander knelpunt is dat bijdraagt aan de te lange wachtlijsten. Ook dit punt is natuurlijk al langer bekend, maar daarmee niet minder ernstig. Wat is de reactie van de Staatssecretaris op de huiver bij professionals voor het afschalen van zorg, omdat het door de wachtlijsten moeilijk blijkt te zijn de zorg weer op het oude niveau te krijgen wanneer klachten bij patiënten terugkeren? Kan de Staatssecretaris aangeven hoe vaak het voorkomt dat iemand opnieuw zorg nodig heeft door het terugkeren van de problemen, maar dat de persoon dan weer op de wachtlijst terechtkomt? Hoe wordt dit voorkomen, zo vragen de leden van de SP-fractie. Dit leidt er immers toe dat zorg niet

afgeschaald wordt en dat problemen erger worden? Het leidt immers ook tot hogere kosten, zo merken genoemde leden op. Hoe kan een meer langetermijndenken hierbij gestimuleerd worden, waarbij deze leden zich realiseren dat dit geen eenvoudige opdracht is?

De leden van de SP-fractie pleiten ervoor dat eindelijk een einde komt aan het hokjes denken in de geestelijke gezondheidszorg. Hoe kan dit voor eens en voor altijd gestopt worden? Is het bijvoorbeeld mogelijk dat budgetten uit verschillende domeinen samengevoegd worden? Hoe kan dit gestimuleerd worden?

5.1 Algemeen beleid

De afspraak was dat uiterlijk op 1 juli 2018 alle wachttijden binnen de ggz binnen de Treeknormen zouden vallen. De leden van de SP-fractie constateren dat het op dit moment, twee jaar later, duidelijk is dat dit nog steeds niet het geval is. Volgens de Staatssecretaris ligt de oplossing «in de regio» en zou een regionale doorzettingsmacht ingevoerd moeten worden. Wat houdt deze «regionale doorzettingsmacht» nu precies in, zo vragen deze leden. Hoe kan het dat hier al een aantal jaar over wordt gesproken, maar dat het nog steeds niet duidelijk is wat hier precies onder verstaan wordt?

5.2 Regionale taskforces en 5.3 Landelijke stuurgroep

De Algemene Rekenkamer concludeert dat de regionale taskforces die zijn opgericht zich voornamelijk nog in de planfase bevinden en dat de positie van de Landelijke stuurgroep wachttijden ggz als onduidelijk wordt ervaren. De leden van de SP-fractie vragen om een reactie op deze conclusies. Wat is de planning met betrekking tot de rol van de regionale taskforces? Hoe wordt de rol van de landelijke stuurgroep verduidelijkt? Daarnaast vragen deze leden of de conclusies van de Algemene Rekenkamer aanleiding zijn voor een verandering bij (een van) beide groepen.

De leden van de SP-fractie lezen in het rapport dat een van de problemen hierbij is dat de taskforces geografisch niet overeenkomen met de regio's waarin betrokken partijen werkzaam zijn. Genoemde leden vragen waarom hiervoor is gekozen. Zij vragen of hiervoor een oplossing voorzien is. Hoe wordt bevorderd dat alle belanghebbenden hierbij betrokken worden, dat huisartsen in staat worden gesteld om bij de taskforces aan te sluiten en dat betrokken zorgverzekeraars namens alle zorgverzekeraars kunnen spreken?

De leden van de SP-fractie begrijpen dat de optie van de gemeenschappelijke wachtlijst meegenomen wordt in de verkenning van de landelijke stuurgroep die aan het einde van dit jaar afgerond moet zijn. Op welke wijze wordt de Autoriteit Persoonsgegevens betrokken bij de analyse van concurrentieoverwegingen, die al dan niet in de weg staan bij het voeren van een gezamenlijke wachtlijst? Is de Staatssecretaris bereid de Autoriteit Persoonsgegevens opdracht te geven om op dit punt met een duidelijk standpunt te komen? Daarnaast ontvangen deze leden graag een duidelijke analyse met betrekking tot de privacywetgeving. In hoeverre en in welke situatie mogen ggz-instellingen en gemeenten (welke) patiëntgegevens uitwisselen? De leden van de SP-fractie vragen om een uitgebreide reflectie op de invloed ter zake van de mededingingswetgeving en de privacywetgeving.

De leden van de SP-fractie vragen of de oproep van de stuurgroep om te komen met landelijke voorwaarden die nodig zijn om wachtlijsten op te lossen gehoor krijgt. Zo nee, waarom niet?

5.4.1 Landelijke aanpak

Binnenkort verschijnt de contourennota. De leden van de SP-fractie willen de garantie dat in deze nota ook aandacht is voor de (lange) wachttijden in de zorg.

De leden van de SP-fractie achten het antwoord van de Staatssecretaris heeft gegeven op het onderhavige rapport, namelijk dat de NZa toeziet op de naleving van de zorgplicht inzake de problemen met omzetplafonds in dit kader onvoldoende als het gaat om deze belangrijke kwestie. Waarom is het niet duidelijk in hoeverre de toezichthouder de zorgplicht juridisch kan afdwingen met een opgelegde verhoging van een omzetplafond? Betekent dit dat geen enkele partij dit kan afdwingen?

5.7 Effecten van de aanpak

De leden van de SP-fractie kunnen bij deze paragraaf enkel concluderen dat het gesloten bestuurlijk akkoord nog niet veel heeft opgeleverd. Genoemde leden vragen dan ook op welke wijze hier een slinger aan gegeven kan worden. Deelt de Staatssecretaris de conclusie van deze leden dat het concept van zorgbemiddeling voor deze specifieke doelgroep eigenlijk geen toegevoegde waarde heeft?

6.2 Aanbevelingen

De Algemene Rekenkamer doet in haar rapport een aantal aanbevelingen. De leden van de SP-fractie vragen de Staatssecretaris om per aanbeveling aan te geven of deze wordt overgenomen (en zo ja, hoe) of niet, met daarbij een onderbouwing van de gemaakte keuzes. In het rapport wordt aangegeven dat er verschillende wetgevingsinitiatieven zijn die betrekking hebben op de uitwisseling van gegevens. Tenslotte ontvangen deze leden graag een volledig overzicht van deze initiatieven met daarbij aangegeven wat de stand van zaken van de wetgevingstrajecten is en daarbij tevens aangegeven wanneer de wetsvoorstellen naar verwachting bij de Kamer worden ingediend.

De leden van de **50PLUS-fractie** vragen of de Staatssecretaris bereid is om per januari 2021 de bekostiging van de ggz aan te pakken, zodat het aantrekkelijker wordt voor zorgaanbieders ook hulp te bieden aan mensen die hoogcomplexere zorg nodig hebben. Genoemde leden vragen of het een mogelijkheid is om geld te oormerken voor het behandelen van mensen die hoogcomplexere zorg nodig hebben. Zo nee, waarom niet?

d. Overig

Psychodiagnostisch werkenden

De leden van de **VVD-fractie** hebben (herhaalde malen) aandacht gevraagd voor de psychodiagnostisch werkenden (PDW). Er heeft terugkoppeling plaatsgevonden van het gesprek op 10 juni jl. met de Vereniging van Psychodiagnostisch Werkenden (VVP) richting de Kamer.⁶ Deze leden danken de Staatssecretaris hiervoor. Deze terugkoppeling geeft een positieve indruk om de PDW daadwerkelijk op de goede plek, zelfstandig en passend binnen de kostensystematiek, in de keten in te zetten om goede diagnoses te stellen. Genoemde leden zijn benieuwd naar een tussenstand van zaken ten aanzien van dit dossier, teneinde verder tegemoet te komen aan «de juiste zorg, op de juiste plek», voor een beroepsgroep die in staat is een bijdrage te leveren aan het terug-

⁶ Kamerstuk 25 424, nr. 546

dringen van de wachttijden. Voorts vragen de leden van de VVD-fractie of, na beantwoording van dit schriftelijk overleg, de Kamer voorafgaand aan het algemeen overleg over de GGZ dat in het najaar zal worden gepland, de Kamer door middel van een brief van de Staatssecretaris op de hoogte gesteld kan worden van de voortgang.

De leden van de VVD-fractie vragen of er al helderheid is over de uitkomsten van de veldafpraak voor het Zorgprestatie­model 2022. Als daar inderdaad uit komt dat de PDW een tijdschrijvend beroep moet worden omdat diagnostiek van groot belang is voor het leveren van de juiste zorg, is de Staatssecretaris dan bereid deze veldnorm over te nemen en zo spoedig mogelijk om te zetten in beleid?

In genoemde brief van 1 juli jl. staat dat de VVP aangeeft dat instellingen geen gebruik maken van het experiment voor beroepen die nu geen tijd kunnen schrijven, maar die wel kunnen bijdragen aan het verkorten van wachttijden in de ggz. De leden van de VVD-fractie vragen of de andere beroepsgroepen waarvoor het experiment bedoeld was (onder andere hbo-psychologen) dezelfde ervaringen hebben met het experiment? Beoordeelt de Staatssecretaris de effectiviteit van het experiment? Wanneer ontvangt de Kamer de uitkomsten van de evaluatie die in de brief van 1 juli wordt aangekondigd?

Physician assistants

Vervolgens vragen de leden van de VVD-fractie aandacht voor de positie van de physician assistants in de ggz. Physician assistants (PA's) zijn ruim 15 jaar geleden door de toenmalige Minister van VWS (mevrouw Borst) geïntroduceerd in Nederland om de zorg toegankelijker en doelmatiger te maken. PA's worden opgeleid en ingezet in het kader van taakher­schikking. De opname van het beroep in de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG) is een goede ontwikkeling in de verankering en positionering van het beroep in Nederland. Helaas blijft de verankering van de positie van de PA als zelfstandige behandelaar in de ggz daarop achter, ondanks herhaaldelijk aandringen, onder andere in debatten.

De leden van de VVD-fractie vragen de Staatssecretaris naar de stand van zaken, naar aanleiding van de vragen in een debat in 2018 naar de praktische oplossingen die bedacht zouden worden om PA's snel en effectief in te kunnen zetten om onder andere de veel te lange wachttijden tegen te gaan.

Destijds heeft de Staatssecretaris aangegeven dat dat via experimenteer­ruimte kan. Deelt de Staatssecretaris de mening van de leden van de VVD-fractie dat de ggz-sector bol staat van de experimenten, maar dat maar weinig experimenten omgezet worden in structureel beleid en uitvoering, teneinde definitieve oplossingen te bieden voor de proble­matiek van onder andere de wachtlijsten?

Kan de Staatssecretaris aangeven hoe hij tegemoet wil komen aan de wil van de beroepsgroep van de PA's om van meerwaarde te kunnen zijn, ook voor de ggz-sector, daar waar zij dit al veelvuldig bewezen hebben in de curatieve sector? De leden van de VVD-fractie vragen voorts of de Staatssecretaris hun mening deelt dat de wachttijdenproblematiek nu vraagt om snelle en praktische oplossingen, die met het inzetten van PA's in de sector bereikt kan worden. Is de Staatssecretaris bereid het overleg op te pakken met de Nederlandse Associatie Physician Assistants (NAPA), de beroepsorganisatie achter de PA's, en deze mogelijkheid (de inzet van PA's in de ggz) te verzilveren?

Actualiteit

De leden van de VVD-fractie geven aan dat recent in het nieuws een bericht is verschenen dat de wachttijden in de ggz verdampen, door een aanpak die zorgverzekeraar VGZ heeft ingezet. Kan de Staatssecretaris aangeven wat het verschil is tussen deze aanpak, waarbij de wachttijden verdampen, en de eerdere aanpak waar dat niet lukte, zo vragen genoemde leden. Kan de Staatssecretaris aangeven wat zijn visie is op de aanpak van VGZ? Kan de Staatssecretaris aangeven wat hij zal doen om dit experiment breed in de sector structureel in te bedden, indien dit tot tevredenheid leidt in de totale aanpak van de wachttijden? Tenslotte vragen deze leden welke concrete stappen de Staatssecretaris neemt om andere zorgverzekeraars hier ook toe aan te zetten, teneinde de patiënten in de ggz eindelijk een behandeling te laten krijgen die past binnen de afgesproken Treeknormen.

Psychodiagnostisch werkenden

De leden van de **D66-fractie** lezen in het verslag van een schriftelijk overleg over de Psychodiagnostisch werkenden (PDW) dat er nog geen aanvragen zijn ingediend voor deelname aan het experiment waarin de PDW de mogelijkheid wordt geboden om declarabele uren te laten schrijven.⁷ Dat is erg teleurstellend. Welke stappen gaat de Staatssecretaris actief ondernemen om het aantal deelnemers te doen stijgen? Wat is de voornaamste reden dat er nog geen gebruik van wordt gemaakt? Is de Staatssecretaris het met deze leden eens dat het juist nu van belang is dit experiment uit te voeren? Tenslotte vragen deze leden wat het resultaat is van de gesprekken die de Staatssecretaris deze zomer met partijen heeft gevoerd over dit bekostigingsexperiment.

De leden van de **50PLUS-fractie** attenderen erop dat in het algemeen overleg GGZ, maatschappelijke opvang, suicidepreventie van 8 juni jl.⁸ onder andere het lid van deze fractie het onderzoek van GGNet betreffende herdiagnostisering bij patiënten aan de orde heeft gesteld. De Staatssecretaris gaf in dat overleg aan dat hij de sector aanspoort om een voorbeeld te nemen aan GGNet. Deze leden vragen hoe de Staatssecretaris er in de toekomst voor zorgt dat dit initiatief en andere goede initiatieven goed worden verspreid onder aanbieders en dat die dit ook oppakken. Welke rol ziet hij hierbij voor de toezichthouders in de probleemregio's?

II. Reactie van de Staatssecretaris

Brief «Vervolgstappen wachttijden ggz» (Kamerstuk 25 424 nr. 545)

*De leden van de **VVD-fractie** lezen dat de Staatssecretaris in zijn brief van 19 december 2019⁹ aangeeft dat elke verzekeraar concrete, tijdgebonden afspraken met zorgaanbieders zou moeten maken over het bereiken van verbeteringen in de aanpak van de wachttijden en de voortgang hiervan goed moet monitoren. Uit de Monitor Contractering ggz van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) blijkt dat een groot deel van het veld bij de contractering voor 2020 nog (steeds) geen afspraken rondom wachttijdreductie heeft gemaakt. Wat zijn hiervan de consequenties en hoe zorgt de Staatssecretaris ervoor dat deze afspraken wel bij de contractering voor 2021 gemaakt zijn, zo vragen genoemde leden.*

⁷ Kamerstuk 25 424, nrs. 507 en 550

⁸ Kamerstuk 25 424, nr. 547

⁹ Kamerstuk 32 620, nr. 244

Antwoord 1:

Contractering biedt een concrete en belangrijke mogelijkheid om gericht bij te dragen aan het reduceren van wachttijden in de ggz. De monitor van de NZa wijst uit dat die mogelijkheid (lang) niet overal wordt benut door alle zorgaanbieders en verzekeraars. Het is dringend nodig dat dit wel gebeurt, gezien de grote opgave waar de sector voor staat.

De NZa neemt deze constatering mee in haar gezamenlijke toezicht-aanpak met de IGJ. De NZa en de IGJ richten zich daarbij specifiek op vier regio's waar de wachttijden heel lang zijn. Tussen april en augustus hebben de NZa en IGJ gesprekken gevoerd in deze regio's. De NZa en IGJ houden de komende tijd vinger aan de pols en gaan na of er voldoende voortgang is in het realiseren van verbetermaatregelen. Daarnaast onderzoekt de NZa bij de zorgverzekeraars momenteel hoe zij hun contracteerproces hebben verbeterd en waar zij eventueel nog mogelijkheden laten liggen.

Ik gebruik zelf bestuurlijke overleggen om de partijen op de voortgang op dit onderwerp te bevragen en aan te spreken. In de monitor van de NZa is een aantal aanbevelingen gedaan om verbeteringen te boeken voor wat betreft de inhoud van afspraken tussen zorgverzekeraars en aanbieders. Een daarvan is om de kennis over en gebruik van de gespreksleidraad ten behoeve van het terugdringen van wachttijden (van ZN, de Nederlandse ggz (voorheen GGZ Nederland) en MeerGGZ) te vergroten. Met partijen heb ik afgesproken dat ze met de aanbevelingen van de NZa aan de slag gaan. Het is van belang dat verzekeraars en zorgaanbieders dat in gezamenlijkheid doen zodat de contractering verder verbetert. Zorgverzekeraars Nederland (ZN) heeft deze zomer het initiatief genomen om haar leden (nogmaals) te attenderen op 1) de constatering van de NZa dat de gespreksleidraad voor de contractering nog niet bij alle zorgverzekeraars en aanbieders bekend en gebruikt is, en 2) op de toezegging uit 2019 om deze leidraad actief te benutten in de contractering.

Alle zorgverzekeraars hebben in het eerste kwartaal van 2020 bij de NZa een verbeterplan ingediend, waarin ze aangeven hoe ze de resterende verbeterpunten naar aanleiding van de controlebezoeken van de NZa aanpakken, zo constateren de leden van de VVD-fractie. Deze plannen worden beoordeeld door de NZa en de bevindingen worden in de zomer teruggekoppeld. Genoemde leden vragen wat de stand van zaken hiervan is. Tevens vragen zij hoe de NZa de vinger aan de pols houdt wanneer de verbeterplannen uitgewerkt worden door de zorgverzekeraars.

Antwoord 2:

De NZa heeft de plannen van de zorgverzekeraars beoordeeld. Hierover is de NZa met de verzekeraars individueel in gesprek. Dat loopt op dit moment (september 2020). Naast individuele terugkoppelingen richting de zorgverzekeraars, geeft de NZa voor het eind van dit jaar aan wat het algemene beeld is wat zij uit de plannen en de gesprekken opmaakt.

De NZa blijft volgen of acties daadwerkelijk worden ingezet, doorgezet en of gestuurd wordt op resultaten. De NZa kijkt in dit kader naar de inspanningen van zorgverzekeraars. Zij moeten zich tot het uiterste inspannen om de toegang tot zorg voor hun verzekerden te borgen. Zij kunnen het probleem van de wachttijden in de ggz uiteraard niet alléén oplossen. Dat vergt intensieve samenwerking tussen de partijen. Die samenwerking onderzoekt de NZa – samen met IGJ – in verschillende regio's waar de wachttijden erg hoog zijn. Naast de terugkoppeling per regio aan betrokken partijen, komen IGJ en NZa dit najaar met hun algemene bevindingen van de gezamenlijke bezoeken aan vier regio's (Arnhem, Flevoland, Amsterdam en Zuid-Limburg).

De leden van de VVD-fractie lezen dat uit het bestuurlijk overleg concrete aanknopingspunten zijn voortgekomen die daadwerkelijk zouden kunnen resulteren in een doorbraak in de aanpak van de wachttijden. Waarom is de Staatssecretaris nu van mening dat de aanknopingspunten tot concrete resultaten zullen leiden en wat is daarin het verschil met de situatie daaraan voorafgaand, toen dit nog niet het geval was, zo vragen deze leden. Wanneer is volgens de Staatssecretaris sprake van een doorbraak?

Antwoord 3:

In mijn brief van 25 juni (Kamerstuk 25 424, nr. 545) heb ik aangegeven dat het bestuurlijk overleg met de Stuurgroep wachttijden concrete aanknopingspunten bood om daadwerkelijk een doorbraak in de aanpak van de wachttijden te realiseren. Op 1 juli (Kamerstuk 25 424, nr. 546) heb ik uw Kamer de tussenevaluatie van de stuurgroep gestuurd. Afgelopen maanden is er hard gewerkt om die ambitie verder vorm te geven. Op 13 oktober jl. heb ik u geïnformeerd over de voortgang en de concrete uitwerking van de vervolgstappen (Kamerstuk 25 424, nr. 555). Deze zien onder andere op het krijgen van inzicht in (unieke) wachtenden, het faciliteren van zogenaamde transfermechanismen, inclusief de implementatie van een zogenoemde aanmeldpauze en de inzet van versnellers in 8 probleemregio's. Dit vind ik kansrijke acties, omdat ze ervoor zorgen dat we steeds meer zicht- en daarmee grip – op de problematiek krijgen. Als we bijvoorbeeld precies weten hoeveel mensen er in een regio met gemiddeld lange wachttijden op een wachtlijst staan, kunnen zorgverzekeraars en zorgaanbieders samen zorgen voor zorgbemiddeling voor deze wachtenden, op een actievere wijze dan tot nu toe aan de orde is. Tot slot vragen de leden wanneer er sprake is van een doorbraak. Een doorbraak is er wat mij betreft als we er in slagen de wachttijd bij diverse diagnosegroepen structureel te verkorten zodat de totale gemiddelde wachttijd onder de Treeknorm komt.

Daarnaast vragen de leden van de VVD-fractie hoe de genoemde aanknopingspunten (een sluitende keten van verwijzing en/of zorgbemiddeling, transparantie over het aantal (uniek) wachtenden, extra inzet op de acht regio's met de meest forse wachttijdproblematiek via zogenoemde versnellers, focus op specifieke doelgroepen en op vormgeving van regionale doorzettingsmacht voor mensen die tussen wal en schip vallen) een bijdrage leveren aan het oplossen van de voornaamste knelpunten in de ggz zoals genoemd in het rapport van de Algemene Rekenkamer. De in dit rapport genoemde knelpunten betreffen: verkeerde financiële prikkels, te weinig capaciteit in instellingen en moeizame uitstroom uit de ggz. Kan de Staatssecretaris nader toelichten hoe de aanknopingspunten ertoe bijdragen om genoemde knelpunten op te lossen?

Antwoord 4:

De Algemene Rekenkamer heeft de door haar geconstateerde knelpunten omgezet in aanbevelingen. In een bestuurlijke reactie heb ik richting de Algemene Rekenkamer aangegeven hoe ik met deze aanbevelingen aan de slag ben en ga¹⁰. Die uitvoering betreft een aantal omvangrijke trajecten die al in gang waren gezet, zoals de invoer van een nieuwe bekostiging in de ggz om de financiële prikkels te verbeteren en verschillende wetstrajecten om de gegevensuitwisseling tussen medisch- en sociaal domein te verbeteren. De acties waarover ik u op 13 oktober jl. heb geïnformeerd (Kamerstuk 25 424, nr. 555), sluiten daar deels bij aan en komen daar deels bovenop.

¹⁰ <https://www.rekenkamer.nl/publicaties/brieven/2020/06/25/reactie-staatssecretaris-van-vws-op-het-rapport-geen-plek-voor-grote-problemen>

De leden van de VVD-fractie lezen in de brief van de Staatssecretaris dat de NZa en Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) de komende periode onder andere actief zijn in de regio's met hardnekkige wachttijdproblemen. Kan de Staatssecretaris toelichten hoe genoemde leden deze bijdrage moeten zien in relatie tot de normale werkzaamheden van NZa en IGJ? Zijn de NZa en IGJ op een andere manier actief in deze regio's? Zo ja, hoe dan? Zo nee, hoe moeten deze leden deze passage dan lezen?

Antwoord 5:

De reguliere toezichtsactiviteiten van de IGJ en NZa zijn in principe gericht op (respectievelijk) ofwel zorgaanbieders ofwel zorgverzekeraars. In het kader van de aanpak van de wachttijden in de ggz hebben de IGJ en NZa recent bij wijze van pilot een *gezamenlijk* toezichtstraject opgezet. Zij bezoeken daarbij samen verschillende regio's waar de wachttijden lang zijn, en spreken zorgaanbieders en zorgverzekeraars in gezamenlijkheid aan. In mijn brieven van 4 juni & 13 oktober jl. heb ik u daar uitgebreider over geïnformeerd (Kamerstuk 25 424, nrs. 531 & 555). Op dit moment richten IGJ en NZa zich op vier probleemregio's. In de zomer hebben de toezichthouders het gezamenlijke toezichtstraject geëvalueerd. Ik ben blij dat zij zich op basis hiervan hebben voorgenomen hun gezamenlijke toezichtsactiviteiten uit te breiden naar de overige vier regio's die als probleemregio's zijn aangemerkt.

Tevens vragen deze leden welke prestatieafspraken er door de Staatssecretaris zijn gemaakt en wat de eventuele consequenties zijn bij het niet nakomen van deze afspraken.

Antwoord 6:

Met mijn brief van 13 oktober jl. heb ik u uitgebreider geïnformeerd over de acties die ik de met de stuurgroep heb ingezet. In deze brief is de uitvoering van de motie van het lid Van den Berg c.s. over het stellen van meetbare doelen (Kamerstuk 25 424, nr. 535) meegenomen.

De leden van de VVD-fractie kunnen zich voorstellen dat de coronacrisis van invloed is op de aanpak van de wachttijden. Deze leden vragen daarom in hoeverre deze crisis en de maatregelen daaromtrent effect hebben gehad op de wachtlijsten tot nu toe. Wat heeft de coronacrisis met de vraag naar geestelijke gezondheidszorg gedaan? Is er mogelijk sprake van een verdampende zorgvraag? Zo ja, kan de Staatssecretaris duiding geven van de oorzaken van de verdamping en daarbij aangeven welke lessen hieruit getrokken kunnen worden?

Antwoord 7:

Het kabinet heeft de NZa gevraagd de opschaling van reguliere zorg, die als gevolg van de coronacrisis tijdelijk was afgeschaald te coördineren. Als onderdeel van die taak brengt de NZa via een monitor het effect in beeld van de coronacrisis op verwijzingen naar de ggz, wachttijden in de ggz en behandelingen in de ggz. De meest recente monitor dateert van 2 oktober jl.¹¹ Ten aanzien van de wachttijden signaleert de NZa in die monitor op basis van de cijfers die tot en met augustus zijn aangeleverd, dat er over de gehele linie weinig veranderingen hebben plaatsgevonden. Of er sprake is van een verdampende zorgvraag, is nog lastig te zeggen.

Op basis van verwijzingsdata schat de NZa dat er sinds half maart ongeveer 71.000 minder verwijzingen van de huisarts naar de ggz hebben plaatsgevonden dan op basis van de aantallen uit 2019 en de eerste maanden van dit jaar verwacht mocht worden. De NZa presenteert in de laatste rapportages ook actuele registratiedata over behandeltrajecten van enkele

¹¹ https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_322871_22/1/

ggz-instellingen. Op basis van deze (niet representatieve) data constateert de NZa onder andere dat het aantal nieuw gestarte behandelingen sinds de COVID-19-maatregelen sterk gedaald is en nog lang niet op het niveau van voorgaande jaren zit. De NZa geeft hier geen verklaring voor, maar dit zou eraan bij kunnen dragen dat de wachttijden niet terug zijn gelopen. Ik adresseer deze ontwikkelingen in de koepeloverleggen over de corona-crisis met de ggz-sector, waar de NZa ook bij aansluit. Het is nog te vroeg om te constateren of alle uitgebleven verwijzingen worden ingehaald. Volgens de laatste cijfers zitten de verwijzingen inmiddels weer op een niveau dat vergelijkbaar is met 2019.

*De leden van de **SP-fractie** begrijpen dat alle ingezette initiatieven nog niet hebben geleid tot het terugdringen van de wachttijden in de specialistische ggz. Genoemde leden betreuren deze conclusie. Deze leden hopen dat het recent opgestelde Plan van aanpak toegankelijkheid en beschikbaarheid hoogcomplexen ggz¹² alsnog het gewenste effect zal hebben. Mensen die zorg nodig hebben, moeten deze zorg immers (zo snel mogelijk) krijgen. Het is goed dat hier direct actie op wordt ondernomen. De leden van de SP-fractie hopen dat de conclusies en aanbevelingen uit het rapport van de Algemene Rekenkamer een centrale plaats krijgen in de uiteindelijke uitvoering van het plan van aanpak. Te lange wachtlijsten zorgen immers voor veel leed, een verergering van problematiek en extra kosten.*

*De leden van de **50PLUS-fractie** zijn van mening dat de brief van 25 juni jl. te weinig urgentie uitstraalt. Wanneer kunnen de mensen die op de wachtlijsten staan concrete resultaten verwachten? Nu lijkt het alsof er vooral veel gesprekken worden gevoerd, maar dat die nog weinig concreets opleveren.*

Antwoord 8:

Zoals ik in mijn brief van 13 oktober jl. (Kamerstuk 25 424, nr. 555) heb toegezegd zal ik de Kamer nog voor het AO van 19 november a.s. informeren over o.a. het «plan hoogcomplexen ggz». Het rapport van de Algemene Rekenkamer biedt nuttige conclusies en aanbevelingen die ik op verschillende plekken inbreng en waarop ik acties inzet. Voor een gedetailleerd overzicht, verwijs ik u naar mijn reactie aan de Algemene Rekenkamer¹³.

De wachttijden in de ggz zijn voor mij een zeer urgent vraagstuk en de aanpak is erop gericht zo snel mogelijk resultaat te boeken voor de mensen op de wachtlijst. Ik heb uw Kamer in mijn brief van 13 oktober uitgebreider geïnformeerd over de acties die ik de komende tijd wil uitvoeren. Er worden wel degelijk concrete stappen gezet die tot concrete resultaten leiden. Ik denk daarbij aan het initiatief in de regio Rotterdam, waarbij VGZ, de Parnassia Groep en enkele andere grote en kleinere aanbieders om de tafel zijn gaan zitten om te kijken hoe de wachtenden bij de ene aanbieder sneller een plek zouden kunnen krijgen bij een andere aanbieder. Door aan die tafel inzicht te krijgen in unieke wachtenden, zijn mensen daadwerkelijk bemiddeld naar een snellere behandelplek.

Rapport «Geen plek voor grote problemen; Aanpak van wachttijden in de specialistische ggz»

*De leden van de **VVD-fractie** lezen in het onderhavige rapport van de Algemene Rekenkamer dat de Staatssecretaris het belang van gegevensuitwisseling tussen ggz, zorgverzekeraar en gemeente onderschrijft. Kan*

¹² Kamerstuk 25 424, nr. 525

¹³ <https://www.rekenkamer.nl/publicaties/brieven/2020/06/25/reactie-staatssecretaris-van-vws-op-het-rapport-geen-plek-voor-grote-problemen>

de Staatssecretaris aangeven waar de knelpunten bij gegevensuitwisseling zitten? Waarom kunnen de gegevens binnen de Jeugdwet wel worden uitgewisseld en binnen de ggz niet, zo vragen deze leden.

Antwoord 9:

De Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) vereist een grondslag voor verwerking van persoonsgegevens. Op dit moment bevat de wetgeving met betrekking tot de zorg geen wettelijke grondslag voor de zorgaanbieders om gezondheidsgegevens aan te leveren aan uit te wisselen met derde partijen, bijvoorbeeld in het kader van het terugdringen van de wachttijden. Uitwisseling van persoonsgegevens t.b.v. het verkorten van wachttijden jeugd-ggz voor individuele jeugdigen kan plaatsvinden op grond van artikel 7.4.0, eerste lid, onderdeel a, van de Jeugdwet, zolang de uitwisseling slechts plaatsvindt tussen de colleges van B&W of door hen aan te wijzen personen enerzijds en aanbieders anderzijds.

De wachttijden beginnen opnieuw te lopen als na de intake van de patiënt blijkt dat de zorgaanbieder voor deze patiënt geen geschikt aanbod heeft. Voor de patiënt begint de wachttijd dan natuurlijk niet opnieuw: die komt elders en/of opnieuw op een wachtlijst te staan en wacht alleen maar langer. De leden van de VVD-fractie vragen of bekend is hoeveel van de ongeveer 11.000 patiënten (uit de momentopname van de specialistische ggz) die langer dan de Treeknorm moesten wachten, ook nog eerst op een verkeerde wachtlijst hebben gestaan. Wat vindt de Staatssecretaris van deze systematiek? Vindt hij dat wachttijden op die manier goed inzichtelijk zijn? Daarbij vragen deze leden de Staatssecretaris ervan vindt dat patiënten dus soms weken op een «verkeerde» wachtlijst staan. Is hij voornemens hier iets aan te doen en zo ja, wat dan?

Antwoord 10:

Het is niet bekend in hoeverre de ongeveer 11.000 te lang wachtenden eerst op een verkeerde wachtlijst hebben gestaan. Het is op dit moment bijvoorbeeld ook niet bekend welk deel van dit aantal zich op meerdere wachtlijsten heeft laten plaatsen of is geplaatst: de 11.000 betreft een momentopname van opgetelde aantallen, niet van unieke wachtenden. Zoals ik u in mijn brief van 13 oktober jl. (Kamerstuk 25 424, nr. 555) heb laten weten, werkt de NZa aan een gefaseerde aanpassing van de Transparantieregeling om beter zicht te krijgen op het unieke aantal wachtenden. Om te voorkomen dat patiënten op een verkeerde wachtlijst staan, is het van belang dat zo snel mogelijk duidelijk wordt waar een patiënt het beste geholpen kan worden. Deze inschatting wordt in de eerste plaats gemaakt door de huisarts bij de verwijzing en vervolgens in het proces van triage en diagnostiek door de ggz-aanbieder. Om hierin een verbeterslag te maken, werken partijen aan een Generieke Module Verwijzing, triage en diagnostiek.

De Algemene Rekenkamer concludeert dat sprake is van een beperkte opbouw van de ambulante zorg. Ook in andere onderzoeken (onder andere van het Trimbos-instituut) wordt op dit probleem gewezen. De leden van de VVD-fractie vragen dan ook wat de Staatssecretaris heeft gedaan om de ambulantisering van de ggz te laten slagen en in een juiste verhouding te laten staan tot de afbouw van het aantal bedden. Kan de Staatssecretaris aangeven of, en zo ja, hoeveel mensen tussen wal en schip zijn beland bij de afbouw van de bedden en het onvoldoende inrichten van de ambulante zorg? Genoemde leden vragen wat de Staatssecretaris doet om deze mogelijke groep mensen weer van de juiste zorg te voorzien, waarbij hopelijk een lange wachttijd vermeden kan worden.

Antwoord 11:

Uw Kamer wordt jaarlijks geïnformeerd over de ontwikkelingen met betrekking tot de klinische capaciteit en de opbouw van de ambulante zorg (Kamerstuk 25 424, nr. 505). In mijn reactie van 21 februari 2020 op de voorstellen van «Lijm de zorg» (Kamerstuk 25 424, nr. 521) heb ik aangegeven dat ik versteviging van de opbouw van ambulante ggz van belang vind en dat ik kritisch wil kijken naar de vraag of we verder moeten gaan met de afbouw van intramurale plekken. Voor de ambulante zorg en steun geldt dat een stevige impuls nodig is, met name vanuit het sociale domein en vooral nauwer en beter samengewerkt wordt tussen gemeenten en zorgverzekeraars. Ik heb ten behoeve van deze intensivering, € 95 miljoen structureel beschikbaar gesteld aan de gemeenten. In dat licht is het van belang om te volgen of deze intensivering in het gemeentelijke domein voldoende plaatsvindt. Samen met de VNG en ZN werk ik er aan dit beter in kaart te gaan brengen en op regionaal niveau te volgen.

De leden van de VVD-fractie lezen dat het nog steeds onduidelijk wordt gevonden wat wordt bedoeld met «regionale doorzettingsmacht», voor het geval dat maatregelen om wachttijden terug te dringen niet blijken te werken. Kan de Staatssecretaris aangeven wat zijn invulling is van het begrip «regionale doorzettingsmacht»? Kan hij daarbij duidelijk schetsen waaruit deze doorzettingsmacht blijkt, welke afspraken hierover gemaakt zijn, en hoe deze af te dwingen zijn? Kan hij daarbij tevens aangeven welke consequenties het heeft indien deze afspraken niet worden nagekomen?

Antwoord 12:

Ik heb de Kamer met mijn brief van 13 oktober jl. (Kamerstuk 25 424, nr. 555) geïnformeerd over de voortgang van de totale aanpak rond wachttijden die ik dit najaar tot stand wil brengen, waarbij ik ook nader op regionale doorzettingsmacht ben ingegaan.

De Landelijke stuurgroep wachttijden ggz heeft een gespreksleidraad ontwikkeld die verzekeraars en zorgaanbieders moest helpen om contractafspraken te maken over het terugdringen van de wachttijden, zo lezen de leden van de VVD-fractie. Uit de Monitor contractering ggz van de NZa bleek dat deze leidraad nog niet bij alle verzekeraars en zorgaanbieders bekend en gebruikt is. Genoemde leden vragen welke maatregelen genomen worden om deze leidraad bij de volgende inkoopronde leidend te laten zijn bij de onderhandelingen van elke zorgverzekeraar, mede in het licht van de gemaakte afspraken tussen partijen en de consequenties van het niet nakomen van deze afspraken.

Antwoord 13:

Voor het antwoord op deze vraag verwijs ik naar antwoord 1 op vragen van de leden van de VVD-fractie.

De leden van de VVD-fractie lezen in het rapport dat de Algemene Rekenkamer concludeert dat het zeer onzeker is of de huidige aanpak van wachttijden in de specialistische ggz voldoende remedie biedt voor de oplossing van de voornaamste knelpunten: verkeerde financiële prikkels, te weinig capaciteit in instellingen en moeizame uitstroom uit de specialistische ggz. Hoe reflecteert de Staatssecretaris op deze conclusie, zo vragen zij tot slot.

Antwoord 14:

Ik heb de afgelopen periode met de sector een flink pakket aan maatregelen in gang gezet om de zorg en ondersteuning voor mensen met psychische problemen te verbeteren. Een deel heeft zich nog niet kunnen

bewijzen, denk bijvoorbeeld aan de ontwikkeling van een nieuwe bekostiging in de ggz, de uitrol van een brede aanpak van arbeidsmarkt-problematiek, maar ook verschillende afspraken gericht op samenwerking tussen het medisch- en sociaal domein die in het hoofdlijnenakkoord ggz zijn gemaakt. Deze maatregelen en trajecten sluiten aan op de knelpunten die de Algemene Rekenkamer constateert. Daarnaast is er een specifieke wachttijdaanpak gelanceerd, onder andere gericht op een regionale aanpak en op de diagnosegroepen waar de wachttijden lang zijn. Op deze aanpak heb ik een verdiepingsslag aangekondigd, waarover ik u met mijn brief van 13 oktober jl. heb geïnformeerd (Kamerstuk 25 424, nr. 555). Ik heb de aanbevelingen van de Algemene Rekenkamer dan ook voor een groot deel gezien als ondersteuning van mijn ingezette beleid en waar ik dat nodig achtte, heb ik in reactie op de aanbevelingen aanvullende acties toegezegd¹⁴.

*De leden van de **CDA-fractie** vinden de uitkomsten van het onderzoek van de Algemene Rekenkamer verontrustend. Hoe beoordeelt de staatssecretaris dit? Deze leden vragen om een uitgebreide reactie hierop.*

Antwoord 15:

Ik heb richting de Algemene Rekenkamer gereageerd op hun onderzoek. Zie het antwoord op vraag 14 van de leden van de VVD-fractie.

De Staatssecretaris kwam in eerste instantie met een kleine groep van ongeveer 300 mensen die te lang op de wachtlijst staan. Nu stelt de Algemene Rekenkamer dat op dit moment ongeveer 11.000 mensen bij de specialistische ggz op een wachtlijst staan. Dit vinden de leden van de CDA-fractie een groot verschil. Kan de Staatssecretaris dit nader duiden? Waarom kan de Algemene Rekenkamer dit aantal wel benoemen?

Antwoord 16:

Het getal 11.000 is gebaseerd op een uitvraag van brancheorganisaties de Nederlandse ggz en MeerGGZ die zij op mijn verzoek in 2019 hebben gedaan bij hun achterban. Het gaat hier om patiënten die op 1 juni 2019 langer dan de Treeknorm op gespecialiseerde ggz wachtten. Ikzelf heb eerder op basis van dezelfde data een schatting gemaakt die op ongeveer 10.000 wachtenden uitkwam, dat getal heb ik in mijn brief van 19 december 2019 (Kamerstuk 25 424, nr. 504) genoemd. Afgelopen voorjaar hebben genoemde branchepartijen hun uitvraag herhaald. Eind mei 2020 waren er volgens de Nederlandse ggz en MeerGGZ 30.500 mensen aangemeld voor gespecialiseerde ggz, waarvan 68,8% binnen de Treeknorm is gestart met de behandeling. Dat betekent dat het aantal te lang wachtenden op ongeveer 9.500 uitkomt (niet geschoond voor mensen die zich dubbel hebben aangemeld bij meerdere aanbieders).

De Rekenkamer stelt dat de 11.000 wachtenden allemaal patiënten zijn met een zeer complexe zorgvraag. Die conclusie kan ik niet onderschrijven. Patiënten die wachten op gespecialiseerde ggz, hebben een *zware*, maar niet noodzakelijkerwijs *complexe* zorgvraag. Wanneer wordt gesproken over de groep mensen die te lang moet wachten op zorg in de gespecialiseerde ggz (11.000 volgens de Rekenkamer op basis van data uit 2019 en 9.500 volgens de branchepartijen op basis van data uit het voorjaar van 2020) wordt dus een andere groep bedoeld dan de groep van naar schatting 250–300 patiënten met een hoogcomplexe zorgvraag (hoewel er natuurlijk overlap tussen die twee groepen kan zitten en het aantal patiënten met een hoogcomplexe zorgvraag ook hoger kan zijn dan 300).

¹⁴ <https://www.rekenkamer.nl/publicaties/brieven/2020/06/25/reactie-staatssecretaris-van-vws-op-het-rapport-geen-plek-voor-grote-problemen>

Voor patiënten met een hoogcomplexere zorgvraag is in maart 2020 het zogenoemde «plan van aanpak hoogcomplexere ggz» gepresenteerd (Kamerstuk 25 424, nr. 525). Dit zijn patiënten die meerdere vervlochten psychiatrische aandoeningen hebben, problematiek op meerdere levensdomeinen, ernstig risico op lichamelijke schade lopen, meerdere behandelingen hebben gehad en een uitzonderlijk integraal behandelregime op maat nodig hebben. Deze doelgroep is door zorgverzekeraars en zorgaanbieders geschat op ongeveer 250–300 mensen. Met de aanbieders van dat plan is vastgesteld dat het geraamde aantal van 250–300 mensen niet een «plafond» is binnen de aanpak, zodat waar nodig deze specifieke probleemaanpak ook voor een hoger aantal mensen kan worden toegepast.

De totale wachttijdetaanpak is gericht op de groep wachtenden in de gespecialiseerde ggz, het plan hoogcomplexere ggz is specifiek gericht op de kleine groep van naar schatting 250–300 mensen met een hoogcomplexere zorgvraag.

Het gaat – aldus de Algemene Rekenkamer – om patiënten met een ernstige psychische aandoening, een combinatie van aandoeningen of een aandoening in combinatie met een (lichte) verstandelijke beperking. De leden van de CDA-fractie vragen al jaren aandacht voor het feit dat voor een aantal ernstige psychiatrische aandoeningen de normen voor de wachtlijsten (Treeknormen) niet gehaald worden. Genoemde leden stellen daarom nogmaals de vraag aan de Staatssecretaris: blijkt hier niet knip en klaar uit dat voor een aantal ernstig psychiatrische aandoeningen te weinig aanbod is? De Algemene Rekenkamer stelt immers als een van de oorzaken dat er een groot capaciteitsprobleem is bij de geïntegreerde instellingen waarop deze patiënten zijn aangewezen. Dit komt doordat bedden zijn geschrapt en doordat het voor professionals relatief onaan-trekkelijk is bij deze instellingen te werken. Deze leden kunnen dit niet anders lezen dan dat het vorige bestuursakkoord voor de patiënten met een complexe zorgvraag nadelig heeft uitgepakt, lees mensen zijn aan hun lot overgelaten. De bedden afbouw is te snel gegaan.

Antwoord 17:

De CDA-fractie stelt dat er voor een aantal ernstige psychiatrische aandoeningen te weinig zorgaanbod is. Het begrip «ernstige psychiatrische aandoeningen» (EPA) wordt in de ggz veelal gebruikt in relatie tot een groep van ongeveer 280.000 patiënten met ernstige psychopathologie, langdurige beperkingen en meerdere zorgbehoeften. De rapportage van de Algemene Rekenkamer gaat over wachttijden in de gespecialiseerde ggz, oftewel behandeling in de curatieve ggz. De EPA-doelgroep kampt met chronische problematiek en heeft vaak een combinatie van behandeling, begeleiding en ondersteuning vanuit verschillende domeinen nodig. Het is niet zo dat de rapportage van de Algemene Rekenkamer aantoont dat er voor deze doelgroep te weinig aanbod in de gespecialiseerde ggz is. Uit de cijfers, die worden onderverdeeld naar hoofddiagnosegroepen, kunnen we dit ook niet opmaken. Het grootste deel van de EPA-doelgroep heeft last van een psychotische stoornis, waarvoor de wachttijden niet opmerkelijk lang zijn. Tegelijkertijd is de zorg en ondersteuning voor mensen met chronische psychische problematiek niet optimaal georganiseerd. Daarom hebben ZN en de VNG onderzoek laten doen naar de uitvoering van FACT en vergelijkbare vormen van geïntegreerde behandeling en begeleiding, om op basis daarvan betere afspraken te kunnen maken over de organisatie van dit aanbod.

Voorts stellen de leden van de CDA-fractie een van de andere oorzaken van de geschetste wachtlijstproblematiek in de ggz-sector aan de orde. De Algemene Rekenkamer stelt dat door de in de bekostiging ingebouwde financiële prikkels gestimuleerd wordt dat zorgaanbieders patiënten met

een (relatief) lichte zorgvraag eerder helpen dan patiënten met een zwaardere zorgvraag. Het is ook geen onbekende oorzaak dat financiële prikkels in het huidige bekostigingssysteem gericht zijn op relatief lichtere zorgvragen. Genoemde leden vragen wat zorgverzekeraars (zij kopen immers de zorg in) er precies aan doen om meer complexe zorg in te kopen. Wat hebben zij de afgelopen jaren gedaan om het zorgaanbod meer bij de zorgvraag te laten aansluiten? Hoe reageert de Staatssecretaris op de stellingname dat de inzet van zorgverzekeraars er teveel op gericht is geweest om lichtere zorgvragen in te kopen?

Antwoord 18:

Om er met hun zorginkoop aan bij te dragen dat het zorgaanbod aansluit bij de vraag, gaan verzekeraars met zorgaanbieders in gesprek over (regionale) schaarste aan aanbod ten opzichte van een bepaalde (complexere) vraag. Dit gebeurt op basis van analyses en inschattingen vanuit beide partijen. Een en ander kan vervolgens bijvoorbeeld worden meegenomen bij het bepalen van de hoogte van het omzetplafond en van de gemiddelde behandelprijs per cliënt, waarvan in de afspraken tussen ggz-aanbieders en zorgverzekeraars regelmatig sprake is. Ik wijs hierbij tevens op de zorgplicht van zorgverzekeraars, die zowel voor cliënten met een lichtere als voor cliënten met een zwaardere zorgvraag geldt. Als een omzetplafond sneller wordt bereikt dan voorzien, gaan zorgverzekeraars over tot bijcontractering ofwel bemiddelen zij een verzekerde naar een alternatieve aanbieder. In antwoord 50 op vragen van de SP-fractie ga ik hier nader op in. Tevens wijs ik op de Monitor contractering ggz 2020 (Kamerstuk 32 620, nr. 261) waarin de NZa constateert dat er nog de nodige verbeteringen te boeken zijn bij het proces van (bij)contracteren en vooral ook in de inhoud van de afspraken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders (bijvoorbeeld ten aanzien van de zorg voor cliënten met een complexe zorgvraag). Zie ook antwoord 1 op de eerdere vraag van de leden van de VVD-fractie.

De leden van de CDA-fractie vragen mij te reageren op de stelling dat de inzet van zorgverzekeraars er teveel op gericht is geweest om lichtere zorgvragen in te kopen. Het is niet de bewuste intentie van zorgverzekeraars om over en onder te financieren. De huidige dbc-bekostiging en in het verlengde daarvan de contractafspraken tussen zorgverzekeraars en ggz-aanbieder (gebaseerd op gemiddelde behandel prijzen per cliënt) kunnen dat evenwel als resultaat hebben, en op die manier leiden tot financiële prikkels die het voor aanbieders aantrekkelijk maken om cliënten met een lichtere zorgvraag eerder te helpen dan cliënten met een zwaardere zorgvraag. Hier staat echter tegenover dat verzekeraars ook hogere gemiddelde prijzen per cliënt kunnen afspreken met ggz-aanbieders die in verhouding veel cliënten met een zwaardere zorgvraag behandelen.

Op 6 oktober jl. heb ik u geïnformeerd over mijn voornemen om de NZa een aanwijzing te geven om per 2022 een nieuwe bekostiging in te voeren in de ggz (Kamerstuk 25 424, nr. 554). Zoals in die brief wordt toegelicht, faciliteert die nieuwe bekostiging een passende vergoeding voor geleverde zorg die aansluit bij de feitelijke behandelinzet (de behandelinzet in termen van bijvoorbeeld aantallen consulten, de betrokken professionals en de setting waarin de zorg wordt geleverd). Dit is ook het geval als het gaat om zorg voor cliënten met een complexe zorgvraag en/of een ernstige psychiatrische aandoening. Dit kan bijdragen aan de aanpak van de wachttijden voor deze groepen.

In maart 2020 boden Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de Nederlandse ggz mij het plan van aanpak hoogcomplexe ggz aan, gericht op de specifieke doelgroep cliënten met hoogcomplexe problematiek.

Onderdeel van het plan – dat inmiddels tot uitvoering wordt gebracht – zijn regionale casuïstiektafels waarop cliënten worden besproken die ondanks eerdere tussenkomst van een zorgaanbieder en/of bemiddelingsafdeling van de zorgverzekeraar nog geen passende zorg en ondersteuning ontvangen. Voor cliënten voor wie, als uitkomst van een regionale casuïstiektafel, een plek wordt gevonden binnen de curatieve ggz, wordt passende financiering geregeld door de zorgverzekeraar in kwestie. Daar waar partijen tot de conclusie komen dat financiering niet binnen de reguliere contractafspraken past, zeggen verzekeraars toe dat tussen de contractpartijen maatwerk-arrangementen voor deze cliënten afgesproken kunnen worden (vallend buiten het risico van de zorgaanbieder). In het kader van dit plan heeft de Minister voor Medische Zorg en Sport op verzoek van de zorgverzekeraars besloten om per 2021 binnen de risicoverevening een aanpassing van de hogekostencompensatie in de ggz door te voeren. Deze aanpassing verkleint het financiële risico dat individuele zorgverzekeraars lopen ten aanzien van een kleine groep cliënten met de hoogste ggz-kosten verder ten opzichte van 2020, toen de hogekostencompensatie werd geïntroduceerd. Hierover is uw kamer onlangs geïnformeerd (Kamerstuk 29 689, nr. 1067).

In de recente ZN-publicatie «De ggz in 2025: vergezicht op de geestelijke gezondheidszorg» hebben zorgverzekeraars aangegeven een van hun speerpunten voor de komende jaren is om bij te dragen aan het keren van de trend van onderbehandeling van zware klachten en overbehandeling van lichte klachten.

Betreffende het nieuwe bekostigingssysteem in de ggz stelt de Algemene Rekenkamer dat het onzeker is of een voorgenomen nieuwe bekostigingssystematiek het aantrekkelijker maakt complexere patiënten te helpen, zo lezen de leden van de CDA-fractie. De verwachting van de NZa is namelijk dat de gemiddelde behandelduur per patiënt zal dalen door de nieuwe bekostigingssystematiek en dat de vrijgekomen tijd zal worden gebruikt voor nieuwe patiënten. Deze leden vragen waar de argumentatie op gebaseerd is dat het noodzakelijk en/of goed is om de behandelduur per patiënt te laten dalen.

Antwoord 19:

Het is noodzakelijk en goed dat de behandelduur van de cliënt niet korter of langer duurt dan nodig is. Geboden zorg moet – ook in duur – aansluiten bij de zorgbehoefte van de cliënt. De invoering van een nieuwe bekostigingssystematiek waarover de NZa heeft geadviseerd draagt daaraan bij.

Zowel een te korte als een te lange behandelduur zijn onwenselijk met het oog op het welzijn van de cliënt en de bestrijding van wachttijden. Bij een te korte behandelduur kan de kans op terugval groter zijn en een te lange behandelduur brengt onder andere als nadelig effect met zich mee dat er onnodig beslag wordt gelegd op schaarse behandelcapaciteit.

De NZa geeft aan dat de huidige bekostiging in de ggz zorgaanbieders financieel prikkelt om de cliënt langer of juist korter te behandelen dan noodzakelijk is. Het tarief dat voor een bepaald behandeltraject gedeclareerd kan worden is afhankelijk van de tijdklasse waarbinnen de totale duur van het behandeltraject valt. Door de totale duur van de behandeling van de cliënt af te stemmen op de tijdklassegrenzen binnen de bekostiging kunnen zorgaanbieders de financiële opbrengst per geleverd uur zorg optimaliseren (tenzij deze prikkel door middel van contractafspraken met de verzekeraar ongedaan wordt gemaakt, wat vaak gebeurt).

Binnen de nieuwe bekostiging die de NZa heeft geadviseerd wordt ieder consult kostendekkend vergoed en verdwijnt de prikkel om een bepaalde cliënt langer of juist korter te behandelen dan noodzakelijk is: zorg geleverd aan een nieuwe cliënt en zorg geleverd aan een bestaande cliënt leveren de zorgaanbieder in dit nieuwe model financieel gezien even veel op.

De NZa verwacht dat dit specifieke aspect van de door haar geadviseerde nieuwe bekostiging een dempend effect heeft op de gemiddelde behandelduur.

Deze leden zijn van mening dat dat toch afhankelijk moet zijn van de complexiteit van de stoornis en van de vraag of de zorgprofessionals de opvatting zijn toegedaan dat iemand met ambulante ondersteuning of behandeling kan uitstromen. Deze leden vragen of er dan wel ambulante zorg voorhanden is. Dat is namelijk nu (zie onderstaand) niet goed geregeld.

De leden van de CDA-fractie lezen in het rapport dat de Algemene Rekenkamer vervolgens stelt dat de uitstroom van patiënten met complexe problematiek na hun behandeling gebrekkig verloopt waardoor ze behandelplaatsen blijven innemen die vrij zouden moeten komen voor nieuwe patiënten. Hoe reageert de Staatssecretaris hierop, want de nazorg en/of geestelijke gezondheidszorg in de wijk is dus niet voldoende om patiënten terug naar huis te laten gaan om begeleid dan wel zelfstandig te wonen?

Antwoord 20 en 21:

Om te bevorderen dat ggz-cliënten de ggz-instelling tijdig en op een verantwoorde manier kunnen verlaten en de juiste zorg en ondersteuning op de juiste plek krijgen is de werkwijzer Medisch noodzakelijk verblijf ggz opgesteld door de Nederlandse ggz, MIND, de VNG en ZN. Kern van de werkwijzer is dat bij opname in de kliniek de voorbereiding van het ontslag uit de kliniek al moet starten om zo te kunnen zorgen voor een tijdige en «warme overdracht». De werkwijzer maakt duidelijk welke afspraken in de regio nodig zijn om de overgang van verblijf met behandeling in een ggz-instelling naar zorg en ondersteuning thuis (Zvw en Wmo) te verbeteren. In het bestuurlijk akkoord ggz 2019–2022 is afgesproken dat partijen de werkwijzer gaan gebruiken. Het kabinet heeft afspraken met partijen gemaakt over de financiële kaders. Zo heeft het kabinet vorig voorjaar financiële middelen beschikbaar gesteld aan gemeenten voor het realiseren van de ambities uit het hoofdlijnenakkoord ggz. Het betreft structurele financiering, oplopend naar € 95 miljoen per jaar vanaf 2022. Essentieel is dat de partijen in de ambulante specialis-tische ggz (die in dergelijke gevallen nodig is) en het sociale domein ten behoeve van het functioneren van de cliënt nauw met elkaar samen-werken.

Op regionaal niveau zijn er wel initiatieven om de uitstroom te verbeteren, maar de Algemene Rekenkamer verwacht hier grote verschillen tussen gemeenten. Betreffende het verschil tussen gemeenten vragen deze leden of de Staatssecretaris uiteen kan zetten hoe de middelen die hiervoor beschikbaar gesteld zijn nu ingezet worden. Welke concrete verbeterpunten zijn de laatste jaren gerealiseerd voor deze uitgestroomde groep patiënten?

Genoemde leden vragen of de Staatssecretaris hier een beeld van heeft. Vindt de Staatssecretaris «grote verschillen in gemeenten» acceptabel? Voorkomen moet immers worden dat dit een categorie «draaideur

patiënten» wordt die in en uit de instelling gaat omdat te weinig nazorg en/of ggz wijkzorg geboden wordt.

Antwoord 22:

Van oudsher zijn er lokale en regionale verschillen te zien; in zorggebruik, aanbod en oplossingen die lokaal en in de regio gevonden worden, en de behoeften van mensen zelf. Ik juich het vanuit dit oogpunt dan ook toe dat op lokaal en regionaal niveau initiatief genomen wordt om passende oplossingen te vinden die aansluiten bij de praktijk die zich voordoet. Ik wil wel graag zicht houden op de ontwikkelingen, of mensen goed terecht komen en welke passende oplossingen gevonden worden. Zoals ik in de voortgangsrapportage beschermd wonen en maatschappelijke opvang van 4 juni hebt gemeld, werk ik daarom toe naar ggz-brede monitoring op regionaal en landelijk niveau van de zorg en ondersteuning aan mensen met psychische problematiek (Kamerstuk 29 325, nr. 121). Het gaat dan onder andere om de vraag welke vormen van zorg en ondersteuning in de regio worden aangeboden, welk domein de zorg en ondersteuning coördineert en financiert en wat hierin de relevante ontwikkelingen in de tijd zijn. Mijn streven is dat deze monitor begin 2021 start.

Voorts stelt de Algemene Rekenkamer dat het huidige akkoord ggz nog onvoldoende effect sorteert. De leden van de CDA-fractie vragen hoe de Staatssecretaris hierop reageert. Deelt hij het standpunt van de Algemene Rekenkamer?

Antwoord 23:

We hebben met de partijen in de ggz een hoofdlijnenakkoord gesloten. Dit akkoord is veelomvattend, en we zijn druk aan de slag met uitwerking. Vanzelfsprekend kunnen niet alle afspraken tegelijk worden uitgevoerd. We zijn bijna twee jaar onderweg en we hebben nog tweeënhalve jaar te gaan. Bij brief van 29 juni 2020 (Kamerstuk 31 765, nr. 510) heb ik u geïnformeerd over de resultaten tot nu toe. Om zicht te houden op waar actie en versnelling nodig is, heb ik met de HLA-partijen regelmatig overleg waarbij we elkaar scherp houden en aanspreken op de voortgang. Op 5 november staat weer een Bestuurlijk Overleg gepland waarbij dit op de agenda staat.

De wachttijdenaanpak wordt vormgegeven in regionale taskforces die zijn opgericht. Deze taskforces bevinden zich nog voornamelijk in de planfase en de positie van de Landelijke stuurgroep wachttijden ggz wordt als onduidelijk ervaren. Herkent de Staatssecretaris dit beeld?

Antwoord 24:

Het woord «planfase» suggereert dat de regionale taskforces zich in de startfase bevinden. Dat beeld herken ik niet, onder andere niet op basis van de verbeterplannen die de stuurgroep in mei vorig jaar heeft opgevraagd bij 21 regio's waar destijds de wachttijden het langst waren¹⁵. Het is de taak van de taskforces om structureel de problematiek in de regio te analyseren, te komen tot plannen om de problematiek aan te pakken, deze plannen uit te voeren en waar nodig weer aan te passen. Wat mij betreft is het belangrijkste dat er resultaat wordt geboekt in de regio's waar de wachttijden het langst zijn. In de laatste tussenevaluatie heeft de stuurgroep 8 regio's aangewezen, waar (op basis van de cijfers van mei) de totale gemiddelde wachttijd boven de Treeknorm valt. Omdat ik samen met de stuurgroep van mening ben dat de aanpak in deze 8 regio's onvoldoende vordert, heb ik aangekondigd versnellers in deze

¹⁵ Bij 3 van de 6 volgende hoofddiagnosegroepen boven de Treeknorm: aandachtstekort- en gedragsstoornissen, angststoornissen, bipolaire en overige stemmingsstoornissen, eetstoornissen, persoonlijkheidsstoornissen, pervasieve stoornissen

regio's in te zetten. Zoals ik ook in antwoord 5 op een eerdere vraag van de leden van de VVD-fractie heb aangegeven zijn de IGJ en NZa voornemens hun gezamenlijke toezichtsactiviteiten uit te breiden naar de overige regio's waar hardnekkige wachttijdproblemen zijn. Tot slot is de positie van de stuurgroep niet onduidelijk.

In het hoofdlijnenakkoord ggz 2019–2022 is opgenomen dat de Nederlands GGZ (dNggz), MeerGGZ, MIND en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) een actieplan zouden ontwikkelen voor een vervolgaanpak van de wachttijden. Deze partijen hebben zich verenigd in een stuurgroep om ook de uitvoering van dit actieplan (en daaropvolgende plannen van aanpak) te trekken. Via het hoofdlijnenakkoord hebben de overige partijen de aanpak onderschreven en bovendien is in het hoofdlijnenakkoord opgenomen dat de overige partijen vanuit hun eigen rol bijdragen aan de uitvoering. Om te zorgen dat de positie van de stuurgroep voor de regionale taskforces helder is, hebben de stuurgroepleden de regio's onderling verdeeld en op reguliere basis contact met de aanspreekpunten in de regio's.

De leden van de CDA-fractie kunnen niet anders dan concluderen dat in de keten van instroom, behandeling en uitstroom voor complexe ggz-problematiek een hoop moet verbeteren en dat de geschetste problemen en aanbevelingen van de Algemene Rekenkamer dit duidelijk onderstrepen. Denkt de Staatssecretaris dat de plannen die er nu liggen of nog met het veld gemaakt worden voldoende zijn, als dit wordt beoordeeld vanuit de drie – door de Algemene Rekenkamer – genoemde oorzaken, zo vragen deze leden tenslotte.

Antwoord 25:

Voor het antwoord op deze vraag verwijs ik naar mijn eerdere antwoord 4 op vragen van de leden van de VVD-fractie.

Huidige aanpak van de wachttijden

*De leden van de **D66-fractie** lezen dat de Rekenkamer concludeert dat het zeer onzeker is of de huidige aanpak van wachttijden in de specialistische ggz voldoende remedie biedt voor het oplossen van de voornaamste knelpunten: verkeerde financiële prikkels, te weinig capaciteit in instellingen en moeizame uitstroom uit de specialistische ggz. Wat is volgens de Staatssecretaris de belangrijkste reden dat de afspraken in het bestuurlijk akkoord, die hier soms aan raken, nog niet in praktijk zijn gebracht? Welke rol en verantwoordelijkheid heeft de Staatssecretaris hierin?*

Antwoord 26:

Voor het antwoord op deze vraag verwijs ik u naar antwoord 23 op de eerdere vraag van de CDA-fractie.

De leden van de D66-fractie blijven het belang van preventie benadrukken, ook bij het voorkomen dat complexe ggz nodig is. Tijdens het algemeen overleg GGZ, maatschappelijke opvang, suicidepreventie van 8 juni jl. ¹⁶ gaf de Staatssecretaris aan in het najaar terug te komen op het onderwerp «preventie in de ggz», maar deze leden vragen wel al aan de Staatssecretaris wat het aangekondigde plan van aanpak is van de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) voor complexe casuïstiek. Dit plan van aanpak, waarin men voornemens was aan te sluiten bij de plannen van Zorgverzekeraars Nederland en de Nederlandse ggz, zou uiterlijk 1 juli jl. worden gepubliceerd. Indien dit plan nog niet gereed is, wanneer zal dit wel gereed zijn?

¹⁶ Kamerstuk 25 424, nr. 547

Antwoord 27:

Bij brief van 4 juni jl. (Kamerstuk 25 424, nr.531) heb ik uw Kamer aangegeven dat de VNG inventariseert hoe de gemeenten in de samenwerking met relevante stakeholders een bijdrage kunnen leveren aan de verbeterde aanpak voor de doelgroep van het plan hoog complexe ggz. VNG, ZN, de Nederlandse ggz en ik zijn constructief met elkaar in gesprek over de verbinding van de aanpak die nu in de 8 vastgestelde regio's vorm krijgt en de gemeentelijke praktijk. Gezamenlijk bouwen we aan een verbeterde werkwijze. Zoals ik bij brief van 13 oktober 2020 heb toegezegd, ontvangt uw Kamer vóór het AO van 19 november een brief over de implementatie van het plan hoogcomplexe ggz (Kamerstuk 25 424, nr. 555).

Inzichten in de wachttijden

De leden van de D66-fractie constateren uit het rapport van de Algemene Rekenkamer dat het overgrote deel van de mensen binnen de ggz wel op tijd wordt geholpen, maar dat nog ongeveer 11.000 mensen te lang op een wachtlijst staan bij de specialistische ggz. Wat is het verschil tussen deze conclusie en de conclusie van de Staatssecretaris dat 300 patiënten in de specialistische ggz te lang moeten wachten? Onderschrijft de Staatssecretaris de conclusie van de Algemene Rekenkamer dat de cijfers voor de wachttijden in de ggz gebrekkig zijn? Voorts vragen deze leden of de Staatssecretaris het met hen eens is dat goed inzicht in de cijfers over de wachttijden een randvoorwaarde is, of eigenlijk de basis moet zijn, om goede coördinatie en spreiding van patiënten te bewerkstelligen. Klopt het dat dit noodzakelijk is om goed inzicht te hebben hoe groot het probleem écht is en waar specifieke knelpunten zitten? De leden van de D66-fractie vragen hoe patiënten en zorgverzekeraars kunnen weten waar de patiënten met hun specifieke situatie sneller geholpen kunnen worden als dit inzicht ontbreekt. Kan de Staatssecretaris een overzicht geven bij hoeveel procent van de aanbieders op de website www.kiezenindeggz.nl de cijfers compleet zijn? Hoeveel procent van deze cijfers is incompleet, niet actueel of ontbreekt volledig? Kan de Staatssecretaris hier een overzicht van geven? Kan de Staatssecretaris toezeggen om samen met de partijen uit de landelijke stuurgroep een separaat plan van aanpak te maken ten behoeve van betere inzichten in de wachttijden, zodat een betere data-infrastructuur ontstaat en cijfers bruikbaar en actueel zijn?

Antwoord 28:

Voor een duiding van het verschil tussen de 300 en 11.000 wachtenden, verwijs ik naar antwoord 16 op eerdere vragen van de leden van de CDA-fractie. Ik vind het net als de Algemene Rekenkamer van belang dat we beter zicht krijgen op de omvang van de problematiek. De afgelopen tijd is door de NZa en partijen vooral geïnvesteerd in het genereren van betrouwbare informatie over *gemiddelde wachttijden*. We zien nu veel discussie over *aantallen wachtenden*. De NZa werkt momenteel aan een gefaseerde aanpassing van de Transparantieregeling zodat zorgaanbieders ook informatie over aantallen wachtenden op een gelijke wijze gaan aanleveren. Daarbij wordt bovendien gekeken naar de wijze waarop bij deze aantallen «gefilterd» kunnen worden op wachtenden die ervoor kiezen op een wachtlijst bij een bepaalde aanbieder te blijven, terwijl er elders sneller plek is, alsmede op mensen die zich op meerdere wachtlijsten hebben ingeschreven. In antwoord op de vragen over *kiezenindeggz.nl* kan ik aangeven dat de wachttijdinformatie op die website direct afkomstig is van Vektis, waar aanbieders verplicht zijn maandelijks informatie over gemiddelde wachttijden aan te leveren. De NZa geeft aan dat in de maand juli wachttijdinformatie is aangeleverd door aanbieders die in totaal samen 88.5% van de totale ggz-volume dekken. In de gehele zomer was dit percentage iets lager dan normaal (90.8% in mei en 91.1%

in juni). Dat een klein percentage zorgverleners niet aanlevert, is niet ongebruikelijk. De NZa vermoedt dat dit te maken heeft met de zomervakantie. De wel aangeleverde informatie schetst echter een representatief beeld.

Rol Nederlandse Zorgautoriteit

De leden van de D66-fractie constateren dat de NZa de taak heeft om toezicht te houden op de toegankelijkheid van zorg, zowel richting zorgverzekeraars als zorgaanbieders. In het schriftelijk overleg van 5 juni jl. geeft de Staatssecretaris op vragen van deze leden aan dat «het aan de zorgaanbieders is om patiënten proactief te wijzen op de mogelijkheden van zorgbemiddeling door de zorgverzekeraar» en dat «het bij een lange wachttijd doorverwijzen van een patiënt naar een andere aanbieder is nog geen staande praktijk is».¹⁷ Welke mogelijkheden heeft de NZa om hierop toe te zien? Wordt bij dit toezicht gebruik gemaakt van goede praktijkvoorbeelden die daarmee richtinggevend kunnen zijn? De NZa publiceert rapporten over de stand van zaken van de wachttijden maar welke (ultieme) handhavingsmogelijkheden heeft de NZa richting zorgaanbieders en zorgverzekeraars met betrekking tot de wachttijden in de zorg? Wordt hier gebruik van gemaakt?

Antwoord 29:

Zorgverzekeraars:

Zie ook antwoord 2 op de eerdere vraag van de leden van de VVD-fractie. De NZa voert individuele gesprekken met zorgverzekeraars. Zorgbemiddeling is als onderwerp aan de orde. De NZa gebruikt en deelt goede praktijkvoorbeelden (onder meer via de over de wachttijdenaanpak gepubliceerde rapporten). Als zorgverzekeraars hun rol onvoldoende pakken, grijpt de NZa in. Daarbij kan zij handhaven door waarschuwingen, publicaties op naam, aanwijzingen en lasten onder dwangsom.

Zorgaanbieders:

De NZa houdt toezicht op de informatieverstrekking door zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders. Op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg en nadere regelgeving op dit terrein moeten zorgaanbieders cliënten die (te) lang moeten wachten op passende zorg (onder meer) wijzen op de mogelijkheid van zorgbemiddeling door de zorgverzekeraar. Het is uiteindelijk aan de cliënt om al dan niet gebruik te maken van deze mogelijkheid. De NZa ziet toe op de informatieverstrekking door de zorgaanbieder. Mocht de zorgaanbieder zijn verplichtingen op dit terrein niet nakomen, dan kan de NZa in de meest extreme gevallen formele maatregelen (aanwijzing/last onder dwangsom/boete) opleggen.

Prikkels en goed werkgeverschap

De leden van de D66-fractie lezen in het rapport van de Algemene Rekenkamer dat er zorgaanbieders zijn «die de krenten uit de pap» selecteren. Dit zijn vooral patiënten met een lichte zorgvraag. Deze selectie is vooral zichtbaar bij vrijevestigde professionals in de ggz. Kan de Staatssecretaris deze stelling van de Algemene Rekenkamer kwantificeren? Met andere woorden, hoeveel patiënten worden bijvoorbeeld geweigerd bij zorgaanbieders? Hoeveel aanbieders halen «deze krenten uit de pap»?

Antwoord 30:

¹⁷ Kamerstuk 32 620, nr. 262

Deze stelling van de Algemene Rekenkamer wordt in onderhavig rapport niet gekwantificeerd. Ik kan dit door de Algemene Rekenkamer geschetste beeld niet alsnog van kwantificering voorzien.

Hoeveel professionals, zowel psychologen als psychiaters, werken momenteel in Nederland in loondienst bij een ggz-instelling en hoeveel werken als vrijevestigde? Welke maatregelen heeft de Staatssecretaris tot nu toe ondernomen om het werken in een geïntegreerde instelling aantrekkelijker te maken?

Antwoord 31:

Onderstaande tabel geeft de meest recente cijfers weer die beschikbaar zijn over de positie in de werkring van professionals in de ggz. Het betreft voorlopige cijfers over 2019 die afkomstig zijn van het CBS in het kader van het AZW-onderzoeksprogramma. Een uitsplitsing naar beroepsgroepen is niet beschikbaar.

	Werknemers met vaste of flexibele arbeidsrelatie	Zelfstandigen zonder personeel (zzp)	Zelfstandigen met personeel
Geestelijke gezondheidszorg	85.000	14.000	1.000

Goed werkgeverschap vormt de basis voor het aantrekkelijker maken van het werken in een geïntegreerde instelling. Hierbij gaat het in essentie om oog voor de wensen en het welzijn van de werknemer en een goede dialoog tussen werkgever en werknemer over hoe dit ingevuld moet worden. Denk aan het bieden van voldoende loopbaanperspectief, vergroten van medezeggenschap, tegengaan van regeldruk en het verminderen van psychosociale arbeidsbelasting zoals werkdruk en agressie. Hier ligt natuurlijk een belangrijke rol weggelegd voor de werkgever. We ondersteunen ze hierbij vanuit VWS in het kader van het zorgbrede actieprogramma «Werken in de zorg», waarvan het kabinet bij de begroting 2021 heeft besloten tot verlenging en intensivering (Kamerstuk 29 282, nr. 411). De kern van het programma is regionaal, met in iedere regio een zorgbrede aanpak gericht op de instroom en behoud van personeel. VWS steunt dit onder andere met de subsidieregeling SectorplanPlus voor training en scholing van nieuwe medewerkers en voor het behoud van personeel. Het Actie Leer Netwerk is opgericht om werkgevers inspiratie te bieden en goede voorbeelden van goed werkgeverschap te delen, zodat ze meer van elkaar kunnen leren. Op dit moment werken regionale werkgeversorganisaties aan een verdere versterking van hun aanpak gericht op het behoud van personeel, flexibele arbeid en (arbeidsbesparende) innovatie. Uw Kamer ontvangt uiterlijk in november een nieuwe voortgangsrapportage van het actieprogramma.

Op een aantal van deze onderwerpen heb ik in samenwerking met werkgevers en veldpartijen specifiek voor de ggz de volgende stappen gezet.

In het hoofdlijnenakkoord ggz is afgesproken dat goed werkgeverschap in elk geval bestaat uit inspraak van de professional via bijvoorbeeld medische staven en andere professionele adviesraden. Een medische staf zorgt voor meer inspraak en betrokkenheid bij het organisatiebeleid, waardoor het aantrekkelijker wordt om binnen een instelling werkzaam te zijn. Sociale partners hebben hierover afspraken gemaakt in het meest recente cao-akkoord ggz. De Nederlandse ggz en de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) hebben in samenwerking met de Federatie Medisch Specialisten en de Landelijke vereniging van Artsen in

Dienstverband (LAD) verschillende acties en instrumenten ontwikkeld om instellingen en medisch specialisten te ondersteunen bij het oprichten van een medische staf. Het uiteindelijke doel is om eind 2020 in elke instelling die gespecialiseerde ggz levert een «georganiseerde vorm van inspraak» te hebben.

Naar aanleiding van de motie van de leden De Lange en Van den Berg (Kamerstuk 25 424, nr. 466) ben ik vorig jaar in overleg gegaan met alle betrokken partijen om uit te zoeken wat de knelpunten zijn omtrent de invulling van de Avond-, Nacht- en Weekend- (ANW) en crisisdiensten. NVvP en de Nederlandse ggz hebben regionale bijeenkomsten georganiseerd en op basis daarvan een zestal oplossingsrichtingen verder doorontwikkeld, waaronder de formulering van regionale aanpakken op basis van de plaatselijke bezettingsbehoefte, verkleinen van beloningsverschillen en taakherschikking binnen de acute ggz om de werkdruk van psychiaters te verlichten. De partijen monitoren de oplossingsrichtingen voortdurend en organiseren later dit jaar opnieuw een aantal regiobijeenkomsten om vinger aan de pols te houden. Uw Kamer ontvangt nog dit jaar een brief met daarin de laatste stand van zaken over de zes oplossingsrichtingen.

Verder heb ik samen met de NZa, zorgverzekeraars en ggz-aanbieders afspraken gemaakt om de regeldruk in de ggz te verminderen. Zo is het aantal registratiecodes per 1 januari 2020 teruggebracht van 183 naar 22. Daarnaast krijgen zorgprofessionals, nadat ze hierover afspraken hebben gemaakt met de zorgverzekeraar, de mogelijkheid om te experimenteren met slimmer registreren van indirecte tijd om de hoeveelheid administratie op dit punt te beperken. Dit is in lijn met de succesvolle pilot op dit punt van Arkin en Zilveren Kruis.

Daarnaast vragen de leden van de D66-fractie hoe de Staatssecretaris reageert op de conclusie in het voorliggende rapport dat extra regeldruk een reden is voor professionals om het werk in dergelijke instellingen te mijden. Tenslotte vragen deze leden aan de Staatssecretaris te reageren op het feit dat de deelnemers aan de landelijke stuurgroep stellen dat van de diverse initiatieven om de administratieve lasten terug te dringen nog niets terechtgekomen is.

Antwoord 32:

Dat regeldruk wordt aangegeven als reden om niet in de zorg te werken of om de zorg te verlaten is zorgelijk en geldt breder in de zorg dan alleen voor de ggz. Dit is juist een van de redenen waarom het programma [Ont]Regel de zorg in het leven is geroepen. Het doel van het programma [Ont]Regel de zorg is;

- Zorgbreed merkbaar verminderen van de ervaren regeldruk voor professional én patiënt/cliënt.
- We willen dat mensen die in de zorg werken hun tijd daadwerkelijk zoveel mogelijk aan het verlenen van zorg kunnen besteden in plaats van aan administratieve handelingen.
- Daarmee kan ook het plezier dat zorgverleners in hun werk hebben toenemen en behouden we meer mensen voor de zorg.

Het programma [Ont]Regel de Zorg loopt nu ruim twee jaar en is volop in uitvoering. Waarbij binnen het sectorplan van de ggz van de 24 punten 14 zijn afgerond, 6 op schema en 4 achter op schema liggen.

Een greep uit behaalde resultaten is.:

- Het aantal activiteitencodes wordt sterk teruggebracht; zorgprofessionals moeten nu nog kiezen uit een lijst van 183 codes om hun tijd te verantwoorden. Per 1 januari 2020 is dat teruggebracht naar 22 codes.

- De termijn waarbinnen een zorgverzekeraar een materiële controle mag starten is in de ggz verkort naar een termijn van maximaal 3 kalenderjaren.
- Uw Kamer is in juni jl. geïnformeerd van het voornemen voor een experiment voor administratieve lastenverlichting in de forensische zorg en de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg. Met dit experiment wordt het zorgaanbieders, die meedoen aan het experiment, mogelijk gemaakt om geen algemeen indirecte tijd en indirect patiëntgebonden tijd meer te registreren.

De meest recente Merkbaarheidsscan toont aan dat het merendeel van de actiepunten in de curatieve ggz leidt tot een (lichte) afname op de ervaren regeldruk, de ervaren tijdsbesteding gerapporteerd door zorgverleners lijkt echter toe te nemen. Het aanpakken van regeldruk is een taaie opgave gebleken en een van de lange adem. Hoewel in de afgelopen periode veel van de aangekondigde actiepunten zijn afgerond, laat de merkbaarheid daarvan op de werkvloer nog te wensen over. Daarom blijf ik ook de komende periode me hier volop voor inzetten.

De leden van de GroenLinks-fractie vragen of de conclusies van de Algemene Rekenkamer voor de Staatssecretaris aanleiding zijn om nog in deze regeerperiode de nodige wettelijke aanpassingen voor te bereiden om tot een stelsel te komen waarbij de regie meer komt te liggen bij de overheid.

Antwoord 33:

Samen met mijn collega-bewindspersonen van VWS, heb ik een contourennota aangekondigd over de goede organiseerbaarheid van de zorg met de juiste prikkels, sturing en toezicht. Ook presenteer ik, zoals eerder aangekondigd eind dit jaar mijn visie op het zorglandschap van de ggz. Ik zal daarin integraal kijken naar de structuur en ordening van het veld. Dit zal niet leiden tot een wijziging van het stelsel, conform afspraken in het Regeerakkoord (Bijlage bij Kamerstuk 34 700, nr. 34), in de resterende maanden van dit kabinet.

De Algemene Rekenkamer concludeert dat sprake is van een groot capaciteitsprobleem én dat akkoorden met partijen uit het veld niet de effecten sorteren zoals deze door de Staatssecretaris zijn beoogd. Wat vindt de Staatssecretaris van de conclusie dat het sluiten van akkoorden niet het gewenste resultaat oplevert?

Antwoord 34:

Voor het antwoord verwijs ik u naar antwoord 23 op een eerdere vraag van de leden van de CDA-fractie.

De Algemene Rekenkamer concludeert eveneens dat de bekostigingssystematiek perverse prikkels in de hand werkt en op de schop moet. Wanneer wordt een nieuwe bekostigingssystematiek geïntroduceerd?

Antwoord 35:

Voor het antwoord op deze vraag verwijs ik u naar antwoord 18 op een vraag van de leden van de CDA-fractie.

De leden van de GroenLinks-fractie vragen de Staatssecretaris opheldering te geven over het aantal «complexe» patiënten dat op een wachtlijst staat. Eerder stuurde de Staatssecretaris een plan van aanpak¹⁸ naar de Kamer om de wachtlijsten van circa 300 complexe patiënten op te lossen, terwijl de Algemene Rekenkamer concludeert dat deze groep veel

¹⁸ Kamerstuk 25 424 nr. 525

groter is. Het zou gaan om circa 11.000 patiënten. Waar is voornoemd getal van circa 300 patiënten op gebaseerd? Waarom is een plan van aanpak gemaakt voor een dergelijke kleine groep terwijl de problematiek veel grootschaliger is? Wat is de Staatssecretaris van plan te ondernemen om alsnog te voorkomen dat schijnmaatregelen worden genomen en schijnbeleid ontstaat waar de circa 11.000 patiënten niets aan hebben? Heeft de staatssecretaris eerder signalen ontvangen dat de groep complexe patiënten groter is dan 300 personen en zo ja, waarom is de Staatssecretaris toch akkoord gegaan met voornoemd plan?

Antwoord 36:

De 11.000 patiënten waar in het rapport van de Algemene Rekenkamer aan wordt gerefereerd, betreffen patiënten die op een wachtlijst staan voor de *gespecialiseerde* ggz. Volgens een uitvraag van de Nederlandse ggz en MeerGGZ van mei 2020 ligt het aantal te lang wachtenden in de gespecialiseerde ggz op dit moment overigens rond de 9.500 (niet geschoond voor mensen die zich dubbel hebben aangemeld bij meerdere aanbieders).

De groep van 250 – 300 mensen, waar ik in mijn brief van 13 maart jl. aan heb gerefereerd (Kamerstuk 25 424, nr. 545), bestaat uit patiënten met een *hoogcomplexe zorgvraag*. Bij hen is er niet alleen sprake van een (specialistische) zorgvraag, maar van meerdere vervlochten psychiatrische aandoeningen, problematiek op meerdere levensdomeinen en/of ernstig risico op lichamelijke schade. Deze groep heeft in de regel al meerdere behandelingen gehad en heeft een uitzonderlijk integraal behandelregime op maat nodig. De schatting van 250–300 is gemaakt door zorgaanbieders en verzekeraars.

Het «plan van aanpak hoogcomplexe ggz» richt zich specifiek op deze laatstgenoemde groep. De totale wachttijdnaanpak is gericht op de gehele groep wachtenden in de gespecialiseerde ggz.

De leden van de GroenLinks-fractie lezen dat de Algemene Rekenkamer zeven aanbevelingen geeft om de geestelijke gezondheidszorg weer op de rit te krijgen binnen het huidige stelsel. Kan de Staatssecretaris in een brief aan de Kamer op alle zeven aanbevelingen puntsgewijs uitgebreid ingaan?

Antwoord 37:

Voor het antwoord op deze vraag verwijs ik naar mijn antwoord op vraag 4 van de leden van de VVD-fractie.

De leden van de GroenLinks-fractie geven aan dat in het huidige stelsel de NZa er als marktmeester verantwoordelijk voor is dat de juiste zorg geleverd wordt. De NZa heeft een regulerende en toezichhoudende functie en verricht onderzoek. Is de Staatssecretaris van mening dat de NZa haar taak voortreffelijk vervult, uitstekend het veld overziet en tijdig intervenueert? Zo ja, hoe vaak heeft de NZa opgetreden bij conflicten tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders in de ggz? Welke taak zou de NZa volgens de Staatssecretaris moeten hebben wanneer zorgaanbieders voor het einde van het jaar hun «omzetplafonds» hebben bereikt?

Antwoord 38:

De NZa is er niet verantwoordelijk voor dat de juiste zorg geleverd wordt. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars dragen gezamenlijk deze verantwoordelijkheid en de NZa ziet er – samen met de IGJ – op toe dat zij zich aan hun verplichtingen vanuit de wet- en regelgeving houden. Zij doet dat naar haar beste vermogen. Daar horen zaken bij als het veld overzien en tijdig acteren als signalen uit de praktijk daar aanleiding toe geven. Ten aanzien van omzetplafonds zet de NZa zich vanuit haar toezicht in op goede informatieverstrekking richting verzekeren over het van

toepassing zijn van omzetplafonds en de consequenties daarvan, zodat verzekerden een weloverwogen eigen keuze tussen zorgverzekeraars kunnen maken op moment van afsluiten polis en de keuze tussen aanbieders in geval van een zorgvraag. In antwoord 50 op vragen van de SP-fractie ga ik hier nader op in, onder meer op de regels die zorgverzekeraars in acht moeten nemen als het gaat om het bieden van transparantie aan verzekerden. Indien een verzekerde niet bij een bepaalde zorgaanbieder terecht kan omdat daar het omzetplafond bereikt is, dient de zorgverzekeraar gevegen zijn zorgplicht desgevraagd via zorgbemiddeling te zorgen voor een passend alternatief of zo nodig over te gaan tot bijcontractering. Voor zowel zorgbemiddeling als het proces van bijcontractering is aandacht in het beoordelingskader dat de NZa – in het kader van haar toezicht op de zorgplicht – gebruikt bij het beoordelen van de inzet van zorgverzekeraars tot het verminderen van wachttijden. De stand van zaken van de controles door de NZa in dit kader heb ik beschreven in antwoord 2 op vragen van de VVD-fractie.

De leden van de GroenLinks-fractie vragen naar eventueel optreden door de NZa bij conflicten tussen zorgverzekeraars en aanbieders in de ggz. De NZa neemt praktijksignalen uiteraard mee in haar toezicht, maar treedt normaal gesproken niet op als individuele geschil-beslechter tussen zorgaanbieder en verzekeraar. Dat is voorbehouden aan het arbitrage-instituut of de rechter. Toch heeft de NZa vorig jaar twee keer via een tripartiet gesprek geïntervenieerd in een conflict tussen een zorgverzekeraar en een ggz-aanbieder over de zorginkoop, dat over de rug van patiënten en verzekerden werd uitgevochten. De NZa zag zich hiertoe vanuit haar rol als toezichthouder geroepen, omwille van het algemeen belang van continuïteit van cruciale ggz-zorg en vanwege de (dreigende) onrust onder patiënten en verzekerden. Zie ook mijn antwoorden op eerdere schriftelijke vragen vanuit uw kamer (Aanhangsel Handelingen II 2019/20, nrs. 1454 en 1188).

De leden van de GroenLinks-fractie horen van zorgverleners dat het huidige zorgstelsel voor ggz-instellingen veel te ingewikkeld is geworden. Is de Staatssecretaris van mening dat een volgend kabinet het complexe stelsel onder handen zou moeten nemen?

Antwoord 39:

Voor het antwoord op deze vraag verwijs ik naar antwoord 33 op vragen van de leden van de GroenLinks-fractie.

De leden van de GroenLinks-fractie vinden het zorgelijk dat de capaciteit van klinische bedden in ggz-instellingen rap zijn afgebouwd, maar dat er geen ambulante zorg is bijgekomen. Sterker, de Algemene Rekenkamer concludeert dat sprake is van een daling van intensieve Diagnose-behandelcombinaties (dbc's) «zonder verblijf». Hoe is dit mogelijk? Hoeveel ging in 2012 naar ambulante zorg gerelateerd aan de ggz en hoeveel was dat in 2019? Is de Staatssecretaris het met genoemde leden eens dat dit problematisch is en dat de Kamer hier meer inzicht in moet krijgen?

Antwoord 40:

De uitgaven voor ambulante ggz bestaan uit de Zvw-uitgaven voor POH-ggz, generalistische basis ggz en specialistische ggz zonder verblijf. De bedragen voor 2012, 2013 en 2014 zijn nog inclusief ambulante ggz voor de invoering van de Jeugdwet en de hervorming van de langdurige zorg in 2015, wat het lastig vergelijken maakt. De totale uitgaven voor ambulante ggz stegen van € 2,0 miljard in 2015, tot € 2,5 miljard in 2019.

Uitgaven (x € 1 miljoen) ambulante ggz 2012–2019

	2012 ¹	2013 ¹	2014 ¹	2015	2016	2017	2018	2019
Uitgaven	2.161	2.418	2.362	1.972	2.072	2.187	2.375	2.535

¹ incl. ambulante ggz voor de invoering van hervorming langdurige zorg

Om de ontwikkelingen met betrekking tot de afbouw van de klinische capaciteit en de opbouw van de ambulante zorg en steun te kunnen volgen, brengt het Trimbos-instituut in opdracht van VWS jaarlijks een monitor uit. Over de uitkomsten van deze monitor informeer ik uw Kamer jaarlijks.

De rapportages van het Trimbos laten zien dat het aantal intensieve ambulante dbc's de laatste jaren een grillig patroon vertoont met een stijging in het ene jaar en een daling in het daaropvolgende. De Vektis-cijfers laten een iets gelijkmatiger beeld zien wat betreft de intensieve ambulante dbc's. Beide bronnen laten een stijging zien; tussen 2017 en 2018 betrof deze 10%.

De Algemene Rekenkamer concludeert dat de uitstroom te wensen overlaat bij «complexe» patiënten. Dat zou mede veroorzaakt worden, zo stelt adviesbureau KPMG, doordat begeleiding uit het sociaal domein ontbreekt. Hierdoor blijven «patiënten langer dan medisch noodzakelijk in behandeling». Deelt de Staatssecretaris de opvatting van de GroenLinks-fractie dat dit problematisch is? Wat gaat de Staatssecretaris concreet ondernemen om dit beter op elkaar te laten aansluiten?

Antwoord 41:

Zoals ik heb aangegeven in mijn antwoord op vraag 20 en 21 van de leden van de fractie van het CDA is om te bevorderen dat ggz-cliënten de ggz-instelling tijdig en op een verantwoorde manier kunnen verlaten en de juiste zorg en ondersteuning op de juiste plek krijgen, de werkwijzer Medisch noodzakelijk verblijf ggz opgesteld door de Nederlandse ggz, (dNggz), MIND, de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN). Kern van de werkwijzer is dat bij opname in de kliniek de voorbereiding van het ontslag uit de kliniek al moet starten om zo te kunnen zorgen voor een tijdige en «warme overdracht». De werkwijzer maakt duidelijk welke afspraken in de regio nodig zijn om de overgang van verblijf met behandeling in een ggz-instelling naar zorg en ondersteuning thuis (Zvw en Wmo) te verbeteren. In het bestuurlijk akkoord ggz 2019–2022 is afgesproken dat partijen de werkwijzer gaan gebruiken. Het kabinet heeft vorig voorjaar financiële middelen beschikbaar gesteld aan gemeenten voor het realiseren van de ambities uit het hoofdlijnenakkoord ggz. Essentieel is dat de partijen in het sociale domein en de ambulante specialistische ggz (die in dergelijke gevallen nodig is) ten behoeve van het functioneren van de cliënt nauw met elkaar samenwerken.

De leden van de GroenLinks-fractie lezen, tot slot, dat er regionale taskforces zijn ingesteld om de wachtlijsten terug te dringen. Dit blijkt geen onverminderd succes, zo stelt de Algemene Rekenkamer. Regio's waarover de taskforces gaan, sluiten bijvoorbeeld dikwijls niet aan bij de regio's waarin de betrokken partijen werkzaam zijn. Ook is deelname vrijwillig, zijn deelnemers niet representatief voor de regio én ontbreekt de overheid aan deze tafel. Is de Staatssecretaris van mening dat er een einde moet komen aan deze vrijblijvendheid? Wat vindt de Staatssecretaris van het idee om een afgevaardigde van het ministerie met doorzettingsmacht deel te laten nemen in alle taskforces in het geval de zorgverzekeraars er niet uitkomen met de zorgaanbieders?

Antwoord 42:

Voor de indeling van de regionale taskforces zijn de zogenoemde zorgkantoorregio's gekozen. Grote instellingen hebben vaak een «werkgebied» dat de zorgkantoorregio overschrijdt en zorgverzekeraars werken zelfs landelijk, maar dat is geen werkbare schaal voor de taskforces. De zorgkantoorregio's zijn dat wel, naar het oordeel van de landelijke stuurgroep waarin de branchepartijen van zorgverzekeraars en zorgaanbieders zitten. Een enkele regio is aangesloten bij een andere regio, omdat daar al goede samenwerkingsrelaties mee waren. Ik ben het met de GroenLinks-fractie eens dat met name in de probleemregio's het aansluiten bij een regionale taskforce niet vrijblijvend mag zijn. Daarom juich ik het voornemen toe van de genoemde stuurgroep om naar deze regio's een zogeheten «versneller» te sturen, die met mandaat van de partijen in de regio stevig aan de slag gaat met het oplossen van de problematiek. Op basis van de opgedane ervaringen in deze vier regio's kijken de IGJ en NZa of ze hun gezamenlijke toezicht activiteiten uitbreiden naar de overige regio's waar hardnekkige wachttijdproblemen zijn. Zij kunnen vanuit hun toezichtsrol individuele verzekeraars en zorgaanbieders aanspreken als zij niet doen wat nodig c.q. afgesproken is om de problematiek aan te pakken.

De aanpak van wachttijden is daarnaast sterk afhankelijk van de onderlinge samenwerking tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars om de instroom richting-, doorstroom binnen- en uitstroom van patiënten uit de ggz te verbeteren. De toezichthouders gaan in de vier pilotregio's na of deze samenwerking binnen de zorgnetwerken voldoende wordt gerealiseerd. Zij kunnen de partijen gezamenlijk aanspreken als er «gaten» in de samenwerking zitten en meer gemeenschappelijke inspanning vereist is.

*De leden van de **SP-fractie** menen dat de conclusies in het rapport van de Algemene Rekenkamer duidelijk zijn, het gaat niet goed met de aanpak van wachtlijsten in de ggz. We moeten ons daarbij blijven realiseren dat achter alle aantallen, individuen schuilgaan die deze geestelijke gezondheidszorg dringend nodig hebben.*

De aanbevelingen van de Algemene Rekenkamer in het rapport «Geen plek voor grote problemen: aanpak van wachttijden in de specialistische GGZ» worden meegenomen in het te maken plan van aanpak. Dat vinden de leden van de SP-fractie zeer essentieel. De Algemene Rekenkamer berekende immers dat 11.000 patiënten met ernstige psychische aandoeningen vier maanden of langer wachten op een behandeling. Een schatting die 40 keer (!) hoger ligt dan de eerdere inschatting van de Staatssecretaris. Hoe wordt dit grote verschil verklaart, zo vragen genoemde leden. Wordt in het nieuwe plan van aanpak uitgegaan van het aantal van 11.000 patiënten met ernstige psychische aandoeningen?

Antwoord 43:

Voor het antwoord op deze vraag verwijs ik naar mijn antwoorden 16 en 36 op eerdere vragen van de leden van de VVD-fractie en van de leden van de CDA-fractie.

Een andere conclusie die de Algemene Rekenkamer trekt is dat hoe complexer de problematiek is, hoe langer de wachttijd. Ook deze conclusie is voor de leden van de SP-fractie geen verrassing. Deze leden betreuren het wel dat hier geen positieve ontwikkeling te zien is. Welke aanvullende acties worden ondernomen om mensen met een complexere problematiek een aantrekkelijkere doelgroep voor de geestelijke gezondheidszorg te maken?

Antwoord 44:

Op 6 oktober jl. heb ik u geïnformeerd over mijn voornemen om de NZa een aanwijzing te geven om per 2022 een nieuwe bekostiging in de voeren in de ggz (Kamerstuk 25 424, nr. 554). Zoals in die brief wordt toegelicht, faciliteert die nieuwe bekostiging een passende vergoeding voor geleverde zorg die aansluit bij de feitelijke behandelinzet (de behandelinzet in termen van bijvoorbeeld aantallen consulten, de betrokken professionals en de setting waarin de zorg wordt geleverd). Dit is ook het geval als het gaat om zorg voor cliënten met een complexe zorgvraag en/of een ernstige psychiatrische aandoening. Dit kan bijdragen aan de aanpak van de wachttijden voor deze groepen.

Daarnaast is er recent een aanpassing doorgevoerd in de risicoverevening voor zorgverzekeraars. In 2020 is de hogekostencompensatie in de ggz geïntroduceerd voor de 0,5% ggz-gebruikers met de hoogste kosten (ongeveer 3.500 verzekerden). De ggz-kosten van deze verzekerden die boven de drempel van circa € 90.000 uitkomen, worden dit jaar voor 75% vergoed aan zorgverzekeraars. Ik ben met partijen overeengekomen per 2021 het vergoedingspercentage naar 90% te brengen. De hogekostencompensatie betreft een onderlinge verrekening tussen zorgverzekeraars en leidt daarom niet tot een verhoging van de Zvw-uitgaven. In de praktijk komt het erop neer dat de zorgverzekeraar met een kleiner aantal dure cliënten meebetaalt aan de kosten van de zorgverzekeraar die een hoog aantal dure cliënten heeft.

De coronacrisis heeft ook veel invloed gehad op de (wachtlijsten in de) ggz. De leden van de SP-fractie achten het dan ook van belang dat inmiddels een akkoord is gesloten tussen Zorgverzekeraars Nederland en ggz-instellingen. Wel vragen genoemde leden of de Staatssecretaris een vergelijking kan geven tussen de getroffen regeling voor ggz-instellingen met een opzet boven de 10 miljoen euro en de regeling die is getroffen voor kleinere zorgverleners. De zorgverzekeraars proberen via de Regeling continuïteitsbijdrage de wachtlijstaanpak te stimuleren. Ze willen dat ggz-instellingen zo snel mogelijk weer op 100 procent capaciteit proberen te behandelen en stimuleren dat door bij meer uitval dan die 3,5 procent, de uitgevallen behandelingen in de tweede helft van dit jaar maar voor 85 procent te vergoeden in plaats van voor 94 procent. Genoemde leden zijn er eveneens voorstander van dat uitval zoveel mogelijk wordt voorkomen en dat de wachtlijsten worden aangepakt, maar vragen wel waarom een financiële straf hiervoor de oplossing zou zijn. Zou het niet beter werken om een financiële beloning te geven als ze de doelstellingen halen?

Antwoord 45:

Het is de verantwoordelijkheid van verzekeraars en aanbieders om hier met elkaar goede afspraken over te maken. Ik vind het positief dat zij die verantwoordelijkheid ook daadwerkelijk hebben genomen. In grote lijnen zijn de twee regelingen voor een continuïteitsbijdrage voor ggz-aanbieders vergelijkbaar, maar er zijn ook verschillen. Beide regelingen voorzien in een vergoeding van gedeerde omzet in verband met de COVID19-uitbraak, waarbij de hoogte van het percentage gekoppeld is aan de omvang van de doorlopende kosten. Op de website van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) is een globale vergelijking te vinden tussen de regeling voor ggz-instellingen met een omzet boven de 10 miljoen euro en de regeling voor kleinere ggz-aanbieders.¹⁹ Hieruit blijkt dat de regelingen onder andere verschillen wat betreft hun looptijd en wat betreft de wijze waarop in de regeling de vraaguitval wordt vastgesteld.

¹⁹ Zie: <https://www.zn.nl/corona/documenten?folderid=5031526400>

De looptijd van de regeling voor ggz-instellingen met een omzet boven de 10 miljoen euro is, net als bij de ziekenhuizen, langer dan de looptijd van de regeling voor kleinere ggz-aanbieders. Deze loopt door tot en met eind 2020, terwijl de regeling voor kleinere ggz-aanbieders doorliep tot 1 juli 2020. Ggz-instellingen met een omzet boven de 10 miljoen euro zijn veelal ggz-aanbieders met klinische voorzieningen. De COVID19-uitbraak heeft voor intramurale ggz-instellingen specifieke gevolgen gehad die niet speelden bij ambulante ggz-aanbieders, zoals het soms moeten inrichten van aparte afdelingen voor uitsluitend cliënten met (verdenking) COVID19. Inschatting van zorgverzekeraars is dat het daardoor soms langer kan duren voordat deze instellingen hun reguliere zorg weer op het oude niveau hebben.

Beide regelingen werken ook met andere vergoedingspercentages. Dit heeft onder andere te maken met verschillen in het aandeel van de doorlopende kosten ten opzichte van de totale kosten, zoals onderzocht in opdracht van verzekeraars.

Een ander verschil is dat er in de regeling voor ggz-aanbieders met een omzet boven de 10 miljoen euro meer ruimte is om tot maatwerkoplossingen te komen dan binnen de regeling voor kleinere ggz-aanbieders (er is sprake van een uitgebreidere hardheidsclausule).

Zowel voor ggz-aanbieders met een omzet boven als onder de 10 miljoen wordt het leveren van zorg positief financieel beloond: als de hoeveelheid geleverde zorg weer op 100% van het normale niveau wordt gebracht wordt 100% vergoed.

Vanwege de kortere looptijd wordt in de regeling voor de relatief kleine ggz-aanbieders onderscheid gemaakt tussen zorg geleverd voor en na 1 juli 2020. Zorgaanbieders die na 1 juli weer hun normale (volledige) omzet hebben, krijgen deze volledig vergoed conform de afspraken die ze daarover hebben gemaakt met de zorgverzekeraars. Op het moment dat zorgaanbieders ná 1 juli de vóór 1 juli niet-verleende zorg gaan inhalen bovenop de reguliere zorg, geldt daarvoor een aangepaste vergoeding. Dit omdat zorgaanbieders, conform de regeling, al een vergoeding voor hun gedeerde omzet ontvangen en anders dubbel betaald zouden worden voor deze zorg en zorgkosten.

Verschillen in het ggz-aanbod

In het voorliggende rapport wordt aangegeven dat het aantal patiënten in de specialistische ggz met een zware zorgvraag sinds 2013 is afgenomen. De leden van de SP-fractie vragen of kan worden toegelicht wat de oorzaak hiervan is. Is sprake van een daadwerkelijke afname van de vraag naar specialistische ggz of is het aantal mensen dat dergelijke zware zorg kreeg gedaald omdat het aanbod van deze zorg is afgenomen?

Antwoord 46:

Tot en met 2013 kende de ggz een onderscheid tussen eerstelijns psychologische zorg en tweedelijns ggz. In 2014 is de generalistische basis-ggz ingevoerd. De generalistische basis-ggz is, meer dan de eerstelijns psychologische zorg, ook gericht op patiënten met zwaardere problematiek, zo lang deze problematiek niet te complex is. Voor deze patiëntenpopulatie bevat de basis-ggz een bekostigingsproduct voor intensieve- en voor chronische zorg. Daarnaast is er met de POH-ggz stevig geïnvesteerd in de ggz binnen de huisartsenpraktijk, waardoor de huisartsenzorg meer problematiek zelf kan opvangen, en bovendien eerder patiënten terug kan overnemen uit de curatieve ggz. Door deze ontwikkelingen is het voor een deel van de patiënten met zwaardere

problematiek niet meer nodig om in de gespecialiseerde ggz behandeld te worden. Daarmee is op basis van afname van het aantal patiënten in de gespecialiseerde ggz sinds 2013 niet te zeggen dat het aantal patiënten met een zware zorgvraag is gedaald, of dat het aanbod voor deze patiënten is afgenomen. Een deel van dit aanbod is namelijk overgenomen door de generalistische basis-ggz en de huisartsenzorg.

Doorstroming en «treeknorm»

De leden van de SP-fractie vragen of in het plan van aanpak waaraan gewerkt wordt ook de groep meegenomen wordt die bij de intake door een zorginstelling is afgewezen en die op zoek moet naar een andere zorginstelling. Hoe vaak komt dit voor? Waarom begint de wachttijd opnieuw te lopen als na de intake blijkt dat de zorgaanbieder voor de patiënt geen geschikt aanbod heeft? Vertekent dit niet het beeld van de wachttijden in de ggz ontzettend?

Antwoord 47:

Ik heb geen zicht op hoe vaak het voorkomt dat een patiënt na de intake op zoek moet naar een andere aanbieder. Voor het overige verwijs ik naar antwoord 10 op vragen van de leden van de VVD-fractie.

Bekostigingssystematiek

De Algemene Rekenkamer concludeert dat er in de specialistische geestelijke gezondheidszorg een aantal knelpunten bestaat, onder andere verkeerde financiële prikkels die zorgaanbieders stimuleren patiënten met een (relatief) lichte zorgvraag eerder te helpen dan patiënten met een zwaardere zorgvraag. De leden van de SP-fractie waarschuwen al jaren voor deze effecten. Klopt de opmerking van de Algemene Rekenkamer dat het onzeker is of de voorgenomen bekostigingssystematiek het aantrekkelijker maakt complexere patiënten te helpen? Hoe kan het dat de NZa heeft gemeld dat deze voorgenomen bekostigingssystematiek echt tot verbetering leidt terwijl de Algemene Rekenkamer hierover onzeker is? Waarom zijn deze standpunten verschillend? Genoemde leden vragen of de opmerkingen van de Algemene Rekenkamer aanleiding zijn om de voorgenomen bekostigingssystematiek te wijzigen. Zo ja, hoe wordt deze bekostigingssystematiek gewijzigd? Hoe kan voorkomen worden dat aanbieders de zogenaamde «krenten uit de pap» blijven halen, zo vragen de leden van de SP-fractie.

Antwoord 48:

Voor een antwoord op deze vraag verwijs ik u naar mijn eerdere antwoorden op vragen van de VVD-, CDA-, en SP-fractie.

Individuele omzetplafonds

De Algemene Rekenkamer benoemt als opvallend fenomeen in de ggz dat sprake is van onderbesteding, ondanks dat er wachtlijsten zijn. De leden van de SP-fractie hebben dit vreemde fenomeen al vele malen benoemd en vinden dit onwenselijk. Op welke wijze wordt bevorderd dat hier zo snel mogelijk een einde aan komt? Hoe wordt ervoor gezorgd dat iedereen de benodigde zorg krijgt?

Antwoord 49:

De Algemene Rekenkamer stelt dat er al jaren onderbesteding in de ggz is en refereert daarbij aan de onderuitputting in 2017. Inmiddels is er in de ggz al enige tijd geen sprake meer van onderuitputting. Medio juni heeft het Zorginstituut cijfers gepubliceerd over de totale lasten van zorgverze-

keraars in relatie tot het beschikbare macrokader²⁰. In deze berekeningen zijn cijfers tot en met het eerste kwartaal van 2020 meegenomen. Het gaat zowel om declaratiedata als om schattingen. Uit die cijfers blijkt dat er in 2017 en 2018 nog sprake was van onderuitputting, maar is dat (naar verwachting) in 2019 en 2020 niet meer het geval.

Kan uitgebreid ingegaan worden op de wenselijkheid van het bestaan van omzetplafonds in de ggz überhaupt? Hoe kan worden voorkomen dat de omzetplafonds bijdragen aan het feit dat het voor zorgaanbieders aantrekkelijker is om patiënten met een lichte zorgvraag te helpen? Voorts vragen genoemde leden waarom er niet voor wordt gekozen de omzetplafonds in de ggz te schrappen. Vindt de Staatssecretaris het een logische keuze van de NZa om zich eerst te richten op een goede informatievoorziening aan verzekerden over de consequenties van omzetplafonds bij de keuze voor een polis? Wat is zijn reactie op de opmerking van de Algemene Rekenkamer dat «het hun raadzaam lijkt dat het parlement beziet of de verwachting realistisch is dat verzekeren bij het afsluiten van een polis rekening kunnen houden met deze budgetplafonds, en dat zij zich daarom afvragen of deze inzet van de NZa wel betekenisvol bijdraagt aan het wegnemen van het gesignaleerde knelpunt dat verzekerden niet tijdig de zorg krijgen waar ze recht op hebben»? De leden van de SP-fractie verwachten een uitgebreide toelichting op het bovenstaande.

Antwoord 50:

Omzetplafonds zijn onderdeel van de reguliere contractering, ook in de ggz. Van belang is dat zorgverzekeraars en aanbieders bij de totstandkoming van contractafspraken een goede inschatting maken van de verwachte zorgvraag. Dat neemt niet weg dat omzetplafonds soms sneller bereikt worden dan voorzien. Als dat gedurende het jaar lijkt te gebeuren, hebben zorgaanbieder en verzekeraar een gezamenlijke verantwoordelijkheid om tijdig overleg te plegen. De zorgaanbieder moet de zorgverzekeraar informeren als hij verwacht binnen afzienbare tijd het omzetplafond te bereiken en ook tijdig een goed onderbouwde aanvraag voor bijcontractering indienen. De zorgverzekeraar, die zorgplicht heeft, kan vervolgens zorgen dat de zorg toegankelijk blijft door bij te contracteren of patiënten naar een andere aanbieder te bemiddelen.

In het hoofdlijnenakkoord ggz zijn afspraken gemaakt over het verbeteren van het proces van bijcontractering tussen zorgverzekeraars en aanbieders. De NZa concludeert in de Monitor contractering ggz 2020 (Kamerstuk 32 620 nr. 261) dat het proces rond de contractering beter verloopt dan in 2019. De zorgverzekeraars hebben stappen gezet om hun bereikbaarheid en antwoordtermijnen te verbeteren, hun inkoopdocumenten te uniformeren en hebben meer beleid geformuleerd voor de bijcontractering. Zorgaanbieders kunnen de benodigde informatie voor het contracteren gemakkelijker vinden, maar hebben er last van dat indientermijnen voor (bij)contractering niet uniform zijn, dat ze lang of tevergeefs moeten wachten op inhoudelijke beantwoording van hun vragen, en dat de besluitvorming over bijcontracteringsverzoeken niet altijd transparant is. Hier ligt een taak voor de zorgverzekeraars om te verbeteren.

Ik vind de door de leden van de SP-fractie genoemde keuze van de NZa logisch. Mensen hebben recht op zorg, maar dat betekent niet dat zij altijd zondermeer bij de aanbieder van hun voorkeur terecht kunnen. Omdat dit mede afhankelijk is van de verzekering die ze afsluiten, is het belangrijk dat mensen zich bij de keuze van hun zorgverzekering goed informeren

²⁰ <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/publicatie/2020/06/18/publicatie-zvw-2006-2020>

over welke voorwaarden aan de polis zitten die ze willen afsluiten. Voor de verzekerde moet het dus op het moment dat hij kiest voor een polis duidelijk en transparant zijn bij welke zorgaanbieders hij terecht kan en wat de eventuele gevolgen zijn als er financiële afspraken zijn gemaakt tussen verzekeraar en zorgaanbieder, zoals een omzetplafond.

In de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (TH/NR-017) van de NZa staan de regels die zorgverzekeraars in acht moeten nemen als het gaat om het bieden van transparantie aan verzekerden. Per 1 november 2019 heeft de NZa deze regels aangescherpt. Zorgverzekeraars dienen sindsdien op de website per zorgaanbieder aan te geven dat een volumeafpraak dan wel omzetplafond wordt gehanteerd wanneer deze mogelijke consequenties hebben voor de verzekerden. Er dient in dat geval ook in algemene termen voor de consument begrijpelijk te worden uitgelegd wat de afspraken met de zorgaanbieder voor een verzekerde kunnen betekenen. Tevens moet een zorgverzekeraar zijn verzekerden via de website erover informeren wanneer hem bekend is geworden dat een plafond is bereikt, indien dat mogelijk consequenties heeft voor de verzekerde. Het ligt voor de hand dat de verzekeraar in dat geval ook informatie verschaft over welke (alternatieve) mogelijkheden er voor verzekerden zijn. Afgelopen overstapeizoen heeft de NZa hier specifiek op toegezien, met als conclusie dat zorgverzekeraars aan de nieuwe transparantieverplichting rondom de omzetplafonds voldoen. Een aantal zorgverzekeraars had overigens wel enige aansporing van de NZa nodig om eraan te voldoen (Kamerstuk 29 689, nr. 1050).

Tot slot is de Minister van Medische Zorg en Sport – in lijn met de motie van de leden Raemakers en Geleijnse (Kamerstuk 29 689 nr. 977) – met zorgverzekeraars in overleg over het belang van begrijpelijke keuze-informatie (B1-niveau) voor verzekerden. U zult hier uiterlijk begin 2021 verder over geïnformeerd worden.

Beperkte opbouw ambulante zorg

Een andere belangrijke oorzaak van de wachtlijsten is het feit dat er te weinig capaciteit is in (geïntegreerde) ggz-instellingen. De afgelopen jaren is het aantal bedden in klinische instellingen afgebouwd, tegelijkertijd is de ambulante zorg onvoldoende toegenomen. De leden van de SP-fractie zijn van mening dat de afbouw van bedden veel te snel is gegaan en dat het belang van de patiënt daarbij onvoldoende in ogenschouw is genomen. Genoemde leden menen daarbij dat de waarschuwingen, die vele malen door deze leden zijn geuit, in de wind zijn geslagen. Deelt de Staatssecretaris deze opvatting? Hoe wordt ervoor gezorgd dat op korte termijn voldoende (en het juiste) aanbod beschikbaar is? Uit het rapport van de Algemene Rekenkamer komt naar voren dat betrokkenen vraagtekens zetten bij de ambulantisering van de specialistische ggz. De leden van de SP-fractie vragen de Staatssecretaris of hij dit herkent en deelt. Zo ja, is een toename van het aantal bedden en een zeer sterke intensivering van de ambulante zorg gepland? Hoe kan het dat de opbouw van specialistische ggz buiten de muren van de instellingen niet landelijk wordt opgepakt?

Antwoord 51:

Zoals ik in mijn brief van 24 februari aangegeven heb, vind ik het van groot belang dat er voldoende klinische capaciteit beschikbaar is en blijft om wanneer opname aangewezen is, dit tijdig in gang te kunnen zetten ten behoeve van de patiënt. De afbouw van de klinische capaciteit heeft over de jaren heen, geleidelijk plaatsgevonden maar mogelijk zijn grens bereikt. Ik heb aangegeven hierop terug te komen in mijn visie op het

zorglandschap ggz. Ook voor mensen die ernstige psychische aandoeningen hebben wil ik graag een plek in onze samenleving en bevorderen dat zij zoveel mogelijk volwaardig kunnen deelnemen. Vanuit dit licht bevorder ik dat mensen met psychische aandoeningen aan het werk kunnen blijven met begeleiding via Individuele Plaatsing en Steun (IPS).

Personeelsgebrek

Het verbaast de leden van de SP-fractie niet dat sprake is van een braindrain uit grote ggz-instellingen, gezien de voordelen die het zzp'erschap in de ggz momenteel heeft. Toch willen deze leden hierbij nogmaals pleiten voor een stevige inzet op het behoud en het werven van personeel in deze instellingen. Wanneer wordt de Kamer geïnformeerd over de afspraken die de partijen in het hoofdlijnenakkoord maken specifiek op het punt om het personeelstekort in de specialistische ggz een halt toe te roepen? Welke concrete verwachting heeft de Staatssecretaris ten aanzien van deze plannen? Hoe wordt voorkomen dat extra personeel dat wordt geworven in de specialistische ggz er uiteindelijk toch voor kiest om vrijgevestigd te gaan werken? Welke verwachting heeft de Staatssecretaris inzake de personeelsbehoefte voor de komende jaren en hoe wordt eraan gewerkt om hieraan tegemoet te komen?

Antwoord 52:

De afgelopen jaren heb ik met het financieren van 457 (2019) en 216 (2020) extra opleidingsplaatsen voor ggz-opleidingen en met het actieprogramma «Werken in de zorg» sterk ingezet op het vergroten van de instroom en het behoud van zittend personeel. Deze maatregelen zijn gericht op de ggz in de volle breedte of, in het geval van het actieprogramma, op de hele sector zorg en welzijn. Aanvullend beleid dat past bij de specifieke vragen die spelen in de specialistische ggz kunnen deze brede maatregelen versterken en acht ik daarom wenselijk. Het gaat hierbij met name om het vergroten van de instroom in gespecialiseerde vervolgoopleidingen (bijvoorbeeld tot klinisch psycholoog) en het aantrekkelijker maken van werken in geïntegreerde instellingen.

Voor wat betreft dat laatste zien we dat professionals vertrekken uit grote, geïntegreerde ggz-instellingen omdat ze het gevoel hebben als vrijgevestigde prettiger te kunnen werken. Met minder werk- en regeldruk, meer autonomie en onder betere omstandigheden. Ik vind het onwenselijk dat mensen om deze redenen het loondienstverband in de specialistische ggz verlaten. Overigens zijn deze punten voor de gehele gezondheidszorg herkenbaar. In de brief Flexibilisering Arbeidsmarkt in de zorg van 10 februari 2020 is onze visie hierop met bijbehorende actiepunten beschreven. In november zal de Tweede Kamer via de voortgangsrapportage van het actieprogramma «Werken in de zorg» over de stand van zaken van deze actiepunten worden geïnformeerd. Om het werken in loondienst in de zorg aantrekkelijker te maken is actief invulling geven aan goed werkgeverschap een essentieel actiepunt. In eerste instantie is hierbij een belangrijke taak weggelegd voor de (grote) ggz-instellingen zelf en hun vertegenwoordigende organisaties. Ik ondersteun hen hier graag bij en ben verheugd dat de eerste stappen om de werk- en regeldruk te verlichten reeds zijn gezet (zie ook mijn antwoord op de eerdere vragen van de leden van de D66-fractie). Dit najaar ga ik met de partijen uit het hoofdlijnenakkoord bespreken hoe we meer concrete invulling en vaart kunnen geven aan de afspraken uit het akkoord die de aantrekkelijkheid van het werken in de ggz vergroten. Ik verwacht de Tweede Kamer hierover voor het einde van het jaar te kunnen informeren.

Voor mijn verwachtingen inzake de personeelsbehoefte de komende jaren baseer ik mij op de meest recente ramingen van het Capaciteitsorgaan. Bij het beschikbaar stellen van opleidingsplaatsen volg ik in de regel de voorkeursramingen, rekening houdend met de beschikbare financiële ruimte. Bij het aantal opleidingsplaatsen voor het komend jaar is het maximumadvies van de raming voor ggz-beroepen aangehouden om de wachttijden terug te dringen. De afgelopen jaren zijn er, conform de uitdrukkelijke wens van het veld en de Tweede Kamer (Kamerstuk 35 300 XVI, nr. 30), bovenop het maximumadvies incidenteel ook extra plekken toegekend. Deze extra opleidingsinzet zal zich in de komende twee jaar uitbetalen: zo stromen er in totaal naar verwachting ruim 2.000 gz-psychologen uit de opleiding. Het effect daarvan zouden we moeten gaan zien omdat het zorgaanbod met deze extra opleidingsinzet de komende tijd toe zal nemen. Het Capaciteitsorgaan komt naar verwachting medio november 2020 met een aangepaste raming op verzoek van de partijen bij het Hoofdlijnenakkoord. Om zoveel mogelijk in de behoefte naar personeel te voorzien blijf ik me inzetten voor voldoende instroom in de sector en behoud van zittend personeel, onder meer door extra aandacht voor goed werkgeverschap en het bevorderen van de aantrekkelijkheid van het werken in de ggz.

Moeizame afschaling

De leden van de SP-fractie lezen voorts in het rapport dat de moeizame uitstroom uit de ggz een ander knelpunt is dat bijdraagt aan de te lange wachtlijsten. Ook dit punt is natuurlijk al langer bekend, maar daarmee niet minder ernstig. Wat is de reactie van de Staatssecretaris op de huiver bij professionals voor het afschalen van zorg, omdat het door de wachtlijsten moeilijk blijkt te zijn de zorg weer op het oude niveau te krijgen wanneer klachten bij patiënten terugkeren? Kan de Staatssecretaris aangeven hoe vaak het voorkomt dat iemand opnieuw zorg nodig heeft door het terugkeren van de problemen, maar dat de persoon dan weer op de wachtlijst terecht komt? Hoe wordt dit voorkomen, zo vragen de leden van de SP-fractie. Dit leidt er immers toe dat zorg niet afgeschaald wordt en dat problemen erger worden? Het leidt immers ook tot hogere kosten, zo merken genoemde leden op. Hoe kan een meer langetermijndenken hierbij gestimuleerd worden, waarbij deze leden zich realiseren dat dit geen eenvoudige opdracht is?

Antwoord 53:

Het is onwenselijk dat behandelaren, ondanks dat het zorginhoudelijk passend zou zijn, niet afschalen omdat een patiënt bij een terugval opnieuw op een wachtlijst zou moeten. Het feit dat patiënten soms opnieuw op de wachtlijst komen bij een terugval, hangt samen met het beleid dat desbetreffende zorgaanbieder hierop voert. Het is niet zo dat (landelijke) regelgeving zorgaanbieders hiertoe verplicht en er zijn ook zorgaanbieders die patiënten met een terugval meteen weer in behandeling nemen.

De leden van de SP-fractie pleiten ervoor dat eindelijk een einde komt aan het hokjes denken in de geestelijke gezondheidszorg. Hoe kan dit voor eens en voor altijd gestopt worden? Is het bijvoorbeeld mogelijk dat budgetten uit verschillende domeinen samengevoegd worden? Hoe kan dit gestimuleerd worden?

Antwoord 54:

Voor het antwoord op deze vraag verwijs ik naar mijn antwoord op eerdere vragen van de leden van de VVD-fractie.

Algemeen beleid

De afspraak was dat uiterlijk op 1 juli 2018 alle wachttijden binnen de ggz binnen de Treeknormen zouden vallen. De leden van de SP-fractie constateren dat het op dit moment, twee jaar later, duidelijk is dat dit nog steeds niet het geval is. Volgens de Staatssecretaris ligt de oplossing «in de regio» en zou een regionale doorzettingsmacht ingevoerd moeten worden. Wat houdt deze «regionale doorzettingsmacht» nu precies in, zo vragen deze leden. Hoe kan het dat hier al een aantal jaar over wordt gesproken, maar dat het nog steeds niet duidelijk is wat hier precies onder verstaan wordt?

Antwoord 55:

Over regionale doorzettingsmacht bestaat geen eenduidig beeld. In mijn brief van 13 oktober jl. (Kamerstuk 25 424, nr. 545) ben ik hier nader op ingegaan. Het betreft weerbarstige materie, onder andere omdat we te maken hebben met meerdere wettelijke domeinen en er een wisselend beeld is over de aard en omvang van de doelgroep. Voor het overige verwijs ik naar antwoord 11 op eerdere vragen van de leden van de VVD-fractie.

Regionale taskforces en 5.3 Landelijke stuurgroep

De Algemene Rekenkamer concludeert dat de regionale taskforces die zijn opgericht zich voornamelijk nog in de planfase bevinden en dat de positie van de Landelijke stuurgroep wachttijden ggz als onduidelijk wordt ervaren. De leden van de SP-fractie vragen om een reactie op deze conclusies. Wat is de planning met betrekking tot de rol van de regionale taskforces? Hoe wordt de rol van de landelijke stuurgroep verduidelijkt? Daarnaast vragen deze leden of de conclusies van de Algemene Rekenkamer aanleiding zijn voor een verandering bij (een van) beide groepen.

Antwoord 56:

Voor het antwoord op deze vraag verwijs ik naar antwoorden 24 en 42 op eerdere vragen van de leden van de CDA-, en de Groen Links-fractie. Daaraan wil ik toevoegen dat de samenstelling van de regionale taskforces aan de orde zou kunnen komen in de zogenoemde probleemregio's, waar de stuurgroep met mijn steun versnellers wil aanstellen. Deze versnellers zullen ook kijken naar de samenstelling van de taskforce, of de benodigde partijen aan tafel zitten en of ze daar met het juiste mandaat zitten.

De leden van de SP-fractie lezen in het rapport dat een van de problemen hierbij is dat de taskforces geografisch niet overeenkomen met de regio's waarin betrokken partijen werkzaam zijn. Genoemde leden vragen waarom hiervoor is gekozen. Zij vragen of hiervoor een oplossing voorzien is. Hoe wordt bevorderd dat alle belanghebbenden hierbij betrokken worden, dat huisartsen in staat worden gesteld om bij de taskforces aan te sluiten en dat betrokken zorgverzekeraars namens alle zorgverzekeraars kunnen spreken?

Antwoord 57:

Voor het antwoord op deze vraag verwijs ik naar mijn antwoorden 24 en 42 op vragen van de leden van de CDA-fractie en de GroenLinks-fractie. Betreffende het laten aansluiten van één zorgverzekeraar die namens alle andere zorgverzekeraars spreekt, wil ik aangeven dat de inzet in de regionale taskforce is om de grootste wachttijdproblemen in de regio aan te pakken. Als de zorgverzekeraar met het grootste marktaandeel in die regio aansluit, heeft die voldoende massa om mede het verschil te kunnen maken. In regio's waar meerdere zorgverzekeraars een groot markt-

aandeel hebben, sluiten vaak ook meerdere zorgverzekeraars bij de taskforce aan.

De leden van de SP-fractie begrijpen dat de optie van de gemeenschappelijke wachtlijst meegenomen wordt in de verkenning van de landelijke stuurgroep die aan het einde van dit jaar afgerond moet zijn. Op welke wijze wordt de Autoriteit Persoonsgegevens betrokken bij de analyse van concurrentieoverwegingen, die al dan niet in de weg staan bij het voeren van een gezamenlijke wachtlijst? Is de Staatssecretaris bereid de Autoriteit Persoonsgegevens opdracht te geven om op dit punt met een duidelijk standpunt te komen?

Antwoord 58:

In mijn bestuurlijke reactie op het rapport van de Algemene Rekenkamer²¹ heb ik aangekondigd in aanloop naar de verkenning van een gemeenschappelijke wachtlijst door de landelijke stuurgroep, een gesprek te organiseren met de Autoriteit Consument & Markt (ACM), NZa en de landelijke stuurgroep om de verschillende mededingingsaspecten bij een dergelijk initiatief in beeld te brengen. Met betrekking tot de privacy aspecten verwijs ik u naar mijn antwoord op de hiernavolgende vraag (van de leden van de SP-fractie).

Daarnaast ontvangen deze leden graag een duidelijke analyse met betrekking tot de privacywetgeving. In hoeverre en in welke situatie mogen ggz-instellingen en gemeenten (welke) patiëntgegevens uitwisselen? De leden van de SP-fractie vragen om een uitgebreide reflectie op de invloed ter zake van de mededingingswetgeving en de privacywetgeving.

Antwoord 59:

De privacywetgeving, de AVG en de UAVG, geven de kaders voor de verwerking van persoonsgegevens. Gegevens van patiënten in de ggz worden aangemerkt als gegevens over de gezondheid. Dit type gevoelige persoonsgegevens mag alleen worden verwerkt als daar een grondslag voor is. Voor de uitwisseling van gegevens van patiënten tussen ggz-instellingen en gemeenten betekent dit dat – gelet op artikel 9, tweede lid, onderdelen g en h van de AVG – dit alleen is toegestaan voor zover die uitwisseling bij of krachtens wet is geregeld. Met betrekking tot de mededingings aspecten die spelen bij een dergelijk initiatief zal ik een gesprek met de Autoriteit Consument & Markt (ACM), de NZa en de landelijke stuurgroep organiseren. In dit gesprek zal ik ook de invloed van bestaande wetgeving op het concept van de gemeenschappelijke wachtlijst aan de orde stellen.

De leden van de SP-fractie vragen of de oproep van de stuurgroep om te komen met landelijke voorwaarden die nodig zijn om wachtlijsten op te lossen gehoor krijgt. Zo nee, waarom niet?

Antwoord 60:

Ik sta in nauw contact met de landelijke stuurgroep, het ministerie sluit bij elke stuurgroep vergadering aan. Via die vergaderingen, de tussenrapportages die de stuurgroep aan mij oplevert en de bestuurlijke overleggen die we daarover voeren, stem ik met de stuurgroep af over landelijke maatregelen en over wat de stuurgroep nodig heeft om zijn eigen aanpak te kunnen realiseren. Over de uiteindelijke voornemens informeer ik u telkens bij de aanbidding van de tussenrapportages en ook tussendoor

²¹ <https://www.rekenkamer.nl/publicaties/brieven/2020/06/25/reactie-staatssecretaris-van-vws-op-het-rapport-geen-plek-voor-grote-problemen>

wanneer dat relevant is. De laatste keer heb ik dat gedaan met mijn brief van 13 oktober jl. (Kamerstuk 25 424, nr. 545).

Landelijke aanpak

Binnenkort verschijnt de contourennota. De leden van de SP-fractie willen de garantie dat in deze nota ook aandacht is voor de (lange) wachttijden in de zorg.

De leden van de SP-fractie achten het antwoord van de Staatssecretaris heeft gegeven op het onderhavige rapport, namelijk dat de NZa toeziet op de naleving van de zorgplicht inzake de problemen met omzetplafonds in dit kader onvoldoende als het gaat om deze belangrijke kwestie. Waarom is het niet duidelijk in hoeverre de toezichthouder de zorgplicht juridisch kan afdwingen met een opgelegde verhoging van een omzetplafond? Betekent dit dat geen enkele partij dit kan afdwingen?

Antwoord 61:

Hier is mijns inziens geen sprake van onduidelijkheid. Op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg lost de NZa geen individuele geschillen op tussen bijvoorbeeld een zorgverzekeraar en ggz-aanbieder over het verhogen van een omzetplafond. Daarvoor moeten partijen zich wenden tot de civiele rechter of een laagdrempeliger alternatief, te weten de Onafhankelijke Geschilleninstantie voor Geschillenoplossing en -beslechting Zorgcontractering van het Nederlands Arbitrage Instituut (NAI). Beide kunnen bindende uitspraken doen. In de contourennota wordt beschreven wat er in de visie van het kabinet nodig is om de gezondheidszorg organiseerbaar en betaalbaar te houden. Dit betekent dat de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van gezondheidszorg is gewaarborgd en zorgaanbieders in staat zijn om de toenemende vraag naar zorg op te vangen. In dit verband zullen in de contourennota onder meer oplossingsrichtingen worden aangedragen om ervoor te zorgen dat het aanbod van zorg beter wordt afgestemd op de vraag naar zorg. Door daarbij inzichten in de toekomstige trends van de vraag naar zorg te betrekken kunnen risico's voor de beschikbaarheid eerder gesignaleerd worden, zodat de betrokken partijen gezamenlijk kunnen werken aan een oplossing.

Effecten van de aanpak

De leden van de SP-fractie kunnen bij deze paragraaf enkel concluderen dat het gesloten bestuurlijk akkoord nog niet veel heeft opgeleverd. Genoemde leden vragen dan ook op welke wijze hier een slinger aan gegeven kan worden.

Antwoord 62:

Voor het antwoord op deze vraag verwijs ik naar mijn antwoord 23 op eerdere vragen van de leden van de CDA-fractie.

Deelt de Staatssecretaris de conclusie van deze leden dat het concept van zorgbemiddeling voor deze specifieke doelgroep eigenlijk geen toegevoegde waarde heeft?

Antwoord 63:

Een landelijk hoge gemiddelde wachttijd wil niet zeggen dat de wachttijd bij elke aanbieder te lang is. We zien ook regio's waar de gemiddelde wachttijden zelfs voor de «problemdiagnosegroepen» binnen de Treeknorm vallen. Ik wil patiënten daarom adviseren bij een lange wachttijd hoe dan ook contact met de zorgverzekeraar op te nemen. Voor patiënten met hoogcomplexere problematiek is een aanbod op maat nodig.

Ook voor de afdeling zorgbemiddeling is het in zulke gevallen lastig de verzekerde daarnaar te bemiddelen. Voor die doelgroep is het «plan van aanpak hoogcomplex ggz» in gang gezet. Zie mijn brief van 13 maart jl. (Kamerstuk 25 424, nr. 545).

6.2 Aanbevelingen

De Algemene Rekenkamer doet in haar rapport een aantal aanbevelingen. De leden van de SP-fractie vragen de Staatssecretaris om per aanbeveling aan te geven of deze wordt overgenomen (en zo ja, hoe) of niet, met daarbij een onderbouwing van de gemaakte keuzes.

Antwoord 64:

Voor het antwoord op deze vraag verwijs ik naar antwoord 14 op eerdere vragen van de leden van de VVD-fractie.

In het rapport wordt aangegeven dat er verschillende wetgevingsinitiatieven zijn die betrekking hebben op de uitwisseling van gegevens. Tenslotte ontvangen deze leden graag een volledig overzicht van deze initiatieven met daarbij aangegeven wat de stand van zaken van de wetgevingstrajecten is en daarbij tevens aangegeven wanneer de wetsvoorstellen naar verwachting bij de Kamer worden ingediend.

Antwoord 65:

Hieronder wordt in een schema weergegeven welke wetgevingstrajecten lopen binnen het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op het terrein van uitwisseling van gegevens met de bijbehorende status zoals bekend tot en met september. Initiatiefwetsvoorstellen zijn hierin niet opgenomen en de opsomming is beperkt tot wetsvoorstellen waarin regelgeving over de uitwisseling van gegevens een prominente rol speelt.

Wetgeving in voorbereiding

Waar	Citeertitel & kamerstuknummer	Huidige fase (september 2020)
TK	Wet bevorderen samenwerking rechtmatige zorg (Kamerstuk 33 515)	Wacht op verslag
EK	Wijziging van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg in verband met het overhevelen en aanpassen van de artikelen over kwaliteitsstandaarden (Kamerstuk 35 124)	Wetsvoorstel aangenomen door EK 8 september 2020 (Handelingen I 2019/20, nr. 37, item 3)
EK	Tijdelijke wet notificatieapplicatie covid-19 (Kamerstuk 35 583)	Memorie van antwoord 18 september 2020 (Kamerstuk 35 538, C)
TK	Wetsvoorstel t.b.v. het creëren van grondslagen voor gepseudonimiseerde kwaliteitsregistraties en enkele andere wijzigingen (Kamerstuk 35 562)	Wetsvoorstel ingediend bij TK 9 september 2020
Dept	Wetsvoorstel elektronische gegevensuitwisseling in de zorg	Verwerken resultaten internetconsultatie
Dept	Wet aanpak meervoudige problematiek sociaal domein	Verwerken resultaten internetconsultatie
Dept	Wijziging van de Wet donorgegevens kunstmatige bevruchting	Verwerken resultaten internetconsultatie
Dept	Wmo 2015: Invoering woonplaatsbeginsel voor beschermd wonen	Verwerken resultaten internetconsultatie
Dept	Wetsvoorstel kwaliteitsregistraties GGZ	In voorbereiding
Dept	Wetsvoorstel kwaliteitsregistraties MSZ	Eind 2020 in internetconsultatie

De leden van de 50PLUS-fractie vragen of de Staatssecretaris bereid is om per januari 2021 de bekostiging van de ggz aan te pakken, zodat het aantrekkelijker wordt voor zorgaanbieders ook hulp te bieden aan mensen die hoogcomplex zorg nodig hebben. Genoemde leden vragen of het een

mogelijkheid is om geld te oormerken voor het behandelen van mensen die hoogcomplexe zorg nodig hebben. Zo nee, waarom niet?

Antwoord 66:

Hiervoor verwijs ik deels naar mijn eerdere antwoord 18 op een vraag van de leden van de CDA-fractie. Verder wijs ik u op het «plan van aanpak hoogcomplexe ggz» van ZN en de Nederlandse ggz. Onderdeel daarvan is dat voor cliënten voor wie – als uitkomst van een regionale casuïstiektafel – een plek wordt gevonden binnen de curatieve ggz, passende financiering wordt geregeld door de zorgverzekeraar in kwestie. Als partijen concluderen dat de financiering niet binnen de reguliere contractafspraken past, zeggen verzekeraars toe dat tussen de contractpartijen maatwerk-arrangementen voor deze cliënten afgesproken kunnen worden. De maatregelen genoemd in mijn antwoord op een eerdere vraag van de leden van de CDA-fractie faciliteren dit.

Psychodiagnostisch werkenden

*De leden van de **VVD-fractie** hebben (herhaalde malen) aandacht gevraagd voor de psychodiagnostisch werkenden (PDW). Er heeft terugkoppeling plaatsgevonden van het gesprek op 10 juni jl. met de Vereniging van Psychodiagnostisch Werkenden (VVP) richting de Kamer.²² Deze leden danken de Staatssecretaris hiervoor. Deze terugkoppeling geeft een positieve indruk om de PDW daadwerkelijk op de goede plek, zelfstandig en passend binnen de kostensystematiek, in de keten in te zetten om goede diagnoses te stellen. Genoemde leden zijn benieuwd naar een tussenstand van zaken ten aanzien van dit dossier, teneinde verder tegemoet te komen aan «de juiste zorg, op de juiste plek», voor een beroepsgroep die in staat is een bijdrage te leveren aan het terugdringen van de wachttijden. Voorts vragen de leden van de VVD-fractie of, na beantwoording van dit schriftelijk overleg, de Kamer voorafgaand aan het algemeen overleg over de GGZ dat in het najaar zal worden gepland, de Kamer door middel van een brief van de Staatssecretaris op de hoogte gesteld kan worden van de voortgang.*

Antwoord 67:

In mijn brief die de leden van de VVD-fractie aanhalen, heb ik toegezegd de VVP in contact te willen brengen met Akwa ggz omdat er nu binnen Akwa ggz gewerkt wordt aan een veldnorm, waarin de inzet van beroepen in de ggz wordt onderbouwd. In september gaat hiervoor een werkgroep van start. De VVP zal deelnemen in deze werkgroep. In aanloop naar het AO van november aanstaande informeer ik u over de eerste bevindingen van deze werkgroep.

De leden van de VVD-fractie vragen of er al helderheid is over de uitkomsten van de veldafpraak voor het Zorgprestatiemodel 2022. Als daar inderdaad uit komt dat de PDW een tijdschrijvend beroep moet worden omdat diagnostiek van groot belang is voor het leveren van de juiste zorg, is de Staatssecretaris dan bereid deze veldnorm over te nemen en zo spoedig mogelijk om te zetten in beleid?

Antwoord 68:

Het programma Zorgprestatiemodel van partijen en NZa heeft op basis van voorwerk van Akwa GGZ een lijst gemaakt van beroepen die vanuit het oogpunt van kwaliteit van zorg in de ggz en fz kunnen worden ingezet. De psychodiagnostisch werkende staat ook op deze lijst beroepen. De lijst is in de afgelopen periode in consultatie geweest bij vertegenwoordigers van de beroepsgroepen. Na verwerking van de uitkomsten van de consultatie wordt de lijst definitief gemaakt en omgezet in een veldaf-

²² Kamerstuk 25 424, nr. 546

spraak die vervolgens wordt doorontwikkeld tot een veldnorm om aangeboden te worden aan het Zorginstituut voor opname in het Register. De NZa gebruikt de veldafspraken als basis om aan de hand van een aantal technische criteria te bepalen welke beroepen binnen het zorgprestatie-model consulten kunnen registreren. In mijn brief van 6 oktober jl. heb ik u geïnformeerd over mijn voornemen om de NZa een aanwijzing te geven om het zorgprestatie-model per 2022 in te voeren als nieuwe bekostiging voor de ggz (Kamerstuk 25 424, nr. 554).

In genoemde brief van 1 juli jl. staat dat de VVP aangeeft dat instellingen geen gebruik maken van het experiment voor beroepen die nu geen tijd kunnen schrijven, maar die wel kunnen bijdragen aan het verkorten van wachttijden in de ggz. De leden van de VVD-fractie vragen of de andere beroepsgroepen waarvoor het experiment bedoeld was (onder andere hbo-psychologen) dezelfde ervaringen hebben met het experiment. Hoe beoordeelt de Staatssecretaris de effectiviteit van het experiment? Wanneer ontvangt de Kamer de uitkomsten van de evaluatie die in de brief van 1 juli wordt aangekondigd?

Antwoord 69:

Tot nu toe wordt helaas geen gebruik gemaakt van het experiment. Ook niet voor de inzet van andere beroepen dan de psychodiagnostisch werkende. Afgelopen zomer heb ik verder gesproken met partijen over het experiment. Uit deze (tussen)evaluatie kwam een aantal redenen naar voren waarom zorgaanbieders en zorgverzekeraars nog geen gebruik maken van het experiment.

Ten eerste wordt genoemd dat de experimenteerbaarheid vorig jaar relatief laat in het contracteerproces werd gecreëerd. Het starten met het experiment lopende het jaar betekent dat contractafspraken moeten worden opengebroken, wat een drempel is. In het overleg werd het signaal gegeven dat in elk geval één verzekeraar voor 2021 wel tot afspraken wil komen met een aantal zorgaanbieders over deelname aan het experiment. Mogelijk zal dit breder het geval zijn.

Soms wordt deelname aan het experiment – ook los van de genoemde impact op lopende contracten – als administratief bewerkelijk gezien en maken zorgaanbieders en zorgverzekeraars liever binnen de bestaande bekostigingskaders afspraken over de inzet van aanvullende beroepen. In het overleg met partijen werd een aantal voorbeelden genoemd van ggz-aanbieders die binnen de bestaande kaders goede afspraken hebben gemaakt met verzekeraars over de inzet van ervaringsdeskundigen.

Ook is genoemd dat afspraken (binnen of buiten het experiment) soms niet tot stand zijn gekomen omdat zorgverzekeraars een uitgebreidere inhoudelijke toelichting van zorgaanbieders vroegen over het hoe en wat van de inzet van aanvullende beroepen, dan zorgaanbieders op dat moment konden verstrekken. Dit werd in het bijzonder opgemerkt in relatie tot de inzet van ervaringsdeskundigen.

Partijen willen de beleidsregel voor het bekostigingsexperiment graag houden zoals deze is en zijn er geen voorstander van deze inhoudelijk aan te passen. Vorig jaar is uitgebreid overleg gevoerd met partijen over de vormgeving van het experiment. Het oorspronkelijke voorstel voor een experiment (Kamerstuk 25 424, nr. 428) is daarop aangepast cf. de wensen van partijen (Kamerstuk 25 424, nr. 480). Dit heeft er mede toe geleid dat de beleidsregels voor het experiment later beschikbaar waren (eind 2019) dan oorspronkelijk werd voorzien.

Met het oog op de contracteerafspraken voor 2021 zijn partijen uitgenodigd om goede voorbeelden van bestaande afspraken over de inzet van aanvullende beroepen met elkaar te delen. Specifiek in relatie tot ervaringsdeskundigheid hebben verzekeraars aangegeven te zullen concretiseren wat ze nodig hebben om ervaringsdeskundigheid een goede plek te kunnen geven in de zorginkoop.

Overigens zijn er al op vele plekken in de ggz ervaringsdeskundigen actief en maken zorgaanbieders hier soms ook afspraken over met zorgverzekeraars, zij het dus buiten het bekostigingsexperiment om. Volgens een recente schatting van de Vereniging van Ervaringsdeskundigen (VvED) zijn er circa 2000 ervaringsdeskundigen werkzaam (deels ook buiten het domein van de Zorgverzekeringswet). Op dit moment wordt hiernaast – in opdracht van VWS – door de VvED een onderzoek uitgevoerd naar de exacte aantallen ervaringsdeskundigen en de effecten van hun inzet, en is de VvED bezig met het uitwerken van een kwaliteitsstandaard.

Physician assistants

Vervolgens vragen de leden van de VVD-fractie aandacht voor de positie van de physician assistants in de ggz. Physician assistants (PA's) zijn ruim 15 jaar geleden door de toenmalige Minister van VWS (mevrouw Borst) geïntroduceerd in Nederland om de zorg toegankelijker en doelmatiger te maken. PA's worden opgeleid en ingezet in het kader van taakherstelling. De opname van het beroep in de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG) is een goede ontwikkeling in de verankering en positionering van het beroep in Nederland. Helaas blijft de verankering van de positie van de PA als zelfstandige behandelaar in de ggz daarop achter, ondanks herhaaldelijk aandringen, onder andere in debatten.

De leden van de VVD-fractie vragen de Staatssecretaris naar de stand van zaken, naar aanleiding van de vragen in een debat in 2018 naar de praktische oplossingen die bedacht zouden worden om PA's snel en effectief in te kunnen zetten om onder andere de veel te lange wachttijden tegen te gaan.

Destijds heeft de Staatssecretaris aangegeven dat dat via experimenteer-ruimte kan. Deelt de Staatssecretaris de mening van de leden van de VVD-fractie dat de ggz-sector bol staat van de experimenten, maar dat maar weinig experimenten omgezet worden in structureel beleid en uitvoering, teneinde definitieve oplossingen te bieden voor de problematiek van onder andere de wachtlijsten?

Kan de Staatssecretaris aangeven hoe hij tegemoet wil komen aan de wil van de beroepsgroep van de PA's om van meerwaarde te kunnen zijn, ook voor de ggz-sector, daar waar zij dit al veelvuldig bewezen hebben in de curatieve sector? De leden van de VVD-fractie vragen voorts of de Staatssecretaris hun mening deelt dat de wachttijdenproblematiek nu vraagt om snelle en praktische oplossingen, die met het inzetten van PA's in de sector bereikt kan worden. Is de Staatssecretaris bereid het overleg op te pakken met de Nederlandse Associatie Physician Assistants (NAPA), de beroepsorganisatie achter de PA's, en deze mogelijkheid (de inzet van PA's in de ggz) te verzilveren?

Antwoord 70:

De inzet van de beroepsgroepen in de ggz is geregeld via het model-Kwaliteitsstatuut ggz (het Kwaliteitsstatuut). Dit geldt ook voor de inzet van de physician assistants. Het kwaliteitsstatuut betreft een veldnorm. Dat betekent dat de partijen in de ggz verantwoordelijk zijn voor de doorontwikkeling. Aangezien de veldpartijen niet in gezamenlijkheid komen tot verdere doorontwikkeling conform de afspraken in het Hoofdlijnenakkoord ggz heeft het Zorginstituut Nederland (het Zorginstituut) recent zijn wettelijke doorzettingsmacht ingezet om het Kwaliteitsstatuut verder te brengen. Dit om volgens afspraak 4.2.b uit het Hoofdlijnenakkoord ggz bij te dragen aan het terugdringen van de wachttijden en administratieve lasten voortvloeiend uit het Kwaliteitsstatuut. Op dit moment is er sprake van een consultatie van het product dat het Zorginstituut op basis van de inbreng van veldpartijen heeft opgesteld. Over de uitkomsten van dit traject en de betekenis ervan voor beroeps-

groepen in de ggz (inclusief de physician assistants) zal ik de Kamer informeren zodra het Zorginstituut zijn werkzaamheden afrondt. De verwachting is dat dit tegen het einde van het lopende kalenderjaar zal zijn.

Actualiteit

De leden van de VVD-fractie geven aan dat recent in het nieuws een bericht is verschenen dat de wachttijden in de ggz verdampen, door een aanpak die zorgverzekeraar VGZ heeft ingezet. Kan de Staatssecretaris aangeven wat het verschil is tussen deze aanpak, waarbij de wachttijden verdampen, en de eerdere aanpak waar dat niet lukte, zo vragen genoemde leden. Kan de Staatssecretaris aangeven wat zijn visie is op de aanpak van VGZ? Kan de Staatssecretaris aangeven wat hij zal doen om dit experiment breed in de sector structureel in te bedden, indien dit tot tevredenheid leidt in de totale aanpak van de wachttijden? Tenslotte vragen deze leden welke concrete stappen de Staatssecretaris neemt om andere zorgverzekeraars hier ook toe aan te zetten, teneinde de patiënten in de ggz eindelijk een behandeling te laten krijgen die past binnen de afgesproken Treeknormen.

Antwoord 71:

De aanpak van VGZ, de Parnassia Groep en enkele andere grotere en kleinere aanbieders in de regio Rotterdam bestaat onder andere uit het gericht benaderen van mensen die bij de Parnassia Groep op een wachtlijst stonden. Voor een deel van de patiënten bleek de behandeling al gestart, al dan niet bij een andere aanbieder, een deel van de patiënten hoefde niet meer in behandeling en een deel van de patiënten kon alsnog bij een andere aanbieder sneller terecht. Na deze actie bleek het aantal resterende, daadwerkelijk wachtenden, inderdaad een stuk lager. Het is niet evident dat het effect op de gemiddelde wachttijd, de indicator waar de NZa over rapporteert, net zo groot zal zijn. Deze wachttijd wordt namelijk grotendeels retrospectief berekend en een wachttijd telt pas mee in de berekening op het moment dat de behandeling van deze patiënt daadwerkelijk gestart is. Patiënten die op een dubbele wachtlijst staan of uiteindelijk besluiten niet in behandeling te gaan, zorgen niet voor een hogere gemiddelde wachttijd. Hoe dan ook ben ik zeker enthousiast over het initiatief in Rotterdam, om een aantal redenen: patiënten zijn actief bemiddeld naar een snellere behandelplek, er is meer inzicht in het aantal wachtenden en ik heb begrepen dat het de samenwerking tussen de aanbieders in de regio door het initiatief is verbeterd. VGZ kijkt samen met ZN hoe dit initiatief ook in andere regio's uitgerold kan worden. Ik heb begrepen dat verschillende regio's en ook andere verzekeraars zich enthousiast hebben getoond. In Den Haag is inmiddels al een transfertafel gestart en de komende weken start er ook een transfertafel in Midden-Brabant. Het idee van een transfermechanisme heeft ook een belangrijke plek in de aanpak van de stuurgroep aanpak wachttijden, zie mijn brief aan u van 13 oktober jl. (Kamerstuk 25 424, nr. 555).

Psychodiagnostisch werkenden

*De leden van de **D66-fractie** lezen in het verslag van een schriftelijk overleg over de Psychodiagnostisch werkenden (PDW) dat er nog geen aanvragen zijn ingediend voor deelname aan het experiment waarin de PDW de mogelijkheid wordt geboden om declarabele uren te laten schrijven.²³ Dat is erg teleurstellend. Welke stappen gaat de Staatssecretaris actief ondernemen om het aantal deelnemers te doen stijgen? Wat is de voornaamste reden dat er nog geen gebruik van wordt gemaakt? Is de*

²³ Kamerstuk 25 424, nrs. 507 en 550

Staatssecretaris het met deze leden eens dat het juist nu van belang is dit experiment uit te voeren? Tenslotte vragen deze leden wat het resultaat is van de gesprekken die de Staatssecretaris deze zomer met partijen heeft gevoerd over dit bekostigingsexperiment.

Antwoord 72:

Voor het antwoord verwijs ik u naar antwoord 67 op de eerdere vraag van de leden van de VVD-fractie.

*De leden van de **50PLUS-fractie** attenderen erop dat in het algemeen overleg GGZ, maatschappelijke opvang, suicidepreventie van 8 juni jl.²⁴ onder andere het lid van deze fractie het onderzoek van GGNet betreffende herdiagnostisering bij patiënten aan de orde heeft gesteld. De Staatssecretaris gaf in dat overleg aan dat hij de sector aanspoort om een voorbeeld te nemen aan GGNet. Deze leden vragen hoe de Staatssecretaris er in de toekomst voor zorgt dat dit initiatief en andere goede initiatieven goed worden verspreid onder aanbieders en dat die dit ook oppakken. Welke rol ziet hij hierbij voor de toezichthouders in de probleemregio's?*

Antwoord 73:

In mijn brief over lerende cultuur in de ggz van 24 januari jl. (Kamerstuk 25 424, nr. 508) ben ik uitgebreid ingegaan op de continue zoektocht naar (verspreiding van) betere behandelmogelijkheden, meer kennis en expertise en betere kwaliteit van leven voor patiënten in de ggz. De vele mensen die werkzaam zijn in de ggz zijn gemotiveerd om te leren, om vooruitgang te boeken en zijn in staat om de levenskwaliteit van mensen met psychische problemen te verbeteren, bij elke nieuwe patiënt weer. Zij houden van hun vak en zijn betrokken bij hun patiënten. Leren werkt in het algemeen het beste in een veilige omgeving en vanuit intrinsieke motivatie, vertrouwen en betrokkenheid. Zowel in de behandelkamer, als bij de werkgever, als tussen instellingen neemt leren met en van elkaar een belangrijke rol in.

In dat kader heb ik recent twee keer gesproken met zorginstelling GGNet en leden van het actieplatform Herstel voor Iedereen over het verder brengen van het onderzoek over herdiagnostiek. Het platform Herstel voor Iedereen werkt op dit moment aan een ontwikkelagenda om het experiment dat bij GGNet plaatsvond adequaat en tegelijkertijd zorgvuldig van onderaf verder te brengen. Betrokken partijen zijn voortvarend aan de slag gegaan en gemotiveerd om de volgende stap te maken.

Ook op andere vlakken zie ik dat er sprake is van een lerende cultuur. Denk aan de diverse projecten van Akwa ggz, het onderzoeksprogramma ggz van ZonMW en de Zinnige Zorg-trajecten voor de ggz van Zorginstituut Nederland. Lerend van deze trajecten en het traject Zorgevaluatie en Gepast Gebruik uit de medisch specialistische zorg wil ik samen met de HLA partijen in de ggz komen tot een aanpak die verschillende trajecten samenbrengt, waarin leren een belangrijke plaats inneemt.

Als eerste stap daarin ga ik op korte termijn met Akwa ggz, ZonMW en het Zorginstituut om tafel. We gaan in kaart brengen wat er al gebeurt en wat aanvullend nog van waarde kan zijn. Hiermee kunnen we dan ook het gesprek aangaan met de partners binnen het Hoofdlijnenakkoord ggz.

Tot slot houdt de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) toezicht op de ggz. De toetsing richt zich voor een belangrijk deel op de mate van lerend vermogen. Wanneer er een incident of een calamiteit plaatsvindt is het

²⁴ Kamerstuk 25 424, nr. 547

belangrijk dat de zorgaanbieder hiervan leert om herhaling zoveel als mogelijk te voorkomen. Toenemend houdt de IGJ bij het toezicht op de ggz ook rekening met contextuele factoren zoals regionale ontwikkelingen op het vlak van zorginkoop, doorstroommogelijkheden naar het sociaal domein en de mogelijke samenwerking met huisartsen en samenwerkingspartners in de acute zorgketen. Bij zowel het incident- als risico-gestuurd toezicht is het vertrouwen in de mate van inzicht en lerend vermogen van de zorgaanbieder een belangrijke wegingsfactor. Specifiek in de regio's die in het kader van de aanpak wachttijden in de ggz als probleemregio's zijn aangeduid.