Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

De Voorzitter van de Tweede Kamer
der Staten-Generaal
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

Bezoekadres
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
www.rijksoverheid.nl

Kenmerk
1384015-179359-CZ

Bijlage(n)
3

Uw brief

Correspondentie uitsluitend richten aan het retouradres met vermelding van de datum en het kenmerk van deze brief.

Datum 17 juli 2018
Betreft Wachttijden in de ggz

Geachte voorzitter,

Op 29 mei jl. heb ik uw Kamer geïnformeerd over de uitkomsten van het gesprek dat ik met partijen heb gevoerd over de voortgang van de aanpak van de wachttijden in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) en de vervolgaanpak wachttijden die partijen hebben afgesproken (Vergaderjaar 2017-2018, Kamerstuk 25424, nr. 409). Ik heb in diezelfde brief aangegeven dat de vervolgaanpak van partijen nader geconcretiseerd zou worden. Tevens heb ik de voortgangrapportage wachttijden ggz van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) ontvangen. In deze brief informeer ik uw Kamer achtereenvolgens over de uitkomsten van deze voortgangsrapportage en de vervolgaanpak van partijen, over de uitkomsten van het onderzoek van de NZa naar omzetplafonds in relatie tot wachttijden, over de uitwerking van de regionale doorzettingsmacht, over de uitkomsten van de monitor generalistische basis ggz, over de gemiddelde kosten van verblijf en ambulante ggz en over de inzet van de gespecialiseerd verpleegkundige als regiebehandelaar.

Rapportage NZa landelijke afspraken wachttijden in de ggz
Op 13 juli 2017 heeft mijn ambtsvoorganger met betrokken partijen afspraken gemaakt over het terugdringen van de wachttijden in de ggz (Vergaderjaar 2016-2017, Kamerstuk 25424, nr. 369). De NZa volgt de voortgang van de gemaakte afspraken. Op 22 december 2017 heb ik uw Kamer de eerste rapportage van de NZa doen toekomen (Vergaderjaar 2017-2018, Kamerstuk 25424, nr. 385). Op 10 april 2018 heb ik aan uw Kamer een extra update gezonden waarin een kwantitatief beeld van de wachttijden is gegeven (Vergaderjaar 2017-2018, Kamerstuk 25424, nr. 396). Bijgevoegd vindt u de tweede rapportage van de NZa waarin zowel de kwantitatieve als de kwalitatieve stand van zaken van de aanpak wachttijden is opgenomen. Ik zal eerst de belangrijkste bevindingen van het rapport beschrijven, waarna ik mijn reactie zal geven.

Regionale taskforces
Veel van de oplossingen voor de wachttijden zijn te vinden in regionale en lokale samenwerking. Partijen hebben daarom regionale taskforces opgericht.
Er zijn 8 regionale taskforces gestart die uitgebreid zullen worden naar, naar verwachting, 24 regio's. De taskforces hebben een belangrijke rol in het

terugdringen van de wachttijden. Het doel van de taskforces is dat zorgaanbieders, zorgverzekeraars en gemeenten in samenwerking met elkaar en met cliëntenvertegenwoordigers oorzaken van de wachttijdproblematiek achterhalen en oplossingen benoemen en uitvoeren. De taskforces hebben hun eigen agenda bepaald op basis van de grootste problemen in de regio. Op die manier kan via de taskforces regionaal maatwerk worden geleverd, zowel in de analyse als in de aanpak.
De NZa constateert dat betrokken partijen over het algemeen enthousiast zijn over de samenwerking en de manier waarop resultaten behaald kunnen worden. Het uitvoeren van oplossingen komt in sommige gevallen echter trager of moeilijker van de grond. Redenen hiervoor zijn de veelheid van betrokken partijen en belangen of omdat er zaken nog overlegd moeten worden met andere partijen die niet direct betrokken zijn.

Landelijke afspraken
Op landelijk niveau constateert de NZa dat er diverse acties zijn ondernomen. Positieve resultaten zijn behaald op de inkoop van beveiligde zorg voor patiënten die agressief of gevaarlijk gedrag vertonen. Over dit onderwerp hebben ZN en GGZ Nederland in april 2018 bestuurlijke afspraken gemaakt. Zorgaanbieders hebben vervolgens voorstellen ingediend voor extra capaciteit bij de grootste zorgverzekeraar in de regio. Op basis hiervan hebben zorgverzekeraars keuzes gemaakt waar extra capaciteit moet worden toegekend. Deze capaciteit wordt vervolgens op basis van volgbeleid ingekocht door andere zorgverzekeraars. Tevens worden er per 2019 aparte prestaties voor beveiligde ggz ingevoerd. Met deze prestaties kunnen zorgverzekeraars en aanbieders meer inzicht krijgen in de grootte van de doelgroep en aparte afspraken maken in de contractering.
Ook zijn er stappen gemaakt om de inrichting van de acute ggz te verbeteren.
Op het gebied van zorgbemiddeling stelt de NZa vast dat zorgverzekeraars hebben aangegeven dat het aantal mensen dat gebruik maakt van wachtlijstbemiddeling verdubbeld is sinds de landelijke afspraken ggz zijn gemaakt.

De NZa constateert dat veel afspraken opvolging hebben gekregen, maar dat ze nog niet volledig zijn uitgevoerd. Dit geldt bijvoorbeeld voor het efficiënter inzetten van de behandelcapaciteit, zorg dragen voor de juiste integrale zorg en aandacht voor de overgang van 18- naar 18+. Deze onderwerpen worden gedeeltelijk in regionale taskforces opgepakt. Ook op het gebied van transparantie worden acties ondernomen. Zo zijn alle ggz aanbieders verplicht om de wachttijden aan te leveren bij Vektis en te publiceren op hun website. Een meerderheid van de zorgaanbieders doet dit nu (in juni leverde 66% van de instellingen aan en 77% van de vrijgevestigden), maar een deel doet dit nog niet of onjuist. De belactie van de NZa van begin juli (zie hieronder) heeft groot effect gehad waardoor er veel meer zorgaanbieders gegevens hebben aangeleverd. Ook kunnen nog meer ggz-aanbieders actief werken aan het actueel houden van hun wachtlijsten.

De NZa ziet ook dat een aantal afspraken nauwelijks is nagekomen of dat er (nog) geen resultaten zijn bereikt. Zo is in de landelijke afspraken opgenomen dat er specifieke aandacht moet worden besteed aan patiëntgroepen met de langste wachttijden. Advies- en onderzoeksbureau Significant heeft van GGZ Nederland, MIND en ZN de opdracht gekregen om onderzoek te doen naar een aantal

casussen met lange wachttijden. Dit onderzoek is nog niet afgerond (deze zomer gereed), waardoor er nog geen concrete acties zijn opgezet. In de landelijke afspraken is opgenomen dat zorgaanbieder en zorgverzekeraar concrete afspraken maken over het verkorten van behandeltrajecten bij met name de 'lichtere' patiëntgroepen. Deze capaciteit zou besteed worden aan de 'zwaardere' patiëntgroepen om zo de hoge wachttijden daar te verkorten. De NZa ziet dat enkele individuele zorgaanbieders op dit vlak actief zijn geweest en dat het belangrijk is dat anderen volgen.

Kwantitatief beeld
In april van dit jaar heeft de NZa een kwantitatieve update gepubliceerd van de wachttijden in de ggz. Die wachttijdmeting (van maart) is gebaseerd op de wachttijden die zorgaanbieders op hun website hebben gepubliceerd die worden verzameld door Mediquest. Dit zijn de wachttijden van alle instellingen en een steekproef onder vrijgevestigden. Over de maand mei heeft de NZa opnieuw een uitvraag laten doen door Mediquest over de wachttijden op de website van diezelfde aanbieders. Deze wachttijden zijn verzameld van 7 t/m 18 mei 2018. Hieruit is gebleken dat het beeld ten opzichte van de vorige meting niet veel veranderd is. De wachttijden zijn nog steeds onverminderd lang.
Vooral de aanmeldwachttijden voor de probleemgroepen pervasieve stoornissen, aandachtstekort- en gedragstoornissen en persoonlijkheidsstoornissen overschrijden fors de treeknorm van 4 weken.

De NZa heeft ook gekeken naar de wachttijdinformatie gebaseerd op de data die via Vektis is aangeleverd. Vanwege de vergelijkbaarheid met de wachttijdmeting van maart heeft de NZa er voor gekozen om in deze rapportage alleen de wachttijden gebaseerd op de data verzameld door Mediquest te publiceren. De NZa zal zo snel mogelijk de verschillen tussen de data aangeleverd bij Vektis en de data verzameld door Mediquest analyseren en waar nodig de aanlevering via Vektis verbeteren.

Reactie
Het afgelopen jaar hebben landelijke en regionale partijen diverse acties ondernomen om de wachttijden in de ggz terug te dringen. Helaas zijn de wachttijden nog steeds onverminderd hoog. Dat is – hoewel niet verrassend - erg teleurstellend en deze mening wordt gedeeld door alle betrokken partijen.
Ik zie gelukkig ook positieve ontwikkelingen die nieuw elan geven aan het terugdringen van de wachttijden in de ggz. Ik zal dat hieronder nader toelichten.

Actieplan wachttijden 2018-2019
Op 12 juli hebben ZN, MIND, GGZ Nederland en Platform MEERGGZ mij het Actieplan vervolgaanpak wachttijden 2018-2019 aangeboden. Bijgevoegd vindt u het actieplan dat concrete resultaten beschrijft die er toe moeten leiden dat de wachttijden voor alle behandelingen in alle regio's binnen de Treeknormen zijn. Het actieplan bestaat uit twee delen: het eerste deel gaat over de sturing, planning en organisatie van de aanpak en het tweede deel bevat concrete bouwstenen. Er zijn in totaal 13 bouwstenen en per bouwsteen wordt beschreven de resultaten, de aanpak, het eigenaarschap, de middelen en de monitoring van de voortgang.
In de bouwstenen wordt onderscheid gemaakt in regionale thema's (die zien bijvoorbeeld op het verbeteren van de samenwerking in regionaal verband, op wachttijdbegeleiding, overbruggingszorg en zorgbemiddeling, en op het

contracteerproces 2019) en in landelijke thema's (die zien bijvoorbeeld op de inzet van ervaringsdeskundigheid, op regeldruk en op de intensivering van de aanpak voor specifieke cliëntgroepen).
Drie landelijke thema's (te weten de inzet van technologie en digitalisering, (tijdelijke) verruiming van capaciteit van regiebehandelaren en (tijdelijke) verruiming van opleidingscapaciteit) worden in dit actieplan niet verder uitgewerkt omdat daar onder andere nadere afspraken over zijn gemaakt in het hoofdlijnenakkoord ggz 2019 – 2022.

Ik complimenteer partijen dat zij er in zijn geslaagd een concrete aanpak te formuleren en dat zij nadere afspraken hebben gemaakt over de onderwerpen waarvan de NZa constateert dat er extra aandacht nodig is, of onvoldoende resultaat bereikt is. Bijvoorbeeld de afspraak dat de regionale taskforces zich meer gaan richten op resultaten en eigenaarschap of de afspraak deelrapporten op te leveren met aanbevelingen voor een aanpak van de wachttijden bij autisme, trauma persoonlijkheidsstoornissen en licht verstandelijk beperkten.
Daarnaast vind ik het heel positief dat behalve de vier hierboven genoemde partijen ook LVVP, NVvP, V&VN, NIP en P3NL zich achter de vervolgaanpak hebben geschaard.

Het actieplan maakt duidelijk dat het forse inspanningen van alle betrokken partijen vraagt om de wachttijden in de ggz terug te brengen. De partijen merken in dat verband op 'dat het mogelijk is dat de wachtlijsten medio 2019 nog niet voor alle aandoeningen in alle regio's voor alle aanbieders onder de Treeknormen gebracht zullen zijn' en ook 'dat partijen de inspanningen niet beëindigen voordat het doel gehaald is dat de wachttijden voor alle behandelingen in alle regio's binnen de Treeknormen is'. Het actieplan voorziet in een evaluatie van de tussenresultaten eind 2018 en medio 2019.
Ik heb de NZa gevraagd door te gaan met het in beeld brengen van de ontwikkeling van de wachttijden ggz en daarover te rapporteren. Mede in het licht van de aangenomen motie-Van den Berg/De Lange (Vergaderjaar 2017-2018, Kamerstuk 25424, nr. 410), die vraagt om voor 1 september 2018 de Tweede Kamer te informeren over hoe de ggz-sector er zorg voor draagt dat zowel de aanmeldwachttijden als de behandelwachttijden per 1 januari 2019 weer binnen de Treeknormen vallen, vraag ik de NZa om de eerstvolgende rapportage eind 2018 zodat ik uw Kamer voor 1 januari 2019 over de voortgang kan informeren.

Aanpakken van arbeidsmarktproblematiek
Partijen hebben mij meermaals aangegeven dat het aanpakken van de arbeidsmarktproblematiek cruciaal is om de wachttijden te kunnen terugdringen. Op 12 juli jl. heb ik uw Kamer geïnformeerd over het hoofdlijnenakkoord ggz voor de jaren 2019 – 2022[1]. Hierin zijn belangrijke afspraken gemaakt om de arbeidsproblematiek aan te pakken.

Zo is er afgesproken om meer gebruik te maken van ervaringsdeskundigen, die een belangrijke rol kunnen spelen bij het overbruggen van wachttijden. In 2019 wordt er een bekostigingsexperiment uitgevoerd waarin de beroepen die het meeste bijdragen aan het verkorten van de wachttijden declarabel worden.

[1] https://www.rijksoverheid.nl/ministeries/ministerie-van-volksgezondheid-welzijn-en-sport/documenten/rapporten/2018/07/11/bestuurlijk-akkoord-geestelijke-gezondheidszorg-ggz-2019-t-m-2022

Ook over het extra opleiden van professionals in de ggz zijn in het hoofdlijnenakkoord afspraken gemaakt. Om bij te dragen aan het oplossen van het tekort aan regiebehandelaren stelt VWS in 2019 150 extra opleidingsplaatsen voor gz-psychologen beschikbaar bovenop de 610 plekken die al eerder beschikbaar zijn gesteld op basis van het advies van het Capaciteitsorgaan.
Verder wordt in 2019 eenmalig maximaal € 20 miljoen extra geïnvesteerd in opleidingen die het meest bijdragen aan het oplossen van de wachttijden.

Aanleveren van wachttijden
Alle ggz aanbieders zijn verplicht om de wachttijden aan te leveren bij Vektis en te publiceren op hun website. Veel aanbieders doen dit ook. De NZa constateert tegelijkertijd dat een aantal aanbieders dit nog niet doet of onjuist. De motie-De Lange/Van den Berg (Vergaderjaar 2017-2018, Kamerstuk 25424, nr. 412) vraagt om de Kamer voor 1 september te informeren over het aantal ggz aanbieders dat nog geen wachttijdinformatie aan Vektis heeft aangeleverd en deze ggz-aanbieders openbaar te maken. In reactie op deze motie zet ik uiteen hoe het handhavingproces er uit ziet.

De NZa heeft op verschillende manieren gehandhaafd met betrekking tot het aanleveren van de wachttijden. Er is in maart een algemene herinneringsbrief gestuurd naar alle ggz-aanbieders om hun te wijzen op hun plichten. In april is er een enquête uitgezet onder alle ggz-zorgaanbieders om te inventariseren wat motivaties en barrières zijn voor het al dan niet aanleveren en publiceren van wachttijden. Ook hebben Vektis en de NZa de 100 grootste instellingen (gemeten naar omzet) telefonisch benaderd en hen gevraagd naar eventuele inconsistenties tussen de wachttijden op de website en de aangeleverde wachttijden bij Vektis. In navolging hierop hebben deze aanbieders een informatiepakket ontvangen over de aanlevering van de wachttijden. Daarnaast is er begin juni een brief uitgegaan naar alle aanbieders die in de maand mei niet hadden aangeleverd. Alle instellingen die geen wachttijdgegevens hebben aangeleverd sinds januari 2018 zijn begin juli gebeld. Het gaat om 43 instellingen. De NZa heeft hen laten weten dat ze uiterlijk 10 juli hun wachttijden moesten aanleveren. Deze belactie heeft een groot effect gehad. Op dit moment lijkt het er op dat de NZa maximaal tien aanwijzingen uit zal sturen. Als instellingen niet voldoen aan de aanwijzing dan maakt de NZa de namen openbaar op de website van de NZa, voor 1 september 2018.

De groep vrijgevestigden bestaat uit circa 4.000 aanbieders. Vektis is deze lijst aan het opschonen. Dit omvat onder andere het verwijderen van vrijgevestigden die op de lijst staan, maar die zijn gestopt met werken bijvoorbeeld vanwege pensioen. Daarnaast zullen alle vrijgevestigden die nog geen wachttijdgegevens hebben aangeleverd sinds januari 2018 deze zomer individueel worden benaderd door de NZa. De NZa verwacht dat met deze actie en de opschoning, die in september gereed is, het aanleverpercentage fors zal stijgen. Daarna zal de NZa vaststellen hoeveel vrijgevestigden geen gegevens hebben aangeleverd. De NZa bepaalt vervolgens in oktober het vervolgtraject bij vrijgevestigden en zal verdere en passende handhavingsmaatregelen nemen. De NZa wil dat alle vrijgevestigden die onder de regeling vallen wachttijd gegevens gaan aanleveren.

Omzetplafonds bij vrijgevestigden en wachttijden in de gespecialiseerde ggz

In de bestuurlijke afspraken wachttijden van juli 2017 is ook afgesproken dat de NZa een onderzoek zal uitvoeren in hoeverre er, vanwege omzetplafonds bij vrijgevestigden, in de gespecialiseerde ggz capaciteit onbenut blijft waardoor patiënten langer op zorg moeten wachten dan nodig. Bijgevoegd vindt u deze rapportage.

In onderstaande tabel heeft de NZa een vergelijking gemaakt tussen instellingen en vrijgevestigden van het maandelijks aantal nieuwe patiënten tussen de eerste helft en de tweede helft van het jaar. Het gaat om het jaar 2015 omdat dit het meest recent uitgedeclareerde jaar is.

Maandelijks aantal nieuwe patiënten	*Instellingen*	*Vrijgevestigden*
Eerste helft (feb-jun)	21.121	3.874
Tweede helft (jul- nov)	21.525	3.584
Verschil per maand	404	-263
Procentueel verschil	1.9%	-7.3%

Uit bovenstaande tabel blijkt er bij instellingen sprake te zijn van een lichte toename van nieuwe patiënten in de tweede helft van het jaar van bijna 2%. Bij vrijgevestigden is een afname te zien van ruim 7% van het aantal nieuwe patiënten dat zij maandelijks in behandeling nemen in de tweede helft van het jaar. De daling van 7% die te zien is wordt door de NZa gelinkt aan een beperkende rol van het omzetplafond. Als het omzetplafond knelt dan is het namelijk aannemelijk dat dit vooral in de tweede helft van het jaar gebeurt. De inschatting van de NZa is dat in de tweede helft van het jaar maandelijks ongeveer 263 patiënten extra behandeld kunnen worden door vrijgevestigden indien deze capaciteit vrijgemaakt wordt. Het totaal aantal nieuwe patiënten in de gehele gespecialiseerde ggz (dus zowel instellingen als vrijgevestigden) betreft ongeveer 25.000 per maand. Een toename met 263 nieuwe patiënten betreft een stijging van ongeveer 1% per maand in de tweede helft van het jaar. Op jaarbasis zou dit betekenen dat de capaciteit met 0,5% toeneemt. Hiermee kunnen mensen geholpen worden die nu onnodig lang wachten op zorg.

De NZa adviseert tegelijkertijd om niet zonder meer de omzetplafonds te verruimen. Bij de vraag of verruiming van het omzetplafond van een individuele zorgaanbieder nodig is gaat het erom dat er extra patiënten geholpen kunnen worden die anders op een wachtlijst zouden staan. Daarnaast moet verruiming alleen mogelijk zijn voor vrijgevestigden die ook daadwerkelijk bereid en in staat zijn extra patiënten te behandelen. Tevens kan een verruiming voor de gespecialiseerde ggz ook betekenen dat capaciteit voor basis-ggz (en/of jeugdzorg) afneemt.

De NZa doet een aantal aanbevelingen richting zorgverzekeraars en aanbieders in de ggz. De aanbevelingen zijn gericht op het terugbrengen van de wachttijden in relatie tot de omzetplafonds.

In het recent gesloten hoofdlijnenakkoord 2019 - 2022 zijn afspraken gemaakt om de contractering in de ggz te verbeteren. Specifiek zijn er afspraken gemaakt bij verzoeken tot (bij)contractering en omzetplafondverhoging. Ook in de vervolgaanpak wachttijden hebben partijen onderling afspraken gemaakt over de

contracten 2019 en het verminderen van wachttijden. Zo streven zowel aanbieders als verzekeraars naar resultaatafspraken voor cliëntgroepen die in de betreffende regio of instelling te maken hebben met lange wachttijden. Ook inventariseren ZN, GGZ NL, Mind en MEER GGZ knelpunten in de contractering 2019 die het oplossen van wachttijden in de weg staan en maken deze bespreekbaar.
Met deze afspraken ben ik van mening dat er een goede basis is gelegd voor het verbeteren van het contracteerproces in de ggz en het, waar dit opportuun is, benutten van de capaciteit van vrijgevestigden in relatie tot de wachttijden. De uitvoering van de afspraken uit het akkoord zal ik nauwgezet volgen. In het VAO ggz van 14 juni 2018 heb ik aan het Kamerlid Heijink toegezegd om meer zicht te krijgen op de contractering in de ggz, onder andere waar het gaat om het opleggen van budgetplafonds door zorgverzekeraars. In het hoofdlijnenakkoord ggz heb ik hier met zorgverzekeraars en andere partijen over gesproken en zoals hierboven toegelicht hebben we goede afspraken kunnen maken over het verbeteren van de contractering in de ggz. Zo volgt de NZa de ontwikkelingen in het contracteerproces en brengt daarover jaarlijks een rapportage uit. Tevens zal de NZa in haar reguliere publicaties over contractering aandacht besteden aan de mate waarin verzoeken tot bijcontractering bij omzetplafonds worden aangevraagd en gehonoreerd.
Individuele zorgverleners, zorgaanbieders en zorgverzekeraars kunnen bij een conflict of meningsverschil ook gebruik maken van de 'Onafhankelijke Geschilleninstantie voor Geschillenoplossing en- beslechting Zorgcontractering'. Geschilbeslechting kan een eventuele impasse in het contracteerproces of naleving van het contract doorbreken.

Uitwerking regionale doorzettingsmacht
In de motie Van den Berg (Vergaderjaar 2017-2018, Kamerstuk 25424 nr. 401) wordt de regering verzocht om de Kamer voor de zomer te informeren over de uitkomsten van onderzoek naar regionale doorzettingsmacht en vervolgacties om regionale doorzettingsmacht te organiseren.
In het regeerakkoord 'Vertrouwen in de toekomst' is opgenomen dat, als blijkt dat de lopende afspraken om wachtlijsten in de ggz te verkorten onvoldoende werken, zo nodig aanvullende maatregelen worden genomen, zoals het organiseren van een regionale doorzettingsmacht.

Het hierboven genoemde Actieplan vervolgaanpak wachttijden 2018-2019 bevat een bouwsteen die specifiek ziet op het inzetten van doorzettingsmacht. Partijen hebben hierover afgesproken dat twaalf regio's zullen worden ondersteund bij het maken van regionale werkafspraken over het organiseren van regie en doorzettingsmacht bij complexe problematiek. Er wordt hierbij voortgebouwd op de inzichten die zijn verkregen met de casusaanpak in drie regio's.
Op basis van de eerste zes regio's wordt een nader te bepalen product ontwikkeld dat andere regio's kan helpen bij het organiseren van regie en doorzettingsmacht. Dit product kan aan de hand van de ervaringen in de volgende zes trajecten worden doorontwikkeld. Deze kennis wordt vervolgens verder verspreid naar andere regio's.

Ik ben het eens met de invulling die op deze manier wordt gegeven aan regionale doorzettingsmacht bij wachttijden. Ik vind het van belang om het probleem van wachttijden niet op het niveau van zorgaanbieders, individuele instellingen of vrijgevestigde te bezien maar in regionale context. Dat betekent ook dat

doorzettingsmacht op regionaal niveau moet worden georganiseerd. Het gaat vooral om de samenwerking tussen partijen in de regio zo vorm te geven dat zij elkaar goed weten te vinden en zich in gezamenlijkheid verantwoordelijk voelen voor het oplossen van concrete problemen. Dat geldt wat mij betreft zowel voor complexe casuïstiek (zodat de juiste zorg aan de juiste patiënt wordt gegeven en onnodig wachten wordt voorkomen), als bijvoorbeeld voor het in beeld brengen van de feitelijke sociale en gezondsheidssituatie en de opgave in een regio, wijk of gemeenten. Over dat laatste zijn ook afspraken gemaakt in het hoofdlijnenakkoord ggz 2019- 2022.

Monitor generalistische basis-ggz
Tot 2014 bestond de ggz uit zorg door de huisarts (soms met ondersteuning van de POH-ggz), de eerstelijns psychologische zorg (zonder verwijzing) en tweedelijns ggz (met verwijzing). In 2014 is de generalistische basis-ggz ingevoerd, voor patiënten met een lichte tot middelzware psychische aandoening die niet complex is en geen hoog risico kent. Daarnaast is de functie POH-ggz versterkt, zodat patiënten met lichte klachten beter in de huisartsenzorg geholpen worden. Doel van deze stelselwijziging is dat patiënten zorg tijdig en op de juiste plek krijgen, en niet onnodig in de gespecialiseerde ggz terechtkomen of blijven. Bij de invoering van de generalistische basis-ggz is besloten tot het uitvoeren van een monitor. Vorig jaar is besloten de monitoring nog een jaar voort te zetten. Bijgaand treft u de monitor Generalistische basis-ggz van juni 2018, uitgevoerd door KPMG Plexus in samenwerking met Vektis en NIVEL.

De monitor laat zien dat het totaal aantal patiënten dat ggz-zorg ontvangt, elk jaar tussen 2012 en 2016 stijgt. De verdeling tussen de echelons verandert: het aantal patiënten bij de POH-GGZ stijgt elk jaar vanaf 2012, het aantal patiënten dat gebruik maakt van de basis-ggz ook, het aantal patiënten in de gespecialiseerde ggz daalt vanaf 2012.

De monitor toont tevens dat de gemiddelde behandelkosten per patiënt in de generalistische basis-ggz hoger zijn dan in voorgaande perioden in de eerstelijns psychologische zorg. Dit wordt onder andere verklaard doordat de zorgvraag van de patiënten gemiddeld zwaarder is door substitutie vanuit de gespecialiseerde ggz.
Ook de gemiddelde behandelkosten in de gespecialiseerde ggz stijgen tussen 2011 en 2016. Een verklaring die wordt gegeven is dat er door de substitutie van patiënten met lichtere problematiek naar de generalistische basis-ggz en POH-ggz duurdere dbc’s in de gespecialiseerde ggz overblijven. Daarnaast waren de tarieven van 2014 lager dan die van 2015 en 2016.
Vanwege de toename van het aantal POH’s-GGZ en aantallen patiënten die door de POH-GGZ behandeld worden, is er een relatief grote stijging van de totale en gemiddelde behandelkosten bij de POH ggz zichtbaar tussen 2011 en 2016.
De procentuele verdeling van behandelkosten over de echelons laat zien dat het overgrote deel van de behandelkosten gemaakt wordt in de gespecialiseerde ggz (96% tot 90% tussen 2011 en 2016). Dit aandeel neemt af sinds 2014.
De totale behandelkosten in de ggz dalen in 2016 licht ten opzichte van 2015 naar €3,24 mld. Deze daling wordt verklaard door een daling van de totale behandelkosten in de gespecialiseerde ggz.

Op basis van deze monitor concludeer ik dat de beweging die werd beoogd met de invoering van de generalistische basis-ggz, in de afgelopen jaren daadwerkelijk heeft plaatsgevonden. Het aantal patiënten stijgt bij de POH-ggz en de generalistische basis ggz en daalt in de gespecialiseerde ggz. Ondanks deze daling, blijft de gespecialiseerde ggz in vergelijking met andere echelons veruit het grootst, zowel in aantallen patiënten als kosten.

Zeker vanuit het oogpunt van 'De juiste zorg op de juiste plek' en de lange wachttijden in de gespecialiseerde ggz is het zaak dat partijen maximaal inzetten op verschuiving naar de generalistische basis-ggz, zodat in de gespecialiseerde ggz voldoende tijd en ruimte overblijft voor patiënten met zware, complexe problematiek. In het Algemeen Overleg ggz op 31 mei heb ik Kamerlid De Lange toegezegd bij de aanbieding van deze monitor in te gaan op de vraag hoe de inzet van de generalistische basis-ggz verder gestimuleerd kan worden. Uit de monitor blijkt dat de generalistische basis-ggz elk jaar groeit. Om de verschuiving van gespecialiseerde ggz naar generalistische basis-ggz verder te stimuleren, nemen zorgverzekeraars vaak in hun contracten op dat de zorg binnen de generalistische basis-ggz zonder omzetplafond verleend kan worden, in tegenstelling tot de gespecialiseerde ggz. In het hoofdlijnenakkoord ggz 2019-2022 is afgesproken dat partijen de komende jaren inzetten op de beweging 'De juiste zorg op de juiste plek' en iedereen daarin zijn bijdrage levert.
Het op tijd afschalen naar de generalistische basis ggz is daar onderdeel van.

Gemiddelde kosten verblijf en ambulante ggz
In het Algemeen Overleg ggz van 31 mei heeft het Kamerlid Gerbrands mij gevraagd naar het verschil in gemiddelde kosten tussen ambulante en klinische behandelingen. Zij refereerde daarbij aan Vekstisdata uit 2015 waaruit zou blijken dat in 2015 per verzekerde meer is uitgegeven aan ambulante dan aan klinische zorg. De betreffende passage maakt deel uit van bijlage 9 (blz. 207) van de Monitor Ambulantisering en hervorming van de langdurige ggz (Vergaderjaar 2016 -2017, Kamerstuk 25424, nr. 385). Uit Vektisdata 2015 blijkt dat de gemiddelde kosten voor ambulante behandeling lager zijn dan voor een behandeling met klinisch verblijf. Voor bijvoorbeeld schizofrenie en andere psychotische stoornissen kost behandeling zonder verblijf gemiddeld €5034 en behandeling met verblijf gemiddeld €39.255[2]. Er maken echter veel meer mensen gebruik van ambulante zorg dan van klinische zorg waardoor er in totaal dus meer aan ambulante zorg dan aan klinische zorg wordt uitgegeven. De desbetreffende passage waar het Kamerlid Gerbrands naar verwijst laat zien dat er *per verzekerde* daarom meer is uitgegeven aan ambulante zorg dan aan klinische zorg.

Inzet verpleegkundig specialist als regiebehandelaar
In het Algemeen Overleg ggz van 31 mei 2018 heb ik toegezegd met partijen in gesprek te gaan over de inzet van de verpleegkundig specialist als regiebehandelaar. Dat gesprek heeft plaatsgevonden in het kader van de totstandkoming van het hoofdlijnenakkoord ggz 2019-2022. Daarin zijn twee relevante afspraken gemaakt. Ten eerste hebben partijen afgesproken de mogelijkheden die functiedifferentiatie en taakherschikking bieden beter te benutten. Zij zullen de al bestaande mogelijkheden verpleegkundig specialisten ggz (maar ook gz-psychologen, klinisch neuropsychologen en psychotherapeuten) als regiebehandelaar in te zetten toepassen.

[2] Gemiddelde kosten per patiënt per stoornisgroep.

Ten tweede starten GGZ NL, NVvP en V&VN een gezamenlijk traject om (dreigende) tekorten van behandelaren waaronder gespecialiseerde verpleegkundigen, voor crisisdiensten en avond- en weekenddiensten aan te pakken en presenteren dit plan in het najaar 2018.

Slot

De wachttijden in de ggz is een onderwerp dat mijn voortdurende aandacht heeft. Het is duidelijk dat er een jaar na de gemaakte afspraken met mijn ambtsvoorganger nog veel is te doen. Ik ben verheugd dat we een aantal nieuwe stappen, zoals het actieplan van partijen en de afspraken in het hoofdlijnenakkoord, hebben kunnen zetten om de wachttijden verder en structureel aan te pakken. Ik zal de voortgang nauwgezet volgen en uw Kamer hierover informeren.

Hoogachtend,

de staatssecretaris van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

Paul Blokhuis