

Vergaderjaar 2015–2016

**25 424**

**Geestelijke gezondheidszorg**

**Nr. 328**

**VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG**

Vastgesteld 21 september 2016

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft een aantal vragen en opmerkingen voorgelegd aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 28 juni 2016 over de wachttijden in de geestelijke gezondheidszorg (Kamerstuk 25 424, nr. 319).

De vragen en opmerkingen zijn op 13 juli 2016 aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voorgelegd. Bij brief van 19 september 2016 zijn de vragen beantwoord.

De voorzitter van de commissie,  
Lodders

De adjunct-griffier van de commissie,  
Clemens

I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties	2
II. Reactie van de Minister	6

**I. VRAGEN EN OPMERKINGEN VANUIT DE FRACTIES****Vragen en opmerkingen van de PvdA-fractie**

De leden van de PvdA-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de reactie van de Minister op het signaal van de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) over wachttijden in de geestelijke gezondheidszorg. Deze leden vinden het van groot belang dat patiënten de meest passende hulp krijgen op de meest aangewezen plek en dat deze hulp tijdig beschikbaar en van goede kwaliteit is. Genoemde leden zijn verheugd te constateren dat de Minister het signaal van de LHV serieus neemt en benadrukt dat te lang wachten op hulp onwenselijk is. Zij zijn blij met de acties die de Minister in gang heeft gezet om dat te verhelpen.

Genoemde leden constateren dat de Minister investeert in de praktijkondersteuner GGZ (POH-GGZ) en ondersteunen dat van harte. De POH-GGZ is immers een uitstekende manier om patiënten laagdrempelig in eigen thuisomgeving te helpen en om de huisarts te ontlasten. De leden van de fractie van de PvdA constateren dat niet iedere huisarts(praktijk) een POH-GGZ in dienst heeft. Welke acties onderneemt de Minister om dat wel te stimuleren en wat zijn haar ambities? Daarnaast constateren deze leden dat er soms ook wachttijden ontstaan voor de POH-GGZ. Wat vindt de Minister van het idee om huisartsen onderling te laten doorverwijzen naar de POH-GGZ van een andere praktijk bij grote drukte? Is dat mogelijk en gebeurt dit in de huidige praktijk al? Wordt deze mogelijkheid actief onder de aandacht gebracht bij huisartsen? Hoe wordt de vergoeding geregeld bij onderlinge doorverwijzing? Welke knelpunten zijn er en hoe kunnen deze worden verholpen?

Tot slot vragen de leden van de PvdA-fractie in hoeverre de nog niet gebruikte middelen voor de opbouw van ambulante GGZ, zoals benoemd in het rapport van het Trimbos-instituut, inmiddels hiervoor zijn ingezet en op welke wijze. In hoeverre ziet de Minister een causaliteit tussen deze middelen en te lange wachttijden voor psychische hulp bij de huisarts en in ambulante setting in het algemeen? Hoe stimuleert de Minister dat de overgang van intramurale naar ambulante plekken soepel verloopt en dat middelen die vrijkomen zo spoedig mogelijk benut kunnen worden in de ambulante setting?

**Vragen en opmerkingen van de SP-fractie**

De leden van de SP-fractie hebben kennisgenomen van de reactie van de Minister op de peiling van de Landelijke Huisartsen Vereniging waaruit blijkt dat de problemen rond de zorg voor patiënten met ernstige psychische klachten alsmäär groter worden. Deze leden hebben hierover nog de volgende opmerkingen en vragen.

Genoemde leden zouden allereerst willen weten wat de appreciatie van de Minister is van de peiling door de LHV onder ruim 1.400 leden waarvan twee derde praktijkhouder is en waarbij er bovendien sprake is van een goede landelijke spreiding van de respondenten. Is de Minister van mening dat de peiling een goed beeld geeft van wat huisartsen het afgelopen jaar hebben ervaren? Of vindt zij het onderzoek misschien

«sturend in de bevraging» zoals eerder onderzoek van de LHV over zorgmijden werd weggezet?<sup>1</sup>

De leden van de SP-fractie lezen dat de Minister op korte termijn om tafel gaat met partijen om onder andere de toenemende wachtlijsten in de geestelijke gezondheidszorg te bespreken. Wie zijn de betrokken partijen waarmee de Minister praat en is de LHV er één van? Zo nee, hoe zorgt de Minister er dan voor dat ook de ervaringen van huisartsen zijn geborgd? Zijn er ook patiëntenverenigingen voor dit overleg uitgenodigd?

De leden van de SP-fractie constateren dat er volgens de Minister meer dan € 100 miljoen aan de POH-GGZ wordt uitgegeven in 2015. Tegelijkertijd geeft meer dan de helft van de huisartsen aan dat er wachttijden zijn bij de POH-GGZ. Moet dan niet worden geconcludeerd dat er te weinig wordt uitgegeven, zo stellen deze leden. Hoe verklaart de Minister anders de onderschrijding op de GGZ in 2015 van € 195 miljoen? Is er zicht op de substitutie die heeft plaatsgevonden van zorg uit de curatieve GGZ naar de POH-GGZ? Hoe verklaart de Minister de onderschrijding in combinatie met de toenemende wachtlijsten anders dan dat er te weinig zorg wordt ingekocht?<sup>2</sup>

De leden van de SP-fractie bevreedt het dat de Minister nu nader onderzoek gaat doen naar de werkzaamheden en het opleidingsniveau van de POH-GGZ. Zijn niet juist ook deze onderdelen uitvoerig aan de orde gekomen in de peiling van de LHV, zo vragen deze leden. Welke informatie denkt de Minister met nog meer onderzoek boven tafel te krijgen? Zeker wanneer de Minister erkent dat de peiling representatief is, waarom gebruikt zij dan niet deze gegevens en gaat zij direct tot actie over om de wachtlijsten aan te pakken? Of is het doen van nog meer onderzoek eigenlijk een excuus om wederom niet daadwerkelijk in te hoeven grijpen?

Genoemde leden vinden het positief dat de Minister opdracht heeft gegeven de Treeknormen onder de loep te nemen. Waarom een eerste terugkoppeling daarvan tot het eerste kwartaal van 2017 moet duren, is voor deze leden echter een raadsel. Wat is precies de uitvraag aan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) voor het onderzoek? Wat is de aanleiding en wat denkt de Minister met dit onderzoek op te halen? Ligt er begin 2017 dan ook werkelijk een resultaat waar een volgend kabinet voortvarend mee aan de slag kan? Of is ook hier sprake van een vertragings tactiek om niet direct boter bij de vis te hoeven leveren?

De leden van de SP-fractie willen graag een verklaring van de Minister over de opmerking dat wachttijdbemiddeling door zorgverzekeraars al vaak succesvol verloopt. Heeft de Minister hiernaar onderzoek gedaan? Zo nee, hoe komt zij dan tot dat standpunt? Wat is de definitie van de Minister van «in veel gevallen»? En vindt zij het acceptabel dat in al die andere gevallen de Treeknormen wel overschreden worden met alle gevolgen van dien? Hoe verklaart de Minister voorts dat bijna twee derde van de huisartsen problemen ondervindt met de wachttijden in de gespecialiseerde GGZ? Weten huisartsen dan niet dat de zorgverzekeraar aan wachttijdbemiddeling doet of zou dit tot onvoldoende resultaat leiden?

Tot slot lezen de leden van de SP-fractie dat volgens de Minister er ook verzekerden zijn die zelf kiezen om liever te blijven wachten totdat ze terecht kunnen bij de door hen uitgezochte aanbieder. Bij deze leden roept

<sup>1</sup> Aanhangsel Handelingen II 2013/14, nr. 2643.

<sup>2</sup> Rijksjaarverslag 2015 – Volksgezondheid, Welzijn en Sport (Kamerstuk 34 475 XVI, nr. 1).

dit herinneringen op aan de schandalige praktijken rondom zogenaamde «wenswachtenden» voor verpleeg- en verzorgingshuizen. Zijn verzekerd in dit geval wel bewust van het feit dat ze als wenswachtende te boek staan? Zijn zij er door de verzekeraar of zorginstelling van hun keuze op gewezen dat zij elders wel sneller aan de beurt zijn? En in hoeverre is het aanbod dermate dat er ook echt sprake is van een keuze? Of betekent een andere instelling ook meteen een veel langere reistijd? Hoe meet de NZa of een alternatieve instelling die wordt aangeboden zich ook daadwerkelijk binnen een «redelijke afstand» bevindt? Kan dit exact gedefinieerd worden en zo ja, door wie? Zo nee, als de spelregels dan niet eenduidig zijn, hoe gaat de NZa hier zorgverzekeraars dan op aanspreken in het kader van hun zorgplicht? De leden van de SP-fractie verwachten een uitgebreide reactie op de gemaakte opmerkingen en gestelde vragen.

### **Vragen en opmerkingen van de CDA-fractie**

De leden van de CDA-fractie lezen in de brief dat met zorgaanbieders, zorgverzekeraars en cliëntenorganisaties in 2012 afspraken zijn gemaakt om de beschikbare middelen anders in te zetten: minder intramurale zorg en meer en betere ambulante zorg. De Minister refereert hier aan het bestuursakkoord, zo begrijpen deze leden. Kan de Minister uitgebreid toelichten hoeveel bedden er zijn «afgebouwd» maar ook hoeveel meer ambulante hulp er is, graag in concrete bedragen en in fte's? Want de Minister is het toch met deze leden eens dat de «ambulante zorg» meer omvat dan alleen praktijkondersteuners GGZ bij de huisarts?

Uit het gehouden onderzoek onder huisartsen blijkt ook dat er in het afgelopen jaar onveranderd meer patiënten met psychische klachten naar de praktijk komen (72%), dat de gepresenteerde klachten wederom complexer zijn (74%) en dat op grote schaal meer patiënten vanuit de gespecialiseerde GGZ worden overgenomen (81%). Ze werken volop samen met een POH-GGZ (95%), waarvan 52% zegt dat deze praktijkondersteuner wachttijden heeft.

Graag krijgen de leden van de CDA-fractie ook op deze concrete uitkomsten een reactie van de Minister. In hoeverre is zij ervan op de hoogte dat er wachtlijsten ontstaan voor de POH-GGZ? Dit vinden deze leden een verontrustend beeld. Welke mogelijkheden ziet de Minister om eventuele wachtlijsten bij de POH-GGZ weg te werken?

Genoemde leden lezen verder dat het eerste speerpunt van de Minister het snel op- en afschalen van zorg een prioriteit is binnen de Agenda voor gepast gebruik en transparantie in de GGZ. Dat vinden deze leden een mooi streven, maar zij vragen hoe reëel dit is gezien de wachttijden die er nu voor de specialistische GGZ zijn. Kan de Minister toelichten hoe zij dit in praktijk voor zich ziet en hoe zij dit wil gaan organiseren?

De Minister wil vervolgens monitoren hoe de ontwikkelingen in de GGZ na invoering van de generalistische basis GGZ het beste een vervolg kan worden gegeven. Dit vinden de leden van de CDA-fractie ook een positieve ontwikkeling. Wel vragen deze leden of de Minister uitgebreider kan toelichten hoe de monitoring plaats zal vinden en wanneer de monitoring afgerond zal worden.

Vervolgens stelt de Minister dat het Trimbos-instituut een handvat gaat ontwikkelen om regionale partijen te ondersteunen bij het maken van afspraken over ontwikkeling van GGZ-zorg. Wordt hierbij ook rekening gehouden met het feit dat sommige GGZ-zorg niet regionaal maar landelijk wordt aangeboden? En in hoeverre kan dan ook in beeld worden gebracht of de regionale afbouw van intramurale bedden heeft geleid tot

een regionale extramurale opbouw en in welke regio's dit goed gaat en welke regio's hier nog slagen in kunnen maken?

Zorgverzekeraars moeten zelf ook beter inzicht krijgen in de wachttijden voor hun verzekerden. De NZa heeft alle verzekeraars om verbeterplannen gevraagd die in juli bij de NZa aangeleverd moeten worden. Wat doet de NZa als de verbeterplannen van de zorgverzekeraars onvoldoende zijn? Genoemde leden vragen of deze verbeterplannen ook naar de Kamer worden gezonden.

De Minister stelt dat er voldoende budgettaire ruimte in het GGZ-kader is voor zorgverzekeraars om, indien nodig, aanvullende afspraken te maken met zorgaanbieders. Kan de Minister toelichten op welke informatie zij dit baseert? Kan de Minister aangeven of dit zowel intramurale GGZ-zorg als extramurale GGZ-zorg is en kan zij ten slotte uiteenzetten hoe de intra- en extramurale GGZ tot dusver (halverwege 2016) zijn ingekocht qua percentages ten opzichte van elkaar?

In de brief over de wachttijden geeft de Minister aan dat er ook verzekerden zijn die zelf kiezen om te blijven wachten totdat ze terecht kunnen bij de door hen uitgezochte aanbieder. In hoeverre zijn mensen ervan op de hoogte (begrijpen zij) dat zij wachten op een voorkeuraanbieder? Kan de Minister aangeven hoeveel mensen (in percentages) wachten op een door hen uitgezochte aanbieder in vergelijking met mensen die op «de gewone wachtlijst» staan? In hoeverre zorgen de wachtlijsten voor een toename van de problematiek met verwarde personen? En hoe oordeelt de Minister dat het niet gelukt is om voor de zomer een sluitende ketenaanpak verwarde personen voor elkaar te krijgen?

Heeft de Minister zicht op de groep jongeren die 18 jaar worden en – indien noodzakelijk – overgaan naar de volwassenen GGZ (18 plus)? Heeft de Minister er zicht op of dit zonder strubbelingen (van een naar andere wetgeving) verloopt?

### **Vragen en opmerkingen van de D66-fractie**

De leden van de D66-fractie hebben kennisgenomen van de brief van de Minister over de wachtlijsten in de geestelijke gezondheidszorg. Deze leden vinden het bijzonder onwenselijk als mensen met een psychische aandoening moeten wachten op zorg. Zij waarderen het dan ook dat de Minister dezelfde insteek heeft in deze kwestie.

De leden van de D66-fractie geven er de voorkeur aan dat passende zorg, waar dit kan, dicht bij huis wordt verzorgd. Ook voor de geestelijke gezondheidszorg kan de huisarts hier een grote rol in spelen. Maar adequate inschatting van de benodigde zorg moet altijd voorop staan. Als passende zorg dus vraagt om een op- (of af)schaling moet deze gerealiseerd kunnen worden binnen afzienbare tijd. Genoemde leden vernemen graag van de Minister of zij het idee heeft of dit afdoende gebeurt op dit moment.

De leden van de D66-fractie vernemen graag van de Minister wanneer zij verwacht dat de NZa conclusies trekt uit het onderzoek rondom de «houdbaarheid» van de huidige Treeknormen. Bekijkt de NZa dit ook gelijk voor andere gezondheidszorgdomeinen of wordt er alleen naar de GGZ gekeken? En kan de Minister aangeven wat zij denkt te doen aan de lange tijd die er nu passeert voordat er een eerste intake plaatsvindt, ook al valt deze termijn binnen de Treeknorm?

De Minister geeft aan dat er nog voldoende budgettaire ruimte is in het GGZ-kader voor zorgverzekeraars om aanvullende afspraken te maken. De leden van de D66-fractie vernemen graag hoe groot deze ruimte is, waarom deze niet eerder benut is én hoe volgend jaar voorkomen wordt dat deze ruimte (onnodig) blijft bestaan.

## II. REACTIE VAN DE MINISTER

### Inbreng PvdA fractie

1.

De leden van de fractie van de PvdA constateren dat de Minister investeert in de praktijkondersteuner GGZ (POH-GGZ) en ondersteunen dat van harte. De leden van de fractie van de PvdA constateren dat niet iedere huisarts(praktijk) een POH-GGZ in dienst heeft. De leden vragen welke acties de Minister onderneemt om dat wel te stimuleren en wat zijn haar ambities?

Afgelopen jaren is het aantal werkzame praktijk ondersteuners GGZ (POH-GGZ) in de huisartsenpraktijk fors toegenomen. Uit cijfers van het NIVEL blijkt dat het aantal praktijken met een POH-GGZ tussen 2010 en 2015 is toegenomen van 27% naar 87%. Uit de peiling van de LHV blijkt zelfs dat 95% van de huisartsen samenwerken met de POH-GGZ. Ik heb de POH-GGZ gestimuleerd door vanaf 2008 structureel middelen ter beschikking te stellen voor de POH-GGZ<sup>3</sup> en daarnaast ook de module POH-GGZ te flexibiliseren. Dit betekent dat sinds 2014 de huisarts ook via de module POH-GGZ een e-health-behandeling kan starten of een psychiater kan consulteren.

Het bekostigingsmodel van de huisartsen- en multidisciplinaire zorg biedt ruimte aan verzekeraars en huisartsen om onderling te bepalen welke inzet vanuit de POH-GGZ gewenst is gegeven de ingeschreven patiëntenpopulatie bij de huisarts.

Daarnaast is er vorig jaar in het sectorplan huisartsenzorg aangekondigd dat, om te borgen dat er voldoende POH's-GGZ beschikbaar zijn en blijven, medewerkers uit andere zorgsectoren voor de ondersteunende functies in de huisartsenzorg worden opgeleid, waaronder 250 POH's-GGZ.

2.

Daarnaast constateren de leden van de fractie van de PvdA dat er soms ook wachttijden ontstaan voor de POH-GGZ. Ze vragen wat de Minister van het idee vindt om huisartsen onderling te laten doorverwijzen naar de POH-GGZ van een andere praktijk bij grote drukte? Is dat mogelijk en gebeurt dit in de huidige praktijk al? Wordt deze mogelijkheid actief onder de aandacht gebracht bij huisartsen? Hoe wordt de vergoeding geregeld bij onderlinge doorverwijzing? Welke knelpunten zijn er en hoe kunnen deze worden verholpen?

Uit de peiling van de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) blijkt dat 50% van de huisartsen aangeeft dat er een wachttijd is voor de POH-GGZ. Dit signaal is nieuw voor mij. Mij is niet duidelijk wat een huisarts verstaat onder een wachttijd, is dat een dag, een week, een maand?

---

<sup>3</sup> Met ingang van 2008 € 38 mln oplopend tot in totaal € 73 mln in 2015. Inclusief groei en nominale bijstelling betekent dit, dat er in 2016 ongeveer € 88 mln aan het huisartsenkader is toegevoegd voor de POH-GGZ.

Daarnaast kunnen zorgverzekeraars en zorgaanbieders met elkaar in gesprek over verruiming van de POH-GGZ als blijkt dat de inzet onvoldoende is voor de zorgvraag van de populatie.

Het NIVEL heeft in 2015 een beperkte steekproef gepubliceerd<sup>4</sup> waaruit blijkt dat 47% van de patiënten binnen een week en 38% van de patiënten binnen twee weken bij de POH-GGZ terecht kunnen. Ik heb behoefte, zoals ook aangekondigd in mijn brief die ik op 28 juni aan uw Kamer heb gestuurd<sup>5</sup>, om meer zicht te krijgen op de wachttijden in de gehele keten en de mogelijke oorzaken hiervan. Ik heb namelijk ook signalen ontvangen dat patiënten te lang bij de POH-GGZ blijven, terwijl zij eigenlijk doorverwezen zouden moeten worden naar de generalistische basis GGZ of zelfs de specialistische GGZ. In die gevallen lijkt het mij dan ook niet dat een oplossing in de verruiming van het zorgaanbod bij de POH-GGZ gezocht moet worden. In het kader van de toekomst agenda GGZ zijn InEen en de Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen en Psychotherapeuten (LVVP) aan zet om de samenwerking tussen de huisartsenzorg, POH-GGZ en generalistische basis GGZ te verbeteren, en te werken aan heldere standaarden over de werkwijze van de POH-GGZ ten aanzien van vraagverheldering, behandeling, doorverwijzing en opleidingsniveau. Dit pakken zij samen met Het Nederlands Instituut voor Psychologen (NIP) en Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN) op. Het NIP heeft hierop een voorschot genomen door een 7-puntenplan te presenteren. Dit hele traject helpt om beter invulling te geven aan zorg op de juiste plek, zodat een POH-GGZ na vraagverheldering waarnodig kan opschalen. In februari 2016 zijn in opdracht van het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ al de Landelijke GGZ samenwerkingsafspraken opgeleverd, als basis voor de samenwerking tussen huisartsenpraktijk, generalistische basis GGZ en gespecialiseerde GGZ. In deze afspraken vinden behandelaren onder andere informatie over de taakomschrijving van de beroepsgroepen, verwijsafspraken, overleg, consultatie, terugrapportage, gedeelde begeleiding en lokale zorgafstemming. Ook dit draagt bij aan tijdig op- en afschalen en het leveren van zorg op het juiste moment op de juiste plek.

De huisartsenzorg in Nederland is zo georganiseerd dat de huisarts als generalist samen met zijn ondersteuners voor al zijn ingeschreven patiënten de basiszorg moet kunnen leveren en daarvoor een vergoeding krijgt via het inschrijftarief in combinatie met een consult. Voor de inzet van POH-GGZ geldt dat de huisarts een aanvullende vergoeding kan ontvangen gebaseerd op de behoefte binnen zijn eigen patiëntenpopulatie. Deze vergoeding ontvangt hij als een combinatie van een opslag op het inschrijftarief en een vergoeding per consult. Ik heb geen zicht op de mate waarin huisartsen onderling doorverwijzen naar de POH-GGZ. Indien de huisarts een patiënt verwijst naar een POH-GGZ van een andere huisartsenpraktijk dan kan deze laatste een POH-GGZ consult declareren. Deze mogelijkheid bestaat dus.

### 3.

Tot slot vragen de leden van de PvdA-fractie in hoeverre de nog niet gebruikte middelen voor de opbouw van ambulante GGZ, zoals benoemd in het rapport van het Trimbos-instituut, inmiddels hiervoor zijn ingezet en op welke wijze. In hoeverre ziet de Minister een causaliteit tussen deze middelen en te lange wachttijden voor psychische hulp bij de huisarts en in ambulante setting in het algemeen? Hoe stimuleert de Minister dat de overgang van intramurale naar ambulante plekken soepel verloopt en dat middelen die vrijkomen zo spoedig mogelijk benut kunnen worden in de ambulante setting?

Er is sprake van 1 financieel kader voor GGZ en een apart financieel kader voor huisartsenzorg. Uit het laatst genoemde kader wordt de POH-GGZ

<sup>4</sup> Noordman, J., Dulmen, S. van. Huisartsenzorg in cijfers: patiënten zoeken luisterend oor bij POH-GGZ. Huisarts en Wetenschap: 2015, 58(12), 645.

<sup>5</sup> Kamerstuk 25 424, nr. 319.

bekostigd. Er is dus geen relatie tussen de nog niet gebruikte middelen in het GGZ kader en de wachttijden voor psychische hulp bij de huisarts. In het financiële GGZ kader wordt geen onderscheid gemaakt tussen ambulante GGZ of GGZ in een instelling; er is sprake van een totaal kader. De zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk voor de inkoop van de GGZ. Vlak voor de zomer heb ik de zorgverzekeraars een aantal vragen voorgelegd over de manier waarop zij GGZ inkopen. De antwoorden van de zorgverzekeraars heb ik verwoord in mijn brief van 30 juni jl.<sup>6</sup> Hieruit blijkt dat zorgverzekeraars met aanbieders in gesprek gaan over het zorgaanbod voor mensen met ernstig psychische aandoeningen en wat zij nodig hebben (financieel en inhoudelijk) voor de opbouw van goede ambulante zorg. Zorgverzekeraars maken daarover vaak meerjaren afspraken met aanbieders. Zij hebben aangegeven oog te hebben voor het evenwicht en tempo tussen afbouw van klinische capaciteit en opbouw van ambulante zorg. In veel gevallen zijn er afspraken gemaakt dat het budget dat vrijkomt door de afbouw van klinische capaciteit, gebruikt wordt voor de opbouw van ambulante zorg. Zoals toelicht in de brief over de monitor van het Trimbos en streefcijfers ambulantisering<sup>7</sup> laat ik een handvat ontwikkelen ter ondersteuning van het maken van afspraken over de gezamenlijke ontwikkeling van zorg en ondersteuning in de regio. Met betrekking tot de wachttijden in de GGZ heb ik in mijn brief van 28 juni jl.<sup>8</sup> verschillende acties aangekondigd. In de brief heb ik ook benoemd dat de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) in haar onderzoek van november 2015 concludeerde dat de wachttijden niet zo zeer te maken lijken te hebben met dat er te weinig zorg is ingekocht, maar dat de budgetten niet goed verdeeld zijn tussen de verschillende aanbieders. Er is voldoende budgettaire ruimte in het GGZ kader voor zorgverzekeraars om, indien nodig, aanvullende afspraken te maken met zorgaanbieders.

#### **Inbreng SP fractie**

4.

De leden van de SP fractie zouden allereerst willen weten wat de appreciatie van de Minister is van de peiling door de LHV onder ruim 1.400 leden waarvan twee derde praktijkhouder is en waarbij er bovendien sprake is van een goede landelijke spreiding van de respondenten. Is de Minister van mening dat de peiling een goed beeld geeft van wat huisartsen het afgelopen jaar hebben ervaren? Of vindt zij het onderzoek misschien «sturend in de bevraging» zoals eerder onderzoek van de LHV over zorgmijden werd weggezet?<sup>9</sup>

Ik vind het een goede zaak dat de LHV dergelijke peilingen onder haar leden houdt. De antwoorden die huisartsen hebben gegeven gaan in op hun perceptie en is daarmee waardevol.

5.

De leden van de SP-fractie lezen dat de Minister op korte termijn om tafel gaat met partijen om onder andere de toenemende wachtlijsten in de geestelijke gezondheidszorg te bespreken. Wie zijn de betrokken partijen waarmee de Minister praat en is de LHV er één van? Zo nee, hoe zorgt de Minister er dan voor dat ook de ervaringen van huisartsen zijn geborgd? Zijn er ook patiëntenverenigingen voor dit overleg uitgenodigd?

<sup>6</sup> Kamerstuk 29 689, nr. 731.

<sup>7</sup> Kamerstuk 25 424, nr. 311.

<sup>8</sup> Kamerstuk 25 424, nr. 319.

<sup>9</sup> Aangangsel Handelingen II 2013/14, nr. 2643.



Het gaat om de partijen die betrokken zijn bij de Agenda voor gepast gebruik en transparantie en dat zijn: Landelijk Platform GGZ (LPGGZ), GGZ Nederland, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVVP), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), de federatie van psychologen, psychotherapeuten en pedagogen (P3NL), het NIP, InEen, V&VN, LVVP. De LHV is nu als agendalid betrokken waarbij momenteel bezien wordt of zij nauwer kunnen aansluiten. Overigens wordt er ook op andere momenten met de LHV gesproken, onder andere over wachtlijsten.

In mijn brief over wachttijden van 30 juni jl. heb ik toegezegd om met partijen in gesprek te gaan over wachttijden en de acties die we met elkaar inzetten en uw kamer daarover te informeren. Bij deze doe ik deze toezegging gestand. Op 12 juli is het onderwerp wachttijden geagendeerd voor de Stuurgroep Agenda voor gepast gebruik en transparantie. Hieruit is gebleken dat partijen de onwenselijkheid en de urgentie van het probleem delen. Iedere partij wil zijn verantwoordelijkheid hierin nemen. Om een en ander verder vorm te geven, en in aansluiting op de acties die al in gang zijn gezet, heeft het LPGGZ het initiatief genomen om op korte termijn (begin september) weer bij elkaar te komen. We bepalen dan onder andere met elkaar hoe we het aantal mensen dat wacht op een voorkeursaanbieder in beeld brengen. Ook wil ik dan graag een nadere duiding van partijen met betrekking tot de lange wachttijden voor autisme spectrum stoornissen en persoonlijkheidsstoornissen. Uiteraard zal ik ook na dit overleg regelmatig met partijen in gesprek blijven om tempo te houden een en ander in goede banen te leiden.

6.

De leden van de SP-fractie constateren dat er volgens de Minister meer dan € 100 miljoen aan de POH-GGZ wordt uitgegeven in 2015. Tegelijkertijd geeft meer dan de helft van de huisartsen aan dat er wachttijden zijn bij de POH-GGZ. Moet dan niet worden geconcludeerd dat er te weinig wordt uitgegeven, zo stellen de leden van de SP fractie. Hoe verklaart de Minister anders de onderschrijding op de GGZ in 2015 van € 195 miljoen?

Bij het antwoord op deze vraag moet onderscheid gemaakt worden tussen twee kaders.

Het GGZ-kader onderschrijft in 2015. De wachttijden in de curatieve GGZ kunnen een indicatie zijn dat er onvoldoende zorg is ingekocht, maar dat hoeft niet. Zo concludeerde de NZa in haar onderzoek van november 2015 dat de wachttijden niet zo zeer te maken lijken te hebben met dat er landelijk te weinig is ingekocht, maar dat de budgetten niet goed verdeeld zijn tussen de verschillende aanbieders. In het afgelopen jaarverslag is aangegeven, dat de onderschrijding op de GGZ kan samenhangen met substitutie naar de POH-GGZ, maar ook met de verschuiving van specialistische GGZ naar de generalistische basis GGZ en de scherpere inkoop van zorgverzekeraars.

De uitgaven aan de POH-GGZ worden gedaan vanuit het huisartsenkader. Deze uitgaven zijn de afgelopen jaren sterk gestegen, van ca. 50 miljoen euro in 2013 naar ca. 140 miljoen euro in 2015. Tegelijkertijd zien we dat er slechts circa 220 miljoen wordt uitgegeven aan de generalistische Basis-GGZ. Mijns inziens is nu daarom van belang dat wordt geïnvesteerd in de kwaliteit van de zorg bij de POH-GGZ, de afbakening van het takenpakket, de goede samenwerking tussen echelons en op tijd op- en afschalen. Op die manier zorgen we ervoor dat de patiënt wordt behandeld op de juiste plek. Ik vind het dan ook goed dat hieraan gewerkt wordt in het kader van de Agenda voor Gepast gebruik en Transparantie.

7.

De leden van de SP fractie vragen of er zicht is op de substitutie die heeft plaatsgevonden van zorg uit de curatieve GGZ naar de POH-GGZ?

In de monitor generalistische basis GGZ die is uitgebracht in juni 2016 zijn resultaten gepresenteerd op basis van regionale data (over de periode 2011 tot en met 2015) en resultaten op basis van landelijke data (over de periode 2011 tot en met 2014). Zowel in de regio analyse als in de landelijke analyse is een stijging te zien van het aantal patiënten dat onder behandeling is bij de POH-GGZ. In de landelijke analyse stijgt het aantal patiënten bij de POH-GGZ van 52.000 in het eerste halfjaar van 2012 naar 189.000 in het tweede halfjaar van 2014. Het aantal patiënten in de gespecialiseerde GGZ daalt. In de landelijke analyse was tussen het eerste halfjaar van 2012 en het tweede halfjaar van 2014 een daling te zien van 691.000 naar 560.000 patiënten.

Hoewel in het aantal patiënten per echelon dus een verschuiving zichtbaar is, is deze trend in de behandelkosten minder duidelijk zichtbaar. De totale behandelkosten per echelon fluctueren, zowel in de regio analyse als in de landelijke analyse. Wel is in de landelijke data vanaf 2013 een dalende trend zichtbaar in de totale behandelkosten in de gespecialiseerde GGZ. Daarnaast laten de behandelkosten bij de POH-GGZ een stijgende trend zien tussen 2011 en 2014.

Uit de substitutie monitor van juli 2015 blijkt dat op peildatum 1 juli 2015 verzekeraars in de GGZ voor 8,3 miljoen euro substitutieafspraken hebben gemaakt over zorg die van de geneeskundige GGZ naar de huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg wordt gesubstitueerd.

8.

De leden van de SP fractie vragen hoe de Minister de onderschrijding in combinatie met de toenemende wachtlijsten verklaart, anders dan dat er te weinig zorg wordt ingekocht?<sup>10</sup>

De NZa heeft onderzocht of zorgverzekeraars met hun zorginkoop voor de GGZ voldoende zorgaanbieders hebben gecontracteerd om aan hun zorgplicht te voldoen. Dit heeft geresulteerd in een rapport dat in november 2015 verschenen is. De NZa concludeert dat de wachtlijsten niet zo zeer veroorzaakt worden doordat er op landelijk niveau te weinig is ingekocht, maar de budgetten niet goed verdeeld zijn tussen de verschillende zorgaanbieders. Er zijn wel andere oorzaken die spelen zoals onvoldoende informatie over wachttijden en het aanbod in de GGZ dat beschikbaar is. Daarom zet ik met partijen verschillende acties in om de wachttijden terug te dringen, zoals beschreven in mijn brief van 25 mei en van 28 juni.

9.

De leden van de SP-fractie bevreemdt het dat de Minister nu nader onderzoek gaat doen naar de werkzaamheden en het opleidingsniveau van de POH-GGZ. Zijn niet juist ook deze onderdelen uitvoerig aan de orde gekomen in de peiling van de LHV, zo vragen deze leden. Welke informatie denkt de Minister met nog meer onderzoek boven tafel te krijgen?

De LHV-ledenpeiling levert waardevolle informatie op. Om meer inzicht te krijgen, heb ik behoefte aan bijvoorbeeld feitelijke cijfers over wachttijden bij de POH-GGZ. Hoe lang is de wachttijd? Een dag? Een week? Of een maand? Daarnaast wil ik meer informatie over het type behandeling of begeleiding door de POH-GGZ, en de verwijzing vanuit en terug naar de POH-GGZ.

<sup>10</sup> Rijksjaarverslag 2015 – Volksgezondheid, Welzijn en Sport (Kamerstuk 34 475 XVI, nr. 1).

10.

De leden van de SP fractie vragen wanneer de Minister erkent dat de peiling representatief is, waarom de Minister dan niet deze gegevens gebruikt en de Minister direct tot actie overgaat om de wachtlijsten aan te pakken? Of is het doen van nog meer onderzoek eigenlijk een excuus om wederom niet daadwerkelijk in te hoeven grijpen?

Ik zet juist met partijen verschillende acties in om de wachtlijsten aan te pakken, zoals uiteengezet in mijn brief van 25 mei en van 28 juni jl.

11.

De leden van de SP fractie vinden het positief dat de Minister opdracht heeft gegeven de Treeknormen onder de loep te nemen. Waarom een eerste terugkoppeling daarvan tot het eerste kwartaal van 2017 moet duren, is voor de leden van de SP fractie echter een raadsel. Wat is precies de uitvraag aan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) voor het onderzoek? Wat is de aanleiding en wat denkt de Minister met dit onderzoek op te halen? Ligt er begin 2017 dan ook werkelijk een resultaat waar een volgend kabinet voortvarend mee aan de slag kan? Of is ook hier sprake van een vertragingstactiek om niet direct boter bij de vis te hoeven leveren?

De aanleiding voor het onderzoek vormt de overschrijding van de huidige normen voor de aanmeldwachtijd in combinatie met het gegeven dat de totale wachttijd van de aanmelding tot aan het begin van de behandeling over het algemeen niet wordt overschreden. In overleg met de NZa heb ik aangegeven het van belang te vinden dat de NZa bij de betrokken partijen, en dan met name ook bij de patiënten, nagaat of zij de huidige Treeknormen adequaat vinden. De huidige normen dateren van vóór de introductie van de generalistische basis GGZ. Binnenkort komen ook gegevens beschikbaar over de wachttijden voor gespecialiseerde GGZ met verblijf. Deze informatie kan ook meegewogen worden bij een herijking van de Treeknormen. Ook heb ik aangegeven dat betrokkenheid van het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling ggz bij de herbezinning op de normen mij goed lijkt vanwege de expertise op het gebied van de kwaliteit van de ggz en het grote aantal betrokken partijen. Verder zouden partijen onder leiding van de NZa kunnen bezien of de huidige opsplitsing van de norm in drie delen (aanmelding-intake, intake-diagnose en diagnose-behandeling) nog passend is. Ook is de vraag aan de orde of een differentiatie van de Treeknormen naar aandoening opportuun is.

12.

De leden van de SP-fractie willen graag een verklaring van de Minister over de opmerking dat wachttijdbemiddeling door zorgverzekeraars al vaak succesvol verloopt. Heeft de Minister hiernaar onderzoek gedaan? Zo nee, hoe komt zij dan tot dat standpunt? Wat is de definitie van de Minister van «in veel gevallen»? En vindt zij het acceptabel dat in al die andere gevallen de Treeknormen wel overschreden worden met alle gevolgen van dien?

Naar aanleiding van het signaal van de LHV heb ik navraag laten doen bij een aantal zorgverzekeraars. Deze gaven in hun reactie aan dat wanneer verzekerden zich bij hen melden voor wachttijdbemiddeling, dit in de meeste gevallen lukt. Ik ben van mening dat zorgverzekeraars, nog meer dan nu het geval is, actief naar hun verzekerden de mogelijkheid van wachttijdbemiddeling moeten uitdragen. Ik zal verzekeraars hier op blijven aanspreken.

Overigens blijkt uit de marktscan van de NZa dat het totaal van de aanmeldingswachttijd en de behandelingswachttijd voor de ambulante gespecialiseerde GGZ binnen de norm van 14 weken blijft. De wachttijd

voor de aanmelding op zich zelf vind ik te lang. Dat vind ik ongewenst en daar zet ik acties op in.

13.

De leden van de SP fractie vragen voorts hoe de Minister verklaart dat bijna twee derde van de huisartsen problemen ondervindt met de wachttijden in de gespecialiseerde GGZ? Weten huisartsen dan niet dat de zorgverzekeraar aan wachtlijstbemiddeling doet of zou dit tot onvolgende resultaat leiden?

Diverse zorgverzekeraars hebben aangegeven dat vooral bij de gespecialiseerde GGZ zonder verblijf sprake is van langere wachttijden. Specifiek op de stoornissen autisme en persoonlijkheidsproblematiek werd een tekort aan gespecialiseerde behandelaars gesignaleerd. Zorgverzekeraars geven aan dat zij met de aanbieders die aangeven wachttijden te hebben in gesprek gaan. Als de oorzaak is gelegen in de contractafspraken wordt naar een passende oplossing gezocht, zoals bemiddeling van verzekerden naar andere zorgaanbieder of aanvullende contractafspraken. De mogelijkheid van wachtlijstbemiddeling is vooral iets wat bekend moet zijn bij de verzekerde. Om de informatievoorziening naar verzekerden te verbeteren, worden verschillende acties ingezet. Zo zijn zorgverzekeraars en aanbieders verplicht om de wachttijden op hun website te plaatsen en moeten zij tevens vermelden dat de zorgverzekeraar cliënten kan bemiddelen. De zorgverzekeraar zelf heeft hierin ook een belangrijke verantwoordelijkheid: zij moeten zelf actief uitdragen aan hun verzekerden dat er een mogelijkheid bestaat om bemiddeld te worden naar een zorgaanbieder waar hij of zij sneller aan de beurt is.

14.

Tot slot lezen de leden van de SP-fractie dat volgens de Minister er ook verzekerden zijn die zelf kiezen om liever te blijven wachten totdat ze terecht kunnen bij de door hen uitgezochte aanbieder. Bij deze leden roept dit herinneringen op aan de schandalige praktijken rondom zogenaamde «wenswachtenden» voor verpleeg- en verzorgingshuizen. Zijn verzekerden zich in dit geval wel bewust van het feit dat ze als wenswachtende te boek staan? Zijn zij er door de verzekeraar of zorginstelling van hun keuze op gewezen dat zij elders wel sneller aan de beurt zijn? En in hoeverre is het aanbod dermate dat er ook echt sprake is van een keuze? Of betekent een andere instelling ook meteen een veel langere reistijd?

De NZa heeft geen signalen dat cliënten, terwijl ze dit zelf niet weten, te boek staan als iemand die wacht op een voorkeursaanbieder. Om het bewustzijn en bekendheid bij cliënten over wachttijden en eventuele bemiddeling te vergroten, zijn de regels voor informatieverstrekking door zorgverzekeraars en GGZ aanbieders aangescherpt. Zo zijn zorgverzekeraars en aanbieders verplicht om de wachttijd op hun website te plaatsen. Tevens moeten zij op de website vermelden dat de zorgverzekeraar cliënten kan bemiddelen naar een aanbieder die de zorg binnen de Treeknorm kan leveren, op het moment dat de aanbieder van voorkeur bijvoorbeeld een lange wachttijd heeft.

15.

Hoe meet de NZa of een alternatieve instelling die wordt aangeboden zich ook daadwerkelijk binnen een «redelijke afstand» bevindt? Kan dit exact gedefinieerd worden en zo ja, door wie? Zo nee, als de spelregels dan niet eenduidig zijn, hoe gaat de NZa hier zorgverzekeraars dan op aanspreken in het kader van hun zorgplicht?

Als een zorgverzekeraar zorg contracteert bij een zorgaanbieder moet hij zich ervan vergewissen dat de zorg die hij heeft ingekocht bereikbaar is voor zijn verzekerden. Bij het bepalen wat een redelijke afstand is, moet worden gekeken naar de betreffende zorgvorm en naar de zorg die de verzekerde nodig heeft. De zorgverzekeraar moet hierbij de bestaande normen voor tijdigheid en bereikbaarheid uiteraard in acht nemen. Als er gebieden zijn waar de zorg niet op een redelijke afstand wordt aangeboden, moet de zorgverzekeraar voor deze «witte vlekken» actief meedenken over mogelijke oplossingen. Uit de reistijdenanalyse van de NZa (april 2015) blijkt dat in grote delen van Nederland diverse zorgaanbieders zijn gecontracteerd binnen een reistijd van een half uur.

### Inbreng CDA fractie

16.

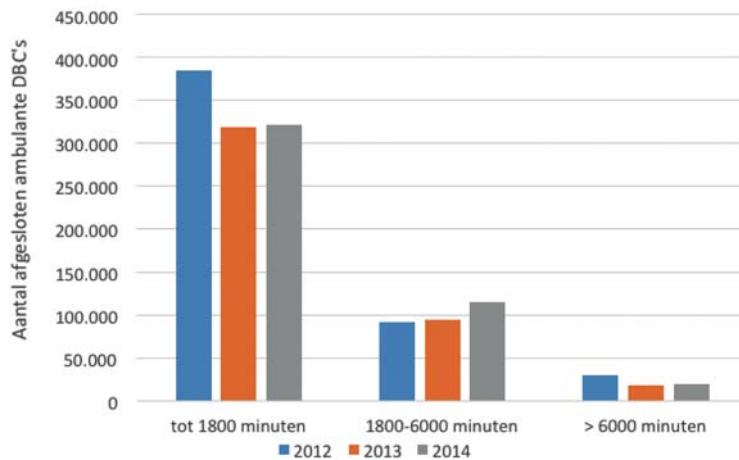
De leden van de CDA-fractie lezen in de brief dat met zorgaanbieders, zorgverzekeraars en cliëntenorganisaties in 2012 afspraken zijn gemaakt om de beschikbare middelen anders in te zetten: minder intramurale zorg en meer en betere ambulante zorg. De Minister refereert hier aan het bestuursakkoord, zo begrijpen deze leden. Kan de Minister uitgebreid toelichten hoeveel bedden er zijn «afgebouwd» maar ook hoeveel meer ambulante hulp er is, graag in concrete bedragen en in fte's? Want de Minister is het toch met deze leden eens dat de «ambulante zorg» meer omvat dan alleen praktijkondersteuners GGZ bij de huisarts?

Met de Monitor Ambulantisering en hervorming van de langdurige GGZ wordt de intramurale (het aantal bedden/plaatsen) en de extramurale capaciteit gemonitord. Inzicht op de afbouw van de intramurale capaciteit en de opbouw van ambulante capaciteit is beschikbaar op hoofdlijnen, op basis van productiecijfers van de zorginstellingen. Ik heb geen inzicht in het aantal fte's dat met deze zorg is gemoeid. Onderstaand treft u een overzicht aan van het aantal intramurale plaatsen van 2008 tot en met 2014 en een schema (fig 3.3) van de ontwikkeling van de ambulante zorgcapaciteit.

**Tabel Nederlandse intramurale GGZ capaciteit, in plaatsen (monitor Ambulantisering 2015)**

	2008	2012	2013	2014
Zvw	12.400	11.100	10.900	10.200
AWBZ Voortgezet verblijf (B pakketten)	8.100	7.600	7.500	7.100
AWBZ beschermd wonen (C pakketten)	11.300	17.600	17.300	17.200

**Aantal ambulante DBC-trajecten bij de deelnemers LMA\* naar minutencategorieën 2012–2014**



De figuur laat zien dat het aantal trajecten in de lichtste categorie in de periode 2012–2014 per saldo is gedaald, dat het aantal trajecten in de middencategorie tot 6.000 minuten is toegenomen, en dat ook in de intensiefste categorie het aantal trajecten per saldo is gedaald (extrapolerend naar de gehele gespecialiseerde GGZ gaat het bij deze intensiefste categorie in 2014 om circa 30.000 zorgtrajecten).

In reactie op de opmerking van de leden van het CDA over praktijkondersteuners GGZ merk ik op dat de zorg die wordt verleend door deze beroepsbeoefenaren deel uitmaakt van de huisartsenzorg en daarmee in financiële zin niet wordt gerekend tot de extramurale GGZ-zorg. De zorg die geleverd wordt door POH-GGZ wordt *inhoudelijk* uiteraard wel tot extramurale GGZ-zorg gerekend, evenals de ambulante curatieve GGZ, zoals die geboden kan worden binnen de Basis-GGZ en Gespecialiseerde GGZ.

17.

Uit het gehouden onderzoek onder huisartsen blijkt ook dat er in het afgelopen jaar onveranderd meer patiënten met psychische klachten naar de praktijk komen (72%), dat de gepresenteerde klachten wederom complexer zijn (74%) en dat op grote schaal meer patiënten vanuit de gespecialiseerde GGZ worden overgenomen (81%). Ze werken volop samen met een POH-GGZ (95%), waarvan 52% zegt dat deze praktijkondersteuner wachttijden heeft. Graag krijgen de leden van de CDA-fractie ook op deze concrete uitkomsten een reactie van de Minister. In hoeverre is zij ervan op de hoogte dat er wachttijsten ontstaan voor de POH-GGZ? Dit vinden deze leden een verontrustend beeld. Welke mogelijkheden ziet de Minister om eventuele wachttijsten bij de POH-GGZ weg te werken?

Ik verwijs de leden van de CDA fractie hier naar het antwoord dat ik heb gegeven op vraag 2 van de PvdA-fractie.

18.

Genoemde leden lezen verder dat het eerste speerpunt van de Minister het snel op- en afschalen van zorg een prioriteit is binnen de Agenda voor gepast gebruik en transparantie in de GGZ. Dat vinden deze leden een mooi streven, maar zij vragen hoe reëel dit is gezien de wachttijden die er nu voor de specialistische GGZ zijn. Kan de Minister toelichten hoe zij dit in praktijk voor zich ziet en hoe zij dit wil gaan organiseren?

Het zorgaanbod moet zo goed mogelijk aansluiten bij de zorgvraag van de patiënt, ook wanneer de zorgvraag verandert. Ik vind het van groot belang dat zorg op de juiste plek verleend wordt en dat zorg snel op- en afgeschaald kan worden. Wachttijden zijn ongewenst en daarom pak ik deze op verschillende manieren aan. Er is hierbij ook een verantwoordelijkheid van het veld. Op tijd stoppen met behandelen waar dat kan, schept bijvoorbeeld ruimte voor de huisarts om patiënten voor wie dat nodig is door te verwijzen naar de specialistische GGZ. Verder worden er momenteel door partijen criteria voor het op- en afschalen van zorg opgesteld, die waar mogelijk in iedere zorgstandaard worden gebruikt. Ook zijn in opdracht van het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ in februari 2016 de Landelijke GGZ samenwerkingsafspraken opgeleverd, als basis voor de samenwerking tussen huisartsenpraktijk, generalistische basis GGZ en gespecialiseerde GGZ. In deze afspraken vinden behandelaren onder andere informatie over de taakomschrijving van de beroepsgroepen, verwijsafspraken, overleg, consultatie, terugrapportage, gedeelde begeleiding en lokale zorgafstemming. Dit draagt bij aan tijdig op- en afschalen en het leveren van zorg op het juiste moment op de juiste plek.

19.

De Minister wil vervolgens monitoren hoe de ontwikkelingen in de GGZ na invoering van de generalistische basis GGZ het beste een vervolg kan worden gegeven. Dit vinden de leden van de CDA-fractie ook een positieve ontwikkeling. Wel vragen de leden van de CDA fractie of de Minister uitgebreider kan toelichten hoe de monitoring plaats zal vinden en wanneer de monitoring afgerond zal worden.

Ik bekijk momenteel hoe de monitor basis GGZ een vervolg gegeven moet worden. Ik richt mij daarbij in eerste instantie op een vervolg van één jaar, bestaande uit een kwantitatieve monitor op landelijk niveau (vergelijkbaar met voorgaande monitors) en een kwalitatieve monitor op basis van thema's die in eerdere rapporten aan de orde zijn geweest (onder andere de POH-GGZ).

20.

Vervolgens stelt de Minister dat het Trimbos-instituut een handvat gaat ontwikkelen om regionale partijen te ondersteunen bij het maken van afspraken over ontwikkeling van GGZ-zorg. De leden van de CDA fractie vragen of de Minister hierbij ook rekening heeft gehouden met het feit dat sommige GGZ-zorg niet regionaal maar landelijk wordt aangeboden? En in hoeverre kan dan ook in beeld worden gebracht of de regionale afbouw van intramurale bedden heeft geleid tot een regionale extramurale opbouw en in welke regio's dit goed gaat en welke regio's hier nog slagen in kunnen maken?

De eerdergenoemde monitor geeft een landelijk beeld op hoofdlijnen, maar zoomt tevens in op de regionale situatie met betrekking tot intramurale en ambulante zorg. Ik verwijs daarvoor naar o.a. pagina 17 van het rapport. Ook in de stand van zaken ambulantisering (Trimbos 19 oktober 2015) die ik bij brief van 28 oktober 2015<sup>11</sup> aangeboden heb, worden op pagina's 8, 9 en 10 de regionale verschillen inzichtelijk gemaakt. Het Trimbos heeft in deze notitie aangegeven geen uitspraak te kunnen doen over welke regio's als «goed» gekwalificeerd kunnen worden. Daarvoor verschillen de uitgangssituaties te zeer en kent iedere regio zijn eigen plus- en minpunten. Sommige regio's doen het «goed» op het terrein van arbeidsrehabilitatie, andere regio's lopen weer voorop met

---

<sup>11</sup> Kamerstuk 25 424, nr. 288.

de ontwikkeling van FACT-teams of kennis en capaciteit van traumabehandeling bij mensen met ernstige psychische aandoeningen.

Het handvat gaat over de afspraken die verzekeraars met gemeenten moeten maken om tot een toereikend aanbod van zorg en ondersteuning ten behoeve van mensen met ernstige psychische aandoeningen te komen. Het voldoende contracteren van specifiek landelijk aangeboden GGZ-zorg maakt hier geen expliciet onderdeel van uit. Het is de verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars om voldoende zorg in te kopen die binnen de termijnen van de Treek-normen verleend moet kunnen worden. Dat geldt ook voor zorg die op landelijk niveau aangeboden wordt. Voor voldoende inzicht in de vraag of het aanbod en de inkoop toereikend is, is het van belang dat verzekerden die een beroep doen op deze zorg, helder weten wat hun rechten zijn en dat zij melding maken van een mogelijk (te) lange wachttijd. Zoals u weet heb ik de NZa inmiddels gevraagd te kijken naar de mogelijke aanscherping van de Treeknormen zodat mensen bij een beroep op GGZ-zorg, eerder in zorg moeten kunnen komen.

21.

Zorgverzekeraars moeten zelf ook beter inzicht krijgen in de wachttijden voor hun verzekerden. De NZa heeft alle verzekeraars om verbeterplannen gevraagd die in juli bij de NZa aangeleverd moeten worden. De leden van de CDA fractie vragen wat de NZa doet als de verbeterplannen van de zorgverzekeraars onvoldoende zijn? De leden van de CDA fractie vragen of deze verbeterplannen ook naar de Kamer worden gezonden.

De NZa beoordeelt momenteel de verbeterplannen die zorgverzekeraars hebben aangeleverd. Eventuele vervolgacties die de NZa zal ondernemen richting zorgverzekeraars zal afhangen van deze beoordeling. Ik vind ook dat zorgverzekeraars zelf actief naar hun verzekerden moeten uitdragen dat er een mogelijkheid is om bemiddeld te worden indien er sprake is van een (lange) wachttijd.

De NZa heeft overigens verschillende mogelijkheden om actie te ondernemen als de verbeterplannen onvoldoende zijn. Dit kunnen informele maatregelen zijn zoals norm overdragende gesprekken of formele maatregelen zoals het geven van een aanwijzing of het opleggen van een boete. Een volledig overzicht van de maatregelen die de NZa kan nemen zijn te vinden op de website van de NZa. Zoals gebruikelijk bij informatie die de NZa opvraagt, worden de verbeterplannen niet opgestuurd naar de Kamer of op een andere wijze openbaar gemaakt.

22.

De Minister stelt dat er voldoende budgettaire ruimte in het GGZ-kader is voor zorgverzekeraars om, indien nodig, aanvullende afspraken te maken met zorgaanbieders. De leden van de CDA fractie vragen of de Minister kan toelichten op welke informatie zij dit baseert? Kan de Minister aangeven of dit zowel intramurale GGZ-zorg als extramurale GGZ-zorg is en kan zij ten slotte uiteenzetten hoe de intra- en extramurale GGZ tot dusver (halverwege 2016) zijn ingekocht qua percentages ten opzichte van elkaar?

Zoals in het jaarverslag is aangegeven is er sprake van een onderschrijving in het GGZ-kader. Ik baseer me hierbij op actualisatiecijfers van de curatieve GGZ schadelast van individuele verzekeraars, welke worden opgevraagd door het Zorginstituut Nederland. Dit betreft het totaal aan curatieve GGZ zorg, dus dat is de generalistische basis GGZ, de gespecialiseerde GGZ (intramuraal en extramuraal) en de langdurige op behandeling gerichte intramurale GGZ. Het is niet bekend op welke wijze de intra- en extramurale curatieve GGZ in 2016 is ingekocht. In 2014 werd van de curatieve GGZ ca. 6% uitgegeven aan de generalistische basis



GGZ, ca. 38% aan intramurale gespecialiseerde GGZ en ca. 55% aan extramurale gespecialiseerde GGZ.

23.

In de brief over de wachttijden geeft de Minister aan dat er ook verzekeren zijn die zelf kiezen om te blijven wachten totdat ze terecht kunnen bij de door hen uitgezochte aanbieder. De leden van de CDA fractie vragen in hoeverre mensen ervan op de hoogte zijn (begrijpen zij) dat zij wachten op een voorkeuraanbieder? Kan de Minister aangeven hoeveel mensen (in percentages) wachten op een door hen uitgezochte aanbieder in vergelijking met mensen die op «de gewone wachtlijst» staan?

De NZa heeft geen signalen dat cliënten, terwijl ze dit zelf niet weten, te boek staan als wachtende op een voorkeuraanbieder. Er zijn op dit moment geen gegevens over hoeveel mensen wachten op een door hen uitgezochte aanbieder. Dit is ook niet gemakkelijk in beeld te brengen. Zoals toegezegd in mijn brief van 28 juni ben ik met partijen in overleg om te bezien hoe we het aantal mensen dat wacht op een voorkeuraanbieder goed in beeld kunnen krijgen.

24.

De leden van de CDA fractie vragen in hoeverre de wachtlijsten zorgen voor een toename van de problematiek met verwarde personen?

Er zijn mij geen onderzoeken bekend waarin een directe relatie te leggen is tussen wachtlijsten en een toename van de problematiek met verwarde personen. Ook is niet vast te stellen dat er sprake is van een toename van de problematiek van verwarde personen. Vanzelfsprekend vind ik het wel belangrijk dat er zo min mogelijk wachtlijsten zijn, in de eerste plaats voor de patiënt zelf en in de tweede plaats opdat dit ook geen aanleiding kan zijn voor toename van de problematiek. Overigens betekent het feit dat mensen op een wachtlijst staan niet dat zij – per definitie – geen hulp krijgen. Er wordt soms bijvoorbeeld al wel ambulante hulp verleend.

25.

De leden van de CDA fractie vragen hoe de Minister oordeelt dat het niet gelukt is om voor de zomer een sluitende ketenaanpak verwarde personen voor elkaar te krijgen?

Ik ben mij ervan bewust dat we nog op dit moment nog niet kunnen vaststellen dat er een landelijk dekkende sluitende ketenaanpak voor verwarde personen is gerealiseerd. Dat is ook geen sinecure. Het realiseren van zo'n aanpak vraagt om de inzet van veel partijen die hierop moeten samenwerken en afspraken moeten maken over ieders rol en over de onderlinge afstemming. Dat vergt een langere adem dan een aanjaagfase van 1 jaar. Wel ben ik blij met de beweging die met behulp van het aanjaagteam het afgelopen jaar in gang is gezet bij gemeenten en ketenpartners. Het aanjaagteam constateert in haar tweede tussenrapportage dat overal in het land belangrijke stappen gezet worden. Het aanjaagteam heeft hierbij een belangrijke stimulerende en motiverende rol gespeeld. Het Kabinet is daarom voornemens om de activiteiten van het aanjaagteam te vervolgen. In september zal het kabinet – in reactie op de tweede tussenrapportage van het aanjaagteam – een brief aan uw Kamer sturen waarin we toelichten op welke wijze en in welke vorm we dit willen doen.

26.

De leden van de CDA fractie vragen of de Minister zicht heeft op de groep jongeren die 18 jaar worden en – indien noodzakelijk – overgaan naar de

volwassenen GGZ (18 plus)? Heeft de Minister er zicht op of dit zonder strubbelingen (van een naar andere wetgeving) verloopt?

In de voortgangsbrief over het nieuwe jeugdstelsel (Kamerstuk 31 839, nr. 524) heeft de Staatssecretaris uw Kamer onder andere geïnformeerd over de initiatieven die er lopen om knelpunten op te sporen en oplossingsrichtingen te ontwikkelen rond doorlopende zorg, waaronder de GGZ, bij 18 jaar. Over de laatste stand van zaken van deze initiatieven zal de Staatssecretaris uw Kamer informeren met de volgende voortgangsbrief jeugd. Hierbij zal ook specifiek worden ingegaan op de overgang naar de volwassen GGZ. Dit heb ik u ook eerder toegezegd tijdens het Wetgevingsoverleg over het Jaarverslag VWS 2015.

### **Inbreng D66 fractie**

27.

De leden van de D66-fractie geven er de voorkeur aan dat passende zorg, waar dit kan, dicht bij huis wordt verzorgd. Ook voor de geestelijke gezondheidszorg kan de huisarts hier een grote rol in spelen. Maar adequate inschatting van de benodigde zorg moet altijd voorop staan. Als passende zorg dus vraagt om een op- (of af)schaling moet deze gerealiseerd kunnen worden binnen afzienbare tijd. Genoemde leden vernemen graag van de Minister of zij het idee heeft of dit afdoende gebeurt op dit moment.

Een prioriteit binnen de Agenda is de doorontwikkeling van uitkomstindicatoren en het opstellen van criteria voor op- en afschalen van zorg, die waar mogelijk in iedere zorgstandaard worden gebruikt. De verwachte oplevering van de set criteria voor op- en afschalen is januari 2017. In het kwaliteitsstatuut, dat vanaf 1 januari 2017 verplicht is, moet de aanbieder aangeven hoe zij gepast gebruik bevordert. Gepast gebruik gaat over de juiste inzet van hulp bij aanvang van een behandeling en over op het juiste moment op- en afschalen van behandeling. Met deze ontwikkelingen verwacht ik dat het op- en afschalen van zorg een impuls krijgt.

28.

De leden van de D66-fractie vernemen graag van de Minister wanneer zij verwacht dat de NZa conclusies trekt uit het onderzoek rondom de «houdbaarheid» van de huidige Treeknormen. Bekijkt de NZa dit ook gelijk voor andere gezondheidszorgdomeinen of wordt er alleen naar de GGZ gekeken?

Treeknormen zijn normen voor de maximaal aanvaardbare wachttijd. De NZa inventariseert of de Treeknormen in de GGZ in de huidige vorm nog passend zijn. Hierover zijn al gesprekken gevoerd met VWS, IGZ en het Zorginstituut. De NZa is op dit moment bezig om de gesprekken met betrokken partijen te plannen. In de loop van dit jaar zal de NZa hierover waarschijnlijk conclusies kunnen trekken. De NZa beziet ook de normen voor andere gezondheidszorgdomeinen. Zo hebben zij gekeken naar de aanrijtijden van ambulances, doen ze op dit moment onderzoek naar wachttijden in de Wlz en houden ze een vinger aan de pols in de eerstelijns. Ook hebben zij onderzoek gedaan naar wachttijden in de medisch specialistische zorg.

29.

De leden van de D66 fractie vragen of de Minister kan aangeven wat zij denkt te doen aan de lange tijd die er nu passeert voordat er een eerste intake plaatsvindt, ook al valt deze termijn binnen de Treeknorm?

Ik zet verschillende acties in om de wachttijden te reduceren zoals uiteengezet in mijn brief van 25 mei (Kamerstuk 25 424, nr. 316) en 28 juni jl. (Kamerstuk 25 424, nr. 319)

30.

De Minister geeft aan dat er nog voldoende budgettaire ruimte is in het GGZ-kader voor zorgverzekeraars om aanvullende afspraken te maken. De leden van de D66-fractie vernemen graag hoe groot deze ruimte is, waarom deze niet eerder benut is én hoe volgend jaar voorkomen wordt dat deze ruimte (onnodig) blijft bestaan.

Zoals in het jaarverslag is aangegeven laat het zeer voorlopige cijfer van de cGGZ uitgaven over 2015 een onderschrijding zien van 195 miljoen euro. De onderschrijding in 2014 is op 290 miljoen uitgekomen. Deze ruimte is wel beschikbaar gesteld voor de curatieve GGZ, maar niet benut. Het staat zorgverzekeraars vrij in hoeverre de beschikbaar gestelde ruimte ook daadwerkelijk wordt benut. Zolang ze maar aan hun zorgplicht voldoen. Bij overschrijding van de Treeknormen is het aan de verzekeraar om zijn inkoopbeleid te heroverwegen en zodoende voldoende zorg bij te contracteren. Daarnaast vind ik het van belang dat zorgverzekeraars goede maar ook betaalbare zorg inkopen.