

## **Beleidsdoorlichting van artikel 2.2 van de VWS-begroting 'Toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg'**



**Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport  
Directoraat-Generaal Curatieve Zorg**

## Inhoudsopgave

|          |  |           |
|----------|--|-----------|
| <b>1</b> | <b>Samenvatting</b>  | <b>4</b>  |
| 1.1      | De methode   | 4         |
| 1.2      | De instrumenten op artikel 2.2   | 5         |
| 1.3      | Besparingsvarianten  | 7         |
| 1.4      | Aanbevelingen  | 8         |
| <b>2</b> | <b>Toelichting op het onderzoek</b>  | <b>9</b>  |
| 2.1      | Inleiding  | 9         |
| 2.2      | Afbakening   | 9         |
| 2.3      | Overzicht beleidsdoorlichtingen  | 10        |
| 2.4      | De Regeling Periodiek Evaluatieonderzoek   | 11        |
| 2.5      | Grondslag voor de beleidsopties  | 12        |
| 2.6      | Reconstructie van beleidstheorie   | 12        |
| 2.7      | Methode voor het bepalen doeltreffendheid/doelmatigheid  | 13        |
| 2.8      | Organisatie van de beleidsdoorlichting en onafhankelijke deskundige  | 15        |
| 2.9      | Leeswijzer   | 15        |
| <b>3</b> | <b>Het stelsel curatieve zorg en artikel 2.2 van de VWS-begroting 'Toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg'</b> | <b>17</b> |
| 3.1      | Inleiding  | 17        |
| 3.2      | De beleidstheorie van artikel 2 'Curatieve zorg'   | 18        |
| 3.3      | Beleidsartikel 2.2 'Toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg'  | 18        |
| 3.4      | Uitgaven op begrotingsartikel 2.2  | 19        |
| <b>4</b> | <b>De financiering van medisch noodzakelijke zorg aan illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen</b>             | <b>20</b> |
| 4.1.1    | <i>Inleiding</i>   | 20        |
| 4.1.2    | <i>Doelstelling(en)</i>  | 20        |
| 4.1.3    | <i>Betrokken (uitvoerings-)organisaties en hun rollen</i>  | 21        |
| 4.1.4    | <i>Wat is medisch noodzakelijke zorg?</i>  | 21        |
| 4.1.5    | <i>Omvang van de doelgroep</i>   | 22        |
| 4.1.6    | <i>Werking van de bijdrageregeling</i>   | 22        |
| 4.1.7    | <i>Uitvoeringskosten van de bijdrageregeling</i>   | 23        |
| 4.1.8    | <i>Internationale aspecten</i>   | 23        |
| 4.1.9    | <i>Evaluatie uitvoering bijdrageregeling</i>   | 24        |
| 4.1.10   | <i>Actuele (beleids-)ontwikkelingen</i>  | 24        |
| 4.1.11   | <i>Financiën</i>   | 25        |
| 4.1.12   | <i>Beoordeling doeltreffendheid en doelmatigheid van beleid</i>  | 26        |
| 4.1.13   | <i>Volgend evaluatiemoment</i>   | 28        |
| <b>5</b> | <b>Subsidies</b>   | <b>29</b> |
| 5.1      | Inleiding  | 29        |
| 5.2      | Subsidie eerstelijnsgezondheidscentra in VINEX-gebieden  | 29        |
| 5.2.1    | <i>Inleiding</i>   | 29        |
| 5.2.2    | <i>Doelstellingen</i>  | 30        |
| 5.2.3    | <i>Werking van de subsidie</i>   | 30        |
| 5.2.4    | <i>Subsidiecriteria</i>  | 31        |
| 5.2.5    | <i>Gevolgen van beleid</i>   | 32        |
| 5.2.6    | <i>Actuele (beleids)ontwikkelingen</i>   | 32        |
| 5.2.7    | <i>Financiën</i>   | 33        |
| 5.2.8    | <i>Beoordeling doeltreffendheid en doelmatigheid van beleid</i>  | 33        |
| 5.2.9    | <i>Evaluatie</i>   | 34        |
| 5.2.10   | <i>20% variant</i>   | 34        |
| 5.3      | Vertrouwenspersonen in de ggz  | 35        |
| 5.3.1    | <i>Inleiding</i>   | 35        |
| 5.3.2    | <i>Doelstelling(en)</i>  | 35        |
| 5.3.3    | <i>Betrokken uitvoeringsorganisaties en hun rollen</i>   | 36        |
| 5.3.4    | <i>Werkwijze</i>   | 36        |
| 5.3.5    | <i>Gevolgen van beleid</i>   | 37        |
| 5.3.6    | <i>Actuele (beleids)ontwikkelingen</i>   | 37        |
| 5.3.7    | <i>Financiën</i>   | 38        |
| 5.3.8    | <i>Beoordeling doeltreffendheid en doelmatigheid</i>   | 38        |
| 5.3.9    | <i>Evaluatie</i>   | 39        |

|          |   |           |
|----------|---|-----------|
| 5.3.10   | 20% variant .....   | 39        |
| 5.4      | Anonieme e-mental health .....  | 40        |
| 5.4.1    | Inleiding .....   | 40        |
| 5.4.2    | Doelstelling(en) .....  | 41        |
| 5.4.3    | Betrokken uitvoeringsorganisaties en hun rollen .....                           | 41        |
| 5.4.4    | Doelgroep .....   | 41        |
| 5.4.5    | Subsidiabele vormen van anonieme e-mental health .....                          | 41        |
| 5.4.6    | Het verlenen van zorg .....   | 42        |
| 5.4.7    | Werkwijze .....   | 42        |
| 5.4.8    | Gevolgen van beleid .....   | 43        |
| 5.4.9    | Actuele (beleids-)ontwikkelingen .....  | 43        |
| 5.4.10   | Financiën .....   | 44        |
| 5.4.11   | Beoordeling doeltreffendheid en doelmatigheid .....                             | 44        |
| 5.4.12   | Evaluatie .....   | 45        |
| 5.4.13   | 20% besparingsvariant .....   | 45        |
| 5.5      | Suïcidepreventie .....  | 46        |
| 5.5.1    | Inleiding .....   | 46        |
| 5.5.2    | Doelstelling(en) .....  | 47        |
| 5.5.3    | Betrokken uitvoeringsorganisaties en hun rollen .....                           | 48        |
| 5.5.4    | Doelgroep .....   | 48        |
| 5.5.5    | Het verlenen van zorg .....   | 48        |
| 5.5.6    | Werkwijze .....   | 49        |
| 5.5.7    | Gevolgen van beleid .....   | 49        |
| 5.5.8    | Financiën .....   | 51        |
| 5.5.9    | Actuele beleidsontwikkelingen .....   | 51        |
| 5.5.10   | Beoordeling doeltreffendheid en doelmatigheid .....                             | 51        |
| 5.5.11   | Evaluatie .....   | 52        |
| 5.5.12   | 20% variant .....   | 52        |
| <b>6</b> | <b>Aanpak verspilling in de zorg .....</b>                                      | <b>53</b> |
| 6.1.1    | Inleiding .....   | 53        |
| 6.1.2    | Doelstelling(en) .....  | 53        |
| 6.1.3    | Werkwijze van het programma .....   | 53        |
| 6.1.4    | Betrokken uitvoeringsorganisaties en hun rollen .....                           | 55        |
| 6.1.5    | Gevolgen van beleid .....   | 55        |
| 6.1.6    | Financieel .....  | 56        |
| 6.1.7    | Actuele (beleids-)ontwikkelingen .....  | 57        |
| 6.1.8    | Beoordeling doeltreffendheid en doelmatigheid van beleid .....                  | 57        |
| 6.1.9    | Evaluatie .....   | 58        |
| 6.1.10   | 20% variant .....   | 58        |
| <b>7</b> | <b>Bijlagen .....</b>   | <b>59</b> |
| 7.1      | Overzichttabel artikel 2.2 Toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg ..... | 59        |
| 7.2      | Overzicht van betrokken organisaties .....                                      | 59        |
| 7.3      | Lijst met afkortingen .....   | 60        |
| 7.4      | Deelnemers drie stuurgroepen Programma Aanpak verspilling in de zorg .....      | 60        |
| 7.5      | Acties Programma Aanpak verspilling in de zorg .....                            | 61        |
| 7.6      | Bijdrage derden en stakeholders .....   | 61        |

# 1 Samenvatting

## 1.1 De methode

De Regeling Periodiek Evaluatieonderzoek (RPE) biedt de Rijksoverheid gestructureerde en verplichte handvatten om beleid periodiek en in samenhang te toetsen op doeltreffendheid en doelmatigheid. Over de uitkomsten wordt verslag gedaan aan de Tweede Kamer. Dit rapport bevat de doorlichting van de beleidsinstrumenten van de minister van VWS die worden verantwoord op begrotingsartikel 2.2 'Toegankelijkheid en Betaalbaarheid van de zorg'. Het betreft een zelfevaluatie, een onderzoek dat is uitgevoerd door een VWS-werkgroep en werd begeleid door een begeleidingscommissie met een onafhankelijke voorzitter.

De RPE biedt een gestructureerd kader voor de beleidsdoorlichtingen. Er zijn echter – net zoals bij de recent uitgevoerde beleidsdoorlichtingen van begrotingsartikelen 2.1 en 2.3 – verschillende factoren die een beoordeling van doeltreffendheid en doelmatigheid bemoeilijken;

- *Beperkte bijdrage van de instrumenten aan de betaalbaarheid en toegankelijkheid*  
De instrumenten op begrotingsartikel 2.2 zijn aanvullend en slechts een onderdeel van een groter geheel aan instrumenten die bijdragen aan de betaalbaarheid en toegankelijkheid zoals de acceptatie- en zorgplicht voor de basisverzekering door verzekeraars (toegang), de omvang van het verzekerde pakket en de zorgtoeslag (betaalbaarheid). Het effect van deze aanvullende instrumenten is daarom niet of moeilijk te isoleren.
- *Beperkte onderlinge samenhang instrumenten*  
Er is een beperkte samenhang tussen de verschillende instrumenten op begrotingsartikel 2.2. De afzonderlijke instrumenten grijpen op verschillende plaatsen in op het zorgstelsel; ze waarborgen de toegankelijkheid tot de zorg voor bepaalde (groepen van) personen of zien op het betaalbaar houden van de zorg. Een aantal instrumenten op begrotingsartikel 2.2 zijn (vanwege de aard) niet meegenomen in deze beleidsdoorlichting. Belangrijke onderdelen zijn of worden op een ander moment elders geëvalueerd en vallen daarmee buiten de scope van het onderzoek.
- *Rol van de minister van VWS*  
De verscheidenheid van de instrumenten heeft te maken met de rol van de minister van VWS. De minister is verantwoordelijk voor een deugdelijk zorgstelsel. De minister is echter niet verantwoordelijk voor de uitvoering van de zorg en kan de partijen in het veld slechts in beperkte mate aansturen. De instrumenten op dit begrotingsartikel zijn voor een belangrijk deel subsidies waarmee de minister van VWS de veldpartijen heeft willen aanzetten om de toegang tot en de betaalbaarheid van de zorg te verbeteren. Deze afhankelijkheid maakt de beoordeling van de doeltreffendheid en doelmatigheid van het beleid van de minister per definitie lastiger dan een beleidsdoorlichting op een beleidsterrein waar de overheid direct verantwoordelijk is voor de uitvoering.
- *Beperkte informatie over instrumenten*  
In de huidige subsidiecyclus is geen periodiek evaluatiemoment opgenomen om te evalueren op de behaalde effecten. Voor begrotingsartikel 2.2 betekent dit dat slechts één instrument (de wettelijke bijdrageregeling voor onverzekerbare vreemdelingen) extern is getoetst op doeltreffendheid en doelmatigheid. Die evaluatie vond plaats in 2011. De subsidieregelingen en het project Aanpak verspilling in de zorg kennen geen evaluatie verplichting.

Bovenstaande maakt dat de beleidsdoorlichting van begrotingsartikel 2.2 geen expliciet en samenhangend inzicht kan geven op de doeltreffendheid en doelmatigheid van het beleid van de minister van VWS op het vlak van de toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg.

Begrotingsartikel 2.2 bestaat in de huidige vorm sinds de verandering in de begrotingsystematiek in 2013. De op dit artikel gefinancierde instrumenten zijn voor deze beleidsdoorlichting geclusterd in drie verschillende thema's;

- De zorg aan illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen
- De subsidies ten behoeve van de toegankelijkheid van zorg
- Het project aanpak verspilling in de zorg.

De onderlinge samenhang tussen de thema's is daardoor beperkt. Vandaar dat er voor gekozen is per instrument de vragen uit de RPE te beantwoorden.

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de uitgaven op de verschillende thema's in de periode 2013 tot en met 2016.

Tabel 1: Overzichtstabel begrotingsuitgaven in de jaren 2013 tot en met 2016

| <b>Begrotingsuitgaven (bedragen x € 1.000)</b>                     |             |             |             |             |
|--|-------------|-------------|-------------|-------------|
|  | <b>2013</b> | <b>2014</b> | <b>2015</b> | <b>2016</b> |
| Zorg illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen <sup>1</sup> | 0           | 33.045      | 32.000      | 35.000      |
| Eerstelijns gezondheidscentra in VINEX-gebieden                    | 1.312       | 1.331       | 1.314       | 1.532       |
| Suïcidepreventie   | 1.110       | 1.561       | 1.854       | 3.154       |
| Vertrouwenspersoon in de ggz                                       | 6.098       | 6.199       | 6.204       | 6.476       |
| Anonieme e-mental health   | 785         | 1.090       | 925         | 1.000       |
| Verspilling in de zorg   |             | 115         | 129         | 354         |

(bron: VWS-jaarverslag 2016)

## 1.2 De instrumenten op artikel 2.2

Onderstaand wordt per thema ingegaan op de bevindingen en conclusies zoals die getrokken zijn op de instrumenten op artikel 2.2 van de VWS-begroting. Voor de meeste instrumenten geldt dat er geen oordeel over de doeltreffendheid en doelmatigheid van de instrumenten kan worden gegeven. Daar waar dit wel mogelijk is, wordt dit in onderstaande samenvatting expliciet benoemd.

### *Zorg aan illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen*

Deze bijdrageregeling maakt het mogelijk dat zorgaanbieders een tegemoetkoming ontvangen in de kosten van verleende noodzakelijke medische zorg aan onverzekerde illegale en onverzekerbare vreemdelingen. Deze bijdrageregeling voorziet in een bijdrage van 100% (gecontracteerde zorg en geboortezorg) of 80% (oncontracteerde zorg) van de kosten<sup>2</sup>. Deze regeling wordt als doeltreffend aangemerkt; de toegankelijkheid is (volgens internationale maatstaven) voldoende geborgd en de regeling lijkt gelet op het gebruik afdoende bekend.

Over de doelmatigheid wordt opgemerkt dat er voldoende prikkel is voor de zorgverleners om de kosten eerst te verhalen op de onverzekerbare vreemdeling. Lukt dat niet, dan wordt bij gecontracteerde zorg en bij geboortezorg 100% en bij niet gecontracteerde zorg 80% vergoed. Om de doelmatigheid te vergroten wordt, voor farmaceutische zorg, sinds 1 januari 2014 een minimale eigen betaling van € 5,- per recept gevraagd.

De bijdrageregeling lijkt in de opzet gevoelig voor fraude of oneigenlijk gebruik, al zijn er slechts een beperkt aantal gevallen van fraude bekend. De minister van VWS onderzoekt momenteel welke maatregelen genomen kunnen worden om de regeling meer fraudebestendig te maken.

<sup>1</sup> De Uitvoeringskosten zorg illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen zijn niet in het jaarverslag van VWS opgenomen. Ook in het jaarverslag van het Zorginstituut Nederland (destijds de uitvoerder van de regeling) zijn deze kosten niet als aparte taak verantwoord.

<sup>2</sup> De kosten van zwangerschap en geboorte worden voor 100% vergoed. Dit is een internationale verplichting.

### *Subsidies ten behoeve van de toegankelijkheid van zorg*

- Eerstelijns gezondheidscentra

Het opstarten van nieuwe geïntegreerde eerstelijnscentra in voorheen onbebouwd gebied gaat gepaard met specifieke aanloopproblemen. De subsidieregeling 'eerstelijnsgezondheidscentra in VINEX-gebieden' richt zich op het overkomen van deze aanloopproblematiek.

De beschikbare documentatie biedt onvoldoende houvast om een volledig oordeel te geven over de doeltreffendheid van de regeling. De centra die in 2012 een aanvraag gehonoreerd hebben gekregen bestaan nog steeds.

Ten aanzien van de doelmatigheid is geconstateerd dat een incentive ontbreekt voor de zorgondernemer om meer verzekerden aan zich te binden en/of de exploitatiekosten laag te houden. Wel kent de subsidie een maximum in termen van bedrag en looptijd.

- Vertrouwenspersonen in de ggz

In de Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz) is geregeld dat bepaalde ggz-patiënten recht hebben op advies en ondersteuning van patiëntenvertrouwenspersonen. Voor familievertrouwenspersonen bestaat nog geen wettelijke grondslag. Beide vertrouwenspersonen zijn onafhankelijk en ondersteunen respectievelijk de patiënt en de familieleden of naasten van de patiënt. Met de subsidie aan de Stichting Patiënten vertrouwenspersoon (Stichting PVP) en de Landelijke stichting familievertrouwenspersonen (LSFVP) beoogt de minister van VWS een wezenlijke bijdrage te leveren aan de zorg voor patiënten in de ggz.

Er is een brede beschikbaarheid van de vertrouwenspersonen. De subsidieregelingen lijken volgens deze beleidsdoorlichting in termen van outcome en impact een positief effect te hebben gesorteerd. Doordat de subsidieregelingen niet zijn geëvalueerd, en er onvoldoende onderzoeksmateriaal beschikbaar was, zijn uitspraken over de doelmatigheid van deze subsidieregelingen niet mogelijk.

Er is een wetsvoorstel in voorbereiding (wetsvoorstel verplichte ggz) waarin beide type vertrouwenspersonen wettelijk worden geregeld en een (nog) stevigere positie krijgen voor ggz-patiënten die met verplichte zorg te maken krijgen. Gelet op het brede draagvlak voor de vertrouwenspersonen in de ggz en de voorziene inwerkingtreding van de Wvvgz heeft deze beleidsdoorlichting ervoor gekozen om voor dit instrument geen besparingsvariant uit te werken.

- Anonieme e-health

Anonieme e-health is hulpverlening voor psychische- en/of verslavingsproblemen via internet waarbij de persoon die hulp zoekt anoniem wil blijven. In 2016 is de wet 'structurele bekostiging van anonieme e-health en het mogelijk maken van anonieme financiering van zorg aan ernstig bedreigde cliënten' door de Staten-Generaal aangenomen. Hierdoor is de uitvoering van deze subsidieregeling met ingang van 2017 bij het Zorginstituut belegd. Daarvoor voerde het ministerie van VWS deze subsidieregeling uit.

Gezien de aard (anonimiteit) van de hulp is het niet te meten of de regeling zorginhoudelijk doeltreffend is. Aantallen en uitkomsten worden niet geregistreerd. Het Zorginstituut is gevraagd de ontwikkeling (ook in aantallen) van de toepassing van anonieme e-health te gaan volgen.

Doelmatigheid wordt gekoppeld aan doelbereik. Hierover is onvoldoende bekend. Wel bevat de regeling enkele voorwaarden die bijdragen aan doelmatig gebruik van overheidsgeld. Of de regeling daadwerkelijk doelmatig is, kan niet worden geconcludeerd.

- Suïcidepreventie 113Online

De minister van VWS beoogt met de instellingssubsidie voor 113Online het aantal suicides terug te dringen. 113Online biedt directe hulpverlening, zorg en behandeling bij suïcidaliteit aan mensen die kampen met suïcidale gedachten. Gelet op de complexe materie zijn er geen harde doelstellingen (in termen van aantallen waarin suïcide voorkomen is) gekoppeld aan de instellingssubsidie.

Hoewel de directe relatie met het doelbereik ontbreekt, is geconcludeerd dat met de subsidie er sprake is van een brede beschikbaarheid van mogelijkheden tot suïcidepreventie.

Ten aanzien van de doelmatigheid is geconstateerd dat er geen doelmatigheidsprikkels in de regeling zijn ingebouwd, bijvoorbeeld dat er een directe financiële bijdrage van patiënten wordt gevraagd of afspraken zijn over de duur van behandelingen of crisisopvang.

#### *Aanpak verspilling in de zorg*

Het Programma 'aanpak verspilling in de zorg' liep van mei 2013 tot oktober 2016.

Overall is het beleid van de minister van VWS grotendeels lijkt doeltreffend te zijn geweest.

De overkoepelende doelstelling van het beleid lijkt te zijn behaald. Het programma heeft daadwerkelijk gezorgd voor het tegengaan van verspilling in de zorg. Het onderwerp tegengaan van verspilling is door dit programma op de agenda van veel zorginstellingen gezet.

De betrokkenheid van de sector was groot. Dat blijkt bijvoorbeeld uit het aantal deelnemers en de bijdrage die door hen is geleverd. De financiële bijdragen van de minister van VWS aan het programma hebben naar verwachting als hefboom gewerkt voor investeringen in het voorkomen van verspilling bij partijen.

### **1.3 Besparingsvarianten**

Een van de vragen bij een beleidsdoorlichting is of het mogelijk is om 20% te besparen voor uiteindelijk de situatie over vier jaar (t+4) en wat daarvan dan de gevolgen zouden zijn voor beleid. Een gelijksoortige vraag kan gesteld worden of intensiveringen mogelijk zijn en welke gevolgen hierbij optreden. Het totaalbedrag voor besparingsvarianten in deze begroting dient minimaal € 8,9 miljoen te bedragen, namelijk 20% van € 44,8 miljoen.

De RPE eist een besparing op het EMU-saldo. Specifiek voor de zorg geldt dat veel van de besparingsmogelijkheden effecten hebben op de zorgkosten binnen het EMU-saldo; bijvoorbeeld door het verschuiven van de kosten van de VWS-begroting naar zorgverzekeraars.

De zorgverzekeraar kan dan besluiten de zorgpremie te verhogen. Een dergelijke verschuiving van financiering lijkt een besparing, maar voldoet niet als besparing langs de meetlat van de RPE.

De inhoudelijke uitwerking van de verschillende thema's heeft geen samenhangende scenario's naar voren gebracht, waarlangs invulling kan worden gegeven aan de gevraagde besparing.

Indien gekozen wordt voor een 20%-besparingsvariant, dan betekent dit in de praktijk een aanpassing van de huidige bijdrageregeling Onverzekerbare vreemdelingen. Immers, deze regeling betreft het grootste deel (80%) van het totale beschikbare budget van de geëvalueerde instrumenten op artikel 2.2 en beperkt daarmee feitelijk het aantal 'knoppen' waaraan kan worden gedraaid.

Er zijn in totaal zes besparingsvarianten uitgewerkt. Het betreft een palet waar desgewenst een keuze uit kan worden gemaakt. Het optellen van alle varianten is niet mogelijk omdat bepaalde varianten elkaar uitsluiten.

De meest in het oog springende variant is het aanpassen van de vergoedingspercentages. Als de vergoeding van 80% van de ongecontracteerde zorg naar 70% van het huidige niveau wordt teruggebracht, betekent dit dat de zorgverlener minder gecompenseerd wordt voor de gemaakte kosten en dus een groter deel van de rekening moet betalen. Per 2021 kan dit een besparing van circa € 8,6 miljoen opleveren.

Onderstaande tabel toont de besparingsvarianten uit deze beleidsdoorlichting. Met name bij de besparingsvarianten van de bijdrageregeling Onverzekerbare vreemdelingen wordt opgemerkt dat een keuze voor een bepaalde besparingsvariant de opbrengst van een andere besparingsvariant van de bijdrageregeling Onverzekerbare vreemdelingen kan wijzigen (verlagen).

Niet alle besparingsvarianten van deze bijdrageregeling kunnen in combinatie genomen worden. Dit zou het uiteindelijke doel van deze regeling, het bieden van zorg aan onverzekerbare vreemdelingen, schaden. Nader onderzoek naar de besparingsopties is in alle gevallen noodzakelijk.

Tabel 2: Overzichtstabel beleidsartikel 2.2 met besparingsvarianten

| <b>Besparingen (bedragen x € 1 miljoen)</b>                            |             |             |             |             |
|--|-------------|-------------|-------------|-------------|
|  | <b>2018</b> | <b>2019</b> | <b>2020</b> | <b>2021</b> |
| <i>Zorg illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen</i>           |             |             |             |             |
| 1) uitsluiten van de Wlz-zorg  |             |             | 2,5         | 2,5         |
| 2) aanpassen vergoedingspercentages                                    |             |             | 8,6         | 8,6         |
| 3) uitbreiden vijf-euro maatregel                                      |             | 1,3         | 1,3         | 1,3         |
| 4) aanpassen vergoeding huisartsen                                     |             | 0,8         | 0,8         | 0,8         |
| 5) beëindigen subsidie eerstelijns gezondheidscentra in VINEX-gebieden |             | 0,0         | 0,0         | 0,5         |
| 6) verlagen subsidie eerstelijns gezondheidscentra in VINEX-gebieden   |             | 0,0         | 0,2         | 0,4         |
| Totaal (exclusief optie 6)   |             | 2,1         | 13,2        | 13,7        |

#### 1.4 Aanbevelingen

De volgende drie aanbevelingen worden gedaan:

- De instrumenten die thans vallen onder het begrotingsartikel vormen slechts een deel van de instrumenten die bijdragen aan de toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg. Andere instrumenten zijn bijvoorbeeld de acceptatieplicht van verzekeraars en zorgtoeslag. De naam wekt de suggestie dat dit artikel alle instrumenten omvat die de toegankelijkheid en betaalbaarheid omvatten. In werkelijkheid betreft het een set instrumenten die bijdragen aan het ondersteunen van de toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg. De doorlichting stelt daarom voor een beter passende naam aan dit artikel te geven; bijvoorbeeld: 'Ondersteuning van de toegankelijkheid en betaalbaarheid'.
- Voor met name de subsidie-instrumenten is het zinvol om de beoogde doelstelling bij de aanvang of de verlenging van de regeling meer SMART te formuleren en de effecten periodiek te gaan monitoren.
- Neem, zoals is toegezegd in de kabinetsreactie op de beleidsdoorlichting van artikel 2.1, evaluatiemomenten op in de subsidie-instrumenten. Behoud in de regeling ruimte om in de omvang en de aard van de evaluatie te differentiëren.



## 2 Toelichting op het onderzoek

### 2.1 Inleiding

Door middel van beleidsdoorlichtingen wordt periodiek onderzoek gedaan naar de doeltreffendheid en de doelmatigheid van het gevoerde beleid. Een beleidsdoorlichting is een vorm van evaluatieonderzoek dat dient te voldoen aan de eisen die zijn opgenomen in de Regeling Periodiek Evaluatieonderzoek (RPE).

Een beleidsdoorlichting vindt periodiek plaats en betreft een ex-post evaluatieonderzoek op het niveau van een geheel beleidsartikel óf op het niveau van een samenhangend deel van een beleidsartikel. De doorlichting richt zich op zowel doeltreffendheid als op de doelmatigheid van het beleid en heeft vaak het karakter van een synthese onderzoek (overkoepelend overzicht), waarbij gebruik wordt gemaakt van de resultaten van eerder uitgevoerd evaluatieonderzoek.

Evenwel zijn niet alle beleidsdoorlichtingen gelijk. Dit hangt af van de begrotingsopbouw en de keuzes die zijn gemaakt op het niveau waarop de beleidsdoorlichting plaatsvindt (geheel beleidsartikel of gedeeltelijk beleidsartikel), de volgtijdelijkheid van verschillende doorlichtingen en onderliggende uitgevoerde evaluaties.

Zoals is aangekondigd aan de Tweede Kamer<sup>3</sup> behandelt deze beleidsdoorlichting het beleid en de instrumenten daarvoor die opgenomen zijn op het artikelonderdeel 2.2 'Toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg' van de begroting van het ministerie van Volksgezondheid (hierna: VWS) 2017. De doorlichtingen van de artikelen 2.1 'Kwaliteit en veiligheid' en 2.3 'Bevorderen werking van het stelsel' zijn beide in het jaar 2016 aan de Tweede Kamer aangeboden<sup>4</sup>. De volgtijdelijkheid van de beleidsdoorlichtingen is al in 2013 in de VWS-begroting voor het jaar 2014 beschreven.

### 2.2 Afbakening

Deze doorlichting heeft betrekking op de instrumenten die in de begrotingsjaren 2014 tot en met 2016 onder artikel 2.2 vielen. De minister van VWS heeft de Tweede Kamer per brief<sup>5</sup> geïnformeerd over de opzet en vraagstelling van deze beleidsdoorlichting. In beginsel worden de instrumenten die onder begrotingsartikel 2.2 vallen in de beleidsdoorlichting geëvalueerd in relatie tot de bijdrage die ze leveren aan de toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg.

In bijlage 7.1 is het integrale artikel 2.2 uit de VWS begroting 2017 opgenomen. Hiermee wordt een volledig overzicht gepresenteerd van alle instrumenten (met een financieel beslag) die ingezet worden om de toegankelijkheid en betaalbaarheid van het stelsel van de curatieve zorg te bevorderen.

In bovengenoemde brief zijn de volgende instrumenten voor deze doorlichting uitgesloten<sup>6</sup>:

- De rijksbijdrage Zvf voor financiering van verzekerden 18-;
- De rijksbijdrage dempen premie ten gevolgen van Herziening langdurige zorg (Hlz) en
- De bijdrage aan het CIBG.

Bovenstaande rijksbijdragen zijn een onderdeel van de financiering van de zorguitgaven binnen de Zorgverzekeringswet (Zvw). Het gaat dus om betalingen binnen de collectieve sector.

Een besparing op deze instrumenten leidt direct tot een premieverhoging, een hoger eigen risico of kleiner verzekerd pakket omdat de middelen de kosten van verzekerde zorg dekken.

Er is voor gekozen om de rijksbijdragen mee te nemen bij de evaluatie van de Zvw in 2019, zodat in deze evaluatie de gehele financiering van de Zvw integraal kan worden meegenomen.

De bijdrage aan het CIBG is uitgesloten omdat het agentschap CIBG om de vijf jaar onder de regeling agentschappen geëvalueerd wordt.

<sup>3</sup> Kamerstukken II, vergaderjaar 2014–2015, 32 772, nr. 4.

<sup>4</sup> Kamerstukken II, vergaderjaar 2016–2017, 32 772, nr. 20 en Kamerstukken II, vergaderjaar 2015–2016, 32772, bijlage bij nr 12.

<sup>5</sup> Kamerstukken II, vergaderjaar 2015–2016, 32 772, nr. 17.

<sup>6</sup> De rijksbijdragen zijn uitgesloten omdat de RPE voorschrijft dat de besparingsvarianten daadwerkelijke besparingen dienen op te leveren. Dit betekent dat de afspraak dat tijdens een zittend kabinet het inkomsten- en uitgavenkader alsmede het EMU-saldo ongewijzigd blijven. Maatregelen die dienen te passen binnen de huidige begrotingsregels.

Door het uitsluiten van grote uitgaven (de rijksbijdragen) in deze doorlichting, wordt een relatief klein deel van het artikel 2.2 doorgeïllustreerd.

Voor de onderstaande instrumenten zijn pas vanaf 2016 middelen ter beschikking gesteld, waardoor deze doorlichting te vroeg komt om hierover uitspraken te kunnen doen.

Daarom worden deze instrumenten niet meegenomen in deze doorlichting.

- de aanvulling voor het ZonMw-programma doelmatigheidsonderzoek;
- de sluitende aanpak personen met verward gedrag;
- de kwaliteitsimpuls apothekers;
- het uitvoeren visie geneesmiddelen en
- de publiekscampagne depressie.

Op artikel 2.2. is sinds het jaar 2016 een post Overige opgenomen. Deze begrotingspost heeft voornamelijk betrekking op beperkte opdrachten en tijdelijke subsidies.

Gezien het tijdelijke karakter van deze opdrachten en subsidies is besloten deze onderwerpen niet in de doorlichting op te nemen. De uitgaven voor opdrachten betreffen met name onderzoeksopdrachten voor de onderzoeks- en kennisinstellingen Nivel en Trimbos. De tijdelijke subsidies betreffen onder andere:

- de kostencompensatie aan de dienstapothek. Dit betreft de ondersteuning van die apotheken die 's avonds, 's nachts en in het weekend farmaceutische spoedzorg leveren. Hierdoor worden te hoge eigen betalingen van patiënten aan farmaceutische spoedzorg voorkomen en
- StiPCO, het Stimuleringsprogramma Competentieontwikkeling Openbaar apothekers. Met dit stimuleringsprogramma worden de openbaar apothekers voorbereid op de veranderingen in hun beroep. Zo ontwikkelen ze zich verder als zorgverlener in de wijk binnen de driehoek wijkverpleegkundige-openbaar apotheker-huisarts.

In het plan van aanpak<sup>7</sup> voor deze doorlichting is aangegeven dat de subsidie voor suïcidepreventie geen onderdeel uitmaakt van de doorlichting. Deze subsidie valt sinds 2016 onder het begrotingsartikel 2.2. Omdat deze subsidieregeling al meerdere jaren verantwoord werd op een ander begrotingsartikel is toch besloten dit onderwerp op te nemen in deze doorlichting.

Onder artikel 2.2 vallen de volgende thema's:

- zorg aan illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen;
- subsidies
  - eerstelijns gezondheidscentra in VINEX-gebieden;
  - vertrouwenspersoon in de ggz;
  - anonieme e-mental health;
  - suïcidepreventie en
- het programma aanpak verspilling in de zorg.

In tabel 3 zijn de onderwerpen van de doorlichting opgenomen inclusief de financiële omvang in de jaren 2017 tot en met 2021<sup>8</sup>.

### 2.3 Overzicht beleidsdoorlichtingen

Artikel 2.2 'Toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg' maakt onderdeel uit van artikel 2 'Curatieve zorg' van de VWS-begroting. Artikel 2 omvat in totaal drie leden (artikelen 2.1, 2.2, 2.3). De beleidsdoorlichtingen van artikel 2.3 over de Bevordering van de werking van het stelsel en artikel 2.1 over Kwaliteit en Veiligheid van de curatieve zorg zijn in juli 2016 respectievelijk november 2016 naar de Tweede Kamer gestuurd.

Deze doorlichting heeft beperkte raakvlakken met de doorlichtingen van de artikelen 2.1 en 2.3.

De volgtijdelijkheid van de beleidsdoorlichtingen van artikel 2 is in 2012 met de Tweede Kamer afgestemd. Zoals aangekondigd in de VWS-begroting 2017 zal in 2022 een doorlichting van geheel artikel 2 plaatsvinden<sup>9</sup>.

<sup>7</sup> Kamerstukken II, vergaderjaar 2015–2016, 32 772, nr. 17.

<sup>8</sup> Stand in de VWS-begroting 2017.

<sup>9</sup> VWS-begroting 2017, pagina 22.

## 2.4 De Regeling Periodiek Evaluatieonderzoek

De RPE bepaalt dat een beleidsdoorlichting een syntheseonderzoek is naar de doeltreffendheid en de doelmatigheid van het beleid. In de regeling worden ook de onderdelen benoemd die meegenomen moeten worden in de evaluatie (artikel 8 RPE). Deze beleidsdoorlichting geeft antwoord op de volgende vragen uit de RPE:

### *Afbakening beleidsterrein*

1. Welk artikel (onderdeel) wordt behandeld in de beleidsdoorlichting?
2. Indien van toepassing: wanneer worden/zijn de andere artikelonderdelen doorgelicht?

### *Motivering van het gevoerde beleid*

3. Wat was de aanleiding voor het beleid? Is deze aanleiding nog actueel?
4. Wat is de verantwoordelijkheid van de Rijksoverheid?

Een beleidsdoorlichting bevat in ieder geval de volgende onderdelen:

### *Het beleidsterrein en de bijbehorende uitgaven*

5. Wat is de aard en samenhang van de ingezette instrumenten?
6. Met welke uitgaven gaat het beleid gepaard, inclusief kosten op andere terreinen of voor andere partijen?
7. Wat is de onderbouwing van de uitgaven? Hoe zijn deze te relateren aan de componenten volume/gebruik en aan prijzen/tarieven?

### *Overzicht eerder uitgevoerd onderzoek naar doeltreffendheid en doelmatigheid*

8. Welke evaluaties (met bronvermelding) zijn uitgevoerd, op welke manier is het beleid geëvalueerd en om welke redenen?
9. Welke beleidsonderdelen zijn (nog) niet geëvalueerd? Inclusief uitleg over de (on)mogelijkheid om de doeltreffendheid en doelmatigheid van het beleid in de toekomst te evalueren.
10. In hoeverre maakt het beschikbare onderzoeksmateriaal uitspraken over de doeltreffendheid en doelmatigheid van het beleidsterrein mogelijk?

### *De doeltreffendheid en doelmatigheid van het gevoerde beleid*

11. Welke effecten heeft het beleid gehad? Zijn er positieve en/of negatieve neveneffecten?
12. Hoe doeltreffend is het beleid geweest?
13. Hoe doelmatig is het beleid geweest?
14. Welke maatregelen kunnen worden genomen om de doelmatigheid en doeltreffendheid verder te verhogen?
15. In het geval dat er significant minder middelen beschikbaar zijn (-/- circa 20% van de middelen op het (de) beleidsartikel(en)), welke beleidsopties<sup>10</sup> zijn dan mogelijk?

Om uitspraken te doen over de doeltreffendheid en doelmatigheid van het beleid cq. het verder verhogen van de doeltreffend en doelmatigheid, dient eerst een aantal voorliggende vragen beantwoord te worden over achtergrond, doelen en uitvoering van het beleid.

Zoals aangegeven is, wordt de doorlichting zoveel mogelijk uitgevoerd als een syntheseonderzoek waarbij gebruik wordt gemaakt van bestaand materiaal, zoals;

- onderzoeken (bestaande evaluaties zoals de evaluatie van de zorg aan onverzekerbare vreemdelingen);
- parlementaire stukken (Tweede Kamerstukken, waaronder de VWS-begroting) en
- overige schriftelijke stukken (begrotingen en jaarverslagen van uitvoeringsinstanties, subsidieaanvragen, afspraken tussen VWS en partners, gegevens uit de bestuurlijke informatie uit de systemen van de uitvoeringsorganisaties).

Daarnaast zijn met verschillende organisaties zoals het Zorginstituut, CAK interviews gehouden / consultatiegesprekken gevoerd. De relevante teksten zijn aan de betrokken organisaties en derden/stakeholders gestuurd ter aanvulling en revisie.

In de bijlage 7.2 van deze doorlichting is een overzicht van de betrokken organisaties opgenomen. In de bijlage 7.6 zijn de reacties op deze doorlichting van de derden en stakeholders opgenomen.

---

<sup>10</sup> De 20%-variant dient een besparing op te leveren op het EMU-saldo.

## 2.5 Grondslag voor de beleidsopties

In onderstaande tabel zijn de begrotingsbedragen van de instrumenten<sup>11</sup> uit deze beleidsdoorlichting voor de jaren 2017 tot en met 2021 opgenomen.

De grondslag voor de 20% besparingsvarianten bedraagt voor deze beleidsdoorlichting € 44,781 miljoen. De 20% besparingvarianten uit deze doorlichting dienen € 8,9 miljoen op te leveren. De besparingsvarianten dienen daadwerkelijke besparingen op het EMU-saldo te zijn.

Tabel 3: Overzichtstabel beleidsartikel 2.2 grondslag voor de 20% beleidsopties

| <b>Begrotingsuitgaven<br/>(bedragen x € 1.000)</b>        | <b>2017</b>   | <b>2018</b>   | <b>2019</b>   | <b>2020</b>   | <b>2021</b>   |
|---|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| Eerstelijns gezondheidscentra in VINEX-gebieden           | 2.000         | 2.000         | 2.000         | 2.000         | 2.000         |
| Anonieme e-mental health <sup>12</sup>                    | 0             | 0             | 0             | 0             | 0             |
| Vertrouwenspersoon in de ggz                              | 6.204         | 6.204         | 6.204         | 6.204         | 6.204         |
| Suicidepreventie  | 4.062         | 3.662         | 3.562         | 3.562         | 3.562         |
| Zorg illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen     | 32.384        | 32.384        | 32.383        | 32.384        | 32.384        |
| Uitvoeringskosten zorg illegalen en andere onverzekerbare | 631           | 631           | 631           | 631           | 631           |
| <b>Totaal</b>   | <b>45.281</b> | <b>44.881</b> | <b>44.780</b> | <b>44.781</b> | <b>44.781</b> |
| <b>20%-besparing</b>                                      | <b>9.056</b>  | <b>8.976</b>  | <b>8.956</b>  | <b>8.956</b>  | <b>8.956</b>  |

## 2.6 Reconstructie van beleidstheorie

Door het reconstrueren van de beleidstheorie die aan de verschillende instrumenten ten grondslag heeft gelegen kan een oordeel worden geveld over de doeltreffendheid en doelmatigheid. Daarbij is het noodzakelijk om de oorspronkelijke doelen in beeld te brengen, evenals de wijze waarop de beleidsinstrumenten daarop beoogden in te grijpen.

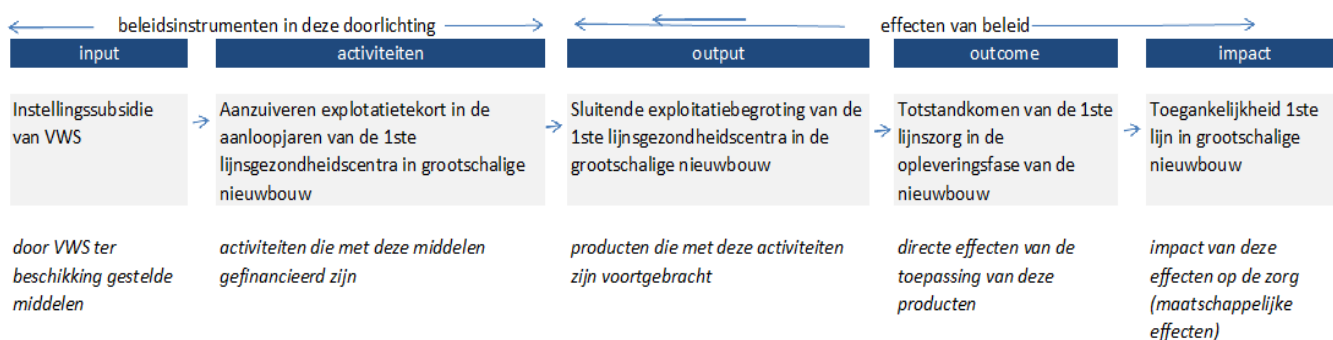
Voor sommige thema's bestaat een expliciet geformuleerde beleidstheorie; voor andere onderwerpen is de theorie minder of niet geëxpliciteerd. De reconstructie geschiedt dan op basis van de analyse van brieven, rapportages, verantwoordingsdocumenten zoals subsidieaanvragen en subsidieverantwoordingen, werkplannen en jaarverslagen.

In deze beleidsdoorlichting wordt gebruik gemaakt van doelenbomen voor de schematische weergave van de beleidstheorie. Onderstaand figuur geeft een voorbeeld van de wijze waarop we hiermee omgaan aan de hand van de bijdrageregeling projectsubsidie voor de realisatie van eerste lijnsgezondheidscentra in grootschalige nieuwbouwwijken.

<sup>11</sup> Het programma Aanpak verspilling in de zorg is in de maand oktober 2016 beëindigd.

<sup>12</sup> Met het omzetten van het tijdelijke beleidskader voor anonieme e-mental health naar de structurele bekostiging is ook de financiering gewijzigd van de VWS-begroting naar het Zvf.

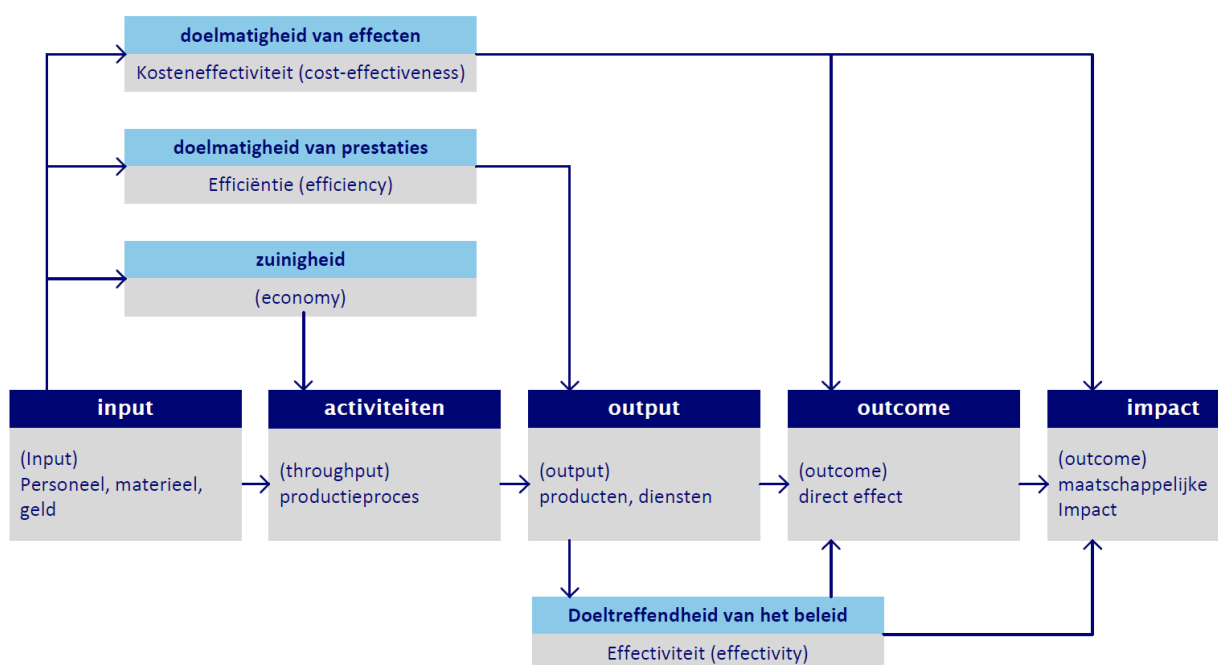
Figuur 1 voorbeeld doelboom



## 2.7 Methode voor het bepalen doeltreffendheid/doelmatigheid

In onderstaande figuur wordt de samenhang gegeven van de verschillende definities die worden gehanteerd.

Figuur 2 Samenhang definities doeltreffendheid en doelmatigheid



De drie aspecten van doelmatigheid kennen een volgordelijkheid, waarbij doelmatigheid van effecten op het niveau van maatschappelijke impact de belangrijkste indicator is voor doelmatig beleid, en zuinigheid van ingezette middelen de minst krachtige uitkomst oplevert om uitspraken te doen over wenselijke aanpassingen van beleid.

Daarom wordt zoveel mogelijk geconcentreerd op de doelmatigheid van effecten. Waar het materiaal onvoldoende grond geeft om daar uitspraken over te doen, geven we een beeld van de doelmatigheid van prestaties en de zuinigheid.

In beleidsonderzoek is het aantonen van causaliteit tussen instrument en effecten vaak ingewikkeld. De Algemene Rekenkamer<sup>13</sup> geeft ook aan dat de meeste beleidsdoorlichtingen hier geen tot zeer beperkte uitspraken over doen. Dit is ook in deze beleidsdoorlichting het geval.

<sup>13</sup> Algemene Rekenkamer, "Verantwoordingsonderzoek 2014", mei 2015.

Voor het bepalen van de doeltreffendheid van beleid gelden deels dezelfde bezwaren. Het is vaak onduidelijk in hoeverre een bepaald effect ook bereikt was zonder de inzet van de minister op dat terrein, dan wel de mate waarin de effecten één op één zijn toe te schrijven aan de inzet van de minister. Er zijn verschillende onderwerpen binnen deze beleidsdoorlichting waar veel andere beleidsinstrumenten, organisaties of ontwikkelingen ook invloed op hebben, al dan niet op basis van of naar aanleiding van de inzet van de minister. Dat maakt een harde uitspraak over de doeltreffendheid op het niveau van outcome en impact gecompliceerd.

De verscheidenheid van de instrumenten heeft te maken met de rol van de minister van VWS. De minister is verantwoordelijk voor een deugdelijk zorgstelsel. De minister is echter niet verantwoordelijk voor de uitvoering van de zorg en kan de partijen in het veld slechts in beperkte mate direct aansturen. De instrumenten op dit begrotingsartikel zijn voor een belangrijk deel subsidies waarmee de minister van VWS de veldpartijen heeft willen aanzetten om de toegang van en betaalbaarheid van de zorg te verbeteren.

De positie van de minister van VWS maakt dat het behalen van beleidsdoelen sterk afhankelijk is van de betrokkenheid en commitment van het veld. Door deze afhankelijkheid kunnen de bereikte effecten in zorg en samenleving vrijwel nooit één op één worden gekoppeld aan de instrumenten die de overheid inzet. De instrumenten die de overheid inzet hebben bovendien een beperkte reikwijdte, te weten het ondersteunen en stimuleren van partijen en het in beweging zetten van (gedrags)veranderingen. Deze afhankelijkheid maakt de beoordeling van de doeltreffendheid en doelmatigheid van het beleid van de minister lastiger dan een beleidsdoorlichting op een beleidsterrein waar de overheid direct verantwoordelijk is voor de uitvoering.

Een aanvullende beperking is de betrekkelijk beperkte informatie op basis waarvan de beleidsdoorlichting uitgevoerd kan worden. Zo zijn de project- en instellingssubsidies uit deze doorlichting niet (extern) geëvalueerd op de behaalde effecten. Daardoor zijn niet voor alle instrumenten onafhankelijke evaluaties beschikbaar waarin de doelmatigheid en doeltreffendheid van beleid (in termen van outcome en impact) zijn getoetst. Alleen bij het onderwerp Zorg aan illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen kon worden aangesloten bij de uitgevoerde evaluatie.

In de subsidiecyclus worden wel activiteitenplannen en begrotingen van (instellings-)subsidies getoetst op een doelmatige besteding van middelen en een doeltreffende uitvoering van de activiteiten, maar hierin wordt vooral gekeken naar output en niet naar de (maatschappelijke) effecten van beleid.

Voor alle instrumenten in deze doorlichting is een 'doelenboom' uitgewerkt. Hierdoor is getracht een oordeel te geven over de doelmatigheid. Dit bleek desondanks soms moeilijk.

Als er bij de instrumenten aanknopingspunten/indicatoren voor doelmatigheid zijn, dan worden deze benoemd. Voorbeelden van dergelijke aanknopingspunten/indicatoren zijn bij de bijdrageregeling voor onverzekerde vreemdelingen:

- a) de marktconforme prijs voor zorgprestaties;
- b) de 80% vergoeding van ongecontracteerde zorg en
- c) de € 5,- bijdrage bij de receptregel.

## 2.8 Organisatie van de beleidsdoorlichting en onafhankelijke deskundige

Deze doorlichting is zelfstandig door het ministerie van VWS (de directies Zorgverzekering, Curatieve Zorg en Geneesmiddelen en Medische Technologie) uitgevoerd. Externe betrokkenen zoals het CAK, stichting 113Online, de Stichting PVP en de Landelijke stichting familievertrouwenspersonen hebben een consulterende rol vervuld.

Het onderzoek is uitgevoerd door werkgroepen en begeleid door een begeleidingscommissie. Beiden waren nauw betrokken in alle fasen van het onderzoek. Per instrument zijn werkgroepen geformeerd met daarin de betrokken beleidsmedewerker(s), de betrokken financieel adviseur en de betrokken vertegenwoordiger van de directie Financieel-Economische Zaken. De resultaten van de werkgroep zijn voor advies / consultatie aan de relevante externe partijen voorgelegd. Een begeleidingscommissie bewaakte het proces en de kwaliteit van de doorlichting.

In onderstaand kader zijn de leden van begeleidingscommissie en de werkgroep weergegeven.

### *De begeleidingscommissie*

Onafhankelijke deskundige en voorzitter  
de heer J. Schutz

#### *ministerie van VWS*

de heer L. van der Lubbe  
mevrouw A. Dijkstra-Bouten  
de heer H. Venderbos  
mevrouw J. Boer (tot 15 juni 2017)  
de heer E. van Koesveld (vanaf 15 juni 2017)

ministerie van Financiën  
de heer T. Hendriks

### *De werkgroepen*

#### *ministerie van VWS*

de heer L. van der Lubbe (algehele coördinatie van deze beleidsdoorlichting)  
mevrouw I. Soede  
mevrouw L. Steentjes  
mevrouw G. Kelder  
de heer E.J. van Asselt  
de heer I. Demandt  
mevrouw I. Verkade

De RPE schrijft voor dat een onafhankelijke deskundige betrokken is bij de doorlichting. Deze deskundige is iemand die geen verantwoordelijkheid mag dragen voor het te onderzoeken beleid en waarvan een onafhankelijk oordeel mag worden verwacht. De deskundige geeft:

- zijn oordeel over de kwaliteit van de doorlichting en
- een toelichting op de betrokkenheid en zijn inbreng bij de totstandkoming van de doorlichting.

Voor deze doorlichting is deze taak door de heer mr. J. Schutz vervuld. Zijn advies op deze doorlichting inclusief toelichting, is als bijlage bij deze doorlichting opgenomen.

## 2.9 Leeswijzer

De opbouw van deze doorlichting is als volgt. Hoofdstuk 3 beschrijft de onderliggende beleidstheorie en het globale beeld van het functioneren van het stelsel van de curatieve zorg in de praktijk. Ook worden het begrotingsartikel 2 'Curatieve Zorg' en de (vermeende) samenhang van het artikel 2.2 'Toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg' van de VWS-begroting besproken. Waar relevant worden in dit hoofdstuk passages uit eerder genoemde evaluaties betrokken.

In hoofdstuk 4 worden de zorgkosten en de uitvoeringsmiddelen van de zorg aan illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen besproken.

Hoofdstuk 5 heet 'Subsidies' en bevat de vier subsidies voor:

- eerstelijns gezondheidscentra in VINEX-gebieden;
- vertrouwenspersonen in de ggz;
- anonieme e-mental health en
- suïcidepreventie.

Hoofdstuk 6 betreft de middelen voor de aanpak verspilling in de zorg.

Na dit laatste hoofdstuk zijn de bijlagen opgenomen.

Onderstaande tabel laat zien op welk niveau we de verschillende vragen beantwoorden.

*Tabel 4: Overzichtstabel vindplaats beantwoording RPE-vraag*

| <b>RPE-Vraag</b>                        | <b>Niveau</b> | <b>Vindplaats in het rapport</b>          |
|---|---------------|---|
| 1. Afbakening                           | Totaal        | Hoofdstuk 2 en in themahoofdstukken       |
| 2. Doorlichting andere artikelen        | Totaal        | In themahoofdstukken                      |
| 3. Aanleiding voor het beleid           | Thema         | In hoofdstuk 3 en in de themahoofdstukken |
| 4. Verantwoordelijkheid overheid totaal | Totaal        | In hoofdstuk 3 en in de themahoofdstukken |
| 5. Aard en samenhang instrumenten       | Totaal        | In hoofdstuk 3 en in de themahoofdstukken |
| 6. Beleidsuitgaven                      | Thema         | In themahoofdstukken 4 tot en met 6       |
| 7. Onderbouwing van de uitgaven         | Thema         | In themahoofdstukken 4 tot en met 6       |
| 8. Overzicht uitgevoerde evaluaties     | Thema         | In themahoofdstukken 4 tot en met 6       |
| 9. Niet geëvalueerd beleid              | Thema         | In themahoofdstukken 4 tot en met 6       |
| 10. Maakt onderzoek uitspraak mogelijk  | Thema         | In themahoofdstukken 4 tot en met 6       |
| 11. Effecten van beleid                 | Thema         | In themahoofdstukken 4 tot en met 6       |
| 12. Doeltreffendheid van beleid         | Thema         | In themahoofdstukken 4 tot en met 6       |
| 13. Doelmatigheid van beleid            | Thema         | In themahoofdstukken 4 tot en met 6       |
| 14. Maatregelen om beleid te versterken | Thema         | In themahoofdstukken 4 tot en met 6       |
| 15. Beleidsopties                       | Thema         | In themahoofdstukken 4 tot en met 6       |

Om de leesbaarheid van de rapportage te vergroten komen de RPE-vragen niet één voor één terug. De antwoorden zijn in de lopende tekst terug te vinden.



## 3 Het stelsel curatieve zorg en artikel 2.2 van de VWS-begroting 'Toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg'

### 3.1 Inleiding

De overheid heeft vanuit de Grondwet (artikel 22) de taak om maatregelen te treffen ter bevordering van de volksgezondheid. De algemene beleidsdoelstelling van artikel 2 Curatieve zorg is: 'een kwalitatief goed en toegankelijk stelsel voor curatieve zorg tegen maatschappelijk aanvaardbare kosten'.

De minister van VWS is verantwoordelijk voor het systeem van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de curatieve zorg. Een stelsel van wetten, beleidsinstrumenten, toezichthouders en maatregelen dat de minister hanteert, moet bijdragen aan het bevorderen van deze belangen.

De minister van VWS geeft op drie niveaus uitvoering aan deze taak.

Ten eerste is de minister van VWS systeemverantwoordelijk en stelt hiertoe een wettelijk kader op. De belangrijkste daarvan zijn:

- Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg);
- Zorgverzekeringswet (Zvw);
- Wet kwaliteit klachten en geschillen in de zorg (Wkkgz);
- Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO);
- Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (WBIG);
- De Geneesmiddelenwet;
- Wet op de medische hulpmiddelen (Wmh) en
- Wet op de zorgtoeslag.

Deze stelselwetten richten het systeem in Nederland zo in dat de primaire verantwoordelijkheid voor het leveren van kwalitatief goede en veilige (curatieve) zorg ligt bij aanbieders, professionals en verzekeraars.

Ten tweede zijn er verschillende organisaties met een wettelijke taak die toezien op de uitvoering of naleving van deze wetgeving. De belangrijkste daarvan zijn:

- Inspectie voor de gezondheidszorg (IGZ);
- Nederlandse Zorgautoriteit (NZa);
- Zorginstituut Nederland (Zorginstituut) en
- Het CAK.

Ten derde, kan de minister van VWS besluiten om beleid te voeren dat bijdraagt aan de toegankelijkheid en betaalbaarheid in de curatieve zorg. Deze instrumenten bestaan met name uit subsidies en bekostiging. De beleidsdoelen en in te zetten instrumenten verwoordt de minister van VWS in de begroting.

De instrumenten op het begrotingsartikel 2.2 vallen grotendeels in deze laatste categorie. Het zijn stimuleringsmaatregelen van de minister van VWS die de toegankelijkheid en de betaalbaarheid in de curatieve zorg bevorderen.

In dit hoofdstuk worden de instrumenten die op artikel 2.2 van de VWS-begroting staan, gepositioneerd in het stelsel. Tevens wordt kort aangegeven welke rol deze instrumenten spelen. In dit hoofdstuk beantwoorden we ook enkele van de RPE-vragen die niet specifiek afhangen van één van de drie thema's.

### 3.2 De beleidstheorie van artikel 2 'Curatieve zorg'

In de beleidsdoorlichting van artikel 2.3 'bevordering werking van het stelsel' is uitgebreid stil gestaan bij de beleidstheorie van de curatieve zorg, het globale beeld van het functioneren van het stelsel van de curatieve zorg. Voor de uitgebreide toelichting wordt hiernaar verwezen<sup>14</sup>, hieronder is een korte beschrijving van de beleidstheorie opgenomen.

De curatieve zorg richt zich op genezing en behandeling van acute en chronische lichamelijke en psychische aandoeningen. De minister van VWS is verantwoordelijk voor een goed werkend en samenhangend stelsel voor curatieve zorg.

Hiertoe is in het jaar 2006 de Zvw geïntroduceerd. Doel van de Zvw is te komen tot een stelsel van goede zorg voor een betaalbare prijs, dat toegankelijk is voor iedereen.

De Zvw is gebaseerd op het idee dat keuzevrijheid leidt tot betere en betaalbare zorg doordat:

- verzekerden kunnen kiezen voor een andere verzekeraar als zij ontevreden zijn met de huidige verzekeraar (bijvoorbeeld over prijs/kwaliteit) en
- verzekeraars daardoor geprikkeld worden om kwalitatief goede zorg te leveren of te vergoeden voor een zo laag mogelijke premie; zij kunnen dit realiseren doordat verzekeraars zelf mogen beslissen bij welke aanbieders zij zorg inkopen<sup>15</sup> en dit professioneel doen en
- zorgaanbieders hierdoor gestimuleerd worden om hoge kwaliteit te bieden voor een redelijke prijs.

### 3.3 Beleidsartikel 2.2 'Toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg'

De minister van VWS beschikt over een aantal instrumenten om het stelsel van zorg toegankelijk en betaalbaar te houden. De naam van het begrotingsartikel wekt de suggestie dat dit artikel alle instrumenten omvat die de toegankelijkheid en betaalbaarheid omvat.

In werkelijkheid betreft het een set instrumenten die bijdragen aan het ondersteunen van de toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg. Andere instrumenten die bijdragen aan de betaalbaarheid en toegankelijkheid van zorg zijn: de acceptatieplicht voor de basisverzekering door verzekeraars, de omvang van het verzekerde pakket en de zorgtoeslag.

De doorlichting stelt daarom voor een beter passende naam aan dit artikel te geven; bijvoorbeeld: 'Ondersteuning van de toegankelijkheid en betaalbaarheid'

Op artikel 2.2 staan instrumenten die verschillend van aard zijn, ze grijpen in op verschillende delen van het stelsel en ook de impact op het stelsel is per instrument wezenlijk anders.

Vanuit het oogpunt van samenhang en ordening zijn in het vervolg van deze doorlichting de instrumenten geordend in drie afzonderlijke hoofdstukken. Bij deze ordening is gekeken naar de onderlinge samenhang van de instrumenten. Gekozen is om hierbij de volgende clustering te hanteren:

#### *De zorg aan illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen (hoofdstuk 4).*

Dit hoofdstuk bespreekt de zorg aan illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen. Dit is een financiële bijdrageregeling die zorgaanbieders de gelegenheid biedt om een bijdrage te vragen aan het CAK (voor 1 januari 2017 het Zorginstituut) als zij medisch noodzakelijke zorg hebben verleend aan illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen en de kosten daarvan niet of niet volledig verhaalbaar blijken op de patiënt. Verder ontvangt het CAK (voor 1 januari 2017 het Zorginstituut) een bijdrage in de beheerskosten van de uitvoering.

#### *Subsidies (hoofdstuk 5).*

Dit hoofdstuk behandelt vier subsidieregelingen:

- Subsidie voor eerstelijns gezondheidscentra in VINEX-gebieden  
Deze subsidie richt zich op het bieden van financiële compensatie aan eerstelijns gezondheidscentra in grootschalige nieuwbouwlocaties waar in de beginfase nog niet voldoende

<sup>14</sup> Kamerstukken II, vergaderjaar 2015-2016, 32772, bijlage bij nr 12.

<sup>15</sup> Onder de Ziekenfondswet waren verzekeraars verplicht om aanbieders die dat wensten een contract te bieden (en andersom waren aanbieders verplicht een contract aan te gaan met verzekeraars die dat wensten).

patiënten wonen. De centra krijgen zo de gelegenheid om gedurende de aanlooperperiode geïntegreerde eerstelijnszorg te verlenen en verder te ontwikkelen.

- Subsidie voor vertrouwenspersonen in de ggz  
Deze subsidie is bestemd voor de Stichting PVP en voor de stichting LSFVP. Met de subsidie wordt zowel de inzet van de vertrouwenspersonen (patiëntenvertrouwenspersonen resp. familievertrouwenspersonen) betaald als de bureaunkosten van de stichtingen. Voor de inzet van familievertrouwenspersonen dragen ook de ggz-instellingen bij aan de LSFVP.
- Subsidie voor anonieme e-mental health.  
Deze subsidie beoogt het bieden van hulpverlening, zorg en behandeling in de vorm van anonieme e-mental health. Anonieme e-mental health is hulpverlening voor psychische- of verslavingsproblemen via internet waarbij de persoon die hulp zoekt, anoniem wil blijven.
- Subsidie voor suïcidepreventie.  
Deze subsidie beoogt het bieden van directe hulpverlening, zorg en behandeling aan mensen die kampen met suïcidale gedachten om te voorkomen dat zij suïcide plegen.

#### *Aanpak verspilling in de zorg (hoofdstuk 6).*

Het programma Aanpak verspilling beoogde een bijdrage te leren aan het in de hand houden van de stijgende zorgkosten. Daarmee was het programma onderdeel van het brede beleid gericht op een doelmatige besteding van middelen. Een van de manieren om de zorgkosten binnen de beschikbare financiële kaders te houden is immers het verminderen van verspilling. Dit programma liep van mei 2013 tot 1 oktober 2016. Met dit programma werd getracht:

- draagvlak te creëren onder partijen;
- meldingen die binnenkwamen op het Meldpunt Verspilling te analyseren;
- bewustwording te creëren;
- veranderingen te realiseren op de werkvloer en
- goede voorbeelden op te schalen naar pilots met meerdere zorgaanbieders.

### **3.4 Uitgaven op begrotingsartikel 2.2**

Het begrotingsartikel 2.2 bestaat sinds 2013 in de huidige vorm. Onderstaande tabel geeft een overzicht van de financiële middelen van de instrumenten uit deze doorlichting in de periode 2014 tot en met 2016<sup>16</sup>.

*Tabel 5: Uitgaven op artikel 2.2 (stand: VWS jaarrekening 2016)*

| <b>Begrotingsuitgaven (bedragen x € 1.000)</b>                      |             |             |             |             |
|---|-------------|-------------|-------------|-------------|
|   | <b>2013</b> | <b>2014</b> | <b>2015</b> | <b>2016</b> |
| Zorg illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen <sup>17</sup> | 0           | 33.045      | 32.000      | 35.000      |
| Eerstelijns gezondheidscentra in VINEX-gebieden                     | 1.312       | 1.331       | 1.314       | 1.532       |
| Suïcidepreventie  | 1.110       | 1.561       | 1.854       | 3.154       |
| Vertrouwenspersoon in de ggz  | 6.098       | 6.199       | 6.204       | 6.476       |
| Anonieme e-mental health  | 785         | 1.090       | 925         | 1.000       |
| Verspilling in de zorg  |             | 115         | 129         | 354         |

<sup>16</sup> Er staan meer instrumenten op het huidige artikel 2.2. In paragraaf 2.2 'Afbakening' is toegelicht welke onderwerpen niet in deze doorlichting behandeld worden en waarom.

<sup>17</sup> De Uitvoeringskosten zorg illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen zijn niet herleidbaar in het jaarverslag opgenomen.

## 4 De financiering van medisch noodzakelijke zorg aan illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen

### 4.1.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt de bijdrageregeling voor de financiering van zorg aan illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen (hierna: bijdrageregeling) in de periode 2014 tot en met 2016 behandeld. Deze bijdrageregeling maakt het mogelijk dat zorgaanbieders een tegemoetkoming ontvangen in de kosten van verleende noodzakelijke medische zorg aan onverzekerde illegale en onverzekerbare vreemdelingen. Hierdoor wordt voorkomen dat zorgaanbieders de kosten van verleende medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerde illegalen en onverzekerbare vreemdelingen zelf moeten dragen en mogelijk niet uit (kunnen) voeren. De bijdrageregeling wordt sinds 1 januari 2017 uitgevoerd door het CAK (tot die datum door het Zorginstituut).

### 4.1.2 Doelstelling(en)

#### *Historische achtergrond*

Op 18 december 2006 heeft de toenmalige minister van VWS de Tweede Kamer geïnformeerd over de herziening van het zorgstelsel ten aanzien van het vreemdelingenbeleid.

De financiering van de zorg aan illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen was destijds in drie verschillende regelingen opgenomen. Deze drie regelingen zijn vervangen door één regeling, zoals genoemd in artikel 122a van de Zvw.

De doelstelling van de wijziging van de financieringsstructuur was drieledig:

- de bestaande regelingen voor financiering van medisch noodzakelijke zorg aan illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen stroomlijnen;
- een wettelijk kader creëren dat zoveel mogelijk voorkomt dat verzekeringsplichtigen zich niet verzekeren;
- het voorkomen dat aan zorgaanbieders de mogelijkheid wordt geboden om de kosten van zorg, verleend aan verzekeringsplichtigen af te wentelen op de financieringsmogelijkheden ten behoeve van de doelgroep.

Vreemdelingen zonder verblijfsvergunning kunnen in Nederland geen zorgverzekering afsluiten; zij zijn op grond van de Vreemdelingenwet 2000 uitgesloten van toegang tot de sociale Zorgverzekeringen (Zvw en Wet langdurige zorg (Wlz)).

Dit geldt voor personen die<sup>18</sup>:

- a) niet rechtmatig in Nederland verblijven (illegalen) en
- b) rechtmatig verblijven maar uitgesloten zijn van verzekering ingevolge de Wlz (onverzekerbare vreemdelingen).

Beide groepen worden in dit hoofdstuk aangehaald als: vreemdelingen.

Iedere vreemdeling die zonder verblijfsvergunning in Nederland verblijft, is er in beginsel zelf verantwoordelijk voor dat de kosten van aan hem verleende medische zorg worden betaald. Dit kan door het afsluiten van een particuliere ziektekostenverzekering of door de kosten van verleende medische zorg uit eigen zak te betalen. Indien vreemdelingen zich niet particulier verzekerd hebben en niet in staat zijn deze zorgkosten zelf te betalen, worden zorgaanbieders geconfronteerd met (deels) niet-vergoede kosten.

Nederlandse zorgaanbieders zijn uit hoofde van hun professionele verantwoordelijkheid verplicht om in voorkomend geval medisch noodzakelijke zorg te verlenen, ongeacht de vraag of en hoe de kosten van die zorgverlening zullen worden vergoed.

Daarnaast is Nederland op grond van internationale verdragen verplicht tot het verlenen van medische zorg aan iedereen die op haar grondgebied verblijft. Het gaat onder meer om:

---

<sup>18</sup> Het betreft de volgende groepen vreemdelingen: vreemdelingen die een aanvraag voor een verblijfsvergunning regulier hebben ingediend respectievelijk vreemdelingen die bezwaar of beroep hebben ingesteld tegen een afwijzende beslissing op een aanvraag voor een verblijfsvergunning regulier (onverzekerbare vreemdelingen) en vreemdelingen die niet rechtmatig verblijven (illegalen).

- Internationaal Verdrag inzake economische, sociale en culturele rechten (IVESCR)
- het Europees Sociaal Handvest (herzien) en
- het VN-Verdrag inzake de rechten van het kind.

Op grond van deze bovenstaande twee uitgangspunten is zeker gesteld dat voor iedereen in Nederland medische zorg beschikbaar is.

#### *Doel van de regeling*

Wanneer, ondanks inspanningen van de zorgaanbieder, de kosten niet op deze patiënten te verhalen zijn, kunnen zorgverleners onder voorwaarden een beroep doen op een wettelijke bijdrageregeling. Om de oninbare vorderingen van verleende medisch noodzakelijke zorg aan vreemdelingen in redelijkheid niet alleen door de zorgaanbieders te laten dragen heeft de wetgever deze bijdrageregeling in het leven geroepen. Deze is wettelijk verankerd in artikel 122a van de Zvw<sup>19</sup>.

#### *4.1.3 Betrokken (uitvoerings-)organisaties en hun rollen*

De regeling werd in de onderzoeksperiode uitgevoerd door het Zorginstituut. Met de overheveling van de burgerregelingen van het Zorginstituut naar het CAK wordt deze bijdrageregeling per 1 januari 2017 door het CAK uitgevoerd.

Bij de uitvoering van de bijdrageregeling zijn betrokken:

- Nederlandse zorgaanbieders. Zij verlenen de medisch noodzakelijke zorg. Deze zorgverleners kunnen gecontracteerde en niet-gecontracteerde aanbieders zijn, zoals: huisartsen, medisch specialisten, apothekers, ggz-instellingen en fysiotherapeuten.
- CAK. Het CAK voert de bijdrageregeling uit, dat wil zeggen dat het CAK controleert of wordt voldaan aan de voorwaarden (Zvw of Wlz-zorg, bedragen, zorgverlener), betaalt de declaraties, monitort de omvang van de kosten en verzorgt de voorlichting.

#### *4.1.4 Wat is medisch noodzakelijke zorg?*

De Commissie Medische zorg voor (dreigend) uitgeprocedeerde asielzoekers en illegale vreemdelingen heeft in 2007 het rapport 'Arts en vreemdeling'<sup>20</sup> uitgebracht. In dit rapport is beschreven wanneer er sprake is van medisch noodzakelijke zorg in het licht van de bijdrageregeling. Uitgangspunt is dat de arts dit beoordeelt.

'Medisch noodzakelijke zorg' dient naar het oordeel van de commissie als 'verantwoorde en passende medische zorg' te worden gedefinieerd. Deze zorg is doeltreffend en doelmatig, wordt patiëntgericht verleend en is afgestemd op de reële behoefte van de patiënt. Daarbij baseert een arts de indicatie op een gedegen analyse van de gezondheidsproblemen, indiceert conform de normen van de beroepsgroep en kosteneffectief. Bij gelijke effectiviteit van interventies geven veiligheids- en doelmatigheidsargumenten de doorslag.

In de praktijk bepaalt de arts of de zorg aan de vreemdeling medisch noodzakelijk is. Voor artsen is het vaak niet bekend wat de (resterende) verblijfsduur van een illegale vreemdeling in Nederland is. Zij kunnen bij zorg die uitgesteld kan worden in combinatie met de verwachting van kort verblijf in Nederland, de behandeling beperkt houden of afzien van behandeling. Als echter de duur van het verblijf in Nederland onduidelijk of langdurig is, is de continuïteit van adequate medische zorg belangrijker en dient de medische zorg gelijk te zijn aan de reguliere basiszorg voor verzekerden.

---

<sup>19</sup> Wet van 30 oktober 2008, houdende wijziging van de Zorgverzekeringswet in verband met de verstrekking van bijdragen aan zorgaanbieders die inkomsten derven ten gevolge van het verlenen van medisch noodzakelijke zorg aan bepaalde groepen vreemdelingen en van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten met het oog op verzekering van bepaalde groepen minderjarige vreemdelingen.

<sup>20</sup> Commissie Medische zorg voor (dreigend) uitgeprocedeerde asielzoekers en illegale vreemdelingen, Rapport: Arts en Vreemdeling, 2007.

## **Voorwaarden voor vergoeding uit de bijdrageregeling**

In artikel 122a van de Zvw is vastgelegd dat vergoeding aan een zorgaanbieder door het CAK van medisch noodzakelijke zorg alleen plaatsvindt als aan de volgende voorwaarden is voldaan:

- de vreemdeling kan de zorg niet zelf betalen;
- de vreemdeling is onverzekerd en onverzekerbaar;
- de zorg vormt onderdeel van het pakket Zvw of Wlz;
- de kosten kunnen niet op grond van een andere wettelijke bepaling worden vergoed<sup>21</sup> en
- de kosten zijn in de Nederlandse marktomstandigheden „in redelijkheid passend“<sup>22</sup>.

### *4.1.5 Omvang van de doelgroep*

Precieze cijfers over de omvang van de doelgroep, het aantal onverzekerbare vreemdelingen, die onder deze regeling valt zijn onbekend<sup>23</sup>. Ook zijn er nauwelijks persoonsgegevens van de behandelde patiënten bekend (alleen initialen en geboortejaar). Hierdoor kan niet exact worden vastgesteld hoe groot de behandelde groep patiënten is. Wel kan een indicatie verkregen worden van het aantal behandelde patiënten. Als door een zorgverlener zorg is geleverd aan één patiënt met dezelfde initialen, geslacht, geboortejaar en nationaliteit, dan - zo veronderstelt het CAK - zal dat dezelfde patiënt zijn geweest. Uitgaande van die veronderstelling waren er in 2016 ca 21.600 patiënten.

### *4.1.6 Werking van de bijdrageregeling*

De bijdrageregeling werkt als volgt: zorgaanbieders kunnen een financiële bijdrage vragen als zij medisch noodzakelijke zorg verlenen aan vreemdelingen die de kosten van de verleende zorg zelf niet kunnen betalen. Slechts in die gevallen waarin ondanks inspanningen van de zorgaanbieder geen kostenverhaal mogelijk blijkt op de patiënt, zijn eventuele particuliere verzekeraar of op een andere voorziening, kan de zorgaanbieder een beroep doen op de bijdrageregeling die de wet biedt.

De bijdrage wordt verstrekt voor zover de kosten voor de verleende zorg niet hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden gebruikelijk is. De NZa houdt hier toezicht op.

Daarbij geldt dat niet direct toegankelijke zorg (zorg die slechts verkregen kan worden op verwijzing, indicatie of recept) moet worden verleend door daartoe door het CAK gecontracteerde zorgaanbieders. De contracten met de ziekenhuizen en de apotheken zijn het resultaat van een eind 2013 uitgevoerde aanbestedingsprocedure. In de betreffende contracten zijn afspraken vastgelegd op basis waarvan de werkwijze bij zorgvragen van vreemdelingen voor alle betrokken partijen transparant en toetsbaar is. Tevens zijn afspraken gemaakt over de hoogte van de vergoeding van de zorgaanbieder.

Bij direct toegankelijke zorg (zorg die aan verzekerden doorgaans zonder verwijzing of recept wordt verleend) kan de medisch noodzakelijke zorg ook worden ingeroepen bij niet-gecontracteerde zorgaanbieders. Dat geldt ook voor acute zorg.

Er is voorzien in een vergoeding van 80% van het bedrag van de onbetaalde kosten bij niet gecontracteerde zorg (zorg die doorgaans zonder verwijzing, recept of zonder Wlz-indicatie wordt verleend). Bij gecontracteerde zorg geldt het met de zorgaanbieder overeengekomen percentage; dat kan lager liggen dan 100%. De wetgever heeft niet gekozen voor een volledige vergoeding, omdat zowel de vreemdeling als de zorgaanbieder een eigen verantwoordelijkheid hebben. De vreemdeling heeft de verantwoordelijkheid in voorkomend geval de kosten van aan hem verleende zorg te betalen. De zorgaanbieder dient er rekening mee te houden dat een deel van de zorgkosten op de vreemdeling verhaald kan worden. Enig ondernemersrisico voor de zorgaanbieder

---

<sup>21</sup> Bijvoorbeeld op grond van de wetgeving van een ander land of op grond van een subsidieregeling.

<sup>22</sup> CAK voert controle uit op gangbaarheid tarieven en inhoud zorgpakket.

<sup>23</sup> Het WODC (Rapport 'Schattingen illegaal in Nederland verblijvende vreemdelingen 2012 – 2013'; september 2015) schat de populatie illegaal in Nederland verblijvende vreemdelingen voor de periode van 1 juli 2012 tot en met 30 juni 2013 op 35.530, met een 95% betrouwbaarheidsinterval lopend van 22.881 tot 48.179.

moet daarbij worden ingecalculeerd. Een volledige vergoeding van 100% zou in feite iedere prikkel voor de zorgaanbieder om de kosten te verhalen op de vreemdeling wegnemen. Er is gekozen voor een middenweg: een vergoeding, doch geen volledige (behalve bij gecontracteerde zorg indien dat is afgesproken). De kosten die verband houden met zwangerschap en bevalling worden voor 100% aan de zorgaanbieder vergoed, voor zover de kosten niet op de patiënt kunnen worden verhaald. Dit vloeit voort uit bovengenoemde verdragsverplichtingen.

Het CAK heeft 31 ziekenhuizen gecontracteerd voor algemene medische specialistische zorg. Daarnaast zijn 38 instellingen voor ziekenhuiszorg gecontracteerd waarnaar kan worden doorverwezen bij een bijzondere zorgvraag. Dat betreft ziekenhuizen met een gespecialiseerd zorgaanbod en instellingen met een specifiek zorgaanbod (bijvoorbeeld revalidatie-instellingen). Voor ambulancevervoer en ziekenvervoer is een landelijke overeenkomst afgesloten. De overige contractering vindt plaats naar gelang het nodig is.

Alle overeenkomsten zijn ingegaan op 1 januari 2014 en kennen een looptijd van twee jaar (met de mogelijkheid om de overeenkomst aansluitend nog drie maal te verlengen). Op 1 januari 2015 zijn er daarom geen overeenkomsten vernieuwd of verlengd. Door de hervorming van de langdurige zorg zijn alleen de overeenkomsten met de GGZ-instellingen en de (inmiddels voormalige) AWBZ-instellingen beperkt aangepast.

Het CAK verstrekt informatie aan zorgaanbieders over de regeling en voert daarover overleg met (te contracteren) zorgaanbieders. Het CAK onderhoudt de website waarop informatie over de financiering van de zorg aan vreemdelingen is opgenomen. Ook zijn daar de gegevens te vinden van de gecontracteerde zorgaanbieders. Het CAK beantwoordt dagelijks per mail en telefoon vragen over de regeling die gesteld worden door zorgverleners, hulpverleningsorganisaties en vreemdelingen.

#### *4.1.7 Uitvoeringskosten van de bijdrageregeling*

Onderdeel van deze doorlichting zijn de uitvoeringskosten van deze bijdrageregeling. Het CAK voert deze bijdrageregeling uit met circa 5 fte. In de VWS-begroting is jaarlijks € 631.000 gereserveerd. De begroting van deze beheerskosten wordt jaarlijks door het CAK aan VWS voorgelegd. Na goedkeuring worden de beheerskosten toegekend.

#### *4.1.8 Internationale aspecten*

In de inleiding is aangegeven dat Nederland op grond van internationale verdragen is verplicht tot het verlenen van medische zorg aan iedereen die op haar grondgebied verblijft. De structuur voor de financiering van zorgverlening aan illegaal in Nederland verblijvende vreemdelingen zoals in artikel 122a Zvw is neergelegd, strookt met de genoemde internationale verdragen inzake het verlenen van medische bijstand die door Nederland zijn geratificeerd. De regeling is in het kader van de parlementaire behandeling afgestemd met verschillende nationale en internationale niet-gouvernementele organisaties, zoals het Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants (PICUM) te Brussel.

Ter adstructie is een vergelijking gemaakt met de regelingen voor medische zorg voor vreemdelingen in de buurlanden Duitsland, België en Frankrijk. Daaruit blijkt dat de voorwaarden die in het buitenland gehanteerd worden in het algemeen strikter zijn. Zo kent Nederland geen legitimatieplicht of andere administratieve restricties en is de duur van de zorg onbeperkt.

#### Duitsland

- recht op primaire zorg (acuut en bij pijn) voor uitgeprocedeerde asielzoekers gedurende periode van 15 maanden. Voorwaarden: legitimatieplicht en geen eigen financiële middelen. In individuele gevallen aanvullend medisch onderzoek.
- recht op zorg voor onverzekerde statushouders

Frankrijk

- medisch noodzakelijke zorg na verblijf van drie maanden (acute zorg: per direct).
- Voorwaarden: inkomen minder dan € 8.723 per jaar), legitimatieplicht, bewijs van minimale verblijfsduur, bewijs van ontbreken van middelen.

België<sup>24</sup>

- recht op vergoeding van dringende medische hulp. Bepaalde zorgvormen zijn uitgesloten van financiering.
- Voorwaarden: betrokkene is behoeftig. Teneinde dit vast te stellen is een daartoe strekkend sociaal onderzoek incl. verslaglegging voorwaarde voor financiering.

#### 4.1.9 Evaluatie uitvoering bijdrageregeling

Deze bijdrageregeling is in het jaar 2011 geëvalueerd; het evaluatierapport<sup>25</sup> is eind 2011 aan de Tweede Kamer gezonden:

Bij de evaluatie zijn twee vragen onderzocht:

1. wat is de doeltreffendheid van de bijdrageregeling in de praktijk?
2. wat zijn de effecten van de bijdrageregeling in de praktijk?

De algehele indruk uit de evaluatie is dat de bijdrageregeling over het algemeen doeltreffend is en in de praktijk naar tevredenheid werkt. De toegankelijkheid is voldoende geborgd en de regeling is afdoende bekend.

De conclusie van de evaluatie was dat er geen aanwijzingen zijn voor (regelmatig) misbruik van de bijdrageregeling aan de kant van vreemdelingen of aan de kant van zorgaanbieders. Wel is gewezen op het gebrek aan controlemogelijkheden en de mogelijkheden van misbruik of oneigenlijk gebruik van deze regeling.

Voorts is geconcludeerd dat de landelijke dekking van gecontracteerde zorgaanbieders recht doet aan de spreiding van illegalen en andere vreemdelingen over het land. Er is een beperkt aantal aanbevelingen gedaan.

De wetgeving is sindsdien niet gewijzigd. Naar internationale maatstaven is de kennis over het bestaan van de regeling en de toegankelijkheid voldoende geborgd.

#### 4.1.10 Actuele (beleids-)ontwikkelingen

Sinds 1 januari 2014 wordt een minimale eigen betaling van de vreemdeling van € 5,00 per recept gevraagd. Achtergrond van deze maatregel is dat in een tijd van oplopende eigen betalingen voor Zvw-verzekerden niet goed te verdedigen valt dat apotheken aan vreemdelingen geen bijdrage hoeven te vragen.

Het beroep op de regeling lag in de eerste vijf maanden van 2014 16% hoger dan in 2013. De vijf-euro-maatregel heeft –zo blijkt uit de rapportage van het CAK - aldus niet geleid tot een verminderde levering van geneesmiddelen aan vreemdelingen<sup>26</sup>.

Na het jaar 2011 is in één geval aangifte gedaan van fraude en is er één ernstig vermoeden van fraude. De bijdrageregeling is fraudegevoelig: om de toegang te waarborgen en om te voorkomen dat vreemdelingen belemmerd worden in het zoeken van zorg, wordt anonimiteit van de doelgroep heel belangrijk geacht. De anonimiteit staat goede controle en opsporing van fraude evenwel in de weg. Hierdoor is lastig te bewijzen dat onregelmatigheden bij de uitvoering worden veroorzaakt door fraude. Thans wordt onderzocht welke maatregelen genomen kunnen worden om de

---

<sup>24</sup> België heeft als enige land de kosten vermeld: ruim €44,5 miljoen. Dit is absoluut en relatief aanzienlijk meer dan in Nederland. Daarnaast draaien vooral ziekenhuizen zelf op voor onbetaalde de kosten omdat niet kon worden vastgesteld dat aan de voorwaarde is voldaan.

<sup>25</sup> Kamerstukken II, vergaderjaar 2011-2012, 29689 nr. 367.

<sup>26</sup> In 2013 zijn door de gecontracteerde apotheken 96.981 receptregels gedeclareerd. Het aantal gedeclareerde receptregels over de periode januari t/m mei 2014 bedroeg 46.855. Omgerekend naar jaarbasis betreft het 112.452 receptregels.



bijdrageregeling meer fraudebestendig te maken. Omdat er af en toe signalen binnenkomen die erop wijzen dat ook mensen die niet tot de doelgroep behoren zich als vreemdeling bij een aanbieder melden (zie voetnoot 18), wordt ook onderzocht hoe dat ongewenste effect kan worden tegengegaan.

#### 4.1.11 Financiën

In onderstaande tabel wordt het type verleende zorg over de jaren 2013 tot en met 2016 gepresenteerd<sup>27</sup>. De zorgkosten lopen op van € 21,4 miljoen in het jaar 2012 tot € 30,7 miljoen in het jaar 2015. De cijfers voor 2016 zijn de door VWS goedgekeurde bedragen en daarmee nog niet definitief.

Tabel 6: Ontwikkeling zorgkosten in de jaren 2013 tot en met 2016 (bedragen x € 1.000)

| Zorgvorm               | 2013          | 2014          | 2015          | 2016*         |
|------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| Ziekenhuizen           | 17.843        | 16.055        | 15.604        | 15.650        |
| Farmacie               | 4.358         | 4.012         | 3.478         | 4.687         |
| GGZ                    | 3.131         | 5.659         | 5.354         | 6.922         |
| AWBZ/Wiz <sup>28</sup> | 2.147         | 2.297         | 3.078         | 2.481         |
| Hulpmiddelen           | 73            | 123           | 103           | 94            |
| Ambulancevervoer       | 271           | 410           | 552           | 714           |
| Eerstelijnszorg        | 1.956         | 2.277         | 2.593         | 2.969         |
| <b>Totaal</b>          | <b>29.779</b> | <b>30.833</b> | <b>30.762</b> | <b>33.517</b> |

Bron: CAK (\*goedgekeurd)

In de VWS-begroting 2016 zijn voor deze regelingen de zorgkosten en de uitvoeringskosten (beheerskosten) opgenomen. In onderstaande tabel zijn de financiële middelen voor de jaren 2016 tot en met 2020 voor de bijdrageregeling opgenomen.

Tabel 7: VWS begroting 2016, artikel 2.2 Financiering zorgkosten en uitvoeringskosten van de regeling

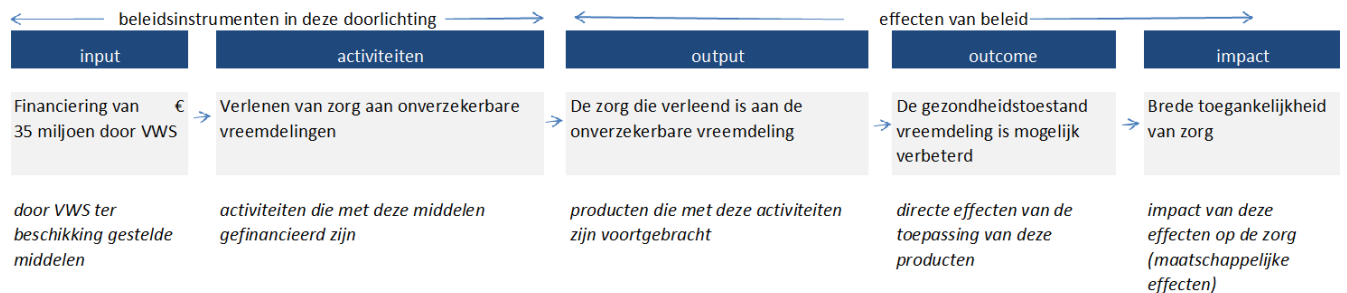
| Begrotingsuitgaven (bedragen x € 1.000)                                 |        |        |        |        |        |        |
|---|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
|   | 2016   | 2017   | 2018   | 2019   | 2020   | 2021   |
| <i>Bekostiging</i>  |        |        |        |        |        |        |
| Zorg illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen                   | 32.389 | 32.384 | 32.384 | 32.383 | 32.384 | 32.384 |
| <i>Bijdragen aan ZBO's/RWT's</i>  |        |        |        |        |        |        |
| Uitvoeringskosten zorg illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen | 631    | 631    | 631    | 631    | 631    | 631    |

<sup>27</sup> Vanuit het veld wordt opgemerkt dat in deze tabel gaat om de in die jaren gedeclareerde kosten van zorg, die vaak eerder verleend is.

#### 4.1.12 Beoordeling doeltreffendheid en doelmatigheid van beleid

In de onderstaande doelboom worden de activiteiten, de output, de outcome en de maatschappelijke impact van de bijdrageregeling onverzekerbare vreemdelingen gespecificeerd.

Figuur 3 doelboom bijdrage regeling onverzekerbare vreemdelingen



#### Doelmatigheid op prestaties

Ten aanzien van de doelmatigheid kan worden geconstateerd dat er sprake is van:

- Uitsluitend zorg uit het verzekerde pakket;
- Een directe eigen bijdrage van de zorgaanbieders (20%) bij niet gecontracteerde zorg;
- Aanbestedingscontracten met zorgaanbieders om het zorgaanbod te reguleren en
- Een vijf-euro maatregel voor geneesmiddelen afgenomen van apothekers.

Kortom, deze bijdrageregeling bevat incentives die de doelmatigheid positief stimuleren. Een en ander neemt niet weg dat de regeling een open-einde karakter heeft; de zorgdeclaraties worden - mits aan de in de wet gestelde voorwaarden is voldaan- altijd betaald. Dat betekent dat zorgvuldig monitoren of de middelen op de juiste wijze besteed worden, noodzakelijk blijft. Ook kan onderzocht worden of bepaalde maatregelen zoals deze bij de besparingsvarianten zijn gepresenteerd, kunnen bijdragen aan het vergroten van de doelmatigheid.

#### Doelmatigheid van effecten

Door het ontbreken van harde data is het moeilijk uitspraken te doen over de verbeterde gezondheidstoestand van de vreemdeling en de brede toegankelijke zorg. Er is onvoldoende inzicht om een volledig oordeel te geven over het effect in termen van outcome en maatschappelijke impact.

Dat laat onverlet dat met de bijdrage regeling van VWS er door de zorgverlener daadwerkelijk medische zorg geleverd wordt aan onverzekerbare vreemdelingen en deze vreemdeling dus niet wordt uitgesloten van de zorg. De zorgverlener ontvangt hiervoor een compensatie indien de vreemdeling niet zelf voor deze zorg kan betalen. Wat dat betreft is de relatie tussen output en outcome/impact evident.

#### Doeltreffendheid van beleid

Er kan gesteld worden dat het doel van de bijdrageregeling wordt bereikt; door het ontvangen van kwalitatief goede gezondheidszorg is de gezondheidstoestand van de vreemdeling verbeterd en hij / zij heeft op eenvoudige wijze toegang tot de zorg. Ook voldoet Nederland met deze bijdrageregeling aan verplichtingen uit internationale verdragen.

In november 2011 heeft VWS deze bijdrageregeling door bureau Berenschot laten evalueren. De onderzoekers concludeerde destijds dat ten aanzien van de toegankelijkheid er sprake is van een landelijke dekking van gecontracteerde zorgaanbieders dat recht doet aan de spreiding van illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen over het land. Tevens was de conclusie dat de bijdrageregeling over het algemeen doeltreffend is en in de praktijk naar tevredenheid werkt.

## 20% besparingsvarianten

In deze paragraaf worden beleidsalternatieven en 20%-min varianten gepresenteerd ter verhoging van de doelmatigheid en de doeltreffendheid.

Tabel 8: overzicht besparingsmaatregelen bijdrageregeling onverzekerbare vreemdelingen

| Besparingsmaatregel                              | bedragen x € 1 miljoen |
|--|------------------------|
| 1) uitsluiten van de Wlz-zorg                    | 2,5                    |
| 2) aanpassen van de vergoedingspercentages (70%) | 8,6                    |
| 3) uitbreiden vijf-euro maatregel                | 1,3                    |
| 4) aanpassen vergoeding huisartsen               | 0,8                    |

Er zijn ook combinaties van maatregelen mogelijk. Bij combinaties kan het echter zijn dat het effect minder is dan de som der delen, omdat er overlap is tussen de maatregelen. Opgemerkt wordt dat bovengenoemde besparingsmaatregelen niet zonder nadere analyse op de mogelijke gevolgen kunnen worden genomen.

### 1) Uitsluiten van de Wlz-zorg

Gekozen kan worden om de Wlz-zorg niet langer te vergoeden. Het bieden van 'langdurige zorg' is, gelet op het medisch noodzakelijkheids criterium, controversieel. In naburige landen betreft de medisch noodzakelijke zorg in het algemeen alleen curatieve zorg. Evenwel bestaat het risico dat vreemdelingen voor wie zorg ingevolge de Wlz geïndiceerd wordt, niet (tijdelijk) kunnen worden overgedragen. Dan blijft de vreemdeling liggen in het ziekenhuis waar hij behandeld wordt.

Met het beperken van de Wlz-zorg kan € 2,5 miljoen bespaard worden. Dit is 7,4% van het totaal aan zorguitgaven in het jaar 2016. Als de compensatie vervalt zullen zorgaanbieders niet langer deze zorg aan de vreemdeling verlenen omdat deze zorg duur is.

### 2) Aanpassen van de vergoedingspercentages

Gekozen kan worden de vergoedingspercentages naar beneden bij te stellen. Daarmee wordt de zorgverlener minder gecompenseerd voor zijn zorgkosten waardoor zij alsnog een (groter) deel van de rekening zelf betalen. Opgemerkt wordt dat alleen direct toegankelijke zorg voor 80% wordt vergoed. Gecontracteerde partijen krijgen 100% of veelal 95% vergoed.

Ook bij deze maatregel bestaat de mogelijkheid dat een financiële belemmering wordt opgeworpen die ertoe kan leiden dat de zorgaanbieder de noodzaak tot het verlenen van medisch noodzakelijke zorg anders zal beoordelen. Deze maatregel vereist een aanpassing van de wet en kan per 2020 worden ingevoerd. Er is een vergoedingsscenario uitgewerkt. Een verlaging van 80% naar 70%; dit levert een besparing van € 8,6 miljoen op.

Tabel 9: besparingen verlaging vergoedingspercentage en besparingsbedrag

| (bedragen x € 1 miljoen) | Vergoede zorgkosten in het jaar 2016 | Kosten bij vergoeding 70% | Besparing bij vergoeding 70% |
|--------------------------|--------------------------------------|---------------------------|------------------------------|
| Ambulancekosten          | 0,7                                  | 0,5                       | 0,2                          |
| AWBZ / Wlz instellingen  | 2,5                                  | 1,8                       | 0,7                          |
| Farmacie                 | 4,7                                  | 3,3                       | 1,4                          |
| GGZ                      | 6,9                                  | 5,1                       | 1,8                          |
| Huisartsenzorg           | 1,2                                  | 1,0                       | 0,2                          |
| Kraamzorg                | 0,8                                  | 0,6                       | 0,2                          |
| Overige Zorg             | 0,1                                  | 0,1                       | 0,0                          |
| Paramedische zorg        | 0,1                                  | 0,1                       | 0,0                          |
| Tandheelkundige hulp     | 0,3                                  | 0,2                       | 0,1                          |
| Verloskundige zorg       | 0,6                                  | 0,6                       | 0,0                          |
| Wijkverpleging           | 0                                    | 0                         | 0,0                          |
| Ziekenhuizen             | 15,6                                 | 11,6                      | 4,0                          |
| Eindtotaal               | 33,5                                 | 24,9                      | 8,6                          |

### 3) Uitbreiden van de vijf-euro maatregel

De vijf-euromaatregel betekent dat de zorgaanbieder een eigen bijdrage vraagt van de vreemdeling. Deze maatregel geldt tot nu toe alleen voor het verstrekken van medicijnen. In de praktijk komt het met enige regelmaat voor dat de vreemdeling aangeeft niet over financiële middelen te beschikken en/of dat de apotheker er van afziet (bijv. door bedreiging of administratieve rompslomp) te proberen de eigen bijdrage te innen. Het niet innen van de eigen bijdrage is voor rekening van de apotheker: per receptuitgifte wordt de vergoeding door het CAK automatisch met € 5 gekort. Indien dit systeem gehandhaafd blijft komt deze maatregel de facto er op neer dat er gekort wordt op de vergoeding. Of er succesvol geïnd wordt is niet onderzocht. Een en ander neemt niet weg dat in de praktijk ook voorkomt dat de vreemdeling zelf betaalt of dat de betaling door derden (w.o. gemeenten) wordt gedaan. In het jaar 2016 zijn ruim 60.000 declaraties ingediend (exclusief farmacie). Een eigen bijdrage per behandeling van € 10 zou een maximale besparing van € 0,6 miljoen kunnen opleveren.

Wanneer voor alle zorg een bijdrage van € 10 wordt gevraagd, is de besparing maximaal € 1,35 miljoen, indien de hierboven beschreven systematiek wordt gehanteerd. In de praktijk zal de besparing lager uitvallen omdat de eigen bijdrage dan in mindere mate geïnd kan worden. Opgemerkt wordt dat door deze maatregel de vreemdeling kan besluiten de zorg te gaan mijden.

Deze maatregel vereist een aanpassing van de overeenkomsten van het CAK en kan per 2019 worden ingevoerd.

### 4) Aanpassen vergoeding huisartsen

Op dit moment ontvangen de huisartsen niet het normale abonnementstarief (voor verzekerden), maar het passantentarief. Er zijn beduidende verschillen:

Tabel 10: Consulttype en prijs

| Duur van het consult  | Prijs per type consult |         |
|-----------------------|------------------------|---------|
|                       | Regulier               | Passant |
| korter dan 20 minuten | € 9,23                 | € 27,63 |
| 20 minuten en langer  | € 18,47                | € 54,27 |

Omdat de huisarts voor deze groep geen verdere administratieve handelingen hoeft te verrichten waarvoor hij voor een reguliere verzekerde een vergoeding ontvangen bovenop het abonnementstarief, kan een besparing worden gerealiseerd van € 0,8 miljoen indien deze maatregel wordt doorgevoerd (van € 1,2 naar € 0,4 miljoen). In onderstaande tabel zijn bovenstaande besparingsmaatregelen gepresenteerd voor de jaren 2018 tot en met 2021.

Tabel 11: Totaal overzicht besparingsvarianten 2018-2021

| Besparingen (bedragen x € 1000)            | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
|--|------|------|------|------|
| Zorg illegalen en andere vreemdelingen     |      |      |      |      |
| 1) Uitsluiten van de Wlz-zorg              |      | 2,5  | 2,5  | 2,5  |
| 2) Aanpassen van de vergoedingspercentages |      | 8,6  | 8,6  | 8,6  |
| 3) Uitbreiden vijf-euro maatregel          | 1,3  | 1,3  | 1,3  | 1,3  |
| 4) Aanpassen vergoeding huisartsen         | 0,8  | 0,8  | 0,8  | 0,8  |

#### 4.1.13 Volgend evaluatiemoment

Er is geen volgende evaluatie voorgeschreven of gepland.

## 5 Subsidies

### 5.1 Inleiding

Dit hoofdstuk betreft de vier subsidieregelingen:

- a) Eerstelijnsgezondheidscentra in VINEX-gebieden;
- b) Vertrouwenspersonen in de ggz;
- c) Anonieme e-menthal health en
- d) Suïcidepreventie.

### 5.2 Subsidie eerstelijnsgezondheidscentra in VINEX-gebieden

Dit onderdeel van de beleidsdoorlichting betreft de subsidiering van eerstelijnsgezondheidscentra in grootschalige nieuwbouwlocaties, voorheen VINEX-gebieden.

Het opstarten van nieuwe geïntegreerde eerstelijnscentra in voorheen onbebouwd gebied gaat gepaard met specifieke aanloopproblemen. Deze subsidieregeling<sup>29</sup> richt zich op het voorkomen van deze aanloopproblematiek.

#### 5.2.1 Inleiding

Geïntegreerde eerstelijnszorg, dichtbij de mensen thuis, is van groot belang. Zowel in steden als op het platteland. De eerstelijnszorg in Nederland levert namelijk een onmisbare bijdrage aan een gezonde samenleving met toegankelijke zorg dichtbij voor iedere burger. De zorgaanbieders in de eerste lijn, en de huisarts in het bijzonder, leveren deze zorg bij uitstek.

De stelselwijzigingen in de langdurige zorg en de geestelijke gezondheidszorg (ggz), en een toename van de gewenste verschuiving van de tweedelijnszorg naar de eerstelijnszorg heeft de vraag naar eerstelijnszorg doen groeien. De basis- en de chronische zorg zal daarom in belangrijke mate in de buurt moeten worden opgebouwd. Dat sluit aan bij de maatschappelijke wens om zolang mogelijk thuis te blijven wonen en zoveel mogelijk vanuit huis te organiseren.

Om al deze ontwikkelingen aan te kunnen is een sterke, goed georganiseerde eerste lijn nodig. Een eerste lijn waarin de verschillende professionals, zoals huisartsen, apothekers, wijkverpleegkundigen en paramedici goed samenwerken en van waaruit verbindingen worden gemaakt naar de gemeenten, GGD-en en ziekenhuizen. Om zo ervoor te kunnen zorgen dat mensen uiteindelijk zoveel mogelijk zelf verantwoordelijkheid nemen voor hun gezondheid en hen daarbij te helpen.

De zorg binnen de eerstelijns kenmerkt zich door een generalistische zorgverlening en laagdrempelige toegang. Deze zorg in de buurt is gericht op de mens in zijn omgeving en heeft een ambulante karakter. Geïntegreerde eerstelijnszorg betreft multidisciplinaire eerstelijnszorg, die door meerdere zorgaanbieders met verschillende discipline achtergronden in samenhang wordt geleverd.

De gebruikelijke manier waarop deze vorm van zorg tot stand komt is dat er, in een reeds bestaande woonwijk, verschillende zorgprofessionals gaan samenwerken al dan niet onder één dak. Een schaalgrootte van circa 8.000 patiënten blijkt doorgaans voldoende om een breed geïntegreerd zorgaanbod te kunnen aanbieden.

Het opstarten van eerstelijnsgezondheidscentra in grootschalige nieuwbouwlocaties gaat gepaard met specifieke aanloopproblemen. Op het moment van oprichting van het centrum is de wijk nog in ontwikkeling en zal het aantal inwoners nog moeten toenemen en daarmee ook de inkomsten. In de aanloopfase is het daarmee lastig om het centrum exploitabel te houden omdat, naast de investeringen die gedaan moeten worden, de inkomsten in de eerste periode achterblijven. Dit leidt tot terughoudendheid bij zorgverzekeraars in het (aanvullend) contracteren van zorg door onzekerheid omtrent voldoende verzekerden. Dit kan betekenen dat een eerstelijnszorgcentrum van de zorgverzekeraar geen contract krijgt voor de zorg die geleverd wordt. Hierdoor zal het eerstelijnszorgcentrum uiteindelijk zijn deuren weer moeten sluiten.

---

<sup>29</sup> Kamerstukken II, vergaderjaar 2010–2011, 29.247, 150.

Daarnaast verstrekken banken vaak onvoldoende krediet, of tegen hoge rentelasten, om de investeringen in de aanloopfase van het centrum gefinancierd te krijgen. De businesscase voor een centrum in een wijk in aanbouw heeft te grote risico's, waardoor banken terughoudend zijn met kredietverstrekking uit angst dat zij hun investering niet terugkrijgen. Een centrum heeft dan te weinig financiële middelen om op te starten. Hierdoor komt geïntegreerde eerstelijnszorg op grootschalige nieuwbouwlocaties niet van de grond.

Vanwege dit marktfalen en gelet op het publieke belang heeft de minister van VWS in het jaar 2011 voor de periode 2011 tot en met 2013 een subsidieregeling ingesteld voor het ontwikkelen en aanbieden van geïntegreerde eerstelijnszorg tijdens de realisatie van grootschalige nieuwbouwlocaties in voorheen onbebouwd gebied<sup>30</sup>.

Deze subsidieregeling zorgt ervoor dat geïntegreerde eerstelijnszorg mogelijk is in woonwijken in aanbouw. De subsidieregeling loopt sinds 2011 volgens het beleidskader eerstelijnszorgcentra in grootschalige nieuwbouwlocaties en op 15 juni 2017 is de Kamer geïnformeerd over de verlenging van de regeling tot eind 2018<sup>31</sup>. Voorheen werd deze regeling door het College voor zorgverzekeringen (thans het Zorginstituut) uitgevoerd.

### 5.2.2 Doelstellingen

De subsidieregeling<sup>32</sup> heeft tot doel het voorkomen van bovenstaande problematiek in de aanloopfase bij het oprichten van een eerstelijnsgezondheidscentrum; bijvoorbeeld door het financieren van kosten indien er onvoldoende inschrijvingen (<8.000) zijn.

Hier gaat het om de kosten die gemaakt worden voor minimale huisvesting, personeel en ICT. Met deze subsidieregeling wordt geïntegreerde eerstelijnszorg mogelijk gemaakt vanaf het moment dat de eerste bewoners van een nieuwbouwlocatie zich vestigen. Hierdoor vestigt een eerstelijnszorgcentrum zich eerder in een in aanbouw zijnde woonwijk en wordt dit type zorg direct dichtbij beschikbaar voor de patiënt.

### 5.2.3 Werking van de subsidie

Eerstelijnszorgcentra komen in aanmerking voor de subsidie als zij zich vestigen op grootschalige nieuwbouwlocaties en daar openstaan voor alle inwoners van deze nieuwbouwlocatie. Daarnaast moeten ze het minimale aantal van 8.000 inschrijvingen kunnen behalen.

De exploitant van een gezondheidscentrum in een grootschalige nieuwbouwlocatie krijgt de opdracht als een dienst van algemeen economisch belang. Dit betekent dat de exploitant de taak heeft om tijdens de realisatie van die nieuwbouwlocatie geïntegreerde eerstelijnszorg te verlenen en verder te ontwikkelen. Ter compensatie ontvangen zij gedurende de aanloopfase van het realiseren van het gezondheidscentrum een instellingssubsidie op grond van de Kaderregeling VWS-subsidies.

De subsidie vult de praktijkkosten aan zoals kosten voor personeel, huisvesting en automatisering. Hierbij gaat het om gemaakte kosten die minimaal nodig zijn om de patiënten kwaliteit van zorg te kunnen bieden zoals dat gegeven zou moeten worden vanuit een dergelijk centrum, ongeacht het aantal inschrijvingen. De subsidie wordt slechts verstrekt voor kosten die niet door anderen vergoed worden of kunnen worden.

De subsidie bedraagt jaarlijks minimaal € 125.000 en maximaal € 300.000 per centrum voor een looptijd van 5 jaar<sup>33</sup>. In alle gevallen gaat het om een maximale subsidie over de gehele subsidieperiode van € 1,5 miljoen.

<sup>30</sup> Dit beleidskader is het vervolg op het subsidiebeleid ten aanzien van gezondheidscentra zoals opgenomen in de brief aan de Tweede Kamer van 15 mei 2009 (Kamerstukken II 2008–2009, 29 247, nr. 92). Dat subsidiebeleid had betrekking op de jaren 2009 en 2010. Het onderhavige beleidskader geldt voor de daarop aansluitende periode van 2011 tot en met 2013.

<sup>31</sup> Kamerstukken II, vergaderjaar 2016–2017, 33578 nr. 46

<sup>32</sup> Kamerstukken II, vergaderjaar 2010–2011, 29.247, nr. 150.

<sup>33</sup> Indien de realisatie van woningen in het grootschalige nieuwbouwgebied zodanige vertraging oploopt dat het aantal inwoners onvoldoende is om het gezondheidscentrum na vijf jaar zonder subsidie te exploiteren, kan de subsidieperiode met maximaal twee jaren verlengd worden.

Deze kostencompensatie houdt rekening met de werkelijke kosten en opbrengsten van het centrum, zodat overcompensatie wordt voorkomen. De subsidiegelden die na uitvoering van de subsidiabele activiteiten niet besteed zijn, worden toegevoegd aan de egalisereserve (maximaal 10% van de verleende subsidie). Indien de egalisereserve meer dan 10% bedraagt worden de niet bestede subsidiegelden door VWS teruggevorderd. Zolang er gesubsidieerd wordt, kan de egalisereserve in het daaropvolgende jaar worden ingezet als de subsidie tekortschiet. Op deze manier vindt geen overcompensatie plaats.

De subsidie wordt verleend op basis van de hieronder opgenomen subsidiecriteria. De aanvragen worden bij VWS ingediend en beoordeeld. Indien nodig wordt door VWS advies gevraagd aan een externe partij.

Geconstateerd is dat door de economische crisis sommige bouwprojecten vertraging hebben opgelopen en daardoor de inschatting van het aantal subsidieaanvragen naar beneden is bijgesteld. Gemiddeld zijn er 10 subsidieaanvragen per jaar ingediend. Het gaat dan om aanvragen van centra die reeds in de regeling zitten en nieuwe aanvragen. Hierdoor is het in de VWS-begroting gereserveerde bedrag (van € 2 miljoen) niet (elk jaar) volledig benut.

#### 5.2.4 *Subsidiecriteria*

Er gelden criteria waaraan een grootschalige nieuwbouwlocatie voldaan moet zijn:

- Er is sprake van 'voorheen onbebouwd' gebied. Er mag geen sprake zijn van herontwikkeling van huisvesting.
- Het beoogd aantal inwoners van het nieuwe woongebied na realisatie van de betreffende plannen ligt op minimaal 8.000.

Om voor subsidie in aanmerking te komen, dient aan de volgende criteria te worden voldaan:

- het gezondheidscentrum staat open voor alle inwoners van de nieuwbouwlocatie en de exploitant heeft aannemelijk gemaakt dat een te behalen patiëntenaantal van minimaal 8.000 patiënten realistisch is.
- er is een multidisciplinair zorgaanbod (minimaal drie disciplines, waarvan in ieder geval huisartsgeneeskundige zorg er een is).
- er is sprake van een geïntegreerd zorgaanbod. Ten aanzien van de samenwerking is er afstemming en coördinatie van samenhangende zorginterventies tussen de betrokken disciplines. Daar waar de verschillende disciplines niet door personeel van de exploitant wordt verzorgd, is er een samenwerkingsovereenkomst gebaseerd op een gezamenlijke visie op geïntegreerde eerstelijnszorg waarin is vastgelegd op welke wijze samenwerking plaatsvindt.
- er is een zorgaanbodplan.
- de continuïteit van het gezondheidscentrum is gewaarborgd. Uiterlijk vijf jaar na de start van het gezondheidscentrum kan het zonder subsidie geëxploiteerd worden.
- indien de exploitant de zorg niet zelf aanbiedt, heeft de exploitant overeenkomsten met zorgaanbieders gesloten waarin de continuïteit is gegarandeerd.
- er zijn schriftelijke afspraken rondom geïntegreerde eerstelijnszorg met de preferente zorgverzekeraar. Uit deze afspraken blijkt de ondersteuning van het samenwerkingsverband door de preferente zorgverzekeraar en dat er zicht is op een toekomstige contract waarmee de continuïteit van het gezondheidscentrum is geborgd. Hierbij wordt met name gedacht aan contractering op basis van de NZa-beleidsregel Geïntegreerde Eerstelijnszorgproducten of beleidsregels die in het verlengde hiervan liggen.

Bij de subsidieaanvraag dient door de aanvrager onder andere een meerjarenbegroting te worden ingediend waaruit blijkt dat het gezondheidscentrum na afloop van de jaren waarin de subsidie wordt verstrekt, zonder subsidie kan worden geëxploiteerd. Tevens dient men een onderbouwde raming van de ontwikkeling van het inwonertal in het nieuwbouww gebied in te dienen.

Aan de subsidie is de verplichting verbonden tot het sluiten van een zogenaamde uitvoeringsovereenkomst tussen het gezondheidscentrum en het ministerie van VWS. In deze overeenkomst wordt de exploitant belast met een dienst van algemeen economisch belang (DAEB), zijnde het verlenen en verder ontwikkelen van geïntegreerde eerstelijnszorg tijdens de realisatie van het desbetreffende nieuwbouww gebied.

### 5.2.5 Gevolgen van beleid

In onderstaand overzicht worden de gevolgen in termen van het aantal aanvragen (ingediend, gehonoreerd, afgewezen) en het subsidiebedrag in de periode 2013 tot en met 2016 gepresenteerd.

Tabel 12 Aantal subsidieorganisaties en subsidiebedrag

| <b>(bedragen x € 1.000)</b> | <b>2013</b> | <b>2014</b> | <b>2015</b> | <b>2016</b> |
|-----------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Aantal aanvragen            | 7           | 8           | 7           | 8           |
| Aantal gehonoreerd          | 6           | 8           | 6           | 7           |
| Aantal afgewezen            | 1           | 0           | 0           | 0           |
| Subsidiebedrag              | € 1.312     | € 1.331     | € 1.314     | 1.532       |

In onderstaand overzicht wordt de verdeling van de subsidies in de periode 2013 tot en met 2016 gepresenteerd.

Tabel 13 Verdeling van de subsidies

| <b>(bedragen x € 1.000)</b>   | <b>2013</b> | <b>2014</b> | <b>2015</b> | <b>2016</b> |
|-------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Aantal gehonoreerde subsidies | 6           | 8           | 6           | 7           |
| Laagste subsidie              | 142         | 66          | 147         | 126         |
| Hoogste subsidie              | 300         | 236         | 266         | 298         |

Centra die in 2012 een aanvraag hebben ingediend, bestaan nog steeds. Elk jaar dient een centrum, reeds in de regeling dan wel nieuw, een aanvraag in. De weergegeven aanvragen in de bovenstaande tabel zijn hier het totaal van. Vanaf de eerste aanvraag zit een centrum nog voor 4 jaar in de regeling (met mogelijkheid tot 2 jaar uitloop). Voor elk opeenvolgend jaar moeten zij opnieuw een aanvraag indienen.

De centra mogen vijf jaar gebruik maken van de subsidieregeling, die met twee jaar verlengd kan worden. In twee gevallen in 2012 is gebleken dat de subsidie niet nodig was en is de subsidie teruggevorderd. In vier gevallen hebben de centra aanvullende subsidie of via de GEZ prestatie van de NZa afspraken gemaakt met hun preferente zorgverzekeraar om hun financiering rond te krijgen.

### 5.2.6 Actuele (beleids)ontwikkelingen

De huidige subsidieregeling liep tot eind 2017. De minister van VWS heeft besloten deze subsidieregeling voor het jaar 2018 te continueren. In de jaren 2017 / 2018 zal de regeling worden geëvalueerd. Op basis van deze evaluatie zal besloten worden of en zo ja hoe de regeling het beste gecontinueerd kan worden. De evaluatie wordt door een externe partij uitgevoerd.



### 5.2.7 Financiën

In de VWS begroting 2017 is structureel geld gereserveerd. In 2018 eindigt de regeling en centra hebben maximaal recht op 5-7 jaar subsidie. Om die reden loopt de reservering door tot uiterlijk 2023. Zonder extra verlenging komen daar geen nieuwe centra bij in 2019.

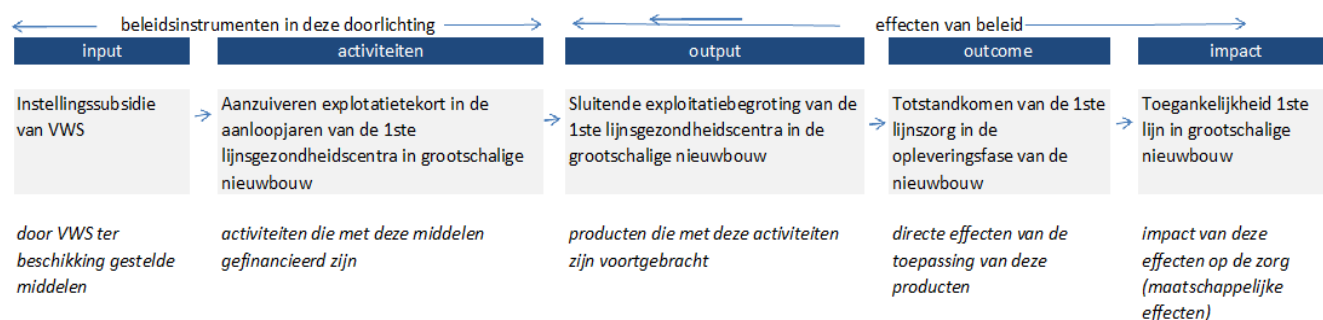
Tabel 14: VWS begroting 2017, artikel 2.2, onderdeel subsidie eerstelijnsgezondheidscentra in VINEX-gebieden

| Begrotingsuitgaven (bedragen x € 1.000)        |       |       |       |       |       |
|--|-------|-------|-------|-------|-------|
|  | 2017  | 2018  | 2019  | 2020  | 2021  |
| <i>Subsidies</i>                               |       |       |       |       |       |
| Eerstelijnsgezondheidscentra in VINEX-gebieden | 2.000 | 2.000 | 2.000 | 2.000 | 2.000 |

### 5.2.8 Beoordeling doeltreffendheid en doelmatigheid van beleid

Onderstaand schema geeft de doelboom van de subsidie voor eerstelijnsgezondheidscentra in VINEX-gebieden weer.

Figuur 4 Doelboom Subsidie eerstelijnsgezondheidscentra in VINEX-gebieden



#### Doelmatigheid op prestaties

Ten aanzien van de doelmatigheid is geconstateerd dat een incentive ontbreekt voor de zorgondernemer om meer verzekerden aan zich te binden en/of de exploitatiekosten laag te houden. Wel kent de subsidie een maximum in termen van bedrag en looptijd.

De beleidsdoorlichting kan op basis van de beschikbare gegevens geen oordeel trekken over de doelmatigheid van deze subsidieregeling.

De regeling wordt eind 2017/begin 2018 geëvalueerd waarbij – vanuit de beleidsdoorlichting – wordt aanbevolen goed naar de doelmatigheid te kijken en eventuele alternatieven in kaart te brengen.

#### Doelmatigheid van effecten

Doelstelling van de regeling is om geïntegreerde eerstelijnsgezondheidscentra van de grond te krijgen in grootschalige nieuwbouwwijken in aanbouw. De beleidstheorie gaat uit deze centra zonder de regeling niet tijdig van de grond komen door een terughoudende opstelling van zorgverleners en financiers. Hierdoor zou de toegang tot eerstelijnszorg in grootschalige nieuwbouwwijken in aanbouw in het geding komen.

De beleidsdoorlichting heeft echter geen gegevens gevonden die deze beleidstheorie ondersteunen. Daarom kan over de doelmatigheid van de effecten geen oordeel worden getrokken.

#### Doeltreffendheid van beleid.

Uit bovenstaande informatie kan geconcludeerd worden dat er in grootschalige nieuwbouwwijken bij aanvang de eerstelijnsgezondheidscentra gerealiseerd zijn. Daarmee is de toegankelijke zorg verbeterd en het doel van de regeling bereikt. Aangezien er geen concrete doelstellingen in aantallen zijn gesteld is het niet aan te geven of er meer effecten / impact mogelijk was met deze regeling. Ook het tegendeel is niet aangetoond.

### 5.2.9 Evaluatie

Deze instellingssubsidie is niet afzonderlijk geëvalueerd. In 2018 wordt – na evaluatie van de regeling - bezien of en zo ja hoe, de onderhavige financiering vanaf 2018 kan worden gecontinueerd of dat er alternatieven zijn voor de subsidieregeling. Daarbij zal bekeken worden welke rol verzekeraars spelen en of dit een onderdeel kan gaan uitmaken van de reguliere bekostiging<sup>34</sup>.

### 5.2.10 20% variant

Na de evaluatie wordt bezien of en zo ja, hoe de regeling gecontinueerd wordt. Op voorhand zijn de volgende opties mogelijk, uit de evaluatie moet blijken of het valide opties zijn:

#### a) beëindigen van de subsidieregeling.

Het kabinet kan kiezen eind 2018 deze subsidieregeling te beëindigen. De besparing is gezien de lopende subsidieverplichtingen pas van toepassing over een termijn van circa vijf jaar. Het gaat dan om een besparing van € 2 miljoen. Verzekeraars spelen op dit moment een kleine rol in de realisatie van de eerstelijnszorg gezondheidscentra in nieuwbouwwijken. Deze rol van verzekeraars zou vergroot kunnen worden doordat zij vanuit hun zorgplicht verantwoordelijk zijn voor het toegankelijk houden van de eerstelijns zorg ook in grootschalige nieuwbouwwijken.

Het beëindigen van de subsidieregeling moet vóór de zomer van 2018 gecommuniceerd worden met de verschillende belanghebbenden. Dit in verband met de te nemen investeringsbeslissingen die mede gebaseerd zijn op het bestaan van deze subsidieregeling. Wanneer de subsidieregeling komt te vervallen en bijvoorbeeld verzekeraars een grotere rol krijgen dient daarbij opgemerkt te worden dat dit mogelijk effecten heeft op de verzekeringspremie (lees deze kan stijgen).

#### b) verlagen beschikbare middelen.

Besloten kan worden de regeling te laten doorlopen, maar 20% minder middelen hiervoor te reserveren. Dit zou een besparing kunnen opleveren van € 0,4 miljoen. Dit kan een optie zijn als blijkt dat er minder nieuwbouwlocaties tot stand komen en er in sommige situaties nog steeds sprake is van marktfalen. Opgemerkt wordt dat voor het jaar 2017 sprake is van een overschrijding. Daarnaast kan het voorkomen dat een gezondheidscentrum dat wel voldoet aan de criteria minder geld toegekend krijgt. Ook zou besloten kunnen worden om tot maximaal 80% van de kosten te vergoeden. Hierdoor loopt de zorgondernemer een financieel risico van 20% van de aanloopkosten. Dit betekent dat hij deze kosten op een andere manier dient te financieren.

Tabel 15: besparingsvarianten subsidie eerstelijnsgezondheidscentra in VINEX-gebieden

| Besparingen (bedragen x € 1.000)                |      |      |      |      |
|---|------|------|------|------|
|   | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
| Eerstelijns gezondheidscentra in VINEX-gebieden |      |      |      |      |
| a) beëindigen van de subsidie                   |      | 0    | 0    | 500  |
| b) verlagen van de subsidie                     |      | 200  | 400  | 400  |

<sup>34</sup> Kamerstukken II, vergaderjaar 2013-2014, 33578, nr.6.

### 5.3 Vertrouwenspersonen in de ggz

Dit onderdeel van de beleidsdoorlichting betreft de subsidiering van de Stichting Patiënten Vertrouwenspersonen (PVP) en de Landelijke stichting familievertrouwenspersonen (LSFVP) in de periode 2013 tot en met 2016.

Met ingang van de begroting 2013 zijn de subsidies aan Stichting PVP en Stichting LSFVP onderdeel van artikel 2.2 van de VWS-begroting.

#### 5.3.1 Inleiding

In de ggz kennen we de patiëntenvertrouwenspersoon en de familievertrouwenspersoon. De patiëntenvertrouwenspersoon (pvp) is de onafhankelijke ondersteuner van patiënten. De familievertrouwenspersoon (fvp) is de onafhankelijke ondersteuner die familieleden en naasten van de patiënt advies, bijstand en informatie biedt.

#### *De patiëntenvertrouwenspersoon*

De werkzaamheden van de pvp hebben sinds 1994 een wettelijke basis in de Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz) en het Besluit patiëntenvertrouwenspersoon Bopz.

Tot 1 januari 2009 zijn de werkzaamheden van de pvp gefinancierd via een NZa-beleidsregel<sup>35</sup>. De Stichting PVP kreeg hiervoor een vast bedrag per toegelaten ggz-bed. Met de wijziging van de werkingssfeer van de Wmg, kwam de NZa-beleidsregel voor de financiering van de PVP met ingang van 1 januari 2009 te vervallen. Het ministerie van VWS verstrekt sinds 1 januari 2009 vanuit de VWS-begroting een instellingssubsidie aan de PVP om te blijven voorzien in de functie van de pvp.

#### *De familievertrouwenspersoon*

In 2007 werd met de Tweede Kamer-motie Joldersma c.s.<sup>36</sup>, de regering verzocht in elke ggz-instelling een fvp beschikbaar te hebben. De functie fvp bestaat sinds 2003, maar was nog niet beschikbaar in elke instelling. Naar aanleiding van de motie is in 2010 de LSFVP opgericht<sup>37</sup>. De kosten voor de inzet van familievertrouwenspersonen worden deels gefinancierd met de instellingssubsidie uit de VWS-begroting en deels door de ggz-instellingen. Voor de fvp bestaat op dit moment nog geen wettelijke grondslag. Deze grondslag is opgenomen in het wetsvoorstel Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz). Dit voorstel van wet<sup>38</sup> is op 23 januari 2018 door de Eerste Kamer aangenomen.

#### 5.3.2 Doelstelling(en)

Met de subsidies aan de stichtingen PVP en LSFVP beoogt de minister van VWS een wezenlijke bijdrage te leveren aan de zorg voor patiënten in de ggz door de inzet van pvp en fvp<sup>39</sup>.

#### *De patiëntenvertrouwenspersoon*

Mensen die kampen met (ernstige) psychische aandoeningen zijn kwetsbaar en soms niet in staat voor hun eigen belangen op te komen. Vooral wanneer patiënten een gevaar vormen voor zichzelf of hun omgeving en zij tegen hun wil worden opgenomen in een ggz-instelling en onder dwang behandeld worden. Het is daarom belangrijk dat er is voorzien in professionals met gedegen kennis over de rechtspositie die deze patiënten kunnen bijstaan. Het uitgangspunt bij de ondersteuning is, dat de cliënt altijd zélf de regie behoudt. Daarnaast heeft de pvp een signalerende rol bij tekortkomingen in de structuur en het functioneren van instellingen voor zover deze tekortkomingen aan de rechten van cliënten afbreuk doen. De pvp streeft er naar om signalen binnen de instelling op te lossen. Slechts in uitzonderlijke gevallen informeert de pvp de IGZ<sup>40</sup>.

<sup>35</sup> NZa-beleidsregel CA-328.

<sup>36</sup> Kamerstukken II, vergaderjaar 2006-2007, 30492, nr. 23.

<sup>37</sup> Op initiatief van het Landelijk Platform GGz (LPGGz), de koepel van cliënten- en familieorganisaties in de geestelijke gezondheidszorg; het Landelijk Overleg van Familievertrouwenspersonen en de Stichting Patiëntenvertrouwenspersoon (Stichting PVP).

<sup>38</sup> Eerste Kamer, vergaderjaar 2016-2017, 32 399, A.

<sup>39</sup> Kamerstukken II, vergaderjaar 2016-2017, 34 550 XVI, nr. 2 (VWS-Begroting 2017).

<sup>40</sup> Kamerstukken II, vergaderjaar 2009-2010, 30 492, nr. 39 (12 maart 2010).

De stichting PVP financiert en ondersteunt het werk van de pvp'en en waarborgt de kwaliteit van het vertrouwenswerk. De onafhankelijke positie van de pvp is wettelijk in de Wet Bopz geborgd. De VWS-subsidie dekt zowel de personele kosten van de vertrouwenspersonen als de bureaustkosten van de stichting. Hierdoor wordt bereikt dat een pvp beschikbaar is voor personen die op grond van de Wet Bopz recht hebben op ondersteuning door een pvp, namelijk:

- a) alle in Bopz-aangemerkte ggz-instellingen verblijvende patiënten, ongeacht of zij vrijwillig dan wel onvrijwillig zijn opgenomen;
- b) alle ggz-patiënten die een voorwaardelijke machtiging hebben en niet in een ggz-instelling verblijven en
- c) alle ambulante (potentiële) ggz-patiënten die in het kader van de zelfbindingsregeling een beroep op de pvp doen.

#### *De familievertrouwenspersoon*

Bij de behandeling en het herstel van kind, vriend of partner is de inzet en ondersteuning van familie en naasten ook van groot belang. Vanuit die invalshoek is het essentieel dat familie en naasten steun kunnen bieden en invloed kunnen aanwenden ten aanzien van de behandeling van de patiënt. De fvp biedt familie en naasten een luisterend oor, geeft advies en kan bemiddelen tussen de familie en de ggz-hulpverlener of ggz-instelling. Daarmee is de inzet en ondersteuning door familie en naasten geborgd. De fvp stimuleert de instelling om te komen tot (een beter) familiebeleid en geeft voorlichting over de rol van de fvp.

Sinds de oprichting van de LSFVP in 2010 biedt deze stichting de mogelijkheid om overal in Nederland een beroep te doen op een onafhankelijke fvp. De LSFVP zorgt voor deskundige fvp'en en borgt de kwaliteit van het vertrouwenswerk in de ggz-instelling zelf of via de landelijke advies- en hulplijn. Met de VWS-subsidie wordt tweederde van de kosten van de stichting gedekt en wordt er voorzien in een landelijke beschikbaarheid van fvp'en. Het restant (eenderde) wordt door de ggz-instellingen gefinancierd.

#### *5.3.3 Betrokken uitvoeringsorganisaties en hun rollen*

Bij de uitvoering van de twee subsidieregelingen zijn de volgende partijen betrokken:

- de PVP; deze stichting zorgt voor het bieden van ondersteuning door pvp'en aan individuele ggz-patiënten;
- de LSFVP; deze stichting faciliteert het familievertrouwenswerk door fvp'en aan familie en naastbetrokkenen van ggz-patiënten;
- de ggz-instelling; de instelling financiert een deel van de kosten van de fvp en
- het ministerie van VWS; VWS subsidieert de stichtingen PVP en LSFVP.

#### *5.3.4 Werkwijze*

De pvp'en van de PVP werken voor ggz-patiënten in heel Nederland. De inzet van een pvp gebeurt uitsluitend op verzoek van de ggz-patiënt. De diensten van de pvp zijn gratis beschikbaar voor ggz-patiënten.

De fvp'en van de LSFVP werken in de ggz-instellingen waarmee LSFVP een samenwerkingsovereenkomst heeft. Een groeiend aantal van deze medewerkers heeft een arbeidsovereenkomst met de LSFVP. In alle gevallen is de onafhankelijkheid van de fvp'en ten opzichte van de ggz-instellingen gewaarborgd in de samenwerkingsovereenkomst tussen de LSFVP en deze ggz-instelling. In deze overeenkomst zijn afspraken vastgelegd over de inzet, toegang en faciliteiten van de fvp om binnen in de instelling zijn/haar werk te kunnen doen.

De familie en naastbetrokkenen van de bij de instelling in zorg zijnde cliënten hebben op werkdagen van 9 tot 17 uur toegang tot de dienstverlening. Bij afwezigheid van de vaste fvp kan dit een collega zijn, al dan niet via de telefonische hulplijn. Familieleden en naastbetrokkenen van cliënten in niet-aangesloten instellingen kunnen een fvp spreken via de LSFVP-advies- en hulplijn

Jaarlijks dienen de stichtingen PVP en de LSFVP bij het ministerie van VWS een subsidieaanvraag in op grond van de Kaderregeling subsidies OCW, SZW en VWS.

Beide stichtingen leggen na afloop van het subsidiejaar aan het ministerie van VWS verantwoording af. In deze verantwoording wordt door de stichtingen aangegeven of de in de subsidieaanvraag genoemde activiteiten zijn uitgevoerd en verantwoorden zij zich over de aangewende middelen.

#### *Verdeling van de subsidies*

Onderstaande tabel toont per jaar het totale subsidiebedrag en de verdeling over de PVP en de LSVP in de jaren 2013 tot en met 2016.

*Tabel 16 Subsidiebedragen PVP en LSVP in de jaren 2013 tot en met 2016<sup>41</sup>*

| (bedragen x € mln)           | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
|------------------------------|------|------|------|------|
| Stichting PVP                | 4,83 | 5,09 | 5,09 | 5,17 |
| Stichting LSFVP              | 1,09 | 1,07 | 1,08 | 1,13 |
| Totale subsidie PVP en LSFVP | 5,92 | 6,16 | 6,17 | 6,30 |

#### *5.3.5 Gevolgen van beleid*

##### *Patiëntenvertrouwenspersoon*

In het jaar 2016 waren bij de stichting PVP 47,8 fte pvp werkzaam. In de periode 2014 -2016 deden zo'n 9.000 patiënten een beroep op de pvp met in totaal zo'n 25.000 tot 26.000 vragen en klachten. Het ministerie van VWS heeft in 2016 circa € 5,2 miljoen aan instellingssubsidie verleend. In de derde evaluatie van de Wet Bopz<sup>42</sup> (2007) en de Thematische wetsevaluatie<sup>43</sup> is grote waardering geuit voor het werk van de pvp.<sup>44</sup>

##### *Familievertrouwenspersoon*

In 2016 waren er 14,8 fte familievertrouwenspersonen bij de LSFVP beschikbaar ten behoeve van honderd aangesloten instellingen. Deze fvp'en hebben in totaal 2.015 casussen behandeld<sup>45</sup>. VWS heeft in het jaar 2016 ongeveer € 1,1 miljoen aan instellingssubsidie verleend. Dit betreft circa tweederde van de kosten voor het familievertrouwenswerk. De rest van de kosten van het familievertrouwenswerk wordt door de individuele ggz-instelling gedragen.

#### *5.3.6 Actuele (beleids)ontwikkelingen*

Op grond van de huidige Wet Bopz is gedwongen behandeling altijd gekoppeld aan een gedwongen opname. Het wetsvoorstel Wvggz<sup>46</sup> maakt ambulante dwangbehandeling mogelijk zonder gedwongen opname. Verder kan - anders dan in de Wet Bopz - de pvp niet alleen worden betrokken bij de uitvoering van de verplichte zorg, maar ook bij de voorbereiding ervan. De patiënt bepaalt zelf in welke mate hij/zij gebruik maakt van de ondersteuning van de pvp. De taken en bevoegdheden van de pvp zijn geregeld in hoofdstuk 11 van het bovengenoemde wetsvoorstel.

De fvp krijgt in het bovengenoemde wetsvoorstel een wettelijke verankering. Familie en naasten van mensen met een psychische stoornis voor wie een zorgmachtiging wordt voorbereid of aan wie verplichte zorg wordt verleend, krijgen recht op advies en bijstand van een onafhankelijke fvp. De taken en bevoegdheden van de fvp zijn geregeld in hoofdstuk 12 van de Wvggz. De zorgaanbieder draagt er zorg voor dat relevante familie en naasten een beroep kunnen doen op de fvp. Bij de behandeling van het wetsvoorstel in de Tweede Kamer is een amendement<sup>47</sup> aangenomen dat regelt dat naast de zorgaanbieder, de zorgverantwoordelijke, de geneesheer-

<sup>41</sup> De subsidies voor de jaren 2013, 2014 en 2015 zijn vastgesteld; 2016 is nog niet vastgesteld.

<sup>42</sup> Kamerstukken II, vergaderjaar 2008-2009, 25 763.

<sup>43</sup> ZonMw (2014) Thematische wetsevaluatie: Gedwongen zorg.

<sup>44</sup> Kamerstukken II, vergaderjaar 2009-2010, 32 399, nr. 3, p.24.

<sup>45</sup> Jaarverslag LSFVP 2016.

<sup>46</sup> Het wetsvoorstel is in behandeling bij de Eerste Kamer (Eerste Kamer, vergaderjaar 2016-2017, 32399 A)..

Op 14 februari 2017 is het wetsvoorstel aangenomen door de Tweede Kamer.

<sup>47</sup> TK-stukken, vergaderjaar 2016-2017, 32 399, nr. 58.

directeur, de pvp en de zorgverlener, ook naasten van betrokkenen een expliciete rol krijgen in het signaleren van tekortkomingen in de verlening van vrijwillige of verplichte geestelijke zorg door een zorgaanbieder en het melden van deze tekortkomingen aan de IGZ. Naasten kunnen hiervoor de inzet van de fvp benutten.

De LSFVP ontvangt naast de instellingssubsidie sinds mei 2016 ook een projectsubsidie om binnen een periode van twee jaar te verkennen of het familievertrouwenswerk ook in het sociale domein kan worden geborgd. Dit is het gevolg van een gewijzigd amendement<sup>48</sup> van de Tweede Kamer die is aangenomen bij de VWS-begrotingsbehandeling 2016.

### 5.3.7 Financiën

In de VWS-begroting is € 6,2 miljoen beschikbaar voor beide typen vertrouwenspersonen in de ggz.

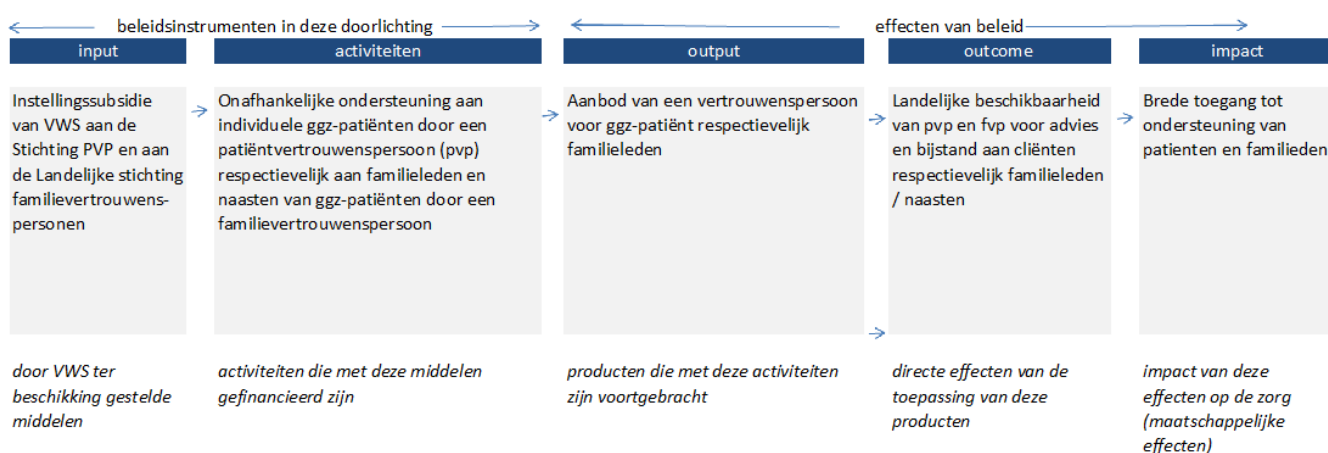
Tabel 17: VWS begroting 2017, artikel 2.2, onderdeel vertrouwenspersonen in de ggz

| Begrotingsuitgaven (bedragen x € 1.000) |       |       |       |       |       |
|---|-------|-------|-------|-------|-------|
|   | 2017  | 2018  | 2019  | 2020  | 2021  |
| <i>Subsidies</i>                        |       |       |       |       |       |
| Vertrouwenspersonen in de ggz           | 6.204 | 6.204 | 6.204 | 6.204 | 6.204 |

### 5.3.8 Beoordeling doeltreffendheid en doelmatigheid

Onderstaand schema geeft de doelboom van de subsidie voor patiënt en familievertrouwenspersonen weer.

Figuur 5 doelboom Vertrouwenspersonen in de ggz



#### Doelmatigheid op prestaties en effecten

In de subsidieaanvragen en verantwoording van de subsidiegelden was geen inzage in de doelmatigheid op prestaties gegeven. Hier is ook niet door VWS naar gevraagd. Het is daardoor voor deze doorlichting niet mogelijk uitspraken te doen over de doelmatigheid op prestaties. Er is niet onderzocht of andere beleidsopties zou leiden tot meer of minder doelmatig beleid.

#### Doeltreffendheid van beleid

De inzet van pvp'en wordt volledig - en de inzet van de fvp'en deels gesubsidieerd door VWS en deels door de zorginstellingen. Daardoor is er sprake van een goed landelijk aanbod van pvp'en en fvp'en op voldoende niveau. Hoewel harde data ontbreken, lijken de subsidies te hebben geleid tot betaalbare toegang tot een pvp en fvp. Daarmee lijken volgens deze beleidsdoorlichting deze subsidieregelingen in termen van outcome en impact een positief effect te hebben gesorteerd.

<sup>48</sup> Kamerstukken II, vergaderjaar 2015-2016, 34300 XVI, nr. 28.

### *5.3.9 Evaluatie*

De subsidies aan PVP en LSFVP zijn tussentijds niet geëvalueerd.

### *5.3.10 20% variant*

Met het aangenomen wetsvoorstel Wvggz krijgen de pvp en fvp een steviger positie in de verplichte zorg voor ggz-patiënten. Zowel inhoudelijk als organisatorisch is de ggz in ontwikkeling. Hiervoor zijn stevige waarborgen nodig. Gelet op het brede draagvlak voor de vertrouwenspersonen in de ggz en de inwerkingtreding van de Wvggz per 1 januari 2020 is daarom in deze beleidsdoorlichting geen besparingsvariant uitgewerkt.

## 5.4 Anonieme e-mental health

Dit onderdeel van de doorlichting betreft de kosten van de subsidieregeling anonieme e-mental health in de periode 2012 tot en met 2015. Anonieme e-mental health is hulpverlening voor psychische- of verslavingsproblemen via internet waarbij de persoon die hulp zoekt, anoniem wil blijven.

### 5.4.1 Inleiding

Op basis van het huidige financieringsstelsel van de gezondheidszorg, kunnen bepaalde vormen van hulpverlening, zorg en behandeling in de curatieve ggz en verslavingszorg worden bekostigd op grond van de Zvw.

Het gaat om die vormen van hulpverlening, zorg en behandeling, die voldoen aan de definitie van 'verzekerde zorg' als bedoeld in de Zvw. De Zvw vereist dat de zorg herleidbaar is naar een individuele verzekerde. Bij zorgverlening aan anonieme personen is de zorg niet herleidbaar naar een individuele verzekerde, waardoor het niet mogelijk is om binnen de Zvw te bekostigen. Er was echter een breed gedeelde politieke wens en maatschappelijke behoefte om aanbod van anonieme e-mental health interventies mogelijk te maken.

Vóór de overheveling van de geneeskundige ggz uit de AWBZ naar de Zvw in 2008 was geregeld dat een ggz-behandeling kon plaatsvinden door een ggz-instelling, vrijgevestigde psychiaters en psychotherapeuten. Ggz-instellingen werden bekostigd op basis van een budget. Een van de budgetparameters was "preventie en dienstverlening". De activiteiten konden voor patiënten kosteloos worden aangeboden en verzekerd zijn speelde in de praktijk geen rol. Patiënten konden daarmee dus anoniem blijven. Na de overheveling kon er echter niet meer worden voorzien in anonieme e-mental health. De minister van VWS heeft in de Tweede Kamer een aantal keren over dit knelpunt gesproken en heeft geoordeeld dat aanpassing van de Zvw nodig was om dit te verhelpen.

In 2011 heeft de minister van VWS<sup>49</sup> aan de Tweede Kamer -vooruitlopend op de aangekondigde wetgeving- aangekondigd een tijdelijk budget van € 2 miljoen per jaar uit te trekken voor het verstrekken van subsidies voor anonieme e-mental health. Zij heeft daartoe een subsidieregeling op basis van de Kaderregeling VWS-subsidies en een beleidskader<sup>50</sup> geformuleerd.

De regeling werd van 2012 tot en met 2016 uitgevoerd door het ministerie van VWS. Het parlement heeft in 2016 de wet 'Structurele bekostiging van anonieme e-mental health en het mogelijk maken van anonieme financiering van zorg aan ernstig bedreigde cliënten' aangenomen waardoor de uitvoering van deze subsidieregeling met ingang van 2017 door het Zorginstituut wordt uitgevoerd. Voor de mensen die deze vorm van hulpverlening zoeken, verandert er niets. Voor de organisaties die subsidie voor dit aanbod van hulp aanvragen, wel.

De aanpassingen liggen met name op het administratieve vlak. Zo is het minimale bedrag dat kan worden aangevraagd verlaagd van € 100.000<sup>51</sup> naar € 50.000 omdat in de praktijk sommige aanbieders onvoldoende in staat bleken het eerdere minimale bedrag aan subsidie van € 100.000 volledig te benutten.

---

<sup>49</sup> Kamerstukken II 2010/ 2011, 25 424, nr. 118.

<sup>50</sup> Besluit van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 13 oktober 2011, nr. CZ-CGGZ-3084690, houdende vaststelling van een beleidskader voor subsidiëring van anonieme e-mental health.

<sup>51</sup> Eerder al had verlaging van het minimale bedrag van €125.000 naar € 100.000 plaatsgevonden.



#### 5.4.2 Doelstelling(en)

Met deze subsidie wordt beoogd het bieden van hulpverlening, zorg en behandeling in de vorm van anonieme e-mental health.

De subsidieverstrekking is bedoeld voor eerstelijns psychologische zorg, of toegeleiding naar die zorg. Onder eerstelijns psychologische zorg wordt verstaan kortdurende generalistische behandeling van een persoon met lichte tot matig ernstige problematiek, inclusief de daarbij behorende diagnostiek<sup>52</sup>. Het gaat hierbij om internetinterventies en internetbehandeling voor anonieme e-mental health. Onder internet-interventie wordt verstaan een planmatige en doelgerichte zorgdienst die met behulp van informatie en communicatietechnologie (ICT) aan een persoon wordt aangeboden. Onder internetbehandeling wordt verstaan een behandeling als bedoeld in de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst die plaatsvindt via internet.

Niet iedere vorm van anonieme e-mental health komt voor subsidie in aanmerking. Algemene informatie en interventies die behoren tot universele preventie, vallen niet onder deze beleidsregels voor anonieme e-mental health. Ook interventies die behoren tot de tweedelijnszorg, vallen niet onder deze beleidsregels voor anonieme e-mental health.

#### 5.4.3 Betrokken uitvoeringsorganisaties en hun rollen

Bij de uitvoering van de subsidieregeling zijn twee partijen betrokken:

- het ministerie van VWS: publiceert de regeling en verleent jaarlijks subsidie aan organisaties die een subsidieaanvraag indienen en
- ggz-zorgorganisaties (instellingen): zorgaanbieders op het terrein van ggz of verslavingszorg. Deze zorgaanbieders moeten in Nederland gevestigd zijn en anonieme e-mental health landelijk aanbieden.

Het aanbod van anonieme e-mental health is niet uitsluitend een verantwoordelijkheid van de overheid. Zorgaanbieders moeten alleen die mensen anoniem behandelen die zich zonder deze behandelingsmogelijkheid niet voor zorg aanmelden of afhaken en het vertrouwen van mensen winnen om ze binnen het reguliere zorgaanbod te kunnen helpen. Mensen kunnen alleen gebruik maken van deze zorg als zij daadwerkelijk anonieme hulp nodig hebben; dit wordt vooraf getoetst op basis van een door de hulpzoekende ingevuld vragenformulier.

#### 5.4.4 Doelgroep

Het aanbod aan anonieme e-mental health interventies, is bedoeld voor personen die kampen met psychische problemen of verslavingsproblemen die nog geen hulp, zorg of behandeling ontvangen voor deze problemen en voor wie anonimiteit een noodzakelijke psychische voorwaarde is om zorg te krijgen. Voor bepaalde doelgroepen is anonieme e-mental health bij uitstek van belang omdat zij zich niet of in mindere mate tot andere vormen van zorg wenden voor deze problemen omdat zij zich schamen (bijvoorbeeld bij gok- of gameverslaving).

#### 5.4.5 Subsidiabele vormen van anonieme e-mental health

De anonieme e-mental health interventies moeten bewezen effectief (evidence based) zijn en zich richten op geïndiceerde preventie, zorggerelateerde preventie of behandeling van een psychische stoornis of een vorm van verslaving, zoals bedoeld in de DSM-IV-criteria of toegeleiding naar de zorg. De hulpverlening hoeft niet beperkt te worden tot anonieme e-mental health aanbod dat een spoedeisend karakter heeft of interventies die acuut zijn en waarvan directe behandeling geen enkele uitstel kan hebben, maar ziet dus ook op niet-acute interventies.

De interventies dienen te worden verricht onder de verantwoordelijkheid van beroepsbeoefenaren met een BIG-registratie.

---

<sup>52</sup> Zie: definitie NZa-Beleidsregel BR /CU- 7013, Eerstelijns psychologische zorg, onder punt 3.

#### 5.4.6 *Het verlenen van zorg*

Voor het aanmelden bij een anonieme e-mental health interventie zal de gebruiker eerst een vragenlijst moeten beantwoorden via het internet. Hij zal daarvoor een account moeten aanmaken onder een pseudoniem en wachten op de uitslag van de indicatiestelling. Zo wordt voorkomen dat personen gebruik gaan maken van interventies die niet geschikt zijn en niet bedoeld zijn voor hun gezondheidsklachten.

#### 5.4.7 *Werkwijze*

##### *Subsidietraject (aanvraag en vaststelling)*

De aanbieders van anonieme e-mental health kunnen jaarlijks vóór 1 oktober een subsidie aanvraag indienen voor concrete interventies/hulpverlening bij het ministerie van VWS. Het subsidiebedrag dient gebaseerd te zijn op een door de aanvrager onderbouwde prijs (p), vermenigvuldigd met het aantal anonieme personen (q) dat gebruik zal gaan maken van de anonieme e-mental health interventies. Het aantal anonieme personen, waarvoor subsidie aangevraagd wordt, dient gebaseerd te zijn op de aantallen behandelde anonieme personen, in het jaar voorafgaand aan de subsidieaanvraag.

De subsidie wordt door de minister van VWS vastgesteld op basis van de werkelijk verleende aantallen anonieme e-mental health interventies. De instellingen leggen bij de afrekening jaarlijks verantwoording af aan VWS in hoeverre de verwachte aantallen behandelingen zijn behaald. Mocht het aantal behandelingen lager uitvallen, dan vindt verrekening plaats. Daarnaast vindt een tussentijds gesprek plaats tussen VWS en de subsidieaanvrager over het verloop van de uitvoering.

##### *Omvang subsidie en subsidieplafond*

De subsidie-aanvrager dient in zijn aanvraag de hoogte van het bedrag van de betreffende e-mental health interventie, waarvoor subsidie wordt aangevraagd, te onderbouwen. Wel wordt er een maximum gesteld aan het subsidiebedrag per interventie. Dit maximumbedrag geldt onafhankelijk van het type anonieme e-mental health interventie en is gesteld op € 312,-. Daarnaast wordt ook een maximum minuutprijs gehanteerd<sup>53</sup>.

Het aanbod van anonieme e-mental health van de zorgaanbieder dient substantieel en voldoende volume te bevatten. Vanuit beleidsmatig oogpunt was het niet wenselijk dat het aanbod van anonieme e-mental health te veel versnipperd zou zijn; veel zorgaanbieders met ieder een beperkt e-mental health aanbod. Dit zou tot een onoverzichtelijke situatie voor de persoon die hulp zoekt kunnen leiden.

De ondergrens in de subsidieregeling van VWS van de aan te vragen subsidie was daarom oorspronkelijk vastgesteld op het minimale subsidiebedrag ter hoogte van € 125.000 maar is naderhand neerwaarts bijgesteld naar € 100.000<sup>54</sup> omdat voor sommige organisaties de ondergrens te hoog bleek te liggen qua realisatie. Met het overdragen van de verantwoordelijkheid van de subsidieregeling naar het Zorginstituut is de minimale ondergrens nogmaals verlaagd en met ingang van 2017 komen te liggen op € 50.000,-. Om te voorkomen dat de beperkte beschikbare middelen niet alleen aan enkele zorgaanbieders wordt verstrekt, is een bovengrens voor de subsidie per zorgaanbieder bepaald van maximaal € 700.000,-. In het Beleidskader anonieme e mental health is een verdeelsleutel vastgelegd om de beschikbare middelen zo goed mogelijk te verdelen.

---

<sup>53</sup> De maximum minuutprijs voor anonieme e-mental interventies bedraagt € 1,33 per minuut. Deze maximum minuutprijs is gebaseerd op de vergoeding in het basispakket in 2012 voor eerstelijns psychologische zorg. Dit is een vrij tarief per 60 minuten, waarbij een bedrag van € 80,- per zitting gebruikelijk is. 60 minuten bestaan uit 45 minuten contact in zitting en 15 minuten voorbereidings- of uitwerkingstijd.

<sup>54</sup> In de regeling die het Zorginstituut op dit moment uitvoert, is de ondergrens neerwaarts bijgesteld naar minimaal € 50.000,-.

#### 5.4.8 Gevolgen van beleid

In de praktijk is jaarlijks aan een verschillend aantal organisaties subsidie verleend (zes tot zeven) waarmee in 2015 een totaalbedrag van € 1.035.000 gemoeid was. In onderstaand overzicht is opgenomen het aantal subsidieverleningen en het bedrag dat aan subsidies is verleend in de periode 2013 tot en met 2016.

Tabel 18 Aantal subsidieorganisaties en subsidiebedrag

| (bedragen x € 1.000)              | 2013 | 2014  | 2015 | 2016                                 |
|-----------------------------------|------|-------|------|--------------------------------------|
| Aantal organisaties               | 6    | 7     | 6    | 6                                    |
| Totaal verleend subsidiebedrag    | 785  | 1.090 | 921  | 961                                  |
| Totaal vastgesteld subsidiebedrag | 571  | 908   | 834  | Vaststelling<br>nog niet<br>afgerond |

Tabel 19 Verdeling van de subsidies (laag en hoog)

| (bedragen x € 1.000) | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
|----------------------|------|------|------|------|
| Laagste subsidie     | 99   | 105  | 98   | 101  |
| Hoogste subsidie     | 158  | 229  | 175  | 223  |

Tabel 20 Verdeling van de subsidies naar soort problematiek

| (bedragen x € 1.000)         | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
|------------------------------|------|------|------|------|
| Psychische problematiek      | 277  | 349  | 572  | 606  |
| Verslavingsproblematiek      | 508  | 558  | 349  | 355  |
| Spoedeisende vormen van hulp | 0    | 0    | 0    | 0    |

Gezien de aard (anonimiteit) is het lastig te meten of de regeling zorginhoudelijk een succes is. Harde cijfers (uitkomsten) over de toepassing van anonieme e-mental health ontbreken, omdat de uitkomsten niet geregistreerd worden.

De mensen die gebruik maken van anonieme e-mental health, schamen zich voor hun problemen en zijn voor hun klachten dus niet in zorg bij de reguliere zorgaanbieders, waarbij er sprake is van een face to face situatie.

#### 5.4.9 Actuele (beleids-)ontwikkelingen

De wet 'Structurele bekostiging van anonieme e-mental health en het mogelijk maken van anonieme financiering van zorg aan ernstig bedreigde cliënten' is geplaatst in het Staatsblad van 22 april 2016. Vanaf 1 januari 2017 voert het Zorginstituut de subsidieregeling uit ten behoeve van anonieme e-mental health. Deze taak is opgenomen in de Regeling zorgverzekering<sup>55</sup>.

Het plafond van de door het Zorginstituut uit te voeren subsidieregeling is gehandhaafd op € 2 miljoen. De huidige regeling komt op de belangrijkste punten overeen met de eerder door VWS uitgevoerde subsidieregeling. De ondergrens van het minimaal te verlenen subsidiebedrag is –gelet op de opgedane ervaring- (nogmaals) neerwaarts bijgesteld tot € 50.000.

De inhoud van de aangeboden interventies is ongewijzigd.

<sup>55</sup> Deze regeling is op 8 september 2016 in de Staatscourant geplaatst.

#### 5.4.10 Financiën

In de VWS-begroting was in de jaren 2012-2016 jaarlijks incidenteel € 2 miljoen beschikbaar voor de subsidiering van het aanbod anonieme e-mental health.

Tabel 21: VWS begroting 2017, artikel 2.2, onderdeel anonieme e-mental health

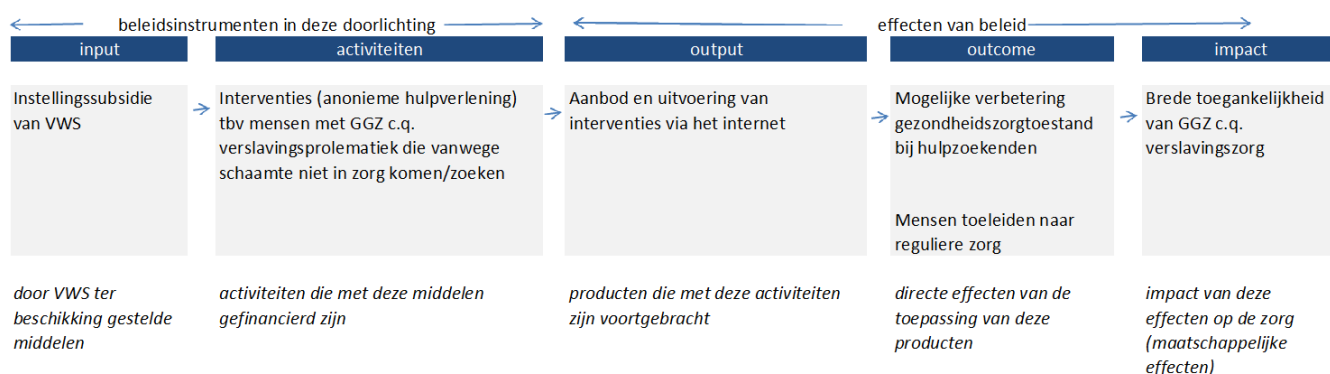
| Begrotingsuitgaven (bedragen x € 1.000) |       |      |      |      |      |      |
|---|-------|------|------|------|------|------|
|   | 2016  | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
| <i>Subsidies</i>                        |       |      |      |      |      |      |
| Anonieme e-mental health                | 2.000 | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    |

Met het omzetten van het tijdelijke beleidskader voor anonieme e-mental health naar de structurele bekostiging is ook de financiering gewijzigd van de VWS-begroting naar het Zvf. Daarmee maken deze subsidie gelden vanaf het jaar 2017 geen onderdeel meer uit van de VWS-begroting.

#### 5.4.11 Beoordeling doeltreffendheid en doelmatigheid

Onderstaand schema geeft de doelboom van de subsidie voor anonieme e-mental health weer. Mede aan de hand van deze doelboom worden uitspraken gedaan over de doeltreffendheid en doelmatigheid van deze subsidieregeling.

Figuur 6 Doelboom Subsidie anonieme e-mental health



#### Doelmatigheid op prestaties en effecten

Geconstateerd wordt dat er geen sprake is van een eigen financiële bijdrage van de patiënt en in welke mate de anonieme e-mental health leidt tot instroom in de reguliere zorg.

Wel bevat de regeling voorwaarden die bijdragen aan het doelmatig gebruik van overheidsgeld, zoals:

- de zorg moet evidence based zijn / behoren tot het verzekerde pakket,
- doorverwijzen naar de reguliere ggz,
- geleverd worden door (of onder toezicht van) een BIG-geregistreerde beroepsbeoefenaar, minimum en maximum subsidiebedrag en maximum tarieven.

Op basis van de beschikbare gegevens kan deze beleidsdoorlichting geen oordeel geven over de doelmatigheid van deze subsidieregeling.

#### Doeltreffendheid van beleid

De subsidieverlening vindt plaats op basis van het verwachte aantal mensen die hulp zoeken langs deze weg. Er is daardoor sprake van een goed georganiseerd aanbod van anonieme e-mental health. Wat dat betreft is deze subsidie met het oog op het verleende aantal activiteiten en in termen van prestaties doeltreffend te noemen.

De beschikbare documentatie biedt onvoldoende inzicht om een volledig oordeel te geven over het effect in termen van outcome van subsidie voor de anonieme e-mental health in de ggz. Hiervoor ontbreekt specifieke data om verbeterde gezondheidstoestand van de patiënt te meten.

#### *5.4.12 Evaluatie*

Deze subsidieregeling is niet tussentijds geëvalueerd. De minister heeft de Tweede Kamer toegezegd de nieuwe regeling en werkwijze van het Zorginstituut binnen twee jaar na inwerkingtreding te zullen evalueren.

#### *5.4.13 20% besparingsvariant*

Vanaf 2017 wordt de regeling anonieme e-mental health gefinancierd uit het Zfv. Daarom worden in deze doorlichting voor deze regeling geen besparingsvarianten uitgewerkt.

## 5.5 Suïcidepreventie

Dit onderdeel van de doorlichting betreft de kosten van de subsidieregeling suïcidepreventie in de periode 2013 tot en met 2016. In de VWS begroting 2017 is dit onderwerp echter pas voor de eerste maal op artikel 2.2 opgenomen. VWS subsidieert al sinds het jaar 2008 activiteiten die gericht zijn op suïcidepreventie. Daarom is besloten dit onderwerp op te nemen in deze beleidsdoorlichting.

### 5.5.1 Inleiding

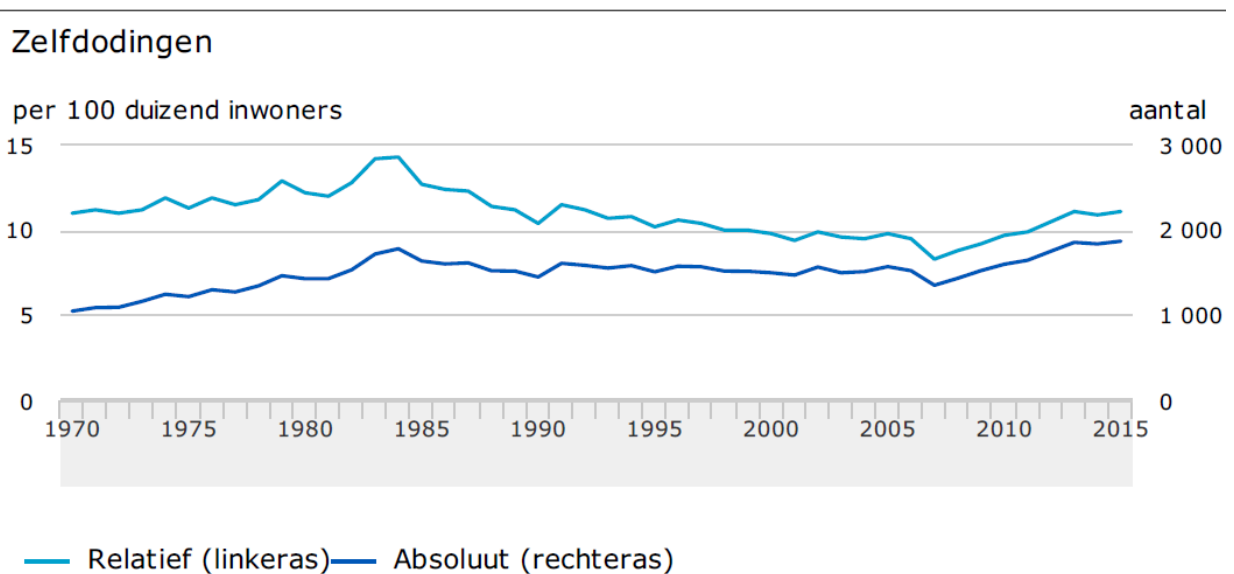
In 2016 lag de sterfte door suïcide in Nederland op 1.893<sup>56</sup>. Dat komt neer op gemiddeld vijf mensen per dag. Daarmee is het aantal overledenen als gevolg van suïcide driemaal hoger dan het aantal verkeersdoden.

Suïcide is een belangrijke bron van sterfte in Nederland en het grootste veiligheidsrisico voor ggz cliënten. Veertig procent van de sterfte door suïcide in Nederland betreft mensen die in behandeling zijn bij de ggz-instellingen. Voor de helft van de mensen die suïcide plegen geldt dat zij een maand voorafgaand aan hun suïcide, de huisarts nog hebben bezocht.

Suïcide en suïcidepogingen staan op plaats elf in de top 24 van ziekten met de hoogste ziektelast (disability-adjusted life years) in Nederland; in combinatie met dwangmatige gedachten aan suïcide komt suïcidaliteit in de top 5.

In onderstaande figuur wordt het verloop van het aantal suïcidedodingen in de periode 1970 tot en met 2015 getoond. In de periode 2008-2013 is het aantal suïcides gestegen, in 2014-2015 is de stijging afgenomen en is het aantal suïcides stabiel te noemen, afgezet tegen de (groei van de) Nederlandse bevolking.

Figuur 7 aantal suïcidedodingen per 100 duizend inwoners<sup>57</sup>

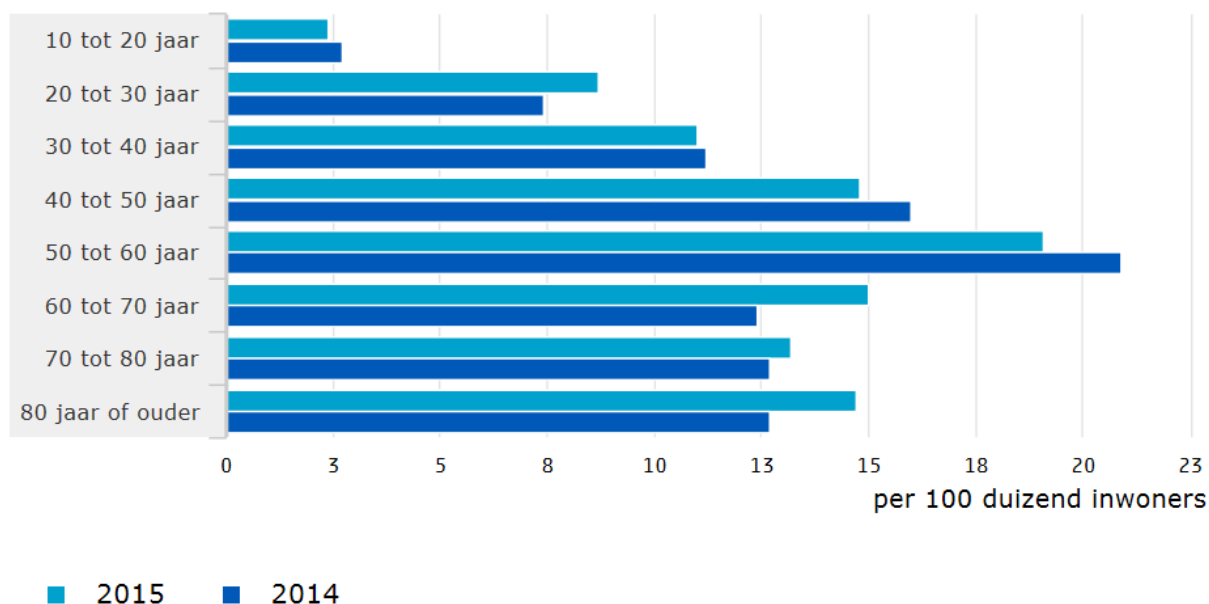


<sup>56</sup> Bron CBS.

<sup>57</sup> <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2016/26/meer-zelfdodingen>.

Het merendeel van het aantal suïcides vindt plaats onder mannen in de leeftijdsgroep van tussen de 40 en 60 jaar. In onderstaande figuur wordt het aantal suïcidedodungen naar leeftijd getoond.

Figuur 8 zelfdodingen naar leeftijd in de jaren 2014 en 2015<sup>58</sup>



Er is een toenemende wens om:

- het aantal suïcides terug te dringen;
- meer kennis te vergaren door onderzoek zodat suïcides mogelijk voorkomen kunnen worden en
- hulpverlening op dit terrein door beroepsbeoefenaren in de zorg te verbeteren, maar ook bredere inbedding in de maatschappij van deze kennis en ondersteuning te bewerkstelligen.

De minister van VWS stelde jaarlijks subsidies beschikbaar voor suicidepreventie aan twee stichtingen; Ex6 en de Stichting 113Online. Beide stichtingen zijn per 1 januari 2016 gefuseerd en gaan vanaf die datum verder als één organisatie, sinds kort onder de naam Stichting 113Zelfmoordpreventie.

De subsidieverstrekking aan EX6 en Stichting 113Online tot en met 2015 is bedoeld voor eerstelijns psychologische zorg, of toeleiding naar die zorg. Bij Ex6 gaat het om anonieme (semi) acute hulp op afstand door getrainde vrijwilligers, bij 113Online om anonieme (semi) acute specialitische hulpverlening op afstand door professionals..

Vanaf 2016 zijn er meerdere taken aan Stichting 113Zelfmoordpreventie toebedeeld en vindt financiering plaats op basis van een activiteitenplan waarbij, naast de directe hulpverlening ook andere activiteiten gefinancierd worden.

#### 5.5.2 Doelstelling(en)

De minister van VWS beoogt met deze instellingssubsidie het bieden van directe hulpverlening, zorg en behandeling aan mensen die kampen met suïcidale gedachten om te voorkomen dat zij suïcide plegen. Daarmee hoopt de minister het aantal suïcides terug te dringen. Er is hier geen harde doelstelling aan verbonden omdat deze problematiek zeer complex is.

<sup>58</sup> <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2016/26/meer-zelfdodingen>

### *5.5.3 Betrokken uitvoeringsorganisaties en hun rollen*

Bij de uitvoering van de subsidieregeling zijn (sinds 2012) drie partijen betrokken.

Dit zijn:

- Stichting Ex6. Deze stichting biedt telefonische crisishulpverlening (24/7 bereikbaar), gespreksgroepen (inclusief groepschat) en crisischat. Ex6 is het voorportaal voor 113Online;
- Stichting 113Online . Deze stichting verleent anonieme hulp via telefoon en chat met ggz-professionals
- Het ministerie van VWS: VWS verleent jaarlijks instellingssubsidie aan bovengenoemde stichtingen.

### *Terugblik*

Omdat niet was voorzien in een structurele financieringsbron na beëindiging van de regeling van de Zorgvernieuwingprojecten Geestelijke Gezondheidszorg heeft VWS in de periode 2006 tot en met 2008 aan de stichting Ex6 een projectsubsidie beschikbaar gesteld. De stichting Ex6 ontvangt sinds het jaar 2009 een instellingssubsidie van VWS.

De stichtingen Ex6 en 113Online zijn sinds 2016 gefuseerd tot één organisatie en ontvangen vanaf 1 januari 2017 € 3,2 miljoen instellingssubsidie per jaar.

Sinds het jaar 2014 financiert VWS daarnaast (met een projectsubsidie) de coördinatie en het aanjagen van de uitvoering van de Landelijke agenda suïcidepreventie.

De landelijke agenda heeft een looptijd van 2014–2017, de regionale aanpak wordt gedurende 2016–2018 gefinancierd. De Tweede Kamer wordt jaarlijks geïnformeerd over de landelijke suïcidedcijfers en de uitvoering van deze agenda. Jaarlijks is voor de coördinatie van de landelijke agenda een bedrag beschikbaar van € 0,3 miljoen.

Daarnaast financiert VWS met een projectsubsidie (2016-2018) de regionale aanpak om suïcidepreventie vorm te geven (Supranet Community) en de ontwikkeling/ondersteuning van een lerend netwerk met betrekking tot suïcidepreventie voor- en door ggz-instellingen (Supranet ggz). Aan Supranet ggz nemen ggz-instellingen deel die trachten het aantal suïcides en pogingen onder hun cliënten fors terug te dringen. Dit geschiedt door uitwisseling van informatie over suïcide en voorbeelden van goede preventie en zorg leren ze met elkaar hoe de zorg voor suïcidale mensen verbeterd kan worden.

### *5.5.4 Doelgroep*

De instellingssubsidie aan de bovengenoemde stichtingen, is bestemd voor interventies/hulpverlening voor personen die kampen met suïcidale gedachten en veelal (nog) niet in behandeling zijn. Voor veel van deze mensen geldt dat anonimiteit een noodzakelijke voorwaarde is om open te staan voor hulp/zorg. Ook hier spelen schaamtegevoelens een grote rol. De hulplijn staat voor elke doelgroep open. Daarmee is deze subsidie (tot en met 2015) een vorm van anonieme e-mental health. Sinds 2016 bestrijkt de instellingssubsidie een breder takenpakket dan alleen de hulpverlening.

### *5.5.5 Het verlenen van zorg*

De telefonische hulp of via het internet is direct beschikbaar, met als voorportaal de hulp die (geschoolde) vrijwilligers bieden. In het gesprek kan duidelijk worden dat professionele hulp noodzakelijk is en kan men direct doorschakelen met de psychologen die bij 113Online (verder te noemen: 113Zelfmoordpreventie) in dienst zijn. Er kunnen met degene die hulp zoekt afspraken worden gemaakt om vervolggesprekken te hebben via telefoon of via het internet.



### 5.5.6 Werkwijze

Het is belangrijk dat mensen die suïcidale gedachten hebben, direct (24/7) in contact kunnen treden met mensen die de juiste toon en houding kunnen vinden om deze mensen bij te staan en hen een ander perspectief te schetsen.

De anonimiteit van de online hulpverlening verlaagt de drempel om hulp te zoeken en maakt suïcidaliteit bespreekbaar waardoor suïcides voorkomen worden.

Er is sprake van een integrale aanpak met korte lijnen: vrijwilligers verlenen eerste hulp/contact en het team van ggz-professionals dat onder supervisie van een ggz- psychiater direct kan schakelen als dat nodig is.

Opgemerkt wordt dat de 113Zelfmoordpreventie zich meer en meer ontwikkelt als expertisecentrum op het terrein van suïcidaliteit en kennisdeling hierover. De personele formatie telde 1 januari 2016: 23 FTE betaalde krachten inclusief stafmedewerkers, 157 actieve vrijwilligers en 41 stagiares.

#### *Subsidietraject (aanvraag en vaststelling)*

Stichting 113Zelfmoordpreventie dient jaarlijks vóór 1 oktober een subsidieaanvraag in voor directe hulpverlening bij het ministerie van VWS. De aanvrager onderbouwt in zijn subsidieaanvraag zijn activiteiten en het aangevraagde subsidiebedrag.

Dit subsidiebedrag was tot 2016 gebaseerd op een door de aanvrager onderbouwde prijs (p), vermenigvuldigd met het aantal personen (q) dat gebruik zou gaan maken van het hulpaanbod, een en ander binnen de marge van de omvang van de instellingssubsidie.

In de loop van 2016 zijn de taken van 113Zelfmoordpreventie substantieel verbreed en verzwaard. Naast het bieden van concrete hulp en interventies, is ook afgesproken voorlichting, bewustwording en advisering een structurele plek te geven. Dit is door de minister van VWS in de brief van 30 oktober 2015<sup>59</sup> aan de Tweede Kamer gecommuniceerd. Dit betekende een substantiële verhoging van de instellingssubsidie en een instellingssubsidie gebaseerd op een activiteitenplan in plaats van  $p \times q$  onderbouwing.

De subsidie werd door VWS vastgesteld op basis van de werkelijk verleende verschillende vormen van hulp/interventies en bijbehorende aantallen. 113 Zelfmoordpreventie legt jaarlijks verantwoording af aan VWS in hoeverre het concrete aantal behandelingen/interventies is behaald. Mocht het aantal behandelingen lager uitvallen, dan vindt verrekening plaats. Nu subsidiering aan de hand van een activiteitenplan plaatsvindt, is het onderdeel directe hulpverlening nog steeds op basis van een  $p \times q$  onderbouwing, en wordt de exploitatie tussentijds goed gemonitord.

### 5.5.7 Gevolgen van beleid

In onderstaande tabel worden voor de jaren 2014 tot en met 2016 het aantal en soort interventies gespecificeerd:

Tabel 22 Interventies door de stichtingen Ex6 en 113Online

| Soort interventie                    | 2014   | 2015   | 2016   |
|--------------------------------------|--------|--------|--------|
| Crisisopvang vrijwilligers- telefoon | 7.167  | 9.453  | 11.029 |
| Chat                                 | 12.298 | 12.597 | 20.886 |
| Totaal aantal crisisgesprekken       | 19.465 | 22.050 | 31.915 |
|                                      |        |        |        |
| Begeleide groepsgesprekken           | 29     | 28     | 24     |
| Begeleide groepschat                 | 162    | 119    | 143    |
| Crisisinterventie                    | 2.462  | 3.673  | 3.778  |
| Online therapie                      | 774    | 1.073  | 932    |
| Begeleide online zelfhulp            | 459    | 479    | 627    |
| Begeleide doorverwijzing             | 34     | 39     | 22     |

<sup>59</sup> Kamerstukken II, vergaderjaar 2015-2016, 32 793, nr. 201

De stichting 113Zelfmoordpreventie heeft in 2016 ruim 31.915 keer crisisopvang voor mensen met suïcidale gevoelens en/of gedachten, hun naasten en nabestaanden middels telefoon en chat verzorgd. De psychologen van 113Online zijn bereikbaar voor de vrijwilligers en stagiaires die de crisislijnen bemensen. Zij kunnen moeilijke gesprekken of mensen die graag in contact willen komen met een therapeut, doorzetten naar een psycholoog.

113Online kan doorverwijzen naar reguliere hulpverlening, zoals crisisdiensten van de ggz.

De hulpverleners van 113Online hebben in 2016 gezamenlijk 3.778 crisisinterventies verricht.

In 2015 werd de website van 113Online 256.045 keer bezocht door 185.863 unieke personen, in 2016 werd de website 369.815 keer bezocht door 278.266 unieke bezoekers..

#### *Aanwending subsidies*

VWS heeft de stichtingen Ex6 en 113Online een instellingssubsidie verleend, bestemd voor de directe hulpverlening aan mensen die kampen met suïcidaliteit.

Daarnaast heeft Stichting 113Online in de jaren 2014 tot en met 2016 een projectsubsidie gekregen ter hoogte van € 0,3 mln. (jaarlijks) voor het aanjagen en coördineren van acties die worden uitgevoerd ten behoeve van de Landelijke agenda suïcidepreventie.

Tevens is er in 2014 eenmalig een projectsubsidie verleend voor de verdere ontwikkeling van gatekeepertrainingen. Deze trainingen zijn bedoeld om mensen vaardigheden te kunnen opdoen om suïcidaliteit bespreekbaar te maken en perspectief te bieden.

Tot slot is vanaf 2016 een (meerjarige projectsubsidie) toegekend voor Supranet (Community en ggz), bestemd voor een regionale aanpak suicidepreventie in een zestal regio's en het opzetten van een database voor aangesloten ggz-instellingen om onderling suicidepreventiebeleid en vorderingen uit te wisselen en te vergelijken.

*Tabel 23 Overzichtstabel aanwending subsidies in de jaren 2014 tot en met 2016*

| <i>(bedragen x € 1000)</i>                       |              |              |                     |
|--|--------------|--------------|---------------------|
| <b>Aanwending subsidies</b>                      | <b>2014</b>  | <b>2015</b>  | <b>2016</b>         |
| <i>Stichting Ex6 instellingssubsidie</i>         | 304          | 376          |                     |
| <i>Stichting 113  Online Instellingssubsidie</i> | 1.041        | 1.154        | 2.445 <sup>60</sup> |
| Project Landelijke agenda (2014-2015)            | 99           | 198          |                     |
| Project Landelijke agenda (2015-2016)            |              | 103          | 205                 |
| Project Landelijke agenda (2016-2017)            |              |              | 103                 |
| Gatekeeper training                              | 111          |              |                     |
| Supranet   |              |              | 498                 |
| <b>Totaal suïcidepreventie</b>                   | <b>1.555</b> | <b>1.831</b> | <b>3.251</b>        |

<sup>60</sup> Door de fusie wordt sinds 2016 één instellingssubsidie verleend.

### 5.5.8 Financiën

In de VWS-begroting was in 2016 € 4,1 mln. beschikbaar voor de subsidiering van suïcidepreventie. In onderstaande tabel zijn de begrotingsbedragen voor de jaren 2016 tot en met 2021 opgenomen. Voor 2018 zijn er nog geen middelen meegenomen ter coördinatie van een nieuwe landelijke agenda suïcidepreventie (€ 0,3 mln.)

Tabel 24: VWS begroting 2017, artikel 2.2, onderdeel suïcidepreventie

| Begrotingsuitgaven (bedragen x € 1.000) |       |       |       |       |       |       |
|---|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
|   | 2016  | 2017  | 2018  | 2019  | 2020  | 2021  |
| <i>Subsidies</i>                        |       |       |       |       |       |       |
| suïcidepreventie                        | 4.133 | 4.062 | 3.662 | 3.562 | 3.562 | 3.562 |

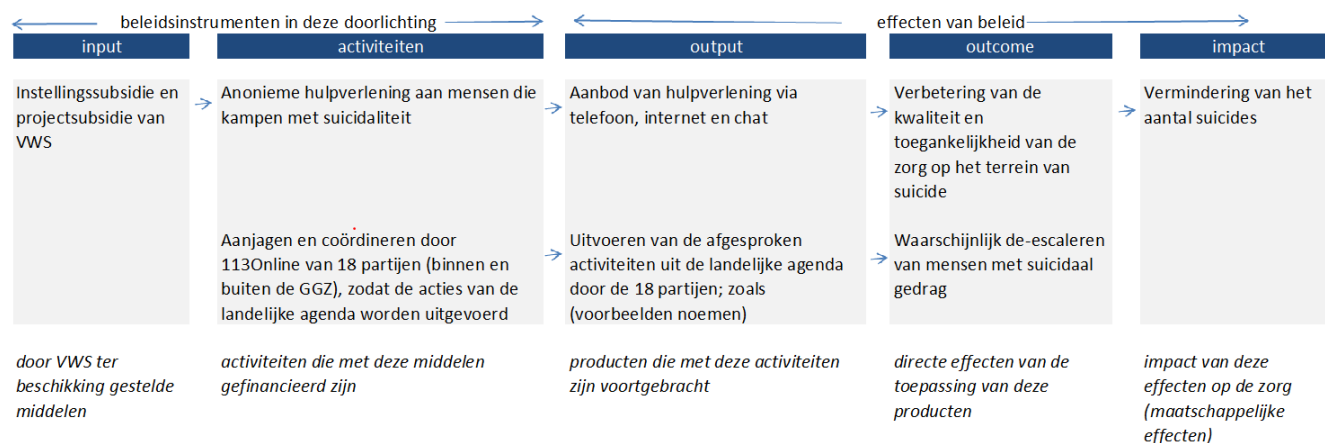
### 5.5.9 Actuele beleidsontwikkelingen

Het ministerie van VWS heeft met ingang van 2016 de instellingssubsidie substantieel verhoogd om meer hulp te kunnen bieden en diens expertisefunctie te kunnen verstevigen. De hoogte van de instellingssubsidie loopt gefaseerd op van € 3,2 miljoen in 2017 tot € 3,5 miljoen in 2019. Het kabinet is van opvatting dat op het terrein van suïcidepreventie verdere intensivering nodig is. Voor dit onderwerp zijn extra middelen in het regeerakkoord vastgelegd

### 5.5.10 Beoordeling doeltreffendheid en doelmatigheid

Mede aan de hand van deze doelboom worden uitspraken gedaan over de doeltreffendheid en doelmatigheid van deze subsidieregeling.

Figuur 9 doelboom subsidie suïcidepreventie



### Doelmatigheid op prestaties

Er is sprake van een goed georganiseerd en beschikbaar aanbod van suïcidepreventie (telefonisch en via internet). Tevens is crisisinterventie goed georganiseerd. Met de stichting zijn afspraken gemaakt over het aantal contacten met suïcidale personen. Het daadwerkelijk voorkomen van suïcide is geen prestatie-indicator. De prestaties zijn in deze beleidsdoorlichting als goed beoordeeld. Of de middelen kostenefficiënt zijn ingezet, kan in deze beleidsdoorlichting geen oordeel worden gegeven.

#### *Doelmatigheid van effecten / doeltreffendheid van beleid*

Uit statistische gegevens blijkt dat in de jaren 2014-2015 de sterke stijging van het aantal suïcides is afgenomen waardoor het aantal suïcides relatief stabiel is te noemen, afgezet tegen de (groei van de) Nederlandse bevolking. Opgemerkt wordt dat een oordeel over een directe relatie tussen de afname van de sterke groei en de inspanningen die zijn gepleegd, zeer complex is en beslist niet één op één te leggen is. De beschikbare documentatie biedt onvoldoende inzicht om een volledig oordeel te geven over het effect in termen van outcome van de subsidie voor suïcidepreventie.

##### *5.5.11 Evaluatie*

De subsidies aan beide stichtingen zijn niet geëvalueerd. Voor zover het om de directe hulpverlening gaat, werkt 113 Zelfmoordpreventie op basis van richtlijnen en standaarden. De overige inzet om suïcide beter bespreekbaar te maken en terug te dringen, is gebaseerd op methoden, technieken en inzichten die als evidence based bekend staan (o.a. Triple Aim).

De activiteiten van de Landelijke Agenda omvatten de preventiemaatregelen die door de WHO en in de internationale wetenschappelijke literatuur als effectief en noodzakelijk worden aangemerkt en waarbij de rol van centrale regie en coördinatie beschouwd wordt als voorwaarde voor succes. Het SUPRANET GGZ programma is gebaseerd op het succes van de Stichting Nederlands Intensive Care Evaluatie (NICE) binnen de algemene ziekenhuizen. SUPRANET Community is gebaseerd op het bewezen effectieve OSPI programma van de European Alliance Against Depression in combinatie met Triple AIM principes van het Institute of Healthcare Improvement.

##### *5.5.12 20% variant*

#### *Het verminderen van de instellingssubsidie met 20%.*

Door de fusie van beide organisaties kan men efficiënter werken. Het is echter niet reël om een besparingsvariant op te voeren omdat in 2015 besloten is de instellingssubsidie aan deze organisatie substantieel te verhogen en dit besluit kon rekenen op breed politiek draagvlak.

Het kabinet is van opvatting dat op het terrein van suïcidepreventie verdere intensivering nodig is. Voor dit onderwerp zijn extra middelen in het regeerakkoord vastgelegd; het doorvoeren van besparingen ligt dan ook niet in de rede.

## 6 Aanpak verspilling in de zorg

In dit hoofdstuk wordt het programma Aanpak verspilling in de zorg behandeld. Dit programma liep van mei 2013 tot 1 oktober 2016.

### 6.1.1 Inleiding

Het bestrijden van verspilling wordt expliciet genoemd in het regeerakkoord van het kabinet-Rutte-Asscher<sup>61</sup> als een van de manieren om de zorgkosten minder te laten stijgen. Het programma Aanpak verspilling in de zorg is onderdeel van een breder pakket aan maatregelen om de zorg betaalbaar te houden, zoals de hervorming van de langdurige zorg en de hoofdlijnenakkoorden in de ziekenhuiszorg.

Verspilling in de zorg is een breed begrip. Van verspilling spreken wij als er zorgkosten worden gemaakt, zonder dat het voor de patiënt iets oplevert. Uit deze formulering blijkt al dat verspilling en ondoelmatigheid dicht bij elkaar liggen en deels samenvallen. Binnen het programma lag de nadruk op zichtbare verspilling. Het aanpakken van verspilling kan een lange adem vergen en in die zin kan het niet los worden gezien van het bredere beleid van VWS dat gericht is op fundamentele en structurele besparingen om de zorg voor de lange termijn van goede kwaliteit, betaalbaar en voor iedereen toegankelijk te houden.

Om erachter te komen waar de verspilling zit, werden burgers en zorgverleners uitgenodigd door de minister van VWS om melding te doen van verspilling in de zorg die zij ervaren.

### 6.1.2 Doelstelling(en)

De missie van het Programma Aanpak verspilling luidde: 'door het tegengaan van verspilling zorgen we er gezamenlijk voor dat zoveel mogelijk mensen en middelen optimaal worden ingezet voor goede zorg'.

### 6.1.3 Werkwijze van het programma

De minister van VWS heeft de Tweede Kamer op 23 mei 2013 geïnformeerd over het Plan van Aanpak verspilling in de Zorg. Dit plan is voortgekomen uit de toezegging tijdens het Algemeen Overleg Geneesmiddelenbeleid van 12 december 2012 en de behandeling van de VWS-begroting voor het jaar 2013. De toezegging betreft ook de oprichting van een landelijk Meldpunt Verspilling; dit Meldpunt vormt onderdeel van het plan van aanpak.

De minister van VWS lanceerde op 25 mei 2013 in het televisieprogramma Kassa het Meldpunt verspilling in de zorg. Er zijn ruim 22.500 meldingen binnengekomen op het Meldpunt verspilling. Het aantal meldingen stimuleerde veertig veldpartijen zoals Patiëntenfederatie Nederland, verschillende beroepsorganisaties en Zorgverzekeraars Nederland om aan te sluiten bij dit programma. Vooral in het begin bestond er veel animo bij burgers en zorgverleners om een verspilling te melden bij het meldpunt. Later nam het aantal meldingen af. Inhoudelijk gezien sneden de later ontvangen meldingen geen nieuwe thema's meer aan.

VWS heeft alle meldingen bestudeerd en daaruit zijn ruim twintig acties geformuleerd. Een deel van de meldingen sloot aan bij reeds lopend VWS-beleid. Een ander deel van de meldingen sloot ook aan bij best practices van zorgverleners. Deze zijn via de website van het programma geëtaleerd om zo een groter bereik te krijgen en zorgverleners op ideeën te brengen hoe een bepaalde vorm van verspilling in de praktijk aan te pakken.

---

<sup>61</sup> 'Bruggen slaan', Regeerakkoord VVD-PvdA, 29 oktober 2012, p.20: "Wij drukken de stijging van de kosten door de hoeveelheid geleverde zorg beter te beheersen, overbehandeling tegen te gaan, stringent pakketbeheer in te voeren, overcapaciteit te verminderen en verspilling te bestrijden."

Het programma is in drie fasen onderverdeeld:

Fase 1: draagvlak creëren onder partijen, het analyseren van meldingen die binnenkwamen op het Meldpunt en het formuleren van acties. In deze fase werd vooral de urgentie door VWS gecreëerd.

Fase 2: inspireren, motiveren, creëren van bewustwording en het realiseren van veranderingen op de werkvloer door o.a. het tot stand komen en uitvoeren van acties samen met deelnemende zorgprofessionals/instellingen. De energie komt van onderop en de rol van koepels en belangenorganisaties is een stuk kleiner. De nadruk ligt op het motiveren tot en bewerkstelligen van veranderingen in het zorgveld.

Fase 3: goede voorbeelden werden opgeschaald naar pilots met meerdere zorgaanbieders, met als doel de goede praktijk te implementeren op meerdere plekken en de effecten te onderzoeken. Bij positieve effecten is er de intentie de werkwijze te implementeren bij alle zorgaanbieders. Deze fase was aan het eind van het programma, 1 oktober 2016, nog niet afgerond. De meeste pilots lopen door tot ver in 2017/2018.

VWS heeft op 16 juni 2015 "de Inspiratiedag 100% Zorg" georganiseerd. Deze dag was het startpunt voor de tweede fase van het programma waarin meer werd samengewerkt met voorlopers onder andere om pilots vorm te geven. Tijdens deze dag waren ruim 350 professionals plus de bewindslieden van VWS en de drie voorzitters waren aanwezig om elkaar te inspireren om verspilling aan te pakken.

In de laatste fase (fase 3), toen de focus meer kwam te liggen op de zorgprofessionals in het veld, is gekozen voor de subsidiering van een aantal pilots door VWS.

Het ging hierbij vooral om de implementatie van een goed voorbeeld of concept bij meerdere zorgaanbieders, waarbij tegelijk door onderzoekers gemonitord wordt wat het oplevert en of het werkt. In zekere zin vormen de pilots een derde fase van het programma, na de opstartfase met stuurgroepen en bewustwordingsfase met zorgaanbieders. De nadruk ligt bij de zes pilots op implementatie.

Gaandeweg het programma heeft dit zich ontwikkeld tot een nieuwe werkwijze vanuit de praktijk, die het ministerie van VWS sindsdien vaker toepast, zoals bij praktijkteams. Het verbeteren van de zorg door en samen met de professionals in de gezondheidszorg leidt tot draagvlak en verspreiding van goede voorbeelden. Met het programma is bewustwording gecreëerd in het veld om met het thema aan de slag te gaan. Dit is vooral te zien aan het aantal goede voorbeelden die op de website stonden en de hierboven genoemde inspiratiedag.

Op de website van het programma ([www.verspillingindezorg.nl](http://www.verspillingindezorg.nl)) konden burgers zich inschrijven voor de nieuwsbrief die ongeveer één keer in de drie maanden werd gepubliceerd. In totaal zijn 12 nieuwsbrieven verstuurd. Op [www.verspillingindezorg.nl](http://www.verspillingindezorg.nl) stonden ook 41 goede voorbeelden, bedoeld om zorgprofessionals te inspireren.

Omdat het programma het einde naderde, is zomer 2016 besloten om het tegengaan van verspilling in te bedden in bestaand beleid. Het meldpunt is toen gesloten voor nieuwe meldingen. Voor het programma betekent het dat de nog lopende acties en de follow-up van de pilots in regulier beleid zullen worden meegenomen.

#### 6.1.4 Betrokken uitvoeringsorganisaties en hun rollen

Het programma werd aangestuurd door een platform en ondersteund door drie stuurgroepen en werkte vanuit de volgende visie: 'Het Programma Aanpak verspilling in de zorg geeft inzicht in waar verspilling plaatsvindt c.q. wordt gevoeld en reikt oplossingen aan waarbij het iedereen die met zorg te maken heeft motiveert om met deze oplossingen aan de slag te gaan en veranderingen te bewerkstelligen.'

Het Programma Aanpak verspilling had drie stuurgroepen voor:

- curatieve zorg;
- langdurige zorg en
- genees- en hulpmiddelen

In deze stuurgroepen hadden ruim dertig veldpartijen zitting<sup>62</sup>.

Elke stuurgroep had een onafhankelijk voorzitter<sup>63</sup>. Zijn rol was het aanjagen van de processen, zo nodig gezamenlijk met de rest van het Platform of de respectievelijke stuurgroep. De projectleiders waren secretaris van de stuurgroepen. Deze manier van werken is gekozen om draagvlak te creëren onder alle partijen in de zorg en gezamenlijk verspilling tegen te gaan.

In het kader van het programma zijn zes subsidies verstrekt, ten behoeve van implementatie, scholing en monitoring en betrokkenheid bij pilots. Hierdoor was het makkelijker voor partijen om de pilot te starten. Dat VWS een initiatief van een zorgaanbieder steunde, hielp soms om andere organisaties over de streep te trekken. VWS kon indien nodig ook meedenken als er obstakels waren en andere veldpartijen te betrekken.

Een formele structuur met drie stuurgroepen waarin alle zorgpartijen zitting hadden, heeft bijgedragen aan het mobiliseren van mankracht. Het heeft de banden versterkt tussen praktijk en beleid, tussen zorgverleners en beleidsambtenaren. Een subsidiebedrag fungeerde als smeermiddel om nieuwe praktijken sneller van de grond te krijgen. Het uiteindelijke doel is dat de nieuwe praktijk – wanneer deze goed blijkt te werken – breder ingang vindt. De monitoring van de effecten en de opvolging door partijen is om die reden belangrijk.

#### 6.1.5 Gevolgen van beleid

Op basis van de meldingen en in overleg met de partners in de stuurgroepen zijn meer dan twintig acties geformuleerd (zie bijlage 7.5).

De resultaten vallen in een aantal categorieën uiteen.

- (i) Er zijn afgeronde acties die hebben geleid tot concrete afspraken en uitkomsten of die in de toekomst tot resultaat leiden.
- (ii) Andere acties zijn in gang gezet en lopen nog. Het gaat om grootschalige pilots en om ondersteuning van initiatieven van zorgaanbieders zelf.
- (iii) Bij geneesmiddelen houden de afzonderlijke acties verband met elkaar en is het geheel meer dan de som der delen. Daarbij is gekozen voor een aanpak bij de bron; meer op maat voorschrijven of afleveren van medicijnen.

##### (i) Afgeronde acties

Een aantal acties heeft geleid tot concrete afspraken. Zo zijn er afspraken gemaakt over de voorschrijfgeregeling met voorschrijvers, apothekers, zorgverzekeraars en patiënten, met uniforme regels rondom de eerste uitgifte van geneesmiddelen en uitgifte van geneesmiddelen in de laatste levensfase. De betrokken partijen hebben aangegeven deze afspraken binnenkort te ondertekenen. Over mobiliteitshulpmiddelen zijn afspraken gemaakt tussen leveranciers onderling en met gemeenten en zorgkantoren zodat gebruikers bij verhuizing hun hulpmiddel kunnen behouden. Om te zorgen dat bij de zorginkoop rekening wordt gehouden met informele zorg hebben partijen concrete aanbevelingen geformuleerd die de komende jaren in de praktijk toegepast moeten worden. Om de regeldruk in de langdurige zorg terug te dringen heeft Vilans een overzicht<sup>64</sup> gemaakt van wettelijke verplichte registratielasten en een toolkit ontwikkeld waarmee zorgteams zelf aan de slag kunnen gaan met het opruimen van onnodige registraties.

<sup>62</sup> zie bijlage 7.4 zijn de leden / betrokken organisaties van de drie stuurgroepen opgenomen.

<sup>63</sup> In eerste instantie zouden er vier deelprojecten zijn, namelijk genees- en hulpmiddelen, curatieve zorg, langdurige zorg en GGZ. Uiteindelijk is het deelproject GGZ geschrapt omdat daarover weinig over werd gemeld.

<sup>64</sup> <http://www.vilans.nl/publicatie-overzicht-verplichte-registraties-langdurende-intramurale-zorg.html>

(ii) In gang gezette acties

Een deel van de acties is in gang gezet en loopt nog door. Het gaat daarbij vooral om pilots die vanuit het programma ondersteund worden. Daarbij wordt een goede praktijk bij een zorgaanbieder overgenomen door circa tien andere aanbieders. Wetenschappelijke onderzoekers monitoren de effecten van de pilot. Doel is landelijke invoering als de resultaten positief zijn. In wezen zijn de pilots een manier om een nieuwe praktijk breder te implementeren.

Alle pilots zijn gestart in 2016. De meeste lopen eind 2017 of begin 2018 af. Dan zullen de resultaten bekend zijn. Wanneer de pilots met de voorlopers slagen, is de volgende stap het opschalen van de pilots naar alle zorginstellingen en verbreding naar andere specialismen. De verwachte resultaten van de pilots zijn:

- In acht ziekenhuizen wordt bij ontslag gewerkt met een «Transfer Interventie Procedure» (TIP) met als doel de overdracht te verbeteren;
- In dertig apotheken wordt gewerkt met apothekersassistenten als farmabuddy voor patiënten in de laatste levensfase zodat minder medicijnen overblijven;
- In vier tot zes ziekenhuizen is voor borstkanker het time-out consult ingevoerd om gedeelde besluitvorming te bevorderen;
- In negen ziekenhuizen kunnen patiënten thuismedicatie gebruiken; in plaats van de medicijnen uit de ziekenhuisapotheek blijven patiënten de medicijnen gebruiken die ze van thuis meenemen. Dit voorkomt medicatiefouten en bevordert therapietrouw.

Andere lopende acties betreffen ondersteuning van verbeteringen door zorgaanbieders zelf. Dit sluit aan bij de vele meldingen die zijn gedaan over de bedrijfsvoering van zorginstellingen. De verantwoordelijkheid voor de aanpak van deze vormen van verspilling ligt in eerste instantie bij zorgaanbieders zelf; zij hebben er immers belang bij dat hun bedrijfsprocessen minder verspillend zijn en leren van elkaar binnen het netwerk van de stichting Lean in de zorg (LidZ). Vilans ondersteunt organisaties in kader van «slim zorgen». Ten aanzien van samenwerking in de keten hebben we met de Federatie van medisch coördinerende centra (FMCC) een werkbezoek georganiseerd met als doel te inspireren en te leren van elkaars ervaringen. Bij de verbetering van de zorginkoop en bij het tegengaan van verspilling van voedsel hebben we gericht ondersteuning geboden. De resultaten van deze ondersteuning zijn dat:

- ruim twintig instellingen voor langdurige zorg via een inkoopdoorlichting hun inkoopfunctie verbeteren;
- ruim 150 instellingen voor langdurige zorg aanzienlijk minder voedsel weg gooien dankzij een masterclass. Dit is een vervolg op een eerdere serie succesvolle masterclasses in de provincie Friesland.

#### 6.1.6 Financieel

In onderstaande tabel zijn de bedragen opgenomen die in de jaren 2013 tot en met 2016 zijn uitgegeven binnen het programma Aanpak verspilling in de zorg. Daarnaast zijn de 'Pilot Meer efficiënte inkoop door zorginstellingen' en 'Pilot Masterclasses tegengaan voedselverspilling' binnen het programma in 2016 gefinancierd voor € 0,5 miljoen. De financiering voor deze programma's was afkomstig van begrotingsartikel 3 uit de VWS-begroting

Tabel 25: Uitgaven ten laste van de VWS begroting artikel 2.2, onderdeel Programma Aanpak verspilling in de zorg

| <b>Begrotingsuitgaven (bedragen x € 1.000)</b> |             |             |             |             |
|--|-------------|-------------|-------------|-------------|
|  | <b>2013</b> | <b>2014</b> | <b>2015</b> | <b>2016</b> |
| Programma Aanpak verspilling in de zorg        | 102         | 190         | 135         | 560         |



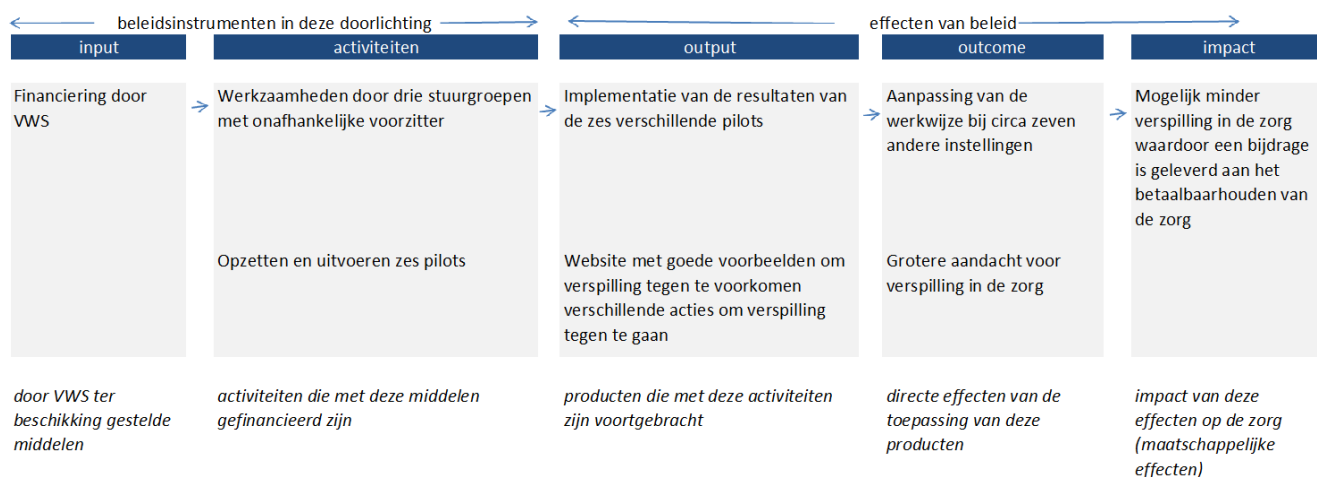
### 6.1.7 Actuele (beleids-)ontwikkelingen

Het programma aanpak verspilling is per 1 oktober 2016 geëindigd.

### 6.1.8 Beoordeling doeltreffendheid en doelmatigheid van beleid

Onderstaand schema geeft de doelboom voor het programma Aanpak verspilling in de zorg weer. Mede aan de hand van deze doelboom worden uitspraken gedaan over de doeltreffendheid en doelmatigheid van dit programma.

Figuur 10 Doelboom voor het programma Aanpak verspilling



De doelstelling van het programma Verspilling in de zorg was het tegengaan van verspilling en daardoor een meer optimale inzet van middelen voor goede zorg. Hierdoor blijft de zorg betaalbaar. Het toenemen van het bewustzijn van het tegengaan van verspilling was eveneens een doel van het programma. Daartoe zijn gerichte acties ingezet.

#### Doelmatigheid op prestaties

In de paragrafen hierboven zijn de belangrijkste activiteiten en resultaten van het programma samengevat. De kwantificering van bovengenoemde resultaten biedt enig inzicht in de financiële effecten van de acties die genoemd zijn in de brief aan de Tweede Kamer over het programma Aanpak verspilling in de zorg<sup>65</sup>. Daarbij moet worden aangetekend dat vanwege de overlap tussen verspilling en ondoelmatigheid de besparingen als gevolg van minder verspilling veelal niet goed apart zijn te onderscheiden. Er zijn veel meldingen binnengekomen waarop (in clusters) acties zijn ingezet. De exacte hoogte is echter niet te duiden, Bovendien zijn vooraf geen gekwantificeerde doelen gesteld. Het ging immers om het in gang zetten van een beweging. Dit is gebeurd.

De gelden van de minister van VWS aan het programma hebben mogelijk als hefboom gewerkt voor investeringen in het voorkomen van verspilling bij partijen. Dat is slechts een indicatie dat de door de minister van VWS ingezette middelen zuinig zijn besteed. Op basis van de beschikbare gegevens kan deze beleidsdoorlichting geen uitspraken doen over de doelmatigheid.

#### Doelmatigheid van effecten

Het programma verspilling is onderdeel van het brede beleid gericht op een doelmatige besteding van middelen. Verspilling is immers een van de manieren om binnen de beschikbare financiële kaders te blijven. De aanpak van verspilling levert daarmee een bijdrage aan de realisatie van de financiële afspraken in de zorgakkoorden over beperking van de groei van de zorguitgaven.

Verspilling in de zorg betekent niet alleen het verspillen van euro's. Het voorkomen van verspilling leidt ertoe dat de zorgverlening aan de patiënt beter kan. Bij de pilots voor het voorkomen van verspilling ging het bijvoorbeeld om:

- verspilling als gevolg van gebrek aan coördinatie bij de overdracht van patiënten bij ontslag uit het ziekenhuis;
- de zorg vanuit de apotheek bij patiënten in de laatste levensfase waarin om te voorkomen dat te veel medicijnen worden meegegeven;

<sup>65</sup> Kamerstukken II, vergaderjaar 2015-2016, 33654, nr. 20.

- het implementeren van 'samen beslissen' bij borstkanker om te verhinderen dat patiënten behandelingen krijgen die ze eigenlijk niet willen;
- het samen optrekken van zorginstellingen bij de inkoop;
- het verminderen van voedselverspilling in zorginstellingen.

Harde data over de bijdrage van dit programma aan het voorkomen van verspilling of de verbetering van de zorgverlening aan de patiënt ontbreken. Daarom kan deze beleidsdoorlichting geen oordeel geven over de doelmatigheid van de effecten.

#### *Doeltreffendheid van beleid*

Overall lijkt het beleid van de minister van VWS doeltreffend te zijn geweest als het gaat om bewustwording en de overall doelstelling van het beleid rondom bewustwording lijkt te zijn behaald. Het programma heeft daadwerkelijk een wezenlijke bijdrage geleverd in het bewust worden van verspilling in de zorg; het onderwerp tegengaan van verspilling is door dit programma op de agenda van zorginstellingen gezet. De betrokkenheid van de sector was groot. Dat blijkt bijvoorbeeld uit het aantal deelnemers en de bijdrage die is geleverd.

#### *6.1.9 Evaluatie*

Er heeft geen externe evaluatie van dit programma plaatsgevonden.

Zoals hierboven is aangegeven heeft de minister van VWS de Tweede Kamer in de jaren 2014 en 2015 schriftelijk geïnformeerd<sup>66</sup> over de voortgang van het programma.

Tevens heeft de minister eind 2016 de Tweede Kamer geïnformeerd<sup>67</sup> over het einde van het programma, de duiding van de effectiviteit van de ingezette financiële middelen van het programma Aanpak verspilling in de zorg, alsmede inzicht in de besparingsagenda.<sup>68</sup>

#### *6.1.10 20% variant*

Het programma is per 1 oktober 2016 afgesloten. Daarom is voor dit onderdeel van de beleidsdoorlichting geen besparingsvariant beschreven.

---

<sup>66</sup> Kamerstukken II, vergaderjaar 2013–2014, 33654, nr. 7 en vergaderjaar 2014–2015, 33654, nr. 13.

<sup>67</sup> Kamerstukken II, vergaderjaar 2015–2016, 33654, nr. 20.

<sup>68</sup> Kamerstukken II, vergaderjaar 2016–2017, 33654, nr. 22.

## 7 Bijlagen

### 7.1 Overzichtstabel artikel 2.2 Toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg

|   | 2015             | 2016             | 2017             | 2018             | 2019             | 2020             | 2021             |
|---|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| <b>2. Toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg</b>                                      | <b>4.324.964</b> | <b>3.925.032</b> | <b>3.468.912</b> | <b>3.147.578</b> | <b>2.826.218</b> | <b>2.930.153</b> | <b>2.993.153</b> |
| <i>Subsidies</i>  | <i>14.224</i>    | <i>20.879</i>    | <i>31.217</i>    | <i>30.067</i>    | <i>29.648</i>    | <i>27.621</i>    | <i>30.621</i>    |
| Sluitende aanpak personen met verward gedrag  | 0                | 1.500            | 14.000           | 14.000           | 14.000           | 14.000           | 14.000           |
| Eerstelijns gezondheidscentra in VINEX-gebieden   | 1.314            | 2.000            | 2.000            | 2.000            | 2.000            | 2.000            | 2.000            |
| Anonieme e-mental health  | 925              | 2.000            | 0                | 0                | 0                | 0                | 0                |
| Vertrouwenspersoon in de ggz  | 6.204            | 6.204            | 6.204            | 6.204            | 6.204            | 6.204            | 6.204            |
| Suïcidepreventie  | 0                | 4.133            | 4.062            | 3.662            | 3.562            | 3.562            | 3.562            |
| Kwaliteitsimpuls apothekers   | 0                | 2.858            | 2.823            | 2.848            | 1.964            | 0                | 0                |
| Overig  | 5.781            | 2.184            | 2.128            | 1.353            | 1.918            | 1.855            | 4.855            |
| <i>Bekostiging</i>  | <i>4.306.800</i> | <i>3.894.089</i> | <i>3.424.884</i> | <i>3.101.784</i> | <i>2.781.183</i> | <i>2.887.784</i> | <i>2.947.784</i> |
| Rijksbijdrage Zorgverzekeringsfonds voor financiering van verzekerden 18-                     | 2.470.800        | 2.508.700        | 2.490.500        | 2.618.400        | 2.748.800        | 2.855.400        | 2.915.400        |
| Rijksbijdrage dempen premie ten gevolgen van HLZ  | 1.804.000        | 1.353.000        | 902.000          | 451.000          | 0                | 0                | 0                |
| Zorg illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen   | 32.000           | 32.389           | 32.384           | 32.384           | 32.383           | 32.384           | 32.384           |
| <i>Opdrachten</i>   | <i>2.670</i>     | <i>8.646</i>     | <i>10.852</i>    | <i>13.800</i>    | <i>13.616</i>    | <i>12.977</i>    | <i>12.977</i>    |
| Uitvoeren visie geneesmiddelen  | 0                | 800              | 2.000            | 2.700            | 2.700            | 2.700            | 2.700            |
| Kwaliteit, veiligheid, doelmatigheid hulpmiddelen   | 0                | 0                | 1.000            | 2.000            | 3.000            | 3.000            | 3.000            |
| Publiekscampagne Depressie  | 0                | 1.000            | 0                | 0                | 0                | 0                | 0                |
| Overig  | 2.670            | 6.846            | 7.852            | 9.100            | 7.916            | 7.277            | 7.277            |
| <i>Bijdragen aan agentschappen</i>  | <i>1.270</i>     | <i>1.406</i>     | <i>1.328</i>     | <i>1.296</i>     | <i>1.140</i>     | <i>1.140</i>     | <i>1.140</i>     |
| CIBG: WPG/GVS/APG   | 1.270            | 1.406            | 1.328            | 1.296            | 1.140            | 1.140            | 1.140            |
| <i>Bijdragen aan ZBO's/RWT's</i>  | <i>0</i>         | <i>12</i>        | <i>631</i>       | <i>631</i>       | <i>631</i>       | <i>631</i>       | <i>631</i>       |
| ZiNL: Uitvoering Compensatie kosten van zorg illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen | 0                | 12               | 631              | 631              | 631              | 631              | 631              |

### 7.2 Overzicht van betrokken organisaties

Het CAK;  
 Academisch Medisch Centrum, Amsterdam;  
 Onze Lieve Vrouwe Gasthuis (OLVG), Amsterdam;  
 VU Medisch Centrum, Amsterdam;  
 Medisch Centrum Haaglanden, Den Haag;  
 Dokters van de Wereld, Amsterdam;  
 Landelijk informatie- en adviespunt over de zorg aan illegalen Lampion, Utrecht;  
 GGZ Nederland.  
 113-online  
 Stichting PVP  
 Stichting FVP

### 7.3 Lijst met afkortingen

|        |  |
|--------|--|
| AWBZ   | Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten                     |
| BAV    | Basisadministratie Volksverzekeringen                    |
| BRP    | Basis Registratie Personen                               |
| CAK    | Centraal Administratie Kantoor                           |
| GGZ    | Geestelijke gezondheidszorg                              |
| IGZ    | Inspectie voor de Gezondheidszorg                        |
| LSFVP  | Landelijke stichting familievertrouwenspersonen          |
| NZa    | Nederlandse Zorgautoriteit                               |
| PVP    | Stichting Patiëntvertrouwenspersonen                     |
| Pvp    | Patiëntvertrouwenspersonen                               |
| RBVZ   | Referentiebestand Verzekerden Zvw                        |
| RPE    | Regeling Periodiek Evaluatieonderzoek                    |
| RNI    | Registratie Niet-Ingezetenen                             |
| SVB    | Sociale Verzekeringsbank                                 |
| UWV    | Uitvoeringsinstituut werknemersverzekeringen             |
| VenJ   | Ministerie van Veiligheid en Justitie                    |
| VWS    | Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport         |
| WBIG   | Wet op de Beroepen in de individuele Gezondheidszorg     |
| Wbopz  | Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen |
| Wlz    | Wet langdurige zorg                                      |
| Wmg    | Wet marktordening gezondheidszorg                        |
| Wmo    | Wet maatschappelijke ondersteuning                       |
| Wpg    | Wet publieke gezondheid                                  |
| Wvvggz | Wetsvoorstel Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg  |
| ZN     | Zorgverzekeraars Nederland                               |
| Zvf    | Zorgverzekeringsfonds                                    |
| Zvw    | Zorgverzekeringswet                                      |

### 7.4 Deelnemers drie stuurgroepen Programma Aanpak verspilling in de zorg

FNV Zorg & Welzijn  
Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)  
Biosimilars en generieke geneesmiddelenindustrie Nederland (BOGIN)  
CAK  
Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ)  
CNV  
Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN)  
Firevaned  
GGZ Nederland  
InEen  
Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)  
Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF)  
Koninklijk Nederlandsche Maatschappij ter bevordering der Geneeskunst (KNMG)  
Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP)  
Landelijk Platform GGz (LPGGz)  
Actiz  
Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU)  
Patiëntenfederatie Nederland  
Nederlandse Zorg Autoriteit (NZa)  
Federatie Medisch Specialisten (FMS)  
Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN)  
Vereniging voor Innovatieve Geneesmiddelen (VIG)  
Vilans  
Mezzo  
Sociaal Werk Nederland  
Nefemed  
Nu'91  
Nederlandse Vereniging van Ziekenhuisapothekers (NVZA)  
SOMT

Verenso  
Zorgverzekeraars Nederland (ZN)  
Ieder(in)  
Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ)  
Zorginstituut Nederland.

## 7.5 Acties Programma Aanpak verspilling in de zorg

- 'Aanpassen van de verpakkingsgrootte'
- 'Prescriptieregeling'
- 'Heruitgifte van medicijnen'
- 'Apotheek als verzamelpunt'
- 'Omruilen mobiliteitshulpmiddelen'
- 'Hergebruik van mobiliteitshulpmiddelen'
- 'Tegengaan registratielasten in de langdurige zorg'
- 'Samenspel formele en informele zorg'
- 'Slim zorgen'
- 'Doelmatige diagnostiek'
- 'Kostenbewustzijn door inkoopvoordelen bij ziekenhuizen'
- 'Kostenbewustzijn medisch specialisten'
- 'Gepaste zorg door afspraken in de zorgketen'
- 'Gepast gebruik Spoedeisende Hulp'
- 'Pilot Doorgebruik thuismedicatie in het ziekenhuis'
- 'Pilot Farmabuddy: Medicijnen laatste levensfase'
- 'Pilot de goede overdracht (TIP)'
- 'Pilot Time-out consult bij borstkanker'
- 'Pilot Meer efficiënte inkoop door zorginstellingen'
- 'Pilot Masterclasses tegengaan voedselverspilling'

## 7.6 Bijdrage derden en stakeholders

De begeleidingscommissie heeft besloten derden en stakeholders actief te benaderen voor deze beleidsdoorlichting. Hierdoor is getracht deze beleidsdoorlichting meer kleuring te geven. Hieronder zijn per thema de reacties van derden / stakeholders opgenomen.

### 1. *De financiering van medisch noodzakelijke zorg aan illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen*

*Wat is medisch noodzakelijke zorg?*

De organisaties<sup>69</sup> die zich bezig houden met de hulp aan onverzekerbare vreemdelingen hebben vermeld dat zorgverleners en zorginstellingen onvoldoende op de hoogte zijn van wat 'medisch noodzakelijke zorg' inhoudt. Daarnaast is door hen geconcludeerd dat in de praktijk sommige zorginstellingen en zorgverleners een enger begrip zijn gaan hanteren: "hoogst noodzakelijke zorg" of "acute zorg".

Bovenstaande kan leiden tot slechtere toegankelijkheid van de zorg. In die situaties bestaat er dan geen toegang tot de medisch noodzakelijke zorg zoals door de wetgever in de Vreemdelingenwet 2000 is vastgelegd en door de commissie Klazinga nader is uitgewerkt.

---

<sup>69</sup> De volgende organisaties hebben gereageerd op deze beleidsdoorlichting: Academisch Medisch Centrum, Amsterdam; OLVG, Amsterdam; VU Medisch Centrum, Amsterdam; Medisch Centrum Haaglanden, Den Haag; Dokters van de Wereld, Amsterdam; Landelijk informatie- en adviespunt over de zorg aan illegalen Lampion, Utrecht; GGZ Nederland.

### *Doelmatigheid op prestaties*

Een aantal organisaties heeft opgemerkt dat zorgvuldige monitoring of de middelen op de juiste wijze besteed worden wenselijk is. De doelgroep van deze bijdrageregeling heeft –zo stellen zij– een diverse achtergrond en leeft in heel verschillende omstandigheden in Nederland. Hierdoor bevinden bepaalde mensen zich in een meer kwetsbare positie dan anderen. Gesteld werd dat met een beter inzicht in wie er declareert en voor welk type en welke hoeveelheid zorg, eventuele oneigenlijke declaraties voorkomen kunnen worden. Op die manier kan het budget naar die personen gaan die de zorg daadwerkelijk nodig hebben en daar ook recht op hebben.

### *Doeltreffendheid van beleid*

De in Nederland verstrekte zorg bestaat uit een (enigszins) beperkt pakket waar men aanspraak op mag maken, namelijk gerelateerd aan het Nederlandse (verzekerde) basispakket van de Zvw en de Wlz.

Deze dekking is –zo wordt gesteld– niet in alle opzichten gelijk aan wat 'medisch noodzakelijke zorg' inhoudt en waar de ongedocumenteerde over zou moeten kunnen beschikken. Zo is mondzorg voor volwassenen (18+) niet of nauwelijks toegankelijk voor de doelgroep van deze regeling vanwege de hoge kosten. Het effect is dat de medisch noodzakelijke zorg niet altijd verleend wordt en de gezondheidstoestand van betrokkene niet verbetert. Tevens werd opgemerkt dat voor toegang tot zorg vaak veel inzet van steunorganisaties nodig is. Zonder die inzet zou het er met de toegang tot de zorg voor deze patiënten een stuk slechter voorstaan. De toegankelijkheid van zorg met de bestaande bijdrageregeling is niet altijd goed geborgd en zal door de voorgestelde aanscherpingen (de besparingsopties) verder in het geding komen.

### *20% besparingsvarianten*

Een aantal organisaties merkt op dat een nadere analyse van de mogelijke gevolgen van genoemde besparingsopties van belang is, maar dan vanuit het perspectief van de gezondheidstoestand van ongedocumenteerden en de toegankelijkheid van zorg in de praktijk. Ook nu al- zo wordt gesteld- worden bepaalde besparingen in de praktijk afgewenteld op het maatschappelijk middenveld, waaronder steunorganisaties of kerkelijke instanties met eigen noodpotjes of inzet van vrijwilligers of de gemeentelijke overheid.

In elke besparingsmaatregel zien deze organisaties risico's voor verminderde toegang tot zorg. In een eventuele nadere monitoring of onderzoek zou niet (alleen) naar kostenbesparing gekeken moeten worden, maar (juist) ook naar de effecten hiervan op de gezondheid en zorg-toegankelijkheid, evenals naar mogelijke (kostenbesparende) alternatieven. Men acht het niet ondenkbaar dat wanneer ziekenhuizen of huisartsen vanwege aanpassingen in vergoedingen teveel uit eigen zak moeten bijdragen er ook meer ongedocumenteerde patiënten geweigerd worden. Dit heeft directe invloed op de toegankelijkheid van zorg voor deze groep personen.

### *Besparingsvariant 1) Uitsluiten van de Wlz-zorg*

Door een aantal ziekenhuizen is opgemerkt dat het vermoedelijke effect zal zijn dat patiënten niet kunnen doorstromen naar passende, aanvullende zorg (neurologische aandoeningen, zoals infarcten en bloedingen), terwijl juist de doorstroom naar verpleeg- of revalidatieinstellingen van groot belang is. Het resulteert in 'verkeerde bed' problematiek; dit is erg kostbaar. Bovendien is het risico reëel dat met een dergelijke maatregel de solidariteit van de instellingen onderling verder onder druk komt te staan. Nu al is immers waarneembaar dat patiënten worden doorgestuurd naar gecontracteerde ziekenhuizen. De meeste vervolginstellingen weigeren genoemde categorie zorgvragers, zodat zeer lange ziekenhuisopnames en onterechte beddenbezetting het gevolg is.

### *Besparingsvariant 2) Aanpassen van de vergoedingspercentages*

De kosten van de verleende zorg worden in eerste instantie getracht bij de onverzekerde te verhalen. Door een aantal ziekenhuizen is opgemerkt dat ziekenhuizen zich maximaal inzetten om de kosten te verhalen op de ongedocumenteerde, maar dat dit complex is (kosten zijn vaak pas achteraf vast te stellen) en ook de nodige (veiligheids-)risico's voor de zorgverleners met zich meebrengt. De poging tot inning leidt meerdere keren per jaar tot grote incidenten (waarbij beveiliging en/of politieondersteuning noodzakelijk is).

Tevens wordt gesteld dat een lager vergoedingspercentage de kosten niet dekt en leidt tot een verschuiving van de kosten naar de zorgaanbieder.

Voorts werd opgemerkt dat de (ongedocumenteerde) personen formeel geen betaalde arbeid mogen verrichten en meestal niet over voldoende geld beschikken om zorgkosten te betalen. Het 'leefgeld' dat sommigen via een kerk of particulier ontvangen is vaak net voldoende voor huisvesting en eten.

### *Besparingsvariant 3) Uitbreiden van de vijf-euro maatregel*

In de steden Amsterdam en Den Haag stelt de gemeente jaarlijks aanzienlijke bedragen beschikbaar om te garanderen dat ook de meest kwetsbare en betalingsonmachtige ongedocumenteerden hun medicatie kunnen krijgen.

In Amsterdam wordt door een aantal steunorganisaties de vijf-euro bijdrage aan een beperkte groep ongedocumenteerden gegeven.

Uitbreiding van deze maatregel (lees: verhoging van de vijf-euro maatregel) zal onder andere leiden tot zorgmijding, het afzien van medicatie, hoge(re) administratieve lasten en op den duur tot hogere kosten elders in de keten, onder meer als gevolg van meer overlast en agressie op straat, of meer dreiging van radicalisering van mensen die psychisch ziek en labiel zijn. Het uitbreiden van de vijf-euro maatregel zal –zo stellen zij– zeker ongewenste effecten hebben. De bereidheid van gemeenten en steunorganisaties om bij te passen is niet oneindig.

### *Besparingsvariant 4) Aanpassen vergoeding huisartsen*

De organisaties die zich bezig houden met de hulp aan onverzekerbare vreemdelingen hebben opgemerkt dat door op de ene plek besparingen te betrachten, dit op andere plekken tot hogere zorgkosten zal leiden. Het korten op de huisartsen zal leiden tot minder bereidheid van huisartsen om zorg in een relatief vroeg stadium te leveren, met als gevolg ernstiger symptomen bij chronische ziektebeelden en meer acute opnames en specialistische consulten.

Dat een huisarts geen verdere administratieve handelingen hoeft te verrichten, te gebruiken voor een aanpassing van de vergoeding, wordt niet realistisch gevonden.

Bovendien duurt een consult vanwege communicatieproblemen met patiënten die geen Nederlands spreken vaak langer. Hierdoor is het stellen van een diagnose en het voorlichten van de patiënt tijdrovend. Ook de oplossing van problemen die een huisarts tegenkomt bij doorverwijzing van de ongedocumenteerde patiënt, bijvoorbeeld omdat geen passende plek wordt gevonden, vergt vaak veel tijd.

## *2. 113-online*

### *Evaluatie*

Vanuit 113-online zelf is onder andere in aanvulling op het rapport/bevindingen opgemerkt dat het effect van anonieme hulpverlening via de crisischat lijn wetenschappelijk is onderzocht. De uitkomsten van dit onderzoek gaf aanleiding tot aanscherping van de gehanteerde protocollen en training van vrijwilligers. De geboden online zelfhulp is gebaseerd op een bewezen effectieve interventie ontwikkeld door de Vrije Universiteit Amsterdam. Interne evaluatie van de uitkomst van de 113-therapieën toont de noodzaak van voldoende capaciteit om tijdig op de (ambivalente en schuwe) hulpvragers te reageren om voortijdige uitval te voorkómen. De activiteiten die op basis van de projectsubsidie Landelijke Agenda suicidepreventie worden uitgevoerd, omvatten de preventiemaatregelen die door de WHO en in de internationale wetenschappelijke literatuur als effectief en noodzakelijk worden aangemerkt en waarbij de rol van centrale regie en coördinatie beschouwd wordt als voorwaarde voor succes. Het SUPRANET GGZ programma is gebaseerd op het succes van de Stichting Nederlands Intensive Care Evaluatie (NICE) binnen de algemene ziekenhuizen. SUPRANET Community is gebaseerd op het bewezen effectieve OSPI programma van de European Alliance Against Depression in combinatie met Triple AIM principes van het Institute of Healthcare Improvement.

## *3. Vertrouwenspersonen in de ggz*

### *Financiën*

De LSFVP heeft opgemerkt het van belang te vinden een onderscheid aan te brengen in begrotingsuitgaven voor de subsidie van patiënten- en familievertrouwenspersonen.

### *Beoordeling doeltreffendheid en doelmatigheid*

De PVP heeft opgemerkt dat de pvp een specifieke, juridisch georiënteerde dienstverlening levert, primair gericht op het bieden van aspecten van rechtsbescherming aan (intramurale) ggz-patiënten die met dwang worden of dreigen te worden geconfronteerd. Vanuit die insteek zou volgens de stichting de doeltreffendheid en doelmatigheid moeten worden beoordeeld.

De stichting geeft ook haar zienswijze op de kansen en belemmeringen om in de toekomst de subsidie doelmatiger en doeltreffender te maken. Deze liggen onder meer op het vlak van samenwerking met andere door het Rijk gefinancierde dienstverleners van vertrouwenswerk in de zorg op onderwerpen zoals ICT en scholing.