

Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

2320

Vragen van de leden **Van den Berg** (CDA), **Westerveld** (GroenLinks) en **Van den Hil** (VVD) aan de Minister voor Langdurige Zorg en Sport over *het sluiten van Emergis* (ingezonden 28 maart 2023).

Antwoord van Minister **Helder** (Langdurige Zorg en Sport) (ontvangen 18 april 2023).

Vraag 1

Kent u het bericht «Deel van autismekliniek Emergis definitief dicht, ondanks zorgen en kritiek» van Omroep Zeeland alsmede de antwoorden op vragen van het lid Van den Berg over het bericht «Emergis krimpt kliniek verder in afdeling autisme van 16 naar 5 bedden»?^{1, 2}

Antwoord 1

Ja, deze zijn bij mij bekend.

Vraag 2

Deel u de mening dat er landelijk overzicht moet zijn van alle klinische ggz-bedden, inclusief alle ambulante plekken?

En deelt u de mening dat er een overzicht moet zijn van alle hoogcomplexe ggz, specialistische ggz en ggz-zorg in combinatie met gehandicaptenzorg? Zo ja, wanneer zijn die overzichten beschikbaar? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 2

Ik vind het belangrijk dat de zorg toegankelijk is voor iedereen die haar nodig heeft. Er moet dus voldoende passende zorg beschikbaar zijn. De zorgverzekeraars kopen deze in en om dat goed en proactief te kunnen doen is inzicht nodig in de vraag naar ggz en het aanbod van ggz. De regiobeelden zijn hiervoor een belangrijk instrument. Daarom hebben we in het Integraal Zorg Akkoord (IZA) afgesproken dat voor iedere zorgkantorregio eind juni een nieuw of herijkt regiobeeld gereed is. In dit regiobeeld wordt o.a. in kaart gebracht worden wat het zorgaanbod en de zorgvraag is. De ggz is daar onderdeel van, net als alle andere zorgsectoren.

¹ Omroep Zeeland, 9 maart 2023, «Deel van autismekliniek Emergis definitief dicht, ondanks zorgen en kritiek» (<https://www.omroepzeeland.nl/nieuws/15412867/deel-van-autismekliniek-emergis-definitief-dicht-ondanks-zorgen-en-kritiek>).

² Documentnummer 2023D12217.

Daarnaast wil ik specifiek meer grip krijgen op de cruciale ggz. Daarom heb ik in het IZA met partijen afgesproken dat het aanbod van cruciale ggz in Nederland in beeld wordt gebracht. Als eerste stap is in december 2022 de handreiking cruciale ggz vastgesteld die een werkdefinitie geeft voor cruciale ggz. Cruciale ggz is ggz die een hoge organisatiegraad heeft, waar een netwerk van samenhangende voorzieningen omheen georganiseerd moet zijn, waar vaak sprake is van een hoog complexe zorgvraag, waar schaarste in kennis of personeel op is en waarbij vaak slechts één of enkele aanbieders dat aanbod bieden in een zorgkantoorregio. Momenteel brengt elke regio aan de hand van een inventarisatiemodel in beeld welk cruciaal ggz aanbod er regionaal, bovenregionaal en landelijk beschikbaar is. De focus ligt daarbij op de Zvw-zorg. Regio's kunnen ervoor kiezen om ook andere domeinen, zoals Wlz, jeugd-ggz of gehandicaptenzorg mee te nemen. De afspraak is dat regio's voor 15 mei bij de Nederlandse ggz aanleveren in hoeverre er in hun regio sprake is van cruciale zorg waar de continuïteit van in het geding is. Deze uitkomsten worden door zorgverzekeraars besproken en betrokken bij de inkoop voor 2024. Vanaf juli a.s. worden de inventarisaties per regio landelijk gebundeld, zodat er een eerste overzicht ontstaat van welk aanbod er is als het gaat om cruciale ggz. Op basis van het overzicht van het aanbod van cruciale zorg en inzicht in de vraag naar cruciale ggz wordt bepaald wat het noodzakelijk zorgaanbod moet zijn en waar dit aanbod het beste georganiseerd kan worden.

Vraag 3

Kunt u een overzicht geven van de ontwikkeling van het landelijk aantal beschikbare intramurale bedden naar ambulante bedden over de laatste tien jaar per regio?

Antwoord 3

De meeste recente cijfers die ik heb over het aantal klinische plekken zijn afkomstig uit de monitoring ambulantisering 2020. Zoals op 15 maart 2021 aan uw Kamer is gecommuniceerd³ was er tussen 2015 en 2019 een afname te zien in klinische capaciteit van 14%, waarvan 1% in 2019. De cijfers zijn niet uitgesplitst naar regio.

In de opvolger van de monitor ambulantisering, de voortgangsrapportage monitor psychische problematiek, wordt niet de capaciteit, maar het gebruik gemonitord.

Deze monitor heb ik op 1 december 2022 met de Kamer gedeeld⁴. Hierin is te zien dat het aantal cliënten dat gebruik maakt van klinische voorzieningen binnen de ggz in de periode 2015 tot en met 2020 is gedaald met 8,7 procent. Voor wat betreft het gebruik van ambulante voorzieningen geldt dat de jaren 2015–2019 telkens een stijging lieten zien van het aantal cliënten die hiervan gebruikmaken. In 2020 daalt dit aantal voor het eerst met 2,7 procent. De COVID-19-pandemie kan invloed hebben gehad op deze daling. In onderstaand figuur uit de voortgangsrapportage monitor psychische problematiek worden de beschikbare cijfers weergegeven.

³ Kamerstuk 25 424, nr. 583.

⁴ Kamerstuk 29 325, nr. 128. Raad te plegen via: Kamerbrief over voortgang maatschappelijke opvang en beschermd wonen | Kamerstuk | Rijksoverheid.nl.

Aantal cliënten in de ggz gefinancierd vanuit de Zvw of Wlz



Figuur 6 Trend in aantal cliënten per echelon in de ggz gefinancierd vanuit de Zvw of Wlz met rechts een uitvergroting voor de klinische setting (bron: Vektis)

Vraag 4

Klopt het dat circa 1,5 procent van het totaal aantal mensen met een ggz-probleem mensen met een Ernstige Psychische Aandoening (EPA) zijn en dat dit percentage de afgelopen jaren vrij constant is gebleven?

Antwoord 4

Vektis, die zich baseert op diagnosedata, geeft aan dat er in 2019 218.200 EPA patiënten waren,⁵ wat neer komt op ongeveer 1,25 procent van de bevolking. In de factsheet geeft Vektis aan dat het aantal EPA patiënten de afgelopen jaren licht is gestegen van 214.000 in 2015 naar 218.200 in 2019. Gezien de demografische ontwikkelingen is het aandeel EPA patiënten in Nederland ongeveer gelijk gebleven.

Vraag 5 en 6

Kunt aangeven hoeveel plekken er voor EPA-patiënten op basis van deze cijfers beschikbaar zouden moeten zijn?

Kunt u aangeven hoeveel bedden er nu voor EPA-patiënten beschikbaar zijn?

Antwoord 5 en 6

Vektis geeft aan dat in 2019 ongeveer 191.500 EPA-patiënten alleen ambulante zorg in de ggz of Wlz ontvingen. Ongeveer 26.700 EPA-patiënten werden minimaal één dag per jaar opgenomen.

Eén bed kan gedurende het jaar voor meerdere patiënten met verschillende zorgbehoeften gebruikt worden en het komt voor dat patiënten een passende behandeling ambulant hebben, maar incidenteel gebruik maken van een intramurale plek (bed). Het is dus niet zo dat er in de ggz per patiëntengroep, zoals de EPA-patiënten, een aantal bedden beschikbaar is. Daarom is hier geen overzicht van te geven. Wel werken de IZA-partijen aan het in beeld krijgen van de aansluiting van vraag en aanbod van zorg in de regiobeelden en heb ik specifieke afspraken gemaakt over cruciale ggz, zoals aangegeven in het antwoord op vraag 2.

Vraag 7

Kunt u aangeven waarom er geen eenduidige definities worden gebruikt in de ggz, aangezien de ene partij spreekt van cruciaal, de andere van hooggespecialiseerd, en de derde van complexe ggz?

⁵ Vektis (2022). Factsheet feiten en cijfers over mensen met een ernstige aandoening. Raad te plegen via: Feiten en cijfers over mensen met een ernstige psychiatrische aandoening | Vektis.nl.

Antwoord 7

Cruciale ggz is een werktitel waaronder in het IZA afspraken zijn gemaakt tussen verschillende partijen. Wat betreft andere termen die gebruikt worden in de ggz, zoals hooggespecialiseerde ggz en complexe ggz, is het goed om aan te geven dat dit verzameltermen van interventies in de zorg zijn die in de praktijk worden gebruikt.

In het IZA is afgesproken dat het aanbod van cruciale ggz wordt geïnventariseerd. We doen dit met behulp van een werkdefinitie die is opgenomen in de handreiking cruciale ggz⁶. Na de inventarisatie wordt bekeken of de definitie moet worden aangescherpt. De insteek bij het begrip cruciale ggz ligt op het kunnen organiseren van die ggz die een complexe organisatiegraad heeft om die zorg te kunnen leveren, waar een netwerk van samenhangende voorzieningen omheen georganiseerd moet zijn, waar vaak sprake is van een hoog complexe zorgvraag, waar schaarste in kennis of personeel op is en vaak slechts één of enkele aanbieders dat aanbod bieden in een zorgkantorregio. Als sprake is van deze combinatie van verschillende factoren, is sprake van een aanbod dat cruciaal is.

Dat aanbod dat door de gezamenlijke partijen (aanbieders en financiers) als cruciaal wordt bestempeld gaat veelal ook over hooggespecialiseerde of hoog complexe ggz. Belangrijk is te benoemen dat wat nu als cruciaal wordt beschouwd door innovaties in de zorg aan verandering onderhevig is en daarmee geen statisch gegeven is.

Vraag 8

Waarom is het niet mogelijk eenduidige terminologie af te spreken en die ook te registeren? Wat heeft u daarvoor nodig?

Antwoord 8

Zoals aangegeven in het antwoord op vraag 7 is cruciale ggz een werktitel waaronder in het IZA afspraken zijn gemaakt. De andere gebruikte termen, zoals hooggespecialiseerde ggz en complexe ggz, zijn verzameltermen van interventies in de zorg die niet bedoeld zijn voor bronregistraties. Partijen hebben met elkaar afgesproken in het IZA om grip en zicht te krijgen op cruciale ggz. Daarvoor worden dan nu ook verschillende stappen gezet, zoals ook beschreven in het antwoord op vraag 2.

Vraag 9

Kunt u aangeven hoeveel praktijkondersteuners huisartsenzorg (POH'ers) er nu actief zijn en daarmee hoeveel capaciteit (in uren) basisggz-zorg beschikbaar is?

Antwoord 9

Cijfers van het Nivel laten zien dat in het najaar van 2021 78 procent van de huisartsenpraktijken een POH-ggz in de praktijk had.⁷ Het aantal consulten bij de POH-ggz was in 2021 172,3 per 1000 ingeschreven patiënten.⁸ Het aantal consulten bij de POH-ggz is de afgelopen jaren gestegen, wat ook zichtbaar is in de uitgaven aan de POH-ggz.⁹ Ik kan niet aangeven hoeveel praktijkondersteuners ggz (POH-ggz) er nu actief zijn in de huisartsenzorg en hoeveel capaciteit basisggz-zorg beschikbaar is, omdat dit niet structureel bijgehouden wordt.

De POH-ggz in de huisartsenpraktijk kan veel lichte psychische zorgvragen zelf behandelen zonder dat patiënten doorverwezen hoeven te worden naar de ggz. In het IZA zijn er tevens afspraken gemaakt om de samenwerking tussen het sociaal domein, de ggz en de huisartsenzorg te verbeteren. Om hiervoor ruimte te creëren binnen de huisartsenzorg, heb ik de NZa verzocht om het maximumaantal uren van de POH-ggz per normpraktijk per 1-1-2024 te verhogen met vier uur, van 12 naar 16 uur per week.

⁶ Handreiking cruciale ggz (2022). Raad te plegen via: Handreiking cruciale ggz voor het goede gesprek en inventarisatie (dejuistezorgopdejuistepiek.nl).

⁷ De praktijkondersteuner huisartsenzorg (POH) in de huisartsenpraktijk: diversiteit en capaciteit, najaar 2021, <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/1004153.pdf>.

⁸ Zorg door de huisarts: Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn: jaarcijfers 2021 en trendcijfers 2017–2021, <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/1004273.pdf>.

⁹ Kerncijfers huisartsenzorg, Nederlandse Zorgautoriteit, <https://www.nza.nl/zorgsectoren/huisartsenzorg/kerncijfers-huisartsenzorg>.

Vraag 10

Bent u bereid met zorgverzekeraars in overleg te gaan om een einde te maken dat iedere ggz-instelling zelf bepaalt welke ggz-zorg zij aanbieden en welke zij weigeren c.q. afstoten, c.q. welke intramurale zorg zij verminderen?

Antwoord 10

Een instelling bepaalt zelf welke zorg zij aanbiedt. Een zorgverzekeraar heeft zorgplicht en koopt zorg in. Ik vind het van belang dat passende zorg toegankelijk is voor de mensen die haar nodig hebben. In het IZA heb ik daarom afspraken gemaakt met zorgpartijen – waaronder de zorgverzekeraars – die er op zijn gericht het aanbod van – en de vraag naar zorg beter op elkaar aan te laten sluiten. Zie ook mijn antwoord op vraag 2.

Vraag 11

Kunt u aangeven wat de huidige stand van zaken is met betrekking tot tarifiering, aangezien het zorgprestatie-model immers in 2022 is ingevoerd zonder voldoende overeenstemming over zorgvraagtypering en zonder toereikende ICT-systemen?

Antwoord 11

Met betrekking tot de tarifiering heb ik uw Kamer op 13 april jongstleden geïnformeerd in de brief over het zorgprestatie-model.¹⁰ Het zorgprestatie-model draagt bij aan reële tarieven voor geleverde zorg, minder administratieve lasten voor behandelaren en ondersteunende afdelingen en een begrijpelijke factuur voor de patiënt. Met de invoering kunnen declaraties ook sneller worden verstuurd en verwerkt dan voorheen, waarmee sneller inzicht ontstaat in de ontwikkeling van de zorgkosten. Daarnaast zorgt het zorgprestatie-model samen met de zorgvraagtypering voor een betere match tussen zorgvraag en -aanbod. Deze zorgvraagtypering is namelijk de «taal» die gebruikt kan worden om de link te kunnen leggen tussen de zorgvraag en het zorggebruik van specifieke groepen patiënten. Die taal is hard nodig, juist zodat er gestuurd kan worden bij het inkopen van voldoende zorg voor complexere patiënten. Dit draagt bij aan een goede ggz, die toegankelijk is voor iedereen die haar nodig heeft. De partijen binnen het programma zorgprestatie-model¹¹ hebben bij de invoering van het zorgprestatie-model hun steun uitgesproken voor het systeem van zorgvraagtypering. Zoals ik ook heb aangegeven in de brief van 13 april jongstleden, blijkt uit een eerste evaluatie dat de invoering van het zorgprestatie-model een grote operatie is (geweest) voor (de backoffices van) de zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Het gereed maken van de elektronische patiëntendossiers (EPD's) bij de zorgaanbieders heeft meer tijd gekost dan verwacht, met name bij de grote zorgaanbieders. Dit leidde ertoe dat aanbieders lange tijd niet hebben kunnen declareren. Inmiddels is deze declaratiestroom wel op gang gekomen. De schattingen zijn dat voor 2022 ongeveer 75% van de verwachte kosten inmiddels is gedeclareerd en uitbetaald. Uit de evaluatie komt ook naar voren dat het zorgprestatie-model brede steun geniet van de betrokken partijen. Het wordt gezien als een verbetering ten opzichte van de dbc-systematiek. Net als ieder bekostigingsmodel kent ook het zorgprestatie-model sterke en zwakke kanten en de evaluatie geeft een aantal concrete aanbevelingen aan partijen. In mijn brief van 13 april jongstleden beschrijf ik hoe deze aanbevelingen worden opgepakt. Zo wordt aanbevolen om de kostendekkendheid van de tarieven te onderzoeken. De NZa is twee kostprijsonderzoeken gestart. Het eerste onderzoek wordt dit jaar uitgevoerd en kan leiden tot een aanpassing van de tarieven voor 2024. Het tweede onderzoek is een nieuw kostenonderzoek om actuele en kostendekkende tarieven te bepalen die per 2026 ingaan. Een andere aanbeveling is om een visie te ontwikkelen op zorgvraagtypering. Deze aanbeveling wordt opgepakt binnen de dooront-

¹⁰ Kamerstuk 25 424, nr. 650.

¹¹ Binnen het programma zorgprestatie-model werken de volgende partijen samen: Zorgverzekeraars Nederland (ZN), Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen & Psychotherapeuten (LVVP), Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), V&VN, Platform MEERGGZ, NZa, Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI), de Nederlandse ggz (dNLggz), Nederlands Instituut van Psychologen (NIP), MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVVP), Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN).

wikkeling van de zorgvraagtypering. Voor deze doorontwikkeling is een adviescommissie zorgvraagtypering ggz opgericht in opdracht van de NZa. Veldpartijen hebben bij de invoering van het zorgprestatie model bestuurlijk afgesproken gezamenlijk verantwoordelijkheid te nemen voor een financieel verantwoorde, zorgvuldige en macroneutrale overgang naar het zorgprestatie model. Om uitvoering te geven aan de afspraken is er in de bekostiging ruimte gecreëerd. Om zorgaanbieders en zorgverzekeraars te ondersteunen bij het maken van financiële transitie-afspraken, heeft de NZa namelijk voor de jaren 2022 en 2023 een transitieprestatie met een vrij tarief geïntroduceerd. Onderdeel van de bestuurlijke afspraken is om deze transitieprestatie te gebruiken om voor iedere individuele ggz instelling zorgvuldig en verantwoord over te laten gaan naar het zorgprestatie model. In verschillende bestuurlijke overleggen die de afgelopen periode tussen de betrokken partijen hebben plaatsgevonden zijn deze eerder gemaakte bestuurlijke afspraken herbevestigd. Ik vind het belangrijk dat de partijen samen deze verantwoordelijkheid blijven nemen, en dat zij steeds meer en beter gebruik maken van de handvatten die het zorgprestatie model daarvoor aanreikt.

Vraag 12

Waar kunnen de cliënten die nu in behandeling zijn bij de autismekliniek van Emergis en nog nadere behandeling nodig hebben na de sluiting naartoe? Zijn er passende vervolgplekken die ook voor ouders te bereizen zijn? Hoe worden cliënten en hun ouders geholpen bij het vinden van een passende vervolgplek?

Antwoord 12

Emergis heeft aangegeven dat cliënten die nog klinische vervolgzorg nodig hebben door Emergis geplaatst kunnen worden binnen de bestaande klinische voorzieningen van Emergis en dat cliënten die over kunnen naar ambulante behandeling deze vanaf medio 2023 bij Emergis krijgen of – als ze van buiten Zeeland komen – in hun eigen regio.