

Vergaderjaar 2020–2021

25 424

Geestelijke gezondheidszorg

Nr. 588

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 13 juli 2021

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft een aantal vragen en opmerkingen voorgelegd aan de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 11 februari 2021 inzake de wachtlijstontwikkeling in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) en de voortgang om met partijen tot afspraken te komen (Kamerstuk 25 424, nr. 581).

De vragen en opmerkingen zijn op 19 februari 2021 aan de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voorgelegd. Bij brief van 12 juli 2021 zijn de vragen beantwoord.

De fungerend voorzitter van de commissie,
Agema

De adjunct-griffier van de commissie,
Heller

I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties	2
II. Reactie van de Staatssecretaris	11

I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties

Vragen en opmerkingen van de VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de brief van MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid met betrekking tot wachttijden in de ggz. Graag willen zij de Staatssecretaris een aantal vragen voorleggen.

De leden van de VVD-fractie lezen in de brief van de Staatssecretaris van 11 februari jl.¹ dat de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) niet kan concluderen dat de ontwikkelingen in het aantal verwijzingen enig effect hebben gehad op de wachttijden in de ggz. De leden van genoemde fractie zijn niet tevreden met de «mogelijke verklaringen» die door de NZa en veldpartijen worden aangedragen. Wat mist de Staatssecretaris aan informatie om goed te kunnen monitoren wat de effecten van een daling van de verwijzingen zijn op de wachttijden in de ggz?

De leden van de VVD-fractie lezen in genoemde Kamerbrief dat de Staatssecretaris landelijke opschaling mogelijk wil maken bij vastgelopen casussen, waarmee de regionale doorzettingsmacht ook landelijk borging krijgt. Hoe wordt de Kamer op de hoogte gehouden van de ontwikkelingen hierover en wanneer moet de doorzettingsmacht uiterlijk gereed zijn?

De leden van de VVD-fractie hebben ook een vraag bij het nieuwe transfermechanisme. Wie is verantwoordelijk voor de patiënt indien deze niet bij de aanbieder naar voorkeur terecht kan? Hoe wordt voorkomen dat iemand van zorgaanbieder naar zorgaanbieder doorverwezen wordt? Wanneer vervalt de aanmeldpauze en hoe wordt dit bepaald?

De motie van de leden Renkema en Regterschot² verzocht de Staatssecretaris te onderzoeken hoeveel extra behandelplaatsen nodig zijn voor mensen met een trauma, pervasieve aandoeningen en persoonlijkheidsproblematiek. De Staatssecretaris schrijft in dit kader dat dit mogelijk gemaakt wordt door aanpassing van de Transparantieregeling. Kan de Staatssecretaris aangeven wanneer hij verwacht de Kamer te kunnen informeren over het aantal extra behandelplaatsen?

Deelt de Staatssecretaris de mening van de leden van de VVD-fractie dat de inzet van de hbo-afgestudeerde toegepast psycholoog kan bijdragen aan het wegwerken van de wachtlijsten in de ggz? Waarom is de toegepast psycholoog niet opgenomen in de lijst van beroepen die in de toekomst tijd mogen schrijven, terwijl ze wel waren opgenomen in het experiment zoals afgesproken in het Hoofdlijnenakkoord GGZ van juli 2018?

Staat de Staatssecretaris nog steeds achter dit akkoord? Zo ja, waarom zijn de toegepast psychologen dan niet opgenomen in de lijst van beroepen die tijd mogen schrijven?

¹ Kamerstuk 25 424, nr. 581.

² Kamerstuk 25 424, nr. 560.

Vragen en opmerkingen van de PVV-fractie

De leden van de PVV-fractie hebben kennisgenomen van de brief van MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid en de brief van de Staatssecretaris van 11 februari jl. over de voortgang van de vervolgaanpak van de wachttijden in de ggz. Genoemde leden hebben daarover nog enkele vragen en opmerkingen.

De leden van de PVV-fractie begrijpen uit de brief van de Staatssecretaris dat het beeld redelijk stabiel is. De gemiddelde wachttijden voor de basis-ggz liggen onder de Treeknorm. Genoemde leden vragen de Staatssecretaris hoe dit zit bij de specialistische-ggz. Deze leden vragen de Staatssecretaris ook hoe het komt dat de gemiddelde aanmeldtijd voor zowel de basis- als de specialistische-ggz boven de Treeknorm ligt. Vanwege de coronasituatie waren er immers over heel 2020 ongeveer 83.000 ggz-verwijzingen minder; dat is een afname van 11–14% ten opzichte van 2019. Hoe kan het dat deze daling geen invloed heeft op de wachttijden?

De leden van de PVV-fractie zijn benieuwd of de Staatssecretaris de mening deelt van MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid dat ggz-overleggen worden doorgeschoven en dat partijen niet op een lijn zitten? Welke invloed heeft de coronasituatie op de voortgang van betreffende overleggen?

De leden van de PVV-fractie hebben al eens gepleit voor een intakeplicht bij de ggz en vragen hier opnieuw aandacht voor. Hiermee bedoelen deze leden geen opnameplicht, maar een intakeplicht binnen vier weken na aanmelding waarbij een eerste diagnose met behandelplan wordt vastgesteld en vervolgens een behandellocatie wordt bepaald. Dit schept duidelijkheid en voorkomt dat patiënten tussen wal en schip vallen. Graag krijgen deze leden hierop een nieuwe reactie van de Staatssecretaris.

De leden van de PVV-fractie begrijpen niet waarom het nog steeds niet inzichtelijk is wie bij welke ggz-instelling(en) op een wachtlijst staat. Het aantal dubbele aanmeldingen draagt niet bij aan het overzicht van de problematiek. Waarom moet het tot 1 januari 2022 duren voordat dit is opgelost? Is het niet logisch om dit eerst voortvarend op te pakken?

Tot slot vragen de leden van de PVV-fractie om een overzicht van alle ingezette acties de afgelopen vier jaar om de wachttijden in de ggz aan te pakken, welke resultaten dit heeft opgeleverd en welke acties en resultaten de Staatssecretaris als succesvol beschouwt (en waarom).

Vragen en opmerkingen van de CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie maken graag van de gelegenheid gebruik enkele aanvullende en verduidelijkende vragen te stellen over de wachtlijsten in de ggz. Dit mede naar aanleiding van de verontrustende brief van MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid.

De Staatssecretaris heeft op 11 februari jl. een brief naar de Kamer gestuurd over de wachtlijsten in de ggz. Daarin schetst hij een beeld dat veel gelijkenissen vertoont met voorgaande analyses. Bij vier hoofd Diagnosegroepen overschrijdt de totale gemiddelde wachttijd de Treeknorm van 14 weken. Het betreft aandachtstskort- en gedragsstoornissen, angststoornissen, persoonlijkheidsstoornissen en pervasieve stoornissen. De leden van de CDA-fractie vinden dit een verontrustend beeld, want bij psychiatrische ziektebeelden is al jaren een redelijk stabiele overschrijding van de Treeknormen. Kan de Staatssecretaris verklaren waarom dit beeld

al jarenlang zo is? Hoe komt het toch dat al jaren juist deze stoornissen steeds buiten de Treeknormen vallen?

Vanaf begin dit jaar zijn zorgaanbieders in de ggz op basis van de aangepaste Transparantieregeling verplicht om naast hun wachttijden het aantal wachtenden periodiek door te geven. De leden van de CDA-fractie vinden dit een goede ontwikkeling, maar vragen de Staatssecretaris tevens of de gegevens die hiermee worden opgevraagd ook inzicht gaan geven in de groep lang wachtenden met dubbelproblematiek. Vindt de Staatssecretaris dat er voldoende inzicht is in deze doelgroep en de wachttijd? Dit omdat deze groep behoefte heeft aan zeer specialistische ggz-zorg of aan ggz-zorg die uit meerdere disciplines bestaat (bijvoorbeeld bij een posttraumatisch stresssyndroom en angststoornissen)?

De Staatssecretaris heeft het plan van aanpak wachttijden 2021 van de landelijke stuurgroep wachttijden bijgevoegd aan zijn brief. Onderdeel van dit plan is dat eind maart 2021 in elke regio waar de Treeknorm voor de totale wachttijd wordt overschreden een transfermechanisme operationeel moet zijn.

De leden van de CDA-fractie vragen wat in dit kader precies het verschil is met doorzettingsmacht. Kan de Staatssecretaris dit toelichten? Kan hij ook toelichten wat dit concreet gaat betekenen voor de mensen op de wachtlijst? Hoe gaat het met de huidige overlegtafels? Worden deze stopgezet? MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid stelt dat ondanks alle inspanningen in met name in het afgelopen halfjaar, er nog te weinig perspectief is voor duizenden mensen. Zij moeten veel te lang wachten op ggz-zorg. Deelt hij deze zienswijze? Kan hij zijn antwoord toelichten?

De Staatssecretaris geeft aan dat in de door de stuurgroep gemaakte afspraken ook de betrokkenheid van huisartsenorganisaties, het sociaal domein en vrijevestigden is voorzien. Kan de Staatssecretaris dit nader toelichten en met name ingaan op het resultaat waar deze groepen zich aan committeren? Dit omdat de Staatssecretaris het volgende in genoemde brief schrijft: «het gedeelde beeld van hoe regionale doorzettingsmacht eruit zou moeten zien, is dat van een proces waarbij alle partijen zich samen committeren aan het vinden van passende zorg voor cliënten, via een opschalingsmodel.» Dit betekent dat er enkel procescommitment is, terwijl dit er toch al was? De leden van de CDA-fractie zijn sceptisch of er resultaten geboekt gaan worden, mede omdat al jaren wordt gesproken over wachtlijsten en de deze – ondanks minder instroom door corona – niet zijn afgenomen.

In genoemde Kamerbrief gaf de Staatssecretaris aan dat er dertig wachtenden geholpen worden en/of onder behandeling zijn. Hoeveel wachtenden zijn er nu – met behulp van de regiotafels of via andere vormen van overleg – van deze wachtlijst af?

In de acht regio's met de langste wachttijden zijn in oktober versnellers van start gegaan om de aanpak van de wachttijden vlot te trekken. Deze versnellers zijn in beginsel aangesteld voor een half jaar, met de mogelijkheid op een half jaar verlenging. Voor het laatste kwartaal van 2020 en het eerste kwartaal van 2021 zijn concrete resultaatdoelen geformuleerd. MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid constateert dat in de meeste regio's vooruitgang wordt geboekt en constateert tegelijkertijd dat de resultaatdoelen voor het laatste kwartaal 2020 slechts gedeeltelijk zijn gehaald. MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid stelt verder dat partijen in de regio's het moeilijk vinden om zich in gezamenlijkheid te verbinden aan concrete, meetbare resultaten en hiervoor ook eigen

verantwoordelijkheid te nemen. Deelt de Staatssecretaris deze zienswijze? Zo ja, waarom is dit zo? Zo nee, waarom niet? Kan de Staatssecretaris toelichten welk deel van de resultaatdoelen gehaald zijn en welk deel niet? De leden van de CDA-fractie lezen over het transfermechanisme, doorzettingsmacht, regiotafels en meer van dit soort zaken. Genoemde leden vragen de Staatssecretaris of alle plannen zich tot elkaar verhouden. Deze leden merken op dat het zo lijkt dat van het ene naar het andere plan wordt overgestapt, zonder dat doelstellingen gehaald zijn of plannen afgerond worden.

Patiënten worden door zorgaanbieders actief gewezen op de mogelijkheid om ergens anders sneller in behandeling te komen, het transfermechanisme. De leden van de CDA-fractie vragen de Staatssecretaris of dit nieuw beleid is, omdat genoemde leden veronderstellen dat dit beleid al jaren gangbaar was. Gaat deze aanpak werken voor de vier hoofddiagnosegroepen die zich al lange tijd buiten de Treeknormen bevinden? In hoeverre sturen zorgverzekeraars hier nu op bij de zorginkoop?

Voor de diagnosegroepen waarop de Treeknormen worden overschreden, worden aanmeldpauzes ingesteld. Betekent dit dat er spoedig aanmeldpauzes ingesteld gaan worden, gelet op wat de Staatssecretaris schrijft op de eerste bladzijde van zijn Kamerbrief?

Uit het onderzoek van de Algemene Rekenkamer van vorig jaar over de wachttijden in de ggz kwam naar voren dat zorgaanbieders vooral investeren in lichtere ggz-zorg. In welke mate sturen zorgverzekeraars bij de zorginkoop op deze conclusie van de Algemene Rekenkamer? In hoeverre motiveren zorgverzekeraars zorgaanbieders om meer zwaardere zorg te leveren?

In genoemde Kamerbrief wordt gesteld dat de betrokken partijen een mandaat overeenkomen waarmee de Staatssecretaris – op basis van beschikbare informatie en professioneel advies – een bindende uitspraak kan doen over waar een passende plek geboden moet worden. Voor personen die in het reguliere zorgsysteem zijn vastgelopen, wordt zo zorgaanbod gegarandeerd. De leden van de CDA-fractie vinden het enerzijds positief dat de Staatssecretaris ver wil gaan om problematisch lang wachtenden te helpen een passende plek te krijgen. Genoemde leden vragen de Staatssecretaris tegelijkertijd wat het zegt over het systeem als zorgaanbieders er onderling niet (meer) uitkomen. Klopt deze zienswijze? Deze leden ontvangen op dit punt graag een uitgebreide reactie van de Staatssecretaris.

Vragen en opmerkingen van de D66-fractie

Algemeen

De leden van de D66-fractie hebben kennisgenomen van de Kamerbrief over de voortgang van de aanpak van de wachttijden in de ggz en het Actieplan Wachttijden 2021. Genoemde leden vinden het van groot belang dat mensen die zorg nodig hebben, deze zorg ook zo snel mogelijk aangeboden krijgen. Deze leden constateren dat reeds vanaf 2017 gesproken wordt over dit thema, maar vinden het noemenswaardig dat er vanuit de stuurgroep nu een actieplan ligt. Genoemde leden hebben in dit verband nog verschillende vragen.

Actieplan Wachttijden 2021

De leden van de D66-fractie vinden het noemenswaardig dat er vanuit de stuurgroep wachttijden vele duidelijke actiepunten zijn gekomen en dat deze nu in het Actieplan Wachttijden 2021 staan. Kan de Staatssecretaris nader ingaan op zijn opmerking in zijn brief dat hij «nu echt gemotiveerde partijen ziet die een gevoel van urgentie delen»? Wat is volgens de Staatssecretaris de reden dat dit nu wel is gelukt en bij eerdere overleggen, die in 2017 zijn gestart, niet? Welke lessen kunnen daaruit getrokken worden, indien bijvoorbeeld een nieuw hoofdlijnenakkoord wordt gesloten?

De leden van de D66-fractie vragen de Staatssecretaris om aan te geven of hij bereid is maandelijks de Kamer op de hoogte te brengen van de voortgang van dit actieplan? Er staan immers duidelijke maandelijks deadlines in. Wordt dit actieplan ook actief gemonitord door de NZa en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ)?

De leden van de D66-fractie vragen op welke manier wordt voorkomen dat een patiënt weer terugvalt na een traject in de ggz. Deze leden benadrukken het belang van nazorg. Door goede nazorg kan immers een tweede traject vermeden worden, wat weer een positief effect heeft op de wachttijden. Kan de Staatssecretaris toelichten welke nazorgmaatregelen op dit moment worden genomen? Kan de Staatssecretaris tevens toelichten in hoeverre deze maatregelen de doelgroep bereiken?

De leden van de D66-fractie lezen dat er in het afgelopen jaar naar schatting 80.000 minder verwijzingen naar de ggz hebben plaatsgevonden dan verwacht. Deze leden benadrukken dat er hierdoor voor de toekomst een extra toestroom naar de ggz dreigt en dat het daarom noodzakelijk is dat snel resultaten worden geboekt rondom de aanpak van wachttijden. Dit gelet op het feit dat de wachttijden ondanks het verminderde aantal verwijzingen niet zijn gedaald en de gemiddelde aanmeldwachttijd de Treeknorm overschrijdt in zowel de basis-ggz als de specialistische ggz voor elke hoofddiagnosegroep. Leiden deze conclusies volgens de Staatssecretaris niet tot een aanscherping van de maatregelen? De leden van de D66-fractie zijn daarnaast benieuwd of tijdelijk aanvullende maatregelen genomen gaan worden in de komende periode bovenop het ingezette actieplan? Zo ja, om welke maatregelen gaat het?

De leden van de D66-fractie lezen in het Actieplan Wachttijden 2021 (actiepunt 10) dat er meer focus komt op preventie, zodat de instroom in de ggz structureel verlaagd kan worden. Genoemde leden steunen het idee van de stuurgroep om meer aandacht te besteden aan preventie. Deze leden vragen of de Staatssecretaris, naast de adviezen van de stuurgroep, ook zelf initiatieven ontplooit om de focus op preventie te versterken? Wat is de status van de ggz-visie die reeds voor de zomer is aangekondigd?

De aanpassing van de Transparantieregeling

De leden van de D66-fractie merken op dat vanaf 1 januari 2022 inzicht beschikbaar is in het aantal uniek wachtenden. Waarom kan dit niet eerder? Genoemde leden lezen namelijk ook dat in het actieplan staat dat de doelstelling is om eind maart 2021 al binnen het transfermechanisme gegevens over het (uniek)aantal wachtenden en hun zorgvraag uit te wisselen. Hoe verhoudt de streefdatum van 1 januari 2022 met de ambities in dit actieplan? Kan de Staatssecretaris reeds een schatting maken hoeveel procent van de wachtenden nu dubbel of onnodig op een wachtlijst staan, gezien het feit dat er al pilots zijn geweest die dit

probleem in kaart hebben gebracht? De leden van de D66-fractie vragen zich af hoe de aanpassing van de transparantieregeling wordt gekoppeld met de website kiezenindeggz.nl. Deze leden kunnen zich voorstellen dat er extra administratieve handelingen worden gevraagd van aanbieders. Deze leden denken dat het verstandig is deze direct te koppelen aan kiezenindeggz.nl, omdat dit maximale transparantie geeft richting patiënten, cliënten en verwijzers.

De opzet van transfermechanismen

De leden van de D66-fractie lezen over het idee om de aanbieders met de grootste overschrijding van de Treeknorm in de regio het voortouw te laten nemen in het transfermechanisme. Biedt de website kiezenindeggz.nl genoeg betrouwbare informatie om dit vast te stellen? In het actieplan lezen deze leden dat de stuurgroep eind januari / begin februari de voortgang rapporteert over deze aanbieders aan de Staatssecretaris. Is de Staatssecretaris bereid deze voortgang te delen met de Kamer?

De leden van de D66-fractie constateren dat door de stuurgroep vastgestelde – en bindende – afspraken worden opgezet. Kan de Staatssecretaris uitleggen waarom deze afspraken bindend zijn? Wat zijn de gevolgen van het niet nakomen van deze afspraken?

De leden van de D66-fractie lezen over de aanmeldpauze en dat aanbieders – voor de diagnosegroepen waarbij de Treeknorm wordt overschreden – in dit geval geen extra patiënten mogen aannemen. Dit is vooral een kortetermijnoplossing die goed in kaart brengt dat er alternatieve aanbieders zijn. Wordt er actief gecommuniceerd richting patiënten en cliënten welke aanbieders dit betreft, bijvoorbeeld via de website kiezenindeggz.nl? Wat wordt gedaan in een situatie waar dit geldt voor alle (grote) aanbieders in een regio? Met name omdat er regio's zijn waar de Treeknorm aanzienlijk wordt overschreden. Wat is de positie van zorgverzekeraars in dezen, aangezien zij zorgplicht hebben voor deze patiënten?

De leden van de D66-fractie vragen de Staatssecretaris of het wenselijk is om, in een situatie waarbij veel aanbieders in een regio een aanmeldpauze hebben, een regionale en centrale wachtlijst te hebben? Immers, in een situatie dat veel of alle aanbieders een aanmeldpauze hebben in een regio, kan een patiënt/cliënt ook niet op een wachtlijst komen. Dit kan extra onzekerheid geven voor de patiënten/cliënten en het zicht op het aantal wachtenden is dan afwezig.

De leden van de D66-fractie lezen in het actieplan dat medio februari beoordeeld wordt of de ontwikkeling van de regionale transfermechanismen snel genoeg gaan. Kan de Staatssecretaris deze beoordeling de Kamer doen toekomen?

De uitbreiding van de stuurgroep

De leden van de D66-fractie lezen voorts dat de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) de uitvoering van het Actieplan Wachttijden 2021 actief volgt en daar waar van toepassing actief bijdraagt. Deze leden achten de samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars van cruciaal belang in de aanpak van wachttijden. De leden van de D66-fractie vragen zich af waarom de VNG nog geen volwaardig lid is van de stuurgroep. Is de Staatssecretaris voornemens om samen met de VNG te kijken of zij een grotere rol kunnen spelen?

Regionale doorzettingsmacht

De leden van de D66-fractie waarderen dat actief wordt gezocht naar een oplossing voor een regionale doorzettingsmacht. Genoemde leden constateren wel dat dit al in het Regeerakkoord 2017 stond en dat hier meerdere moties over zijn ingediend.³ Deze leden lezen dat ervoor gekozen is om in uiterste gevallen casuïstiek door te geleiden naar de bewindspersoon die gaat over de ggz. Geldt hier een juridische grondslag voor? Op basis van welke wetgeving of regeling is dit besloten? Waarom is er niet voor gekozen om deze mogelijkheid te geven aan (de grootste) zorgverzekeraar in de regio, omdat zij wettelijk gezien de zorgplicht hebben? Hoe wordt de patiënt/cliënt die dit betreft geïnformeerd dat zijn/haar casus is doorgestuurd naar het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport? Op welke wijze wordt de privacy van deze patiënt gewaarborgd? Wanneer is hier meer duidelijkheid over?

Overig

De leden van de D66-fractie lezen op welke wijze de Staatssecretaris invulling wil geven aan de motie Renkema en Regterschot over de extra benodigde behandelplaatsen. De Staatssecretaris geeft aan dat het in het kader van de uitvoering van deze motie van belang is dat trauma- en stressgerelateerde stoornissen niet langer onder de diagnosehoofdgroep angststoornissen vallen, maar dat ze een aparte groep gaan vormen. Kan de Staatssecretaris toelichten waarom dit nodig is? Ziet de Staatssecretaris ook nadelen aan het toevoegen van een extra diagnosegroep? Kan de Staatssecretaris tevens toelichten wanneer er inzicht komt in de behandeltekorten?

Vragen en opmerkingen van de GroenLinks-fractie

De leden van de GroenLinks-fractie hebben met veel belangstelling kennisgenomen van de aanpak wachttijden in de ggz en de laatste cijfers van de NZa. Daaruit blijkt onder meer dat de wachttijden stabiel blijven, oftewel, even slecht. Genoemde leden vinden dit een treurige constatering gezien de hoeveelheid leed die hier vaak achter schuilgaat. Bovendien constateren deze leden dat binnen de huidige kaders van het stelsel weinig verbeteringen zijn behaald. Kan de Staatssecretaris een grafiek met de Kamer delen betreffende het verloop van de wachttijden sinds de eerste meting deze kabinetsperiode? Tevens vragen genoemde leden wat volgens de Staatssecretaris zijn grootste wapenfeit is geweest op dit dossier? Zijn er op het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport de afgelopen vier jaar plannen gemaakt of voorbereidingen getroffen om (naast de bekostigingssystematiek) een stelselwijziging in de ggz in te voeren met het oog de wachttijden te verkorten? Kan de Staatssecretaris in hoofdlijnen de verschillende denkrichtingen met de Kamer delen? Welke boodschap wil de Staatssecretaris op persoonlijke titel de politiek meegeven tijdens de aanstaande formatie betreffende de ggz?

De leden van de GroenLinks-fractie ontvangen dagelijks berichten van patiënten die op een wachtlijst staan, niet in aanmerking komen voor een crisisplek, of waarvan dak- en thuisloosheid dreigt. Zodoende vragen genoemde leden hoe het staat met de uitvoering van de aangenomen motie van het lid Klaver⁴? Is al een inventarisatie gedaan bij alle grote ggz-instellingen in Nederland over mogelijke tekorten en ontvangt de Staatssecretaris ook signalen dat de druk van acute ggz verlicht kan

³ Kamerstuk 25 424, nr. 509.

⁴ Kamerstuk 25 295, nr. 923.

worden als er veel betere doorstroom is? Wat is het tijdspad van de uitvoering van de motie?

De leden van de GroenLinks-fractie constateren dat het kabinet op de valreep nog vorm geeft aan de noodoplossing «regionale doorzettingmacht». Dat is mooi, maar om dit proces vorm te geven wordt gebruik gemaakt van een set werkafspraken. Wil dit zeggen dat «regionale doorzettingmacht» en «opschalingsniveau naar de bewindspersoon Volksgezondheid, Welzijn en Sport» binnen het huidige stelsel zonder additionele wetswijzigingen kan? Zo ja, waarom heeft het zo lang geduurd voordat hier een eerste stap in wordt gezet? Zo nee, waarom wordt in de Kamerbrief niet gerept over voorbereiding van wet- en regelgeving?

Tot slot willen de leden van de GroenLinks-fractie meer inzicht krijgen in de macrokosten van ons ggz-stelsel. Kan de Staatssecretaris met de Kamer delen welk aandeel van de totale VWS-begroting, en in absolute kosten (in miljarden), sinds het begin van de eeuwwisseling naar de ggz is gegaan? Hoeveel procent van de dag besteden zorgverleners in de ggz hun tijd aan administratie, registratie en bureaucratie in de ggz, volgens de laatste cijfers?

Vragen en opmerkingen van de SP-fractie

De leden van de SP-fractie hebben met betrekking tot de wachttijden in de ggz onderstaande opmerkingen en vragen.

De leden van de SP-fractie hebben al vele malen hun zorgen geuit met betrekking tot de te lange wachttijden/wachtlijsten in de ggz. Een wachttijd van soms vele maanden is echt onacceptabel; helaas zijn de vorderingen tot op heden volstrekt onvoldoende. Deze zorgen van genoemde leden worden telkens bevestigd in de verschillende voortgangsrapportages die naar de Kamer worden gestuurd en ook de laatste voortgangsbrief schetst geen hoopvol beeld. De leden van de SP-fractie vragen de Staatssecretaris naar de meest actuele cijfers als het gaat om wachtlijsten in de ggz. Hoeveel mensen staan nu precies op de wachtlijsten en hoe lang zijn de wachttijden per aandoening? Is het nog steeds zo dat mensen met de ernstigste problematiek het langst moeten wachten op zorg? Welke invloeden dan wel gevolgen hebben de tot op heden genomen acties gehad op deze wachttijden? Zijn de invloeden van individuele maatregelen in beeld te brengen? Zo ja, welke ingezette acties blijken succesvol en welke blijken tot op heden niet succesvol te zijn? Is de indruk van de leden van de SP-fractie correct dat de acties tot op heden helaas nog steeds absoluut onvoldoende zijn en dat aanvullende acties dringend gewenst zijn?

Aangegeven is dat de ontwikkelingen in de wachttijden (vooral in coronatijd) samen worden geadresseerd met de NZa en in overleg met ggz-partijen. Door MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid wordt echter gesteld dat de verschillende betrokken partijen (momenteel) niet op één lijn zitten. Dit verbaast de leden van de SP-fractie zeer, het is immers een probleem dat al gedurende langere tijd speelt en enkel verbreed is door de coronacrisis. Kan de Staatssecretaris aangeven op welke punten de partijen op dit moment inhoudelijk niet op één lijn zitten? Kan hij aangeven welk effect dit «niet op één lijn zitten» precies heeft aangaande de wachtlijstproblematiek? De leden van de SP-fractie wachten op de door de Staatssecretaris aangekondigde visie over het zorglandschap van de ggz. Wanneer kunnen deze leden deze visie precies verwachten? In hoeverre wordt in deze visie één inhoudelijke lijn geschetst waar alle relevante partijen achter (dienen te) staan als het gaat om de wachttijdproblematiek?

Tevens vragen de leden van de SP-fractie om een uitgebreid overzicht van de betrokken partijen bij de aanpak van de wachtlijsten in de ggz, welke overleggen op welke onderwerpen er op korte termijn gaan plaatsvinden en wanneer genoemde leden concrete vervolgacties kunnen verwachten? Klopt de constatering van MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid dat veel overleggen zijn doorgeschoven van januari naar maart? Zo ja, waarom is daarvoor gekozen?

Wat zijn tot op heden precies de ervaringen en resultaten met betrekking tot het akkoord dat is gesloten tussen Zorgverzekeraars Nederland en ggz-instellingen? Daarnaast vragen de leden van de SP-fractie hoeveel ggz-instellingen in 2020 hun budgetplafond hebben bereikt dan wel overschreden? Hoe wordt daarnaast het probleem opgelost dat behandelaren ertoe geneigd zijn eerder relatief eenvoudige problematiek op te pakken dan ingewikkeldere casuïstiek, vanwege verkeerde financiële prikkels en marktwerking in de ggz? Hoe wordt deze mismatch tussen vraag en aanbod opgelost?

Vragen en opmerkingen van de ChristenUnie-fractie

De leden van de ChristenUnie-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de brief van de Staatssecretaris over de aanpak van de wachttijden in de ggz en het bijbehorende actieplan 2021 van de landelijke stuurgroep wachttijden. Deze leden bedanken de Staatssecretaris voor zijn betrokkenheid en inzet de afgelopen jaren voor de ggz.

De leden van de ChristenUnie-fractie zijn het met de Staatssecretaris eens dat de samenwerking tussen partijen om de wachttijden in de ggz terug te dringen ten positieve is veranderd en is geïntensiveerd. De gezamenlijke afspraken die voor 2021 zijn gemaakt, zijn hard nodig om de wachttijden terug te dringen. Deze zijn ondanks de goede stappen nog veel te hoog. Genoemde leden vinden het belangrijk dat de afspraken zo goed mogelijk worden nagekomen, dat wordt ingegrepen als de voortgang achterblijft en dat de instroom in de ggz zoveel mogelijk wordt voorkomen. Deze leden hebben daarom enkele vragen.

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen de Staatssecretaris om met de stuurgroep tijdig een beslissing te nemen over de vervolgaanpak in acht probleemregio's, zodat de versnellers hun inzet niet onnodig hoeven te pauzeren. Genoemde leden willen onderstrepen dat bij een beslissing over het vervolg ook moet worden afgewogen of het ingrijpen van toezichthouders als de NZa of de IGJ wellicht meer de aangewezen weg is om voortgang te boeken. Deze leden vragen daarnaast aandacht voor de voortgang in andere regio's waar wachttijden een structureel probleem zijn. Kunnen deze versnellers ook in andere regio's worden ingezet?

De leden van de ChristenUnie-fractie zijn samen met de Staatssecretaris positief gestemd dat overeenstemming is bereikt over de hoofdlijnen van een regionale doorzettingsmacht. Genoemde leden dringen aan op een zo spoedig mogelijke uitwerking van de afspraken. Welke instrumenten heeft het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport om de partijen aan de afspraken te houden, behalve hen aanspreken wanneer afspraken niet worden nagekomen?

De leden van de ChristenUnie-fractie vinden een goede samenwerking van de ggz met gemeenten en het sociaal domein van groot belang als het gaat om de wachttijden in de ggz, omdat dit de structurele druk op de ggz kan doen afnemen. Is de Staatssecretaris bereid om met de VNG in gesprek te gaan over een groter commitment van de VNG bij de aanpak van wachttijden in de ggz?

Hoe beoordeelt de Staatssecretaris de voortgang in de samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars ten behoeve van de ggz-doelgroep en de inbreng van cliëntperspectief daarbij? Wat wil hij ondernemen om die voortgang te bevorderen?

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen in het licht van de instroom in de ggz naar de coördinatie- en consultatiefunctie in de ggz. Wat kan de Staatssecretaris doen om de impasse rond de financiering te doorbreken? Dit kan namelijk de druk op de ggz doen afnemen.

Ten slotte vragen de leden van de ChristenUnie-fractie aan de Staatssecretaris of hij in het kader van de Zorgverzekeringswet de mogelijkheden voor zorgverzekeraars wil vergroten om te investeren in preventie naar voorbeeld van de zorgkantoren in de Wet langdurige zorg.

II. Reactie van de Staatssecretaris

De leden van de VVD-fractie lezen in de brief van de Staatssecretaris van 11 februari jl.⁵ dat de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) niet kan concluderen dat de ontwikkelingen in het aantal verwijzingen enig effect hebben gehad op de wachttijden in de ggz. De leden van genoemde fractie zijn niet tevreden met de «mogelijke verklaringen» die door de NZa en veldpartijen worden aangedragen. Wat mist de Staatssecretaris aan informatie om goed te kunnen monitoren wat de effecten van een daling van de verwijzingen zijn op de wachttijden in de ggz?

De afgelopen jaren heeft de NZa steeds de (gemiddelde) wachttijden in de ggz gemonitord. Om de effecten van COVID-19 op de wachttijden in de ggz te kunnen monitoren, bekijkt de NZa ook het aantal verwijzingen vanaf begin 2020. Deze verwijzingen lieten een toename van de zorgvraag zien in de eerste maanden van 2020 (pre-COVID). Na de afkondiging en inwerkingtreding van de eerste maatregelen nam het aantal verwijzingen af. Inmiddels verkeert het aantal verwijzingen al weer geruime tijd op – en de laatste paar maanden zelfs boven – het niveau dat we op basis van 2019 en de eerste maanden van 2020 mochten verwachten.

De wachttijden in de ggz worden bepaald door een groot aantal factoren. Bijvoorbeeld door de behandelduur, behandelcapaciteit, aantal geopende en afgesloten behandelingen, en de wijze van intake (face-to-face of op afstand). Deze factoren zijn in verschillende mate beïnvloed door de coronacrisis. Daarnaast kunnen we niet vergelijken met de situatie waarin het aantal verwijzingen gelijk was gebleven. Dit maakt het niet mogelijk om de invloed van de coronacrisis op de wachttijd meetbaar te maken.

De leden van de VVD-fractie lezen in genoemde Kamerbrief dat de Staatssecretaris landelijke opschaling mogelijk wil maken bij vastgelopen casussen, waarmee de regionale doorzettingsmacht ook landelijk borging krijgt. Hoe wordt de Kamer op de hoogte gehouden van de ontwikkelingen hierover en wanneer moet de doorzettingsmacht uiterlijk gereed zijn?

Zoals ik in mijn brief aan uw Kamer heb geschreven zal ik u informeren wanneer er zich relevante ontwikkelingen voordoen op het gebied van de regionale doorzettingsmacht. In april en mei hebben er wederom twee bijeenkomsten plaatsgevonden waarbij alle betrokken partijen zich hebben gebogen over (de uitwerking van) regionale doorzettingsmacht. U wordt hierover geïnformeerd na de zomer. Mijn doel is vanzelfsprekend

⁵ Kamerstuk 25 424, nr. 581.

de doorzettingmacht samen met de betrokken partijen zo snel mogelijk te realiseren.

De leden van de VVD-fractie hebben ook een vraag bij het nieuwe transfermechanisme. Wie is verantwoordelijk voor de patiënt indien deze niet bij de aanbieder naar voorkeur terecht kan? Hoe wordt voorkomen dat iemand van zorgaanbieder naar zorgaanbieder doorverwezen wordt? Wanneer vervalt de aanmeldpauze en hoe wordt dit bepaald?

Als een patiënt nog niet bij een ggz-instelling onder behandeling is, ligt de verantwoordelijkheid in veel gevallen bij de (verwijzend) huisarts.

Eén van de doelstellingen van het transfermechanisme is juist dat een patiënt niet van zorgaanbieder naar zorgaanbieder doorverwezen wordt. Met het transfermechanisme spannen verwijzers, aanbieders en financiers zich optimaal in om cliënten tijdige en passende zorg te bieden: hij of zij krijgt elders in de regio passende zorg, ofwel hij of zij krijgt via zorgbemiddeling buiten de regio of via e-health passende zorg ofwel er moet zorg worden ingekocht dan wel gecreëerd.

Een aanmeldpauze vervalt wanneer de wachttijd voor de betreffende hoofddiagnosegroep bij een betreffende aanbieder niet langer wordt overschreden.

De motie Renkema en Regterschot⁶ verzocht de Staatssecretaris te onderzoeken hoeveel extra behandelplaatsen nodig zijn voor mensen met een trauma, pervasieve aandoeningen en persoonlijkheidsproblematiek. De Staatssecretaris schrijft in dit kader dat dit mogelijk gemaakt wordt door aanpassing van de Transparantieregeling. Kan de Staatssecretaris aangeven wanneer hij verwacht de Kamer te kunnen informeren over het aantal extra behandelplaatsen?

Hiervoor is allereerst nodig dat we over betere informatie beschikken over het aantal mensen dat te lang moet wachten op de zorg die zij nodig hebben. De NZa brengt deze informatie in kaart. Vervolgens moet een vertaling worden gemaakt naar extra behandelcapaciteit.

Deelt de Staatssecretaris de mening van de leden van de VVD-fractie dat de inzet van de hbo-afgestudeerde toegepast psycholoog kan bijdragen aan het wegwerken van de wachtlijsten in de ggz? Waarom is de toegepast psycholoog niet opgenomen in de lijst van beroepen die in de toekomst tijd mogen schrijven, terwijl ze wel waren opgenomen in het experiment zoals afgesproken in het Hoofdlijnenakkoord GGZ van juli 2018? Staat de Staatssecretaris nog steeds achter dit akkoord? Zo ja, waarom zijn de toegepast psychologen dan niet opgenomen in de lijst van beroepen die tijd mogen schrijven?

De inzet van hbo-afgestudeerde toegepast psychologen met een specialisatie als psychodiagnostisch werkende kan bijdragen aan het wegwerken van wachtlijsten in de ggz. De psychodiagnostisch werkende is opgenomen op de lijst van beroepen die per 2022 declarabele consulten mogen registreren. De psychodiagnostisch werkende kan de (regie)behandelaar ondersteunen met advies en diagnostische werkzaamheden, waardoor de (regie)behandelaar meer tijd overhoudt voor de behandeling. In de ggz is een tekort aan regiebehandelaren een vaak gesignaleerd probleem, dat mede als oorzaak wordt genoemd voor het ontstaan van wachtlijsten.

⁶ Kamerstuk 25 424, nr. 560.

Andere hbo-psychologen staan niet op de lijst van beroepen die per 2022 declarabele consulten kunnen registreren. Dit komt omdat binnen het programma Zorgprestatie-model, waarin partijen van het Hoofdlijnenakkoord GGZ (HLA GGZ) en de NZa samenwerken aan de nieuwe ggz-bekostiging, is geconcludeerd dat andere hbo-psychologen niet aan de criteria hiervoor voldoen. Zo hebben de betreffende HLA-partijen geconcludeerd dat hbo-psychologen geen zorg (diagnostiek en/of behandeling en/of geneeskundige begeleiding) in de geneeskundige ggz of forensische zorg leveren. De hbo-psychologen worden vooral ingezet in een coachende rol. De betreffende partijen geven aan dat buiten de opleiding tot psychodiagnostisch werkende de inhoud van de opleiding niet tot bekwaamheid leidt om zelfstandig te diagnosticeren en/of te behandelen in de ggz of forensische zorg en dat de hbo-psycholoog binnen de ggz of forensische zorg niet onder eigen professionele verantwoordelijkheid behandelt.

Zoals afgesproken in het Hoofdlijnenakkoord GGZ, staat het «bekostigingsexperiment aanvullende beroepen», dat eind 2019 is opengesteld door de NZa, wél mede open voor hbo-psychologen. Van deze experimentmogelijkheid wordt tot nu geen gebruik gemaakt voor de inzet van hbo-psychologen.

*De leden van de **PVV-fractie** begrijpen uit de brief van de Staatssecretaris dat het beeld redelijk stabiel is. De gemiddelde wachttijden voor de basis-ggz liggen onder de Treeknorm. Genoemde leden vragen de Staatssecretaris hoe dit zit bij de specialistische-ggz. Deze leden vragen de Staatssecretaris ook hoe het komt dat de gemiddelde aanmeldtijd voor zowel de basis- als de specialistische-ggz boven de Treeknorm ligt. Vanwege de coronasituatie waren er immers over heel 2020 ongeveer 83.000 ggz-verwijzingen minder; dat is een afname van 11–14% ten opzichte van 2019. Hoe kan het dat deze daling geen invloed heeft op de wachttijden?*

In mijn brief van 11 februari jl.⁷ heb ik u geïnformeerd over de totale gemiddelde wachttijd binnen de gespecialiseerde ggz. Voor vier hoofddiagnosegroepen werd de Treeknorm overschreden⁸. De aanmeldwachttijd is voor de basis-ggz en voor alle hoofddiagnosegroepen binnen de gespecialiseerde ggz langer dan de Treeknorm van vier weken. De oorzaken hiervan kunnen van verschillende aard zijn. Wat ik vooral van belang vind is dat het actieplan wachttijden 2021, waarover ik u met mijn brief van 11 februari jl. heb geïnformeerd, stevig inzet op het knelpunt van de aanmeldwachttijd. De transfermechanismen zijn daarbij een concreet instrument waarmee cliënten tijdiger aan passende zorg worden geholpen.

Over het verband tussen het dalend aantal verwijzingen en de wachttijden het volgende. Zoals ik ook in mijn antwoorden aan leden van de VVD-fractie aanhaalde, worden de wachttijden in de ggz bepaald door een groot aantal factoren. Deze factoren zijn in verschillende mate beïnvloed door de coronacrisis. Daarnaast kunnen we niet vergelijken met de situatie waarin het aantal verwijzingen gelijk was gebleven. Dit maakt het niet mogelijk om de invloed van de coronacrisis op de wachttijd meetbaar te maken. Inmiddels verkeert het aantal verwijzingen al weer geruime tijd op – en de laatste paar maanden zelfs boven – het niveau dat we op basis van 2019 en de eerste maanden van 2020 mochten verwachten.

⁷ Kamerstuk 25 424, nr. 581.

⁸ Aandachtstekort- en gedragsstoornissen (17 weken), angststoornissen (15 weken), persoonlijkheidsstoornissen (20 weken) en pervasieve stoornissen (21 weken).

De leden van de PVV-fractie zijn benieuwd of de Staatssecretaris de mening deelt van MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid dat ggz-overleggen worden doorgeschoven en dat partijen niet op een lijn zitten? Welke invloed heeft de coronasituatie op de voortgang van betreffende overleggen?

Ik deel deze mening niet. De partijen in de landelijke stuurgroep wachttijden (MIND, ZN, de Nederlandse ggz, MeerGGZ en recent SWN) bespreken met elkaar de aanpak zoals zij die gezamenlijk voorstaan. Ik vind het juist lovenswaardig dat alle partijen, – waaronder ook MIND – zich zowel in de bestuurlijke overleggen die ik met hen voer als in hun brief⁹ gezamenlijk achter de door hen gekozen aanpak scharen. Vanuit ieders eigen rol en verantwoordelijkheid dragen zij bij aan deze aanpak en houden zij elkaar scherp op de onderlinge afspraken. Dit alles om ons gedeelde doel – het structureel terugdringen van de wachttijden – te bereiken.

De situatie rondom Covid-19 is niet van invloed geweest op de voortgang en frequentie van bestuurlijke overleggen over de wachttijden in de ggz.

De leden van de PVV-fractie hebben al eens gepleit voor een intakeplicht bij de ggz en vragen hier opnieuw aandacht voor. Hiermee bedoelen deze leden geen opnameplicht, maar een intakeplicht binnen vier weken na aanmelding waarbij een eerste diagnose met behandelplan wordt vastgesteld en vervolgens een behandellocatie wordt bepaald. Dit schept duidelijkheid en voorkomt dat patiënten tussen wal en schip vallen. Graag krijgen deze leden hierop een nieuwe reactie van de Staatssecretaris.

Ik ben het met de leden van de PVV-fractie eens dat het van belang is dat mensen zo spoedig mogelijk en binnen de Treeknormen die hiervoor staan moeten worden geholpen. Daar werk ik met de ggz-partijen hard aan. De overschrijding van de aanmeldwachttijden hebben wij in beeld.

Ik zie in transfermechanismen meer dan in een intakeplicht. Een intakeplicht draagt namelijk niet bij aan een eerdere start van de behandeling.

De leden van de PVV-fractie begrijpen niet waarom het nog steeds niet inzichtelijk is wie bij welke ggz-instelling(en) op een wachtlijst staat. Het aantal dubbele aanmeldingen draagt niet bij aan het overzicht van de problematiek. Waarom moet het tot 1 januari 2022 duren voordat dit is opgelost? Is het niet logisch om dit eerst voortvarend op te pakken?

Informatie over waar een cliënt op de wachtlijst staat betreft persoonlijke informatie waarop privacyregels van toepassing zijn. Het zonder toestemming delen van deze informatie met derden – zoals andere instellingen of verzekeraars – is niet toegestaan.

Voor wat betreft het in beeld brengen van dubbelwachtenden en voorkeurswachtenden, heb ik uw Kamer eerder aangegeven¹⁰ dat de NZa voornemens is om vanaf 2022 inzichtelijk te maken hoeveel mensen er op meerdere wachtlijsten staan of hoeveel mensen er vanwege een voorkeur voor een aanbieder op een wachtlijst staan (dubbel- en voorkeurswachtenden). Dit zou het totale aantal wachtenden kunnen aanscherpen en nuanceren. De NZa geeft aan dat zij een jaarlijkse steekproef zal doen om inzicht in het aantal dubbel- en voorkeurswachtenden te geven. Voor de motivering van de NZa verwijs ik u naar de brief die ik u parallel aan deze reactie stuur.

⁹ Zie bijlage bij Kamerstuk 25 424, nr. 581.

¹⁰ Kamerstukken 25 424, nrs. 555 & 581.

Tot slot vragen de leden van de PVV-fractie om een overzicht van alle ingezette acties de afgelopen vier jaar om de wachttijden in de ggz aan te pakken, welke resultaten dit heeft opgeleverd en welke acties en resultaten de Staatssecretaris als succesvol beschouwt (en waarom).

De afgelopen jaren is er veel gebeurd om de wachttijden terug te dringen. Ik heb uw Kamer steeds geïnformeerd over de acties die ik, al dan niet samen met de leden van de landelijke stuurgroep wachttijden en de toezichthouders heb ingezet op het terrein van de wachttijden in de ggz. Ik verwijs u voor een overzicht van alle ingezette acties graag naar de verschillende Kamerbrieven die hierover zijn gestuurd¹¹. In de correspondentie met uw Kamer heb ik u onder andere geïnformeerd over:

- De oprichting van de Regionale Taskforces wachttijden en de door hen opgestelde regionale plannen.
- De campagne «weg van de wachtlijst» die patiënten en verwijzers beter op de hoogte brengt van de mogelijkheden van wachtlijstbemiddeling door zorgverzekeraars.
- De versterkte inzet op zorgbemiddeling, waarbij zorgbemiddeling onder meer beter onder de aandacht is gebracht van verwijzers.
- Het plan hoogcomplexe ggz, waarmee patiënten met een hoogcomplexe zorgvraag tijdig worden geholpen aan een behandelaanbod op maat.
- De inzet van versnellers in de acht regio's met de langste wachttijden.
- Het gezamenlijk toezicht op de aanpak van de wachttijden door de IGJ en de NZa, dat steeds meer volume heeft gekregen.
- De aanpassing van de Transparantieregeling, waarmee inzicht in de aard en omvang van de problematiek is verbeterd.
- De inzet op transfermechanismen in regio's waar de wachttijden te lang zijn in combinatie met de aanmeldpauze.
- De website kiezenindeggz.nl, waarmee zorgaanbod ook voor patiënten inzichtelijker is gemaakt.

De leden van de CDA-fractie maken graag van de gelegenheid gebruik enkele aanvullende en verduidelijkende vragen te stellen over de wachtlijsten in de ggz. Dit mede naar aanleiding van de verontrustende brief van MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid.

De Staatssecretaris heeft op 11 februari jl. een brief naar de Kamer gestuurd over de wachtlijsten in de ggz. Daarin schetst hij een beeld dat veel gelijkenissen vertoont met voorgaande analyses. Bij vier hoofddiagnosegroepen overschrijdt de totale gemiddelde wachttijd de Treeknorm van 14 weken. Het betreft aandachtstskort- en gedragsstoornissen, angststoornissen, persoonlijkheidsstoornissen en pervasieve stoornissen. De leden van de CDA-fractie vinden dit een verontrustend beeld, want bij psychiatrische ziektebeelden is al jaren een redelijk stabiele overschrijding van de Treeknormen. Kan de Staatssecretaris verklaren waarom dit beeld al jarenlang zo is? Hoe komt het toch dat al jaren juist deze stoornissen steeds buiten de Treeknormen vallen?

De oorzaken voor de lange wachttijden voor deze hoofddiagnosegroepen lopen uiteen. Er is een aantal «gemene delers», waar de brede aanpak van de wachttijden zich vooral op richt. Het gaat daarbij bijvoorbeeld om problemen bij het «matchen» van zorgvraag en -aanbod en het ontbreken van een totaaloverzicht van aantallen wachtenden en behandelcapaciteit in de regio. Daarnaast zijn er diagnose-specifieke oorzaken. Zo weten we dat voor pervasieve stoornissen geldt dat er soms onvoldoende kennis is voor een optimale triage en er een groeiende vraag naar diagnostiek (bij

¹¹ Vanaf 2017: Kamerstukken 25 424, nrs. 385, 396, 409, 451, 457, 481, 504, 521, 528, 531, 545, 546, 555, 557, 559, 581. Kamerstukken 32 620, nrs. 200, 207.

volwassenen) is vanwege toegenomen aandacht in de samenleving en toenemende complexiteit van de samenleving¹².

Door de stuurgroep wachttijden wordt er extra ingezet op de aanpak van de wachttijden voor de hoofddiagnosegroepen waar de problematiek groot is. Zo heeft de stuurgroep een onderzoek laten uitvoeren naar belangrijke – diagnose-specifieke – knelpunten en oplossingsrichtingen voor onder andere pervasieve stoornissen, ggz-problematiek gecombineerd met een licht verstandelijke beperking, persoonlijkheidsstoornissen en trauma (onderdeel van angststoornissen). De stuurgroep vertaalt verkregen inzichten bovendien in specifieke aanbevelingen aan het veld, waarmee de wachttijden teruggedrongen kunnen worden. Zij organiseert in dit licht onder andere webinars die voor iedereen toegankelijk zijn. Op 2 april is door het Netwerk Innovatie en Productontwikkeling Autisme (NIPA) – in samenwerking met de Stuurgroep Wachttijden – het adviesrapport wachttijden autisme uitgegeven. Dit rapport helpt het veld om eerder in te kunnen grijpen en de zorg ook buiten de ggz te kunnen beleggen.

Tenslotte kunnen de huidige dbc-bekostiging en in het verlengde daarvan de contractafspraken tussen zorgverzekeraars en ggz-aanbieder (gebaseerd op gemiddelde behandel prijzen per cliënt) als resultaat hebben dat lichtere zorgvragen worden overgefinancierd en zwaardere zorgvragen juist worden ondergefinancierd en zo leiden tot financiële prikkels die het voor aanbieders aantrekkelijk maken om cliënten met een lichtere zorgvraag eerder te helpen dan cliënten met een zwaardere zorgvraag. Onder andere om deze reden wordt per 2022 de nieuwe bekostiging ingevoerd. Deze nieuwe bekostiging faciliteert een passende vergoeding voor geleverde zorg die aansluit bij de feitelijke behandelinzet (in termen van bijvoorbeeld aantal consulten, betrokken professionals en setting waarin zorg wordt geleverd).

Vanaf begin dit jaar zijn zorgaanbieders in de ggz op basis van de aangepaste Transparantieregeling verplicht om naast hun wachttijden het aantal wachtenden periodiek door te geven. De leden van de CDA-fractie vinden dit een goede ontwikkeling, maar vragen de Staatssecretaris tevens of de gegevens die hiermee worden opgevraagd ook inzicht gaan geven in de groep lang wachtenden met dubbelproblematiek. Vindt de Staatssecretaris dat er voldoende inzicht is in deze doelgroep en de wachttijd? Dit omdat deze groep behoefte heeft aan zeer specialistische ggz-zorg of aan ggz-zorg die uit meerdere disciplines bestaat (bijvoorbeeld bij een posttraumatisch stresssyndroom en angststoornissen)?

De verplichte aanlevering van de aantallen wachtenden verschaft geen inzicht in het aantal wachtenden met meerdere diagnoses. Ten eerste wordt binnen de door zorgaanbieders aangeleverde aantallen niet gecorrigeerd voor dubbelingen en is het niet inzichtelijk of een cliënt op één of meerdere wachtlijsten staat. Ten tweede bieden de aantallen die zorgaanbieders verplicht zijn aan te leveren geen inzicht in de kenmerken van de (aantallen) wachtenden. Het is dus niet te zeggen bij hoeveel van deze wachtenden sprake is van comorbiditeit.

De transfermechanismen richten zich ook op het tijdig vinden van passend aanbod voor mensen met dubbelproblematiek. Afhankelijk van de complexiteit van de zorgvraag, kan ook het plan van aanpak hoogcomplexere ggz van toepassing zijn.

¹² Onderzoek in opdracht van de landelijke stuurgroep wachttijden.

De Staatssecretaris heeft het plan van aanpak wachttijden 2021 van de landelijke stuurgroep wachttijden bijgevoegd aan zijn brief. Onderdeel van dit plan is dat eind maart 2021 in elke regio waar de Treeknorm voor de totale wachttijd wordt overschreden een transfermechanisme operationeel moet zijn.

De leden van de CDA-fractie vragen wat in dit kader precies het verschil is met doorzettingsmacht. Kan de Staatssecretaris dit toelichten? Kan hij ook toelichten wat dit concreet gaat betekenen voor de mensen op de wachtlijst? Hoe gaat het met de huidige overlegtafels? Worden deze stopgezet?

De transfermechanismen hebben als doel om de wachttijden binnen een regio terug te dringen door zorgaanbieders (en zorgverzekeraars) samen een passend zorgaanbod te laten vinden. Het gaat hierbij om het «herverdelen» van patiënten zodat de beschikbare capaciteit zo efficiënt mogelijk wordt gebruikt. Met het concept van regionale doorzettingsmacht beogen we passende zorg te bieden aan mensen die dat binnen het reguliere systeem niet konden vinden. Mensen die tot dan toe tussen wal en schip zijn gevallen krijgen zo weer nieuw perspectief.

Ook qua vorm zijn transfermechanismen en regionale doorzettingsmacht niet vergelijkbaar. De transfermechanismen zijn een samenwerkingsverband van zorgaanbieders en verzekeraars binnen een regio. Voor de regionale doorzettingsmacht voorzie ik met de betrokken partijen dat deze de vorm van een opschalingsproces krijgt. Als dat nodig is wordt steeds naar een ander niveau geëscaleerd, in het uiterste geval naar de bewindspersoon van VWS.

Van het stopzetten van de huidige tafels hoofcomplexen ggz vanwege het opzetten van een vorm van regionale doorzettingsmacht is geen sprake. De regiotafels zijn specifiek bedoeld om mensen te helpen die een hoogcomplexen zorgvraag hebben; zie mijn brief van 13 maart 2020¹³. Voortang en eventuele aanpassing van het plan van aanpak hoogcomplexen ggz volgt een eigen pad, hierbij zal ook de lopende evaluatie van deze aanpak worden meegenomen.

MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid stelt dat ondanks alle inspanningen in met name in het afgelopen halfjaar, er nog te weinig perspectief is voor duizenden mensen. Zij moeten veel te lang wachten op ggz-zorg. Deelt hij deze zienswijze? Kan hij zijn antwoord toelichten?

Ik realiseer me dat wanneer je te lang moet wachten op zorg, de ingezette acties abstract zullen klinken. Maar juist voor mensen die nu te lang wachten op zorg moeten we voortvarend verder gaan op het ingezette pad. Partijen die deelnemen aan het Bestuurlijk Overleg wachttijden zijn stuk voor stuk gebrand op het terugdringen van de wachttijden in de ggz. Er worden concrete stappen gezet. Zoals gezegd hebben we het over een zeer complex probleem waarvoor geen eenvoudige oplossing is. Het kost tijd voordat de ingezette acties hun vruchten gaan afwerpen. Ik ben blij dat MIND binnen de aanpak van de wachttijden het perspectief van de cliënt bewaakt.

De Staatssecretaris geeft aan dat in de door de stuurgroep gemaakte afspraken ook de betrokkenheid van huisartsenorganisaties, het sociaal domein en vrijevestigden is voorzien. Kan de Staatssecretaris dit nader toelichten en met name ingaan op het resultaat waar deze groepen zich aan committeren? Dit omdat de Staatssecretaris het volgende in

¹³ Kamerstuk 25 424, nr. 545.

genoemde brief schrijft: «het gedeelde beeld van hoe regionale doorzettingsmacht eruit zou moeten zien, is dat van een proces waarbij alle partijen zich samen committeren aan het vinden van passende zorg voor cliënten, via een opschalingsmodel.» Dit betekent dat er enkel procescommitment is, terwijl dit er toch al was? De leden van de CDA-fractie zijn sceptisch of er resultaten geboekt gaan worden, mede omdat al jaren wordt gesproken over wachtlijsten en de deze – ondanks minder instroom door corona – niet zijn afgenomen.

Sociaal Werk Nederland (SWN) heeft zich bij de landelijke stuurgroep wachttijden aangesloten en heeft het actieplan wachttijden medeondertekend. De Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en InEen onderschrijven het actieplan en dragen actief bij aan de uitvoering. De VNG volgt de uitvoering van het plan actief en geeft aan bij te dragen waar dat van toepassing is. Alle genoemde partijen committeren zich dus (zij het in verschillende mate en vorm) aan de aanpak wachttijden.

In de uitwerking van de regionale doorzettingsmacht gaan de partijen verder dan «procescommitment». Met de overeenstemming die door alle betrokken partijen is bereikt over de hoofdlijnen van hoe regionale doorzettingsmacht eruit moet komen te zien, zijn we een betekenisvolle stap verder. Ik zal uw Kamer na de zomer nader over het onderwerp informeren.

In genoemde Kamerbrief gaf de Staatssecretaris aan dat er dertig wachtenden geholpen worden en/of onder behandeling zijn. Hoeveel wachtenden zijn er nu – met behulp van de regiotafels of via andere vormen van overleg – van deze wachtlijst af?

Ik ben met de Nederlandse ggz en ZN in gesprek over de tussenevaluatie van (de eerste fase van) het plan van aanpak hoogcomplexiteit ggz. Ik zal uw Kamer naar aanleiding hiervan in oktober informeren.

In de acht regio's met de langste wachttijden zijn in oktober versnellers van start gegaan om de aanpak van de wachttijden vlot te trekken. Deze versnellers zijn in beginsel aangesteld voor een half jaar, met de mogelijkheid op een half jaar verlenging. Voor het laatste kwartaal van 2020 en het eerste kwartaal van 2021 zijn concrete resultaatdoelen geformuleerd. MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid constateert dat in de meeste regio's vooruitgang wordt geboekt en constateert tegelijkertijd dat de resultaatdoelen voor het laatste kwartaal 2020 slechts gedeeltelijk zijn gehaald. MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid stelt verder dat partijen in de regio's het moeilijk vinden om zich in gezamenlijkheid te verbinden aan concrete, meetbare resultaten en hiervoor ook eigen verantwoordelijkheid te nemen. Deelt de Staatssecretaris deze zienswijze? Zo ja, waarom is dit zo? Zo nee, waarom niet? Kan de Staatssecretaris toelichten welk deel van de resultaatdoelen gehaald zijn en welk deel niet?

Ik ben in het recente Bestuurlijk Overleg wachttijden in de ggz – waar ook MIND aanwezig was – bijgepraat over de voortgang van de versnellers. Samen met de regionale taskforces hebben de versnellers knelpunten geïdentificeerd en zijn zij in alle gevallen gekomen tot een aanpak die een duurzame regionale samenwerking ondersteunt. De versnellers hebben in hun regio's tevens een ondersteunende rol gehad in het opzetten van de transfermechanismen. Al met al ben ik – samen met de andere partijen van het Bestuurlijk Overleg wachttijden – te spreken over de inzet van de versnellers en verwacht ik dat hun inzet op termijn ook daadwerkelijk zal resulteren in een kwantificeerbare afname van de wachttijden. Om deze reden heb ik besloten de versnellers ook voor het tweede halfjaar te financieren.

De eerste inzichten die door de versnellers zijn gedeeld, laten zien dat een gebrek aan transparantie in zorgvraag en -aanbod en onvoldoende (gezamenlijk) eigenaarschap een «gemene deler» zijn voor alle probleemregio's. Deze signaleringen zijn niet nieuw, maar onderstrepen wel het belang van de aanpak wachttijden zoals die nu is ingezet.

De leden van de CDA-fractie lezen over het transfermechanisme, doorzettingsmacht, regiotafels en meer van dit soort zaken. Genoemde leden vragen de Staatssecretaris of alle plannen zich tot elkaar verhouden. Deze leden merken op dat het zo lijkt dat van het ene naar het andere plan wordt overgestapt, zonder dat doelstellingen gehaald zijn of plannen afgerond worden.

Ik heb de afgelopen jaren uw Kamer de aanpak van de wachttijden in de ggz steeds in samenhang gepresenteerd. Mede op aangeven van uw Kamer beperkt de aanpak van de wachttijden zich niet tot één spoor, maar zijn we gekomen tot een samenhangend geheel van acties, dat moet leiden tot het terugdringen van de wachttijden in de ggz.

Patiënten worden door zorgaanbieders actief gewezen op de mogelijkheid om ergens anders sneller in behandeling te komen, het transfermechanisme. De leden van de CDA-fractie vragen de Staatssecretaris of dit nieuw beleid is, omdat genoemde leden veronderstellen dat dit beleid al jaren gangbaar was. Gaat deze aanpak werken voor de vier hoofddiagnosegroepen die zich al lange tijd buiten de Treeknormen bevinden? In hoeverre sturen zorgverzekeraars hier nu op bij de zorginkoop?

De transfermechanismen gaan verder dan zorgbemiddeling (door verzekeraars). De transfermechanismen belichamen regionale samenwerking. Juist deze samenwerking wordt – onder andere door de NZa en IGJ – aangeduid als een van de sleutelfactoren in het aanpakken van de wachttijden. Door de transfermechanismen wordt er gekeken of de zorgvragen in de regio kunnen worden opgepakt en zo ja door welke speler. De conclusie kan echter ook zijn dat er in de regio sprake is van een onvoldoende toegankelijk aanbod voor een bepaalde hoofddiagnosegroep. In dergelijke gevallen is de afspraak dat aanbieders de cliënt op weg helpen naar zorgbemiddeling en -advies van de zorgverzekeraar. Mocht ook zorgbemiddeling niet voor tijdige zorg kunnen zorgen, dan is het aan de zorgverzekeraar om, vanuit zijn zorgplicht, aanvullende maatregelen te nemen, bijvoorbeeld door omzetplafonds uit te breiden of de ontwikkeling van nieuw aanbod te stimuleren.

De transfermechanismen beperken zich niet tot het (sneller) koppelen van cliënten aan zorgaanbieders. Zo zien we bij de transfermechanismen die nu al operationeel zijn bijvoorbeeld ook een inzet op het beperken/afbuigen van de instroom, het verbeteren van de door- en uitstroom en een verbeterde samenwerking met het sociaal domein. Een transfermechanisme wordt, binnen een aantal kaders, vormgegeven naar de behoefte van de regio. Het is de bedoeling dat zorgverzekeraars (in samenwerking met aanbieders en cliëntorganisaties) in alle regio's sturen op een duurzame inrichting van het transfermechanisme volgens de gemaakte afspraken. Ik verwacht dat de transfermechanismen concreet gaan bijdragen aan het terugdringen van de wachttijden voor alle hoofddiagnosegroepen die zich boven de Treeknorm bevinden.

Voor de diagnosegroepen waarop de Treeknormen worden overschreden, worden aanmeldpauzes ingesteld. Betekent dit dat er spoedig aanmeldpauzes ingesteld gaan worden, gelet op wat de Staatssecretaris schrijft op de eerste bladzijde van zijn Kamerbrief?

Of er door zorgverzekeraars aanmeldpauzes ingesteld worden is afhankelijk van de voortgang die in de opzet van de transfermechanismen wordt gemaakt. In maart van dit jaar hebben zorgverzekeraars mij laten weten op dat moment geen aanleiding te zien een aanmeldpauze in te stellen in één van de regio's waar de transfermechanismen operationeel zouden moeten zijn. Inmiddels zijn we iets verder en lijken er regionale verschillen te zitten voor wat betreft de fase waarin de transfermechanismen zich bevinden en of/op welke wijze zij operationeel zijn. Zorgverzekeraars hebben mij laten weten niet uit te sluiten dat een aanmeldpauze regionaal alsnog wordt ingesteld. Zij houden mij van eventuele ontwikkelingen op de hoogte.

Zoals in het Actieplan wachttijden door partijen is aangegeven¹⁴ kunnen zorgaanbieders er ook zelf voor kiezen een aanmeldpauze in te stellen. Doel hiervan is ervoor te zorgen dat mensen direct naar een aanbieder mét capaciteit kunnen worden verwezen. De stuurgroep wachttijden heeft mij ervan op de hoogte gesteld dat er op dit moment door een (kleinere) zorginstelling een aanmeldpauze ingesteld is voor de specialistische ggz.

Uit het onderzoek van de Algemene Rekenkamer van vorig jaar over de wachttijden in de ggz kwam naar voren dat zorgaanbieders vooral investeren in lichtere ggz-zorg. In welke mate sturen zorgverzekeraars bij de zorginkoop op deze conclusie van de Algemene Rekenkamer? In hoeverre motiveren zorgverzekeraars zorgaanbieders om meer zwaardere zorg te leveren?

Om er met hun zorginkoop aan bij te dragen dat het zorgaanbod aansluit bij de vraag, zijn verzekeraars met zorgaanbieders in gesprek over (regionale) schaarste aan aanbod ten opzichte van een bepaalde (zwaardere) vraag. Dit gebeurt op basis van analyses en inschattingen vanuit beide partijen. Een en ander kan vervolgens bijvoorbeeld worden meegenomen bij het bepalen van de hoogte van het omzetplafond en van de gemiddelde behandelprijs per cliënt, waarvan in de afspraken tussen ggz-aanbieders en zorgverzekeraars regelmatig sprake is. Ik wijs hierbij ook op de zorgplicht van zorgverzekeraars, die zowel voor cliënten met een lichtere als voor cliënten met een zwaardere zorgvraag geldt. Tevens wijs ik op de Monitor contractering ggz 2021 (Kamerstukken 29 247 en 32 620, nr. 330) waarin de NZa aangeeft dat zij positieve ontwikkelingen ziet als het gaat om het organiseren van passende zorg, maar tegelijkertijd constateert dat hierover in de contracten bijna geen concrete inhoudelijke afspraken zijn opgenomen (partijen geven aan dat dergelijke afspraken buiten het contract om worden vastgelegd, bijvoorbeeld in een convenant). De NZa roept partijen in deze monitor op om meer werk te maken van passende zorg.

De huidige dbc-bekostiging en in het verlengde daarvan de contractafspraken tussen zorgverzekeraars en ggz-aanbieder (gebaseerd op gemiddelde behandel prijzen per cliënt) kunnen als resultaat hebben dat lichtere zorgvragen worden overgefinancierd en zwaardere zorgvragen juist worden ondergefinancierd en zo leiden tot financiële prikkels die het voor aanbieders aantrekkelijk maken om cliënten met een lichtere zorgvraag eerder te helpen dan cliënten met een zwaardere zorgvraag.

Op 6 oktober jl. heb ik u geïnformeerd over mijn voornemen om de NZa een aanwijzing te geven om per 2022 deze nieuwe bekostiging in de voeren in de ggz (Kamerstuk 25 424, nr. 554). Zoals in die brief wordt toegelicht, faciliteert die nieuwe bekostiging een passende vergoeding voor geleverde zorg die aansluit bij de feitelijke behandelinzet (de

¹⁴ Zie bijlage bij Kamerstuk 25 424, nr. 581.

behandelinzet in termen van bijvoorbeeld aantallen consulten, de betrokken professionals en de setting waarin de zorg wordt geleverd). Dit is ook het geval als het gaat om zorg voor cliënten met een complexe zorgvraag.

Tot de nieuwe bekostiging is ingevoerd geldt dat verzekeraars ook hogere gemiddelde prijzen per cliënt kunnen afspreken met ggz-aanbieders die in verhouding veel cliënten met een zwaardere zorgvraag behandelen

In genoemde Kamerbrief wordt gesteld dat de betrokken partijen een mandaat overeenkomen waarmee de Staatssecretaris – op basis van beschikbare informatie en professioneel advies – een bindende uitspraak kan doen over waar een passende plek geboden moet worden. Voor personen die in het reguliere zorgsysteem zijn vastgelopen, wordt zo zorgaanbod gegarandeerd. De leden van de CDA-fractie vinden het enerzijds positief dat de Staatssecretaris ver wil gaan om problematisch lang wachtenden te helpen een passende plek te krijgen. Genoemde leden vragen de Staatssecretaris tegelijkertijd wat het zegt over het systeem als zorgaanbieders er onderling niet (meer) uitkomen. Klopt deze zienswijze? Deze leden ontvangen op dit punt graag een uitgebreide reactie van de Staatssecretaris.

Dat iemand in het reguliere systeem geen passende zorg kan vinden kan tal van redenen hebben en hoeft er niet in gelegen te zijn dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars er onderling niet uitkomen. Het kan bijvoorbeeld voorkomen dat het onduidelijk is of/waar een bepaalde vorm van zorg nog aangeboden wordt of dat er door andere complicerende factoren onduidelijkheid is over waar passende zorg geboden moet worden. Het is de bedoeling dat met regionale doorzettingsmacht dit soort impasses wordt doorbroken. Daarbij hoop en verwacht ik overigens dat het zelden zover zal komen dat een casus aan de bewindspersoon wordt voorgelegd. Ik wil overigens wel benoemen dat een situatie waarbij een patiënt zich niet kan vinden in een door professionals passend geacht aanbod nooit uitgesloten kan worden. Een garantie dat de patiënt altijd de zorg krijgt die hij/zij zelf als passend ziet, kan daarom helaas niet gegeven worden.

De leden van de D66-fractie vinden het noemenswaardig dat er vanuit de stuurgroep wachttijden vele duidelijke actiepunten zijn gekomen en dat deze nu in het Actieplan Wachttijden 2021 staan. Kan de Staatssecretaris nader ingaan op zijn opmerking in zijn brief dat hij «nu echt gemotiveerde partijen ziet die een gevoel van urgentie delen»? Wat is volgens de Staatssecretaris de reden dat dit nu wel is gelukt en bij eerdere overleggen, die in 2017 zijn gestart, niet? Welke lessen kunnen daaruit getrokken worden, indien bijvoorbeeld een nieuw hoofdlijnenakkoord wordt gesloten?

Dat de wachttijden een fors probleem zijn is iets waar partijen het al geruime tijd over eens zijn. Dat het probleem het meest effectief aan te pakken is door nauw samen op te trekken en er gezamenlijk de schouders onder te zetten is een besef dat mijns inziens is gegroeid met de tijd. De ervaringen van partijen, de inzet van toezichthouders, en het frequente overleg dat ik met de partijen van de landelijke stuurgroep wachttijden heb gevoerd, hebben hier allemaal een steentje aan bijgedragen. Samenwerking en vasthoudendheid zijn kernbegrippen die essentieel zijn voor alle toekomstige afspraken die op dit terrein worden vormgegeven.

De leden van de D66-fractie vragen de Staatssecretaris om aan te geven of hij bereid is maandelijks de Kamer op de hoogte te brengen van de voortgang van dit actieplan? Er staan immers duidelijke maandelijks

deadlines in. Wordt dit actieplan ook actief gemonitord door de NZa en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ)?

Ik informeer uw Kamer regelmatig over de voortgang van het actieplan. Het heeft gezien de aard van de acties geen toegevoegde waarde om uw Kamer maandelijks te informeren. Ik zal uw Kamer na de zomer opnieuw informeren.

De toezichthouders nemen elementen uit het actieplan mee in hun reguliere toezicht.

De leden van de D66-fractie vragen op welke manier wordt voorkomen dat een patiënt weer terugvalt na een traject in de ggz. Deze leden benadrukken het belang van nazorg. Door goede nazorg kan immers een tweede traject vermeden worden, wat weer een positief effect heeft op de wachttijden. Kan de Staatssecretaris toelichten welke nazorgmaatregelen op dit moment worden genomen? Kan de Staatssecretaris tevens toelichten in hoeverre deze maatregelen de doelgroep bereiken?

De nazorg maakt onderdeel uit van de behandeling, de behandelaar neemt dit dus mee in samenspraak met de cliënt zelf. De stap kan ook gemaakt worden door af te schalen van specialistische ggz naar de basis-ggz waar gedurende een jaar gewerkt kan worden aan verdere stabiliteit van de cliënt. Ook het sociale wijkteam en de ambulante ondersteuning en begeleiding spelen in de nazorg en het bieden van praktische handvatten een rol. Tot slot is het contact en gedeelde ervaring met ervaringsdeskundigen en lotgenoten van grote waarde om verdere stappen te zetten in het herstel en verbetering van het dagelijks functioneren. Het is een samenspel van behandeling, afschaling en begeleiding dat patiënten/cliënten ondersteunt in hun herstel en inzet op het voorkomen van terugval.

De leden van de D66-fractie lezen dat er in het afgelopen jaar naar schatting 80.000 minder verwijzingen naar de ggz hebben plaatsgevonden dan verwacht. Deze leden benadrukken dat er hierdoor voor de toekomst een extra toestroom naar de ggz dreigt en dat het daarom noodzakelijk is dat snel resultaten worden geboekt rondom de aanpak van wachttijden. Dit gelet op het feit dat de wachttijden ondanks het verminderde aantal verwijzingen niet zijn gedaald en de gemiddelde aanmeldwachttijd de Treeknorm overschrijdt in zowel de basis-ggz als de specialistische ggz voor elke hoofddiagnosegroep. Leiden deze conclusies volgens de Staatssecretaris niet tot een aanscherping van de maatregelen? De leden van de D66-fractie zijn daarnaast benieuwd of tijdelijk aanvullende maatregelen genomen gaan worden in de komende periode bovenop het ingezette actieplan? Zo ja, om welke maatregelen gaat het?

Op dit moment voorzie ik nog geen aanvullende maatregelen. Ik houd hierover de vinger aan de pols, onder meer middels de monitoring die de NZa uitvoert, maar ook via overleg met de veldpartijen.

De leden van de D66-fractie lezen in het Actieplan Wachttijden 2021 (actiepunt 10) dat er meer focus komt op preventie, zodat de instroom in de ggz structureel verlaagd kan worden. Genoemde leden steunen het idee van de stuurgroep om meer aandacht te besteden aan preventie. Deze leden vragen of de Staatssecretaris, naast de adviezen van de stuurgroep, ook zelf initiatieven ontplooit om de focus op preventie te versterken? Wat is de status van de ggz-visie die reeds voor de zomer is aangekondigd?

Ik vind het belangrijk om de ontwikkeling van ggz-problematiek zoveel mogelijk te voorkomen. Preventie is hierbij een belangrijk, maar ook breed thema. De meest uiteenlopende initiatieven en programma's dragen hieraan bij. Ter illustratie noem ik het actieplan Brede Schuldenaanpak, het actieprogramma Kansrijke start en de publiekscampagne «Hey, het is ok».

De «discussienota zorglandschap ggz» is op 20 mei jl. openbaar gemaakt. Het betreft een ambtelijk discussiedocument en het opstellen hiervan is niet alleen met de relevante veldpartijen gesproken, maar ook met bijvoorbeeld cliënten, behandelaren en wetenschappers. In de nota worden geen keuzes gemaakt, maar worden uiteenlopende bouwstenen aangedragen voor de toekomstige inrichting van de ggz. Daarmee is het een «menukaart» van maatregelen. Maatregelen die kunnen bijdragen aan de kwaliteit, toegankelijkheid en/of betaalbaarheid. Op dit moment kan iedereen die dat wil reageren op de discussienota via de «doe mee pagina» op rijksoverheid.nl. De reacties worden geanalyseerd. Het is de bedoeling dat deze nota de basis is voor een gesprek over de toekomst van de ggz. Besluitvorming is aan een nieuw kabinet.

De leden van de D66-fractie merken op dat vanaf 1 januari 2022 inzicht beschikbaar is in het aantal uniek wachtenden. Waarom kan dit niet eerder? Genoemde leden lezen namelijk ook dat in het actieplan staat dat de doelstelling is om eind maart 2021 al binnen het transfermechanisme gegevens over het (uniek)aantal wachtenden en hun zorgvraag uit te wisselen. Hoe verhoudt de streefdatum van 1 januari 2022 met de ambities in dit actieplan?

Voor wat betreft het in beeld brengen van dubbelwachtenden (/uniek wachtenden) en voorkeurswachtenden, heb ik uw Kamer eerder aangegeven¹⁵ dat de NZa voornemens is om de Transparantieregeling aan te passen. Om daarmee vanaf 2022 inzicht te verkrijgen in de landelijke en regionale aantallen wachtenden, uitgesplitst naar dubbelwachtenden en voorkeurswachtenden. Deze aanpassing vergt gedegen voorbereiding, onder andere omwille van de (technische) uitvoerbaarheid. De NZa maakt onder meer gebruik van de evaluatie van de Transparantieregeling die in het eerste kwartaal van 2021 heeft plaatsgevonden.

De landelijke aanlevering van wachttijdinformatie staat los van de transfermechanismen. Om het koppelen van wachtende cliënten aan beschikbare zorg binnen een transfermechanisme mogelijk te maken, is het nodig dat zorgaanbieders – binnen de vertrouwelijke omgeving van het transfermechanisme – gegevens over die wachtenden en/of hun aanbod delen. Dit kan bi- of multilateraal en is niet gebonden aan de data die op landelijk niveau worden aangeleverd.

Kan de Staatssecretaris reeds een schatting maken hoeveel procent van de wachtenden nu dubbel of onnodig op een wachtlijst staan, gezien het feit dat er al pilots zijn geweest die dit probleem in kaart hebben gebracht?

Nee, dat is op dit moment niet mogelijk. Voor wat betreft het in beeld brengen van dubbelwachtenden en voorkeurswachtenden heb ik eerder aangegeven¹⁶ dat de NZa voornemens is om vanaf 2022 inzichtelijk te maken hoeveel mensen er op meerdere wachtlijsten staan of hoeveel mensen er vanwege een voorkeur voor een aanbieder op een wachtlijst staan (dubbel- en voorkeurswachtenden). Dit zou het totale aantal

¹⁵ Kamerstukken 25 424, nrs. 555 & 581.

¹⁶ Kamerstukken 25 424, nrs. 555 & 581.

wachtenden kunnen aanscherpen en nuanceren. De NZa geeft aan dat zij een jaarlijkse steekproef zal doen om inzicht in het aantal dubbel- en voorkeurswachtenden te geven. Voor de motivering van de NZa verwijst ik u naar de brief die ik u parallel aan deze reactie stuur.

De leden van de D66-fractie vragen zich af hoe de aanpassing van de transparantieregeling wordt gekoppeld met de website kiezenindeggz.nl. Deze leden kunnen zich voorstellen dat er extra administratieve handelingen worden gevraagd van aanbieders. Deze leden denken dat het verstandig is deze direct te koppelen aan kiezenindeggz.nl, omdat dit maximale transparantie geeft richting patiënten, cliënten en verwijzers.

De aanpassing van de Transparantieregeling zal niet worden gekoppeld aan de website kiezenindeggz.nl. Het aantal wachtenden bij individuele ggz-aanbieders wordt gezien als concurrentiegevoelige informatie en wordt daarom niet gedeeld via kiezenindeggz.nl. Het aantal wachtenden zal wel op geaggregeerd niveau worden gepubliceerd¹⁷. Op die manier wordt er optimale transparantie nagestreefd zonder de concurrentie onnodig te schaden.

De leden van de D66-fractie lezen over het idee om de aanbieders met de grootste overschrijding van de Treeknorm in de regio het voortouw te laten nemen in het transfermechanisme. Biedt de website kiezenindeggz.nl genoeg betrouwbare informatie om dit vast te stellen? In het actieplan lezen deze leden dat de stuurgroep eind januari/ begin februari de voortgang rapporteert over deze aanbieders aan de Staatssecretaris. Is de Staatssecretaris bereid deze voortgang te delen met de Kamer?

Ik ben hierover in overleg met de partijen van de landelijke stuurgroep wachttijden. De fase waarin de transfermechanismen zich bevinden en of/op welke wijze zij operationeel zijn, verschilt per regio. Uw Kamer wordt hier in oktober nader over geïnformeerd.

De leden van de D66-fractie constateren dat door de stuurgroep vastgestelde – en bindende – afspraken worden opgezet. Kan de Staatssecretaris uitleggen waarom deze afspraken bindend zijn? Wat zijn de gevolgen van het niet nakomen van deze afspraken?

De door de stuurgroep vastgestelde, bindende afspraken waaraan ik in mijn brief van 11 februari jl. heb gerefereerd, hebben betrekking op de transfermechanismen. Zorgverzekeraars zijn op de ontwikkeling van de mechanismen aangesloten en beoordelen of de mechanismen aan deze afspraken voldoen (met andere woorden: of de afspraken worden nagekomen). Zo niet, kunnen zij besluiten voor bepaalde aanbieders en hoofddiagnosegroepen (waarvan de Treeknorm overschreden wordt) een aanmeldpauze in te stellen.

De leden van de D66-fractie lezen over de aanmeldpauze en dat aanbieders – voor de diagnosegroepen waarbij de Treeknorm wordt overschreden – in dit geval geen extra patiënten mogen aannemen. Dit is vooral een kortetermijnoplossing die goed in kaart brengt dat er alternatieve aanbieders zijn. Wordt er actief gecommuniceerd richting patiënten en cliënten welke aanbieders dit betreft, bijvoorbeeld via de website kiezenindeggz.nl? Wat wordt gedaan in een situatie waar dit geldt voor alle (grote) aanbieders in een regio? Met name omdat er regio's zijn waar de Treeknorm aanzienlijk wordt overschreden. Wat is de positie van

¹⁷ Op <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/wachttijden/geestelijke-gezondheidszorg>.

zorgverzekeraars in dezen, aangezien zij zorgplicht hebben voor deze patiënten?

Als cliënten bij een zorgaanbieder op een wachtlijst staan voor een behandeling waarvan de wachttijd de Treeknorm overschrijdt, worden zij door de zorgaanbieder actief benaderd en gewezen op de mogelijkheid van behandeling bij een andere zorgaanbieder. Op de website kiezeninde-ggz.nl kunnen patiënten/cliënten inzien wat de aanmeld- en behandelwachtlijsten voor hun diagnose zijn bij de verschillende aanbieders. Ook worden cliënten verwezen naar de afdeling wachtlijstbemiddeling van hun zorgverzekeraar die hen actief op weg kan helpen naar een andere aanbieder.

Er kan nooit sprake zijn van een situatie waarin voor een diagnosegroep bij alle aanbieders in een bepaalde regio een aanmeldpauze is ingesteld. Zorgverzekeraars zijn in het kader van hun zorgplicht verplicht verzerken tijdig en binnen een redelijke reistijd aan zorg te helpen. Als er geen aanbod is, moet dit worden gecontracteerd. De aanmeldpauze beoogt juist zorgaanbieders te stimuleren wachtenden onderling beter te verdelen met een kortere wachttijd als gevolg. Een aanmeldpauze voor alle (grote) aanbieders draagt hier niet aan bij.

De leden van de D66-fractie vragen de Staatssecretaris of het wenselijk is om, in een situatie waarbij veel aanbieders in een regio een aanmeldpauze hebben, een regionale en centrale wachtlijst te hebben? Immers, in een situatie dat veel of alle aanbieders een aanmeldpauze hebben in een regio, kan een patiënt/cliënt ook niet op een wachtlijst komen. Dit kan extra onzekerheid geven voor de patiënten/cliënten en het zicht op het aantal wachtenden is dan afwezig.

Over het concept van een «gemeenschappelijke» wachtlijst heb ik het vaker met uw Kamer gehad. Met de motie van het lid Van der Staaij¹⁸ inzake gegevensuitwisseling heeft uw Kamer de regering bovendien verzocht initiatief te nemen om te komen voor een wettelijke grondslag voor gegevensuitwisseling in de ggz. Ik ben hierover in gesprek met de Autoriteit Consument & Markt (ACM), de Autoriteit Persoonsgegevens (AP) en de stuurgroep wachttijden. Of het überhaupt mogelijk en – zo ja – wenselijk is tot zo'n wettelijke grondslag te komen is zeer de vraag met het oog op de complexiteit en omvang van een dergelijke verandering. In mijn gesprekken met bovengenoemde partijen verken ik ook of er mogelijkheden zijn tot een gemeenschappelijke/centrale wachtlijst te komen zonder wettelijke grondslag.

De leden van de D66-fractie lezen in het actieplan dat medio februari beoordeeld wordt of de ontwikkeling van de regionale transfermechanismen snel genoeg gaan. Kan de Staatssecretaris deze beoordeling de Kamer doen toekomen?

Of er door zorgverzekeraars aanmeldpauzes ingesteld worden is afhankelijk van de voortgang die in de opzet van de transfermechanismen wordt gemaakt. In maart van dit jaar hebben zorgverzekeraars mij laten weten op dat moment geen aanleiding te zien een aanmeldpauze in te stellen in één van de regio's waar de transfermechanismen operationeel zouden moeten zijn. Inmiddels zijn we iets verder en lijken er regionale verschillen te zitten voor wat betreft de fase waarin de transfermechanismen zich bevinden en of/op welke wijze zij operationeel zijn. Zorgverzekeraars hebben mij laten weten niet uit te sluiten dat een aanmeldpauze

¹⁸ Kamerstuk 25 424, nr. 572.

regionaal alsnog wordt ingesteld. Zij houden mij van eventuele ontwikkelingen op de hoogte.

De leden van de D66-fractie lezen voorts dat de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) de uitvoering van het Actieplan Wachttijden 2021 actief volgt en daar waar van toepassing actief bijdraagt. Deze leden achten de samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars van cruciaal belang in de aanpak van wachttijden. De leden van de D66-fractie vragen zich af waarom de VNG nog geen volwaardig lid is van de stuurgroep. Is de Staatssecretaris voornemens om samen met de VNG te kijken of zij een grotere rol kunnen spelen?

De VNG is geen vast lid van de stuurgroep wachttijden, maar sluit met regelmaat aan en is betrokken bij de acties die betrekking hebben op de verbinding met het gemeentelijk domein. In de regio's zijn gemeenten betrokken bij de regionale taskforces wachttijden. Ik ben met u van mening dat een bijdrage van de VNG aan de aanpak van de wachttijden van groot belang is, ook waar het gaat om de betrokkenheid in de landelijke stuurgroep wachttijden. Daarom kaart ik dit in mijn gesprekken met de VNG ook aan.

De leden van de D66-fractie waarderen dat actief wordt gezocht naar een oplossing voor een regionale doorzettingsmacht. Genoemde leden constateren wel dat dit al in het Regeerakkoord 2017 stond en dat hier meerdere moties over zijn ingediend.¹⁹ Deze leden lezen dat ervoor gekozen is om in uiterste gevallen casuïstiek door te geleiden naar de bewindspersoon die gaat over de ggz. Geldt hier een juridische grondslag voor? Op basis van welke wetgeving of regeling is dit besloten? Waarom is er niet voor gekozen om deze mogelijkheid te geven aan (de grootste) zorgverzekeraar in de regio, omdat zij wettelijk gezien de zorgplicht hebben? Hoe wordt de patiënt/cliënt die dit betreft geïnformeerd dat zijn/haar casus is doorgestuurd naar het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport? Op welke wijze wordt de privacy van deze patiënt gewaarborgd? Wanneer is hier meer duidelijkheid over?

Zoals ik in mijn brief van 11 februari jl. heb aangegeven wordt er momenteel gewerkt aan de nadere uitwerking van het concept regionale doorzettingsmacht. Regionale doorzettingsmacht is geen macht in formele, juridische zin maar een escalatiemodel waarin mensen die geen passende zorg kunnen vinden, worden geholpen. Zorgverzekeraars zijn betrokken bij de invulling van de regionale doorzettingsmacht.

In de uitwerking is – naast aandacht voor de inhoud en organisatie van het proces – veel aandacht voor het cliëntperspectief (de zogenaamde «patiëntenreis»). Communicatie met cliënt/patiënt is hier onderdeel van. Ik houd uw Kamer zoals gezegd op de hoogte van relevante ontwikkelingen en de uiteindelijke uitwerking.

De leden van de D66-fractie lezen op welke wijze de Staatssecretaris invulling wil geven aan de motie Renkema en Regterschot over de extra benodigde behandelpaatsen. De Staatssecretaris geeft aan dat het in het kader van de uitvoering van deze motie van belang is dat trauma- en stressgerelateerde stoornissen niet langer onder de diagnosehoofdgroep angststoornissen vallen, maar dat ze een aparte groep gaan vormen. Kan de Staatssecretaris toelichten waarom dit nodig is? Ziet de Staatssecretaris ook nadelen aan het toevoegen van een extra diagnosegroep? Kan de Staatssecretaris tevens toelichten wanneer er inzicht komt in de behandeltekorten?

¹⁹ Kamerstuk 25 424, nr. 509.

De wachttijden voor trauma- en stressgerelateerde stoornissen zijn langer dan die voor andere diagnoses in de hoofddiagnosegroep angststoornissen. Om preciezer zicht te krijgen op het aantal wachtenden met een trauma- of stressgerelateerde stoornis is daarom in de Transparantieregeling opgenomen dat uit de hoofdgroep «angststoornissen» «trauma- en stressgerelateerde stoornissen» dient te worden afgesplitst. Deze splitsing betrof een wens van veldpartijen. Het is goed dat er met de aanpassing meer inzicht komt in de wachttijdproblematiek rondom trauma en stressorgerelateerde stoornissen. Vervolgens moet een vertaling worden gemaakt naar extra behandelcapaciteit.

*De leden van de **GroenLinks**-fractie hebben met veel belangstelling kennisgenomen van de aanpak wachttijden in de ggz en de laatste cijfers van de NZa. Daaruit blijkt onder meer dat de wachttijden stabiel blijven, oftewel, even slecht. Genoemde leden vinden dit een treurige constatering gezien de hoeveelheid leed die hier vaak achter schuilgaat. Bovendien constateren deze leden dat binnen de huidige kaders van het stelsel weinig verbeteringen zijn behaald. Kan de Staatssecretaris een grafiek met de Kamer delen betreffende het verloop van de wachttijden sinds de eerste meting deze kabinetsperiode? Tevens vragen genoemde leden wat volgens de Staatssecretaris zijn grootste wapenfeit is geweest op dit dossier?*

Het vergelijken van de cijfers van de wachttijden door de jaren heen is niet mogelijk. De manier waarop de wachttijden zijn bijgehouden en gerapporteerd is in de afgelopen jaren meermaals aangepast. Deze aanpassingen maken dat we een steeds scherper beeld krijgen van de situatie, maar zorgen er tevens voor dat de cijfers die we nu beschikbaar hebben, niet één op één te vergelijken zijn met de cijfers van enkele jaren terug.

De afgelopen jaren is er veel gebeurd om de wachttijden terug te dringen. De samenhang tussen de wachttijden en ontwikkelingen binnen en buiten de ggz is complex. Dit maakt dat de ingezette acties allemaal met elkaar samenhangen en daarom ook niet op zichzelf te rangschikken zijn naar mate van succes. Ik heb uw Kamer steeds geïnformeerd over de acties die ik, al dan niet samen met de leden van de landelijke stuurgroep wachttijden en de toezichthouders heb ingezet op het terrein van de wachttijden in de ggz. Ik verwijs u voor een overzicht van alle ingezette acties graag naar de verschillende Kamerbrieven die hierover zijn gestuurd²⁰. In deze correspondentie met uw Kamer heb ik u onder andere geïnformeerd over:

- De oprichting van de Regionale Taskforces wachttijden en de door hen opgestelde regionale plannen.
- De campagne «weg van de wachtlijst» die patiënten en verwijzers beter op de hoogte brengt van de mogelijkheden van wachtlijstbemiddeling door zorgverzekeraars.
- De versterkte inzet op zorgbemiddeling, waarbij zorgbemiddeling onder meer beter onder de aandacht is gebracht van verwijzers.
- Het plan hoogcomplexen ggz, waarmee patiënten met een hoogcomplexen zorgvraag tijdig worden geholpen aan een behandelaanbod op maat.
- De inzet van versnellers in de acht regio's met de langste wachttijden.
- Het gezamenlijk toezicht op de aanpak van de wachttijden door de IGJ en de NZa, dat steeds meer volume heeft gekregen.
- De aanpassing van de Transparantieregeling, waarmee inzicht in de aard en omvang van de problematiek is verbeterd.
- De inzet op transfermechanismen in regio's waar de wachttijden te lang zijn in combinatie met de aanmeldpauze.

²⁰ Vanaf 2017: Kamerstukken 25 424, nrs. 385, 396, 409, 451, 457, 481, 504, 521, 528, 531, 545, 546, 555, 557, 559, 581. Kamerstukken 32 620, nrs. 200, 207.

- De website kiezenindeggz.nl, waarmee zorgaanbod ook voor patiënten inzichtelijker is gemaakt.

Zijn er op het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport de afgelopen vier jaar plannen gemaakt of voorbereidingen getroffen om (naast de bekostigingssystematiek) een stelselwijziging in de ggz in te voeren met het oog de wachtlijsten te verkorten? Kan de Staatssecretaris in hoofdlijnen de verschillende denkrichtingen met de Kamer delen? Welke boodschap wil de Staatssecretaris op persoonlijke titel de politiek meegeven tijdens de aanstaande formatie betreffende de ggz?

Er zijn geen plannen gemaakt om een stelselwijziging door te voeren ten behoeve van het verkorten van de wachttijden in de ggz.

De leden van de GroenLinks-fractie ontvangen dagelijks berichten van patiënten die op een wachtlijst staan, niet in aanmerking komen voor een crisissplek, of waarvan dak- en thuisloosheid dreigt. Zodoende vragen genoemde leden hoe het staat met de uitvoering van de aangenomen motie van het lid Klaver²¹? Is al een inventarisatie gedaan bij alle grote ggz-instellingen in Nederland over mogelijke tekorten en ontvangt de Staatssecretaris ook signalen dat de druk van acute ggz verlicht kan worden als er veel betere doorstroom is? Wat is het tijdspad van de uitvoering van de motie?

Ik verwijs u voor antwoorden op uw vragen graag naar mijn brief van 4 juni jl., waarin ik uw Kamer heb geïnformeerd over de stand van zaken van de motie Klaver²².

De leden van de GroenLinks-fractie constateren dat het kabinet op de valreep nog vorm geeft aan de noodoplossing «regionale doorzettingsmacht». Dat is mooi, maar om dit proces vorm te geven wordt gebruik gemaakt van een set werkafspraken. Wil dit zeggen dat «regionale doorzettingsmacht» en «opschalingsniveau naar de bewindspersoon Volksgezondheid, Welzijn en Sport» binnen het huidige stelsel zonder additionele wetswijzigingen kan? Zo ja, waarom heeft het zo lang geduurd voordat hier een eerste stap in wordt gezet? Zo nee, waarom wordt in de Kamerbrief niet gerept over voorbereiding van wet- en regelgeving?

Regionale doorzettingsmacht is geen macht in formele, juridische zin maar een escalatiemodel waarin mensen die geen passende zorg kunnen vinden, worden geholpen. Het uitwerken van regionale doorzettingsmacht is tot nu toe complex en weerbarstig gebleken, met name door een veelheid aan belangen en betrokkenen. Met de overeenstemming die door alle betrokken partijen is bereikt over de hoofdlijnen van hoe regionale doorzettingsmacht eruit moet komen te zien, zijn we een betekenisvolle stap verder. Ik zal uw Kamer na de zomer nader over het onderwerp informeren.

Tot slot willen de leden van de GroenLinks-fractie meer inzicht krijgen in de macrokosten van ons ggz-stelsel. Kan de Staatssecretaris met de Kamer delen welk aandeel van de totale VWS-begroting, en in absolute kosten (in miljarden), sinds het begin van de eeuwwisseling naar de ggz is gegaan? Hoeveel procent van de dag besteden zorgverleners in de ggz hun tijd aan administratie, registratie en bureaucratie in de ggz, volgens de laatste cijfers?

²¹ Kamerstuk 25 295, nr. 923.

²² Kamerstuk 31 839, nr. 780.

De onderstaande tabel geeft de ontwikkeling weer van de uitgaven aan geneeskundige geestelijke gezondheidszorg vanaf 2008. Dit betreft de ggz binnen het domein van de Zorgverzekeringswet (Zvw). Voor 2008 viel de ggz niet onder de Zvw. De in de tabel 1 genoemde bedragen zijn onderling niet goed vergelijkbaar omdat binnen de weergegeven periode (2008–2020) tussentijds delen van de ggz van en naar het Zvw-domein verschoven zijn. Zo is per 2015 de jeugd-ggz naar het gemeentelijk domein overgeheveld en is per 2015 het tweede en derde jaar onafgebroken verblijf met ggz-behandeling naar het Zvw-domein overgeheveld.

Tabel 1: Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (in € miljoen)¹

2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
3.407	3.750	3.965	4.283	4.118	4.010	3.733	3.257	3.406	3.558	3.762	3.968	4.164

¹ De cijfers voor 2008 t/m 2017 zijn afkomstig uit de jaarverslagen VWS; De cijfers voor 2018 t/m 2020 zijn niet definitief en afkomstig uit de begroting VWS 2021.

Tabel 2 geeft de uitgaven aan geneeskundige ggz als percentage van de totale bruto zorguitgaven weer. In deze periode is zowel de definitie van de geneeskundige ggz-uitgaven als die van de totale bruto zorguitgaven gewijzigd. Voor de vergelijkbaarheid over de tijd zijn de percentages gecorrigeerd voor deze definitieverschillen.

Tabel 2: Uitgaven geneeskundige ggz als percentage van de totale bruto zorguitgaven

2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
6,1%	6,4%	6,5%	6,8%	6,2%	5,9%	6,0%	6,2%	5,9%	5,9%	5,9%	5,9%	5,8%

Voor wat betreft het percentage dat zorgverleners aan administratie, registratie besteden: volgens de meest recente cijfers uit de Merkbaarheidsscan die in december 2020 naar uw Kamer zijn verstuurd²³ geven zorgverleners in de curatieve ggz aan 39 procent van hun werktijd aan administratieve taken te besteden. Dit is een lichte stijging ten opzichte van het jaar ervoor. Toen gaven zorgverleners aan gemiddeld 37 procent van hun werktijd aan administratieve taken besteden. Tegelijkertijd is het rapportcijfer dat zorgverleners opgeven aan ervaren regeldruk in 2020 met 0,4 punten gedaald naar een 7,1 (op een schaal van 1 tot 9).

De leden van de SP-fractie hebben al vele malen hun zorgen geuit met betrekking tot de te lange wachttijden/wachtlijsten in de ggz. Een wachttijd van soms vele maanden is echt onacceptabel; helaas zijn de vorderingen tot op heden volstrekt onvoldoende. Deze zorgen van genoemde leden worden telkens bevestigd in de verschillende voortgangsrappportages die naar de Kamer worden gestuurd en ook de laatste voortgangsbrief schetst geen hoopvol beeld. De leden van de SP-fractie vragen de Staatssecretaris naar de meest actuele cijfers als het gaat om wachtlijsten in de ggz. Hoeveel mensen staan nu precies op de wachtlijsten en hoe lang zijn de wachttijden per aandoening? Is het nog steeds zo dat mensen met de ernstigste problematiek het langst moeten wachten op zorg?

Het is nog steeds zo dat de wachttijden in de gespecialiseerde ggz structureel lang zijn. Voor de meest recente cijfers inzake de wachttijden die de NZa heeft gepubliceerd, verwijs ik u naar de brief die ik uw Kamer parallel aan deze reactie stuur. De genoemde cijfers zijn uitgesplitst naar gemiddelde wachttijden per aandoening. De ernst van de problematiek waarmee mensen kampen is niet als variabele opgenomen, de cijfers kunnen hier dus geen inzicht in verschaffen. Ook waar het gaat om de

²³ Kamerstuk 29 515, nr. 452.

aantallen wachtenden verwijs ik u graag naar de brief waaraan ik hierboven refereer.

Welke invloeden dan wel gevolgen hebben de tot op heden genomen acties gehad op deze wachttijden? Zijn de invloeden van individuele maatregelen in beeld te brengen? Zo ja, welke ingezette acties blijken succesvol en welke blijken tot op heden niet succesvol te zijn? Is de indruk van de leden van de SP-fractie correct dat de acties tot op heden helaas nog steeds absoluut onvoldoende zijn en dat aanvullende acties dringend gewenst zijn?

De afgelopen jaren is er veel gebeurd om de wachttijden terug te dringen. Ik heb uw Kamer steeds geïnformeerd over de acties die ik, al dan niet samen met de leden van de landelijke stuurgroep wachttijden en de toezichthouders heb ingezet op het terrein van de wachttijden in de ggz. De samenhang tussen de wachttijden en ontwikkelingen binnen en buiten de ggz is complex. Dit maakt dat de ingezette acties allemaal met elkaar samenhangen en daarom ook niet op zichzelf te rangschikken zijn naar mate van succes.

Ik realiseer me dat wanneer je te lang moet wachten op zorg, de ingezette acties abstract zullen klinken. Maar juist voor mensen die nu te lang wachten op zorg moeten we voortvarend verder gaan op het ingezette pad. Er worden concrete stappen gezet. Zoals gezegd hebben we het over een zeer complex probleem waarvoor geen eenvoudige oplossing is. Het kost tijd voordat de ingezette acties hun vruchten gaan afwerpen. Ik blijf mij – samen met de toezichthouders en de landelijke stuurgroep wachttijden – onverminderd inzetten om de wachttijden terug te dringen.

Aangegeven is dat dat de ontwikkelingen in de wachttijden (vooral in coronatijd) samen worden geadresseerd met de NZa en in overleg met ggz-partijen. Door MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid wordt echter gesteld dat de verschillende betrokken partijen (momenteel) niet op één lijn zitten. Dit verbaast de leden van de SP-fractie zeer, het is immers een probleem dat al gedurende langere tijd speelt en enkel verbreed is door de coronacrisis. Kan de Staatssecretaris aangeven op welke punten de partijen op dit moment inhoudelijk niet op één lijn zitten? Kan hij aangeven welk effect dit «niet op één lijn zitten» precies heeft aangaande de wachtlijstproblematiek? De leden van de SP-fractie wachten op de door de Staatssecretaris aangekondigde visie over het zorglandschap van de ggz. Wanneer kunnen deze leden deze visie precies verwachten? In hoeverre wordt in deze visie één inhoudelijke lijn geschetst waar alle relevante partijen achter (dienen te) staan als het gaat om de wachtlijstproblematiek?

De partijen in de landelijke stuurgroep wachttijden bespreken met elkaar de aanpak zoals zij die gezamenlijk voorstaan. Alle partijen – waaronder ook MIND – scharen zich zowel in de bestuurlijke overleggen die ik met hen voer als in hun brief²⁴ gezamenlijk achter de door hen gekozen aanpak. Vanuit ieders eigen rol en verantwoordelijkheid dragen zij bij aan deze aanpak en houden zij elkaar scherp op de onderlinge afspraken. Dit alles om ons gedeelde doel – het structureel terugdringen van de wachttijden – te bereiken.

De «discussienota zorglandschap ggz» is op 20 mei jl. openbaar gemaakt. Het betreft een ambtelijk discussiedocument en het opstellen hiervan is niet alleen met de relevante veldpartijen gesproken, maar ook met bijvoorbeeld cliënten, behandelaren en wetenschappers. In de nota

²⁴ Zie bijlage bij Kamerstuk 25 424, nr. 581.

worden geen keuzes gemaakt, maar worden uiteenlopende bouwstenen aangedragen voor de toekomstige inrichting van de ggz. Daarmee is het een «menukaart» van maatregelen. Maatregelen die kunnen bijdragen aan de kwaliteit, toegankelijkheid en/of betaalbaarheid. Tot 1 juli jl. kon iedereen die dat wilde reageren op de discussienota via de «doe mee pagina» op rijksoverheid.nl. De reacties worden gebundeld en geanalyseerd. Het is de bedoeling dat deze nota de basis is voor een gesprek over de toekomst van de ggz. Besluitvorming is aan een nieuw kabinet.

Tevens vragen de leden van de SP-fractie om een uitgebreid overzicht van de betrokken partijen bij de aanpak van de wachtlijsten in de ggz, welke overleggen op welke onderwerpen er op korte termijn gaan plaatsvinden en wanneer genoemde leden concrete vervolgacties kunnen verwachten? Klopt de constatering van MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid dat veel overleggen zijn doorgeschoven van januari naar maart? Zo ja, waarom is daarvoor gekozen?

Zoals ik in mijn brief van 11 februari aan uw Kamer heb gemeld zijn bij de aanpak van de wachttijden MIND, de Nederlandse ggz, ZN, MeerGGZ, SWN, InEén, de LHV en de VNG betrokken. Bovengenoemde partijen nemen allen deel in de landelijke stuurgroep wachttijden ggz, die – plenair en in werkgroepen – meerdere keren per maand bijeenkomt. Regelmatig komen deze partijen onder mijn leiding op bestuurlijk niveau bijeen. We zullen in ieder geval nog één bestuurlijk overleg voeren voor het zomerreces. Van het verplaatsen van overleggen kan alleen sprake zijn in dringende gevallen of wanneer er geen noodzaak is om zaken bestuurlijk te delen.

De acties die binnen de aanpak van de wachttijden centraal staan, zijn beschreven in de brief die ik u op 11 februari jl. heb doen toekomen en de brief van de landelijke stuurgroep wachttijden, die als bijlage bij genoemde Kamerbrief te vinden is²⁵.

Wat zijn tot op heden precies de ervaringen en resultaten met betrekking tot het akkoord dat is gesloten tussen Zorgverzekeraars Nederland en ggz-instellingen? Daarnaast vragen de leden van de SP-fractie hoeveel ggz-instellingen in 2020 hun budgetplafond hebben bereikt dan wel overschreden? Hoe wordt daarnaast het probleem opgelost dat behandelaren ertoe geneigd zijn eerder relatief eenvoudige problematiek op te pakken dan ingewikkeldere casuïstiek, vanwege verkeerde financiële prikkels en marktwerking in de ggz? Hoe wordt deze mismatch tussen vraag en aanbod opgelost?

De leden van de SP-fractie vragen hoeveel ggz-instellingen in 2020 hun budgetplafond hebben bereikt dan wel overschreden. Cijfers over 2020 heb ik niet. De Monitor contractering ggz van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) uit april vorig jaar (Kamerstuk 32 620, nr. 261) bevat wel cijfers over 2019. Voor dat jaar constateert de NZa dat ongeveer een derde van de zorgaanbieders die de vragenlijst hebben ingevuld (zowel instellingen als vrijgevestigden) een algemene of specifieke patiëntenstop heeft moeten instellen door het bereiken het omzetplafond. In de gespecialiseerde ggz speelde het bereiken van het omzetplafond vaker een rol dan in de generalistische basis-ggz. Dat noemt de NZa een logisch gevolg van het feit dat zorgverzekeraars voor de basis-ggz steeds vaker geen omzetplafond hanteren. Verder stelt de NZa vast dat in 2019 73% van de responderende instellingen en 25% van de vrijgevestigde respondenten een verzoek tot bijcontractering heeft ingediend. 94% van de vrijgevestigde zorgaanbieders en 89% van de instellingen geeft het bereiken van

²⁵ Zie bijlage bij Kamerstuk 25 424, nr. 581.

het omzetplafond aan als reden voor het verzoek om bijcontractering. Van drie grote en twee kleine zorgverzekeraars en een inkoopcombinatie heeft de NZa gegevens ontvangen over de hoeveelheid aanvragen tot bijcontractering en toegekende bedragen in contractjaar 2019. Uit die gegevens blijkt dat bij instellingen 79% van de verzoeken (deels) gehonoreerd is, terwijl dat bij vrijgevestigde zorgaanbieders om 59% gaat.

Om er met hun zorginkoop aan bij te dragen dat het zorgaanbod aansluit bij de vraag, zijn verzekeraars met zorgaanbieders in gesprek over (regionale) schaarste aan aanbod ten opzichte van een bepaalde (zwaardere) vraag. Dit gebeurt op basis van analyses en inschattingen vanuit beide partijen. Een en ander kan vervolgens bijvoorbeeld worden meegenomen bij het bepalen van de hoogte van het omzetplafond en van de gemiddelde behandelprijs per cliënt, waarvan in de afspraken tussen ggz-aanbieders en zorgverzekeraars regelmatig sprake is. Ik wijs hierbij ook op de zorgplicht van zorgverzekeraars, die zowel voor cliënten met een lichtere als voor cliënten met een zwaardere zorgvraag geldt. Tevens wijs ik op de Monitor contractering ggz 2021 (Kamerstuk 32 620, nr. 330) waarin de NZa aangeeft dat zij positieve ontwikkelingen ziet als het gaat om het organiseren van passende zorg, maar tegelijkertijd constateert dat hierover in de contracten bijna geen concrete inhoudelijke afspraken zijn opgenomen (partijen geven aan dat dergelijke afspraken buiten het contract om worden vastgelegd, bijvoorbeeld in een convenant). De NZa roept partijen in deze monitor op om meer werk te maken van passende zorg.

De huidige dbc-bekostiging en in het verlengde daarvan de contractafspraken tussen zorgverzekeraars en ggz-aanbieder (gebaseerd op gemiddelde behandel prijzen per cliënt) kunnen als resultaat hebben dat lichtere zorgvragen worden overgefinancierd en zwaardere zorgvragen juist worden ondergefinancierd en zo leiden tot financiële prikkels die het voor aanbieders aantrekkelijk maken om cliënten met een lichtere zorgvraag eerder te helpen dan cliënten met een zwaardere zorgvraag.

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

Tot de nieuwe bekostiging is ingevoerd geldt dat verzekeraars ook hogere gemiddelde prijzen per cliënt kunnen afspreken met ggz-aanbieders die in verhouding veel cliënten met een zwaardere zorgvraag behandelen

*De leden van de **ChristenUnie**-fractie vragen de Staatssecretaris om met de stuurgroep tijdig een beslissing te nemen over de vervolgaanpak in acht probleemregio's, zodat de versnellers hun inzet niet onnodig hoeven te pauzeren. Genoemde leden willen onderstrepen dat bij een beslissing over het vervolg ook moet worden afgewogen of het ingrijpen van toezichthouders als de NZa of de IGJ wellicht meer de aangewezen weg is om voortgang te boeken. Deze leden vragen daarnaast aandacht voor de voortgang in andere regio's waar wachttijden een structureel probleem zijn. Kunnen deze versnellers ook in andere regio's worden ingezet?*

Ik ben in het Bestuurlijk Overleg wachttijden in de ggz in maart bijgepraat over de voortgang van de versnellers. Samen met de regionale taskforces hebben de versnellers knelpunten geïdentificeerd en zijn zij in alle gevallen gekomen tot een aanpak die een duurzame regionale samenwerking ondersteunt. De versnellers hebben in hun regio's tevens een ondersteunende rol gehad in het opzetten van de transfermechanismen. Al met al ben ik – samen met de andere partijen van het Bestuurlijk Overleg wachttijden – te spreken over de inzet van de versnellers en verwacht ik dat hun inzet op termijn ook daadwerkelijk zal resulteren in een kwantificeerbare afname van de wachttijden. Om deze reden heb ik besloten de versnellers ook voor het tweede halfjaar te financieren. Of en – zo ja – hoe er verder vervolg gegeven wordt aan de inzet van de versnellers zal na deze periode bekeken worden.

De leden van de ChristenUnie-fractie zijn samen met de Staatssecretaris positief gestemd dat overeenstemming is bereikt over de hoofdlijnen van een regionale doorzettingsmacht. Genoemde leden dringen aan op een zo spoedig mogelijke uitwerking van de afspraken. Welke instrumenten heeft het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport om de partijen aan de afspraken te houden, behalve hen aanspreken wanneer afspraken niet worden nagekomen?

Regionale doorzettingsmacht zal de vorm van een opschalingsproces hebben. Als dat nodig is wordt steeds naar een ander niveau geëscaleerd, in het uiterste geval zelfs naar de bewindspersoon van VWS. Voor elke niveau worden er afspraken over verantwoordelijkheden en taken gemaakt, waar partijen elkaar op kunnen aanspreken. Voor het niveau van de transfermechanismen geldt bijvoorbeeld dat zorgverzekeraars beoordelen of de mechanismen aan de gemaakte afspraken voldoen. Zo niet, kunnen zij besluiten voor bepaalde aanbieders en hoofddiagnosegroepen (waarvan de Treeknorm overschreden wordt) een aanmeldpauze in te stellen. Over de nadere uitwerking van regionale doorzettingsmacht wordt uw Kamer na de zomer geïnformeerd.

De leden van de ChristenUnie-fractie vinden een goede samenwerking van de ggz met gemeenten en het sociaal domein van groot belang als het gaat om de wachttijden in de ggz, omdat dit de structurele druk op de ggz kan doen afnemen. Is de Staatssecretaris bereid om met de VNG in gesprek te gaan over een groter commitment van de VNG bij de aanpak van wachttijden in de ggz?

De VNG is geen vast lid van de stuurgroep wachttijden, maar sluit met regelmaat aan en is betrokken bij de acties die betrekking hebben op de verbinding met het gemeentelijk domein. In de regio's zijn gemeenten betrokken bij de regionale taskforces wachttijden. Ik ben met u van mening dat een bijdrage van de VNG aan de aanpak van de wachttijden van groot belang is, ook waar het gaat om de betrokkenheid in de landelijke stuurgroep wachttijden. Daarom kaart ik dit in mijn gesprekken met de VNG ook aan.

Hoe beoordeelt de Staatssecretaris de voortgang in de samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars ten behoeve van de ggz-doelgroep en de inbreng van cliëntperspectief daarbij? Wat wil hij ondernemen om die voortgang te bevorderen?

Er is sprake van een constructieve samenwerking tussen Rijk, gemeenten en zorgverzekeraars, onder andere in het kader van het Hoofdlijnenakkoord ggz 2019–2022. Er vindt regelmatig overleg plaats met de partijen die bij het Hoofdlijnenakkoord betrokken zijn, waaronder ook organisaties

die het cliëntperspectief inbrengen. Ik blijf het belang van betrokkenheid van het gemeentelijk domein in gesprekken met de VNG aankaarten.

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen in het licht van de instroom in de ggz naar de coördinatie- en consultatiefunctie in de ggz. Wat kan de Staatssecretaris doen om de impasse rond de financiering te doorbreken? Dit kan namelijk de druk op de ggz doen afnemen.

Ik vind het belangrijk dat gemeentelijke professionals op een eenvoudige manier advies kunnen inwinnen bij iemand die over ggz-expertise beschikt wanneer dat nodig is. Andersom vind ik het van belang dat de ggz-behandelaar eenvoudig gemeentelijke professionals kan raadplegen waardoor de behandeling beter aansluit bij de situatie en omstandigheden van de cliënt. Ik heb toegezegd dat ik duidelijkheid zal verschaffen over het financieren van de consultatiefunctie. Om de oplossingsrichting(en) zo goed mogelijk aan te laten sluiten bij de praktijk is recent een expertsessie belegd met een aantal zorgaanbieders en gemeenten. Recent heb ik de oplossingsrichtingen besproken met onder andere de VNG en ZN. Zij hebben nog een aantal aandachtspunten meegegeven die ik deze zomer samen met de VNG, ZN, de NZa en het Zorginstituut zal verwerken. Ik streef ernaar u na de zomer te informeren over de wijze waarop de consultatiefunctie gefinancierd kan worden.

Ten slotte vragen de leden van de ChristenUnie-fractie aan de Staatssecretaris of hij in het kader van de Zorgverzekeringswet de mogelijkheden voor zorgverzekeraars wil vergroten om te investeren in preventie naar voorbeeld van de zorgkantoren in de Wet langdurige zorg?

Zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk voor geïndiceerde en zorggerelateerde preventie. De ruimte die zorgverzekeraars hier hebben wordt nog lang niet altijd volledig benut. De wens vanuit de maatschappij om zorgverzekeraars (al dan niet in het kader van de Zorgverzekeringswet) meer ruimte te geven om te investeren in selectieve preventie is mij zeker niet ontgaan. De mogelijkheden hiertoe worden door VWS nader uitgewerkt. Het is aan een nieuw kabinet om hierover te besluiten.