

Vergaderjaar 2000–2001

25 424

Geestelijke gezondheidszorg

27 488

Actieplan Zorg Verzekerd

Nr. 32

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 18 mei 2001

1 Inleiding

In het plan Zorg Verzekerd heb ik u toegezegd om de verhouding tussen de cure en care in de GGZ nader te bezien. In deze brief ga ik nader op dit vraagstuk in.

Startpunt voor deze brief is de GGZ-cliënt en diens zorgbehoefte. Vervolgens wordt aan de hand van de beleidsontwikkelingen van de afgelopen jaren kort geschetst hoe de GGZ verandert om beter tegemoet te kunnen komen aan de vraag van cliënten. Op een aantal punten is er daarbij nog verbetering nodig. Deze verbeterpunten vormen de basis voor een schets van een gemoderniseerde GGZ en het daarvoor noodzakelijke moderniseringstraject. In dit moderniseringstraject is in grote lijnen aangegeven welke veranderingen in de organisatie van de GGZ noodzakelijk zijn en welke positie de GGZ-cure en GGZ-care daarbij innemen.

2 De GGZ-cliënten en hun zorgbehoefte

Bij het moderniseren van de GGZ staat de vraag van de cliënten en hun zorgbehoefte centraal. Wie zijn deze cliënten en welke behoefte aan zorg hebben zij?

Jaarlijks lijdt bijna een kwart van de volwassen Nederlanders, zo'n 3 miljoen mensen, aan een psychische stoornis. Lang niet al deze mensen komen uiteindelijk in contact met de professionele gezondheidszorg: tweederde van de mensen met psychische problemen probeert deze zelf of met hulp van naasten op te lossen. Een derde van de mensen met psychische problemen zoekt wel professionele hulp: 27% van alle mensen met psychische problemen bezoekt de huisarts of een andere hulpverlener in de eerstelijns (de bedrijfsarts, het algemeen maatschappelijk werk of de eerstelijnspsycholoog), 15% doet (daarnaast) een beroep op de tweedelijns, de gespecialiseerde GGZ.

Uiteraard bestaan er tussen al deze mensen met psychische problemen grote verschillen. Toch kan er op hoofdlijnen, op basis van de ernst van de

problematiek en de zorgbehoefte, een viertal categorieën van GGZ-cliënten worden onderscheiden.

1. De eerste categorie bevat ruim 80% van alle mensen met psychische stoornissen en betreft diegenen die kampen met relatief lichte psychosociale problemen of psychische stoornissen. Een combinatie van psychische en fysieke klachten komt vaak voor. Het merendeel van deze mensen probeert zelf of met hulp van naasten de problemen op te lossen. Het ziekteverzuim als gevolg van de psychische problemen is bij deze categorie vaak kortdurend. Is er toch professionele hulp nodig, dan kunnen deze mensen meestal uitstekend worden geholpen met kortdurende en ambulante hulp van de eerstelijns (huisarts, algemeen maatschappelijk werk of eerstelijnspsycholoog). Bij voorkeur is de hulp laagdrempelig en wordt deze door een zelfgekozen en ter zake kundige generalistische hulpverlener gegeven. Een combinatie van psychische, somatische en maatschappelijke zorg is voor deze categorie cliënten vaak noodzakelijk, maar deze zorg heeft zeker niet het karakter van (chronische) «care» en «langdurige ondersteuning».
2. De tweede categorie bevat enkele honderdduizenden mensen die lijden aan een ernstigere psychische stoornis. De generalistische hulp van de eerstelijns is bij hen niet afdoende en meer gespecialiseerde, tweedelijnszorg van de GGZ is noodzakelijk. Ondanks de ernst van de aandoening en de veelal hoge lijdensdruk, kan bij deze mensen toch veelal worden volstaan met een kortdurende ambulante behandeling door de gespecialiseerde GGZ, soms gecombineerd met (na)zorg door de eerstelijns. Een totaalpakket van psychische, somatische en maatschappelijke zorg is ook voor deze categorie cliënten vaak noodzakelijk, maar net als bij de vorige categorie is deze zorg(behoefte) niet langdurig.
3. De derde categorie betreft zo'n 40 000 mensen die als gevolg van zwaardere en/of langerdurende problematiek regelmatig gespecialiseerde en intensieve curatieve behandeling nodig hebben. Voor curatieve zorg zijn deze cliënten, gezien de ernst van hun psychische stoornissen, aangewezen op zorg van de gespecialiseerde tweedelijns GGZ, eventueel met nazorg of vervolgzorg via de eerstelijns. Daarnaast hebben deze cliënten vaak behoefte aan allerlei vormen van (al of niet gespecialiseerde) care en ondersteuning (vervoer, dagbesteding, huisvesting e.d.) om zelfstandig in de samenleving te kunnen blijven participeren.
4. De laatste categorie betreft zo'n 18 000 mensen die zoveel hinder ondervinden van hun psychische problemen dat zij niet zonder permanente zorg en ondersteuning in de samenleving kunnen of mogen verblijven. Voor deze cliënten is veelal langdurige, intensieve en intramurale geestelijke gezondheidszorg noodzakelijk waarbij de nadruk in het algemeen ligt op gespecialiseerde GGZ-care en ondersteuning. De ernst en de aard van de psychische stoornissen of het onvrijwillige karakter van het verblijf in de GGZ maken het veelal onmogelijk dat deze ondersteuning in de samenleving door algemene voorzieningen wordt gegeven. Voor deze cliënten is gespecialiseerde GGZ-care en ondersteuning, zoals die nu wordt geleverd door psychiatrische klinieken en beschermende woonvormen, noodzakelijk.

3 De beleidsontwikkelingen

De wens om de zorg meer vraaggericht te maken heeft (ook) in de GGZ geleid tot grote inhoudelijke en organisatorische veranderingen. De beleidsnota's die in de loop der jaren zijn verschenen geven een mooi overzicht van al deze veranderingen.

Het fundament voor het veranderproces wordt beschreven in de Nieuwe Nota uit 1984. Daarin is een aantal cruciale ontwikkelingen neergezet, voor het eerst nadrukkelijk vanuit het ook nu nog centrale perspectief van

vermaatschappelijking. Het hoofddoel van de Nieuwe Nota was de GGZ dichterbij de bevolking en de zorg meer in de maatschappij zelf aan te bieden. De cliënt zou niet meer zorg moeten krijgen dan nodig maar zeker ook niet minder dan vereist. Mede naar aanleiding van de Nieuwe Nota kwamen twee nieuwe zorgvormen sterk op naast het aloude psychiatrisch ziekenhuis, namelijk de ambulante GGZ (RIAGG) en de beschermende woonvormen (RIBW). Daarnaast werden de grote psychiatrische ziekenhuizen gedeconcentreerd en ontstonden er in plaats daarvan meer kleinschalige instellingen, zogenaamde multifunctionele eenheden (MFE's). In de volgende belangrijke beleidsnota over de GGZ, de Nota Onder Anderen (1993) is nadrukkelijk voortgebouwd op de in gang gezette processen. In deze nota is de aandacht vooral uitgegaan naar het aanbrengen van goede samenhang tussen de diverse zorgvormen door regionalisering van de zorg, de circuitvorming rond doelgroepen als ouderen, volwassenen, kinder- en jeugd, en het verder verminderen van intramurale bedden door een beleid dat gericht was op substitutie van «bedden» naar «behandelplaatsen». Net als in de Nieuwe Nota werd ook in de Nota Onder Anderen de poortwachtersfunctie van de huisarts bij psychische problematiek benadrukt. In Onder Anderen werd toen geconstateerd dat de centrale rol van de huisarts nog niet was gerealiseerd. De meest recente GGZ Nota is de Beleidsvisie GGZ uit 1999. Vermaatschappelijking is, naast rationalisering van de zorg, ook in deze nota een centraal thema. De veranderende en toenemende vraag leidden tot het opnieuw bezien van de ontwikkelingen in de sector en meer aandacht voor doelmatigheid en doeltreffendheid van de zorg. Naast meer samenhang tussen de zorgvormen in de sector zelf wordt benadrukt dat de GGZ zich meer open moet stellen voor meer samenwerking met andere zorgsectoren en organisaties op het terrein van de maatschappelijke dienstverlening, vanuit een optiek van wederzijdse afhankelijkheid en complementariteit. De belangrijkste speerpunten in de Beleidsvisie zijn de versterking van de eerstelijns, die nadrukkelijk breder werd aangezet dan alleen de huisarts, en het meer samengaan van de verschillende functies van de GGZ in regionale GGZ-voorzieningen. Daarbij wordt een kanttekening geplaatst met betrekking tot de schaalgrootte van nieuw te vormen organisaties, die van een zodanige omvang dienen te zijn dat voor cliënten voldoende keuzevrijheid beschikbaar is en er voldoende countervailing power aanwezig is om de nieuwe organisaties te kunnen beïnvloeden.

De ontwikkelingen na het verschijnen van de Beleidsvisie GGZ 1999 maken nu een verdere bezinning op de koers van de GGZ noodzakelijk. Voortbordurend op de uitgangspunten van de eerdere beleidsnota's en de omslag van aanbodgestuurde naar vraaggestuurde zorg, zal nu de verdere modernisering van de GGZ worden uitgewerkt. Centraal bij deze modernisering van de GGZ staan de volgende verbeterpunten.

- meer GGZ-kennis en meer generalistisch GGZ-aanbod in de eerstelijns zodat onderbehandeling en overbehandeling van cliënten met psychische problemen kunnen worden voorkomen;
- meer aandacht voor zorg en begeleiding bij arbeidsrelevante psychische problematiek;
- meer samenhang tussen de GGZ en de somatische gezondheidszorg, de maatschappelijke dienstverlening en andere voor de cliënt relevante sectoren;
- meer «transparantie» voor de cliënt door meer zicht op het hulp-aanbod, meer keuzemogelijkheden tussen aanbieders en meer vraag-gericht en doelmatig werken in de GGZ;
- realisering van voorgaande verbeterpunten moeten leiden tot meer vertrouwen in, tevredenheid over en maatschappelijke acceptatie van de GGZ.

4 Een gemoderniseerde GGZ

De meeste van deze verbeterpunten worden ook nu al zoveel mogelijk door de aanbieders en zorgkantoren aangepakt. Het verder doorvoeren van bovengenoemde verbeterpunten door het veld en het scheppen van de juiste randvoorwaarden door de overheid via aanpassing van de wet- en regelgeving moet op termijn leiden tot een «gemoderniseerde» GGZ die er als volgt uitziet.

4.1 De GGZ in de eerstelijns

Voor mensen met psychische problemen moet er in de toekomst een sterke en voor iedereen toegankelijke eerstelijns beschikbaar zijn. In deze eerstelijns kan veel van de lichtere psychische en psychosociale problematiek adequaat worden gediagnosticeerd en behandeld. Uiteraard speelt de huisarts in die eerstelijns een centrale rol, daarbij terzijde gestaan door de algemeen maatschappelijk werker, de eerstelijnspsycholoog en de (eerstelijns) sociaal psychiatrisch verpleegkundige. In deze eerstelijns is er een ruim aanbod van eerstelijns hulpverleners zodat er voor cliënten voldoende mogelijkheden zijn om te kiezen tussen hulpverleners en hulpvormen. Deze eerstelijns hulpverleners voor psychische en psychosociale problematiek zijn bij voorkeur in de nabijheid van de huisarts samengebracht in een gezondheidscentrum, maar kunnen ook vrijgevestigd werkzaam zijn. Er is sprake van nauwe samenwerking met en consultatie vanuit de tweedelijns somatische en geestelijke gezondheidszorg. Ook voor mensen die moeten verzuimen van hun werk vanwege psychische redenen is veelal een afdoende behandeling mogelijk op het niveau van de eerstelijns. Deze zorg dient in nauwe samenhang met de arbodienst en in het bijzonder de bedrijfsarts te worden geboden, bij voorkeur voordat mensen langdurig verzuimen of zelfs in de WAO dreigen te geraken. De commissie Donner brengt binnenkort advies uit over het gehele traject van preventie, begeleiding, zorg en reïntegratie bij (dreigende) uitval uit arbeid om psychische redenen. Voor jeugdigen en hun ouders is er het Bureau Jeugdzorg dat (naast de huisarts) fungeert als eerstelijns in de zin van toegang tot de gespecialiseerde jeugd-GGZ.

4.2 De tweedelijns: de gespecialiseerde curatieve GGZ

De tweedelijns GGZ verleent specialistische curatieve GGZ-hulp in het geval van zwaardere psychosociale problemen en psychische stoornissen. Tevens levert de tweedelijns crisishulp bij acute ernstige psychische problematiek.

Geholpen door een volgens protocol indicerende en verwijzende eerstelijns kunnen cliënten een keuze maken uit gespecialiseerde GGZ-voorzieningen: regionale multifunctionele GGZ-centra, crisisdiensten, vrijgevestigd psychologen en psychiaters, consultatiebureaus voor alcohol en drugs, psychiatrische afdelingen van algemene en academische ziekenhuizen, poliklinieken en klinieken van algemene en categorale psychiatrische ziekenhuizen, elk met hun eigen specialismen. Waar nodig wordt deze gespecialiseerde zorg in de nabijheid van en in combinatie met zorg van het algemeen ziekenhuis gegeven.

Zonodig maakt de gespecialiseerde GGZ-hulp onderdeel uit van een integraal (en zonodig de GGZ overstijgend) hulp- en ondersteuningspakket waarvan ook zaken als thuiszorg, vervoer, dagbesteding, huisvesting onderdeel kunnen uitmaken. De cliënt kan, al of niet met behulp van een patiëntgebonden budget (PGB) zelf een keuze maken tussen aanbieders en aanbod.

De gespecialiseerde GGZ vervult tevens een aantal maatschappelijke taken door de zorg te leveren voor diegenen die onvrijwillig worden opge-

nomen. Ook speelt de gespecialiseerde GGZ een belangrijke rol bij de behandeling van TBS- en andere forensische patiënten.

4.3 De GGZ-care

Een aantal mensen met chronische psychische stoornissen heeft behoefte aan de asielfunctie van de zorg: ook na een eventuele behandeling hebben zij zeer langdurig of zelfs hun hele leven semimurale of intramurale zorg nodig. Binnen de grenzen van de gestelde indicatie kiezen cliënten daarbij zoveel mogelijk zelf voor zorgaanbieder en aanbod. Bij deze mensen is de psychische stoornis meestal dermate ernstig dat de noodzakelijke zorg alleen geleverd kan worden in een gespecialiseerde (GGZ-)voorziening. Des te belangrijker is het dat er voor hen een gedifferentieerd en op de vraag afgestemd aanbod is van semimurale en intramurale woon- en verblijfsvoorzieningen.

Voor de GGZ-care is eveneens sprake van een maatschappelijke taak: een deel van de chronische patiënten zal zeer langdurig en in een aantal gevallen tegen hun wil moeten verblijven in een beschermende woonvorm of op gesloten verblijfsafdelingen. Voor een beperkt aantal chronische patiënten die zeer intensieve zorg nodig hebben zijn hooggespecialiseerde care-voorzieningen noodzakelijk. Ook voor TBS- en andere forensische patiënten die niet verder kunnen worden behandeld maar ook niet kunnen terugkeren in de samenleving zijn dergelijke gespecialiseerde woonvoorzieningen noodzakelijk.

5 Het moderniseringstraject in hoofdlijnen

Om de GGZ richting bovenstaand beeld aan te passen, is een aantal wijzigingen noodzakelijk in de huidige GGZ. Veel van bovengenoemde verbeterpunten worden ook nu al inhoudelijk aangepakt door de zorgaanbieders en zorgkantoren. Daarnaast zijn ondersteunende maatregelen van de rijksoverheid nodig ten aanzien van de organisatie en financiering van de GGZ. Hieronder worden de hoofdlijnen voor de modernisering van de GGZ in de eerstelijns, de GGZ-cure en de GGZ-care uitgewerkt.

5.1 Versterking van de eerstelijns

Voor het realiseren van bovenstaand beeld van een gemoderniseerde GGZ is een versterking van de GGZ in de eerstelijns essentieel. Veel van de lichtere psychische klachten, waaronder ook het merendeel van de arbeidsrelevante problematiek, kan dan op adequate wijze in de eerstelijns worden gediagnosticeerd en behandeld.

Deze versterking van de eerstelijns is inmiddels in gang gezet. Zo is er een stimuleringsregeling opgezet om het algemeen maatschappelijk werk (AMW) uit te bouwen. Het AMW heeft een generalistische insteek waardoor naast deskundige begeleiding bij psychosociale klachten ook deskundig advies kan worden aangeboden op aanpalende terreinen zoals het oplossen van financiële problemen of huisvestingsproblemen. Het AMW vormt zo een noodzakelijke schakel in de relatie tussen de GGZ in de eerstelijns en welzijnsvoorzieningen.

Een volgende belangrijke stap is het verbeteren van de toegankelijkheid van de eerstelijnspsycholoog. Op dit moment wordt de eerstelijnspsycholoog bekostigd vanuit het derde compartiment, waardoor niet iedereen toegang tot deze eerstelijnsvoorziening heeft. Van de ziekenfonds-verzekerden heeft 73% een aanvullende verzekering die ook de hulp van een eerstelijnspsycholoog dekt. Via onderzoek en experimenten wordt nu bezien op welke wijze de toegankelijkheid van de eerstelijnspsycholoog kan worden vergroot. Een standpunt over de (financiële) toegankelijkheid van de eerstelijnspsycholoog is de Kamer toegezegd voor januari 2002. Tevens moeten GGZ-voorzieningen in de eerstelijns worden ingebed in de

algemene eerstelijnsgezondheidszorg. De eerstelijns dient een integraal, laagdrempelig en generalistisch zorgaanbod te bieden waarbij aandacht is voor zowel lichamelijke als psychische klachten of een combinatie van beide. Somatisatie bij psychische klachten of het ervaren van psychische problemen als gevolg van ernstig lichamelijk lijden illustreren de noodzaak van zo'n integrale zorgverlening in de eerstelijns.

5.2 De tweedelijns: bezinning op de kerntaken van de gespecialiseerde GGZ

De gespecialiseerde GGZ dient zich sterker dan tot nu toe te beperken tot de kerntaak van de GGZ: specialistische zorg bij psychische stoornissen. De huidige zorgaanbieders in de GGZ leveren op dit moment een breed aanbod van zorg. Deels betreft het deze specialistische cure en care bij psychische stoornissen, deels is dat zorg die ook geleverd wordt in andere zorgsectoren (bijvoorbeeld op somatische problematiek gerichte verpleging en verzorging) en deels is dat hulp die ook buiten de gezondheidszorg te vinden is (bijvoorbeeld dagbesteding).

De specialistische cure en care bij psychische stoornissen is de kernfunctie die de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg onderscheidt van andere zorgsectoren en ongetwijfeld zal het merendeel van de huidige zorgaanbieders in de GGZ ook in de toekomst deze specialistische zorg als hun primaire taak blijven beschouwen. In het kader van marktwerking zullen zij daarbij worden geconfronteerd met nieuwe zorgaanbieders die specialistische GGZ-cure en -care kunnen leveren. Tegelijkertijd kunnen de huidige zorgaanbieders in de GGZ er voor kiezen om een zorgaanbod te leveren dat buiten de kernfunctie van de GGZ ligt om zo de concurrentie aan te gaan met aanbieders uit andere zorgsectoren.

De huidige ondersteunende functies van de GGZ, zoals woonbegeleiding en arbeidsrehabilitatie, die ooit door de GGZ zijn opgezet omdat er geen ander aanbod voorhanden was, zijn in de loop der tijd ook ontwikkeld als onderdeel van het aanbod van welzijnszorg, waarover de lokale overheden de regie hebben gekregen in het kader van het decentralisatiebeleid. Ook deze functies maken geen onderdeel uit van de kerntaak van de GGZ. Ook ten aanzien van deze ondersteunende functies is het denkbaar dat de huidige GGZ-zorgaanbieders deze taak in de toekomst blijven vervullen, maar dan wel in opdracht van de lokale overheden. Richtinggevend voor de verdere (her)positionering van deze ondersteuningsfuncties vormt de discussie over een nieuw dienstverleningsstelsel.

Voor de cliënt moeten al deze wijzigingen leiden tot meer keuzemogelijkheden en een meer vraaggerichte zorg. De GGZ heeft de afgelopen periode als sector een sterke ontwikkeling doorgemaakt richting regionale samenwerkingsverbanden binnen de GGZ. In een aantal gevallen heeft dit geleid tot fusies tussen GGZ-instellingen. Voor de samenhang in de GGZ is dit een gunstige ontwikkeling geweest. Nadeel is echter dat het (al in eerdere beleidsnota's gesignaleerde) isolement van de GGZ ten opzichte van de maatschappelijke dienstverlening en andere voor de cliënt relevante sectoren daardoor eerder is vergroot dan verkleind. Verder is door deze fusiegolf in de GGZ ook de schaalgrootte van de instellingen inmiddels een punt van zorg.

5.2.1 De modernisering van de GGZ-cure

Voor de GGZ-cure leidt bovenstaande analyse tot de conclusie dat voor de zorg rond psychische problematiek een meer integrale en samenhangende curatieve zorgketen wordt nagestreefd. Centraal in deze zorgketen staat de huisarts, die een netwerk van eerstelijnszorg om zich heen weet waar mensen snel terecht kunnen. Meer samenwerking en consultatie tussen de eerste- en tweedelijns en het ontstaan van geïntegreerde medisch-specialistische bedrijven zijn belangrijke uitgangspunten. In de

gespecialiseerde zorg staat het vergroten van transparantie in (bekostiging van) de zorg centraal. Vraagsturing betekent meer ruimte voor partijen en deregulering.

Deze stappen leiden tot een meer samenhangende zorg voor de cliënt en tot een curatieve gezondheidszorg waar zowel voor de lichamelijke als de psychische problematiek eenzelfde systematiek wordt gevolgd.

5.2.2 De modernisering van de GGZ-care

Centraal staat een zorgketen van indicatiestelling via het regionaal indicatieorgaan (RIO), zorgtoewijzing (door het zorgkantoor) en zorgverlening. De huidige indicatiecommissies voor de langdurige GGZ zullen deel gaan uitmaken van het RIO, zodat een carebrede, integrale indicatiestelling mogelijk is die de vraag van de cliënt in alle aspecten kan beoordelen.

De verschillende PGB-regelingen worden geharmoniseerd tot één PGB dat wordt toegekend op basis van functioneel omschreven aanspraken. De functioneel omschreven aanspraken die worden gehanteerd moeten op zodanige wijze worden omschreven dat ze van toepassing zijn op alle sectoren. Dit brede harmoniseringstraject vormt een belangrijke stap voorwaarts voor GGZ-cliënten: op dit moment kunnen zij alleen een PGB krijgen ten behoeve van de functie «begeleiding».

Tevens zullen aanbieders worden gestimuleerd om sectoroverstijgende zorgfuncties aan te bieden (zie brief van de Staatsecretaris aan de Tweede Kamer d.d. 16 februari 2001 naar aanleiding van het notaoverleg van 5 februari 2001 over Ontvoogding van de AWBZ ,TK 2000–2001, 24 036, nr 202).

Na afronding van het moderniseringstraject is er voor de gehele AWBZ een carebrede keten ontstaan waarbij de cliënt, na integrale indicatiestelling via het RIO op basis van functionele aanspraken, een keus kan maken tussen PGB of zorg in natura.

5.2.3 Deregulering van wet- en regelgeving.

Voor zowel de GGZ-cure als de GGZ-care worden de moderniseringstrajecten ondersteund door deregulering van weten regelgeving. In het kader van de bredere trajecten gericht op vereenvoudiging van de structuurwetten voor de gehele zorg zijn ook voor de GGZ al relevante stappen gezet. Zo zijn in 1996 de AWBZ-aanspraken voor de GGZ geflexibiliseerd. Met ingang van 1 januari 2001 is de RIBW uit de WZV gehaald, hetgeen sneller inspelen op de vraag mogelijk maakt en tevens een scheiding tussen wonen en zorg stimuleert.

Bij de uitwerking van de WEZ, de beoogde opvolger van de WZV, wordt de procedure voor het aanvragen van veranderingen in de infrastructuur van zorginstellingen vereenvoudigd. Zo wordt het eigen initiatief en de eigen verantwoordelijkheid van de instellingen vergroot en kunnen zij beter inspelen op veranderingen in de vraag.

Als meer aanbieders in de gelegenheid worden gesteld om zorg aan te bieden, staat daar tegenover dat de verzekeraar/het zorgkantoor ook de keus moet hebben om die aanbieders te contracteren die een aantrekkelijk zorgprogramma voor een goede prijs weten aan te bieden. Daarom wordt tevens gewerkt aan de opheffing van de contracteerverplichting.

5.3 *Transparantie door informatie*

Cliënten, zorgaanbieders en zorgkantoren krijgen in een vraaggestuurd zorgsysteem de vrijheid en de verantwoordelijkheid om de zorg die nodig is op passende wijze te organiseren en aan te bieden. De overheid stelt wel de kaders waarbinnen dit kan plaatsvinden. De eindverantwoordelijkheid van de overheid krijgt daarmee een andere vorm: er wordt niet

langer getoetst op processen maar op eindprestaties. Regulering en controle vooraf gericht op de input, verschuift naar controle op prestaties, en toetsing achteraf. Inzicht is nodig in de mate waarin de betrokken partijen in staat zijn tot het vervullen van hun nieuwe rol. Een belangrijke voorwaarde voor het welslagen van de omvorming naar een effectieve vraaggestuurde zorg en het toetsen van prestaties achteraf zijn transparantie van het zorgproces en verantwoording van de geleverde zorg. Hiervoor zijn een betrouwbare informatievoorziening en een ICT-netwerk onmisbaar. Daar zal de komende jaren dan ook sterk in moeten worden geïnvesteerd door de GGZ. Ook zullen incentives moeten worden ontwikkeld die partijen aansporen om hun rol zo doelmatig mogelijk te vervullen.

Tot slot

In de loop van 2001 wordt deze eerste schets voor de modernisering van de GGZ verder uitgewerkt. Het al in een eerdere brief toegezegde standpunt over de toegankelijkheid van de eerstelijnspsycholoog zal ik u voor januari 2002 toezenden.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E. Borst-Eilers