

Vergaderjaar 2019–2020

25 424

Geestelijke gezondheidszorg

Nr. 546

**BRIEF VAN DE STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID,
WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 1 juli 2020

Tijdens het AO ggz, maatschappelijke opvang en suïcidepreventie van 8 juni jongstleden heb ik uw Kamer verschillende toezeggingen gedaan. Hierbij informeer ik u over een aantal van deze toezeggingen op het gebied van ggz en suïcidepreventie. Tevens maak ik van de gelegenheid gebruik u te informeren over de pilot psychosociale zorg voor aanpassingsstoornissen bij (ex-)kankerpatiënten en de casus GGNet betreffende een geweldsincident dat zich binnen die instelling voordeed, waarover ik eerder met uw Kamer sprak.

Wachttijden

Bij brief van 25 juni jl. (Kamerstuk 25 424, nr. 545) heb ik u geïnformeerd over het proces met betrekking tot de aanpak van de wachttijden in de ggz. Inmiddels heb ik de definitieve tussenevaluatie van de aanpak wachttijden van de landelijke Stuurgroep wachttijden – bestaande uit Zorgverzekeraars Nederland, de Nederlandse GGZ, MeerGGZ en MIND – ontvangen. De tussenevaluatie is door de stuurgroep voorzien van oplegbrief met een vooruitblik op afspraken en acties die zij de komende tijd in samenspraak met het Ministerie van VWS wil inzetten. De oplegbrief en tussenevaluatie van de Stuurgroep heb ik als bijlagen toegevoegd¹

Zoals aangekondigd, informeer ik u in september over de concreet uitgewerkte vervolgstappen. In deze brief reageer ik wel alvast op hoofdlijnen op de stukken van de stuurgroep. Met de Stuurgroep heb ik op 23 juni jl. tijdens een bestuurlijk overleg onze teleurstelling gedeeld over het huidige beeld dat de tussenevaluatie laat zien: de ingezette aanpak heeft op de brede linie onvoldoende effect op de wachttijden, alle acties en regionale vorderingen ten spijt.

¹ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

In de aanbiedingsbrief kondigt de stuurgroep verschillende nieuwe acties aan. Voortvarendheid en ambitie in dit dossier zijn nodig. Ik ben dus ook blij met de ambitie die uit de aankondiging van de stuurgroep spreekt. De brief biedt naar mijn overtuiging reëel uitzicht op een verbeterde aanpak met meer focus, om de afgesproken reductie van de wachttijden alsnog te bereiken. Tegelijkertijd zijn bij verschillende acties nog concreetisering en uitwerking nodig.

Ik wil mijn aandeel graag leveren, bijvoorbeeld door de inzet van versnellers in de 8 probleemregio's financieel mogelijk te maken. Het is voor mij dan wel voorwaardelijk dat de betrokken aanbieders en verzekeraars in de regio zich committeren aan de inzet van deze versneller en de uitvoering van het verbeterplan. Hier hecht ik sterk aan.

Een ander belangrijk punt voor mij is de inzet op de zogenoemde «probleemdiagnosegroepen». Ik ben blij te lezen dat de stuurgroep deze wil verbreden naar andere diagnosegroepen. Maar wat mij betreft is er ook een steviger inzet nodig op de diagnosegroepen waar de aanpak al was ingezet, te weten persoonlijkheidsstoornissen en pervasieve stoornissen. Hierover wil ik aanvullende afspraken met de stuurgroep maken.

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) hebben de afgelopen jaren hun toezicht met betrekking tot de toegankelijkheid van de ggz geïntensiveerd, door middel van een reeks aan toezichtsactiviteiten. In deze nieuwe fase van het werken aan het terugdringen van wachttijden vragen de stuurgroep-partijen nadrukkelijk om de inzet van de toezichthouders. Ik ga deze handschoen oppakken en bespreek dit met de toezichthouders.

Ik ben blij met de wens van de stuurgroep om inzicht te krijgen in unieke wachtenden. Dat leidt tot beter inzicht in de wachtlijsten en – veel belangrijker – maakt beter wachtlijstbeheer bij zorgaanbieders en betere zorgbemiddeling door zorgverzekeraars mogelijk. De aanmeldpauze bij aanbieders als sprake is van overschrijding van de Treeknorm spreekt me zeer aan. Deze en andere voorstellen – zoals die met betrekking tot de regionale doorzettingsmacht (zie hieronder) – moeten goed worden uitgewerkt. Dit bespreek ik volgende week met de stuurgroep.

De stuurgroep vraagt mij in de brief om in samenspraak met hen en met de VNG een kader voor regionale doorzettingsmacht bij individuele casuïstiek te ontwikkelen. Daarvoor geeft de stuurgroep mij aandachtspunten mee. Belangrijke aandachtspunten zijn bijvoorbeeld de reikwijdte (moet de doorzettingsmacht alleen zien op de zorgdomeinen, ook op het sociaal domein of zelfs nog breder?) en de onafhankelijke positionering (hoe kun je de doorzettingsmacht positioneren, zeker als deze domein-overstijgend moet zijn?).

Ik ga met de betrokken partijen direct aan de slag om het gevraagde kader te realiseren. Echter, aangezien de wettelijke mogelijkheden voor het organiseren van doorzettingsmacht bij individuele casuïstiek binnen het stelsel beperkt zijn, doe ik een dringend beroep op de medewerking van de partijen die binnen dit stelsel verantwoordelijk zijn voor het organiseren van zorg en ondersteuning. Zij moeten als het ware gezamenlijk mandaat geven aan het «instituut» (in de vorm van een persoon, regiotafel etc.) en zich bij voorbaat committeren aan de uitkomst als de doorzettingsmacht wordt ingezet. Ik wil de uitwerking van het gevraagde kader voor de bredere regionale doorzettingsmacht vormgeven analoog aan de denkrichting van het «plan hoogcomplexiteit ggz», waarbij ik de VNG uitdrukkelijk wil betrekken en we rekening houden met de aandachtspunten vanuit de stuurgroep.

Om de volgende concretiseringslag te maken (onder andere ten aanzien van bovenstaande punten) en onze agenda voor komende zomer te bepalen, voer ik volgende week opnieuw bestuurlijk overleg met de partijen uit de stuurgroep, inclusief de NZa en IGJ. Ik wil dit najaar een werkende aanpak rond wachttijden tot stand brengen in samenspraak met de stuurgroep. In september bericht ik uw Kamer over de voortgang. Ik zal hierbij ook expliciet ingaan op de vraag van Kamerlid Van den Berg welke mogelijkheden de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) biedt in relatie tot de aanpak van de wachttijden.

Gesprek met GGNet

In het AO ggz van 8 juni jongstleden heb ik aangegeven met zorginstelling GGNet in gesprek te gaan naar aanleiding van een artikel dat op 29 mei jongstleden in Trouw verscheen met als titel: «Een psychiatrische instelling onderzocht patiënten opnieuw, en de helft van de diagnoses bleek niet te kloppen»². Trouw stelt, op basis van een wetenschappelijke studie door zorginstelling GGNet, dat de helft van de patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen een verkeerde diagnose heeft. De conclusies van dit onderzoek en het artikel over dit rapport van 29 mei jongstleden in Trouw vind ik opvallend en zorgelijk. Iedereen die ggz nodig heeft moet namelijk veilige, kwalitatief goede en betaalbare zorg krijgen. Het is belangrijk dat deze kwetsbare mensen de juiste opvang, zorg en ondersteuning krijgen. Ik vind het daarom waardevol dat GGNet onderzoek heeft gedaan naar (her)diagnostisering in de ggz.

In mijn brief over de lerende cultuur in de ggz van 24 januari jongstleden met Kamerstuk 25 424, nr. 508 heb ik u reeds gemeld dat dagelijks heel veel mensen met passie en bevoegenheid werken in de ggz. Dankzij hen worden jaarlijks bijna een miljoen mensen met een psychische aandoeningen geholpen. Dit onderzoek is een voorbeeld dat laat zien dat hulpverleners gemotiveerd zijn om te leren, om vooruitgang te boeken in verlenen van passende zorg en in staat zijn om de levenskwaliteit van mensen met psychische problemen te verbeteren. Dat waardeer ik enorm.

Inmiddels heb ik gesproken met de mensen van GGNet die bij dit onderzoek en deze nieuwe werkwijze betrokken zijn. Mij is gebleken dat zij continu zoeken naar betere behandelmogelijkheden, meer kennis en expertise en betere kwaliteit van leven voor patiënten. Ook in dat kader is men dit onderzoek gestart. In tegenstelling tot wat Trouw stelt is mij tijdens het gesprek met GGNet gebleken dat het niet zozeer gaat om classificeren, maar om breed multidisciplinair diagnosticeren en periodiek blijven stilstaan bij de vraag wat iemand nodig heeft. Daarbij wordt breder gekeken, naar diverse levensgebieden waarop cliënten zorg en ondersteuning nodig hebben. Uitgangspunt is dat geldende kwaliteitsstandaarden voor goede zorg worden toegepast. Dit kan zowel in de klinische als ambulante setting plaatsvinden. GGNet schetste mij dat er ook breder uit het land belangstelling is voor hun werkwijze. Daarbij werd wel gemarkeerd dat dit een veranderde manier van werken is, die draagvlak vergt en goede randvoorwaarden voor ontwikkeling. De werkwijze is niet simpelweg over te nemen in andere regio's, maar vergt aanloop en goede condities voor monitoring. ZonMw is een organisatie die in geval van GGNet een rol speelt. Ook is er op dit moment sprake van uitbreiding van de werkwijze naar een andere regio en zorgaanbieder. Ik wil bezien of op de verspreiding van deze «best practice» versnelling kan worden aangebracht, rekening houdend met de adviezen van GGNet dienaangaande.

² <https://www.trouw.nl/zorg/een-psychiatrische-instelling-onderzocht-patiënten-opnieuw-en-de-helft-van-de-diagnoses-bleek-niet-te-kloppen~bd7aa7e4/>

Parallel aan het gesprek met zorginstelling GGNet heb ik aan organisaties van zorgaanbieders, zorgverleners, zorgverzekeraars en vertegenwoordigers van patiënten en cliënten gevraagd hoe zij het onderzoek van GGNet duiden. Deze organisaties herkennen de geluiden die overeenstemmen met de bevindingen van het onderzoek van GGNet. Regelmatige evaluatie en bespreking van patiënten en cliënten in multidisciplinair overleg is volgens alle partijen noodzakelijk en is ook de veldnorm. Als mogelijke oplossingen noemen deze partijen onder andere de inzet van goed opgeleide professionals met de juiste psychodiagnostische vaardigheden. Ik hecht zeer aan goede diagnostiek en daarom voer ik op dit moment ook het gesprek met vertegenwoordigers van psychodiagnostisch werkenden. Later in deze brief kom ik daarop terug. Daarnaast geven partijen aan dat continu leren en verbeteren de kwaliteit van zorg ten goede komt en dus het organisatie- en het patiënt- en cliëntbelang. Meer transparantie over de kwaliteit van zorg draagt daaraan bij. Het is dus van groot belang om parallel aan de ontwikkeling van kwaliteitsstandaarden in de ggz breed gedragen meetinstrumenten te ontwikkelen. Op dit moment is Akwa GGZ daar namens partijen in de ggz mee aan de slag gegaan.

Ik ben ervan overtuigd dat leren en verbeteren in het algemeen het beste werkt in een veilige omgeving en vanuit intrinsieke motivatie, vertrouwen en betrokkenheid. Het onderzoek van GGNet is daarvan een mooi en goed voorbeeld. Tegelijkertijd is er soms wel een verplichting nodig om (gelijke of basis) kwaliteit te garanderen. In de ggz is er al sprake van een heel palet aan verplichtingen om goede zorg te waarborgen. Langs die lijnen wil ik hier verder mee aan het werk. Daarom wil ik na de zomer in gesprek met aanbieders over het onderzoek van GGNet en herdiagnostiek om langs die weg de werkwijze van GGNet te bevorderen. Er is inmiddels een aantal instellingen dat aangegeven heeft met mij dit gesprek te willen voeren. Daarnaast zal ik samen met ZonMw en de sector bekijken welke partijen mogelijk geïnteresseerd zijn om een vergelijkbaar onderzoek te doen en bij welke lopende trajecten er eventueel kan worden aangesloten. De partijen die bij het platform «Herstel voor iedereen» zijn aangesloten lijken hiervoor een voor de hand liggende eerste gesprekspartner.

Opleidingsplekken gz-psychologen

Ik heb u toegezegd schriftelijk meer duidelijkheid te verschaffen over het aantal opleidingsplekken voor gz-psychologen. Voor 2020 zijn 1.006 opleidingsplaatsen voor gz-psycholoog beschikbaar gesteld. Dat aantal bestond uit 787 plaatsen conform het maximumadvies van het Capaciteitsorgaan van november 2018. Aangevuld met 119 incidentele extra plaatsen die in de plaats kwamen van vrijvallende opleidingsplaatsen voor klinisch psychologen, die niet konden worden ingevuld door ontbreken van opleidingskandidaten. En tot slot nog 100 incidentele plaatsen extra ter uitvoering van het amendement van de heer Renkema. Voor 96 van de 100 extra opleidingsplaatsen hebben opleidende zorginstellingen een aanvraag ingediend. Deze zijn inmiddels alle toegewezen.

Voor 2021 zijn 787 opleidingsplaatsen voor gz-psychologen beschikbaar gesteld conform het maximumadvies van het Capaciteitsorgaan uit november 2018. Het verschil met 2020 is dus gelegen in het incidentele karakter van de extra plaatsen voor dit jaar.

Het Capaciteitsorgaan zal naar verwachting dit najaar een tussentijds advies uitbrengen over het aantal opleidingsplaatsen. Hieraan is behoefte bij veldpartijen vanwege de in 2019 in het kwaliteitsregister opgenomen kwaliteitsstandaarden, de module acute psychiatrie en de bijgestelde CBS-bevolkingsprognose.

Het Capaciteitsorgaan is door de directe participatie van de diverse betrokken veldpartijen het gremium om objectief en genuanceerd te

adviseren over de gewenste instroom. Voor alle medische vervolgopleidingen, die door VWS worden bekostigd, zijn de ramingen van het Capaciteitsorgaan in beginsel leidend. Ik wacht dit advies af.

Psychodiagnostisch werkenden

Tijdens het AO van 8 juni jongstleden heb ik toegezegd uw Kamer te informeren over de uitkomsten van het gesprek met de Vereniging van Psychodiagnostisch Werkenden (VVP) over de positie van de psychodiagnostisch werkenden (PDW) in de keten. Dit gesprek heeft inmiddels plaatsgevonden op 10 juni jongstleden. De VVP wil wijzen op de meerwaarde van de PDW in de ggz. De VVP pleit ervoor dat de PDW tijd mag schrijven binnen een DBC. Dit biedt ruimte aan gz-psychologen en klinisch psychologen om zich op hun taken binnen de behandeling te richten. Ruimte die kan worden benut om bijvoorbeeld de wachtlijsten terug te dringen.

Laat ik vooropstellen dat goede diagnostiek een essentiële stap is om te komen tot de juiste zorg, op de juiste plek, op het juiste moment. Een PDW kan daarin een belangrijke rol spelen, als onderdeel in de zorgketen. In de ggz is het inderdaad op dit moment zo dat de PDW geen tijd kan schrijven die rechtstreeks afleidt naar een DBC. Wel is de inzet van ondersteunende beroepen zoals de PDW verdisconteerd in de DBC-tarieven, waarmee de inzet dus mogelijk is. Door de partijen van het Hoofdlijnenakkoord GGZ is afgesproken om te bezien hoe deze mogelijkheid beter benut kan worden.

Daarnaast is er in het Hoofdlijnenakkoord GGZ afgesproken een experimentmogelijkheid op te zetten voor de inzet van beroepen die nu geen declarabele tijd kunnen schrijven en die het meest kunnen bijdragen aan het verkorten van de wachttijden in de ggz. Vanaf 1 december 2019 bestaat de mogelijkheid om gebruik te maken van het experiment. Binnenkort evalueer ik met andere beroepsgroepen dit experiment. De VVP geeft aan dat het experiment mogelijk niet werkt omdat instellingen er geen gebruik van wensen te maken in verband met extra administratieve lasten. De ervaringen van de VVP zal ik bij de algehele evaluatie betrekken.

Tegelijkertijd werken diverse partijen in de ggz nu binnen Akwa ggz aan een veldnorm, waarin de inzet van beroepen in de ggz wordt onderbouwd. Ook wordt er door de NZa en partijen gewerkt aan een nieuw bekostigingssysteem voor de ggz met 2022 als geplande invoeringsdatum. Aan de hand van de nieuwe veldnorm zal worden bepaald welke beroepen binnen de nieuwe bekostiging declarabele consulten kunnen registreren. Betrokkenheid van de VVP bij het opstellen van de veldnorm vind ik vanwege goede diagnostiek, onnodig lange behandelingen en het oplossen van de wachttijden noodzakelijk. Daarom heb ik de VVP in contact gebracht met Akwa ggz zodat de VVP inhoudelijke inbreng kan leveren bij het opstellen van deze veldnorm.

Samen met de VVP ben ik dus een aantal wegen aan het verkennen die mogelijk bijdragen aan goede diagnostiek van patiënten in de ggz. Ik heb met de VVP afgesproken om elkaar met enige regelmaat op de hoogte te houden van de ontwikkelingen die spelen op het gebied van diagnostiek en elkaar te betrekken wanneer dat nodig blijkt.

Zinnige zorg ggz

Bij brief van 2 juli 2019 (Kamerstuk 25 424, nr. 477) heb ik toegezegd de Zinnige zorg ggz eindrapporten van Zorginstituut Nederland (het Zorginstituut) met uw Kamer te delen. Het Zorginstituut heeft op 10 juni

jongstleden deze rapporten vastgesteld. Hierbij zend ik u beide rapporten toe³. De belangrijkste verbeterpunten zijn:

- meer mensen met PTSS krijgen een traumagerichte behandeling;
- mensen met PTSS gaan minder benzodiazepinen gebruiken;
- PTSS wordt vaker herkend;
- de informatie-uitwisseling tussen GGZ en huisarts wordt verbeterd;
- meer mensen met psychose krijgen cognitieve gedragstherapie als behandeling;
- meer mensen met psychose krijgen een jaarlijkse somatische screening.

De verschillende partijen in de zorg hebben positief gereageerd op de rapporten. In beide rapporten staat een overzicht van de gezamenlijk vastgestelde verbeterpunten en de acties die worden ingezet om deze te realiseren. Het Zorginstituut ondersteunt bij de implementatie en houdt in het derde kwartaal van dit jaar een implementatiebijeenkomst met de betrokken partijen. Dan zal ook de invloed van COVID-19 op de eerder gemaakte afspraken besproken worden. Mogelijk loopt de uitvoering enige vertraging op als gevolg van de omstandigheden. Verder zal het Zorginstituut het implementatieproces monitoren en hierover rapporteren in de vorm van voortgangsrapportages.

Psychosociale zorg voor aanpassingsstoornissen bij (ex-)kankerpatiënten
Bij de begrotingsbehandeling 2019 heb ik u toegezegd om zodra mogelijk een appreciatie van de pilot psychosociale zorg bij kanker toe te sturen. De behandeling van aanpassingsstoornissen is met ingang van 1 januari 2012 uitgesloten van zorg in het kader van de Zorgverzekeringswet (Zvw). Vanaf 1 maart 2018 is een tweejarige pilot gestart om deze zorg tijdelijk te vergoeden voor patiënten bij wie de behandelingen in het ziekenhuis al zijn afgerond. De resultaten van deze pilot vormen input voor een finale beslissing over mogelijke heropname van de aanpassingsstoornis na kanker in het basispakket of een andere vorm van financiering.

Op 1 maart 2020 zou de pilot aflopen, dit zou echter betekenen dat het onderzoek zou worden afgesloten zonder concrete resultaten te hebben opgeleverd, omdat er in de afgelopen subsidieperiode minder patiënten behandeld zijn dan beoogd. In de beginfase heeft het werven en contracteren van behandelaren en het op de hoogte stellen van huisartsen, praktijkondersteuners ggz, medisch specialisten en verpleegkundigen, alsmede de patiënten zelf, tijd gekost. Zonder een stevige onderzoekspopulatie is het ingewikkeld om nauwkeurig aan te geven hoeveel patiënten precies behoefte hebben aan deze vorm van zorg en daarnaast levert het (kosten)effectiviteitsonderzoek een beperkt resultaat op. Ik heb daarom besloten het programma budgetneutraal te verlengen tot en met 31 augustus 2021. Als blijkt dat afronding van het programma voor 31 augustus 2021 niet haalbaar is zal ik op een later moment een besluit moeten nemen over de afronding of een vervolg van het programma. Daarvoor is het nu nog te vroeg.

Casus GGNet

Met de brief van 21 februari 2020 (Kamerstuk 25 424, nr. 521) heb ik uw kamer naar aanleiding van een ingebrachte casus van GGNet door Kamerlid Van den Berg tijdens het Algemeen Overleg Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) van 29 januari 2020 een eerste reactie gegeven. In de brief heb ik over de details met betrekking tot de zaak waarbij het OM is betrokken aangegeven dat ik daar mijn ambtsgenoot van het Ministerie van Justitie en Veiligheid over zou benaderen, daarover kan ik u nu het volgende meedelen.

³ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

Kort na mijn eerder aangehaalde brief heeft de Minister van Justitie en veiligheid bij brief van 9 maart 2020 uw Kamer, desgevraagd door de vaste commissie voor Justitie en Veiligheid, een reactie gestuurd op het artikel »Reflecties op «instellingsfeiten»: de overwegingen van rechters over strafbare feiten gepleegd in de ggz» uit het Tijdschrift voor Psychiatrie van augustus 2019. Korthedshalve verwijs ik u naar de inhoud van deze brief (Kamerstukken 25 424 en 29 279, nr. 523).

Wat betreft de casus van GGNet heeft het Openbaar Ministerie (OM) gemeld dat in deze zaak door de rechtbank een onvoorwaardelijke PIJ-maatregel is opgelegd onder andere terzake van bedreiging. Het OM stelt dat in deze zaak -vanzelfsprekend- is geacteerd met inachtneming van de mogelijkheden op grond van het Wetboek van Strafrecht, het Wetboek van Strafvordering en de op dat moment nog van kracht zijnde Wet BOPZ. Gelet op het feit dat deze veroordeling nog niet onherroepelijk is, kan niet verder op deze specifieke casus worden ingegaan. Los van bovenstaande casus herkent het OM in zijn algemeenheid wel het beeld dat wordt beschreven in het artikel van het Tijdschrift voor Psychiatrie. In bepaalde gevallen kan het voorkomen dat als er via het strafrecht geen mogelijkheden zijn, een patiënt terug gaat naar de plek waar deze ten tijde van het incident verbleef. Soms lukt het wel om iemand in zo'n geval op een andere afdeling geplaatst te krijgen. Welke mogelijkheden er zijn en wat nodig is, hangt sterk af van de specifieke omstandigheden van het geval. Het betreft altijd maatwerk.

Lokaal worden vaak protocollen gemaakt met beleidsafspraken tussen de verschillende instanties. Een afspraak die vaak wordt gemaakt is dat een instelling na de aanhouding van een verdachte bij de politie aangeeft dat de verdachte niet meer kan terugkeren naar de instelling. In dat geval wordt, indien mogelijk, ook aangegeven waar de verdachte na invrijheidstelling heen zou kunnen. Ter voorlichting van de rechter-commissaris kan door de instelling een plan overlegd worden waarin wordt opgenomen wanneer en onder welke voorwaarden de verdachte wel zou kunnen terugkeren naar de instelling.

Suicidepreventie: Vervolg nummer 113

Tijdens het AO op 8 juni heb ik aan uw Kamer toegezegd de gevolgen van de twee telefoonnummers voor 113 Zelfmoordpreventie, ook wat betreft de kosten, in kaart te brengen en de Kamer hierover voor de zomer te informeren. In het onderstaande geef ik aan hoe ik invulling geef aan deze toezegging.

Zoals ik in mijn Kamerbrief van 4 juni jongstleden heb aangekondigd, heeft 113 Zelfmoordpreventie vanaf vandaag 1 juli de beschikking over het gratis en anonieme nummer 0800-0113 en het nummer 113.⁴ Wat betreft de kosten heeft een eerste inventarisatie geleerd dat indien ervoor gekozen zou worden om het nummer 113 kosteloos te maken voor de beller, dit zou betekenen dat voor dit specifieke telefoonnummer een uitzondering moet worden gemaakt en bijvoorbeeld alle netwerk- en factureringssystemen alsook onderlinge contracten van de telecomaانبieders hierop moeten worden aangepast. Dit betekent substantiële implementatiekosten en een langdurig en complex implementatieproces voor de telecomsector. Wat betreft de anonimiteit kan ik u melden dat nummerafscherming op de telefoonrekening momenteel is ingericht voor telefoonnummers met een lengte van tenminste 6-cijfers, waardoor de werking voor 3-cijferige nummers niet kan worden gegarandeerd.

⁴ Kamerstuk 32 793, nr. 482.

Om gedegen in kaart te brengen wat nodig is en wat de kosten zijn, is onderzoek nodig. In overleg met het Ministerie van EZK is besloten dit onderzoek uit te gaan laten voeren. Daarnaast zal zoals eerder aangekondigd volgend jaar geëvalueerd worden in hoeverre de inzet van 0800-0113 en 113 tot problemen en knelpunten leidt. Ik vind het belangrijk dat dit zorgvuldig gebeurt, zodat na de resultaten van zowel het op te zetten onderzoek als de evaluatie naar de inzet van beide nummers een goede afweging gemaakt kan worden of het doelmatig is om extra inzet te plegen op het gratis en anoniem maken van het nummer 113.

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
P. Blokhuis