

Vergaderjaar 2020–2021

25 424

Geestelijke gezondheidszorg

Nr. 555

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

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 13 oktober 2020

Op 1 juli jl. heb ik u per brief geïnformeerd over de aanpak van de wachttijden in de ggz. Ik heb u toen de tussenevaluatie van de landelijke Stuurgroep wachttijden toegestuurd (Kamerstuk 25 424, nr. 546). Deze stuurgroep bestaat uit de Nederlandse GGZ (dNggz), MeerGGZ, MIND en Zorgverzekeraars Nederland (ZN). Bij deze tussenevaluatie hoorde een brief van de stuurgroep, met daarin een vooruitblik op de afspraken en acties die zij de komende tijd samen met het Ministerie van VWS wilden inzetten. In mijn brief van 1 juli heb ik op hoofdlijnen op deze stukken gereageerd en aangegeven dat mijn voornemen is dit najaar een beter werkende aanpak rond wachttijden tot stand te brengen. In september zou ik uw Kamer over de voortgang en de concrete uitwerking van de vervolgstappen informeren. Met deze brief voldoe ik aan deze toezegging, hoewel september door de noodzakelijke afstemming net niet haalbaar is gebleken. Daarbij neem ik de toezegging aan Kamerlid Van den Berg mee om in te gaan op de mogelijkheden die de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) biedt in relatie tot de wachttijden en wil ik eveneens invulling geven aan de motie van het Lid Van den Berg c.s. over het stellen van meetbare doelen (Kamerstuk 25 424, nr. 535). In deze brief zal ik expliciet ingaan op de thema's die in deze motie worden benoemd. Tot slot wil ik deze brief benutten om u te informeren over de informatievoorziening Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvvgz), de ontwikkeling van het aandeel niet-gecontracteerde ggz 2016–2018, het standpunt tolkvoorziening voor anderstaligen in de ggz en de voortgang van de VIPP-regeling voor vrijgevestigden in de ggz. Over de uitvoering van het «plan hoogcomplexe ggz», dat gaat over een maatwerkaanpak voor mensen die een integraal aanbod voor hoogcomplexe zorg in de ggz nodig hebben en daar soms lang op moeten wachten, zal ik u voor het Algemeen Overleg van 19 november separaat informeren. Verder wil ik u wijzen op mijn voornemen om een nieuwe bekostiging in te voeren voor de ggz en forensische zorg (fz), waarover ik u op 14 september jl. heb geïnformeerd (Kamerstuk 25 424, nr. 552). Deze nieuwe bekostiging moet ook bijdragen aan het terugdringen van de wachttijden, onder andere

door betere prikkels, een betere bekostiging van complexe zorg en van diagnostiek. Op 6 oktober jl. heb ik u de voorhangbrief voor de invoering van deze nieuwe bekostiging gestuurd (Kamerstuk 25 424, nr. 554).

Afgelopen zomer is door alle partijen hard gewerkt om de voornemens uit de brief van 1 juli verder vorm te geven. Om hier op te sturen en betrokkenen aan te kunnen spreken heb ik de partijen meerdere malen bijeen geroepen voor overleg. Meest recent was het bestuurlijk overleg op 14 september jl. met de partijen van de stuurgroep, de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) om met elkaar te bepalen of we op de goede weg zijn waar het gaat om de uitwerking van de afgesproken vervolgstappen in de aanpak van de wachttijden. Ons gedeelde beeld is dat er de afgelopen maanden belangrijke stappen zijn gezet, en dat we het eens zijn over het doel op hoofdlijnen en de noodzaak om tempo te blijven maken. Met de uitwerking wordt ook steeds duidelijker wat de uitvoering van de voorgenomen acties voor ieder van de partijen zou gaan betekenen. Verschillen in perspectief over de uitwerking en opvolging komen nu naar voren. Het wordt daarmee duidelijk dat er nog een stevige uitdaging ligt om in de komende periode, richting het najaar tot een gedeelde en werkende aanpak te komen. We kunnen ons niet veroorloven om de ambitie van voor de zomer af te zwakken. Het gevoel van urgentie wordt nog steeds door alle partijen gedeeld. We hebben afgesproken met volledige inzet verder te gaan op de ingeslagen weg. De hierna beschreven vervolgstappen zijn het resultaat van de werkzaamheden van afgelopen zomer en de bestuurlijke afspraken die ik met de partijen van de stuurgroep, de NZa en de IGJ heb gemaakt.

Aanpak samen met landelijke stuurgroep wachttijden

Inzicht in aantallen wachtenden: sneller naar een beschikbare behandelplek

Het is belangrijk om te weten hoeveel mensen gebruik willen maken van de ggz, hoeveel mensen er wachten op een behandelplek en hoeveel mensen er niet tijdig geholpen worden binnen de ggz. Een zicht op de omvang van de problematiek betekent dat we gerichtere oplossingen voor het terugdringen van de lange wachttijden kunnen ontwikkelen en inzetten. Dit geldt zeker op regionaal niveau, waar zorgverzekeraars en zorgaanbieders met dergelijke informatie betere afspraken kunnen maken over het benodigde aanbod in relatie tot de vraag, zodat patiënten niet onnodig lang hoeven te wachten. Zoals aangekondigd zet ik met partijen nu een belangrijke stap verder om dit inzicht in het aantal unieke wachtenden in de ggz te vergroten.

De NZa zal de huidige Transparantieregeling wachttijden per 1 januari 2021 aanscherpen. Betreffende wijziging is mede op verzoek van de stuurgroep en ziet op het verkrijgen van inzicht in het unieke aantal mensen dat op de wachtlijst staat. Op dit moment verplicht de Transparantieregeling aanbieders al om maandelijks informatie aan te leveren over de gemiddelde aanmeldwachttijd en behandelwachttijd per hoofddiagnosegroep. Met de gevraagde uitbreiding van de regeling krijgen we beter zicht op de omvang van de situatie. Dit draagt bij aan sturingsmogelijkheden in de regio en de onderlinge samenwerking tussen zorgaanbieders. Ook krijg ik hiermee meer zicht op wat de situatie in de 31 wachttijdregio's is. Waar nodig ga ik daar met partijen in gesprek.

Het voornemen van de NZa is per 1 januari 2021 aan de Transparantieregeling toe te voegen dat zorgaanbieders met meer dan 10 zorgverleners maandelijks moeten aanleveren hoeveel mensen wachten op het

aanmeldgesprek (aanmeldwachtijd) en op de start van de behandeling (behandelwachtijd). De groep aanbieders die hiertoe wordt verplicht, is samen verantwoordelijk voor een marktaandeel van ongeveer 90%. De maandelijks aan te leveren informatie geeft een representatief en betrouwbaar beeld van het aantal wachtenden per vestigingslocatie, uitgesplitst naar binnen en buiten de Treeknorm, en naar diagnose(hoofd-)groep. De NZa zal de aangepaste Transparantieregeling begin november definitief vaststellen.

Om volledig inzicht te krijgen in *unieke* wachtenden, zoals de stuurgroep in haar brief van 29 juni jl. gevraagd heeft, moet bij deze aantallen worden aangegeven in hoeverre mensen dubbel op een wachtlijst staan (bijvoorbeeld als iemand zich met een verwijfsbrief bij twee of meer zorgaanbieders aanmeldt) en in hoeverre mensen ervoor kiezen om te wachten bij een voorkeursaanbieder (in plaats van sneller elders te kunnen worden geholpen). DNggz heeft in het bestuurlijk overleg van 14 september aangegeven dat het voor aanbieders een te grote administratieve belasting is om dergelijke informatie al per 1 januari 2021 op te leveren. Het is voor de bij hen aangesloten grote ggz-instellingen onmogelijk om deze gegevens, per 1 januari 2021 te registreren en aan te leveren, tenzij zij inboeten op hun zorgtaken en/of onevenredig veel investeren in extra overhead boven op hun zorgpersoneel.

Uiteraard is dit teleurstellend, omdat het oplossen van het probleem van de dubbeltellingen is benoemd als één van de doelen van de gevraagde aanpassing van de Transparantieregeling. Tegelijkertijd is het opleggen van een verplichting waaraan aanbieders met goed fatsoen niet kunnen voldoen niet helpend bij de aanpak van de problematiek. Ik blijf oog houden voor de administratieve lastendruk in de sector. We hebben daarom afgesproken dat we gaan kijken of de cijfers op zeer korte termijn op een andere manier kunnen worden gecorrigeerd voor dubbele aanmeldingen. Hiervoor zijn constructieve ideeën naar voren gebracht. Dit najaar gaan de NZa en dNggz gezamenlijk in gesprek met leveranciers van meerdere digitale verwijfsportalen die door huisartsen worden gebruikt, over het benutten van hun verwijfsdatabase voor een dergelijke analyse. Het via verwijfsportalen (grotendeels) inzichtelijk maken van dubbele aanmeldingen kan een snelle tussenoplossing zijn. Dit betekent ook dat de Transparantieregeling in fases wordt uitgebreid. Vanaf 1 januari 2021 leveren aanbieders aantallen wachtenden aan, waarbij het uitgangspunt is dat deze cijfers per 1 januari 2022 worden uitgesplitst naar voorkeurswachtenden en dubbelwachtenden. Na het eerste kwartaal van 2021 wordt de Transparantieregeling geëvalueerd en wordt bekeken op welke manier deze uitsplitsing gemaakt kan worden. Om te zorgen dat de ICT dan geen knelpunt kan vormen, zullen deze zogenoemde «invulvelden» alvast worden meegenomen in het elektronische patiëntendossier, tegelijk met de aanpassingen die de sector al gepland heeft in verband met de invoering van het zorgprestatiemodel per 1 januari 2022.

Op onderdelen kan het zijn dat er regionaal meer gedetailleerde informatie over unieke wachtenden nodig is (zoals zwaarte van de zorgvraag). Zodat aanbieders en verzekeraars op regionaal niveau specifieke afspraken kunnen maken over het benodigde aanbod in relatie tot de zorgvraag. En dat zij er met deze afspraken voor kunnen zorgen dat mensen snel de benodigde zorg krijgen. Deze informatie moet vooral binnen de regio uitgewisseld worden. In de volgende paragraaf zet ik uiteen hoe de regio's hiermee aan de slag gaan.

Faciliteren van transfermechanismen

De partijen in de stuurgroep zetten in op vernieuwende regionale samenwerkingsvormen, in het geval wachttijden in een regio te hoog oplopen. Het is belangrijk dat er in zulke regio's een mechanisme ontstaat waarbij de zorgvraag in de regio beter wordt gematcht met het totale beschikbare aanbod. Om zo'n mechanisme in beweging te krijgen, heeft de stuurgroep in haar brief van 29 juni jl. aangekondigd het concept «aanmeldpauze» uit te werken. Het idee achter een «aanmeldpauze» is dat aanbieders bij een overschrijding van de Treeknorm niet extra patiënten blijven aannemen, maar de patiënt actief wijzen op de mogelijkheid om elders sneller in behandeling te komen, en hen indien nodig ook actief daarin begeleiden. Een snellere beschikbare behandelplek kan worden gevonden via kiezenindeggz.nl, via zorgbemiddeling door de zorgverzekeraar of een transfermechanisme (zoals een transfertafel). Onderdeel van de aanmeldpauze is ook dat aanbieders informatie verzamelen over de samenstelling van de eigen wachtlijst, onder andere door uit te vragen of een wachtende zich bij meerdere aanbieders heeft aangemeld of dat een wachtende er bewust voor kiest om bij deze aanbieder op behandeling te wachten (bij een zorgvraag die uitstel verdraagt). Het voordeel van een instrument als de aanmeldpauze, is dat er beter inzicht ontstaat in de samenstelling van de wachtlijst (zowel op aanbieders- als op regioniveau). Patiënten kunnen, als zij dat wensen, vervolgens beter worden verdeeld over het beschikbare aanbod. Vanzelfsprekend kan de patiënt er alsnog voor kiezen bij de aanbieder van voorkeur een behandelplek af te wachten. Belangrijk bij het opzetten van een transfermechanisme is dat perspectief (op goede zorg en weten wat verwacht mag worden), vangnet (waar kan ik terecht) en zelfregie (wat kan ik zelf) uitgangspunt moeten zijn. Hiertoe ontwikkelt MIND samen met de andere stuurgroepleden een zogenoemde «patiëntreis» die helpt bij het toetsen van de afspraken en maatregelen aan het uiteindelijke doel: passende en tijdige zorg.

De stuurgroep heeft afgelopen zomer de werkwijze voor het instrument aanmeldpauze conform afspraak uitgewerkt. Het doel van de aanmeldpauze is dat een patiënt niet vergeefs op een wachtlijst staat, maar sneller met een behandeling kan starten bij een andere aanbieder. Daarvoor moet per regio worden bepaald voor welke aandoeningen een aanmeldpauze aantoonbaar toegevoegde waarde heeft. Er moet immers wel elders sneller plaats zijn voor de betreffende patiënten. Zowel patiënt als verwijzend huisarts moeten niet met «lege handen» achterblijven als een zorgaanbieder tijdelijk geen nieuwe patiënten op de wachtlijst kan plaatsen. De aanmeldpauze kan tegelijkertijd dienen als instrument om inzicht te krijgen in capaciteitstekorten, op het moment dat er nergens sneller een behandelplek blijkt te zijn. De uitwerking van de aanmeldpauze heeft geleid tot een soort «handleiding» met daarin de definitie van een aanmeldpauze, stappen die gezet moeten worden voor operationalisering en communicatie.

Ik heb eerder aangegeven dat de aanmeldpauze me aanspreekt. Het is echter een middel, geen doel. Het gaat mij erom dat er in regio's met lange wachttijden een betere match tussen vraag en aanbod tot stand komt. Dit kan worden gerealiseerd met behulp van een transfermechanisme.

In de regio Rotterdam-Rijnmond is reeds vanuit dit concept een «transfertafel» gestart, waarbij zorgverzekeraar VGZ en verschillende grote en kleinere aanbieders uit de regio zijn aangesloten. De Parnassia Groep heeft eerst de eigen wachtlijsten voor VGZ-verzekerden geanalyseerd. Uit die analyse bleek onder andere dat een deel van de mensen niet meer op de wachtlijst stond, bijvoorbeeld omdat

er al een intake gepland was. Uit de resterende lijst heeft de Parnassia Groep de VGZ-verzekerden geselecteerd die ook bij een andere aanbieder in behandeling zouden kunnen komen (gelet op type/intensiteit zorgvraag). Deze patiënten zijn door de transfertafel benaderd met de vraag of zij een dergelijke overstap zouden willen maken. De ervaring in Rotterdam was dat een deel van de patiënten graag gebruik wilde maken van dit aanbod en ook daadwerkelijk naar een passende behandelplek elders is bemiddeld. Inmiddels zijn meer regio's met zo'n initiatief gestart.

Ik ben enthousiast over het initiatief in Rotterdam. Niet alleen vanwege het concrete resultaat dat patiënten sneller in behandeling zijn gekomen, maar ook vanwege het feit dat partijen in het belang van de patiënt een stap naar voren hebben gezet en de samenwerking met elkaar hebben gezocht. Met partijen heb ik geconstateerd dat dit initiatief brede navolging verdient. Daarom hebben we afgesproken dat er vanaf van 1 januari 2021 in elke regio een transfermechanisme wordt ingericht: een samenwerkingsverband op (sub)regionaal niveau, waarbij zorgaanbieders en verzekeraars met elkaar, op basis van inzicht in gedeelde aanmelddata, cliënten bemiddelen naar de snelst beschikbare en meest passende zorg. De stuurgroep neemt het voortouw in het breder uitrollen van de transfermechanismen. Zaak daarbij is per regio te kijken wat daar werkt en nodig is, om onnodige dubbeling in werkstructuren te voorkomen. Tegelijkertijd start de stuurgroep met de implementatie van de aanmeldpauze, die een belangrijk onderdeel van het transfermechanisme kan zijn. De uitgewerkte handleiding vormt hiervoor de basis. Daarin staat bijvoorbeeld dat aanbieders en verzekeraars de regionale taskforces kunnen vragen te ondersteunen bij het op regionaal niveau selecteren van de aandoeningen waarvoor de aanmeldpauze gaat gelden. We hebben afgesproken dat de stuurgroepartijen bij de implementatie van de aanmeldpauze verwijzers en vrijgevestigden betrekken en dat er extra aandacht is voor hoe patiënten zorgvuldig kunnen worden geïnformeerd.

Medio 2021 laat ik mij informeren door de stuurgroep over de stand van zaken per regio en als blijkt dat de implementatie in de regio's niet goed genoeg loopt, roep ik de stuurgroepartijen opnieuw bijeen om aanvullende afspraken te maken, zodat dit eind 2021 alsnog gerealiseerd is. Al lopende initiatieven worden eind 2020 verder ingevuld.

Versnellers in de regio

Ik zorg er samen met de stuurgroep voor dat in acht regio's «versnellers» met een mandaat aan de slag gaan, op de kortst mogelijke termijn. Voorbereidingen hiertoe zijn in vergevorderd stadium, doordat hier de afgelopen zomermaanden hard op doorgewerkt is.

De inzet van versnellers vindt plaats in de acht regio's die door de stuurgroep zijn aangewezen als «probleemregio» (regio's met een gemiddelde totale wachttijd boven de Treeknorm van 14 weken).¹ De versnellers gaan aan de slag voor de duur van tenminste zes maanden en als hun inzet voldoende werkend is, wordt de opdracht met nog eens zes maanden verlengd. De stuurgroep stelt, in nauwe afstemming met de regionale taskforce, per regio een opdracht voor de versneller vast. Voor elke versneller geldt dat deze een beknopte analyse moet maken van de knelpunten in de regio die het terugdringen van de wachttijden belemmeren. Deze analyse moet door de versneller voorzien worden van een door de regiopartijen gedragen aanpak om de wachttijden alsnog

¹ Groningen, Drenthe, Flevoland, Apeldoorn/Zutphen, Nijmegen, Amsterdam, Rotterdam en Zuid Limburg.

duurzaam terug te dringen, bestaande uit concrete interventies gericht op instroom, doorstroom en uitstroom, met resultaat op afzienbare termijn. Het inrichten van een transfermechanisme maakt daar in elk geval onderdeel van uit, evenals het te zijner tijd oppakken van het kader voor regionale doorzettingsmacht (zie volgende paragraaf).

Ik heb al eerder aangekondigd de inzet van versnellers financieel mogelijk te willen maken. Afgelopen zomer heeft de stuurgroep de opdrachtomschrijving voor de versnellers opgesteld en, in afstemming met de regionale taskforces, op basis van deze omschrijving voor elke regio een geschikte versneller gevonden. Op 17 september jl. heb ik van de stuurgroep een subsidieaanvraag ontvangen voor een totaalbedrag van ongeveer 1 miljoen euro. Inmiddels heb ik deze subsidie verleend en zijn de versnellers gestart.

Regionale doorzettingsmacht

De stuurgroep heeft mij gevraagd in samenspraak met hen en de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) een kader voor regionale doorzettingsmacht bij individuele casuïstiek te ontwikkelen. Dit verzoek sluit aan bij de moties die eerder zijn aangenomen over dit onderwerp (Kamerstuk 25 424, nr. 448 en Kamerstuk 25 424, nr. 509). Ik heb deze opdracht direct ter hand genomen. Het doel is en blijft om te zoeken naar de meest passende route, om te zorgen dat cliënten met een hulpvraag niet tussen wal en schip raken. Afgelopen zomer is een reeks gesprekken gevoerd met de stuurgroeppartijen, de VNG, Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en andere relevante stakeholders zoals het Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE). Iedere partij heeft vanuit eigen ervaring en expertise inbreng geleverd.

Ik heb al eerder met uw Kamer gewisseld dat de uitwerking van regionale doorzettingsmacht complex is en dat er veel verschillende beelden van het concept bestaan, bijvoorbeeld betreffende reikwijdte en positionering van de doorzettingsmacht. Dat bleek ook weer uit deze gesprekken. Desondanks is getracht alle wensen en beelden zoveel mogelijk samen te brengen. In het bestuurlijk overleg van 14 september jl. is op basis van de verzamelde beelden met elkaar doorgesproken. Er bleken bij nader inzien toch ook meer zwaarwegende bezwaren aanwezig ten opzichte van hoe een en ander vorm zou moeten krijgen. Vanuit de kant van de zorgaanbieders zijn er bezwaren gelet op de bijkomende infrastructuur en regeldruk, boven wat er al is aan opgeschaalde samenwerkingsvormen. Vanuit de financiers wordt vooral gewezen op mogelijkheden die er in het stelsel al zijn en die beter benut zouden kunnen worden. De gedeelde conclusie is dat er de komende maanden nog belangrijke slagen moeten worden gemaakt en belangrijke discussiepunten moeten worden beslecht. Deze punten zien onder andere op de vraag in welke mate het wenselijk is om nieuwe structuren in te richten en in hoeverre de bestaande mogelijkheden eerst nog beter moeten worden benut, waarbij alle relevante partijen ten volle hun verantwoordelijkheid oppakken.

Dit is zeer weerbarstige materie, ik vind het teleurstellend dat we nog geen doorbraak hebben. Dit hangt onder andere samen met het feit dat we hier te maken hebben met verschillende wettelijke domeinen, waarvoor geen enkelvoudige aansturing bestaat. Ook is een complicerende factor dat er bij partijen een wisselend beeld is over aard en omvang van de doelgroep, ondanks dat we de schrijvende individuele verhalen wel kennen en daar in voorkomende gevallen ook op acteren. Daarnaast moeten we rekening houden met andere structuren die in het leven zijn geroepen, die deel van de oplossing van het probleem kunnen zijn zoals de regiotafels hoogcomplexere ggz. Ik blijf mij volop inspanssen

om dit vraagstuk verder te brengen. Zodra hier aanleiding toe bestaat zal ik u hier verder over informeren.

Specifieke aanpak doelgroepen

In mijn brief van 1 juli jl. heb ik aangegeven ook veel waarde te hechten aan een specifieke aanpak voor de diagnosegroepen waar de gemiddelde wachttijden al enige tijd heel lang zijn. Vanwege de corona-crisis heeft de stuurgroep een op 22 september jl. gepland staand congres omgezet in een aantal losse werksessies met een kleiner gezelschap van experts. Drie sessies hebben in september plaatsgevonden, drie sessies zijn nog in voorbereiding. De zogenoemde «problemdiagnosegroepen» die centraal staan waar een specifieke aanpak op wordt uitgewerkt zijn: pervasieve stoornissen, persoonlijkheidsstoornissen, aandachttkort- en gedragstoornissen en de doelgroep waarbij verslaving en andere psychische problemen gelijktijdig aan de orde zijn.

Op 5 november a.s. staat een sessie over pervasieve stoornissen gepland en op 11 november a.s. een sessie over persoonlijkheidsstoornissen. De sessies zijn gericht op het toetsen van de aanbevelingen en conclusies uit het voortraject, waarin respectievelijk het Landelijk Kenniscentrum Persoonlijkheidsstoornissen en het Netwerk Innovatie en Productontwikkeling Autisme (NIPA) een belangrijke rol hebben gehad. Bij beide hoofddiagnosegroepen is de conclusie dat er op onderdelen een wezenlijk andere inrichting en organisatie van zorg nodig is om de wachttijden structureel aan te pakken. Om te zorgen dat de aanbevelingen daadwerkelijk worden opgepakt, is breed draagvlak nodig vanuit professioneel- en ervaringsdeskundig perspectief. De sessies zijn dan ook bedoeld om dat draagvlak te creëren en te komen tot concrete vervolgspraken. Ik zal u informeren over de uitkomsten.

Verder liggen er twee «ronde tafel bijeenkomsten» in het verschiet. Voor de hoofddiagnosegroep «aandachttkort- en gedragsstoornissen» wordt op 1 december a.s. een ronde tafel georganiseerd, waar ervaringsdeskundigen en professionals aan de slag gaan met een plan van aanpak om de wachttijden op deze stoornissen terug te dringen en waar mogelijk de kwaliteit van zorg te verbeteren. Daarnaast organiseert de stuurgroep, mede naar aanleiding van signalen van huisartsen, op 12 oktober een ronde tafel over de combinatie tussen een verslaving en andere psychische problematiek. Hierbij sluiten huisartsen, verslavingsartsen, psychiaters en psychologen aan. Doel van deze ronde tafel is te komen tot een gedeeld uitgangspunt over de volgorde van de behandeling in het geval van een combinatie van een verslaving met een andere psychische aandoening. Nu leidt onduidelijkheid hierover er soms voor huisartsen toe dat zij lastig een behandelplek kunnen vinden voor deze patiënten.

Voor verbetering van de zorg rond trauma is de implementatiefase van het traject «Zinnige Zorg PTSS» van het Zorginstituut Nederland (ZIN) van groot belang. Deze fase is net gestart. Eind oktober vindt er een implementatiebijeenkomst met betrokken partijen plaats. Uiterlijk eind november gaat de stuurgroep met het ZIN in gesprek over de vraag of aanvullend op de implementatiestappen van Zinnige Zorg nog stappen door de stuurgroep ondernomen moeten worden om te zorgen dat ook mensen met trauma tijdig passende zorg krijgen.

Overige acties stuurgroep

Naast de inzet op bovengenoemde onderwerpen, heeft de stuurgroep voor de zomer nog andere acties aangekondigd. De workshops die vanwege de annulering van het landelijke congres geen doorgang konden

vinden, worden deels alsnog digitaal aangeboden. De stuurgroep heeft via een schrijven aan kwaliteitsinstituut Akwa ggz haar aandachtspunten bij de ontwikkeling van de Generieke Module verwijzing, triage en diagnostiek kenbaar gemaakt. Deze aandachtspunten raken met name aan de verantwoordelijkheidsverdeling tussen huisarts en ggz-aanbieder in de periode tussen verwijzing en intake. Tot slot heeft de stuurgroep aangekondigd te gaan kijken naar de toepasbaarheid van Duits onderzoek naar overbehandeling en doelmatige zorg. MeerGGZ en de Nederlandse GGZ gaan hierover dit najaar het gesprek met Akwa ggz aan.

Toezicht NZa en IGJ

De NZa en IGJ hebben de afgelopen jaren hun toezicht met betrekking tot de toegankelijkheid van de ggz geïntensiveerd, door middel van een reeks aan toezichtsactiviteiten. Het gaat dan om toezicht op de verantwoordelijkheden van zorgaanbieders (IGJ), op de naleving van de zorgplicht door zorgverzekeraars (NZa) en het toezicht op de regionale aanpak van de wachttijden (IGJ en NZa samen). In dit kader zijn door regionale zorgaanbieders al een reeks aan verbetertrajecten opgestart in diverse regio's.

Eén van de vervolgvactiteiten is het uitvoeren van gezamenlijk toezicht in vier regio's waar de wachttijden erg lang zijn. Deze toezichtsrunde heeft een pilot-opzet, vanwege een aantal vernieuwende elementen. Tussen april en augustus hebben de NZa en IGJ gesprekken gevoerd in deze regio's. Zij hebben zorgverzekeraars, ggz-aanbieders en huisartsen aldaar gevraagd een gezamenlijk plan op te stellen om de wachttijden aan te pakken. De NZa en IGJ houden de komende tijd vinger aan de pols en gaan na of er voldoende voortgang is in het realiseren van verbetermaatregelen. De conclusies uit de eerste vier toezichtstrajecten worden op dit moment verwerkt in een rapportage die in oktober verschijnt.

Afgelopen zomer hebben de toezichthouders de pilot geëvalueerd. Ik ben blij dat zij zich hebben voorgenomen de gezamenlijke toezichtstrajecten uit te breiden naar alle acht regio's die door de stuurgroep zijn aange-wezen als «probleemregio». Zij hebben daarbij aangegeven hun toetsingskader aan te willen scherpener op het onderdeel «samenwerking in de regio». Daarvoor is nodig dat er een gedeeld beeld komt van wat we van de gezamenlijke partijen in de regio verwachten. Daarover gaan de NZa en IGJ dit najaar het gesprek aan met de stuurgroep en de nog aan te stellen versnellers. Vervolgens kunnen IGJ en NZa hun toezicht uitbreiden naar de andere regio's. Deze uitbreiding van het toezicht wordt in het eerste kwartaal van 2021 in alle «probleemregio's» opgestart. Aanvullend toezicht van de NZa en IGJ op dit punt kan voor de versnellers een steun in de rug zijn.

Ook het instrument van de aanmeldpauze is in beeld bij NZa en de IGJ. Zij hebben aangegeven de aanmeldpauze mee te kunnen nemen in hun gezamenlijke toezicht op de probleemregio's, waarin zij kijken of aanbieders en zorgverzekeraars zich voldoende inspannen om het wachttijdenprobleem aan te pakken. Het transfermechanisme en het mogelijk toepassen van een (gerichte) aanmeldpauze kan voor verzekeraars en aanbieders een manier zijn om verdere invulling te geven aan de inspanningsverplichting.

Onderdeel van de uitwerking van de aanmeldpauze door de stuurgroep was ook een verkenning of een aanmeldpauze juridisch kan worden afgedwongen en handhaafbaar kan worden gemaakt voor de toezichthouders NZa en IGJ. De conclusie is dat op dit moment nog niet opportuun is en dat op dit moment een handhavingsgrond ontbreekt. Dit laat onverlet dat de samenwerking in regio's rondom de ggz-vraagstukken

zoals gezegd een belangrijk actiepoint is waar beide toezichthouders intensief mee bezig zijn.

Mogelijkheden Wet Marktordening Gezondheidszorg

De motie van het lid Van den Berg c.s. (Kamerstuk 25 424, nr. 535), gaat over het stellen van meetbare doelen bij de vervolgstappen in de aanpak van de wachttijden ggz. Met deze brief wordt invulling gegeven aan deze motie en tevens een doorkijk gegeven naar de periode ná maart 2021. Zie voor een overzicht bijlage 1². De doelen van de aanpak zijn concreet en meetbaar gemaakt door per activiteit de beoogde realisatiedatum en ontwikkelstappen te benoemen. De ontwikkelstappen moeten worden gezien als indicatoren voor de realisatie van de geformuleerde doelen. Ik heb gekozen voor het meetbaar maken van de doelen op proces en niet op de ontwikkeling van de wachttijd cijfers. Uiteraard worden alle acties uitgezet om bij te dragen aan het doel: het terugbrengen van de wachttijden. Ik ben ervan overtuigd dat deze acties dit beoogde effect zullen hebben, maar vind het – gelet op de voorgeschiedenis – onverstandig om nu ook voor volgend voorjaar kwantitatieve doelen voor de wachttijd cijfers te formuleren.

Daarnaast vraagt de motie mij te verkennen wat er binnen de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) mogelijk is om de zorgverzekeraars en/of ggz-zorgaanbieders een aanwijzing te geven als de doelen uit de aanpak niet gehaald worden. Eerder had ik al aan Kamerlid Van den Berg toegezegd uiteen te zetten welke mogelijkheden de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) biedt in relatie tot de wachttijden. Hieronder zet ik de conclusies van mijn verkenning uiteen.

Achtergrond Wmg

De Wmg is een kaderwet en omschrijft onder andere de taken en bevoegdheden van de NZa, en de relatie tussen de Minister en de NZa. De Wmg biedt handvatten om regels te stellen inzake de ontwikkeling en ordening van de markten op het gebied van de gezondheidszorg en het toezicht daarop, mede met het oog op een doelmatig en doeltreffend stelsel van de zorg en de beheersing van de kostenontwikkeling van de zorg. Ook voorziet de Wmg erin om de positie van de consument te beschermen en te bevorderen. De Wmg biedt, gezamenlijk met de verdere invulling daarvan door de NZa, aan zorgverzekeraars, aanbieders, patiënten een kader waarbinnen zij hun verantwoordelijkheid ten aanzien van voornoemde onderwerpen kunnen invullen. Het gaat dan bijvoorbeeld om het vaststellen van prestatiebeschrijvingen en tarieven door de NZa, het stellen van regels aan het zorginkoopproces, en de informatievoorziening door zorgverzekeraars in het overstapeseizoen.

In de Wmg, of onderliggende regelgeving, is niets geregeld omtrent doorzettingsmacht van de Minister of de NZa. In het huidige stelsel is de zorg dusdanig georganiseerd, dat partijen hun verantwoordelijkheid zelf moeten nemen. De NZa kan daarbij wel optreden als toezichthouder, maar heeft geen doorzettingsmacht, dat past ook niet in dit stelsel. De NZa houdt toezicht op de rechtmatige uitvoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw) door zorgverzekeraars, waaronder begrepen de zorgplicht, en toezicht op naleving van hetgeen bepaald is bij of krachtens de Wmg. In het kader van wachttijden zijn daarbij verschillende punten relevant. Die zet ik hieronder uiteen.

² Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

Transparantie wachttijden en zorgplicht verzekeraars

Op basis van de Wmg heeft de NZa onder andere de Transparantieregeling zorgaanbieders ggz vastgesteld. Deze verplicht zorgaanbieders om eenmaal per maand wachttijdgegevens aan te leveren aan Vektis. Deze gegevens zijn voor cliënten en verwijzers te zien op www.kiezeninde-ggz.nl. Ook worden zorgaanbieders verplicht om wachttijdinformatie te publiceren op hun eigen website. Per 1 januari 2021 worden aanbieders ook verplicht het aantal wachtenden aan te leveren. De NZa ziet toe op de naleving van de Transparantieregeling.

In de Beleidsregel toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw heeft de NZa normen opgenomen ten aanzien van tijdigheid en bereikbaarheid van zorg en beschrijft de NZa de verplichtingen en normen waaraan zorgverzekeraars moeten voldoen in het kader van hun zorgplicht. De NZa ziet toe op de naleving van de Beleidsregel toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw.

In oktober publiceert de NZa een nadere duiding van het toetsingskader zorgplicht. Deze nadere duiding specificereert en concretiseert op een aantal thema's wat in het kader van de zorgplicht van zorgverzekeraars verwacht mag worden. Aanleiding hiervoor is onder andere de constatering van de NZa dat het bij het behandelen en oplossen van met name complexe ggz-casuïstiek voor betrokken partijen (verzekerden/patiënten, zorgverzekeraars, zorgaanbieders) soms nog onduidelijk blijkt tot hoever de zorgplicht van een verzekeraar precies reikt.

Handhaving

Wanneer zorgverzekeraars en zorgaanbieders deze regels niet naleven, dan kan de NZa handhavend optreden. In de beleidsregel Handhaving geeft de NZa invulling aan hoe zij haar handhavinginstrumentarium inzet: dit varieert van de meer informele vormen van handhaving als het geven van voorlichting, of het voeren van een gesprek met de zorgverzekeraar of zorgaanbieder. Ook kan de NZa formeel handhavend optreden door middel van bijvoorbeeld het geven van een aanwijzing of een last onder dwangsom.

Zo heeft de NZa eerder een aanwijzing gegeven aan enkele ggz-instellingen die hun wachttijden gedurende twee maanden niet hadden aangeleverd. Deze aanwijzingen hebben ertoe geleid dat desbetreffende instellingen de informatie alsnog hebben aangeleverd, waarmee zij openbaarmaking van hun naam hebben voorkomen.

Ten aanzien van de zorgplicht bleek uit controlebezoeken van de NZa in 2019 dat zorgverzekeraars de aanpak van wachttijden in de geestelijke gezondheidszorg (ggz), medisch-specialistische zorg (msz) en wijkverpleging (casemanagement dementie) hebben verbeterd ten opzichte van 2018. Alle verzekeraars moeten echter ook nog stappen zetten, de één meer dan de ander. Alle individuele zorgverzekeraars hebben in het eerste kwartaal van 2020 bij de NZa een verbeterplan ingediend, waarin ze aangeven hoe ze de resterende verbeterpunten aanpakken. De NZa heeft de plannen van de zorgverzekeraars beoordeeld. Hierover is de NZa met de verzekeraars individueel in gesprek. Dat loopt op dit moment (oktober 2020).

Overige onderwerpen

Informatievoorziening Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz)

Per brief van 12 mei 2020³ en in antwoord op de vragen van enkele fracties⁴ is uw Kamer geïnformeerd over de uitgevoerde Gateway Review op het ketenprogramma Wvggz. Een van de aanbevelingen uit het rapport is om een tweesporenbenadering (korte en lange termijn) te overwegen ten aanzien van de realisatie van digitale keteninformatievoorziening (IV) en eerst zorg te dragen voor een kortetermijnoplossing. Helaas blijkt na onderzoek dat geen van de onderzochte alternatieven een voor de ketenpartijen wenselijke en rendabele kortetermijnoplossing biedt.

Daarnaast is ook verder gewerkt aan de informatiestandaard, die – op verzoek van de ketenpartijen – door het Zorginstituut Nederland (ZiNL) wordt ontwikkeld, en de technische systeemkoppelingen van de ketenpartijen, waarmee digitale gestructureerde informatie-uitwisseling kan plaatsvinden. Samen met de ketenpartijen heeft ZiNL een roadmap uitgewerkt en heeft het ketenprogramma de kosten daarvan in beeld gebracht. Op basis hiervan hebben de ketenpartijen onder meer geconstateerd dat de noodzakelijke investeringen die in kaart zijn gebracht om die keteninformatievoorziening te realiseren niet in verhouding staan tot de baten in termen van de hiermee te realiseren administratieve lastenvermindering. De ketenpartijen hebben daarom gezamenlijk besloten om een pas op de plaats te maken voor wat betreft de ontwikkeling van de keteninformatievoorziening en nu, als eerste vervolgstap, gezamenlijk criteria vast te stellen waaraan een bestendige IV-oplossing dient te voldoen, mede gelet op de wijzigingen op enkele punten van de Wvggz en de wetsevaluatie die eind 2021 aan uw Kamer wordt aangeboden.

Daarnaast is inmiddels tussen een aantal ketenpartijen een bilaterale koppeling in gebruik genomen waarover gestandaardiseerde informatieproducten worden uitgewisseld. Tevens werken het OM en de Rechtspraak aan een bilaterale koppeling. Daar waar geen systeemkoppelingen zijn, blijven de ketenpartijen vooralsnog gegevens met elkaar uitwisselen via veilige e-mail, zoals zij eerder met elkaar hebben afgesproken. Om ten slotte te borgen dat zorgaanbieders halfjaarlijks een overzicht van de verleende verplichte zorg ten behoeve van het toezicht door de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) kunnen aanleveren, wordt op dit moment met Wvggz-aanbieders en de IGJ bezien of een (tijdelijke) oplossing voor een gestructureerde aanlevering vormgegeven kan worden.

Voor de noodzakelijke vermindering van de administratieve lasten wordt onverkort ingezet op de reparatiewetgeving⁵ en aanpassing van de ketenafspraken en informatieproducten, zoals de gestandaardiseerde brieven, die de ketenpartijen onderling en naar de betrokkene versturen.

Ontwikkeling van het aandeel niet-gecontracteerde ggz 2016–2018

Zoals afgesproken in het Bestuurlijk akkoord ggz 2019–2022 monitort Vektis de ontwikkeling van de niet-gecontracteerde ggz. Uit onderzoek van

³ Kamerstuk 35 370, nr. 4 met bijlage.

⁴ Kamerstuk 35 456, nr. 6.

⁵ De wijziging van de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg en de Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten teneinde de uitvoerbaarheid op punten te vergroten en enkele technische onvolkomenheden en omissies te herstellen, Kamerstuk 35 456, nr. 2, is op 6 oktober jl. in de Eerste Kamer aangenomen. Een tweede, omvangrijker reparatiewetsvoorstel wordt rond de jaarwisseling aan uw Kamer aangeboden.

Vektis van september jl. blijkt dat het aandeel niet-gecontracteerde ggz stijgt van 6,9% in 2017 naar 7,7% in 2018 (zie bijlage)⁶. De groei van de niet-gecontracteerde ggz komt vooral doordat er steeds meer aanbieders zijn die met geen enkele zorgverzekeraar een contract hebben. De impact van enkele tientallen grote aanbieders die volledig niet-gecontracteerd zijn op de landelijke cijfers is groot. Ter illustratie: er zijn 43 grote ggz-aanbieders (0,6% van het totaal aantal ggz-aanbieders) met een vergoed bedrag van meer dan € 500.000 die met geen enkele zorgverzekeraar een contract hebben. Als Vektis deze aanbieders buiten beschouwing laat, daalt het percentage niet-gecontracteerde ggz van 7,7% in 2018 naar 4,2%. Het gaat bij deze 43 aanbieders om 29% van het totaal aantal instellingen verslavingszorg, 9% van de ambulante instellingen en 8% van de overige zorgaanbieders.

Uit het onderzoek blijkt verder dat naarmate aanbieders korter bestaan, het aandeel niet-gecontracteerde zorg groter is. Van de aanbieders gestart in 2018 levert 83% volledig niet-gecontracteerde zorg in 2018. Dit percentage ligt voor ondernemingen gestart in 2017 op 67% en voor ondernemingen gestart in 2015 of 2016 op ongeveer 50%.

Gemiddeld wordt 11% van de ggz-cliënten behandeld bij een niet-gecontracteerde aanbieder. Er zijn echter behoorlijke verschillen tussen de diagnosegroepen. Cliënten die in de diagnosegroepen somatoforme stoornissen (24%), aandachtstekort stoornissen (19%), angst (14%) en depressie (14%) vallen, zijn relatief oververtegenwoordigd in de niet-gecontracteerde zorg. Cliënten die in de diagnosegroepen bipolaire stoornis (3,5%), schizofrenie (1%) en delirium (0,8%) vallen, zijn relatief ondervertegenwoordigd. Het gaat bij deze laatste diagnosegroepen om de complexe problematiek.

In het algemeen wordt niet-gecontracteerde zorg niet volledig vergoed door verzekeraars⁷. De kosten per cliënt zijn mede daardoor bij de meeste diagnosegroepen lager bij de niet-gecontracteerde zorg. Echter, bij enkele aandoeningen liggen de kosten per cliënt in de niet-gecontracteerde ambulante zorg juist hoger (somatoforme stoornissen (+80%), verslaving aan overige middelen (+52%) en verslaving aan alcohol (+30%) en eetstoornissen (+26%). Als gecorrigeerd wordt voor zorgvraagzwaarte, blijven de verschillen in stand.

Verschillen tussen gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg zijn dus niet te verklaren uit verschillen in de zorgzwaarte tussen cliënten. Kanttekening hierbij is wel dat gegevens over de zorgvraagzwaarte incompleet zijn.

Het maken van (meerjarige) afspraken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders is een belangrijk onderdeel van het proces om te komen tot goede en betaalbare zorg. Contracten zijn daarin het vehikel om afspraken te maken over de kwaliteit van zorg en over goede en doelmatige zorg. Daarom zijn in het Regeerakkoord en in de Bestuurlijke akkoorden voor de wijkverpleging en ggz afspraken gemaakt om het contracteerproces te verbeteren en het aandeel niet-gecontracteerde zorg te verlagen. We houden rekening meteen daling van de niet-gecontracteerde ggz in 2019, omdat in dat jaar de maatregelen zoals afgesproken in het Bestuurlijk akkoord effect kunnen hebben. Veldpartijen hebben daarbij onderschreven dat de in de afgelopen jaren opgetreden groei van niet-gecontracteerde zorg onwenselijk is daar waar het aantoonbaar

⁶ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

⁷ In geval van een naturapolis vergoedt de zorgverzekeraar 75% van de gemiddelde gecontracteerde prijs aan een niet-gecontracteerde aanbieder.

ondoelmatige zorg betreft en hebben ook daarover afspraken gemaakt. Onderdeel van die afspraken was dat mocht ondanks alle inspanningen en na gezamenlijke analyse de contracteergraad niet stijgen, dit zou leiden tot aanpassing in de wet- en regelgeving. Eerder hebben ik samen met de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de Minister voor Medische Zorg en Sport bij aan uw Kamer aangegeven dat het wetsvoorstel bevorderen zorgcontractering daartoe zou worden ingediend.

In de wijkverpleging zien we in 2019 een daling optreden van het aandeel niet-gecontracteerde zorg. Voor de ggz komen cijfers over het aandeel niet-gecontracteerde zorg in 2019 (vanwege de lange declaratieduur) pas in de tweede helft van 2021. De nieuwe cijfers over het aandeel niet-gecontracteerde wijkverpleging en alle inspanningen die worden ingezet, met inbegrip van aanstaande wijzigingen in de bekostiging, verkleinen de noodzaak om dit wetsvoorstel in te dienen. Omdat de cijfers voor de ggz over 2019 pas in 2021 komen is het wetsvoorstel voor de ggz op dit moment prematuur. Andere ontwikkelingen in de wijkverpleging en ggz, zoals de aanstaande wijzigingen in de bekostiging, maken het aangaan van een contract naar verwachting aantrekkelijker.

De wetswijziging zou de overheid de mogelijkheid geven om voor bepaalde (deel) sectoren de hoogte van de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg in (nadere) regelgeving vast te leggen en deze dus niet langer over te laten aan verzekeraars en de daarover ontstane jurisprudentie. Wij kiezen ervoor eerst te bezien of de andere maatregelen voldoende bijdragen aan het verminderen van niet-gecontracteerde zorg. Mocht blijken dat ondanks deze maatregelen het percentage niet-gecontracteerde zorg onvoldoende daalt, dan kan alsnog tot indiening van het wetsvoorstel worden overgegaan.

Standpunt tolkvoorziening voor anderstaligen in de ggz

Op 20 april jl. heeft het ZIN de Minister voor MZS het standpunt over een tolkvoorziening voor anderstaligen in de geneeskundige ggz toegestuurd⁸. Met deze brief stuur ik dit standpunt, mede namens Minister voor MZS, aan uw Kamer. De aanleiding voor dit standpunt is dat enkele ggz-instellingen die gespecialiseerd zijn in de behandeling van mensen met (oorlogs)trauma's die de Nederlandse taal onvoldoende machtig zijn aandacht hebben gevraagd voor de hoge kosten die zij maken voor het inhuren van tolken. Deze gespecialiseerde ggz-instellingen zien relatief veel van deze patiënten en maken daarom onevenredig veel tolkenkosten. Er bestond onduidelijkheid of dit soort tolkenkosten mogen worden vergoed vanuit het basispakket. De Minister voor MZS heeft daarom ZIN verzocht om een standpunt uit te brengen over in welke gevallen de tolkvoorziening deel uitmaakt van de verzekerde zorg.

ZIN geeft in het standpunt aan dat een tolkvoorziening geen zelfstandige prestatie in de zin van de Zvw is waarop verzekerden aanspraak kunnen maken. Het gaat namelijk niet om zorg zoals medisch specialisten en klinisch psychologen die plegen te bieden, zoals beschreven staat in artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering. ZIN merkt echter wel op dat de tolkvoorziening desondanks in sommige gevallen wel randvoorwaardelijk kan zijn voor het leveren van goede zorg. Op grond van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) en de Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst (WGBO), dienen zorgverleners goede zorg te verlenen, waarbij zij handelen in overeenstemming met de op hen rustende verantwoordelijkheid die voortvloeit uit de professionele

⁸ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

standaard. Voor het leveren van kwalitatief goede zorg moeten zorgverlener en patiënt goed met elkaar kunnen communiceren in een voor beiden begrijpelijke taal. Als het inschakelen van een professionele tolk noodzakelijk is om goede zorg te verlenen, moeten zorgaanbieders en zorgverzekeraars afspraken maken over de financiering daarvan. Uiteraard moet de bekostiging daarvoor voldoende ruimte bieden. ZIN heeft daarom voor dit standpunt ook afstemming gezocht met de NZa, die verantwoordelijk is voor de bekostiging van de zorg.

De NZa heeft aangegeven dat er op dit moment binnen de bestaande bekostiging van de ggz al ruimte is om hierover afspraken te maken. Tolkenkosten zijn al verdisconteerd in de huidige DBC-tarieven. Het gaat hierbij echter om gemiddelden waarmee sommige aanbieders niet uitkomen. Deze zorgaanbieders kunnen hierover aanvullend afspraken maken met de zorgverzekeraar, eventueel door gebruik te maken van het max-max tarief (een opslag van 10% op het maximumtarief). Het standpunt van het ZIN biedt zorgaanbieders en zorgverzekeraars helderheid voor het maken van dit soort afspraken. Om goede afspraken tot stand te laten komen tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars zijn er handvatten nodig om te beoordelen in welke gevallen het inzetten van een professionele tolk noodzakelijk is voor goede zorg. De inzet van tolken die uit premiegeld betaald worden, moet immers doelmatig zijn. Het is daarom een goede ontwikkeling dat verschillende organisaties zich inzetten om deze handvatten te bieden. Zij gebruiken daarbij de reeds bestaande kwaliteitsnorm «tolkgebruik bij anderstaligen in de zorg» als basis en zijn voornemens deze door te ontwikkelen tot een kwaliteitsstandaard. Het is belangrijk dat ook de zorgverzekeraars hierbij betrokken zijn.

Het standpunt heeft ook invloed op de financieringsregeling voor onverzekerbare vreemdelingen (artikel 122a Zvw) die wordt uitgevoerd door het CAK. De Minister voor MZS zal het CAK vragen deze nieuwe informatie in voorkomende gevallen te verwerken in de contractafspraken die het CAK maakt met ggz-instellingen.

VIPP vrijgevestigden

Eerder heb ik u gemeld dat ik de voorbereidingen tref om te komen tot een versnellingsprogramma Informatie-uitwisseling Patiënt en Professional (VIPPP) voor de ggz vrijgevestigden. De beleidsregel is begin juli gepubliceerd in de Staatscourant. Het doel van deze beleidsregel is dat de ggz-vrijgevestigden een digitaliseringslag maken om de zorg nog veiliger, patiëntgerichter en doelmatiger te maken. Dit houdt in dat ggz-vrijgevestigden op een gestandaardiseerde en veilige manier medische informatie digitaal kunnen uitwisselen met de patiënt. Zo kan de patiënt meer regie krijgen over zijn of haar eigen gegevens. De regeling loopt tot eind 2021.

Tenslotte

Met deze brief heb ik u geïnformeerd over de uitwerking van de voor de zomer aangekondigde nieuwe aanpak van de wachttijden in de ggz. Daarnaast heb ik u geïnformeerd over het standpunt tolkvoorziening voor anderstaligen in de ggz en de voortgang van de VIPPP-regeling voor vrijgevestigden in de ggz. Nog voor het Algemeen Overleg van 19 november informeer ik u over enkele andere ggz-onderwerpen, zoals het «plan hoogcomplexe ggz» en de uitvoering van de moties van het lid

Van den Berg c.s. over een lerende cultuur in de ggz (Kamerstuk 25 424, nr. 514) en het Lid Diertens c.s. over herdiagnostiek (Kamerstuk 25 424, nr. 542).

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