

Vergaderjaar 2016–2017

25 424

Geestelijke gezondheidszorg

Nr. 337

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 14 december 2016

In deze brief informeer ik u, mede namens de Staatssecretaris van VWS, achtereenvolgens over een aantal onderwerpen in de geestelijke gezondheidszorg (ggz): de uitkomsten van de monitor ambulantisering en hervorming langdurige ggz, de voortgang rondom de nieuwe bekostiging ggz, de bekostiging crisisdiensten en acute ggz, de monitoring transitie-regime voor zeer gespecialiseerde gebudgetteerde instellingen en de stand van zaken rondom pilot psychosociale zorg bij ernstige aandoeningen.

Uitkomsten monitor

Op 5 december 2016 heb ik de tweede landelijke monitor ambulantisering en hervorming van langdurige ggz van het Trimbos-instituut ontvangen waarmee de transities in de ggz en de resultaten daarvan worden gevolgd. De eerste landelijke monitor heb ik eind 2015 ontvangen. De uitkomst van die monitor liet zien dat de afbouw van de intramurale ggz capaciteit doorzet en er tevens binnen de Zorgverzekeringswet (Zvw) gefinancierde ggz een (gedeeltelijke) intensivering van de ambulante zorg plaatsvond. In reactie op deze monitor heb ik aangegeven dat er meer moest gebeuren om de regionale opbouw van zorg en ondersteuning in de ggz sneller vorm te geven. Op basis van het advies van het Trimbos-instituut heb ik daarom een handvat laten ontwikkelen om regionale partijen te ondersteunen bij het invullen van goede zorg en ondersteuning. U treft hierbij zowel de monitor als het ontwikkelde handvat aan¹.

De monitor 2016 schetst het beeld van een sector die volop in beweging is. Lokaal en regionaal is er veel dynamiek en zijn er inhoudelijke ontwikkelingen in gang gezet om verbetering van de zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen te realiseren. De bevindingen van

¹ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

deze monitor geven echter ook aanleiding tot zorg omdat aanwijzingen voor een feitelijke intensivering en uitbreiding van de ambulante zorg en ondersteuning uitblijven (zie het kader voor een uitgebreide toelichting op de resultaten).

Het gaat er om dat de doelen van de ambulantisering bereikt worden. De kwaliteit van zorg en kwaliteit van leven van mensen met ernstig psychische aandoeningen moet worden verbeterd opdat mensen in de eigen woonomgeving de zorg en ondersteuning ontvangen en actief participeren in de maatschappij, met regie over hun eigen leven. Omdat mensen met ernstig psychische aandoeningen vaak problemen hebben op meerdere vlakken (eenzaamheid, schulden, zorg) is het daarbij bij uitstek van belang dat zij integraal ondersteund worden, waarbij de zorg goed is afgestemd door de verschillende hulp- en zorgverleners.

Het beeld dat in de monitor wordt geschetst, is voor mij aanleiding om in te grijpen. De opbouw van de ambulante zorg en ondersteuning moet worden versneld en geïntensiveerd, de ondersteuning vanuit het sociaal domein moet naar een hoger plan worden getild en de samenwerking tussen zorg en sociaal domein moet substantieel beter.

Juist om de regionale samenwerking tussen partijen te bevorderen heb ik dit voorjaar het Trimbos-instituut opdracht gegeven een handvat ontwikkelen. Het handvat moet regionale partijen ondersteunen bij het maken van plannen en afspraken over de gezamenlijke ontwikkeling van de zorg, hulp en ondersteuning in de regio voor mensen met ernstige psychische aandoeningen. Het handvat bestaat uit vier onderdelen: een format voor de regionale samenwerkingsagenda, een methodiek voor de regionale prevalentieschatting, een format om het regionale aanbod aan voorzieningen en zorg in kaart te brengen en een referentiekader voor de benodigde regionale zorg en ondersteuning. Ook heeft het Trimbos-instituut voor twee regio's (Rotterdam en Tilburg) het aanbod van zorg en ondersteuning voor mensen met (ernstig) psychische aandoeningen in kaart gebracht. Indien andere regio's hier ook geïnteresseerd in zijn, zal het Trimbos-instituut andere regio's helpen bij het in kaart brengen van de cijfers.

Naar aanleiding van deze monitor van het Trimbos-instituut ben ik in overleg getreden met de zorgverzekeraars. Zij geven aan de urgentie te onderkennen en, samen met de gemeenten als medefinancier, in samenspraak met aanbieders en patiëntenorganisaties de ambulante zorg en ondersteuning op korte termijn te versterken. Uitgangspunt daarbij is het geheel van zorg en ondersteuning dat iemand nodig heeft, zowel vanuit de Zvw als de Wmo, in samenhang te organiseren en aan te bieden. Zorgverzekeraars zullen samen met gemeenten en zorgaanbieders op korte termijn met concrete plannen hiervoor komen. Ik verwacht hierbij dat het handvat behulpzaam zal zijn voor partijen om dit op lokaal/regionaal niveau goed vorm te kunnen geven. Als partijen hierbij tegen knelpunten in wet- en regelgeving aanlopen die zij niet zelf, onderling, kunnen oplossen, dan verwacht ik dat partijen dat bij mij aangeven, zodat ik kan kijken hoe ik hen daarbij kan helpen. Ik zal u over de voortgang hiervan in 2017 verder over informeren.

Uitkomsten monitor

De monitor bestaat uit vier onderdelen: de kernmonitor kwaliteit van leven en zorgervaringen, de kernmonitor transities ggz-voorzieningen, de uitvraag ontwikkelingen en stand van zaken gespecialiseerde ggz-voorzieningen en de uitvraag ontwikkelingen en stand van zaken maatschappelijke initiatieven.

Uit de uitkomsten van de kernmonitor kwaliteit van leven blijkt dat mensen met ernstige psychische aandoeningen geen verbetering van hun kwaliteit van leven en maatschappelijke participatie ervaren ten opzichte van de monitor 2015. Dat geldt ook voor de waardering van de zorg en ondersteuning die men ontvangt. De voorzieningen in de gezondheidszorg worden in het algemeen met een ruime voldoende gewaardeerd, de panelleden zijn (veel) minder positief over gemeentelijke voorzieningen.

De kernmonitor transitie ggz-voorzieningen (jaarlijkse uitvraag bij aanbieders over de capaciteit en het gebruik van ambulante en intramurale ggz-voorzieningen over 2015) laat zien dat de afbouw van de klinische capaciteit doorzet. Ook laat dit deel een verschuiving zien van behandeling van de specialistische ggz naar de basis ggz. Hieruit komt ook naar voren dat het totaal aantal cliënten dat ambulante basis ggz of ambulante specialistische ggz ontvangt afneemt. Tevens daalt binnen de ambulante specialistische ggz het aantal intensievere trajecten (licht). Er zijn hiermee geen aanwijzingen dat ambulante zorg wordt geïntensiveerd. Voor de Wmo-gefinancierde ambulante ondersteuning zijn geen cijfers gepresenteerd in de monitor. Resultaten van de Wmo-monitor van GGZ NL, de RIBW-alliantie en Federatie Opvang wijzen niet op substantiële uitbreidingen. De poh-ggz is niet meegenomen in de monitor. Uit onderzoek van het NIVEL in het kader van de monitor generalistische basis ggz blijkt dat sinds 2011 het percentage patiënten dat de poh-ggz heeft geraadpleegd voor psychische symptomen, psychische stoornissen en voor sociale problemen sterk toeneemt. Er komen in 2015 relatief gezien negen keer zoveel patiënten elk jaar met psychische problemen en symptomen bij de poh-ggz dan in 2011. Dit betekent dat er veel beweging is in waar de zorg wordt gevraagd en verleend.

Uit de enquête en interviews naar gespecialiseerde ggz-voorzieningen blijkt dat ontwikkelingen rond ambulante ggz voorzieningen als Flexible Assertive Community Treatment (FACT), Intensive Home Treatment (IHT) en Vroege Interventie Psychose (VIP) laten zien dat in de afgelopen jaren flink geïnvesteerd is in de kwaliteit van de ambulante zorg en ondersteuning. Een bevinding is ook dat er momenteel nagenoeg geen uitbreidingsplannen zijn ten aanzien van FACT.

De enquêteresultaten rondom de stand van zaken maatschappelijke initiatieven laten zien dat het bereik in termen van deelnemers aanzienlijk is. Daarbij vervullen de initiatieven functies in het persoonlijk en maatschappelijk herstel van deelnemers zelf, maar nemen ze ook een bredere maatschappelijke rol en een verantwoordelijkheid in de transitie in zorg op zich.

Bekostiging ggz

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en partijen in de ggz (zorgaanbieders, zorgverzekeraars en vertegenwoordigers van patiënten) werken momenteel aan de ontwikkeling van een nieuwe bekostiging voor de ggz. In de nieuwe bekostiging zullen niet langer – zoals nu bij de DBC's – de DSM-hoofdgroepdiagnose en de tijdsduur van de behandeling leidend zijn, maar de zorginhoud. De ontwikkeling van de nieuwe bekostiging vindt plaats aan de hand van een aantal pilotfasen. De eerste pilotfase is succesvol afgerond. De tweede pilotfase gaat binnenkort van start. Het model kan op veel steun en draagvlak rekenen bij partijen.

De NZa heeft mij recent nogmaals laten weten dat de ontwikkeling van de nieuwe bekostiging tot nu toe inhoudelijk tot goede resultaten leidt. De NZa heeft daarbij ook het signaal gegeven dat, uit oogpunt van zorgvuldigheid, de ontwikkeling van de bekostiging minder snel kan plaatsvinden dan eerder gepland. De NZa acht de invoering van de nieuwe bekostiging per 2019 daarom niet meer realistisch. De NZa geeft aan dat de invoering opschuift naar 2020.

De NZa heeft aangegeven dat zij in hun eerstvolgende voortgangsrapportage zullen onderbouwen en toelichten wat de oorzaak is van de vertraging, welke maatregelen genomen en overwogen zijn om de invoeringsdatum van 2019 toch te halen en waarom invoering per 2019 desondanks niet meer haalbaar zou zijn. De NZa verwacht mij deze voortgangsrapportage begin volgend jaar te kunnen sturen. Ik zal deze voortgangsrapportage van de NZa naar uw Kamer doorsturen.

Bekostiging acute ggz

Ik heb de NZa afgelopen juni gevraagd mij te adviseren over een bekostigingsystematiek die aansluit bij de beoogde keten van de acute ggz en de beschikbaarheid borgt van de inzet door de crisisdiensten. U treft het advies van de NZa hierbij aan². De NZa geeft in haar advies aan meer tijd nodig te hebben voor haar advies over het best passende bekostigingsmodel, omdat de sector volop in beweging is en met name de implementatie van de generieke module acute psychiatrie (nagenoeg gereed) de komende tijd vorm zal geven aan de organisatie van de acute ggz. De nieuwe bekostiging moet daarop aansluiten. Uiterlijk in september 2017 zal de NZa een monitor acute GGZ opleveren en haar definitieve advisering afronden over de bekostigingsystematiek.

De maximumtarieven die de crisisdiensten in rekening mogen brengen zijn voor 2017–2018 met 20% verhoogd (de beschikbaarheidcomponent daarbinnen is met 56% verhoogd), zodat in de praktijk de crisisdiensten voldoende gefinancierd kunnen worden.

Aanbieding tweede tussentijdse rapportage monitoring transitierégime

In 2014 heeft de NZa de uitkomsten gerapporteerd van het kostenonderzoek naar de overgang op prestatiebekostiging voor zeer gespecialiseerde gebudgetteerde instellingen. Hierin is geconcludeerd dat er geen objectieve zorginhoudelijke verklaringen zijn waarom de DBC's en bijbehorende maximumtarieven voor deze instellingen niet toereikend zouden zijn. Daarop is besloten het ingevoerde transitierégime voor deze instellingen stapsgewijs af te bouwen³.

Ik heb de NZa gevraagd deze overgang nauwlettend te monitoren en indien nodig aanvullende maatregelen te nemen. Bijgevoegd vindt u de uitkomsten van de tweede monitoring door de NZa⁴. De NZa ziet op basis van de resultaten van de monitoring geen reden voor verdere maatregelen.

In 2017 gaat de verrekenfactor voor de voor het transitierégime in aanmerking komende instellingen van 30% naar 0%. Op deze afbouw is in 2017 nog één uitzondering, namelijk voor zorgaanbieders met een bovengemiddeld aantal cliënten met een auditieve beperking. Voor deze cliëntgroep wordt per 2017 een nieuwe toeslagsystematiek ingevoerd voor de inzet van de doventolk en communicatiedeskundige. Daarnaast

² Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

³ Kamerstuk 30 597, nr. 466

⁴ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

waren in deze sector signalen van lagere productiviteit van de overige behandelaren. Omdat dit niet gekwantificeerd kon worden, wordt hier een nader productiviteitsonderzoek naar gedaan. Het deel van de zorg dat niet bekostigd kan worden uit de tarieven (inclusief de nieuwe toeslag), wordt in 2017 uitgezonderd van de afbouw, en komt daarmee voor de beschikbaarheidsbijdrage in aanmerking. Hierover heb ik uw Kamer in juli geïnformeerd⁵.

In die Kamerbrief heb ik u ook laten weten dat de eerder gemaakte uitzondering voor afwezigheidsdagen niet meer nodig is, gezien de conclusie van de NZa dat desbetreffende problematiek binnen de bandbreedte van de tarieven kan worden opgelost. De NZa meldt dat zij nog over de afwezigheidsdagen in gesprek is met een aanbieder die buiten het transitierégime valt, maar die wel een beschikbaarheidsbijdrage ontvangt voor gespecialiseerde psychotraumazorg aan specifieke doelgroepen en daarom onderdeel uitmaakt van de monitoring.

De NZa zal haar monitoring ook komend jaar voortzetten. Dan zal er extra aandacht zijn voor de toepassing en de exacte werking van de nieuwe toeslagsystematiek voor de doven-ggz. Daarnaast loopt er onderzoek naar (lange) wachttijden voor autismespectrumstoornissen en persoonlijkheidsstoornissen, in dat onderzoek worden ook aanbieders uit het transitierégime betrokken. Daarover verwacht de NZa komende maanden te kunnen rapporteren. Ik zal u ook over die uitkomsten informeren.

Stand van zaken pilot psychosociale zorg

Uw Kamer heeft mij gevraagd een stand van zaken te schetsen over de opzet van de pilot over psychosociale zorg rondom kanker en daarin expliciet in te gaan op de positie van jongeren. Na overleg zijn partijen het er over eens dat de richtlijn «Aanpassingsstoornissen bij kanker», die ik in juni in ontvangst heb genomen, een belangrijke basis vormt voor de pilot. Het idee is nu aan de hand hiervan een onderzoek op te zetten dat meer inzicht verschaft in uitkomsten van zorg door tijdig de juiste zorg in te zetten. Van belang daarbij is goed te kijken welke patiënten in zo'n onderzoek betrokken worden. Partijen zijn het erover eens dat een pilot zich zou moeten richten op mensen die een behandeling voor kanker hebben afgerond, en als gevolg daarvan later psychische klachten krijgen, maar die de huisarts met praktijkondersteuner GGZ doorgaans niet meer kan behandelen. Volgens partijen gaat het in dat geval om klachten die zijn te classificeren als een aanpassingsstoornis. Deze is in de curatieve ggz goed te behandelen, maar dat wordt op dit moment niet vergoed vanuit het basispakket. Partijen geven aan dat deze mensen ofwel niet behandeld worden dan wel overbehandeling krijgen (er wordt een zwaardere classificatie gehanteerd die wel tot een verzekerde aanspraak leidt).

Het Zorginstituut heeft in haar tweede advies over een scherpere pakketafbakening van de ggz⁶ aangegeven dat indien een adequate richtlijn of standaard beschikbaar zou zijn, het Zorginstituut een nieuwe pakketbeoordeling over de aanpassingsstoornissen kan doen. Naast de richtlijn «Aanpassingsstoornissen bij Kanker» komt komend voorjaar naar verwachting ook de Zorgstandaard Aanpassingsstoornissen gereed⁷. De resultaten van een pilot kunnen bij die beoordeling meegenomen worden. Afgesproken is dat KWF samen met partijen de opzet van de pilot verder uitwerkt, inclusief de onderzoeksvragen en het financieel beslag. Het Ministerie van VWS is daarbij betrokken. Ik heb u reeds toegezegd u in het

⁵ Kamerstuk 29 248, nr. 292

⁶ Advies Geneeskundige GGZ deel 2, Zorginstituut, 2013.

⁷ Ontwikkeld in opdracht van het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ.

voorjaar opnieuw te informeren over de stand van zaken omtrent psychosociale zorg. Ik zal de stand van zaken van de pilot en de positie van jongeren daarin meenemen.

Ik zal u in de loop van volgende week maar voor het AO GGZ/verwarde personen d.d. 22 december een beeld sturen van initiatieven op het terrein van de ambulantisering. Daarbij zal ik ook ingaan op ontwikkelingen op het terrein van preventie, opvang, hulp en behandelaanbod van personen met verward gedrag.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.I. Schippers