

Vergaderjaar 2020–2021

25 424

Geestelijke gezondheidszorg

Nr. 581

BRIEF VAN DE STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 11 februari 2021

Op 13 oktober jongstleden heb ik uw Kamer per brief geïnformeerd¹ over de voortgang van de vervolgaanpak van de wachttijden in de geestelijke gezondheidszorg (ggz). Daaropvolgend heb ik u bij brief van 13 november jongstleden² geïnformeerd over de stand van zaken rondom de regionale doorzettingsmacht. Met voorliggende brief deel ik de meest recente wachttijd cijfers ggz met u, zoals gepubliceerd door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en informeer ik uw Kamer over de voortgang van de aanpak van de wachttijden, de stappen die voor 2021 voorzien zijn en over de stand van zaken inzake de regionale doorzettingsmacht.

Rapportage NZa wachttijden in de ggz

Op 21 december heeft de NZa een analyse³ gepubliceerd over de gevolgen van de coronacrisis voor de ggz, waarin ook de nieuwste wachttijd cijfers zijn opgenomen (tot en met november 2020). Het beeld over de wachttijden is relatief stabiel en vertoont veel gelijkenis met voorgaande analyses. De totale gemiddelde wachttijd overschrijdt bij vier hoofddiagnosegroepen de Treeknorm van 14 weken. Het gaat om aandachtstekort- en gedragsstoornissen (17 weken), angststoornissen (15 weken), persoonlijkheidsstoornissen (20 weken) en pervasieve stoornissen (21 weken). De totale gemiddelde wachttijd voor de basis-ggz ligt met 9 weken onder de Treeknorm. De gemiddelde aanmeldwachttijd – de periode tussen aanmelding en intake – overschrijdt de Treeknorm van vier weken in zowel de basis-ggz als de specialistische ggz voor elke hoofddiagnosegroep. Daarnaast valt op dat er nog steeds grote regionale verschillen te zien zijn in de wachttijden. Bij pervasieve stoornissen zien we bijvoorbeeld dat de totale gemiddelde wachttijd per regio kan variëren tussen de 7 en 40 weken.

¹ Kamerstuk 25 424 nr. 555

² Kamerstuk 25 424 nr. 559

³ https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_62983_22/1/

Zoals ik al eerder met uw Kamer deelde, zijn de cijfers voor een groot deel retrospectief en het betreffen gemiddelden. Vanaf begin dit jaar, zijn zorgaanbieders in de ggz op basis van de aangepaste Transparantieregeling verplicht naast hun wachttijden het aantal wachtenden periodiek door te geven. Deze worden uitgesplitst naar binnen/buiten Treeknorm, aanmeld- en behandelwachttijd, vestigingslocatie en hoofddiagnosegroep. Door deze aanvullende informatie ontstaat een vollediger beeld, waarmee we knelpunten gerichter aan kunnen pakken. Vanaf 2022 wil de NZa het aantal unieke wachtenden inzichtelijk maken. Ik heb de NZa gevraagd om voor aankomende zomer opnieuw de wachttijdscijfers op vergelijkbare wijze met mij te delen, zodat uw Kamer en ik de trend kunnen blijven volgen.

In het afgelopen jaar heb ik uw Kamer voor zover mogelijk op de hoogte gehouden van de invloed van covid-19 op de wachttijden. Daarbij ben ik met name ingegaan op de ontwikkeling in het aantal verwijzingen. Met deze brief wil ik uw Kamer kort informeren over de ontwikkelingen van de laatste maanden.

Over heel 2020 schat de NZa dat er door covid-19 en bijbehorende maatregelen zo'n 83.000 minder verwijzingen naar de ggz zijn geweest⁴; 11 tot 14% minder dan verwacht op basis van de cijfers van 2019. De laatste maanden ligt het aantal verwijzingen (na een aanvankelijke daling aan het begin van de coronacrisis) hoger dan in de maanden ervoor. In week 1 en 2 van 2021 lag het aantal verwijzingen gelijk, of zelfs iets hoger dan het verwachte aantal verwijzingen zonder covid-19, op basis van de cijfers van 2019–2020⁵. De NZa kan niet concluderen dat de ontwikkelingen in het aantal verwijzingen enig effect hebben gehad op de wachttijden in de ggz. In mijn brief van 13 november jongstleden⁶ ben ik reeds ingegaan op mogelijke verklaringen hiervoor die door de NZa en veldpartijen zijn aangedragen.

Aanpak wachttijden 2021

De afgelopen jaren is er hard gewerkt aan het terugdringen van de wachttijden in de ggz. Ik heb de wachttijden weleens een «veelkoppig monster» genoemd: als je één probleem aanpakt, ligt het volgende obstakel alweer op de loer. Het is dat kenmerk van de problematiek, dat maakt dat samenwerking zo ontzettend belangrijk is. In 2017 werden de eerste gezamenlijke afspraken gemaakt om de wachttijden aan te pakken. Inmiddels zijn we enkele jaren verder. Door de jaren heen heb ik de samenwerking tussen partijen zien veranderen en intensiveren. Dit ging niet zonder slag of stoot, maar ik zie nu echt gemotiveerde partijen die een gevoel van urgentie delen. Het verheugt me dat er nu echt sprake is van een breed gesteunde aanpak.

Op 8 december jongstleden heb ik samen met de NZa, de IGJ en de partijen van de landelijke stuurgroep wachttijden⁷ gesproken over bovenstaand proces en de groei die wij samen hebben doorgemaakt. Inmiddels heb ik het plan van aanpak wachttijden 2021 van de landelijke stuurgroep wachttijden ontvangen. Hierin zijn de uitkomsten van het bestuurlijk overleg meegenomen. Het plan van aanpak en de bijbehorende brief vindt u in de bijlage⁸.

⁴ https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_629935_22/1/

⁵ https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_630645_22/1/

⁶ Kamerstuk 25 424, nr. 559

⁷ De Nederlandse GGZ, MeerGGZ, Zorgverzekeraars Nederland, MIND & Sociaal Werk Nederland. De Landelijke Huisartsen Vereniging en InEén zijn adviserend lid.

⁸ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

De partijen leggen een ambitieus plan neer, waarvan ik de verschillende acties stuk voor stuk ondersteun. Ik wil hier echter drie aspecten uit de brief belichten omdat ik ervan overtuigd ben dat deze heel belangrijk zijn voor de komende periode. Het gaat om de aanpassing van Transparantieregeling, de opzet van de transfermechanismen en de uitbreiding van de stuurgroep.

- *De aanpassing van de Transparantieregeling*

De NZa en de stuurgroep hebben samen grote stappen gezet om te komen tot meer inzicht in het aantal wachtenden per hoofddiagnosegroep met ingang van 1 januari 2021. Zoals ik hierboven al beschreef is het doel vanaf 1 januari 2022 tevens inzicht te hebben in het uniek aantal wachtenden en de voorkeursaanbieder van wachtenden. Hiervoor zijn de voorbereidingen inmiddels gestart. Zo worden dubbelingen zichtbaar, evenals het feit dat wachtenden op de wachtlijst van de ene aanbieder inmiddels in behandeling zijn bij een andere aanbieder.

Meer inzicht in de werkelijke omvang en aard van het probleem is cruciaal en ik ben blij dat dit inzicht er komt. Dit maakt gerichtere actie (op regionaal niveau) mogelijk om wachttijden op te lossen. Ook biedt inzicht in de aantallen wachtenden meer perspectief voor cliënten die wachten. Zij weten zo beter waar ze aan toe zijn.

- *De opzet van transfermechanismen*

Eind maart van dit jaar moet in elke regio waar de Treeknorm voor de totale wachttijd wordt overschreden⁹ een transfermechanisme operationeel zijn. Dat werkt als volgt. De zorgaanbieder met de grootste overschrijdingen van de Treeknormen neemt in een regio de verantwoordelijkheid voor het opzetten van een transfermechanisme. Zorgverzekeraars zijn op de ontwikkeling van de mechanismen aangesloten en beoordelen of de regionale transfermechanismen tijdig en volgens de door de stuurgroep vastgestelde – en bindende – afspraken¹⁰ worden opgezet. Indien zorgverzekeraars dit noodzakelijk achten wordt door aanbieders, voor de diagnosegroepen waarop de Treeknormen overschreden worden, een aanmeldpauze ingesteld. Aanbieders mogen dan – voor de diagnosegroepen waarbij de Treeknorm wordt overschreden – geen extra patiënten aannemen. Deze patiënten worden actief door de zorgaanbieder gewezen op de mogelijkheid om ergens anders sneller in behandeling te komen. Met het transfermechanisme spannen verwijzers, aanbieders en financiers zich optimaal in om cliënten tijdige en passende zorg te bieden: hij of zij krijgt elders in de regio passende zorg, ofwel hij of zij krijgt va zorgbemiddeling buiten de regio of via e-health passende zorg ofwel er moet zorg worden ingekocht danwel gecreëerd.

Ik juich toe dat er door partijen duidelijke afspraken zijn gemaakt over een stok achter de deur, in de vorm van een aanmeldpauze. Dit zie ik als een belangrijk onderdeel van de aanpak. In de door de stuurgroep gemaakte afspraken is ook de betrokkenheid van huisartsenorganisaties, het sociaal domein en vrijgevestigden voorzien. Ik verwacht veel van de transfermechanismen, die op enkele plekken in het land al operationeel zijn. Ik zal mij door de landelijke stuurgroep wachttijden op de hoogte laten houden en uw Kamer over ontwikkelingen informeren.

- *De uitbreiding van de stuurgroep*

⁹ Het gaat hierbij om 29 van de 31 wachttijdregio's, waarbij de gemiddelde wachttijd van in elk geval één diagnosegroep boven de 14 weken zit.

¹⁰ Zie de «routekaart» die in het plan van aanpak is opgenomen.

Ik heb vaker met uw Kamer gedeeld dat het zorgen voor de mentale gezondheid van mensen niet beperkt is tot de curatieve ggz en dat samenwerking over de domeinen heen essentieel is. Niet voor niets ben ik zo positief gestemd over de deelname van de gemeenten aan het Hoofdlijnenakkoord ggz. Ook de problematiek van de te lange wachttijden is het meest adequaat aan te pakken door de samenwerking te verbreden. Ik ben daarom blij dat Sociaal Werk Nederland (SWN) zich bij de stuurgroep heeft aangesloten en dat de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en InEen de inzet van de stuurgroep onderschrijven en actief bijdragen aan de uitvoering. Ook de VNG volgt de uitvoering van het plan actief en draagt er waar van toepassing aan bij. LHV en InEen hebben aangekondigd om in 2021, wanneer opportuun, te gaan deelnemen aan het bestuurlijk overleg wachttijden.

Het is nu zaak dat we de voortvarendheid en ambitie waarmee verschillende acties zijn opgepakt vasthouden. Pas als ingezette acties concrete resultaten laten zien op het gebied van de wachttijden, kunnen we de ingezette aanpak definitief bestempelen als succesvol. Ik houd de ontwikkelingen de komende tijd scherp in de gaten en blijf in nauw contact met de stuurgroeppartijen. Zij zullen de transfermechanismen monitoren. Vanzelfsprekend zal ik uw Kamer informeren over de voortgang.

Regionale doorzettingsmacht

Zoals ik eerder met uw Kamer heb gedeeld, is de uitwerking van het concept regionale doorzettingsmacht complex en weerbarstig vanwege een veelheid aan belangen, factoren en betrokkenen. In mijn brief van 13 november jongstleden heb ik mijn inspanningen om desondanks een doorbraak te realiseren toegelicht. In december vond er een zogenaamde «whole system in the room» bijeenkomst plaats onder leiding van VWS. Met alle betrokken partijen¹¹ werd gesproken over de (verschillende) beelden van het concept regionale doorzettingsmacht, alsmede het onderliggende probleem. Het stemt mij positief dat door alle partijen overeenstemming werd bereikt over de hoofdlijnen van een regionale doorzettingsmacht. Het gedeelde beeld van hoe regionale doorzettingsmacht eruit zou moeten zien, is dat van een proces waarbij alle partijen zich samen committeren aan het vinden van passende zorg voor cliënten, via een opschalingsmodel. Casussen worden bijvoorbeeld door verwijzers, zorgaanbieders of verzekeraars ingebracht, maar patiënten hebben ook de mogelijkheid om zichzelf voor regionale doorzettingsmacht aan te melden. In eerste instantie wordt op regionaal niveau naar passend aanbod gezocht. Zo nodig wordt opgeschaald naar het landelijk niveau. De laatste stap binnen het proces, de uiterste escalatie dus, houdt in dat een casus naar de voor ggz verantwoordelijke bewindspersoon van VWS wordt doorverwezen. Dit is nieuw en ongekend. Betrokken partijen komen een mandaat overeen waarmee deze bewindspersoon – op basis van beschikbare informatie en professioneel advies – een bindende uitspraak kan doen over waar een passende plek geboden moet worden. Voor personen die in het reguliere zorgsysteem zijn vastgelopen, wordt zo zorgaanbod gegarandeerd.

Voor de verschillende «opschalingsniveaus» wordt gebruik gemaakt van reeds bestaande infrastructuur (netwerken, faciliteiten, etc.). Voor het proces van regionale doorzettingsmacht wordt echter een set aparte werkafspraken gemaakt. Dit betekent onder andere dat in verschillende gevallen verschillende experts kunnen aansluiten (waarbij er mogelijk wel

¹¹ De Nederlandse ggz, Zorgverzekeraars Nederland, MIND, MeerGGZ, de Vereniging van Nederlandse Gemeenten en CCE in een adviserende rol.

een vaste «basissamenstelling» is). Een aantal overeengekomen uitgangspunten vormen de basis voor nadere uitwerking van het proces. Zo is de afspraak dat de grootste zorgaanbieder in de betreffende regio in principe het initiatief neemt voor het opzetten van het eerste opschalingsniveau, tenzij deze een zorgverzekeraar of andere partij vraagt dit over te nemen. Zorgverzekeraars hebben aangegeven garant te staan voor de financiering van de binnen het proces gevonden behandelplek, voor zover het zorg binnen de Zvw betreft. Cliënten moeten binnen een bepaalde periode worden behandeld en een casus wordt nooit naar een ander niveau opgeschaald zonder dat deze in de voorgaande trede is behandeld. VWS spreekt partijen op collectief en/of individueel niveau aan wanneer gemaakte afspraken niet worden nageleefd.

Het proces moet de komende maanden nader worden uitgewerkt. Dat geldt ook voor onder andere de randvoorwaarden die zullen gelden. Bij de concretisering van het proces zal ik samen met partijen ook de wijze waarop cliëntondersteuning een plaats krijgt ter hand nemen. Vanzelfsprekend informeer ik uw Kamer over de vorderingen.

Motie-Renkema en Regterschot (Kamerstuk 25 424, nr. 560)

De leden Renkema en Regterschot hebben bij motie¹² van 19 november jl. verzocht te onderzoeken hoeveel extra behandelplaatsen er nodig zijn voor mensen met trauma, pervasieve aandoeningen en persoonlijkheidsproblematiek. Tevens hebben ze verzocht te onderzoeken waar specifiek de tekorten aan specialistische behandelaars zitten en een plan op te stellen om deze tekorten snel terug te dringen. Ik wil uw Kamer graag informeren op welke wijze ik invulling geef aan de motie.

Om zicht te krijgen op het aantal extra benodigde behandelplaatsen, moeten we allereerst inzicht hebben in het aantal mensen die te lang moeten wachten op de zorg die zij nodig hebben. Zoals ik hierboven heb beschreven, zorgt de voorgenomen aanpassing van de Transparantieregeling voor een betrouwbaar inzicht in het aantal wachtenden per hoofddiagnosegroep. In het kader van de uitvoering van deze motie is relevant dat trauma- en stressgerelateerde stoornissen niet langer onder de diagnosehoofdgroep angststoornissen vallen, maar een aparte groep vormen. Verzekeraars kunnen de gegevens, die we op basis van de Transparantieregeling verkrijgen, gaan benutten bij de inkoop van zorg.

Het tweede deel van het dictum ziet op het (vermeende) tekort aan specialistische behandelaars. Ik laat me waar het gaat om de instroom van specialistische behandelaars in de ggz adviseren door het Capaciteitsorgaan. In ramingen houdt het Capaciteitsorgaan rekening met de onvervulde zorgvraag. Hiervoor benut het de dan beschikbare gegevens. In de afgelopen jaren zijn boven het maximumadvies incidenteel extra plekken voor gz-psychologen beschikbaar gesteld. Het effect daarvan op het zorgaanbod verwachten we dit jaar en volgend jaar te zien.

Het Capaciteitsorgaan heeft voor de ggz eind 2020 een tussentijdse raming uitgebracht. Dat advies hebben we opgevolgd¹³. De volgende raming van het Capaciteitsorgaan over opleidingen in de ggz verwacht ik in het najaar van 2022.

¹² Kamerstuk 25 424, nr. 560

¹³ Kamerstuk 29 282, nr. 427

Tenslotte

De wachttijden in de ggz gaan mij aan het hart. We spreken erover in abstracte termen, maar – zoals ik de afgelopen jaren altijd heb gedaan – blijf ik benadrukken dat het hier gaat om mensen. Mensen die stuk voor stuk wachten op zorg. Met de stappen die nu zijn gezet, gaan we voor die mensen echt weer perspectief bieden.

Vanzelfsprekend zal ik de uitvoering van het plan van aanpak voor 2021 nauwlettend volgen en uw Kamer hiervan op de hoogte houden.

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