



Aan de leden van de Vaste commissie voor VWS  
van de Tweede Kamer der Staten-Generaal  
Postbus 20018  
2500 EA DEN HAAG

Datum

12 januari 2017

Contactpersoon

Lilly Buurke

Ons kenmerk

Com/otkg/cecs/195885/2017

Onderwerp

AO GGZ 24 januari a.s.

Bijlage(n)

1

Doorkiesnummer

8491

Uw kenmerk

Aan de leden van de Vaste commissie voor VWS,

Binnenkort gaat u tijdens het AO GGZ met minister Schippers van VWS in gesprek over actuele thema's in de geestelijke gezondheidszorg. Op 13 december stuurden Federatie Opvang, GGZ Nederland en RIBW Alliantie u ter voorbereiding op dit eerder geplande AO al een brief (zie bijlage). Inmiddels heeft minister Schippers u twee brieven gestuurd. De inhoud daarvan biedt aanleiding tot deze korte aanvullende brief. We beperken ons tot twee onderwerpen:

- Bekostiging acute ggz
- Kabinetsplannen ambulantisering

### **Bekostiging acute ggz**

Minister Schippers stuurde met haar brief van 14 december jl. het advies van de NZa mee over bekostiging van acute ggz. GGZ Nederland onderstreept de bevindingen van de NZa dat er meer tijd nodig is voor een gedegen advies over het best passende bekostigingsmodel. Hiervoor zijn er verschillende acties nodig vanuit de NZa, waarbij GGZ Nederland graag meedenkt en input levert. In de generieke module acute psychiatrie worden hogere normen gesteld ten aanzien van de beschikbaarheid van de crisisdiensten die in de huidige financiering nog niet te realiseren zijn en dus de implementatie van de module in de weg staat. Realisering van een andere bekostiging acute ggz in 2019 vereist een gedegen procesplan onder regie van de NZa en in samenwerking met zorgverzekeraars en ggz aanbieders. Met name de optie om de beschikbaarheidsbijdrage anders te gaan financieren (en bijvoorbeeld los te koppelen van de dbc-systematiek) vinden wij cruciaal om te onderzoeken in dit proces.



### Onvoldoende inkoop verhoogde tarieven crisisdiensten

De minister benoemt dat de maximumtarieven van de crisisdiensten verhoogd zijn en dat de crisisdiensten daardoor aan de door hun zwaardere gestelde eisen (in de generieke module) kunnen voldoen. GGZ Nederland maakt zich hier echter ernstig zorgen over, aangezien het merendeel van onze leden aangeeft dat deze verhoogde tarieven niet zijn ingekocht door verzekeraars. Implementatie van de generieke module vraagt meer van de interne organisatie en bemensing van de crisisdiensten, maar leidt ook tot een nieuwe ordening van de markt op regionaal niveau. Binnen de huidige tarieven en bekostiging systematiek wordt dit een hele lastige opgave. Vandaar dat de verhoogde tarieven in een zorg voorzien.

Voor het ministerie van VWS zien wij zowel wat betreft de inkoop van de verhoogde tarieven crisiszorg, als het proces rond een passend bekostigingsmodel, een toezichthoudende rol weg gelegd. Wij vragen dan ook dat de minister de verzekeraars erop aanspreekt om daadwerkelijk de maximumtarieven serieus in de onderhandelingen te betrekken en daar indien nodig de contracten voor 2017 op te herzien.

### **Kabinetsplannen ambulantisering**

Minister Schippers stelt terecht vast dat de feitelijke intensivering en uitbreiding van de ambulante geestelijke gezondheidszorg en ondersteuning uitblijven en dat dit een uiterst zorgelijke ontwikkeling is. Zeker gezien het feit, dat de ggz sinds 2008 een vijfde van haar bedden capaciteit heeft afgebouwd. Geld dat voor de sggz beschikbaar was<sup>1</sup>, is hier gedurende de afgelopen jaren niet aan uitgegeven. Dat de minister nu ingrijpt, is een goede zaak, maar de vraag is wel wat zij nu precies gaat doen om dit vlot te trekken.

Zorgverzekeraars zeggen de urgentie te onderkennen en samen met gemeenten, zorgaanbieders en patiëntenorganisaties om tafel te willen, teneinde de ambulante geestelijke gezondheidszorg op korte termijn te versterken. Volgens de minister kunnen zij hierbij gebruik maken van het handvat van het Trimbos Instituut, met een format voor een samenwerkingsagenda, een methodiek voor regionale prevalentieschatting, een format voor het in kaart brengen van het regionale zorgaanbod en een referentiekader voor benodigde regionale ondersteuning en zorg. GGZ Nederland werkt hier graag aan mee, maar mist de urgentie in deze aanpak. Van belang is dat:

- In 2017 het volledige makro kader ggz in de Zvw wordt ingezet;
- daar bovenop gekeken wordt wat er aan investeringen nodig is om achterstallig onderhoud in verband met onderbestedingen uit voorgaande jaren in te halen en hier de benodigde middelen (uit de reserves van verzekeraars) voor in te zetten;

---

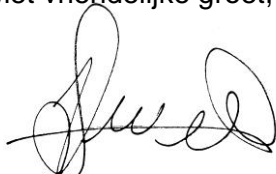
<sup>1</sup> In de Zorgcijfersdatabank (eerste kwartaalcijfers 2016) staat voor 2016 een geraamd bedrag voor 2016 van € 3.484,6 mln. Het verschil tussen het VWS-kader 2016 en de door verzekeraars verwachte uitgaven in 2016 was: € 3.735,7 mln. – € 3.484,6 mln. = € 251,1 mln. (ruim 250 mln. = 6,7% van het VWS kader aan onderbesteding). Eigen berekeningen van GGZ Nederland bevestigen dit beeld. Er is sprake van terugloop waarde productieafsprake 2016 t.o.v. 2015 met 0,3% (uitkomst quickscan ggz: lees 12 mln.) plus per saldo niet uitgekeerde loon- en prijsontwikkeling 2015 1,15% (<https://www.nza.nl/regelgeving/prijsindexcijfers>) (lees 44 mln.) bovenop de al gerealiseerde 154 mln. ondercontractering door de verzekeraars in 2015 (substitutie monitor 2015, bekend bij de Tweede Kamer) plus 1% groei 2016 die niet is gecontracteerd (lees 38 mln.), geeft samen: 12+44+154+38 is 248 mln. Uit de meest recente gegevens van het Zorginstituut Nederland over het eerste half jaar 2016 blijkt dat zorgverzekeraars inschatten dat er nog eens 50 mln. minder kosten zullen zijn dan uit de berekeningen over het eerste kwartaal naar voren kwam.

- er duidelijke afspraken worden gemaakt tussen betrokken partijen over groei van ambulante ggz in de komende jaren en die op te nemen in een plan van aanpak ambulantisering (zoals genoemd in onze brief van 16 december jl.);
- dat instellingen door verzekeraars via meerjarenafspraken in de gelegenheid worden gesteld de noodzakelijke investeringen te financieren en de transitieproblematiek van hun vastgoed daarbij ook te betrekken;
- er tussen verzekeraars en gemeenten, met ieder hun eigen verantwoordelijkheden, een duidelijke rol- en taakverdeling is in de integrale aanpak van ambulante wijkgerichte geestelijke gezondheidszorg;
- dat de gewenste groei qua ambulante sggz tussentijds gemonitord en geëvalueerd wordt en indien nodig bijgesteld.

De ggz heeft de ambitie om de zorg en ondersteuning voor psychisch kwetsbare mensen verder te verbeteren. De hoogste prioriteit ligt bij het leveren van zorg op de juiste plek, het liefst zo veel mogelijk bij mensen thuis. Door te investeren in 24/7 ambulante zorg helpen we wachtlijsten te voorkomen en de doorstroom van patiënten binnen de sggz te bespoedigen. We willen de concrete plannen hiervoor graag samen met de patiëntenorganisaties, het ministerie van VWS, de verzekeraars en de gemeenten verder uitwerken. Voorwaarde daarvoor is echter wel dat de keten van zorg optimaal functioneert en dat geld uitgegeven wordt aan het verbeteren van het aanbod op de juiste plek. Pas dan is het realistisch te veronderstellen dat wachtlijsten met succes kunnen worden teruggedrongen.

Indien u vragen heeft over deze brief, neemt u dan contact op met Lilly Buurke (beleidsadviseur), 06 39837407 / [lbuurke@ggznederland.nl](mailto:lbuurke@ggznederland.nl) of Olfert Koning (adviseur public affairs), 06 29020035 / [okoning@ggznederland.nl](mailto:okoning@ggznederland.nl).

Met vriendelijke groet,



mevrouw drs. V.J.W.C. Esman-Peeters  
directeur