



Tweede Kamer der Staten Generaal
t.a.v. Vaste commissie VWS
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

Datum
04 november 2016

Contactpersoon
Dhr G.J. van Unen MSc
Ons kenmerk
dir/gdun/hejn/191691/2016
Onderwerp
Rijksbegroting VWS 2017

Bijlage(n)
1 Substitutieproblemen in de ggz
2 Onderbouwing investeringen opvang
personen met verward gedrag
Doorkiesnummer
06-52 48 37 27
Uw kenmerk

Geachte leden van de Vaste commissie voor VWS,

Binnenkort behandelt uw Kamer de begroting van het ministerie van VWS. De afgelopen jaren is de geestelijke gezondheidszorg (ggz) in ons land erg veranderd. Niet alleen vanwege de grote decentralisaties van zorg, maar ook door hervormingen in de ggz zelf. Met het Bestuurlijk Akkoord en de Agenda voor gepast gebruik en transparantie heeft de ggz zich gedurende de afgelopen jaren ingezet om zoveel mogelijk klinische zorg af te bouwen en zoveel mogelijk ambulante zorg op te bouwen. Die ontwikkeling stagneert, vanwege knelpunten in de verschillende zorgstelsels. Van de sector wordt – terecht – veel verwacht en gevraagd, getuige de discussie rond personen met verward gedrag. Het is onze ambitie om aan die verwachtingen te voldoen en passende zorg te bieden waar en wanneer die nodig is. In dat verband vragen we in deze brief aandacht voor een aantal knelpunten die goede geestelijke gezondheidszorg in de weg staan.

- Knelpunten in de Zorgverzekeringswet, met name als het gaat om substitutie en de opvang van personen met verward gedrag.
- Knelpunten in de Wmo/Wlz, met name als het gaat om de toegang tot de Wlz voor ggz-cliënten.
- Knelpunten over de diverse zorgstelsels heen, zoals de continuïteit van ketenzorg voor specifieke doelgroepen en de hoge administratieve lasten.

Knelpunten in de Zorgverzekeringswet

Binnen het macrokader van de ggz in de Zvw is onvoldoende ruimte om in te spelen op maatschappelijke veranderingen en zodoende de geestelijke volksgezondheid te verbeteren. Vooral preventie dreigt het ondergeschoven kind te worden en de druk op de klinieken neemt daarom toe.



Substitutie

Wat is er aan de hand? Omdat de opbouw van ambulante capaciteit in de specialistische ggz (zowel op de poli's als met ambulante methodes als Intensive Home Treatment (IHT) en ACT/FACT) achterblijft, duurt het langer voordat patiënten passende zorg krijgen. En stijgt het aantal complexe patiënten met een zeer intensieve zorgvraag in de klinieken van de gespecialiseerde curatieve ggz. Door te weinig IHT en ACT/FACT verblijven zij ook langer op het dure klinische bed. Hierdoor is de druk op zowel het ambulante als klinische werkveld nu te hoog.

De basis-ggz kampt met hetzelfde probleem. Huisartsen krijgen steeds meer te maken met complexe ggz-problematiek.¹ Ze voelen zich soms onvoldoende bekwaam om de begeleiding van stabiel chronische ggz-patiënten op zich te nemen, maar kunnen vanwege de wachttijden niet doorverwijzen naar de specialistische ggz. Daarom is een beroep op extra ondersteuning thuis door middel van IHT en/of ACT/FACT vaak tevergeefs. Patiënten vallen zo tussen wal en schip.

Vanwege een tekort aan woningen stromen daarnaast te weinig patiënten vanuit het 2^e of 3^e jaar langdurige ggz (Zvw) uit naar de Wmo (beschermd wonen of begeleid zelfstandig wonen) en stopt de doorstroom van patiënten in de instellingen zelf. De wachttijd wordt hier groter door. Het gaat om een ongewenst stapelingseffect dat leidt tot zogenoemde 'verkeerde-bed-problematiek', over de stelsels en macrobudgettaire kaders heen: patiënten met een ZZP-C indicatie houden een ZZP-B plek vast en patiënten met een ZZP-B indicatie houden de relatief dure bedden in de Zvw-deelprestaties D, E en F vast.

Er is dus als gevolg van de wachttijdenproblematiek sprake van onvoldoende substitutie van klinische naar ambulante ggz en vanuit de Zvw naar de Wmo (zie bijlage 1). De ggz is bereid om de klinische capaciteit verder af te bouwen, maar kan dat alleen op een voor patiënt en samenleving verantwoorde manier indien er voldoende ambulante capaciteit wordt opgebouwd. Dat is nu niet het geval.

GGZ Nederland voelt zich gesterkt in de stellingname over de te beperkte kaderruimte door de ramingen van het Centraal Plan Bureau (CPB) van 3,5% reële groei per jaar in de Zvw in de periode 2018-2021. Wij stellen daarom voor hier al in 2017 op te anticiperen.

Als oplossing voor de bovenstaande knelpunten stelt GGZ Nederland voor:

- *Al in 2017 te anticiperen op de ramingen van het CPB inzake de jaarlijkse reële groei in de Zvw.*
- *Structurele oplossingen te creëren voor de continuïteit van zorg bij de overgang van bekostigingssystemen, zoals van de Zvw naar de Wlz.*
- *Problemen door ondercontracting te ondervangen door het Macrobeheersinstrument (MBI) positief in te zetten. En daarmee als ministerie van VWS de garantie af te geven dat het beschikbare macrokader volledig wordt ingezet in de curatieve ggz.*

¹ ['Zorg voor ernstig psychiatrische patiënten moet beter'](#), Landelijke Huisartsen Vereniging, 26-06-2016

- *Te komen tot een Plan van aanpak Ambulantisering, zoals ook door het Landelijk Platform GGZ is voorgesteld.² Vergelijkbaar met het Plan van aanpak Maatschappelijke Opvang van een aantal jaren geleden, kunnen zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeenten onder leiding van het Rijk de handen ineen slaan en samen met zorgaanbieders in de regio's de ambulante ggz-zorg verder uitwerken. Hierdoor kan de opbouw van ambulante zorg versnellen en de uitstroom uit ggz-instellingen verbeteren en kunnen wachttijden verminderen.*

Substitutie in relatie tot het kader curatieve ggz

Het kader curatieve ggz wordt in 2017 extra gekort met 8,3 mln euro voor substitutie naar de eerstelijnszorg. Op dit moment is niet onderbouwd waarom het nodig is om gesubstitueerde geestelijke gezondheidszorg in de eerste lijn op te vangen. Het is dus de vraag of hier sprake is van 'aantoonbare' substitutie van geestelijke gezondheidszorg van de specialistische ggz naar de huisartsenpraktijk. Gelet op de eerder genoemde knelpunten die huisartsen op dit moment signaleren en de verschraving van geestelijke gezondheidszorg, vragen we ons bovendien af of deze korting van het ggz-kader door VWS een goede maatregel is om substitutie in de ggz te stimuleren. Het blijft van belang dat het geld dat beschikbaar is voor de ggz, ook voor geestelijke gezondheidszorg kan worden in gezet. Zoals ook bleek uit onze quickscan³ waarover we uw Kamer eerder informeerden.⁴

- *GGZ Nederland is benieuwd voor welke groep patiënten 8,3 mln extra wordt gesubstitueerd naar de eerstelijnszorg.*
- *Gezien de hiervoor geschetste problematiek in de (ambulante en klinische) specialistische ggz, is het volgens GGZ Nederland onwenselijk het macrokader te korten.*
- *Wat betreft de naar voren gehaalde taakstelling van 25 mln inzake het stringent pakketbeheer ggz van 2017 naar 2016 heeft GGZ Nederland vragen over de haalbaarheid. Kan het kader curatieve ggz deze korting dragen? Tevens zijn we benieuwd naar het argument om de taakstelling al in 2016 door te voeren.*

Opvang personen met verward gedrag

De ggz is van harte bereid een leidende rol te spelen in de organisatie van een sluitende keten van zorg voor personen met verward gedrag. Onze ketenpartners vragen ons het initiatief te nemen voor betere samenwerking en om de ondersteuning en opvang in de regio's te versterken.

Hiervoor zijn extra investeringen nodig in vroegsignalering, opvang- en beoordelingslocaties en specifieke behandelvoorzieningen. Om vroeger signalen van mensen die in de war raken op te vangen en tijdig hulp te bieden wil de ggz samen met de wijkteams en de politie 24/7 in de wijken aanwezig zijn. Voorts schiet de exploitatie van de 25 – 40 benodigde opvang- en beoordelingslocaties, waar intensief wordt samenwerkt met collega's uit andere zorgorganisaties, te kort.

² [Brief Landelijk Platform GGZ](#) aan Vaste commissie voor VWS in de Tweede Kamer, dd 28-10-2016

³ [Nieuwsbericht en analyse quickscan GGZ Nederland](#)

⁴ [Brief GGZ Nederland](#) aan Vaste commissie voor VWS in de Tweede Kamer, dd 30-09-2016

Dit wordt veroorzaakt door kosten van de locaties en de extra inzet van deskundige hulpverleners en beveiliging. Ook zijn er specifieke behandelvoorzieningen nodig voor een groep mensen met zeer ernstige gedragsproblematiek (onderdeel van het project Continuïteit van Zorg), die in de reguliere ggz niet behandeld kunnen worden.

Tot op heden komen de betrokken partijen er niet uit hoe een en ander gefinancierd moet worden. De centrale regie hierop wordt de facto gemist. Wat GGZ Nederland betreft vragen de genoemde ontwikkelingen om een wijziging van de bekostigingssystematiek. De ggz wordt nu namelijk per incident betaald, maar zou eigenlijk op basis van beschikbaarheid moeten worden gefinancierd. Zoals ook de politie en de brandweer een publieke voorziening zijn.

Voor de opvang van verwarde personen is vanaf 2017 structureel 30 mln gereserveerd voor het Aanjaagteam verwarde personen, de hulp aan onverzekerden en voor vervoer. Voor een sluitende 24/7 aanpak is structureel 140 mln extra nodig (zie bijlage 2).

- *GGZ Nederland is voorstander van een beschikbaarheidsvergoeding voor de acute ggz qua financiering als onderdeel van een sluitende aanpak voor de opvang van personen met verward gedrag, in plaats van de huidige prestatiebekostiging met DBC-financiering. We zijn benieuwd of de minister deze mening deelt.*
- *GGZ Nederland vraagt de minister om structureel 140 mln extra te investeren in een sluitende aanpak van de opvang van personen met verward gedrag en hierin samen met de veldpartijen op te trekken.*

Knelpunt Wmo/Wlz

Blijvende onzekerheid over de toegang tot de Wlz

Bijna drie jaar geleden heeft uw Kamer de motie Keijzer/Bergkamp (TK 30 597) aangenomen, die voor patiënten met een ernstig psychiatrische aandoening alsnog de toegang tot de Wlz regelde. Helaas is dit nog steeds niet geregeld. Op 1 december a.s. krijgt uw Kamer weliswaar verslag van een uitvoeringstoets, maar dat gaat slechts over de voortgang en niet over de resultaten hiervan. Ondertussen doen zich steeds meer schrijnende situaties voor, die binnen het wettelijk kader van de Wmo niet kunnen worden opgelost.⁵ De Wmo is immers niet bedoeld voor groepen patiënten die levenslang en levensbreed 24/7 zorg nodig hebben. Gemeentelijk beleid schiet dan ook tekort voor deze doelgroepen. De Wlz daarentegen kent specifieke mogelijkheden om maatwerk te bieden aan patiënten met complexe zorg- en ondersteuningsvragen. Ggz-instellingen vinden de huidige situatie onverantwoord, maar hebben niet de mogelijkheden om zorg op maat te leveren.

Alle betrokken partijen hebben baat bij zo snel mogelijk duidelijkheid over toegang tot de Wlz voor deze groep patiënten. Een hoger volume Wlz beïnvloedt immers de volumes Zvw en Wmo en de reikwijdte van de te maken afspraken met verzekeraars en gemeenten over goede opvang en ondersteuning.

Blijvende onzekerheid bij de betrokken partijen over onderlinge samenwerking en aansluitende financiering beïnvloedt de contractering negatief en belemmert de continuïteit

⁵ [Uitzending Anita wordt opgenomen](#), KRO-NCRV, 31-10-2016;
[Brief Federatie Opvang](#) aan Vaste commissie voor VWS in de Tweede Kamer, dd 2-11-2016



van zorg voor deze psychisch kwetsbare mensen. Een deel van hen is hierdoor zelfs buiten het zicht van gemeenten en/of zorgaanbieders geraakt, een uiterst zorgelijke situatie. Er is nu onbedoeld en tegen de zin van het kabinet in een situatie ontstaan, waarin weldegelijk sprake is van rechtsongelijkheid voor ggz-cliënten ten opzichte van andere groepen die wel toegang hebben tot de Wlz.

- *GGZ Nederland dringt er samen met het Landelijk Platform GGz, Federatie Opvang, de RIBW Alliantie en VGN op aan om nog voor het einde van dit kalenderjaar een besluit te nemen over de toegang van psychisch kwetsbare mensen tot de Wlz. We vragen hiervoor actie van uw Kamer richting het kabinet.*
- *Om ervoor te zorgen dat een oplossing voor de toegang van psychische kwetsbare mensen tot de Wlz niet vertraagd, vragen wij dat besluit na de Tweede Kamerverkiezingen niet controversieel te verklaren. Zodat ook een demissionair kabinet het kan uitvoeren.*
- *GGZ Nederland is benieuwd wat er gebeurt met de groep patiënten die eind dit jaar uitstroomt uit het langdurige ggz-regime binnen de Zvw en in aanmerking komt voor de Wlz, als de toegang tot de Wlz nog niet geregeld is.*
- *We constateren dat er in de begroting van 2017 nog geen rekening is gehouden met de instroom van deze groep patiënten (instroom pas vanaf 2018 begroot) en willen graag weten hoe het kabinet dit denkt op te vangen.*

Knelpunten over de diverse zorgstelsels heen Continuïteit van zorg voor specifieke doelgroepen

In de ketenzorg voor jeugdige patiënten en patiënten met een justitiële maatregel hebben zorgaanbieders in de ggz te maken met nagenoeg alle stelsels en financieringsstromen: naast de Zvw, de Wlz en de Wmo zijn bijvoorbeeld ook de Jeugdwet en straks de Wet forensische zorg kaderstellend. Het is een complex geheel van wet- en regelgeving. Deze is moeilijk te doorgronden voor hulpverleners, laat staan voor patiënten en direct betrokkenen. GGZ Nederland maakt zich zorgen over de continuïteit van zorg voor deze doelgroepen over de stelsels en financieringsstromen heen, omdat er in de dagelijkse praktijk veel discussie is tussen betrokken partijen over wie waar verantwoordelijk voor is en wie daarvoor moet betalen.

- *GGZ Nederland vraagt zich af wat gedaan wordt om de verdeling van taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden in de zorg voor onder anderen jeugdigen en patiënten met een justitiële maatregel overzichtelijker te maken en de bekostigingssystematiek te vereenvoudigen.*

Torenhoge administratieve lasten

De ggz heeft als enige sector te maken met alle soorten bekostigingsvormen in de zorg. Het gaat per jaar om tientallen, soms wel honderden complexe contracten per instelling. De ggz-instellingen hebben sinds de overheveling van taken van het Rijk naar de gemeenten veel extra personeel aangetrokken om al het werk van contractering tot verantwoording te kunnen bolwerken. Door enorm veel controlemaatregelen zijn de accountantskosten dit jaar zelfs gestegen met 25%.⁶ Het gaat om grote hoeveelheden geld, die niet aan de directe patiëntenzorg besteed kunnen worden. Maatregelen als zelfonderzoeken en representatiemodellen ten spijt, de administratieve lastendruk in de ggz is op dit moment onaanvaardbaar hoog. Het roer moet echt om. GGZ Nederland heeft een inventarisatie gemaakt van de meest belastende werkzaamheden in het primaire proces en de bedrijfsvoering en stelt een actieplan op om de lastendruk te verminderen. Maar dat lukt ons niet alleen.

- *GGZ Nederland vraagt de bewindslieden om in overleg met verzekeraars en gemeenten op korte termijn concrete maatregelen te nemen om de administratieve lastendruk in de ggz substantieel te verminderen.*

Tot slot

GGZ Nederland werkt nauw samen met Federatie Opvang en de RIBW Alliantie om langdurige zorg voor mensen met complexe problematiek te verbeteren. We sluiten ons aan bij hun pleidooi voor de te verbeteren aanpak van dakloosheid en huiselijk geweld.

Als ggz-zorgaanbieders blijven we ons samen met patiëntvertegenwoordigers, zorgverzekeraars, gemeenten en diverse ministeries sterk maken voor goede en betaalbare geestelijke gezondheidszorg. Zorg thuis of dichtbij huis als het kan, en verder weg als het moet. Een persoonlijke aanpak gericht op persoonlijk en maatschappelijk herstel, rekening houdend met wat een ieder zelf nog kan of niet meer kan. De inrichting van ons zorgstelsel mag hier wat ons betreft geen belemmering in zijn. Wij vertrouwen erop dat u onze zorgen hierover kenbaar maakt bij de beide bewindslieden. Rest ons u een constructieve behandeling van de Rijksbegroting VWS 2017 toe te wensen.

Voor vragen over deze brief of een toelichting, neemt u dan contact op met Gerard van Unen (sr. beleidsadviseur: 06-52 48 37 27/gvunen@ggz nederland.nl) of Olfert Koning (adviseur public affairs: 06-29 02 00 35/okoning@ggz nederland.nl).

Met vriendelijke groet,



drs. J.D.C. Geel
voorzitter

⁶ ['Vrees voor nog hogere accountantskosten in de geestelijke gezondheidszorg'](#), Het Financieele Dagblad, 21-10-2016