

AFSPRAKEN AANPAK WACHTTIJDEN GGZ

1. Aanleiding

Er zijn verschillende analyses gemaakt van de hardnekkige wachttijden in de ggz waaruit blijkt dat het probleem meerdere oorzaken kent die moeten worden opgelost. Een van de analyses is de Marktscan ggz 2016, uitgevoerd door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Daaruit komt naar voren dat de wachttijden mede een gevolg zijn van onvoldoende samenwerking, tekortschietende organisatie, onvoldoende specifieke behandelcapaciteit en onvoldoende zorg op de juiste plek. Het is nu tijd voor actie. De beschikbaarheid van geld is hierbij niet het probleem, immers de sector kent een onderschrijding van het macrokader van €288 miljoen. Een belangrijke indicatie voor deze stelling is ook dat er ggz-aanbieders zijn met én een wachtlijst én een onderschrijding van het ter beschikking gestelde omzetplafond door de zorgverzekeraars.

Alle partijen concluderen dat:

- het maatschappelijk niet acceptabel is dat er wachttijden zijn in de ggz, die langer zijn dan de Treeknormen.
- de urgentie om dit probleem zo spoedig mogelijk aan te pakken hoog is en zij zich maximaal inspannen om dit op te lossen.
- het probleem meervoudig is en dat daarom een meervoudige aanpak noodzakelijk is. Acties zijn in ieder geval nodig op het terrein van organisatie, samenwerking, capaciteit en het beschikbaar stellen van de benodigde financiële middelen.

Op basis van deze conclusies spreken partijen af om de wachttijden in de ggz uiterlijk 1 juli 2018 binnen de Treeknormen te krijgen met de eerste resultaten voor het einde van 2017. Daarbij richten partijen zich bij voorrang, maar niet exclusief, op de aanpak van wachttijden bij mensen met autisme, persoonlijkheidsstoornissen, trauma en licht verstandelijke beperkingen. Veelal is daar gespecialiseerde behandeling voor nodig die soms lokaal maar vaak ook bovenregionaal beschikbaar moet zijn. Daarbij dient voorkomen te worden dat er wachttijden bij andere doelgroepen ontstaan.

Knelpunten die partijen gedurende het traject tegenkomen zullen zo nodig nader geanalyseerd en van oplossingen worden voorzien.

2. Acties

De volgende acties krijgen prioriteit:

a) Capaciteit van zorg voor specifieke doelgroepen

- **Analyse:** Er is een tekort aan behandelcapaciteit voor cliënten met autisme, persoonlijkheidsstoornissen, trauma en licht verstandelijke beperking in combinatie met ggz-problematiek. De aanpak van deze doelgroepen heeft prioriteit. Mogelijk is ook hier sprake van een verdeelprobleem van behandelcapaciteit tussen zorgprogramma's en/of locaties van een zorgaanbieder. Behandelingen goed afronden en volgens de richtlijnen werken kan onnodige behandeling voorkomen. Dit blijkt uit ervaringen van zorgaanbieders met kortere wachttijden.
- **Oplossing:** Op korte termijn zorgen zorgverzekeraars en aanbieders er lokaal voor dat de beschikbare capaciteit aan behandelaren op een effectieve wijze wordt ingezet voor, in het bijzonder maar niet exclusief, de doelgroepen zoals hierboven benoemd. Ook ervaringsdeskundigen kunnen hierbij een belangrijke rol spelen. Hierbij wordt specifiek aandacht besteed aan voldoende beschikbaarheid van behandelaren tijdens avond-, nacht- en weekenduren (ANW-uren). Daarnaast zal de minister de opleidingscapaciteit van de betreffende beroepen verruimen, door het volgen van het maximumadvies van het Capaciteitsorgaan. Voor de verpleegkundig specialist ggz, die een steeds grotere rol heeft in de behandeling vanwege de taakherschikking van psychiater naar verpleegkundig specialist, wordt aanvullend op het maximumadvies de opleidingscapaciteit verruimd. Zorgaanbieders zullen daarnaast hun eigen opleidingscapaciteit op peil houden en waar mogelijk uitbreiden. Dit laatste sorteert uiteraard pas over langere termijn effect, maar wordt per direct in gang gezet.

b) Stimuleren van e-health

- **Analyse:** In de ggz kan meer gebruik gemaakt worden van e-health mogelijkheden. Met het beter toepassen van de beschikbare mogelijkheden kan de zorg meer op maat worden verleend, effectiever, efficiënter en meer toegankelijk aangeboden worden en wordt de regie van de patiënt waar mogelijk vergroot. Investerings in e-health zorgen ervoor dat de ggz in de toekomst beter is uitgerust om het groeiend aantal patiënten te kunnen helpen.
- **Oplossing:** De inzet van e-health wordt stevig uitgebreid en e-health wordt beter toegankelijk gemaakt. Over de mogelijkheden van de bekostiging van e-health heeft de NZa informatie beschikbaar gesteld¹. Door de inzet van e-health, kunnen patiënten die op de wachtlijst staan eerder worden geholpen en is er al een intensiever contact tussen behandelaar en de patiënt op de wachtlijst zodat verergering wordt voorkomen. Ook wordt geïnvesteerd in de informatievoorziening, zoals verbeterde uitwisseling tussen zorgverleners en hun patiënt en zorgverleners onderling. Tot slot wordt e-health ingezet om medicalisering te voorkomen, om mensen zelfredzamer te maken en zo de groei van de vraag naar ggz in goede banen te leiden. Om dit alles te realiseren, neemt VWS het initiatief om met vertegenwoordigers van zorgaanbieders en patiënten in 2017 een integraal plan van aanpak op te stellen, vergelijkbaar met 'het VIPP traject' in de medisch specialistische sector.

c. Terugdringen van praktijkvariatie en vergroten van transparantie

- **Analyse:** Vektis stelt jaarlijks praktijkvariatie-rapporten op. Uit deze rapporten blijkt dat sommige behandelaren en instellingen veel langere behandel tijden hebben en intensievere inzetten, dan anderen. Niet altijd is duidelijk wat de oorzaak van deze verschillen is.
- **Oplossing:** Betrokken partijen spreken, daar waar het aan de orde is, af dat in de zorgcontractering tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars concrete afspraken worden gemaakt over het verkorten van behandeltrajecten bij met name "lichtere" patiëntengroepen (uiteraard) zonder dat dit ten koste gaat van de kwaliteit van de geboden zorg. De vrijgespeelde capaciteit zal worden ingezet voor het wegwerken van wachttijden bij de "zwaardere" doelgroepen.

d. Ggz ketenzorg tussen Jeugdwet, Wlz, Zvw en Wmo

- **Analyse:** de ggz-sector is verdeeld over meerdere segmenten in de Zorgverzekeringswet (praktijkondersteuner huisartsen ggz, generalistische basis ggz en gespecialiseerde ggz) en over meerdere domeinen (Jeugdwet, Zorgverzekeringswet, Wet Maatschappelijke Ondersteuning, Wet langdurige zorg). Daarmee is zorg verdeeld over meerdere categorieën zorgaanbieders en meerdere financiers (zorgverzekeraars en gemeenten). Deze situatie vergt veel afstemming en samenwerking. Dat gaat niet altijd goed en daarmee is de gebrekkige afstemming in de keten een belangrijke oorzaak van wachttijden in de ggz. Als er onvoldoende doorstroming en uitstroom is, stagneert de instroom. Het is cruciaal dat burgers weten waar zij recht op hebben en wat hun mogelijkheden zijn. Ze moeten hier actief op gewezen worden. Daarnaast zijn volledige en accurate gegevens over de actuele wachttijden bij een zorgaanbieder essentieel voor burgers om te weten waar ze terecht kunnen.
- **Oplossing:** Partijen zorgen ervoor dat ggz-patiënten tijdig de juiste integrale zorg van de juiste behandelaar krijgen. De zorg wordt tijdig beoordeeld, opgeschaald, afgeschaald, beëindigd of overgedragen aan de gemeente, bijvoorbeeld wanneer het gaat om beschermd of begeleid wonen. Er worden ook goede afspraken gemaakt over welke activiteiten onder gemeentelijke verantwoordelijkheid vallen en wat behandeling in de Zorgverzekeringswet betreft.
- Daarnaast zullen zorgaanbieders zich tijdig melden bij zorgverzekeraars en gemeenten als er lange wachttijden dreigen, zodat verzekeraars en gemeenten ervoor kunnen zorgen dat patiënten zo snel mogelijk bij een juiste aanbieder terecht kunnen. Bij specialistische zorg zal dit vaak bovenregionale of zelfs landelijke voorzieningen betreffen. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders zorgen voor voldoende van deze bovenregionale en landelijke capaciteit.
- Specifieke aandacht is nodig voor de groep 18-/18+. Daarbij is het uitgangspunt dat wordt gestreefd naar continuïteit in de behandeling en de behandelaar na het 18e jaar en dat ruim

¹ www.zorgvoorinnoveren.nl

voor het bereiken van de leeftijdsgrens van 18 het duidelijk is waar de patiënt terecht kan als hij of zij 18 wordt.

- Zorgaanbieders zullen real time wachttijden op hun website publiceren en patiënten die ze zelf niet kunnen behandelen, eventueel via hun zorgverzekeraar, naar een andere aanbieder begeleiden. Verzekeraars zullen voldoende zorg inkopen en verzekerden die vragen om bemiddeling tijdig plaatsen bij instellingen, vrijgevestigden, ziekenhuizen of academische psychiatrie die de juiste behandeling kunnen leveren (zorgplicht).
- Zorgaanbieders zullen hun patiënten informeren over de mogelijkheid van zorgbemiddeling, wanneer zij bij het inplannen van een afspraak de Treeknorm overschrijden. Zorgverzekeraars zullen de mogelijkheden tot zorgbemiddeling proactief onder de aandacht van hun verzekerden brengen.

e. Stimuleren van ambulante opbouw

- **Analyse:** De afgelopen jaren is door partijen in het belang van de cliënt gewerkt aan het afbouwen van de klinische behandelcapaciteit om er zo voor te zorgen dat de cliënt de zorg meer in de eigen omgeving kan ontvangen en hiermee kan blijven participeren in de maatschappij. Het is belangrijk dat de opbouw van het ambulante zorgaanbod gelijk op gaat met de afbouw van de klinische capaciteit. Het Trimbos instituut heeft in haar monitoring ambulantisering aangegeven dat de opbouw te langzaam gaat. Deze opbouw moet versneld plaats vinden. En daarnaast is het zo dat hoe eerder mensen in hun eigen omgeving kunnen worden opgevangen, die niet meer primair behandeling, maar vooral sociale begeleiding en ondersteuning nodig hebben, hoe meer ambulante en klinische behandelcapaciteit wordt vrijgespeeld.
- **Oplossing:** Zorgaanbieders stellen op basis van de lokale en bovenregionale situatie concrete, integrale, plannen voor de opbouw van het ambulante zorgaanbod op. Zorgverzekeraars zullen goede plannen financieren uit Zvw middelen. Het Trimbos instituut wordt gevraagd voor het zomerreces 2018 te rapporteren of deze acties succesvol zijn.

f. Verbeteren acute ggz, beveiligde ggz en implementatie regelgeving gedwongen zorg

Acute ggz

- **Analyse:** De kwaliteit, beschikbaarheid en samenwerking binnen de keten van acute ggz is nog niet optimaal. Dit geldt zowel voor de zorg overdag als tijdens de avond-, nacht- en weekenduren.
- **Oplossing:** Zorgaanbieders doen concrete voorstellen aan zorgverzekeraars over wat er nodig is om de acute ggz in te richten². Zorgverzekeraars zullen goede voorstellen bekostigen zowel waar het de beschikbaarheid van de voorziening betreft als de reguliere zorgverlening. De nieuw te ontwikkelen bekostiging door de NZa zal hierbij aansluiten.

Beveiligde ggz

- **Analyse :** In het eindrapport van het programma Continuïteit van Zorg is geconstateerd dat er onvoldoende beveiligde plaatsen beschikbaar zijn voor mensen zonder strafrechtelijke titel. In de zorgcontractering is er onvoldoende aandacht voor deze mensen. Ook het schakelteam personen met verward gedrag ziet dit als een groot risico.
- **Oplossing:** Vanuit de zorgplicht wordt de inkoop van beveiligde ggz voor patiënten die agressief of gevaarlijk gedrag kunnen vertonen direct verhoogd, zodat er voldoende beveiligde plaatsen beschikbaar zijn.

3. Monitoring

- De NZa zal alle hiervoor genoemde acties onder 2a t/m f nauwgezet monitoren, waarbij ze haar eigen aanpak wachttijden betreft. De gezamenlijke partijen dragen zelf zorg voor de juiste informatievoorziening aan de NZa. De NZa zal vanuit haar regierol partijen, waaronder zorgaanbieders en zorgverzekeraars, aanspreken op hun verantwoordelijkheid. De NZa zal

² Volgens de generieke module acute psychiatrie.

twee keer per jaar, de eerste keer eind 2017, aan de minister een voortgangsrapportage aanleveren, die deze informatie zal delen met de Tweede Kamer.

4. Randvoorwaarden

- Vanzelfsprekend zullen bij alle bovengenoemde afspraken (vertegenwoordigers van) patiënten betrokken worden.
- Partijen spreken met dit Actieplan uit om de doelstellingen in dit plan voor de ggz-sector zo snel mogelijk te verwezenlijken en waar nodig nog van aanvullende concrete acties te voorzien.
- De aanpak van wachttijden is niet mogelijk zonder gemeenten. Partijen zullen daarom op landelijk, bovenregionaal en regionaal niveau sluitende afspraken met gemeenten maken. Hiervoor zullen partijen gemeenten op de korte termijn aanhaken op de acties in dit plan.
- Specifiek voor de jeugd-ggz zijn deze afspraken al in de maak, als onderdeel van jeugdhulp-brede afspraken over terugdringen van wachttijden.
- Partijen zullen er scherp op toezien dat voorgestelde oplossingen voor het probleem van de wachttijden niet leiden tot onnodige verzwaring van administratieve lasten.
- Het macrokader ggz voor 2018 is € 3.909 mln.³⁴, exclusief jaarlijkse indexatie voor loon- en prijsbijstelling en is beschikbaar om bovenstaande doelstellingen te realiseren.

³ Daarbij geldt dat zorgverzekeraars een eigen verantwoordelijkheid hebben ten aanzien van zinnige en zuinige besteding van collectieve middelen. Het macrokader is beschikbaar, maar het is geen op zichzelf staande doelstelling om de beschikbare middelen volledig te benutten. Zorgverzekeraars gaan uit van zorgplicht en een betaalbare premie. De beschikbare financiële ruimte geeft geen automatisch recht op groei per zorgaanbieder, maar dient te worden voorzien van plannen die door ggz-aanbieders opgeleverd worden en vervolgens goedgekeurd worden door de zorgverzekeraar.

⁴Voor de uitvoering van de Agenda gepast gebruik en transparantie is vanuit dit kader in 2018 (net zoals in 2016 en 2017) € 12 mln. euro beschikbaar.