

Vergaderjaar 2017–2018

25 424

Geestelijke gezondheidszorg

Nr. 385

BRIEF VAN DE STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag 22 december 2017

Op 13 juli van dit jaar heeft mijn ambtsvoorganger uw Kamer bericht over de afspraken die zij met partijen maakte over het terugdringen van wachttijden in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) (Kamerstuk 25 424, nr. 369). Die afspraken zagen op een aantal aspecten, maar het uiteindelijke doel is om de wachttijden uiterlijk 1 juli 2018 weer binnen de daarvoor geldende normen te krijgen. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) is gevraagd alle afspraken en acties nauwgezet te monitoren. De eerste tussenrapportage heb ik op 21 december jl. ontvangen.

Met deze brief ontvangt uw Kamer de hierboven genoemde eerste tussenrapportage¹ en mijn reactie daarop. Ik maak van de gelegenheid gebruik om uw Kamer ook de Landelijke monitor ambulantisering en hervorming langdurige GGZ (Monitor Ambulantisering)² van het Trimbos-instituut en de Tussenrapportage nulmeting Evaluatie merkbaar minder regeldruk in de ggz³ van 29 september jl. te doen toekomen.

A. EERSTE TUSSENRAPPORTAGE OVER WACHTTIJDEN GGZ

De brief die uw Kamer op 13 juli jl. ontving, bevat een overzicht van de afspraken die zijn gemaakt om de wachttijden binnen een jaar weer binnen de Treeknormen te brengen. Sommige afspraken gelden op landelijk niveau, zoals het investeren in ambulante, beveiligde en acute ggz. Partijen zijn ook met een regionale aanpak aan de slag gegaan. In het kader daarvan zijn, onder begeleiding van KPMG, acht regionale taskforces opgestart. In deze taskforces wordt onder andere gewerkt aan effectievere inzet van behandelcapaciteit en betere samenwerking in de keten. Daarnaast begeleidt Significant een aanpak in drie specifieke

¹ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

² Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

³ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

regio's die gericht is op het analyseren en oplossen van casuïstiek om hiermee inzicht in het ontstaan van lange wachttijden te krijgen.

De NZa beschrijft de activiteiten waarmee uitvoering wordt gegeven aan het afsprakenkader wachttijden onder de volgende thema's:

1. Verbeteren regionale en lokale ketensamenwerking;
2. Informatiepositie van de cliënt versterken en de transparantie vergroten;
3. Verbetering contractering, inkoop en bekostiging;
4. Tegengaan tekorten op de arbeidsmarkt;
5. Overige activiteiten, waaronder e-health en het actieplan van de NZa.

De NZa heeft haar rapportage gebaseerd op gegevens die door de betrokken partijen zijn aangeleverd. De gegevens hebben betrekking op de periode tot met november 2017. De NZa schrijft in dit verband dat het niet altijd mogelijk is concrete resultaten van de activiteiten te noemen omdat een groot deel van de activiteiten recent is gestart. Dat maakt het lastig uitspraken te doen over het effect van de activiteiten op de wachttijden. De voortgangsrapportage biedt daarom vooral een kwalitatieve beschrijving van het proces van de activiteiten. Waar mogelijk zijn ook resultaten van activiteiten genoemd.

Conclusies in de rapportage

In de voortgangsrapportage constateert de NZa dat de start van de regionale taskforces veelbelovend is en hoge verwachtingen wekt. Uit de eerste bijeenkomsten blijkt met name dat het effectief inzetten van de beschikbare behandelcapaciteit een aandachtspunt is in de regio. Tegelijkertijd schrijft de NZa dat intensivering, versnelling en uitbreiding nodig is om de doelstelling te kunnen realiseren. Daarnaast constateert de NZa achterblijvende inzet op de afspraken die landelijk moeten worden ingevuld, en die met name zien op investeringen in beveiligde en acute zorg en de extra opbouw van ambulante zorg. In het tweede deel van deze brief ga ik uitgebreider in op de ambulantisering, naar aanleiding van de monitor die ik hierover van het Trimbos-instituut ontvang.

De rapportage bevat ook een overzicht van de stand van de gemiddelde wachttijden in november 2017. Daar zien we dat bij elke hoofddiagnosegroep de norm voor de aanmeldwachttijd⁴ wordt overschreden, waarbij de overschrijding voor pervasieve stoornissen (waaronder autisme) en persoonlijkheidsstoornissen nog steeds het grootst is. De behandelwachttijd zit voor elke hoofddiagnosegroep binnen de norm, en de totale wachttijd voor een deel van de hoofddiagnosegroepen ook. Omdat de cijfers een andere bron kennen, zijn ze niet goed te vergelijken met de cijfers in de Marktscan ggz 2016 (Kamerstukken 25 424 en 29 248, nr. 353). Tegelijkertijd geven ze alle aanleiding om de door de NZa aangeraden intensivering, versnelling en uitbreiding in te zetten.

Intensivering van de inzet

Alle inspanningen van de partijen zijn erop gericht om de gezamenlijke doelstelling van 1 juli 2018 te halen en mensen met psychische problematiek tijdig te helpen. Ik zie echter ook dat deze datum snel dichterbij komt en dat er nog grote slagen gemaakt moeten worden. Direct na ontvangst van de monitoringsrapportage van de NZa heb ik daarom overleg gehad met de bij de afspraken betrokken partijen. De partijen

⁴ Volgens de Treeknormen ggz moet een patiënt binnen 4 weken terecht kunnen voor een eerste gesprek (aanmeldwachttijd) en vervolgens binnen 10 weken voor de eerste behandeling (behandelwachttijd).

benadrukken dat zij de afgelopen maanden in grote gezamenlijkheid en met inzet hebben gewerkt aan de invulling van de afspraken zoals die in juli zijn gemaakt. Desalniettemin leidt de rapportage van de NZa tot de conclusie dat de problematiek onverminderd urgent is en de inzet in de komende periode moet worden geïntensiveerd. De partijen hebben mij verzekerd dat zij onverminderd geïntensiveerd zijn aan het doel van het afsprakenkader. Ik heb in de richting van de partijen benadrukt dat het van groot belang is dat zij zich individueel en samen maximaal inspannen om de wachttijden in de ggz terug te brengen. Dit belang wordt door alle partijen onderschreven. Om dit direct in acties te vertalen heb ik met partijen afgesproken om, in de lijn met de bestuurlijke afspraken, de aanpak verder te intensiveren met onderstaande interventies.

- De regionale aanpak wordt onder begeleiding van KPMG uitgebreid, waardoor deze een landelijke dekking krijgt. Voor de begeleiding stelt Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) budget beschikbaar. Hierbij wordt voorkomen dat het wiel in elke regio opnieuw wordt uitgevonden: de lessen en opbrengsten uit de bestaande regio's worden meegenomen om sneller tot concrete resultaten te kunnen komen en waar mogelijk wordt in de «nieuwe regio's» aangesloten bij bestaande regionale overlegtafels. Samenwerking wordt bevorderd, ook door het actief betrekken van vrijgevestigde behandelaren. Begin volgend jaar ga ik zelf op werkbezoek om met eigen ogen te zien waaraan gewerkt wordt. Onderwerpen die blijkens de voortgangsrapportage nog onvoldoende regionaal zijn opgepakt, worden alsnog expliciet belegd in de regionale aanpak. Daarbij valt te denken aan 18-/18+, de benoemde aandachtsgroepen (mensen met autisme, persoonlijkheidsstoornissen, trauma en ggz in combinatie met licht verstandelijke beperking), en het melden van lange wachttijden door de aanbieder bij de zorgverzekeraar. KPMG zet deze punten op de agenda van de regionale taskforces en overlegtafels en zorgt dat ze van acties worden voorzien.
- In de praktijk blijkt dat er soms mensen op de wachtlijst staan die al elders geholpen worden of die via hun verzekeraar naar een andere zorgaanbieder bemiddeld kunnen worden waardoor ze sneller de juiste zorg krijgen. Ik heb met de brancheverenigingen van zorgaanbieders afgesproken dat zij hun achterban oproepen om, voor zover dit nog geen praktijk is, wachtlijsten actueel te houden door wachtenden te benaderen en hen actief te informeren over de mogelijkheid tot zorgbemiddeling door de verzekeraar. Dit doen zij in nauwe afstemming met zorgverzekeraars en MIND. Partijen hebben toegezegd dat de wachtlijsten voor 1 februari geactualiseerd zijn.
- In de zomer is de campagne «weg van de wachtlijst» gestart, die patiënten en verwijzers beter op de hoogte brengt van de mogelijkheden van wachtlijstbemiddeling door zorgverzekeraars. We zien bij verschillende zorgverzekeraars dat de wachtlijstbemiddeling het afgelopen jaar significant meer is ingezet voor ggz-patiënten. Om deze mogelijkheid nog bekender te maken, krijgt de campagne een extra impuls. Onderdeel van de campagne is een toolkit met informatiemateriaal. In afstemming met de Landelijke Huisartsen Vereniging wordt deze toolkit extra onder de aandacht gebracht bij huisartsen.
- VWS besteedt in de eindejaarscampagne «Ik regel mijn zorg goed» en via social media extra aandacht aan de mogelijkheid tot wachtlijstbemiddeling.
- Uit de regionale taskforces blijkt dat onduidelijkheid over de regelgeving rond regiebehandelaarschap mogelijk bijdraagt aan te lange wachttijden. Partijen informeren hun achterbannen extra over de reeds bestaande ruimte in deze regelgeving, zoals de mogelijkheid om ook verpleegkundig specialisten en klinisch neuropsychologen als regiebehandelaar in te zetten. In aanvulling daarop ga ik in januari in gesprek met partijen over de wenselijkheid van en de mogelijkheid

voor het wegnemen van belemmeringen die volgen uit het Kwaliteitsstatuut en de beroepentabel en die ertoe leiden dat mensen op dit moment niet tijdig de goede zorg krijgen.

- Instellingen geven aan moeite te hebben om voldoende behandelaars voor crisisdiensten en ANW-diensten⁵ beschikbaar te hebben. Partijen vinden het wenselijk de mogelijkheid te verkennen om het draaien van deze diensten via de herregistratie van behandelaars te verplichten.
- Uit de rapportage blijkt dat een (toenemend) personeelstekort in de ggz en een krappe arbeidsmarkt bijdragen aan het onvoldoende beschikbaar hebben van specifieke behandelcapaciteit. Deze opgave geldt voor de gehele sector zorg en welzijn en vraagt zodoende om een brede aanpak gericht op meer professionals voor de zorg, het behoud van professionals voor de zorg en een andere inzet van professionals. Dit vraagt om samenwerking tussen zorgorganisaties en andere partijen zoals het onderwijs en zorgverzekeraars. Dit moet vooral in de regio gebeuren. Hierop zetten de Minister van VWS, de Minister MZS en ik in via het SectorplanPlus. Komend voorjaar volgt een meer uitgewerkte aanpak.
- De eerder gemaakte bestuurlijke afspraken over de wachttijden ggz voorzagen in maatregelen gericht op het verhogen van het aantal opleidingsplaatsen en het beter inzetten van de beschikbare behandelcapaciteit. Ik blijf met de branche in gesprek over mogelijke aanvullende maatregelen voor de ggz.
- Ten aanzien van de beveiligde zorg constateert de NZa dat de gemaakte afspraak over uitbreiden van behandelcapaciteit niet voldoende van de grond komt. GGZ Nederland en ZN gaan samen concretiseren op welke wijze deze afspraak alsnog wordt ingevuld.

Partijen onderschrijven dat het van groot belang is om de goede ervaringen uit de regionale aanpak en van individuele instellingen actief te delen. GGZ Nederland, MIND en ZN zullen hierin het voortouw nemen. Dit draagt tevens bij aan de structurele borging van de aanpak wachttijden.

Inzet NZa

De afspraken van juli jl. voorzagen in een eerste monitoringsrapportage van de NZa in december 2017 en in een volgende rapportage in juli 2018. Tijdens het AO ggz op 29 november jl. (Kamerstuk 25 424, nr. 378) heb ik uw Kamer al gemeld dat ik NZa heb gevraagd om mij in maart 2018 een extra update over de wachttijden te geven. De NZa heeft mij laten weten helaas pas in april voldoende data te hebben voor zo'n rapportage. In aanvulling hierop zullen ZN en GGZ Nederland uiterlijk in maart 2018 op basis van contracteringsafspraken 2018 inzicht geven in de uitbreiding van de capaciteit voor beveiligde, acute en ambulante ggz. Voor ambulante ggz gebeurt dit in nauwe afstemming met het Trimbos-instituut dat in dezelfde periode hun «quickscan ambulante opbouw» zal uitvoeren.

De NZa is ook tussentijds en inhoudelijk betrokken. Zo beziet de NZa of zorgaanbieders zich houden aan hun verplichtingen in de transparantieregeling en of zij werken aan meer bekendheid voor wachtlijstbemiddeling. De NZa gaat met de zorgverzekeraars een nieuwe fase in, namelijk het operationaliseren van acties en het behalen van resultaten. De NZa houdt contact met de zorgverzekeraars over de voortgang en intensiveren dit waar nodig. Verder volgt er onderzoek of door omzetplafonds bij vrijgevestigden capaciteit onbenut blijft. Daarnaast vervolgt de NZa haar meldactie. Cliënten die te lang moeten wachten op zorg, kunnen zich ook in 2018 bij de NZa melden. De NZa kan dan gericht actie ondernemen richting de zorgaanbieder of de zorgverzekeraar.

⁵ Avond-, nacht- en weekenddiensten

De inspanningen van de NZa zijn op dit moment gericht op het verder brengen van haar eigen actieplan en het monitoren van de afspraken die partijen hebben gemaakt. Samenwerking is daarbij essentieel om de wachttijden in de ggz terug te dringen en de NZa constateert dat er steeds meer samenwerking is tussen verschillende partijen.

De NZa houdt toezicht op de zorgplicht van zorgverzekeraars. Indien zorgverzekeraars niet aan hun zorgplicht (dreigen te) voldoen, dan kan de NZa ingrijpen. Dit kan zij doen op verschillende manieren, bijvoorbeeld door middel van gesprekken, het uitbrengen van rapportages maar ook door zwaardere maatregelen zoals een aanwijzing of last onder dwangsom. De NZa zet dat instrument in welke het meest passend is bij de situatie. De wachtlijstproblematiek in de ggz sector vergt een gezamenlijke aanpak van alle partijen. Een meer gedetailleerde uiteenzetting van het NZa-instrumentarium treft u aan in een bijlage bij deze brief. Hiermee voldoe ik tevens aan de toezegging tijdens het algemeen overleg ggz van 29 november jl. om uw Kamer te informeren over het instrumentarium van de NZa.

Ikzelf zal de mogelijkheid van regionale doorzettingsmacht, zoals benoemd in het Regeerakkoord «Vertrouwen in de toekomst», verder uitwerken. Ik vraag patiëntenvereniging MIND om daarover met mij mee te denken. De uitwerking moet in het voorjaar van 2018 gereed zijn, zodat dit instrument kan worden ingezet indien nodig.

B. MONITOR AMBULANTISERING

Op 5 december jl. heb ik de Landelijke monitor ambulantisering en hervorming langdurige GGZ (Monitor Ambulantisering) van het Trimbos-instituut ontvangen. Met deze monitor worden de transities in de ggz gevolgd.

Uitkomsten op hoofdlijnen

De Monitor Ambulantisering bestaat uit drie onderdelen: de kernmonitor transities ggz-voorzieningen, de kernmonitor kwaliteit van leven en zorgervaringen en de ervaringen en toekomstwensen van veldpartijen.

De kernmonitor transities ggz-voorzieningen laat zien dat over de periode 2012–2016 bijna 20% van de klinische ggz-voorzieningen is afgebouwd. Toch gaat nog altijd bijna de helft van de Zvw-uitgaven in de gespecialiseerde ggz naar klinische zorg. Het aantal plaatsen voor beschermd wonen is in de periode 2012–2016 met circa 7% gedaald. Binnen de ambulante, Zvw-gefinancierde ggz heeft de afgelopen jaren een beweging van de zware naar de lichtere echelons plaatsgevonden. Het aantal cliënten bij de POH-ggz is fors toegenomen. Dit zijn veelal nieuwe cliënten. Deze kernmonitor laat zien dat er geen concrete aanwijzingen zijn dat er substantiële resultaten zijn geboekt ten aanzien van de doelstelling om ambulante zorg voor mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA) uit te breiden en te intensiveren: er is geen stijging te zien in het aantal intensieve ambulante DBC's in de Zvw-gefinancierde ggz en het aantal gecertificeerde FACT-teams is het laatste jaar niet meer toegenomen.

De kernmonitor kwaliteit van leven en zorgervaringen van mensen met EPA toont aan dat de leefsituatie en het oordeel over de eigen kwaliteit van leven voor deze groep als geheel ongewijzigd zijn gebleven in de periode 2015–2017. Eenzaamheid onder deze groep is nog altijd een groot probleem. Wel is het aantal cliënten dat zorg aan huis krijgt iets toegenomen. Hoewel panelleden gemeentelijke voorzieningen nog altijd lager beoordelen dan voorzieningen in het gezondheidszorgdomein, is de

waardering van een aantal specifieke gemeentelijke voorzieningen gestegen. Ook de waardering van de POH-GGZ is toegenomen. Nieuw in de Monitor Ambulantisering van dit jaar is een kwalitatief onderzoek naar ervaringen en toekomstwensen van veldpartijen. Respondenten geven onder meer aan dat integratie van ggz in de wijk nog aan het begin staat en een belangrijke prioriteit wordt voor de komende periode. Veldpartijen geven aan dat een verkokerd financieringssysteem en het complexe regionale speelveld beperkende factoren zijn in het vormgeven van de gewenste ontwikkelingen op het gebied van ambulantisering. GGZ-bestuurders geven ook aan dat het hanteren van een maximale gemiddelde prijs per cliënt bij de zorginkoop belemmerend werkt bij de doorontwikkeling van Zvw-gefinancierde ambulante zorg voor de EPA-doelgroep.

Terugkerende conclusie

Dit is het derde jaar op rij dat de Monitor Ambulantisering verschijnt en helaas is een terugkerende conclusie dat de beoogde intensivering en uitbreiding van de ambulante zorg ten behoeve van mensen met een ernstige psychiatrische aandoening uitblijft. Dit vind ik teleurstellend. Deze monitor bevestigt het beeld uit de Monitor Ambulantisering van vorig jaar en er is dus een extra inspanning van verantwoordelijke partijen nodig om dit beeld om te buigen. De Monitor Ambulantisering laat gelukkig ook zien dat de sector volop in beweging is en dat veldpartijen hoge ambities hebben. Het merendeel van de GGZ-bestuurders en gemeenten pleit voor een ontwikkeling waarin ambulante zorg en ondersteuning substantieel wordt uitgebreid of waarin ggz verregaand is geïntegreerd in de wijk.

Acties voor het stimuleren van ambulantisering

Zorgverzekeraars en ggz-aanbieders (en deels ook gemeenten) hebben de sleutel in handen om de ambulante zorg stevig op te bouwen: zij moeten hierover afspraken met elkaar maken. Dit gebeurt ook al: zorgverzekeraars en ggz-aanbieders hebben samen de afspraak gemaakt om te investeren in de ambulante zorg als onderdeel van de «Afspraken aanpak wachttijden ggz» van juli jl., waarover ik u al informeerde in het eerste deel van deze brief. Zoals hiervoor beschreven zullen zowel het Trimbos-instituut als ZN en GGZ Nederland inzichtelijk maken of deze afspraak inderdaad heeft geleid tot extra inkoop van ambulante ggz voor het jaar 2018. De resultaten van de «quickscan ambulante opbouw» verwacht ik in maart 2018 naar uw Kamer te sturen. Zoals ik u daarnaast schreef in het eerste deel van deze brief, hebben partijen mij uitdrukkelijk aangegeven volledig geïnteresseerd te zijn aan de gemaakte afspraken over de wachttijden, waar ook deze afspraak onder valt. Ik ben vastbesloten hen hieraan te houden en hen hier zo nodig op aan te spreken. Voldoende ambulante opbouw is namelijk van groot belang om kwetsbare mensen tijdig de juiste zorg te bieden. Om betere samenwerking tussen het Zvw- en Wmo-domein op het gebied van de ggz te stimuleren, zal ik ook de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) betrekken bij het te sluiten hoofdlijnenakkoord voor de ggz.

Tevens vind ik het van groot belang om goed inzichtelijk te hebben welke interventies (op landelijk niveau) vanuit VWS, maar ook vanuit andere partijen (zoals verzekeraars), ondersteunend zijn om de opbouw van ambulantisering in de regio in de praktijk te bevorderen. Daarom heeft VWS samen met GGZ Nederland, ZN en MIND een regionaal actieonderzoek in gang gezet. De resultaten van dit actieonderzoek verwacht ik eveneens in het voorjaar van 2018 te ontvangen. Met de opgedane inzichten over mogelijke interventies (acties) wil ik de partijen aanzetten om de ambulante opbouw te versnellen.

Reactie begeleidingscommissie

Tot slot: de Monitor Ambulantisering heb ik ontvangen met een inhoudelijke aanbiedingsbrief namens de begeleidingscommissie⁶. Deze brief zend ik u mee als bijlage⁷. Hierin doet zij enkele inhoudelijke voorstellen en vraagt zij mij met haar in gesprek te gaan over dit dossier. Op dit laatste verzoek ga ik graag in. Ik ben blij dat ambulantisering voor al deze organisaties een belangrijk thema is, waarover zij zich – net als ik – zorgen maken. Enkele inhoudelijke suggesties, zoals het opstellen van doelen per regio, juich ik van harte toe. Het feit dat branchepartijen zoals GGZ Nederland, ZN en de VNG deze brief hebben ondertekend, is voor mij een signaal dat zij hun achterban hier ook concreet toe zullen aanzetten en zo nodig bij ondersteunen.

Het is van groot belang dat de ambulante zorg, zeker voor de kwetsbare EPA-doelgroep, snel wordt opgebouwd zodat mensen de zorg krijgen die zij nodig hebben. Ik ben daarom benieuwd naar de uitkomsten van de quickscan en de opbrengsten van het actieonderzoek. Op basis van deze uitkomsten zal ik mij beraden of en zo ja welke verdere stappen nodig zijn in dit weerbarstige dossier. De verschillende goede voorbeelden en grote ambities van landelijke en regionale partijen sterken mij in de overtuiging dat we samen de komende jaren goede stappen in de gewenste richting kunnen zetten.

C. TUSSENRAPPORTAGE NULMETING EVALUATIE MERKBAAR MINDER REGELDRUK IN DE GGZ

De aanpak van regeldruk in de ggz had het afgelopen jaar hoge prioriteit en maakt ook een belangrijk deel uit van de verbeterslag die ik in de ggz wil maken. Mijn ambtsvoorganger heeft al eerste maatregelen genomen om de administratieve lasten te verminderen. Zorgaanbieders, verzekeraars, toezichthouders en het Ministerie van VWS hebben bijvoorbeeld afspraken gemaakt die het verwijzen naar en binnen de ggz eenvoudiger maken. Ook hebben zorgverzekeraars en zorgaanbieders afgesproken dat er minder aparte uitvragen van kwaliteitsinformatie zullen plaatsvinden.

Met behulp van een merkbaarheidsscan wordt in opdracht van het ministerie onderzocht in hoeverre de door mijn ambtsvoorganger genomen maatregelen hebben geleid tot een merkbare vermindering van de ervaren regeldruk. In de bijlage vindt u de «Tussenrapportage 0-meting evaluatie merkbaar minder regeldruk in de GGZ» van Q-Consult Zorg die mijn ambtsvoorganger op 29 september jl. heeft ontvangen, waarbij in beeld is gebracht bij welke knelpunten professionals de meeste regeldruk ervaren en waaraan zij de meeste tijd kwijt zijn. In het najaar van 2018 zal de 1-meting van de merkbaarheidsscan worden uitgevoerd om het effect van de genomen maatregelen te meten.

Samen met alle betrokken partijen wil ik ervoor zorgen dat alle mensen die elke dag zo hard werken in de ggz maximaal tijd hebben voor mensen die zorg nodig hebben. En geen tijd kwijt zijn aan onnodige papieren en formulieren. Ik ben daarom van plan om de aanpak van regeldruk in de ggz waar mogelijk te intensiveren. In het voorjaar van 2018 stuur ik uw Kamer hiervoor een actieplan.

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

⁶ Deze bestaat uit vertegenwoordigers van onder meer Federatie Opvang, RIBW Alliantie, de VNG, Zorgverzekeraars Nederland, GGZ Nederland en MIND.

⁷ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

NZa-instrumentarium

In zijn algemeenheid beschikt de NZa over de volgende formele handhavingsinstrumenten bij een concrete overtreding van een norm of regel voor zover de NZa daarop toeziet:

- 1) het geven van een aanwijzing;
- 2) het toepassen van bestuursdwang;
- 3) het opleggen van een last onder dwangsom;
- 4) het opleggen van een boete;
- 5) het openbaar maken van bepaalde handhavingsmaatregelen.

Niet alle handhavingsinstrumenten kunnen bij iedere overtreding worden ingezet. Bij overtreding van de zorgplicht kan de NZa de zorgverzekeraar een aanwijzing geven. Als niet aan de aanwijzing wordt voldaan kan de NZa naleving afdwingen door middel van een last onder dwangsom, en kan zij dit openbaar maken. Zij kan de zorgverzekeraar geen boete geven.

Bij een geconstateerde overtreding heeft de NZa in beginsel een plicht tot handhaven. Het algemeen consumentenbelang staat hierbij voorop. In bepaalde situaties kan na afweging van betrokken belangen van handhaving worden afgezien (bijvoorbeeld in geval van overmacht van de overtreder). De NZa zal bij de inzet van de handhavingsinstrumenten per geval kijken naar de aard van de overtreding en de omstandigheden waaronder de overtreding heeft plaatsgevonden. De invulling die de NZa geeft aan haar handhavingsbeleid is vastgelegd in de openbare beleidsregel Handhaving TH/BR-016. Tegen een handhavingsbesluit kan bezwaar en beroep worden ingesteld. Dit heeft geen schorsende werking van het handhavingsbesluit tot gevolg.

De NZa heeft ook de mogelijkheid om – bijvoorbeeld voorafgaand aan de inzet van formele handhavingsinstrumenten – met informele handhavingsinstrumenten zoals een gesprek en/of brief markt-conform gedrag te bereiken.