

Vergaderjaar 2016–2017

25 424

Geestelijke gezondheidszorg

Nr. 357

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 19 juni 2017

In de regeling van werkzaamheden van 9 mei 2017 (Handelingen II 2016/17, nr. 72, item 6) heeft u mij gevraagd om reactie op de Kassa-uitzending van 29 april 2017, over lange wachttijden in de ggz. In de uitzending komt een jongedame aan het woord met psychische problemen veroorzaakt door een traumatische ervaring in haar jeugd. Ze vertelt over haar zoektocht naar passende hulp en vervelende ervaringen met lange wachttijden. Ik stuur u deze brief mede namens de Staatssecretaris van VWS.

Ik vind het onwenselijk dat mensen te lang moeten wachten op zorg. Zeker voor kwetsbare patiënten die in de uitzending naar voren kwamen, is lang wachten risicovol: dit kan namelijk leiden tot een verergering van de problematiek. Dat moet voorkomen worden.

De uitzending laat wat mij betreft ook duidelijk zien dat er niet één oorzaak voor wachttijden aan te wijzen is. In de marktscan ggz 2016 die ik u op 31 mei heb aangeboden (bijlage bij Kamerstukken 25 424 en 29 248, nr. 353), heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) ook geconstateerd dat wachttijden worden veroorzaakt door een combinatie van factoren. In de bijlage is de beantwoording op uw aanvullende vragen¹ opgenomen waarin ik hier uitgebreider op in ga.

Om de wachtlijstproblematiek op te lossen, is samenwerking nodig. De NZa neemt de regierol en heeft een integraal actieplan opgesteld om de wachttijden in de ggz terug te dringen. Om een goed beeld van de problematiek te krijgen en in te kunnen grijpen wanneer nodig, is het belangrijk dat mensen die te maken hebben met lange wachttijden zich melden. Dat kan bij de zorgverzekeraar en bij de NZa. De Stichting STRAKX heeft die oproep ook gedaan, zo blijkt uit de Kassa-uitzending, en dat vind ik een goede ontwikkeling.

¹ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

In de Kassa-uitzending komt ook aan de orde dat er onvoldoende passende behandeling beschikbaar is voor mensen met een vroegkinders trauma. Hierover heb ik gesproken met Stichting STRAKX, die hetzelfde signaal ook bij mij onder de aandacht gebracht heeft.

Op dit moment wordt op verschillende manieren geïnvesteerd in (onderzoek naar) het voorkomen van trauma en de beschikbaarheid van passende behandelingen. In mijn beantwoording ga ik daar uitgebreid op in.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.I. Schippers

Antwoorden op aanvullende vragen over wachtlijsten in de ggz

Vragen VVD fractie

1. Kan de Minister een overzicht geven van de wachtlijsten op dit moment voor de gespecialiseerde ggz voor volwassenen en de gespecialiseerde jeugd-ggz waarbij onderscheid wordt gemaakt tussen intake en behandeling? Kan de Minister ook inzicht geven in de verschillen per regio?

Volwassenen

Op 31 mei heb ik u de marktscan ggz 2016 van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) aangeboden waarin de gemiddelde wachttijden in de ggz staan weergegeven (bijlage bij Kamerstukken 25 424 en 29 248, nr. 353). De NZa constateert voor de gespecialiseerde ggz dat de zogenaamde «aanmeldwachttijd» bij ggz-instellingen gemiddeld 6 weken is. Dat is 2 weken langer dan de norm van 4 weken. Dit is iets hoger dan in 2015, toen deze aanmeldwachttijd gemiddeld 5,7 weken was. Bij vrijgevestigden in de gespecialiseerde ggz is de aanmeldwachttijd gemiddeld 8,6 weken. De NZa constateert dat de aanmeldwachttijd in de gespecialiseerde ggz vooral oploopt voor patiënten die een behandeling nodig hebben voor persoonlijkheidsstoornissen (aanmeldwachttijd gemiddeld 5 weken) of autisme (aanmeldwachttijd gemiddeld 7,5 week). Er zijn ook patiënten die (veel) langer of die juist korter dan de gemiddelde aanmeldwachttijd moeten wachten. De wachttijd vanaf de intake tot de behandeling (de zogenaamde behandelingswachttijd) is meestal (veel) korter dan de norm van 10 weken.

De NZa heeft ook onderzocht of de aanmeldwachttijden tussen regio's verschillen.

Daaruit blijkt dat de aanmeldwachttijd gemiddeld het laagst is in de provincies Zeeland en Groningen: daar liggen de gemiddelde wachttijden tot de intake bij gespecialiseerde ggz-instellingen op of rond de norm. De gemiddelde aanmeldwachttijden in de provincies Drenthe (8 weken) en Utrecht (9 weken) liggen boven het landelijk gemiddelde. In Limburg (3 tot 4 weken) valt op dat er veel kleinere zorgaanbieders zijn die relatief korte wachttijden hebben en een paar grote zorgaanbieders waar juist lange wachttijden zijn.

Verder hebben op initiatief van VWS eind 2016 en het eerste kwartaal van 2017 vier regiobijeenkomsten plaatsgevonden over wachttijden in de ggz. Dit om meer inzicht te krijgen in de regionale oorzaken van de wachttijden en regionale partijen te faciliteren in het formuleren van oplossingen. Uit deze bijeenkomsten blijkt dat de oorzaken van de wachttijden en ook de wachttijden zelf per regio verschillen. Bijgevoegd is de eindrapportage van de 4 regiobijeenkomsten over wachttijden².

Jeugd

Voor wachttijden in de jeugdpsychiatrie verwijs ik u naar de voortgangsbrief jeugdhulp die de Staatssecretaris op 2 juni aan uw Kamer heeft gezonden³ en het daarbij gevoegde onderzoek naar wachttijden in de jeugdhulp uitgevoerd door het Nederlands Jeugdinstituut.

2. Wat zijn de exacte achterliggende oorzaken van de wachtlijsten in de gespecialiseerde ggz?

Uit onderzoek van de NZa blijkt dat wachttijden worden veroorzaakt door een combinatie van factoren. Zo weten patiënten niet dat hun zorgverze-

² Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

³ Kamerstuk 31 839, nr. 581

keren hen kan helpen bij het vinden van tijdige en passende zorg. Ook worden patiënten soms onjuist gescreend of doorverwezen en sturen zorgaanbieders niet altijd voldoende op tijdige afronding van lopende behandelingen. Soms wijzen zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeenten naar elkaar omdat het onduidelijk is wie de zorg financiert. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders maken tot slot in hun contracten nog weinig specifieke afspraken over de zorg aan patiëntgroepen met complexe problematiek die langdurige behandeling nodig hebben.

In de meest recente marktscan 2016 over de ggz geeft de NZa een inventarisatie van mogelijke oplossingen (bijlage bij Kamerstukken 25 424 en 29 248, nr. 353).

3. Zijn deze oorzaken voor de wachtlijsten dezelfde als de oorzaken in het verleden?

In de marktscan ggz 2016 (bijlage bij Kamerstukken 25 424 en 29 248, nr. 353) heeft de NZa uitgebreid onderzoek gedaan naar de achterliggende oorzaken. Dit ging met name over oorzaken voor wachttijden voor de behandelingen voor autisme en voor persoonlijkheidsstoornissen. Aangezien er geen soortgelijk eerder onderzoek heeft plaatsgevonden is niet te beoordelen of deze oorzaken dezelfde zijn als de oorzaken in het verleden. In zijn algemeenheid kunnen we wel stellen dat de oorzaken divers zijn en sterk in de regio bepaald worden, zoals gebleken is uit de regionale bijeenkomsten over wachttijden die zijn georganiseerd.

4. In hoeverre kan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) ingrijpen zodat mensen sneller de juiste behandeling kunnen krijgen? In hoeverre voldoen zorgverzekeraars op dit moment aan hun zorgplicht?

Zorgverzekeraars moeten zorgen voor tijdig en passende zorg voor hun verzekerden. Dat is hun zorgplicht. Uit het onderzoek van de NZa blijkt dat de wachttijden voor de gespecialiseerde ggz voor bepaalde groepen patiënten al langere tijd de Treeknormen (maximaal aanvaardbare wachttijd) overschrijden. Het wachttijdenvraagstuk is een taai vraagstuk waarin verschillende partijen een rol hebben. Alleen in samenwerking kan de problematiek worden aangepakt.

De NZa heeft al verschillende maatregelen genomen om de wachttijden in de ggz te bestrijden en kondigt in haar «Actieplan wachttijden in de zorg» dat ik u op 31 mei 2017 heb aangeboden (bijlage bij Kamerstukken 25 424 en 29 248, nr. 353), nieuwe maatregelen aan. De NZa heeft per oorzaak van het probleem aangewezen wie een hoofdrol heeft bij de aanpak ervan. De NZa ziet in samenwerking tussen alle verantwoordelijke partijen de sleutel tot de oplossing. De NZa neemt hierin de regierol op zich. Verder heeft de NZa een oproep gedaan aan ggz-cliënten om zich te melden bij de NZa als zij te lang moeten wachten op hun zorg. Op basis van deze meldingen neemt de NZa contact op met de zorgverzekeraar. Verzekeraars hebben de plicht hun verzekerden te bemiddelen naar tijdige zorg.

De NZa zal de wachttijden in de ggz nauwlettend blijven monitoren en handhavend optreden als de verbeteracties van de zorgverzekeraars niet spoedig leiden tot kortere wachttijden. De NZa schrijft in haar Actieplan dat dit inhoudt dat deze zorgverzekeraars van de NZa een aanwijzing of een last onder dwangsom kunnen krijgen. Daarnaast beoordeelt de NZa de relatie tussen de contractvoorwaarden (tarieven en de gemiddelde prijs per patiënt) en de continuïteit van zorg.

Vragen PVV-fractie

5. Bij de Voorjaarsnota 2012 werd door de zogeheten Kunduzcoalitie besloten zorgzwaartepakket (ZZP) 1–3 te extramuraliseren. Met andere woorden, de financiering van die plekken (per 1 januari 2012 ZZP 1 en per 1 januari 2013 ZZP 2 en 3) te stoppen. Dit voornemen betrof naast de verpleeg- en verzorgingshuizen ook de gehandicaptenzorg (ghz)-instellingen en ggzinstellingen.

Het zou gaan om een reductie van ongeveer een derde van de intramurale ghz- en ggz-plekken. Hoeveel intramurale ggz-plekken waren er op 31 december 2012 en hoeveel waren dat er nog op 31 december 2016?

In 2012 bedroeg het aantal bezette plaatsen in een ggz-instelling (ggz B) 8 duizend en in 2016 bedroeg dit aantal 5,8 duizend. Het aantal bezette plaatsen is afgeleid van de omvang van de productieafspraken die zorgkantoren voor deze zorg gemaakt hebben. Die bedroegen over 2012 2,9 miljoen dagen en over 2016 2,1 miljoen dagen.

Hoeveel intramurale ghz-plekken waren er op 31 december 2012 en hoeveel waren dat er nog op 31 december 2016?

In 2012 bedroeg het aantal bezette plaatsen in een gehandicapten-instelling 79,2 duizend en in 2016 bedroeg dit aantal 73,8 duizend. Het aantal bezette plaatsen is afgeleid van de omvang van de productieafspraken die zorgkantoren voor deze zorg gemaakt hebben. Die bedroegen over 2012 29 miljoen dagen en over 2016 27 miljoen dagen.

Vragen CDA-fractie

6. Klopt het dat zorgverzekeraars en ggz-aanbieders (zoals ggz-instellingen of vrijgevestigde psychiaters of therapeuten) bij de contractering vaak een gemiddelde prijs per patiënt afspreken? Is de Minister het eens met de constatering dat financiering op basis van een gemiddelde prijs per patiënt een perverse prikkel kan zijn, in die zin dat het voor aanbieders aantrekkelijker wordt om mensen met een lichte zorgvraag te behandelen dan mensen met een zware of complexe zorgvraag? En is de Minister het ermee eens dat dit ook een verklaring kan zijn dat wachtlijsten in de ggz zich vooral voordoen bij patiënten met een relatief zware of complexe zorgvraag (bijvoorbeeld borderline, ernstige vormen van autisme, vroegkinderlijke trauma's)? Welke maatregelen ziet de Minister voor zich om zorgverzekeraars en aanbieders te bewegen tot andere vormen van contractering, waarbij financiële prikkels om vooral lichtere patiëntgroepen te helpen worden weggenomen?

De NZa heeft in de marktscan ggz 2016 (bijlage bij Kamerstukken 25 424 en 29 248, nr. 353) geconstateerd dat zorgverzekeraars met zorgaanbieders in de ggz vaak afspraken maken over omzetplafonds en een gemiddelde prijs per patiënt. De NZa schrijft ook dat behandelingen die langer duren, door zo'n afgesproken gemiddelde prijs per patiënt financieel risicovol kunnen zijn voor zorgaanbieders. De NZa noemt dit – naast een aantal andere oorzaken – als een van de oorzaken van de wachttijden in de ggz in relatie tot patiënten met een zware zorgvraag. De NZa ziet het maken van specifieke afspraken (door zorgverzekeraars en zorgaanbieders) over bijvoorbeeld het oormerken van geld voor de zorg aan deze patiënten, als manier om deze oorzaak aan te pakken. De NZa noemt het dan ook noodzakelijk dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders goede en specifieke (meerjaren-)afspraken maken over de behandeling van in het bijzonder persoonlijkheidsstoornissen en autisme (behandelingen waarvoor de NZa de aanmeldwachttijden binnen de gespecialiseerde ggz het sterkst ziet oplopen) en zal hier op ook toezien.

7. De leden van de CDA-fractie krijgen signalen dat mensen soms zeer lange tijd op de wachtlijst bij een zorgaanbieder staan zonder dat er enige vorm van contact is tussen zorgaanbieder en patiënt. Is de Minister het ermee eens dat het belangrijk is dat een zorgaanbieder contact onderhoudt met patiënten die lang op de wachtlijst staan om hen te informeren over eventuele wijzigingen in de wachttijd, om hen te wijzen op mogelijkheden voor overbruggingszorg en om de vinger aan de pols te houden voor het geval de problematiek tussentijds verergert? Zijn er afspraken over de verplichtingen die een zorgaanbieder op dit punt heeft? Hoe houdt de Minister zicht op de wijze waarop zorgaanbieders contact onderhouden met patiënten die lang op de wachtlijst staan? Is de Minister van plan om maatregelen te nemen voor betere afspraken op dit punt of betere naleving van bestaande afspraken?

Het is van belang dat zorgaanbieders hun patiënten goed screenen en deze kennis delen met andere zorgaanbieders, zoals huisartsen. Verder moeten partijen goede afspraken maken over op- en afschalen, zodat patiënten vlot kunnen worden terugverwezen naar de basis-ggz als dat kan en doorverwezen naar de gespecialiseerde ggz als dat nodig is, zonder dat zij opnieuw op een wachtlijst komen. Deze afspraken moeten regionaal gemaakt worden.

Ik verwacht van zorgaanbieders dat zij zich maximaal inspinnen om de patiënt op de juiste plek te krijgen. Als er sprake is van een lange wachttijd, moeten zij contact opnemen met de zorgverzekeraars. Ook patiënten moeten zij hier actief over informeren en erop attenderen dat in het geval van lange wachttijden de mogelijkheid bestaat om met hun zorgverzekeraar contact op te nemen. Verder moeten zorgaanbieders ook wachttijden publiceren op hun site, zodat patiënten of verwijzers goed inzicht hierin hebben en hun keuze erop kunnen afstemmen.

Uit de regiobijeenkomsten is gebleken dat partijen contact tussen patiënt, verwijzer en aanbieder gedurende de wachttijdperiode wenselijk vinden. In de regio west-brabant wordt bijvoorbeeld de mogelijkheid om mensen op wachtlijsten met regelmaat te bellen nader besproken in een regionaal overleg. Op die manier kan een vinger aan de pols worden gehouden bij deze patiënten, wat zowel voor de patiënt als voor de organisatie van waarde is. De patiënt weet beter waar hij aan toe is en de organisatie heeft meer inzicht in haar wachttijden en voorkomt zo mogelijk wachtlijstvervuiling. Dit soort initiatieven juich ik van harte toe. Ik zal de Nza vragen er ook op toe te zien dat patiënten op wachtlijsten begeleid worden en zo nodig sneller in zorg worden genomen.

8. Op welke wijze gaat de Minister de komende jaren organiseren dat de wachtlijsten worden teruggedrongen? Voor mensen met autisme, persoonlijkheidsproblematiek zoals bijvoorbeeld borderline, mensen met jeugdtrauma's en eetstoornissen zijn de wachtlijsten opgelopen van een half jaar tot twee jaar. Deelt de Minister de mening dat dit zeer schadelijk is voor de mensen die dringend zorg nodig hebben? Is de Minister zich ervan bewust dat de impact op het gezin en de omgeving, maar vooral ook op de patiënten onevenredig groot is, en dat als dit zou gebeuren met mensen die specialistische zorg nodig hebben in het ziekenhuis, en dit maar niet krijgen, volledig onacceptabel zou zijn? Wat is het concrete plan van de Minister om de wachtlijsten terug te dringen naar de afgesproken Treeknormen binnen afzienbare tijd? En welke rol speelt de NZa hierbij? Meldingen van wachtlijstoverschrijdingen komen wel binnen, maar gaat de NZa de problemen ook daadwerkelijk oplossen voor de individuele mensen zelf?

Wie gaat dit doen? Aanbieders moeten op hun website vermelden als er een wachttijd is, verzekeraars moeten aan de slag als die wachttijd (de Treeknormen) overschreden wordt.

Waarom staan patiënten dan nog steeds maandenlang en jarenlang op wachtlijsten?

Ik vind het zeer onwenselijk als mensen te lang moeten wachten op zorg. Ik heb uw Kamer het afgelopen jaar meerdere malen geïnformeerd over de acties die ik onderneem om de wachttijden terug te dringen in de ggz en de stand van zaken er van. Ik heb hierbij ook geconstateerd dat de wachttijden niet één oorzaak hebben en ook niet door één afzonderlijke partij kunnen worden opgelost. Zoals de NZa ook constateert, ligt de oplossing in de samenwerking tussen verantwoordelijke partijen. Partijen moeten dit in de regio samen met elkaar doen. Dat is ook de reden waarom er bijeenkomsten in de regio zijn gehouden over wachttijden in de ggz om in kaart te brengen wat er speelt en gezamenlijke oplossingen te formuleren.

Verder heeft de NZa haar inspanningen rondom wachttijden geïntensifieerd en heeft recent een «actieplan wachttijden in de zorg» gelanceerd (bijlage bij Kamerstukken 25 424 en 29 248, nr. 353). Hierin staat beschreven wat er op de korte termijn gebeurt en wat op de langere termijn moet gebeuren om er voor te zorgen dat iedereen die dat nodig heeft op tijd passende zorg krijgt. De NZa vervult hierbij de regierol.

De NZa heeft mensen die te lang moeten wachten opgeroepen zich bij hen te melden. Zorgverzekeraars Nederland heeft een soortgelijke oproep gedaan. Op grond van de zorgplicht moet de zorgverzekeraar ervoor zorgen dat zijn verzekerden de zorg tijdig krijgen. Indien nodig zal de NZa zorgverzekeraars aanspreken voor iedere melder, die te maken heeft met een te lange wachttijd. De zorgverzekeraar zal de verzekerde moeten bemiddelen naar een andere zorgaanbieder en moet contact opnemen met zijn verzekerde. De zorgverzekeraar zal eveneens de NZa op de hoogte moeten stellen van de wijze waarop hij zijn verzekerde heeft geholpen.

De redenen waarom mensen nog steeds op een wachtlijst staan zijn divers. Bij sommige diagnoses is er te weinig behandelcapaciteit. Een lange wachttijd kan ook ontstaan doordat sommige mensen door een specifieke aanbieder behandeld willen worden, bijvoorbeeld vanwege een specifieke signatuur. Ook meldt de patiënt zich niet altijd bij de verzekeraar, zodat hij/zij bemiddeld kan worden naar een andere zorgaanbieder.

De NZa zal de wachttijden in de ggz nauwlettend blijven monitoren. Ook zal de NZa handhaven als de verbeteracties van de zorgverzekeraars niet spoedig leiden tot kortere wachttijden.

9. Deelt de Minister de mening dat van mensen die ernstig ziek zijn en die nauwelijks een persoonlijk netwerk hebben niet verwacht kan worden dat zij actief op zoek gaan naar een aanbieder die wel plek heeft? Of meldingen gaan doen bij de zorgverzekeraar of de NZa? Is de Minister het met deze leden eens dat een meldnummer alleen niet de oplossing is, maar dat in overleg met de cliënt die vastloopt met zijn zorgvraag, direct en in afstemming met de cliënt gezocht moet worden naar passend zorgaanbod?

Ik verwacht van zorgaanbieders dat zij zich maximaal inspannen om de patiënt op de juiste plek te krijgen. Als er sprake is van een lange wachttijd, moeten zij contact opnemen met de zorgverzekeraars. Ook patiënten moeten zij hier actief over informeren en erop attenderen dat in

het geval van lange wachttijden de mogelijkheid bestaat om met hun zorgverzekeraar contact op te nemen. Indien mogelijk verdient het de voorkeur om de patiënt indien deze vastloopt met zijn zorgvraag direct te helpen aan een passend zorgaanbod.

10. De afgelopen jaren zijn gespecialiseerde ggz-centra voor traumabehandeling afgebouwd en gesloten. Deze feiten weerspiegelen de werkelijkheid van een groot gebrek aan gespecialiseerde behandel mogelijkheden in heel Nederland. Gegeven de situatie is het verbazend dat grote ggz-instellingen met gespecialiseerde poliklinische traumateams en top referente trauma centra (TRTC) voor patiënten met complexe post traumatisch stress syndroom (CPTSS) en dissociatieve stoornissen in de regio's Amsterdam, Assen, Eindhoven, Halsteren, Leeuwarden, Leiden en Utrecht de afgelopen jaren de deuren gesloten hebben, of dat zij de behandelcapaciteit fors hebben afgebouwd en de behandelduur terugbracht hebben naar onaanvaardbaar niveau. In de regio Amsterdam is er bijvoorbeeld geen enkele instelling die mensen met complexe dissociatieve stoornissen behandelt. Een kleine instelling in deze regio die dat wel deed kon de vraag niet meer aan en heeft haar deur gesloten. Herkent de Minister dit, en wat gaat zij doen om ervoor te zorgen dat er weer passend aanbod komt voor traumabehandeling? Dit geldt ook voor beschikbaar aanbod voor autisme, eetstoornissen en persoonlijkheidsproblematiek.

In zijn algemeenheid wijzen lange wachttijden op een tekort aan zorgaanbod/behandelcapaciteit. De oplossing is echter niet altijd (alleen) het creëren van meer aanbod. Uit de marktscan ggz 2016 van de NZa (bijlage bij Kamerstukken 25 424 en 29 248, nr. 353) blijkt dat het bijvoorbeeld ook gaat om efficiënter of flexibeler werken. Om de problemen met wachttijden op te lossen, heeft de NZa eerder deze maand een actieplan gepresenteerd.

De signalen die u beschrijft ten aanzien van de behandeling van trauma zijn door de initiatiefnemers van STRAKX ook bij mij onder de aandacht gebracht. Ik ben met de initiatiefnemers van STRAKX in gesprek gegaan om te horen wat volgens hen verbeterd kan worden in de zorg en ondersteuning voor mensen met een trauma. Zij signaleren met name een tekort aan passend behandelaanbod voor volwassenen met een chronisch vroegkinderlijk trauma, voor wie de reguliere traumabehandeling niet toereikend blijkt te zijn. Stichting STRAKX wil investeren in extra expertise, uitbreiding van het behandelaanbod, een meer multidisciplinaire aanpak, samenwerking en kennisuitwisseling tussen professionals. Ik ben ervan overtuigd dat bundelen van de krachten kan bijdragen aan betere zorg. Om die reden heb ik Stichting STRAKX gevraagd of zij met hun visie en ideeën aansluiting willen zoeken bij reeds lopende activiteiten, onderzoeken, en het reeds bestaande samenwerkingsverband van de Top Referente Trauma Centra Nederland. Dit is een samenwerkingsverband tussen vijf GGZ-instellingen met ondersteuning van het Trimbos Instituut, dat zich ook richt op het verder professionaliseren en het uitbouwen van de behandel mogelijkheden voor deze doelgroep, onder andere door het organiseren van een congres in september.

Omdat patiënten met een vroegkinderlijk trauma vaak langdurige behandeling nodig hebben, spelen contractvoorwaarden mogelijk ook een rol in het tekort aan behandelaanbod. Omdat in de ggz veelal een gemiddelde prijs afgesproken wordt, kan een behandeling die langer duurt financieel risicovol zijn voor een zorgaanbieder. Het is daarom van belang dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars hier specifieke afspraken over maken. De NZa heeft al aangekondigd de relatie tussen contractvoorwaarden en continuïteit van zorg te zullen beoordelen.

Ook op andere manieren wordt momenteel geïnvesteerd in (onderzoek naar) het voorkomen van trauma en de beschikbaarheid van passende behandelingen:

1. Centrum '45 ontvangt jaarlijks een beschikbaarheidsbijdrage voor het borgen van kennis en expertise op dit gebied. Centrum '45 is een ggz-instelling die derdelijns psychotraumazorg biedt, en in het verlengde daarvan een landelijke kennis- en expertisefunctie heeft op het gebied van complexe psychotraumaklachten.
2. Zorgprofessionals, aanbieders, vertegenwoordigers van patiënten en naasten zijn tevens in opdracht van het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz een zorgstandaard trauma- en stressorgerelateerde stoornissen aan het ontwikkelen. Centrum'45 is daarbij betrokken evenals andere trauma-experts. Doel van deze kwaliteitsstandaard is het beschrijven van goede zorg voor mensen met een trauma- en stressorgerelateerde stoornis. Zowel de preventie, diagnostiek als de behandelingsvarianten worden hierin beschreven. De zorgstandaard zal naar verwachting eind 2017 worden opgeleverd en dan ook in het kwaliteitsregister van het Zorginstituut worden opgenomen. Hiermee verwacht ik dat de kwaliteit van psychotraumazorg nog beter geborgd zal zijn.
3. Commissie de Winter, die onderzoek doet naar geweld in de jeugdzorg en jeugdhulp, kijkt naar het gewenste aanbod aan hulpverlening voor in de kinderjaren mishandelde en misbruikte volwassenen en of daaraan afgemeten het huidige aanbod adequaat is. De uitkomsten van dit onderzoek worden in het najaar van 2018 verwacht.
4. Naast het organiseren van passende behandeling, is het belangrijk te investeren in het voorkómen van deze problematiek. Het is voor kinderen van groot belang dat zij starten met een gezonde basis. Vroegkinderlijke hechting en het voorkomen van jeugdtrauma's zijn elementen waarin wij willen investeren. Daarom heeft de Staatssecretaris de Gezondheidsraad gevraagd onderzoek te doen naar de volgende vragen:
 - Wat is de relatie tussen vroegkinderlijke hechting, traumatisering in diverse stadia van de ontwikkeling en de (latere) fysieke en psychische gezondheid?
 - Welke (risico-)factoren hebben invloed op het ontstaan van jeugdtrauma's? Waarom hebben sommige kinderen daar meer last van dan andere kinderen (ofwel wat zijn de «beschermende» factoren?)
 - Welke interventies op het gebied van zorg en preventie kunnen effectief zijn om veilige hechting te bevorderen, jeugdtrauma's te voorkomen, dan wel het effect van deze traumatische ervaringen te beperken?

Met de uitkomsten van dit onderzoek wil de Staatssecretaris onder andere de bewustwording en kennis over dit onderwerp bij professionals en bij (aanstaande) ouders vergroten.

Met Stichting STRAKX is afgesproken dat als de uitkomsten van het onderzoek van de Gezondheidsraad bekend zijn, we opnieuw met elkaar om de tafel gaan om benodigde acties te bespreken. In de tussentijd is het van belang dat patiënten met trauma die te maken hebben met lange wachttijden, gehoor geven aan de oproep van STRAKX en zich melden bij de NZa. Op deze manier kan de NZa een goed beeld van de problematiek krijgen.

U vraagt ook naar de beschikbaarheid van passend zorgaanbod voor mensen met autisme, eetstoornissen en persoonlijkheidsproblematiek. Ten aanzien van autisme en persoonlijkheidsproblematiek heeft de NZa geconstateerd dat de aanmeldwachttijden oplopen, en daarop wordt actie

*ondernomen. Het is ook goed te vermelden dat voor deze drie aandoe-
ningen, net als voor trauma en stressorgerelateerde stoornissen, een
zorgstandaard in ontwikkeling is. Daarnaast ben ik in gesprek met
zorgprofessionals uit de somatiek en ggz over signalen dat de zorg voor
mensen met eetstoornissen ontoereikend is. Ik neem die signalen heel
serieus. De werkgroep «Eetstoornissen» van de Nederlandse Vereniging
voor Kindergeneeskunde inventariseert in samenwerking met behande-
laren uit de ggz welke knelpunten er zijn en hoe deze zorg op korte termijn
verbeterd kan worden. Ik bekijk samen met hen of en wat het ministerie
hierin kan betekenen.*

11. Hoe beoordeelt de Minister de conclusie in een artikel in de Volkskrant dat de wachttijdgegevens die zorgaanbieders op hun website publiceren vaak onjuist zijn en dat de wachttijd in de praktijk veel langer is?⁴ Op welke wijze voert de Minister of de NZa controle uit op de juistheid van wachttijdgegevens? Acht de Minister deze controle voldoende? Zo nee, welke maatregelen overweegt de Minister om deze controle te verbeteren?

Ik ga er van uit dat zorgaanbieders ervoor zorgen dat zij de wachttijden van hun organisatie correct registreren. Ik ben niet bekend met de bewering in het opinieartikel dat wachttijden vaak veel langer zijn dan openbaar wordt gemaakt. Daar waar nog niet goed wordt geregistreerd moet dit uiteraard verbeteren. De NZa vindt dat de kwaliteit van de registratie van de wachttijden door de zorgaanbieders een belangrijke voorwaarde om te signaleren of er problemen zijn met de tijdigheid van zorg. De NZa is met zorgaanbieders in gesprek over de juistheid van de registratie. De NZa is de toezichthouder die aanbieders ook kan corrigeren, als zij onjuiste informatie publiceren.

Vragen SP-fractie

12. Erkent de Minister dat het probleem met de wachtlijsten in de ggz nog steeds zeer urgent is en alleen maar toeneemt? Welke verklaring geeft de Minister hiervoor? Hoe ziet de Minister haar eigen verantwoordelijkheid hierin?

De wachttijden in de ggz vormen een hardnekkig probleem. Alle inspanningen zijn er daarom op gericht om deze terug te dringen. Ik heb de taak om vanuit de stelselverantwoordelijkheid me in te zetten voor een optimale uitvoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw). Zorgverzekeraars zijn vanuit de Zvw verplicht om er voor te zorgen dat iedere verzekerde tijdig zorg krijgt. De NZa houdt hier toezicht op en neemt vanuit die rol de regie op de wachtlijstproblematiek en werkt hierin samen met patiëntenverenigingen, zorgaanbieders en zorgverzekeraars, de Inspectie voor de gezondheidszorg, Zorginstituut Nederland en het Ministerie van VWS. Vanuit mijn verantwoordelijkheid heb ik in eerste instantie zorgaanbieders en verzekeraars gevraagd de nodige actie te ondernemen om de wachttijden terug te dringen. Vervolgens heb ik, omdat ik te weinig verbetering constateerde, een oproep gedaan aan patiënten om zich te melden bij hun verzekeraar en de Nza. In overleg met deze toezichthouder heb ik voortdurend nadere actie besproken: publicatie van de wachttijden op de site van de aanbieder, het aanspreken van de verzekeraars, het maken van een actieplan. Ook zal ik het advies van het Capaciteitsorgaan om minder GGZ professionals op te leiden niet omarmen en inzetten op verhoging van het aantal opleidingsplaatsen. In de ggz is voldoende geld, de onderschrijving is 280 mln. De verantwoordelijkheden zijn helder

⁴ <http://www.volkskrant.nl/opinie/wachtlijsten-ggz-zorgen-voor-onacceptabelelijdensweg~a4443936/>

belegd, de capaciteit in Nederland is relatief groot in vergelijking met andere landen. Kortom ik zie weinig belemmeringen om onder leiding van de NZa de wachttijden snel terug te dringen.

13. Erkent de Minister dat de huidige opstopping in de ggz zeer ernstige gevolgen heeft en leidt tot grote maatschappelijke schade?

Wachttijden in de zorg zijn zeer onwenselijk en ik zet verschillende acties in om de wachttijden terug te dringen.

14. Kan de Minister aangeven wat de maatschappelijke schade van de wachtlijsten is? Kan de Minister dit specificeren aan de hand van de kosten van het arbeidsverzuim, de arbeidsongeschiktheid, de verergering van de klachten, de hogere behandelkosten en ten slotte het aantal dodelijke slachtoffers?

Ik heb hier geen kwantitatief overzicht van.

15. Is de Minister het met de NZa eens dat Treeknormen nog steeds adequaat zijn, ook nu de signalen van hardnekkige wachtlijsten in de ggz aanblijven?

De Treeknormen ten aanzien van medisch en maatschappelijk aanvaardbaar geachte wachttijden zijn opgesteld door het veld zelf. De NZa heeft onderzocht of de Treeknormen nog adequaat zijn. Ik heb op 18 januari 2017 het onderzoek en mijn reactie hierop aan uw Kamer gezonden (Kamerstuk 25 424, nr. 339).

De NZa concludeerde dat niet blijkt dat de normen niet meer adequaat of passend zouden zijn. In mijn reactie heb ik aangegeven dat ik de prioriteit wil leggen bij het aanpakken van de wachttijden, die eerst binnen de huidige Treeknormen moeten blijven.

16. Hoe kan het dat de Minister de Kamer meldt dat in de ggz wachtlijsten vanaf het moment van aanmelding tot de behandeling in het geheel binnen de Treeknormen vallen, maar in de praktijk wachtlijsten alleen maar toenemen?⁵

Er wordt een onderscheid gemaakt tussen de aanmeldwachttijd en de behandelingswachttijd. Voor ambulante ggz behandeling geldt als Treeknorm maximaal 4 weken wachten tot een eerste intake, en daarna nog maximaal 10 weken tot de start van de daadwerkelijke behandeling (14 weken dus in totaal). Vooral de aanmeldwachttijd voor volwassenen in de gespecialiseerde ggz is lang: gemiddeld 6 weken. De behandelwachttijd bij de gespecialiseerde ggz voor volwassenen bedraagt vervolgens gemiddeld 5,3 weken. Het geheel van aanmeldwachttijd en behandelwachttijd blijft hiermee binnen de totale norm van 14 weken. Overigens gelden voor de basis ggz (veel) kortere wachttijden: namelijk 4 voor de aanmelding en voor behandeling 1 week.

17. Is de Minister voornemens om het probleem met de wachtlijsten in de ggz nu eens echt aan te pakken, in plaats van mensen die hier de dupe van worden te verwijzen naar de zorgverzekeraar en daarna de NZa?

Ik zet verschillende acties in om de wachttijden in de ggz terug te dringen. De NZa vervult hierin een regierol. De NZa heeft haar inspanningen rondom wachttijden geïntensiveerd en heeft recent een «actieplan wachttijden in de zorg» gelanceerd (bijlage bij Kamerstukken 25 424 en 29 248, nr. 353). Hierin staat beschreven wat er op de korte termijn

⁵ Kamerstuk 25 424, nr. 324; AO GGZ, 26 mei 2016

gebeurt en wat op de langere termijn moet gebeuren om er voor te zorgen dat iedereen die dat nodig heeft op tijd passende zorg krijgt. De NZa zal de wachttijden in de ggz nauwlettend monitoren. Ook zal de NZa handhaven als de verbeteracties van de zorgverzekeraars niet spoedig leiden tot kortere wachttijden.

18. Hoeveel klachten hebben zorgverzekeraars en de NZa het afgelopen jaar binnengekregen over wachtlijsten in de ggz?

De NZa heeft in 2016 circa 30 meldingen binnengekregen en in 2017 (tot en met medio mei) circa 64. Het aantal klachten dat zorgverzekeraars hebben binnengekregen is niet bekend.

19. Is de Minister nog steeds van mening dat er voldoende budget is en zorgverzekeraars voldoende zorg inkopen, maar dat de wachtlijsten ontstaan doordat budgetten onderling niet goed verdeeld worden tussen de aanbieders?

De oorzaken van wachtlijsten zijn – zoals eerder gezegd – divers. Zie hiervoor ook het antwoord op vraag 2.

20. Is de Minister het ermee eens dat financiering op basis van beschikbaarheid, in plaats van per verrichting, een positief effect zou kunnen hebben op de wachtlijsten?

Nee. De stimulans om wachttijden weg te werken is sterker als zorgaanbieders betaald worden per behandeling dan als zij, ongeacht het feitelijk aantal behandelingen dat zij uitvoeren, betaald worden om beschikbaar te zijn. Ook de NZa noemt in haar Actieplan het financieren van zorgaanbieders op basis van beschikbaarheid niet als mogelijke oplossing van het wachttijdenprobleem, gelet op haar analyse van de oorzaken.

21. Heeft de NZa voldoende instrumenten om in te grijpen, wanneer er door de zorgverzekeraar te weinig wordt ingekocht of te weinig zorg beschikbaar is bij een zorginstelling? Is de Minister bereid de NZa een heldere opdracht te geven om in te grijpen?

Zorgverzekeraars zijn op grond van hun zorgplicht gehouden hun verzekerden de zorg te laten leveren waar zij recht op hebben. Als blijkt dat de zorgverzekeraar de verzekerden niet tijdig de zorg kan laten leveren, dan kan de NZa ingrijpen. De NZa heeft daartoe een heldere opdracht/bevoegdheid. De NZa kan de zorgverzekeraars opdragen om verbetermaatregelen te treffen. Als de maatregelen niet leiden tot een verbetering dan kan de NZa handhavend optreden.

22. Uit recent onderzoek van psychiaters blijkt dat ggz-instellingen regelmatig alleen de wachttijd tot intake noteren in het overzicht op de website van de zorginstelling, terwijl de daadwerkelijke wachttijd tot de behandeling veel langer is. Is dit nog steeds het geval? Wat gaat de Minister doen om een reële inventarisatie van de wachtlijsten te krijgen?⁶

Deze informatie is mij niet bekend. Daar waar nog niet goed wordt geregistreerd moet dit uiteraard verbeteren. De NZa vindt dat de kwaliteit van de registratie van de wachttijden door de zorgaanbieders een belangrijke voorwaarde om te signaleren of er problemen zijn met de tijdigheid van zorg. De NZa is met zorgaanbieders in gesprek over de juistheid van de registratie. De NZa kan als toezichthouder ook

⁶ de Volkskrant, 5 januari 2017: Wachttijden ggz onacceptabel

handhavend optreden als de informatie die de zorgaanbieder geeft onjuist of onvoldoende is.

23. Hoe vaak heeft de Minister sinds september 2016 gesproken over wachtlijsten in de ggz met de stuurgroep Agenda voor gepast gebruik en transparantie? Wat heeft de Minister tijdens deze bijeenkomsten besproken?

Op 29 september 2016 is met partijen in een bestuurlijk overleg gesproken over wachttijden. Daar is afgesproken dat VWS het initiatief neemt om regionale bijeenkomsten te organiseren over wachttijden om meer grip te krijgen op oorzaken en oplossingen. Op 17 oktober 2016 is het voorstel voor de regiobijeenkomsten over wachttijden vervolgens besproken in een stuurgroep van de Agenda voor gepast gebruik en transparantie. Daar is een aantal opmerkingen gemaakt, bijvoorbeeld over de selectie van regio's, die is meegenomen in het uiteindelijke voorstel. Vervolgens zijn GGZ NL, het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en MIND op verschillende wijze betrokken bij de verdere organisatie van de bijeenkomsten.

Vragen PvdA-fractie

24. De Gezondheidsraad stelde in 2011: «Deze ernstigste groep wordt vaak van het kastje naar de muur gestuurd en zelfs buiten de GGZ instellingen gehouden, omdat men de deskundigheid niet in huis heeft en de behandelingen kostbaar zijn. Hoewel er evidence-based behandelingen zijn voor deze patiëntengroepen is in de praktijk de aangewezen behandeling vaak niet beschikbaar.» Waar in Nederland kunnen deze evidence based behandelingen worden gegeven?

In hoeverre is gespecialiseerde behandeling beschikbaar? Kan een overzicht gegeven worden van zorgvraag en -aanbod in de verschillende regio's? Hoeveel mensen staan nu op de wachtlijst voor gespecialiseerde ggz-behandeling ten gevolge van problematiek door jeugdtrauma's? Hoelang staan mensen op de wachtlijst voordat zij de juiste behandeling kunnen krijgen?

Wachttijden worden geregistreerd op niveau van hoofddiagnosegroep. Jeugdtrauma's kunnen leiden tot verschillende klachten/aandoeningen, zoals bijvoorbeeld depressies of een angststoornis.

Per hoofddiagnosegroep gelden andere wachttijden. Op dit moment is niet inzichtelijk wat de wachttijden zijn voor mensen die problematiek ondervinden door jeugdtrauma's.

Er is ook geen informatie over de manier waarop de zorg voor deze doelgroep regionaal is georganiseerd. De beschikbaarheid van passend zorgaanbod wordt wel meegenomen in lopende onderzoeken, zie daarvoor het antwoord op vraag 10.

25. Hoe kan het dat er in Nederland een systeem is waarin mensen die heel dringend psychische hulp nodig hebben maanden op wachtlijsten staan en soms er jaren over doen voordat ze de juiste hulp hebben? Sinds wanneer is het tekort aan juiste hulp voor deze groep mensen bekend en wat is er sindsdien concreet aan gedaan?

Ik vind het zeer onwenselijk als mensen te lang moeten wachten op zorg. Zoals eerder beschreven zijn er veel verschillende oorzaken waardoor er wachtlijsten zijn. De NZa heeft deze oorzaken in de marktscan ggz 2016 in beeld gebracht (bijlage bij Kamerstukken 25 424 en 29 248, nr. 353). Het kan bijvoorbeeld gaan om een verkeerde verwijzing of screening waardoor patiënten niet op de juiste plek zitten. Het kan ook gaan om te weinig behandelcapaciteit voor bepaalde diagnoses of om patiënten die

zich niet melden bij hun zorgverzekeraar omdat ze niet bekend zijn met de mogelijkheid van bemiddeling. De oplossing voor het terugdringen van de wachttijden is daarom ook niet eenduidig en het samenspel van partijen vormt hierin de sleutel tot de oplossing. De NZa heeft per oorzaak van het probleem aangewezen wie een hoofdrol heeft bij de aanpak ervan. De NZa neemt de regierol op zich. De NZa zal de wachttijden in de ggz nauwlettend blijven monitoren en handhavend optreden als de verbeteracties van de zorgverzekeraars niet spoedig leiden tot kortere wachttijden.

Zie verder het antwoord op vraag 10.

26. In hoeverre spelen financiële problemen bij instellingen, ten gevolge van niet-tijdige betaling door gemeenten, een rol bij het oplopen van de wachtlijsten? In hoeverre spelen administratieve regels een rol bij het oplopen van de wachtlijsten voor deze groep?

Mij is niet bekend dat er een relatie bestaat tussen wachttijden en de (niet) tijdige betaling van voorschotten of facturen door gemeenten. De NZa heeft verschillende oorzaken van de wachttijden in beeld gebracht. Daarbij zijn niet de administratieve regels als oorzaak naar boven gekomen.

27. Op welk moment vindt signalering en screening van psychotraumata in de jeugd nu plaats? In hoeverre is er binnen de reguliere ggz aandacht voor deze vorm van psychotraumata, zodat snel de juiste zorg ingezet kan worden?

Een onderdeel van de taken van de jeugdgezondheidszorg is het volgen van de (psychosociale) ontwikkeling van kinderen en jeugdigen tussen 0 en 18 jaar. In de jeugdgezondheidszorg staat de lichamelijke, psychosociale en cognitieve ontwikkeling in samenhang met de omgeving (gezin, onderwijs en vrije tijd) centraal. De jeugdgezondheidszorg wordt aangeboden aan kinderen en jeugdigen in verschillende ontwikkelingsfasen. Verder hebben de school, huisarts en de gemeentelijke toegang tot jeugdhulp (bijvoorbeeld het wijkteam) een belangrijke rol in de signalering van psychische problematiek. Op het moment dat er sprake is van psychische problemen, zoals bijvoorbeeld psychotrauma, is de gemeente eraan gehouden een passend behandelaanbod te bieden.

Zie verder het antwoord op vraag 10.

28. Welke concrete verbeteringen zijn mogelijk in de zorg voor mensen met late effecten van vroegkinderlijke traumatisering? Welke belemmeringen zijn er om deze zorg daadwerkelijk beschikbaar te maken en hoe worden deze opgelost?

Zie hiervoor het antwoord op vraag 10.

29. Kan de Minister bevestigen dat zorgverzekeraars en ggz-aanbieders (zoals ggz-instellingen of vrijevestigde psychiaters of therapeuten) bij de contractering vaak een gemiddelde prijs per patiënt afspreken?

30. Klopt het dat ggz-instellingen selecteren op patiënten met de meest eenvoudige traumaproblematiek en mensen met complexe traumastörungen eerder afwijzen?

31. Betekent financiering op basis van een gemiddelde prijs per patiënt dat het voor aanbieders aantrekkelijker wordt om mensen met een lichte zorgvraag te behandelen dan mensen met een zware of complexe zorgvraag? Kan dit een verklaring zijn dat wachtlijsten in de ggz zich vooral voordoen bij patiënten met een relatief zware of complexe

zorgvraag? Hoe kan dit worden voorkomen? Welke mogelijke maatregelen zijn er om zorgverzekeraars en aanbieders op een andere manier te laten contracteren, zonder dat er een prikkel ontstaat om vooral patiënten met lichtere problematiek te behandelen?

Voor het antwoord op deze vragen verwijs ik u graag naar het antwoord op vraag 6.

32. Klopt het dat mensen soms zeer lange tijd op de wachtlijst bij een zorgaanbieder staan zonder dat er enige vorm van contact is tussen zorgaanbieder en patiënt? Welke regels c.q. afspraken zijn er ten aanzien van de verplichtingen die een zorgaanbieder heeft om tijdens de wachttijd contact met de patiënt te onderhouden? Welke rol speelt de zorgverzekeraar hierbij? Hoe kan het contact tussen zorgaanbieder en patiënt, voordat de behandeling start, verbeterd worden?

Voor het antwoord verwijs ik u graag naar het antwoord op vraag 7.

33. Hoe kunnen de wachtlijsten worden teruggedrongen? Welke concrete maatregelen kunnen en zullen worden genomen om de wachtlijsten binnen afzienbare tijd terug te dringen naar de afgesproken Treeknormen?

De aanpak van wachttijden in de ggz vraagt om een gezamenlijke aanpak van partijen. Alleen in samenwerking kan de problematiek worden aangepakt. De NZa neemt de regierol en heeft een integraal actieplan opgesteld om de wachttijden in de ggz terug te dringen (bijlage bij Kamerstukken 25 424 en 29 248, nr. 353).

Patiënten die te lang moeten wachten zijn opgeroepen zich bij de NZa te melden. De NZa onderzoekt alle meldingen die zij krijgt en zal de betreffende zorgverzekeraar waar nodig en mogelijk verzoeken actie te ondernemen. De NZa zal de opvolging monitoren.

Zorgverzekeraars zijn door de NZa gevraagd om verbeterplannen op te leveren op het gebied van zorgplicht en wachttijden. Op dit moment beoordeelt de NZa de rapportages van verzekeraars over de verbeteringen die zijn gevraagd. De NZa koppelt haar bevindingen voor de zomer terug aan de zorgverzekeraars, zodat daar waar nodig aanvullende acties op volgen.

De NZa is van mening dat het bij de taak van zorgverzekeraars hoort om actuele wachttijden nauwgezet te monitoren en met zorgaanbieders in gesprek gaan om te lange wachttijden op te lossen. Zorgverzekeraars zijn al bezig met verbeteracties hiervoor. De NZa verzoekt hen deze acties om wachttijden terug te dringen te versnellen en waar nodig te intensiveren.

De NZa zal de wachttijden in de ggz nauwlettend blijven monitoren. Ook zal de NZa handhaven als de verbeteracties van de zorgverzekeraars niet leiden tot kortere wachttijden.

34. Welke rol kan de oplossing die aangegeven wordt door STRAKX spelen in de oplossing van deze problematiek, waarbij een landelijk netwerk trauma expertisecentra wordt opgezet, in combinatie met vroege screening, gespecialiseerde traumadiagnostiek, een evidence based behandelmethode, onderzoek en opleiding?

Zoals in het antwoord op vraag 10 aangegeven, lopen er momenteel meerdere activiteiten ten behoeve van de behandeling van psychotrauma in Nederland. Het bundelen van de krachten kan bijdragen aan betere zorg.

35. Welke rol speelt de NZa? Wat doet de NZa concreet met een binnengekomen melding van een te lange wachtlijst voor een patiënt die specialistische ggz-zorg nodig heeft? Hoe kan de NZa de problemen ook daadwerkelijk oplossen?

Voor het antwoord verwijst ik u graag naar het antwoord op vraag 8.

36. Hoe is de verantwoordelijkheidsverdeling, wie is uiteindelijk ervoor verantwoordelijk dat een patiënt tijdig de juiste zorg krijgt? Waarom staan patiënten nog steeds maanden tot jaren op wachtlijsten?

Op grond van de zorgplicht moet de zorgverzekeraar ervoor zorgen dat zijn verzekerden de zorg tijdig ontvangen. De zorgverzekeraar zal de verzekerde moeten bemiddelen naar een andere zorgaanbieder en moet daarvoor contact opnemen met zijn verzekerde. Een goede informatievoorziening is hierin cruciaal; zorgverzekeraars moeten wel weten dat een zorgaanbieder wachttijden heeft en dat een patiënt bemiddeld wil worden. Zorgaanbieders moeten onnodig (lang) behandelen voorkomen en sturen op doelmatige zorg. Als er sprake is van een lange wachttijd in hun organisatie, moeten zij contact opnemen met de zorgverzekeraars. Ook patiënten moeten zij hier actief over informeren en verwijzen naar hun zorgverzekeraar voor bemiddeling. De oorzaken van de wachttijden zijn zeer divers.

De NZa neemt vanuit haar toezichtstaak de regie op de wachttijdproblematiek in samenspraak met andere partijen. De NZa zal de wachttijden in de ggz nauwlettend monitoren. Ook zal de NZa handhaven als de ingezette verbeteracties van de zorgverzekeraars niet spoedig leiden tot kortere wachttijden.

37. Hoeveel gespecialiseerde ggz-centra voor traumabehandeling zijn in de afgelopen jaren afgebouwd en gesloten?

Er is geen informatie beschikbaar over het aantal instellingen dat gespecialiseerde traumabehandeling biedt en deze zorg de afgelopen jaren heeft afgebouwd.

38. Kan een overzicht gegeven worden van de maatschappelijke kosten voor zorggebruik en ziekteverzuim door emotionele verwaarlozing, psychische mishandeling, fysiek misbruik, seksueel misbruik, of een combinatie daarvan?

Voor het antwoord verwijst ik u graag naar het antwoord op vraag 14.

39. Zijn wachttijdgegevens die zorgaanbieders op hun website publiceren altijd juist of blijkt vaak dat de wachttijd in de praktijk veel langer is? Op welke wijze wordt de juistheid van wachttijdgegevens gecontroleerd?

Voor het antwoord verwijst ik u graag naar het antwoord op vraag 11.

Vragen ChristenUnie-fractie

40. In de brief van 18 januari 2017⁷ gaf de Minister aan dat de NZa concludeert dat de Treeknormen nog adequaat zijn, maar dat differentiatie van de normen naar bijvoorbeeld diagnoses of patiëntgroepen tot een wisselend beeld zou kunnen leiden. Vindt de Minister nog steeds dat de Treeknormen adequaat zijn, nu blijkt dat de wachttijden kunnen oplopen tot twee jaar, ook als er soms sprake is van een spoedeisende zorgbehoefte?

⁷ Kamerstuk 25 424, nr. 339

41. Is de Minister bereid alsnog te kijken hoe een differentiatie van de Treeknormen niet alleen kan leiden tot meer inzicht in de werkelijke wachttijden versus de normen, maar ook tot snellere toegang voor patiënten met een spoedeisende of gespecialiseerde zorgbehoefte?

Voor acute ggz zijn er geen of zeer korte wachttijden. Voor het verdere antwoord verwijs ik u graag naar het antwoord op vraag 15.

42. Wat is de verklaring van de Minister voor de lange wachttijden in de (gespecialiseerde) ggz?

Hoe komt het dat met name voor mensen met persoonlijkheidsstoornissen en vroegkinderlijke trauma's de wachttijden zo lang zijn?

In de beantwoording van bovenstaande vragen is reeds aangegeven waarom er wachtlijsten zijn voor mensen met persoonlijkheidsstoornissen. Ten aanzien van de specifieke categorie vroegkinderlijke trauma's is geen onderzoek gedaan. Zie ook het antwoord op vraag 24.

43. Kan de Minister aangeven wat de stand van zaken is met betrekking tot de vier acties die de NZa heeft ondernomen op het gebied van tijdige ggz-zorg: 1) evaluatie publicatie wachttijden; 2) wachttijden bijzondere patiëntgroepen; 3) marktscan ggz; 4) verbeterplannen bespreken met verzekeraars (zie bijlage bij de brief van 18 januari 2017⁸)?

De stand van zaken is als volgt:

1) De evaluatie van publicatie wachttijden is momenteel gaande, 2 en 3) De wachttijden bijzondere patiëntgroepen (onderdeel geworden van marktscan ggz) en de marktscan ggz zijn afgerond en zijn op 31 mei aan uw Kamer aangeboden (bijlage bij Kamerstukken 25 424 en 29 248, nr. 353). 4) De NZa beoordeelt op dit moment de rapportages van verzekeraars over de verbeteringen die hen zijn gevraagd op het gebied van zorgplicht en wachttijden. De NZa koppelt haar bevindingen in juni 2017 terug aan de zorgverzekeraars, zodat deze hierop, daar waar nodig, aanvullende acties kunnen inzetten.

44. Hoe staat het met de evaluatie van de aangescherpte regelgeving rondom publicatie van wachttijden? In hoeverre komen de door aanbieders op hun website vermelde wachttijden overeen met de werkelijkheid? Geven aanbieders updates van de wachttijden en vermelden zij altijd aan de patiënten op hun wachtlijst dat er ook de mogelijkheid van bemiddeling door de zorgverzekeraar is?

In 2016 heeft de NZa door middel van een steekproef bekeken of aanbieders wachttijden publiceren op hun website, en zo ja, of deze volgens de voorwaarden van de regeling worden gepubliceerd (Nadere Regel – Regeling publicatie wachttijden GGZ (NR/CU-557)). Uit de steekproef blijkt dat aangenomen kan worden dat niet alle aanbieders aan de regelgeving over wachttijden voldoen. Op basis van dit onderzoek heeft de NZa de top-50 gespecialiseerde ggz-aanbieders gebeld en aangeschreven over de omissies op hun website. Een groot deel heeft dit inmiddels aangepast. De aanbieders van basis-ggz heeft de NZa aangeschreven en gevraagd hun website op orde te maken. Ook hier passen steeds meer aanbieders de gegevens aan. De juistheid van de informatie op de websites van aanbieders is niet onderzocht.

⁸ Kamerstuk 25 424, nr. 339

De NZa vindt dat de kwaliteit van de registratie van de wachttijden door de zorgaanbieders een belangrijke voorwaarde om te signaleren of er problemen zijn met de tijdigheid van zorg. Daar waar nog niet goed wordt geregistreerd moet het verbeteren. De NZa is met zorgaanbieders in gesprek over de juistheid van de registratie. De NZa is de toezichthouder die ook kan handhaven als informatie onjuist of onvolledig is.

45. Wat heeft het onderzoek «Wachttijden bijzondere patiëntgroepen autisme en persoonlijkheidsstoornissen» aan mogelijke oplossingen opgeleverd?

Voor het antwoord verwijst ik u graag naar het antwoord op vraag 2.

46. Wat is de reactie van de Minister op het gestelde door Zorgverzekeraars Nederland dat het geld niet altijd op de goede plek wordt besteed? Klopt het dat 20% van de ggz-patiënten op de verkeerde plek zit?

Ook de NZa constateert in de marktscan dat een deel van de patiënten in de ggz niet op de juiste plek terecht komt. De NZa noemt geen percentage. Dat patiënten niet altijd op de juiste plek terecht komen, komt omdat de doorstroom naar een zwaardere of lichtere vorm van zorg of uitstroom naar een beschermd wonen voorziening niet mogelijk is. Ook kan een verkeerde verwijzing of een verkeerde screening een reden zijn dat patiënten niet op de juiste plek zitten. De NZa roept zorgaanbieders derhalve op om de patiënt zo snel mogelijk de juiste zorg aan te bieden en verkeerde verwijzingen te voorkomen. Deskundigheidsbevordering bij de screening en goede voorlichting bij verwijzers kan veel winst opleveren, aldus de NZa.

47. Welke mogelijkheden ziet de Minister om geld dat aan het einde van het jaar overblijft bij ggz-aanbieders zo te herverdelen dat ggz-aanbieders met lange wachtlijsten hun wachtlijsten sneller kunnen verkorten? Is de Minister bereid om hierover met zorgaanbieders en zorgverzekeraars in gesprek te gaan?

Zorgaanbieders die te maken hebben met wachttijden moeten dit altijd aangeven bij hun zorgverzekeraar. Zorgverzekeraars hebben een zorgplicht voor hun verzekerden. Als de oorzaak van de wachttijden gelegen is in contractafspraken moeten partijen samen kijken naar een passende oplossing. Er is voldoende budgettaire ruimte in het ggz kader voor zorgverzekeraars om, indien nodig, aanvullende afspraken te maken met zorgaanbieders.

In verschillende gremia is dit besproken met zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties.

48. Is de Minister bereid te onderzoeken hoe de wachtlijsten voor een intake verkort kunnen worden, om te voorkomen dat mensen met een spoedeisende zorgbehoefte twee keer zo lang moeten wachten voor ze aan de beurt zijn?

49. Kan de Minister aangeven wat de gemiddelde wachttijden zijn voor mensen met een vroegkinderlijk trauma? Kan de Minister aangeven hoe de zorg voor deze groep patiënten momenteel is georganiseerd en of het aanbod voldoende is?

Voor het antwoord verwijst ik u graag naar het antwoord op vraag 10 en 24.

50. Klopt het dat zorgverzekeraars ggz-zorg inkopen op basis van een gemiddelde prijs en dat dit leidt tot een perverse prikkel voor aanbieders om vooral zorg te verlenen aan mensen met lichte problemen? Ziet de Minister mogelijkheden voor een andere vorm van contractering waarbij sprake is van een differentiatie van prijzen naar zorgzwaarte?

Voor het antwoord verwijst ik u graag naar het antwoord op vraag 6.

51. Zijn er voldoende gespecialiseerde ggz-zorgverleners (met name psychiaters) in alle regio's van Nederland beschikbaar?

Uit onderzoek van de NZa blijkt dat er voor specifieke diagnosegroepen, te weten autismespectrum en persoonlijkheidsstoornissen, te weinig behandelaars zijn. Hier kan mogelijk ook sprake zijn van een verdeelprobleem van behandelcapaciteit tussen zorgprogramma's en/of locaties van een zorgaanbieder. Behandelcapaciteit moet tevens worden beschouwd in het licht van doelmatigheid van zorg en gepast gebruik. Mogelijk is hier nog winst te behalen. Ook regels rondom de regiebehandelaars en de (extra) eisen die verzekeraars stellen over de directe tijd die regiebehandelaars besteden aan de behandeling leggen extra druk op de behandelcapaciteit van bepaalde beroepsgroepen.

Uit onderzoek van de NZa blijkt eveneens dat het regionaal ontbreekt aan een overzicht van zorgaanbieders in de ggz met de specialisaties en de wachttijden van aanbieders. De NZa vindt dat zorgaanbieders duidelijker moeten aangeven welke patiëntengroepen zij wel en welke zij niet kunnen behandelen. Dit is onderdeel van goede samenwerking en afstemming tussen zorgverleners waartoe het kwaliteitsstatuut oproept. Daarnaast moet gezocht worden naar mogelijkheden om deze informatie op een goede manier inzichtelijk te maken. De NZa bespreekt het belang hiervan met de zorgaanbieders in de ggz. Ik heb besloten om in tegenstelling tot het advies van het Capaciteitsorgaan dat het aantal opleidingsplaatsen van ggz-professionals wil verlagen, het aantal opleidingsplaatsen te verhogen.