

Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

841

Vragen van het lid **Leijten** (SP) aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg* (ingezonden 17 november 2014).

Antwoord van Minister **Schippers** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 17 december 2014).

Vraag 1

Kunt u aangeven of de langetermijneffecten en de investeringskosten per unieke patiënt worden meegewogen bij de beoordeling of sprake is van goede verslavingszorg? Kunt u uw antwoord toelichten?

Antwoord 1

Goede verslavingszorg is zorg die wordt geleverd volgens door beroepsprofessionals opgestelde en afdoende geactualiseerde behandelrichtlijnen, en door het veld opgestelde normen. Het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz werkt aan de (door)ontwikkeling van richtlijnen en het ontwikkelen van zorgstandaarden. Een zorgstandaard beschrijft alle elementen van een zorgproces voor een bepaalde zorgvraag. Zorgstandaarden worden in samenspraak met cliënten (en familie), beroepsprofessionals en zorgverzekeraars opgesteld, met inachtneming van goede zorg tegen aanvaardbare kosten. Een analyse van de kosteneffectiviteit van de voorgestelde interventies is een vast onderdeel van de ontwikkeling van een zorgstandaard.

Vraag 2 en 3

Hoe kijkt u aan tegen het feit dat zorgverzekeraars vinden dat zorg voor zware patiënten niet in gespecialiseerde klinieken hoeft plaats te vinden, ook al is de patiënt doorverwezen naar de gespecialiseerde instelling? Welke bevoegdheid heeft de zorgverzekeraar om het oordeel van behandelaars naast zich neer te leggen?

Wie bepaalt wat geïndiceerde zorg is voor een patiënt? Stel dat een psychiater zegt opnemen is noodzakelijk en de zorgverzekeraar wil dat niet vergoeden, wat gaat dan voor? Als de zorgverzekeraar beslist, hoe zit het dan met de behandelovereenkomst en de verplichtingen van de psychiater?

Antwoord 2 en 3

Ik herken dit beeld van zorgverzekeraars niet. Wel heb ik samen met patiënten, aanbieders, beroepsorganisaties en zorgverzekeraars afspraken gemaakt over ambulantisering: het afbouwen van de bedden capaciteit en het

substitueren hiervan door middel van ambulante zorg. Dit zijn landelijke afspraken, die door zorgverzekeraars en aanbieders op lokaal niveau uitgewerkt moeten worden.

Een zorgverzekeraar heeft geen bevoegdheid om het professioneel oordeel van een bevoegd behandelaar – indien de behandelaar de geldende richtlijnen volgt – naast zich neer te leggen. Als de behandelaar op grond van richtlijnen tot oordeel komt dat een klinische behandeling (opname), al dan niet in een gespecialiseerde kliniek, aangewezen is, dan dient een zorgverzekeraar daar zorg voor te dragen.

Vraag 4 en 5

Welke zorgverzekeraars hebben als beleid dat patiënten alleen binnen de regio geholpen mogen worden en niet naar de kliniek waar zij naar verwezen zijn (bijv. een gespecialiseerde kliniek buiten de regio)? Bent u bereid dit uit te zoeken?

Is het waar dat een verzekerde vrij is om binnen Nederland naar de kliniek van zijn keuze te gaan en dat regionale restricties niet conform de Zorgverzekeringswet zijn?

Antwoord 4 en 5

De Zorgverzekeringswet (Zvw) is een wet die geen regionale restricties kent. De meeste zorgverzekeraars werken landelijk en hebben landelijk contracten met zorgaanbieders afgesloten. Iedereen kan zelf een zorgaanbieder kiezen, maar zorgverzekeraars kunnen differentiëren in de hoogte van de vergoeding bij de inkoop van zorg. De polisvoorwaarden van de verzekerde zijn leidend en dan kan er sprake zijn van een meer of minder vrije keuze voor een zorgaanbieder. Bij naturapolissen is de verzekerde aangewezen op het gecontracteerde zorgaanbod. Indien de patiënt naar een door zijn zorgverzekeraar gecontracteerde aanbieder gaat en er een aanspraak op zorg is, dan zal de verzekeraar de behandeling geheel vergoeden. Voor niet gecontracteerde zorg is in de polisvoorwaarden van de verzekerde aangegeven wat de hoogte van de vergoeding is die de zorgverzekeraar verstrekt. De zorgverzekeraar heeft een zorgplicht en dient derhalve voldoende zorg te contracteren zodat de zorg binnen een redelijke tijd en afstand geleverd kan worden.

Vraag 6

Waarom zijn de wachtlijstcijfers van de geestelijke gezondheidszorg (ggz) en verslavingszorg niet beschikbaar? Kunt u uitleggen hoe zorgverzekeraars enerzijds hun inkoop kunnen beperken en anderzijds geen wachtlijstcijfers kunnen overhandigen?¹

Vraag 7

Waarom tolereert u gegeven de zorgplicht van zorgverzekeraars dat selectief wordt ingekocht voor de ggz en verslavingszorg terwijl de wachtlijstcijfers niet beschikbaar (kunnen) zijn? Kunt u uw antwoord toelichten?

Antwoord 6 en 7

Op grond van een Nadere Regeling² van de NZa dienen alle gebudgetteerde en niet-gebudgetteerde instellingen en alle vrijgevestigde aanbieders in de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg (ggz) hun wachttijden voor ambulante zorgverlening op hun website te publiceren, volgens vaste landelijke definities. De wachttijden bij deze aanbieders zijn daarmee openbare informatie. Van die wachttijden vindt echter geen centrale registratie plaats.

De NZa heeft in de recente *Marktscan GGZ deel A: Betaalbaarheid en wachttijden 2009–2014* aandacht besteed aan de wachttijden in de ggz. MediQuest heeft daarvoor alle gepubliceerde wachttijden geïnventariseerd³. Onder andere op basis van deze inventarisatie constateert de NZa dat de wachttijden voor de gespecialiseerde ambulante ggz niet zijn toegenomen ten opzichte van 2010, ook niet in de verslavingszorg.

¹ Aanhangsel van de Handelingen II, vergaderjaar 2013–2014, nr. 2327

² Regeling GG/NR- 100.106 ([http://www.nza.nl/binaries/7113/12291/GG-NR- 100.106_wachttijd_publicatie_GGZ_Zvw.pdf](http://www.nza.nl/binaries/7113/12291/GG-NR-100.106_wachttijd_publicatie_GGZ_Zvw.pdf))

³ <http://www.nza.nl/publicaties/Monitordocumenten/monitors-marktscans-2014/>

Zorgverzekeraars kunnen selectief inkopen, mede omdat ze een zorgplicht hebben. Zij moeten voldoende en passende zorg inkopen. Waar en indien nodig kunnen zij een verzekerde bemiddelen naar een gelijkwaardig alternatief of bij een zorgaanbieder die te lange wachttijden heeft aanvullende zorg inkopen. Ik heb geen reden om aan te nemen dat de zorgplicht in het geding is en dat patiënten onvoldoende snel toegang tot zorg hebben. De NZa heeft evenwel aangekondigd de komende maanden nader onderzoek te doen naar de manier waarop zorgverzekeraars invulling geven aan hun zorgplicht.

Tevens heb ik bij het toezenden van voornoemde Marktscan (696036-130331-CZ, 1 december 2014) aangegeven dat ik met de NZa in overleg zal treden over de vraag of het wenselijk en mogelijk is om ook aanbieders van generalistische basis ggz en van intramurale ggz te verplichten wachttijden op hun website te vermelden, zodat de NZa ook de wachttijden in deze delen van de ggz in beeld kan brengen. Hierdoor kan ik mij op termijn een beter vormen van de ontwikkelingen van de wachttijden in de gehele ggz.

Vraag 8

Welke kwantitatieve gegevens zijn in september beschikbaar gekomen? Waarom is de Kamer niet geïnformeerd?

Antwoord 8

Ik veronderstel dat u doelt op de resultaten van de meldactie die het Landelijk Platform GGZ (LPGGz) heeft gehouden. Naar aanleiding van signalen in mei is het LPGGz deze meldactie gestart om onder haar achterban van patiënten en familieleden in de ggz de omvang van het probleem in kaart te brengen. De uitkomsten van deze meldactie zijn gebaseerd op de antwoorden van 237 mensen die zijn doorverwezen naar de gespecialiseerde GGz. De resultaten van deze meldactie zijn mij niet aangeboden. Het LPGGz heeft de resultaten zelf gepubliceerd op de website en zijn aan bod gekomen in het TV-programma Kassa (19 november 2014). Tevens zijn deze te vinden op de website van het LPGGz⁴.

Met voornoemde Marktscan GGZ heb ik informatie over de wachttijden aan de Tweede Kamer gestuurd.

Vraag 9

Hoe kan het dat u niet over wachtlijstcijfers beschikt, terwijl bijvoorbeeld op de website van Verslavingszorg Noord Nederland cijfers te vinden zijn?⁵

Antwoord 9

Zie het antwoord op de vragen 6, 7 en 8.

Vraag 10

Vindt u het terecht dat de ene verzekerde bij een instelling voor verslavingszorg en/of geestelijke gezondheidszorg behandeld kan worden maar een andere niet (omdat het ervan afhangt of de zorgverzekeraar van de verzekerde zijn budgetplafond bereikt heeft)?

Antwoord 10

Het kan gebeuren dat een zorgaanbieder een verzekerde niet in behandeling neemt, omdat de aanbieder het plafond van het contract met de betreffende verzekeraar heeft bereikt. In dat geval kan de verzekerde zich wenden tot de verzekeraar, die hem kan helpen een andere zorgaanbieder te vinden. De zorgverzekeraar heeft immers een zorgplicht en is daarom verplicht aan de verzekerde een passende oplossing te bieden. Dit kan door aanvullende afspraken met de zorgaanbieder te maken (over extra productie) of door de verzekerde te bemiddelen naar een andere zorgaanbieder die nog wel «ruimte» heeft.

⁴ <http://www.platformggz.nl/lpggz/newsitems/ni002725>

⁵ <http://www.vnn.nl/nl/advies-hulp/volwassenen/hulp-bij-verslaving/wachtlijst/>
<http://www.vnn.nl/nl/advies-hulp/jongeren/een-gesprek/wachtlijst-voor-jongeren/>

Vraag 11

Vindt u het tevens terecht dat instellingen voor verslavingszorg en/of geestelijke gezondheidszorg lijsten moeten bijhouden welke functionarissen bij welke zorgverzekeraar hoofdbehandelaar mogen zijn en daar hun intakes en behandelingen op moeten aanpassen hetgeen leidt tot hoge administratieve lasten, niet-efficiënte intakes en dat in sommige gevallen de intake opnieuw moet worden gedaan omdat tijdens de intake blijkt dat er meer problematiek speelt en daarom een andere functionaris de intake over moet doen? Kunt u uw antwoord toelichten?

Antwoord 11

Zorgverzekeraars mogen op basis van de Zorgverzekeringswet in de contractering en polisvoorwaarden uit kwaliteit- en doelmatigheidsoverwegingen een scherpere afweging maken over het hoofdbehandelaarschap dan de lijst met beroepen zoals opgenomen in de regelgeving van de NZa⁶. Het ontbreekt op dit moment aan een gedragen veldnorm voor het hoofdbehandelaarschap. Er is een commissie onder leiding van mevrouw Meurs die een advies zal geven over de vormgeving van het hoofdbehandelaarschap vanaf 2016. Ik verwacht dat advies in februari 2015.

Vraag 12

Bent u van oordeel dat als de kring der beroepsgenoten over de wijze van intake van cliënten een behandelrichtlijn op wetenschappelijke grondslag heeft vastgesteld, deze een gegeven moet zijn voor de zorgverzekeraars? Kunt u uw antwoord toelichten?

Antwoord 12

Ja. Een zorgverzekeraar kan en mag geen afbreuk doen aan het oordeel van een bevoegd behandelaar op basis van een wetenschappelijk onderbouwde, vastgestelde behandelrichtlijn. Zie ook het antwoord op de vragen 2 en 3.

Vraag 13

Hoelang weet u al dat Verslavingszorg Noord Nederland tot 1 januari 2015 een opnamestop hanteert voor Achmea verzekerden? Hoe kan een zorgverzekeraar zijn zorgplicht waarmaken als bijvoorbeeld gespecialiseerde ouder-kind verslavingszorg niet beschikbaar is?⁷

Antwoord 13

Ik heb daar via deze vragen kennis van genomen. Navraag bij Achmea leert dat zij door Verslavingszorg Noord Nederland op de hoogte is gesteld dat het overeengekomen omzetplafond is bereikt. Achmea heeft mij laten weten voldoende zorg voor haar verzekerden gecontracteerd te hebben. Ingeval een zorgaanbieder geen plaats meer heeft dan wel het overeengekomen omzetplafond heeft bereikt, spant Achmea zich in om individuele verzekerden naar passende zorg te bemiddelen. Zie ook mijn antwoord op vraag 10.

Vraag 14

Vindt u het wenselijk dat de consequentie van het steeds goedkoper behandelen is dat zorgverzekeraars de zorg en ondersteuning voor partners, ouders en/of kinderen van verslaafden niet langer vergoeden omdat de tijd per diagnose behandel combinatie (DBC) zo kort mogelijk moet? Denkt u niet dat ondersteuning van de omgeving juist erger kan voorkomen en zelfs kan leiden tot het motiveren van hulp/zorg door de verslaafde? Kunt u uw antwoord toelichten?⁸

Antwoord 14

De veronderstelling dat de tijd per diagnose behandel combinatie zo kort mogelijk moet, is onjuist. Van belang is dat binnen een DBC de tijd wordt geschreven die nodig is voor een doelmatige en gepaste behandeling voor de betreffende aandoening. Het is de taak van de zorgverzekeraar om kwalitatief

⁶ Beleidsregel BR/CU-5114 Prestaties en tarieven gespecialiseerde GGz

⁷ <http://www.vnn.nl/nieuws/bericht/tijdelijke-opname-stop-clienten/>

⁸ Informatie verkregen bij werkbezoek aan Verslavingszorg Noord Nederland

goede zorg tegen een redelijke prijs in te kopen. De basis voor een behandeling is een adequate diagnose en/of triage, waarbij een valide screeningsinstrumentarium is toegepast. Afhankelijk van aard en ernst van de problematiek en persoonskenmerken en achtergrond van de hulpvrager wordt een behandelplan opgesteld. Indien nodig wordt de omgeving van de hulpvrager bij de behandeling betrokken: activiteiten die gericht zijn op de mensen in de omgeving van de patiënt, worden eveneens geregistreerd voor zover deze activiteiten onderdeel uitmaken van de behandeling. Binnen de DBC-systematiek is daar juist ruimte voor ingebed. Het totaal van dit alles bepaalt uiteindelijk de duur van de DBC.

Vraag 15 en 16

Vindt u het wenselijk dat er wordt gesteld dat een pasgeborene van een verslaafde moeder niet in de kliniek opgenomen kan worden met de moeder omdat de zorgverzekeraar stelt dat niet bewezen kan worden dat de baby intensieve zorg nodig heeft (ambulante zorg is bijvoorbeeld nog niet geprobeerd)? Kunt u uw antwoord toelichten? Denkt u dat het bevorderlijk is dat het kind blijvende schade in de ontwikkeling oploopt, denk aan hechtingsstoornis etc., omdat deze niet met moeder (en vader) tegelijk opgenomen kan worden? Zou u het beter vinden te wachten tot de baby of het opgroeiende kind problematisch gedrag vertoont?

Antwoord 15 en 16

Ik kan niet op afzonderlijke casussen ingaan en ben niet bekend met de casuïstiek op basis waarvan u uw vragen stelt. Op basis van adequate triage en diagnose conform geldende richtlijnen, stelt een bevoegd behandelaar een behandelplan op. Voor elke individuele situatie moet zo worden beoordeeld welk (maatwerk)traject met de verslaafde moeder (en/of vader) en met de pasgeborene wordt ingeslagen. Voor een kind van een verslaafde ouder is van belang dat de behandelaar zich bewust is van eventuele risico's voor het kind, gegeven de situatie. Het is bekend dat volwassenen die kampen met verslavingsproblematiek een risico vormen voor het veilig opgroeien van kinderen. Daarom is in de Wet verplichte meldcode ook de kind-check opgenomen: behandelaren die met volwassenen te maken hebben die vanwege hun ziekte en/of problemen niet goed voor hun kinderen kunnen zorgen of daar zelfs een gevaar voor zijn, worden geacht de stappen van de meldcode te volgen (www.kindcheck.nl) Vanzelfsprekend geldt dit ook voor professionals in de verslavingszorg. Op grond van de meldcode zal de behandelaar moeten beoordelen of het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling moet worden geraadpleegd en/of dat andere hulp moet worden georganiseerd voor het kind.

Vraag 17 en 18

Op welke basis mag een zorgverzekeraar een zwangere verslaafde moeder weigeren zorg te krijgen bij een gespecialiseerde kliniek als zij daarnaar verwezen is en als zij zelf deze zorg accepteert? Kunt u nagaan hoe vaak dit voorkomt op jaarbasis? Vindt u het ook tragisch om te vernemen dat een verslaafde zwangere vrouw niet naar de gespecialiseerde gezinskliniek mocht van haar verzekeraar, waarna ze «uit beeld» is geraakt? Vindt u het niet nog tragischer dat zij – met haar inmiddels geboren kindje – nu op de wachtlijst staat voor diezelfde kliniek? Kunt u uitleggen wat hier «kosteneffectief» aan is?

Antwoord 17 en 18

Zie ook mijn antwoord op de vragen 2 t/m 5. Een zorgverzekeraar kan een verzekerde geen zorg weigeren indien deze daarvoor geïndiceerd is, maar met name bij naturapolissen kan de verzekeraar wel bepalen waar de noodzakelijke zorg, volledig vergoed, verkregen kan worden. De verzekerde dient zich dan ook te wenden tot de verzekeraar om een passende oplossing mogelijk te maken. Voor mij is relevant dat de verzekerde de noodzakelijke zorg ontvangt en dat deze wordt geleverd door een daartoe bevoegde aanbieder. Dat kan in voorkomende gevallen een andere zijn dan de aanbieder waarnaar verwezen is. In het geval dat een verzekeraar tekort is geschoten in zijn bemiddeling om te voldoen aan de zorgplicht kan een klacht worden ingediend bij de verzekeraar. Behalve dat hij een klacht kan indienen

bij de zorgverzekeraar, kan de verzekerde ook terecht bij de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) en bij de NZa.

Vraag 19

Wat vindt u ervan dat de opname en behandeling van een gezin na ernstige verslavingsproblematiek van (één van) de ouders verkort moet worden omdat zorgverzekeraars vinden dat de behandeling te lang is (van één jaar naar acht maanden)? Kunt u uw antwoord toelichten? Is dit wetenschappelijk onderbouwd?

Antwoord 19

Met verwijzing naar voorgaande vragen en antwoorden herhaal ik: de zorgaanbieder stelt op basis van een adequate triage en diagnose een behandelplan op en deze bepaalt de indicatie voor zorg. Dit professioneel oordeel van de bevoegd behandelaar vormt voor zorgverzekeraars het uitgangspunt.

Vraag 20 en 21

Kunt u de Kamer informeren over de totale beddenreductie in de ggz/verslavingszorg? Hoeveel daarvan is dit jaar gerealiseerd en in hoeveel jaren mag het afgebouwd worden?

Is dat conform de afspraken in het Bestuurlijk akkoord GGZ (afbouw in 2020 met 20%) of vindt de afbouw sneller plaats dan verantwoord is?

Klopt het dat er zorginstellingen voor geestelijke gezondheidszorg en/of verslavingszorg zijn die – sinds het in werking treden van het Bestuurlijk akkoord GGZ – inmiddels de afgesproken beddenreductie hebben behaald? Klopt het tevens dat zij via de zorginkoop door zorgverzekeraars gedwongen worden nog meer bedden af te bouwen?

Antwoorden op vragen 20 en 21

De afspraak over de beddenreductie is een landelijke afspraak en dient lokaal te worden ingevuld. Het gaat om een afbouw van de huidige capaciteit in de periode tot 2020 met een derde ten opzichte van 2008. Het is aan zorgverzekeraars, eventueel in samenspraak met (regionale) zorgpartijen, daar op een zorgvuldige en verantwoorde wijze invulling aan te geven. Ik heb niet de indruk dat de beddenafbouw te snel zou gaan. Wel heeft de opbouw van vervangende ambulante zorg mijn aandacht. Dat vergt forse inspanningen van alle betrokkenen. Ik zal hiervoor de komende jaren blijvend aandacht vragen bij de betrokken partijen.

Nog dit jaar verwacht ik een rapportage van het Trimbos-instituut met betrekking tot de beddenafbouw 2013. Ik verwacht dat deze rapportage zowel inzicht zal geven in het landelijk beeld alsook inzicht in het aantal bedden regionaal. Ik zal u deze rapportage begin 2015 doen toekomen.

Vraag 22

Bent u ervan op de hoogte dat maar 13% van de verslaafden een klinische behandeling nodig heeft en dat te forse beddenreductie zal leiden tot wachtlijsten?

Antwoord 22

Ik ken dit getal uit het ondersteunend onderzoek van het Trimbos-instituut bij het recente rapport *Verslavingszorg in beeld – alcohol en drugs* van het Zorginstituut Nederland. Het gaat om het aandeel «klinische contacten» in de verslavingszorg in 2012 (op een totaal van bijna 2 miljoen contactmomenten). Verreweg het merendeel (80%) van die contacten vond plaats in ambulante setting. Het ambulant behandelen van patiënten is steeds meer de norm en praktijk. Zoals hierboven geschetst heb ik geen signaal dat wachtlijsten toenemen. Ik deel uw conclusie daarom niet dat een forse beddenreductie per definitie zal leiden tot wachtlijsten.

Vraag 23

Kunt u deze vragen beantwoorden voor de aanstaande Algemeen overleggen over de ggz (op 3 december 2014) en verslavingszorg (op 2 december 2014)?

Antwoord 23

Dit is helaas niet mogelijk gebleken.