

Vergaderjaar 2015–2016

29 689

Herziening Zorgstelsel

25 424

Geestelijke gezondheidszorg

Nr. 677

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 23 november 2015

Hierbij bied ik u het Rapport inkoop en wachttijden geestelijke gezondheidszorg (GGZ) aan dat onlangs door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) is gepubliceerd¹. Dit rapport is het derde deel in het kader van het Onderzoek Zorgplicht. Eerder heb ik u de rapporten «Zorgcontracten in kaart» (Kamerstuk 29 689, nr. 600) en «Zorginkoop eerste lijn» (Kamerstuk 29 689, nr. 641) toegestuurd. Het onderhavige rapport heeft als doel om na te gaan of met het huidige inkoopbeleid voor curatieve GGZ aan de zorgplicht wordt voldaan. Hiertoe heeft de NZa gekeken naar de aspecten bereikbaarheid en tijdigheid van de zorg. In deze brief ga ik in op de belangrijkste bevindingen en door de NZa voorgestelde acties uit het rapport.

Bevindingen en acties NZa

Naar aanleiding van het onderzoek bij de individuele zorgverzekeraars over de vraag of zij met hun contractering voor de GGZ voldoende zorgaanbieders hebben gecontracteerd om aan hun zorgplicht te voldoen, concludeert de NZa dat er voldoende zorgaanbieders zijn gecontracteerd, wanneer wordt gekeken naar de bereikbaarheid van de GGZ.

Hoewel er voldoende zorgaanbieders zijn gecontracteerd, blijkt uit het onderzoek dat wachttijden langer zijn dan de Treeknormen die daarvoor gelden. Zo blijkt uit de tabellen van de NZa dat 20% van de cliënten langer moet wachten op een intake of het stellen van een diagnose en 13% van de cliënten langer moet wachten op behandeling dan de daarvoor geldende Treeknormen (vier respectievelijk zes weken). Deze wachttijden lijken niet te worden veroorzaakt doordat er landelijk te weinig GGZ is ingekocht, maar doordat de budgetten tussen de verschillende zorgaanbieders niet goed zijn verdeeld. Als oorzaken van de wachttijden in de GGZ worden genoemd:

¹ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

- Volgens zorgverzekeraars worden wachttijden veroorzaakt door het feit dat zij onvoldoende signalen ontvangen over wachttijden van zorgaanbieders en verzekerden. Brancheorganisaties noemen omzetplafonds als belangrijkste oorzaak van de wachttijden;
- Strikte eisen van zorgverzekeraars wie hoofdbehandelaar mag zijn;
- Voor specifieke diagnosegroepen (o.a. autismespectrum en persoonlijkheidsstoornissen) zijn er te weinig behandelaars;
- Middelen voor de generalistische Basis GGZ kunnen volgens zorgaanbieders soms moeilijk worden ingezet voor de gespecialiseerde GGZ.

Om de gesignaleerde problemen aan te pakken, noemt de NZa een aantal extra benodigde acties vanuit zorgverzekeraars. Als een zorgaanbieder een overschrijding van de Treeknormen niet meldt bij de zorgverzekeraar, vindt de NZa dat hier door de zorgverzekeraar een consequentie aan moet worden verbonden. Ook kan de zorgverzekeraar actief informatie over wachttijden zoeken op de websites van zorgaanbieders en verwijsafspraken maken met huisartsen. De NZa neemt in de regeling Informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten en de regeling Publicatie wachttijden (gericht op zorgaanbieders) eisen op ten aanzien van de informatieverstrekking over wachttijden en Treeknormen en ten aanzien van zorgbemiddeling. Tevens wil de NZa zorgverzekeraars en aanbieders actief aanspreken op de acties die zij nemen om het inzicht in de wachttijden te vergroten en een actieve houding aan te nemen richting de burger.

Ik heb uw Kamer in het Algemeen Overleg op 21 mei 2015 toegezegd de NZa te vragen om de wachttijden bij de crisis-GGZ te onderzoeken. De NZa heeft in vervolg hierop een enquête uitgezet onder alle crisisdiensten. Het gaat bij de acute GGZ concreet om de wachttijd voor uitvoering van de beoordeling door de crisisdienst. De NZa concludeert dat er nauwelijks sprake is van wachttijd bij een aanvraag voor een beoordeling door de crisisdienst. De wachttijd die er is, is terug te voeren op de reistijd die nodig is en soms op de samenloop van meerdere aanvragen tegelijkertijd. Ook kunnen wachttijden oplopen wanneer men afhankelijk is van derden, zoals ambulancevervoer en politie.

Na een eerste beoordeling door de crisisdienst, kan het nodig zijn dat er een vervolgbehandeling plaatsvindt. Uit het onderzoek van de NZa blijkt dat in 15% van de gevallen geen behandeling plaatsvindt. In 25% van de gevallen vindt een kortdurende behandeling (maximaal 28 dagen) door de crisisdienst zelf plaats, in 35% van de gevallen is sprake van een vervolgbehandeling bij de eigen behandelaar of het FACT-team en in 25% van de gevallen is sprake van (gedwongen) opname. Het aantal kortdurende behandelingen door de crisisdienst zelf blijkt de afgelopen jaren te zijn toegenomen vanwege de toegenomen wachttijden voor een vervolgtrajec in de specialistische GGZ.

De NZa vindt het specifiek met betrekking tot de acute GGZ niet nodig verdere actie te ondernemen. Wel wil de NZa in de toekomst een vervolgonderzoek doen om de ontwikkelingen te monitoren.

Reactie

Iemand die zorg nodig heeft wil die snel ontvangen. Dat is heel begrijpelijk. Tegelijkertijd zijn wachttijden nooit helemaal te voorkomen. Om ervoor te zorgen dat de wachttijden acceptabel zijn, zijn de Treeknormen door de GGZ-partijen opgesteld. Die normen mogen, in het belang van

goede zorg voor de patiënt, niet overschreden worden². Als dat wel structureel gebeurt, moeten zorgverzekeraars en zorgaanbieders daar actie op ondernemen. Inzicht in de wachttijden, het overschrijden van de Treeknormen en het onderscheid tussen de verschillende zorgverzekeraars, aanbieders en soorten GGZ is daarbij van groot belang, omdat dat het startpunt is voor het nemen van maatregelen om wachttijden te verminderen. Het rapport biedt inzicht in wachttijden. Tegelijkertijd maakt het rapport duidelijk dat er door de verschillende partijen meer moet worden gedaan om tot een volledig en structureel beeld van de wachttijden te komen en meer actie moet worden ondernomen om de wachttijden terug te brengen. Ik steun dan ook de acties die de NZa onderneemt. Hieronder ga ik daar verder op in.

De NZa benoemt als één van de oorzaken van wachttijden de eisen van verzekeraars met betrekking tot het hoofdbehandelaarschap. Zorgverzekeraars zijn ten aanzien van hoofdbehandelaarschap strenger dan de regelgeving vereist en werken met minder hoofdbehandelaren. Hierdoor kunnen wachttijden ontstaan, vooral bij patiënten met specifieke stoornissen zoals autisme en complexe diagnoses. Partijen werken op dit moment aan een model kwaliteitsstatuut naar aanleiding van het advies van de Commissie Meurs over hoofdbehandelaarschap. Het is de bedoeling dat het kwaliteitsstatuut leidt tot meer eenduidigheid in de eisen van zorgverzekeraars ten aanzien van hoofdbehandelaarschap. Ik zal u hier binnenkort nader over informeren.

Verwant aan het probleem rondom hoofdbehandelaarschap en daaraan gerelateerde wachttijden bij voornamelijk autistisch spectrum- en persoonlijkheidsstoornissen, geeft de NZa als mogelijke oorzaak de bestaande numerus fixus voor de opleiding psychologie/GZ. Voor gz-psychologen, psychotherapeuten, klinisch psychologen en klinisch neuropsychologen wordt door het Capaciteitsorgaan elke paar jaar een raming gedaan voor het benodigde aantal opleidingsplaatsen. Voor de gz-psycholoog, de klinisch psycholoog en de psychotherapeut ligt het advies van 2015 lager dan het advies in het vorige Capaciteitsplan uit 2013. Het Capaciteitsorgaan heeft dus geen tekort kunnen constateren aan post master psychologische beroepen. Wel kan het uiteraard zo zijn dat te weinig psychologen en psychotherapeuten zich specialiseren in autisme of persoonlijkheidsstoornissen. Ik zal hierover contact opnemen met Federatie van Gezondheidszorg Psychologen en Psychotherapeuten.

De NZa meldt dat aanbieders in sommige gevallen creatieve oplossingen hebben voor wachttijden, bijvoorbeeld door het inzetten van e-health in de periode tussen aanmelding en intake. Dergelijke creatieve oplossingen juich ik toe en vooral in sectoren met te weinig behandelaars zou dit een oplossing kunnen bieden.

Brancheorganisaties noemen omzetplafonds als belangrijkste oorzaak van de wachttijden. Aan de andere kant geven zorgverzekeraars aan dat zorgaanbieders te weinig informatie verstrekken over wachttijden, mogelijk doordat de administratie van aanbieders niet altijd volledig is bijgewerkt, of doordat ze geen potentiële patiënten willen verliezen. Uit onderzoek van CZ blijkt dat bij zeven van de tien zorgaanbieders die de

² De NZa wijst erop dat verzekerden er soms zelf voor kiezen om te blijven wachten op een bepaalde zorgaanbieder, ondanks de mogelijkheid eerder zorg te ontvangen elders. Een aantal zorgaanbieders en zorgverzekeraars geeft aan dat dit vaak voorkomt. Deze verzekerden zouden wellicht ook graag sneller geholpen willen worden, maar kiezen bewust voor een bepaalde aanbieder en nemen wachttijd op de koop toe. Wellicht zijn er ook mensen die bij een aanbieder op een wachtlijst staan en intussen zorg krijgen van een andere aanbieder.

Treknormen overschrijden tegelijkertijd sprake is van onderproductie. Dit duidt ook naar mijn idee op een verdeelprobleem van gecontracteerde zorg, er wordt immers in zijn totaliteit voldoende zorg gecontracteerd. Ik vind het ongewenst als aanbieders wachttijden niet melden bij de zorgverzekeraar om te voorkomen dat de verzekeraar de patiënt naar een andere aanbieder bemiddelt. Ik roep aanbieders op om mee te werken aan het aanleveren van deze informatie. Tevens roep ik verzekerden op om, wanneer zij geconfronteerd worden met een wachttijd, dit te melden bij hun zorgverzekeraar en desgewenst gebruik te maken van het bemiddelingsaanbod van de verzekeraar en zorgverzekeraars om bij verzekerden beter bekend te maken dat zij kunnen bemiddelen.

De NZa benoemt tevens dat zorgaanbieders hebben aangegeven het lastig te vinden dat de middelen voor de generalistische basis GGZ soms moeilijk kunnen worden ingezet voor de gespecialiseerde GGZ. Dat snap ik. Tegelijkertijd begrijp ik dat zorgverzekeraars door het creëren van een schot tussen de gespecialiseerde GGZ en de generalistische basis GGZ aanbieders stimuleren om kritisch te beoordelen of behandeling in de gespecialiseerde GGZ noodzakelijk is, om zo substitutie te bevorderen. Met deze doelstelling in het achterhoofd moeten zorgaanbieders en verzekeraars aan de voorkant passende afspraken maken.

De NZa heeft zelf al acties ondernomen en aangekondigd om het inzicht in wachttijden te verbeteren en langs die weg wachttijden te verminderen. Zo heeft de NZa onlangs in de regeling over informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten opgenomen dat zorgverzekeraars op hun website moeten vermelden wat de Treknormen in de GGZ inhouden en dat zij de mogelijkheid tot wachtlijstbemiddeling op hun website vermelden. De NZa ziet hierop toe. Ik onderschrijf deze actie.

Verder zal de NZa de regeling publicatie wachttijden ambulante tweedelijns GGZ aanpassen, zodanig dat hier ook de onderwerpen Treknormen en zorgbemiddeling aan de orde komen. Ik heb de NZa verzocht de reikwijdte van deze regeling uit te breiden. Verder overweegt de NZa om aanbieders te verplichten wachttijden per hoofddiagnose te melden op de website. Het streven van de NZa is om deze regeling nog dit jaar vast te stellen. De NZa ziet toe op de naleving van deze regel.

De NZa roept zorgverzekeraars op om zelf actief wachttijden op te zoeken en er een consequentie aan te verbinden als de zorgaanbieder niet meldt dat de wachttijd de Treknorm overschrijdt. Zoals ik hiervoor heb aangegeven vind ik het ongewenst als zorgaanbieders wachttijden niet melden. Ik roep daarom alle betrokken partijen op om actief mee te werken aan de totstandkoming van de uniforme productiemonitor die ZN en GGZ Nederland ontwikkelen en die zo mogelijk volgend jaar in gebruik kan worden genomen. Ik ga ervan uit dat hiermee de wachttijden beter inzichtelijk worden voor zorgverzekeraars en dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders op basis hiervan beter het gesprek met elkaar kunnen voeren over een eventuele wachtlijstproblematiek. De uniforme productiemonitor kan de administratieve lasten voor zorgaanbieders verlichten. Zij hebben nu immers te maken met verschillende monitoringsafspraken met verschillende verzekeraars.

Ten aanzien van de suggestie van de NZa dat zorgverzekeraars afspraken maken met de huisarts over de verwijzing merk ik op dat verzekerden wel zelf voor hun behandelaar moeten kunnen kiezen.

Partijen in de GGZ werken aan een voorstel voor het beschikbaar maken van keuze-informatie voor patiënten in de GGZ. Wachttijdinformatie maakt hier onderdeel van uit. Ik juich dit toe.

Met betrekking tot de acute GGZ ontwikkelt het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ een generieke zorgmodule. In deze generieke module zal een eenduidige definitie van een acute GGZ-crisis worden vastgelegd, zullen de verantwoordelijkheden nader worden gedefinieerd en vastgelegd ten aanzien van overdrachtmomenten, zal aandacht worden besteed aan (doelmatig) vervoer van patiënten (terugdringen vervoer door politie). De eerste opvang van de persoon in crisis zal worden meegenomen, evenals de wachttijd op de crisisdienst (ontwikkeling van een gedifferentieerde norm voor spoedgevallen en een triagestandaard). Hierdoor zal de zorg in de acute GGZ verbeteren. Ik verwacht eveneens vermindering van de druk op de crisisdiensten door de aanpak van de wachttijden voor de reguliere trajecten in de GGZ. Ik ondersteun van harte de suggestie van de NZa om in de toekomst een vervolgonderzoek in de acute GGZ uit te voeren om de ontwikkelingen te monitoren.

Ik constateer dat de NZa diverse acties onderneemt om wachttijden te verminderen en ook zorgverzekeraars en zorgaanbieders aanspoort tot actie. Een betere informatievoorziening met het oog op een betere bemiddeling is een belangrijke sleutel tot het verminderen van wachtlijstproblematiek. Ik steun de NZa van harte in haar acties en ben benieuwd naar de resultaten daarvan. Ik vind wel dat een verdere uniformering van wachttijdgegevens wenselijk is met het oog op beter inzicht in wachttijden en daarmee op vermindering van wachttijden. De Marktscan GGZ van de NZa levert gegevens over gemiddelde wachttijden, uit te splitsen naar hoofddiagnose. Het Motivaction onderzoek dat de NZa in dit rapport aanhaalt levert gegevens over het percentage cliënten dat langer moet wachten dan de Treeknorm. Ook worden in dit rapport percentages aanbieders genoemd die de Treeknorm overschrijden. In de medisch-specialistische zorg kennen we gemiddelde wachttijden per specialisme en aantallen specialismen die de Treeknorm overschrijden. Ik vind het van belang dat hier meer uniformiteit komt en dat de wachttijdgegevens veelzeggend zijn voor de patiënt en de verzekeraar. Ik zal de NZa vragen of zij willen onderzoeken hoe de uniformiteit over de sectoren heen en de zeggingskracht van wachttijdgegevens verder verbeterd kunnen worden.

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