



# Tweede Kamer

DER STATEN-GENERAAL

Commissie VWS

Aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Plaats en datum: Den Haag, 12 mei 2017  
Betreft: Aanvullende vragen ten behoeve van bij RvW van 9 mei 2017 verzochte brief over de tekortschietende zorg in de ggz door lange wachtlijsten  
Ons kenmerk: 2017Z06242

Geachte mevrouw Schippers,

Bij de Regeling van werkzaamheden van 9 mei 2017 heeft de Kamer u verzocht om een brief naar aanleiding van een tv-uitzending over de tekortschietende zorg in de ggz door lange wachtlijsten (Kassa.vara.nl, 29 april 2017). In aansluiting hierop heeft de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport in haar vergadering van 10 mei besloten te inventariseren welke eventuele aanvullende vragen in deze brief beantwoord zouden moeten worden. Bedoelde vragen doe ik u hierbij namens de commissie toekomen.

## 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?
2. Wat zijn de exacte achterliggende oorzaken van de wachtlijsten in de gespecialiseerde ggz?
3. Zijn deze oorzaken voor de wachtlijsten dezelfde als de oorzaken in het verleden?
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?

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

Tweede Kamer der Staten-Generaal  
Postbus 20018  
2500 EA Den Haag

T. 070-3182211  
E. [cie.vws@tweedekamer.nl](mailto:cie.vws@tweedekamer.nl)

## 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?
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?
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?
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?
10. De afgelopen jaren zijn gespecialiseerde ggz-centra voor traumabehandeling afgebouwd en gesloten. Deze feiten weerspiegelen de werkelijkheid van een groot gebrek aan gespecialiseerde behandelmogelijkheden 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.

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?<sup>1</sup> 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?

### 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?
13. Erkent de minister dat de huidige opstopping in de ggz zeer ernstige gevolgen heeft en leidt tot grote maatschappelijke schade?
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?
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?
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?<sup>2</sup>
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?
18. Hoeveel klachten hebben zorgverzekeraars en de NZa het afgelopen jaar binnengekregen over wachtlijsten in de ggz?
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?
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?
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?
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?<sup>3</sup>
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?

---

<sup>1</sup> <http://www.volkskrant.nl/opinie/wachtlijsten-ggz-zorgen-voor-onacceptabele-lijdensweg~a4443936/>

<sup>2</sup> Kamerstuk 25 424, nr. 324; AO GGZ, 26 mei 2016

<sup>3</sup> de Volkskrant, 5 januari 2017: Wachtlijsten ggz onacceptabel

## 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?
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?
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?
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?
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?
29. Kan de minister bevestigen dat zorgverzekeraars en ggz-aanbieders (zoals ggz-instellingen of vrijgevestigde 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 traumatoornissen 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?
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?
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?
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?
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?

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

### Vragen ChristenUnie-fractie

40. In de brief van 18 januari 2017<sup>4</sup> 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?
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?
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?
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 2017<sup>5</sup>)?
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?
45. Wat heeft het onderzoek 'Wachttijden bijzondere patiëntgroepen autisme en persoonlijkheidsstoornissen' aan mogelijke oplossingen opgeleverd?
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?
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?
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?

---

<sup>4</sup> Kamerstuk 25 424, nr. 339

<sup>5</sup> Kamerstuk 25 424, nr. 339

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?
51. Zijn er voldoende gespecialiseerde ggz-zorgverleners (met name psychiaters) in alle regio's van Nederland beschikbaar om in theorie de gevraagde gespecialiseerde ggz-zorg te kunnen verlenen?

Hoogachtend,

de griffier van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

H.J. Post

**Tweede Kamer der Staten-Generaal**  
**Postbus 20018**  
**2500 EA Den Haag**

**T. 070-3182211**  
**E. [cie.vws@tweedekamer.nl](mailto:cie.vws@tweedekamer.nl)**