

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

2327

Vragen van de leden **Kuzu** en **Bouwmeester** (beiden PvdA) aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *patiënten die lange wachttijden melden voor tweedelijns geestelijke gezondheidszorg* (ingezonden 2 juni 2014).

Antwoord van minister **Schippers** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 24 juni 2014)

Vraag 1

Heeft u de tv-uitzending gezien waarin patiënten aangeven lang te moeten wachten voordat zij bij een psychiater of tweedelijns ggz-instelling terecht kunnen?¹

Antwoord 1

Ja.

Vraag 2

Hoeveel patiënten staan er op dit moment op de wachtlijst voor tweedelijns geestelijke gezondheidszorg? Wat is de gemiddelde wachttijd? Voor hoeveel patiënten overschrijdt de wachttijd de in de beroepsrichtlijn aangegeven maximale wachttijd?

Antwoord 2

Momenteel zijn geen actuele landelijke gegevens bekend over wachtlijsten in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Aanbieders van ambulante tweedelijns GGZ zijn op grond van regelgeving van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) verplicht wachttijdinformatie op hun website te plaatsen², waardoor patiënten wel kunnen weten waar ze aan toe zijn. NZa is momenteel bezig met meting van wachttijden in de gespecialiseerde GGZ. De NZa verwacht de eerste resultaten van de wachttijdmeting in oktober 2014 openbaar te kunnen maken.

¹ Uitzending Kassa, Patiënten melden lange wachttijden bij psychiaters en instellingen, 24 mei 2014

² Zie regeling GG/NR- 100.106 (http://www.nza.nl/binaries/7113/12291/GG-NR-_100.106_wachttijd_publicatie_GGZ_Zvw.pdf).

Vraag 3

Hoeveel signalen heeft u in 2014 gehad van patiënten, huisartsen, psychiaters en zorgverzekeraars over de lange wachttijden voor tweedelijns geestelijke gezondheidszorg? Wat heeft u met deze signalen gedaan?

Antwoord 3

Ik beschik op dit moment niet over kwantitatieve gegevens over wachttijden voor de gespecialiseerde GGZ. Wel heb ik signalen gekregen in het kader van het overleg dat ik voer met partijen over de uitvoering van het bestuurlijk akkoord in de GGZ en uit de media. Deze signalen hebben betrekking op

- Wachttijden bij de POH-GGZ;
- Een beperkt aantal verwijzingen naar de generalistische basis GGZ;
- Wachttijden bij de gespecialiseerde GGZ.

Het gaat hier om individuele meldingen van zorgaanbieders of patiënten die mij bereiken via hun koepelorganisaties of via de media. Deze meldingen geven nog geen kwantitatief beeld. Om wel een beter totaalbeeld te krijgen is de NZa bezig met een wachttijdmeting en heeft het Landelijk Platform GGZ een meldactie in gang gezet. De monitor van de generalistische basis GGZ zal een beeld geven van de verschuivingen tussen de verschillende echelons in de GGZ. In september komt een eerste kwantitatief resultaat hiervan beschikbaar.

In het bestuurlijk akkoord voor de GGZ hebben partijen aangegeven dat wachtlijsten in de GGZ zeer onwenselijk zijn. De beperking van de uitgavengroei moet gerealiseerd worden door de doelmatigheid te bevorderen en mag niet leiden tot een toename van wachtlijsten. De afspraken over vermindering van de uitgavengroei ontslaan de zorgverzekeraars niet van hun zorgplicht. Partijen hebben in het bestuurlijk akkoord 2014–2017 afgesproken zich tot het uiterste in te spannen om de zorg binnen de Treeknormen te leveren, waarmee wordt voorkomen dat wachtlijsten ontstaan of zullen oplopen. Deze Treeknormen houden in dat de maximale wachttijden tot de intake 4 weken bedragen, tot de diagnose eveneens 4 weken, tot de aanvang van extra- of semimurale zorg 6 weken en tot de aanvang van intramurale zorg 7 weken.

De zorgverzekeraar heeft een zorgplicht en zal in geval van wachttijden de verzekerde doorgeleiden naar een andere zorgaanbieder. Uit de televisie uitzending bleek dat verzekerden lang niet altijd op de hoogte zijn van het feit dat zij zich tot de zorgverzekeraar kunnen wenden voor een tijdelijke behandeling of voor zorgbemiddeling. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders kunnen verzekerden hierop wijzen.

Zelf blijf ik in gesprek met de organisaties van cliënten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars waarmee ik het akkoord heb gesloten. Ik volg de signalen en de kwantitatieve gegevens en blijf partijen wijzen op hun verantwoordelijkheden. Nu blijkt dat verzekerden niet goed op de hoogte zijn van hun mogelijkheden, zal ik de organisaties van zorgverzekeraars en zorgaanbieders wijzen op de informatie die zorgverzekeraars en zorgaanbieders geven aan verzekerden/cliënten en de informatie die koepelorganisaties verstrekken aan hun leden. Ook moet het voor de verzekerde op het moment dat hij kiest voor een polis duidelijk zijn bij welke zorgaanbieders hij terecht kan. Zoals ik in mijn brief van 2 juni jl. aangaf zal ik in overleg met de NZa bezien op welke wijze de beleidsregel informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars en volmachten aangepast kan worden op dit punt. Als er een meer kwantitatief beeld beschikbaar is van wachttijden, zal ik bezien of dat aanleiding geeft tot beleidsmatige aanpassingen.

Vraag 4

Klopt het dat kwetsbare patiënten met geestelijke problematiek niet altijd tijdig de juiste zorg krijgen? Wat vindt u ervan dat Zorgverzekeraars Nederland stelt dat zorgverzekeraars deze problematiek niet herkennen? Hoe plaatst u dit in de reeks gevallen waar bleek dat patiënten zorgverzekeraars niet als hun belangenbehartiger ervaren?

Antwoord 4

Als verzekerden niet melden bij hun zorgverzekeraar dat zij lang moeten wachten, dan mist de zorgverzekeraar belangrijke informatie. Het is dus van groot belang dat de verzekerden deze weg beter weten te vinden en benutten. Mocht een verzekerde geen gehoor vinden bij zijn verzekeraar, dan

heeft hij meerdere mogelijkheden om zijn verzekeraar hier op aan te spreken. Behalve dat hij een klacht kan indienen bij de zorgverzekeraar, kan de verzekerde ook terecht bij de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ). Tot slot kunnen patiënten bij een tegenvallende dienstverlening vanuit de zorgverzekeraar jaarlijks een overstap maken naar een andere verzekeraar. De NZa heeft voorts tot taak toe te zien op de naleving van de zorgplicht door zorgverzekeraars.

Vraag 5

Deelt u de mening dat het onacceptabel is dat Zorgverzekeraars Nederland het uitblijven van tijdige geestelijke zorg grotendeels wijt aan patiënten en huisartsen die geen contact opnemen met de zorgverzekeraar als de beoogde behandelaar zijn plafond heeft bereikt?

Antwoord 5

Indien een behandelaar zijn plafond heeft bereikt en de zorgvraag groter is dan het aanbod, dient dit uiteraard bij de zorgverzekeraar bekend te worden gemaakt. De behandelaar heeft hierbij een signalerende functie, omdat de zorgverzekeraar op basis van de declaraties niet altijd een actueel beeld heeft (omdat declaraties veelal pas na verloop van tijd worden ingediend) van de mate waarin de behandelaar zijn plafond heeft bereikt. Zoals hiervoor onder 3 en 4 aangegeven, is de zorgverzekeraar op grond van zijn zorgplicht verplicht aan de verzekerde een andere oplossing te bieden. Dit kan door aanvullende afspraken met de zorgaanbieder te maken (over extra productie), door verschuivingen aan te brengen tussen bijvoorbeeld de plafonds voor de generalistische basis GGZ en de gespecialiseerde GGZ of door de verzekerde te bemiddelen naar een andere zorgaanbieder die nog wel «ruimte» heeft.

Vraag 6

Vindt u het wenselijk dat sommige patiënten na een terugval niet meer terecht kunnen bij hun vertrouwde behandelaar, omdat deze behandelaar zijn plafond al heeft bereikt?

Antwoord 6

Het is aan de zorgaanbieder en de verzekeraar om goede zorg voor de patiënt te organiseren. Afhankelijk van de soort polis kan de verzekerde bij een terugval waarvoor een nieuwe behandelovereenkomst wordt gesloten, te maken krijgen met een omzetplafond. Ik heb u hierover op 2 juni jl. een brief (kenmerk 190129-116251-Z) gestuurd. Overigens wil ik benadrukken dat een verzekerde die een lopende behandelovereenkomst heeft met een zorgaanbieder, recht heeft op het voortzetten van de behandeling ook wanneer een eventueel omzetplafond is bereikt.

Vraag 7

Wat verstaat u onder de «zorgplicht» voor zorgverzekeraars? Wanneer voldoet een zorgverzekeraar hier volgens u aan?

Antwoord 7

De Zvw regelt – onder meer – op welke op behandeling gerichte zorg de verzekerden jegens hun zorgverzekeraar aanspraak kunnen maken. De zorgplicht moet er voor zorgen dat verzekerden worden voorzien van kwalitatief goede zorg die binnen hun bereik is en tijdig wordt geleverd. De NZa ziet erop toe dat zorgverzekeraars de zorgplicht naleven. De Zvw regelt niet wat de zorgplicht precies inhoudt en hoe zorgverzekeraars aan hun zorgplicht moeten voldoen. De zorgplicht in de Zvw is dan ook een open norm die o.a. nader wordt ingevuld door de Treeknormen voor wachttijden. Zorgverzekeraars hebben in eerste instantie een eigen verantwoordelijkheid voor het voldoen aan de zorgplicht. In juni 2012 heeft de NZa de beleidsregel «toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars» vastgesteld. Met deze beleidsregel geeft de NZa aan hoe zij met de bevoegdheid om toezicht te houden op de rechtmatige uitvoering van de zorgplicht door zorgverzekeraars, omgaat. Wanneer zorgverzekeraars hun zorgplicht onvoldoende invullen kan de NZa (handhavend) optreden. Het feit dat de NZa handhavend kan optreden wordt niet ontleend aan dit toezichtkader zelf, maar aan de wettelijke bevoegdheid van de NZa om toe te zien op een rechtmatige uitvoering van de Zvw, zoals is opgenomen in de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg).

In de jaarlijkse marktscan over de GGZ en de monitor zorginkoop 2014 houdt NZa in de gaten of zorgverzekeraars met hun zorginkoopgedrag ook voldoende invulling geven aan hun zorgplicht ten aanzien van hun verzekerden.

Vraag 8

Bent u van mening dat zorgverzekeraars hun zorgplicht voor verzekerden veel actiever zouden moeten oppakken? Waarom slagen zorgverzekeraars er niet in om wachttijden voor hulpbehoevende, kwetsbare patiënten binnen de kaders van de geldende beroepsrichtlijnen te houden en de continuïteit van de relatie patiënt/behandelaar te waarborgen? Hoe zouden zorgverzekeraars hun zorgplicht actiever kunnen oppakken?

Antwoord 8

In z'n algemeenheid kan gesteld worden dat de wachttijd problematiek sterk is afgenomen. Indien patiënten niet tijdig geholpen kunnen worden bij een bepaalde aanbieder, zullen ze moeten uitwijken naar een andere aanbieder. De patiënten kunnen bij de meeste zorgverzekeraars terecht voor zorgbemiddeling. Uiteraard is dit ook gekoppeld aan de keuze van een zorgverzekeraar en de polisvoorwaarden. Soms is een wachtlijst ook een gevolg van een onverwachte enorme toename van de vraag waardoor tijdelijk frictie ontstaat. Ook kan het zijn dat een zorgvraag zeer specialistisch aanbod vergt dat langjarige opleiding vergt om het aanbod te vergroten. Er is overigens dan ook een mogelijkheid tijdelijk uit te wijken naar buitenlands aanbod.

Vraag 9

Hoe ziet de Nederlandse Zorgautoriteit toe op deze kwestie, en waarom is zij niet overgegaan tot ingrijpen?

Antwoord 9

De NZa neemt het signaal serieus. De NZa vindt het belangrijk dat patiënten niet geconfronteerd worden met (te) lange wachttijden. Daarom gaat de NZa in gesprek met het Landelijk platform GGZ. In het toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw van de NZa³ staan normen voor de wachttijden voor GGZ. Deze zijn opgesplitst in de wachttijd voor eerste consult, diagnose en behandeling. Met de informatie die de NZa verkrijgt van het Landelijk Platform GGZ kan de NZa beoordelen of zorgverzekeraars voldoen aan hun zorgplicht. Dit beoordeelt de NZa aan de hand van de voornoemde normen. Indien de NZa constateert dat een zorgverzekeraar niet voldoet aan de zorgplicht, kan zij op verschillende manieren ingrijpen, bijvoorbeeld door het opleggen van een aanwijzing.

³ http://www.nza.nl/137706/406031/TH_BR-009_Toezichtskader_Zorgplicht_Zvw.pdf