

Vergaderjaar 2014–2015

31 765

Kwaliteit van zorg

Nr. 111

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 1 december 2014

Hierbij treft u de Marktscan GGZ 2014 (deel A) aan met daarbij een brief van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) met beleidsaanbevelingen¹. Tevens is een onderzoek van het Trimbos-instituut bijgevoegd² naar de perspectieven van cliënten in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) op hoofdbehandelaarschap en kwaliteit van zorg.

Marktscan GGZ 2014 (deel A) van de NZa

In het bijgevoegde deel van de Marktscan GGZ 2014 dat ik op 24 november jongstleden heb ontvangen, gaat de NZa in op de betaalbaarheid en de toegankelijkheid van de GGZ. Het tweede deel van de marktscan verschijnt in de eerste helft van volgend jaar. De NZa zal daarin ingaan op het contracteringsproces in de GGZ en de transparantie van de kwaliteit van de zorg.

Op het punt van betaalbaarheid laat de NZa zien dat de uitgaven in de curatieve GGZ in 2012 zijn gedaald en dat het uitgavenniveau in 2013 gelijk is aan dat in 2011. In de langdurende GGZ was er in 2013 sprake van een daling van de uitgaven na een groei van 11,7% in de periode 2010–2012.

Met het oog op de toegankelijkheid van de GGZ heeft de NZa gekeken naar de wachtlijsten in de ambulante gespecialiseerde GGZ. Uit het onderzoek van de NZa blijkt dat de wachttijden in 2014 niet zijn toegenomen ten opzichte van 2010. In 2014 heeft een groot deel van de aanbieders op de verschillende locaties een wachttijd die korter is dan de Treeknorm. Echter, vooral in de jeugd-GGZ is sprake van een groot aantal locaties waar de wachttijden langer zijn dan de Treeknormen. De Treeknormen gaan uit van een maximale wachttijd van 4 weken tussen

¹ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

² Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

aanmelding en intake, 4 weken tussen intake en diagnose en 6 weken tussen het stellen van de diagnose en de aanvang van de behandeling. De informatie over wachttijden is gebaseerd op de informatie die aanbieders (verplicht) op hun website plaatsen.

In het algemeen zijn de wachttijden niet toegenomen ten opzichte van 2010. De wachttijden zijn echter ook niet zodanig afgenomen dat de sector achterover kan leunen. Voor de NZa vormen de wachttijden en het tekort aan achtergrondinformatie over die wachttijden in de ambulante gespecialiseerde GGZ een aanleiding tot nadere actie. Het belangrijkste is dat de zorgplicht niet in gevaar mag komen. Aanbieders die een te lange wachtlijst hebben worden door de NZa verplicht om patiënten te melden dat zij bij hun zorgverzekeraar kunnen informeren naar alternatieve behandel mogelijkheden. Zorgverzekeraars worden verplicht om op hun website consumenten te informeren over de Treeknormen en over de hulp die de verzekeraar kan bieden bij het zoeken van een behandelaar, als er sprake is van een te lange wachttijd. De NZa zal bovendien nader onderzoek doen om de wachttijden goed te kunnen duiden. Ik zal met de NZa in overleg 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.

Hoofdbehandelaarschap en kwaliteit van zorg, perspectieven van GGZ-cliënten van het Trimbos-instituut

In mijn brief over het hoofdbehandelaarschap in de GGZ (2 juli 2013, Kamerstuk 25 424, nr. 221) heb ik aangekondigd onderzoek te doen naar het hoofdbehandelaarschap. Het bijgevoegde onderzoek van het Trimbos-Instituut naar cliëntperspectieven op hoofdbehandelaarschap dat ik op 25 november jongstleden heb ontvangen, maakt daar onderdeel van uit.

Uit het rapport blijkt dat cliënten en naastbetrokkenen een aantal voorwaarden van belang vinden voor een goede kwaliteit van individuele behandeltrajecten: contact en communicatie, zorginhoudelijke aspecten als deskundigheid, maatwerk en herstelgerichtheid en organisatie en samenwerking. GGZ-behandelaren moeten goede contactuele vaardigheden hebben en inlevingsvermogen. Zij moeten voldoende kennis hebben en bekwaam zijn en samenwerken met andere disciplines en ervaringsdeskundigen. Ook hoofdbehandelaren moeten deze competenties hebben. Zij moeten de behandelaar zijn met wie de cliënt het meeste contact heeft, die de regisseur/coördinator is en de eindverantwoordelijke.

In het rapport wordt geconcludeerd dat het vanuit het perspectief van cliënten en naasten wenselijk zou zijn wanneer overwegingen met betrekking tot taken, verantwoordelijkheden en beroepen expliciet aan de kwaliteitsthema's contact en communicatie, zorginhoud en organisatie en samenwerking worden verbonden en getoetst.

Ik zend dit rapport tevens aan de commissie die onder leiding van mevrouw Meurs een advies voorbereidt over een norm voor het hoofdbehandelaarschap.

De commissie hoopt eind februari 2015 een advies uit te brengen.

Aanvullend op dit onderzoek zal ik in de eerste helft van volgend jaar, zodra er voldoende declaraties over 2014 beschikbaar zijn, de gegevens over beroepen en tijdsbesteding van hoofdbehandelaren en medebehandelaren laten analyseren.

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