

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

1343

Vragen van het lid **Van Gerven** (SP) aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *de wachtlijsten in de eerstelijnspsychologie en de geestelijke gezondheidszorg (GGZ)*. (Ingezonden 8 januari 2010)

1
Wat is uw reactie op het bericht dat praktijken voor eerstelijnspsychologie steeds vaker kampen met wachtlijsten?¹

2
Kunt u een recent overzicht van de wachtlijsten en wachttijden in de hele geestelijke gezondheidszorg aan de Kamer doen toekomen, waarbij de effecten van de overheveling en de invoering van de diagnose behandeling combinatie (dbc)-financiering zichtbaar zijn? Zo nee, waarom niet? Heeft u recentere gegevens dan uit het BMC-onderzoek van januari 2009 blijkt?² Wat is de reden van de wachtlijsten?

3
Bent u bereid te onderzoeken of door de langere wachttijden de zorg aan mensen die psychologische zorg nodig hebben in gevaar komt? Zo nee, waarom niet?

4
Welke maatregelen hebben zorgverzekeraars genomen om de wachtlijsten en wachttijden terug te dringen? Bent u, zo nodig, bereid er bij de zorgverzekeraars op aan te dringen dat zij aanvullende

maatregelen nemen? Zo nee, waarom niet?

5
Welke maatregelen gaat u nemen om de wachtlijsten in de GGZ zo snel als kan terug te dringen?

6
Welke extra kosten voor instellingen en vrij gevestigden waren in 2008 en 2009 voor heel Nederland gemoeid met de dbc-financiering, waardoor behandelaars en instellingen pas veel later inkomsten krijgen voor de behandelingen? Heeft de eventuele bevoorschotting door zorgverzekeraars geleid tot een daling van de extra kosten in 2009 ten opzichte van 2008?

7
Wat is uw oordeel over de analyse van PricewaterhouseCoopers over de GGZ, die stelt dat de «GGZ-sector een aanzienlijk lager resultaat heeft gerealiseerd door de toegenomen rentelasten vanwege de dbc-invoering die niet volledig zijn gecompenseerd en doordat niet alle zorg wordt betaald als gevolg van nieuwe schotten in de financiering» (AWBZ, Zorgverzekeringswet (Zvw), Justitie, Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo))?³

8
Hoe verklaart u het feit dat het aantal GGZ-instellingen dat een negatief resultaat heeft behaald in 2008 is gestegen van circa 15% in 2007 naar 35% in 2008?⁴

9
Is het waar dat het debiteurenrisico niet goed is geregeld, omdat onverzekerde op dag één betekent dat de gehele behandeling niet kan worden gedeclareerd?⁵

10
Onderschrijft u de conclusie dat de «nieuwe systematiek van de dbc's, diagnose behandeling en beveiliging combinaties (dbbc's) en zorgzwaartepakketten (zzp's) verkeerde prikkels bevat» waardoor er nauwelijks nog ruimte is voor dienstverlening, preventie en zorgvernieuwing omdat niet veel preventie maar veel behandelen wordt beloofd? En dat generieke kortingen niet het antwoord zijn om te komen tot duurzame zorg?⁶

11
Welke oplossingen staan u voor ogen om bovengeschetste problemen te tackelen?

12
Wilt u deze vragen beantwoorden vóór het algemeen overleg «Overheveling GGZ» op 21 januari a.s.?

¹ Psy, 6 januari 2010: «Wachten voor de psycholoog» http://www.psy.nl/nieuws/meer-nieuws/nieuwsbericht/article/wachten-voor-de-psycholoog/?no_cache=1&cHash=fccb8d80df

² BMC, januari 2009: «Rapport periodieke meting geneeskundige ggz».

³ PwC: «Brancherapport gezondheidszorg 2009».

⁴ Idem.

⁵ Idem.

⁶ Idem.

Antwoord

Antwoord van minister **Klink**
(Volksgezondheid, Welzijn en Sport)
(ontvangen 22 januari 2010)

1

In het bericht meldt de Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen (LVE) dat de wachttijden licht zijn opgelopen naar gemiddeld 17 dagen in 2008. De LVE verklaart dit door een toename van het aantal cliënten als gevolg van de opname van de EPZ in de basisverzekering. Het wekt niet mijn verbazing dat deze pakketuitbreiding heeft geleid tot een toename van het aantal cliënten bij de eerstelijnspsychologen. Toename van de zorgvraag heeft vaak invloed op de wachttijd. Deze wachttijden blijven echter binnen de Treeknorm. Bovendien is in het bericht te lezen dat het aantal eerstelijnspsychologen wordt uitgebreid.

2

GGZ Nederland brengt de rapportage over wachttijden in ggz-instellingen over het jaar 2009 naar verwachting mei dit jaar uit. Eerder kan ik u geen recente gegevens doen toekomen. Dit rapport biedt een goed overzicht van de situatie in de tweedelijns ggz. Samen met de cijfers van de LVE over de eerste lijn biedt dat een overzicht van de wachttijden in de hele ggz. Eventuele positieve of negatieve effecten van de overheveling zijn daarbij echter niet te onderscheiden in het complex van factoren dat wachttijden veroorzaakt. Wachttijden worden veroorzaakt door een samenspel van verschillende factoren, bijvoorbeeld verwijsgedrag van de lokale eerste lijn, de logistieke organisatie van de aanbieder of, zoals aangegeven door de LVE, aanpassingen in de basisverzekering.

3

De inspectie van de Gezondheidszorg ziet toe op de veiligheid van patiënten en de kwaliteit van zorg. Hierbij kijkt zij ook naar het aspect van tijdigheid van de verleende zorg. Ik zie geen noodzaak tot het doen van een aanvullend onderzoek op de taken van inspectie.

4

Bestrijding van lange wachttijden is inderdaad zoals u stelt de verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars. De zorgplicht legt

de verzekeraars de verplichting op ervoor te zorgen dat de verzekerde de (vergoeding van kosten van) zorg en zorgbemiddeling krijgt waaraan hij behoefte en waarop hij wettelijk aanspraak heeft. Daarbij gaat het om de inhoud en omvang van de (vergoeding van) zorg, de tijdigheid, bereikbaarheid en de kwaliteit van de verzekerde zorg.

Om aan hun zorgplicht te voldoen stellen zorgverzekeraars bij de onderhandelingen over de zorginkoop met zorgaanbieders eisen aan de wachttijden en doorlooptijden binnen een instelling. Daarnaast doen veel verzekeraars aan zorgbemiddeling om hun verzekerden te helpen de weg te vinden naar de meest geschikte aanbieder. Naast bijvoorbeeld de kwaliteit van een zorgaanbieder zijn ook de verschillen in wachttijd een belangrijke reden om voor een bepaalde zorgaanbieder te kiezen.

De NZa houdt toezicht op de naleving van de zorgplicht en zal verzekeraars er op aanspreken als zij hun verantwoordelijkheid niet voldoende invullen. De NZa onderzoekt de manier waarop zorgverzekeraars door zorginkoop waarborgen dat zorgverzekeraars aan hun zorgplicht voldoen. In het rapport «Uitvoering Zorgverzekeringswet 2008» dat de NZa zeer binnenkort zal uitbrengen en u wordt toegezonden, concludeert de NZa dat zorgverzekeraars zich voldoende inspannen om de tijdigheid van de zorg te waarborgen. (Dit rapport wordt u zeer binnenkort toegezonden.) Ik acht het daarom ook niet noodzakelijk om nogmaals afzonderlijk bij verzekeraars aan te dringen op aanvullende maatregelen.

5

Zorgverzekeraars zijn vanwege hun zorgplicht wettelijk verplicht om tegemoet komen aan de zorgvraag van hun verzekerden. Specifiek voor de jeugd-ggz heeft het kabinet het zogenoemde «slimmer werken» extra gestimuleerd. De minister van Jeugd & Gezin en ik hebben dit jaar de tweede ronde van de zogenaamde «doorbraakprojecten» in de jeugd-ggz gestart. In de eerste ronde doorbraakprojecten is aangetoond dat grote winst te halen is met het verbeteren van de logistieke processen binnen instellingen. Wachttijden en doorlooptijden werden bij deelnemende

zorgaanbieders gereduceerd met percentages van 50 tot wel 100%.

6

Ik verwijs u naar mijn antwoord op vraag 7.

7

De beleidsregel «voorschotten en rentevergoeding DBC's GGZ» (CU-5025) voorziet erin dat aanbieders hun rentelasten kunnen doorberekenen aan verzekeraars wanneer zij niet bevoorschot worden. Wanneer een aanbieder zijn administratie op orde heeft, is deze beleidsregel adequaat. Door aanloopproblemen in 2008 waren de administraties echter niet altijd voldoende op orde. Instellingen moeten zelf onderhandelen met banken of verzekeraars over de voorwaarden van kredietverstrekking of bevoorschotting. Aan bevoorschotting liggen afspraken tussen individuele verzekeraars en aanbieders ten grondslag. Hoe deze partijen de baten en lasten van bevoorschotting precies verdelen is mij niet bekend. Ik kan u daarom niet het verschil in kosten rond bevoorschotting tussen 2008 en 2009 mededelen.

Ook voor de overheveling van de curatieve ggz naar de Zvw had de ggz te maken met een veelheid aan financieringsbronnen. Wel zijn bij de overheveling ggz, de overheveling van middelen naar de begroting van Justitie en de totstandkoming van de WMO de verantwoordelijkheden van de diverse financiers en de grenzen tussen de financieringstromen duidelijker geworden.

8

Ik verwijs u naar mijn antwoord op vraag 7.

9

Nee, dat is niet waar. Bij de DBC-systematiek is het moment van openen, bepalend voor de vraag wie de declaratie van de gehele DBC vergoedt. Indien iemand (al dan niet in strijd met zijn wettelijke plicht) onverzekerd is als de DBC wordt geopend, dient deze persoon de kosten van deze DBC zelf te vergoeden. Dit betekent echter niet dat een eventueel debiteurenrisico voortkomt uit de huidige DBC-systematiek, maar dat deze voortvloeit uit het feit dat onverzekerden hun eigen declaraties

moeten betalen, wanneer zij onverzekerd zorg hebben ontvangen. Zorgaanbieders bieden hiervoor in veel gevallen een betalingsregeling aan. Een aanbieder kan een eventueel debiteurenrisico vooraf ondervangen door voor het leveren van zorg bij de betrokkene na te gaan bij welke zorgverzekeraar hij verzekerd is.

10

In het algemeen geldt dat zowel de financiering van individuele preventie als behandeling binnen de wettelijke kaders van Wmo, Zvw en AWBZ zijn gedekt. De mogelijkheden om individuele preventie te verlenen zijn daarmee in feite juist vergroot, omdat zowel individuele preventie als geneeskundige behandeling deel uitmaken van het verzekerd pakket. Het CVZ heeft in zijn rapport «Van preventie verzekerd» de contouren van de diverse vormen van preventie nogmaals verduidelijkt. Er is voor zorgaanbieders dus financiële ruimte aanwezig voor preventie en dienstverlening waar cliënten op grond van diverse wetten beroep op kunnen doen. Het is aan de betrokken partijen om de beschikbare middelen op juiste wijze in te zetten; voor zover er sprake is van onderuitputting zijn zorgverzekeraars en gemeenten dus zelf aan zet.

Mochten onduidelijkheden over wat wel en niet tot het verzekerd pakket behoort daarvoor de oorzaak zijn, dan ga ik ervan uit dat bovengenoemde handreiking van het CVZ die heeft weggenomen.

Hoewel er wordt gewerkt met een zo compact mogelijke productstructuur is al gebleken dat op onderdelen nadere verfijning wenselijk is. Daarom staat voor komend jaar een inhoudelijke analyse van de verschillen tussen DBC's qua zorgzwaarte op de ontwikkelagenda van DBC Onderhoud. Het is de vraag hoe specialistische zorg met een afwijkende tijdsinzet of afwijkende mix van beroepen het best kan worden verankerd in de productstructuur. Dat komt uiteindelijk ook de zorgvernieuwing ten goede. Kanttekening daarbij is wel dat deze verankering op budgetneutrale wijze moet plaatsvinden.

Het nemen van budgettaire maatregelen zoals tariefmaatregelen is soms noodzakelijk vanuit mijn verantwoordelijkheid voor de betaalbaarheid van de zorg.

11

In mijn brief d.d. 22 oktober 2009 (Kamerstukken 2009–2010, 25 424, nr. 93,) heb ik u mijn beleidsvoornemens geschetst met betrekking tot de curatieve ggz voor 2010 en verder. Daarmee heb ik op hoofdlijnen aangegeven hoe ik de verdere ontwikkeling van de sector voor mij zie. De oplossing van eventuele problemen bij de invoering van prestatiebekostiging en mogelijk verdere liberalisering maakt hier integraal onderdeel van uit.

12

Hiermee voldoe ik aan uw verzoek.