

AH 3554

2021Z10259

Antwoord van staatssecretaris Blokhuis (Volksgezondheid, Welzijn en Sport)
(ontvangen 12 juli 2021)

Zie ook Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2020-2021, nr. 3381

Vraag 1.

Heeft u de uitzending van Pointer van 7 juni jl. gezien? ¹

Antwoord vraag 1.

Ja.

Vraag 2.

Zo ja, wat vond u van de uitzending?

Antwoord vraag 2.

Duidelijk is dat er zaken niet goed gaan en dat verdriet en teleurstelling overheersen bij kwetsbare mensen die niet tijdig of adequaat worden geholpen. Dat begrijp ik uiteraard en het raakt me. De uitzending stelt wat mij betreft belangrijke knelpunten in de ggz aan de orde. Bovendien laat Pointer treffend zien wat de impact hiervan op individuele patiënten kan zijn. Op veel van de benoemde knelpunten wordt al inzet gepleegd. De persoonlijke portretten laten echter zien dat de praktijk weerbarstig is.

Vraag 3.

Wat vindt u ervan dat mensen met een complexe ggz-zorgvraag en/of crisisgevoeligheid de wachtlijst niet eens halen?

¹ Pointer, 7 juni 2021, «Ggz-instellingen weigeren patiënten met ernstige psychische problemen: behandelen willen acceptatieplicht» (Ggz-instellingen weigeren patiënten met ernstige psychische problemen: behandelen willen acceptatieplicht | KRO-NCRV)

Antwoord vraag 3.

Dat mensen met een dergelijke – zware - zorgvraag niet geholpen worden, is heel pijnlijk. Dit is dan ook mijn belangrijkste drijfveer geweest voor het laten opstellen van het zogenaamde 'plan van aanpak hoogcomplexen ggz'² en voor mijn inzet op het ontwikkelen van regionale doorzettingsmacht³.

Vraag 4.

Heeft u een idee hoe groot deze 'groep' in Nederland is? Zo nee, hoe en wanneer kunt u hier meer inzicht over verschaffen?

Antwoord vraag 4.

Het is niet mogelijk de groep patiënten met een (hoog)complexen zorgvraag die op dit moment tussen wal en schip vallen in beeld te brengen. Er is geen mogelijkheid om deze patiënten te registreren. Wel kan het plan hoogcomplexen ggz in toenemende mate bijdragen aan een completer beeld van de eerdergenoemde groep hoogcomplexen patiënten. Verwijzers, zorgaanbieders en zorgverzekeraars worden gestimuleerd deze groep patiënten op een van de regiotafels uit het plan van aanpak in te brengen.

² Kamerstuk 25 424, nr. 545

³ Kamerstuk 25 424, nr. 581

Vraag 5.

Zijn er in Nederland voldoende plaatsen/behandelingen voor mensen met ernstige en/of meerdere ggzproblemen?

Antwoord vraag 5.

We kunnen niet uitsluiten dat voor bepaalde ggz-klachten niet altijd voldoende behandelcapaciteit aanwezig is. Met de uitvoering van de transfermechanismen en het plan hoogcomplexiteit ggz ontstaat hier wel een steeds completer beeld van.

Binnen het plan van aanpak hoogcomplexiteit ggz wordt ook bovenregionaal naar het juiste behandelaanbod gezocht. Verzekeraars en aanbieders hebben de garantie afgegeven dat iedereen die op de regiotafels hoogcomplexiteit ggz wordt besproken een passend zorgaanbod krijgt, dat ook gefinancierd wordt. Als dit aanbod er niet is, wordt het gecreëerd. Ik begrijp van de partijen dat dit laatste tot op heden nog niet nodig is geweest.

Vraag 6.

Is het u bekend dat het afwijzen van patiënten door ggz-instellingen ook voor huisartsen een groeiend probleem is?

Antwoord vraag 6.

Deze signalen zijn mij bekend.

Vraag 7.

Wat vindt u ervan dat deze groep mensen met complexe ggz-problematiek eigenlijk alleen nog bij hun huisarts terecht kan?

Antwoord vraag 7.

Een situatie waarin een patiënt met een (hoog)complexiteit zorgvraag alleen bij een huisarts terecht kan is zeer onwenselijk. Ook om deze reden heb ik aangestuurd op de ontwikkeling van het plan van aanpak hoogcomplexiteit ggz. Een huisarts kan een hoogcomplexiteit patiënt naar een zogenaamde regiotafel doorverwijzen als er voor de patiënt binnen het reguliere systeem geen passend zorgaanbod gerealiseerd kan worden. Ook de transfermechanismen en het proces van regionale

doorzettingsmacht zijn erop gericht mensen die bij de toegang tot de gespecialiseerde ggz vastlopen te helpen.

Financiering van complexe trajecten mag nooit het probleem zijn. Mede om deze reden is per 2021 een aanpassing van de risicoverevening doorgevoerd. Daarmee worden de ggz-kosten van de ggz-gebruikers met de hoogste kosten voor 90% vergoed aan zorgverzekeraars. De hogekostencompensatie betreft een onderlinge verrekening tussen zorgverzekeraars. In de praktijk komt het erop neer dat de zorgverzekeraar met een kleiner aantal dure cliënten meebetaalt aan de kosten van de zorgverzekeraar die een hoog aantal dure cliënten heeft. Daarmee wordt het gelijke speelveld voor zeer dure GGZ-clianten beter geborgd en worden prikkels tot risicoselectie voorkomen⁴.

Verder is de nieuwe bekostiging voor de ggz van belang, die per 2022 samen met een nieuwe zorgvraagtypering wordt ingevoerd. De nieuwe bekostiging biedt zorgaanbieders en zorgverzekeraars betere handvatten om tot passende afspraken te komen, ook voor zorg voor cliënten met een psychiatrische aandoening en/of een complexe zorgvraag⁵. Het onderscheid dat binnen het model wordt gemaakt naar de 'setting' waarin de zorg wordt geleverd speelt daarbij een rol. Zo wordt binnen het model onder andere onderscheid gemaakt naar zorg die in een outreachende setting en zorg die in een hoogspecialistische setting wordt geleverd. Zorg in deze settings betreft veelal zorg voor cliënten met een ernstige psychiatrische aandoening en/of een complexe zorgvraag. Het genoemde onderscheid naar setting faciliteert het maken van gerichte afspraken over deze zorg in de contractering.

Vraag 8.

Wat vindt u van de stellingname van Pointer, maar ook van de Algemene Rekenkamer, dat het financieel niet aantrekkelijk is voor ggz-aanbieders om deze doelgroep in behandeling te nemen?

Antwoord vraag 8.

Dit is een herkenbaar signaal waar ik ook al eerder richting de Tweede Kamer op ben ingegaan. De huidige dbc-bekostiging en in het verlengde daarvan de contractafspraken tussen zorgverzekeraars en ggz-aanbieder (gebaseerd op gemiddelde behandel prijzen per cliënt) kunnen als resultaat hebben dat lichtere zorgvragen worden overgefinancierd en zwaardere zorgvragen juist worden onder gefinancierd en zo leiden tot financiële prikkels die het voor aanbieders aantrekkelijk maken om cliënten met een lichtere zorgvraag eerder te helpen dan

⁴ Kamerstuk 29 689, nr. 1067

⁵ Kamerstuk 25 424, nr. 554

cliënten met een zwaardere zorgvraag. De nieuwe bekostiging, waar ik in mijn vorige antwoord uitgebreid op in ben gegaan, faciliteert een passende vergoeding voor geleverde zorg die aansluit bij de feitelijke behandelinzet (in termen van bijvoorbeeld aantal consulten, betrokken professionals en setting waarin zorg wordt geleverd) en faciliteert dat zorgaanbieder en zorgverzekeraar daar passende afspraken over maken. Dit geldt ook voor patiënten met een complexe zorgvraag.

Vraag 9.

Wordt deze doelgroep (de mensen die de wachtlijst niet eens halen) ook besproken op de zogenaamde regionale overlegtafels? Zo nee, waarom niet?

Antwoord vraag 9.

Zie mijn antwoord op vraag 7.

Vraag 10.

Bent u bereid verder onderzoek te doen naar een acceptatieplicht?

Antwoord vraag 10.

Ik ben geen voorstander van een acceptatieplicht in de ggz. Een zorgaanbieder moet vanuit zijn of haar professionaliteit kunnen beoordelen of een patiënt gebaat is bij zijn behandel aanbod, of dat het in het belang van de patiënt is om door een andere zorgverlener te worden behandeld. Daarbij is het belangrijk dat een zorgaanbieder naar de hele mens in zijn of haar context kijkt. De praktijk wijst uit dat dit behulpzaam is bij het stellen van de juiste diagnose, en dat patiënten baat hebben bij de vervolgaanpak die hieruit voortkomt. Dit laat onverlet dat het zeer onwenselijk is dat mensen met een (hoogcomplexe) zorgvraag niet tijdig toegang hebben tot passende zorg. Met het opzetten van de transfermechanismen, de regiotafels hoogcomplexe ggz en het concept van regionale doorzettingsmacht creëren we een aanpak waarbij samenwerking tussen verwijzers, aanbieders en financiers ervoor moet zorgen dat mensen tijdig passende zorg ontvangen.

Vraag 11.

Wat kan en gaat u verder doen om enerzijds deze groep beter in beeld te krijgen, maar anderzijds ook om een passend hulpaanbod te organiseren?

Antwoord vraag 11.

Zie voor een antwoord op uw eerste vraag mijn antwoord op vraag 4.

Het zorgen voor passende – en tijdige – oplossingen voor mensen die wachten op gespecialiseerde ggz-zorg is het hoofddoel van de aanpak wachttijden in de ggz waar ik, samen met de landelijke stuurgroep wachttijden en de toezichthouders, op inzet. De eerdergenoemde transfermechanismen, de regiotafels vanuit het plan hoogcomplexiteit ggz en – overkoepelend - de uitwerking van regionale doorzettingsmacht dragen, samen met de aanpassing van de Transparantieregeling, waarmee we meer inzicht krijgen in de wachttijden en de aantallen wachtenden voor de verschillende diagnosegroepen, allemaal bij aan dit doel.