

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

## 3554

Vragen van het lid **Van den Berg** (CDA) aan de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *de uitzending van het TV-programma Pointer van 7 juni 2021* (ingezonden 9 juni 2021).

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?<sup>1</sup>

Antwoord 1

Ja.

Vraag 2

Zo ja, wat vond u van de uitzending?

Antwoord 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?

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

#### Antwoord 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»<sup>2</sup> en voor mijn inzet op het ontwikkelen van regionale doorzettingsmacht<sup>3</sup>.

#### 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 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.

#### Vraag 5

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

#### Antwoord 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 hoogcomplexen ggz ontstaat hier wel een steeds completer beeld van.

Binnen het plan van aanpak hoogcomplexen ggz wordt ook bovenregionaal naar het juiste behandel aanbod gezocht. Verzekeraars en aanbieders hebben de garantie afgegeven dat iedereen die op de regiotafels hoogcomplexen ggz wordt besproken een passend zorg aanbod 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 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 7

Een situatie waarin een patiënt met een (hoog)complexen 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 hoogcomplexen ggz. Een huisarts kan een hoogcomplexen 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

<sup>2</sup> Kamerstuk 25 424, nr. 545

<sup>3</sup> Kamerstuk 25 424, nr. 581

cliënten heeft. Daarmee wordt het gelijke speelveld voor zeer dure GGZ-clianten beter geborgd en worden prikkels tot risicoselectie voorkomen<sup>4</sup>. 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 zorgvraag<sup>5</sup>. 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 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 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 9

Zie mijn antwoord op vraag 7.

#### Vraag 10

Bent u bereid verder onderzoek te doen naar een acceptatieplicht?

#### Antwoord 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.

<sup>4</sup> Kamerstuk 29 689, nr. 1067

<sup>5</sup> Kamerstuk 25 424, nr. 554

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 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.