

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

De Voorzitter van de Tweede Kamer
der Staten-Generaal
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34
www.rijksoverheid.nl

Ons kenmerk
3977056-1072905-Z

Bijlagen
1

Datum document
30 September 2024

*Correspondentie uitsluitend
richten aan het retouradres
met vermelding van de datum
en het kenmerk van deze
brief.*

Datum 6 november 2024
Betreft Kamervragen

Geachte voorzitter,

Hierbij zend ik u de antwoorden op de vragen van het lid Dobbe (SP) en Westerveld (PvdA) over de antwoorden op eerdere vragen over het opleggen van budgetplafonds aan Pro Persona door de zorgverzekeraars (2024Z14629).

Hoogachtend,

de staatssecretaris Jeugd,
Preventie en Sport,

Vincent Karremans

Antwoorden op Kamervragen van het lid Dobbe (SP) en Westerveld (PvdA) over de antwoorden op eerdere vragen over het opleggen van budgetplafonds aan Pro Persona door de zorgverzekeraars (2024Z14629, ingezonden 30 september 2024).

Vraag 1.

Op basis waarvan oordeelt u dat omzetplafonds een effectief middel zijn voor zorgverzekeraars om de "schaarse personele inzet en schaarse middelen zo goed mogelijk te verdelen en idealiter terecht te laten komen bij de mensen die de zorg het hardst nodig hebben"? Zorgen de omzetplafonds er niet juist voor dat het juist minder aantrekkelijk wordt om de mensen die de meeste zorg nodig hebben te helpen?

Antwoord vraag 1.

De toegankelijkheid van de ggz moet beter, zeker voor mensen met ernstige, complexe psychische problematiek. Het is aan zowel zorgaanbieders, zorgprofessionals als zorgverzekeraars om ervoor te zorgen dat de patiënt de zorg krijgt die hij nodig heeft. Het is aan de zorgprofessional om via een goede triage ervoor te zorgen dat de patiënt met de meest noodzakelijke zorgvraag deze ook tijdig krijgt. Het is aan de zorgaanbieder om patiënten die te lang op zorg moeten wachten actief te wijzen op de mogelijkheid van zorgbemiddeling via hun zorgverzekeraar, zodat met behulp van de zorgverzekeraar deze patiënten sneller in zorg komen. Het is aan zorgverzekeraar om ervoor te zorgen dat deze voldoende kwalitatief goede zorg inkoopt en bij wachtlijsten patiënten bemiddelt naar aanbieders die plek hebben. Verzekeraars moeten, via de zorginkoop, niet alleen maar sturen op het behandelen van zoveel mogelijk patiënten, maar zij moeten er ook voor moeten zorgen dat de zorg terecht komt bij de cliënten die de zorg het hardst nodig hebben.

In de ggz is sprake van een grotere vraag naar ggz-zorg dan dat er aanbod beschikbaar is, waardoor er op dit moment sprake is van een verdelingsvraagstuk van de beschikbare capaciteit. Uit interne analyses van de NZa over de werking van omzetplafonds komt het beeld naar voren dat omzetplafonds door zorgverzekeraars vooral worden ingezet om de schaarse personele capaciteit zo goed mogelijk te verdelen en niet zozeer om financiële besparingen te realiseren. Zij zien bijvoorbeeld dat er in regio's waar zorgverzekeraars omzetplafonds hanteren geen sprake is van onbenutte capaciteit. Wat opvalt is dat de grote ggz-instellingen hun budget niet volmaken, wat komt door een tekort aan voldoende psychologen en psychiaters. Daarnaast helpt de sturing van zorgverzekeraars met omzetplafonds ook juist om meer personele capaciteit van aanbieders met laagcomplexiteit meer te bewegen richting de gespecialiseerde instellingen, waar de wachtlijsten het langste zijn.

Vraag 2.

Waarom zegt u dat verzekerden recht hebben "op zorg binnen de treeknorm en redelijke reisafstand", terwijl u weet dat de treeknormen in de ggz bij ruim veertig procent van de wachtenden wordt overschreden en nota bene uw eigen ministerie hier gegevens over publiceert?

Waarom wijst u op 'waarborgen' in het systeem als u weet dat deze waarborgen niet in de praktijk worden toegepast?

Antwoord vraag 2.

Het klopt dat de treeknormen in de ggz voor veel wachtenden worden overschreden. Dat neemt niet weg dat de treeknormen wel een waarborg zijn in het systeem. Een zorgaanbieder is namelijk verplicht om de verzekerde naar de verzekeraar te verwijzen voor zorgbemiddeling als er sprake is van een wachtlijst langer dan de treeknorm. De verzekeraar is vervolgens vanuit zijn zorgplicht verplicht om de verzekerde te bemiddelen naar een plek binnen de treeknorm. Kan de verzekeraar vervolgens op een andere plek geen passende zorg bieden binnen de treeknorm, dan moet er worden bij gecontracteerd, of moet de zorg - als deze bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder wordt betrokken - alsnog vergoed worden alsof er sprake is van een contract (zonder een eigen bijdrage voor de verzekerde).

Door de gestegen zorgvraag, waarbij het aanbod niet in dezelfde mate is meegestegen, werken deze waarborgen helaas onvoldoende en is er meer nodig om ervoor te zorgen dat de wachttijden worden verkort, zeker voor mensen met ernstige, complexe psychische problematiek. Daar werk ik hard aan met de zorgverzekeraars, zorgaanbieders en professionals. Zo zijn in het Integraal Zorgakkoord afspraken gemaakt om onnodige instroom in de ggz te voorkomen, over het vormen van een regionale ggz-wachtlijst en over het creëren van meer behandelcapaciteit, bijvoorbeeld door meer in te zetten op hybride zorg.

Ik ga hier bovenop aanvullende stappen zetten en bouw daarbij voort op de beweging die met het Integraal Zorgakkoord in gang is gezet. De aanvullende maatregelen neem ik langs de volgende lijnen. Ik zet in op het verbeteren van mentale gezondheid, het voorkomen van instroom in de ggz en het verbeteren van prikkels in het stelsel. Zorgaanbieders en financiers hebben er dan alle belang bij om de zorg te richten op de meest kwetsbaren. Als laatste zet ik in op het bevorderen van uitstroom uit de ggz. De maatregelen zullen landen in zowel het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord dat u later dit jaar ontvangt en de Werkagenda mentale gezondheid en ggz waar ik uw Kamer begin volgend jaar over informeer.

Daarnaast heeft de NZa recentelijk de regelgeving explicieter gemaakt, waarbij zorgaanbieders verplicht moeten wijzen op zorgbemiddeling. De NZa is recentelijk gestart met een onderzoek (0 meting) op de daadwerkelijke naleving hiervan.

Vraag 3.

Hoe kunt u beweren dat het "niet zo [is] dat door omzetplafonds minder patiënten in de ggz geholpen kunnen worden", als u tegelijkertijd toegeeft dat u ook "geen zicht [heeft] op het effect van budgetplafonds op het aantal behandelde mensen" en dat u "geen zicht [heeft] op welke middelen en tijd [...] worden ingezet" voor het herinrichten van de zorg, als gevolg van deze budgetplafonds? Hoe rijmt u deze antwoorden met elkaar? Heeft u geen inzicht nodig in de effecten van de budgetplafonds om te kunnen beoordelen of deze effecten positief of negatief zijn?

Antwoord vraag 3.

In de beantwoording op de vorige Kamervragen¹ gaf ik aan dat het niet per definitie zo is dat omzetplafonds bij specifieke aanbieders ervoor zorgen dat er over het geheel minder patiënten behandeld kunnen worden. Er is sprake van een tekort aan behandelcapaciteit dat niet snel uit te breiden is, omdat we tegen de grenzen van het beschikbare zorgpersoneel en de beschikbare plekken aanlopen.

Uit interne analyses van de NZa komt naar voren dat in regio's waar zorgverzekeraars omzetplafonds hanteren, geen sprake is van onbenutte capaciteit. Wat hierbij opvalt is dat de grote ggz-instellingen hun budget niet volmaken door een tekort aan voldoende psychologen en psychiaters. Verzekeraars moeten niet alleen maar sturen op het behandelen van zoveel mogelijk cliënten, maar er ook voor moeten zorgen dat de zorg terecht komt bij de cliënten die de zorg het hardst nodig hebben en hier kunnen afspraken over omzetplafonds voor gebruikt worden. Uit de analyse van de NZa is niet naar voren gekomen dat omzetplafonds in de GGZ worden gebruikt om geld te besparen.

Vraag 4.

Waarom stelt u "Dat omzetplafonds worden gehanteerd, mag niet betekenen dat er onvoldoende beschikbare zorg wordt ingekocht door de verzekeraar ten opzichte van zijn verzekerden", als duidelijk uit de brandbrief van de gezamenlijke cliëntenraden van Pro Persona GGZ blijkt dat dit in de praktijk wel gebeurt? Denkt u dat deze cliëntenraden eraan zitten? Zo ja, waar baseert u dit op? Wat gaat u doen op het moment dat verzekeraars zoals in dat geval te weinig zorg inkopen?

Antwoord vraag 4.

In Nederland is het zo geregeld dat de zorgverzekeraars zorgplicht hebben en op basis hiervan voldoende zorg in moeten kopen voor iedereen die zorg nodig heeft. De NZa is verantwoordelijk voor het toezicht op zorgverzekeraars met betrekking tot de zorgplicht. De zorgplicht houdt niet in dat er een recht is op zorg bij een specifieke zorgaanbieder, maar wel een recht op zorg heeft binnen een redelijke termijn en afstand. Als een verzekerde door een budgetplafond niet, of later, terecht kan bij een specifieke aanbieder is het aan de zorgverzekeraar om de verzekerde te bemiddelen naar een plek binnen de treeknorm bij een andere aanbieder.

De zorgplicht is grotendeels een open norm. Zorgverzekeraars hebben een eigen verantwoordelijkheid om hier – binnen de kaders van de wet- en regelgeving – invulling aan te geven. Naar aanleiding van de wachtlijsten in de ggz heeft de NZa met zorgverzekeraars de zorgplicht nader verduidelijkt en aangescherpt. De NZa verwacht dat zorgverzekeraars nadrukkelijker invulling geven aan een signaleringsproces: het achterhalen van behoeften en knelpunten in het zorgaanbod, het bepalen van mogelijke gevolgen voor verzekerden en het uitwerken van manieren om dit op te lossen. Ten slotte kijkt de NZa naar de afspraken die zorgverzekeraars hebben met zorgaanbieders en de resultaten van zorgbemiddeling. Een aantal zorgverzekeraars is op basis van de verduidelijking van de zorgplicht aangesproken door de NZa, waarbij ze de invulling van hun zorgplicht moeten verbeteren. De NZa verwacht van de betreffende

¹ 2024Z14629

zorgverzekeraars dat zij de verbeterpunten opvolgen. De nacontroles door de NZa hebben vorige week plaatsgevonden. De conclusies hiervan zijn nog niet beschikbaar.

Ten aanzien van de brandbrief van de cliëntenraden van Pro Persona heb ik geen rol in de individuele casuïstiek, maar ben ik wel verantwoordelijk voor het overkoepelde vraagstuk van het tekort aan capaciteit om de zorgvraag op te vangen. Op dit moment moeten patiënten te lang op de noodzakelijke zorg wachten. Ik snap dan ook heel goed dat de cliëntenraden van Pro Persona ggz zich zorgen maken. Daarom wil ik graag met hen in overleg treden, samen met zorgverzekeraars en de NZa, om hun ervaringen te gebruiken bij het verder verbeteren van het systeem. Met als doel de wachtlijsten voor individuele patiënten te verkorten. Daarmee geef ik ook vorm aan de wens van uw Kamer² om een reactie te geven op de brandbrief van Pro Persona. Ik koppel de uitkomsten van dat gesprek terug in de volgende brief die betrekking heeft op de ggz.

De te lange wachttijden in de ggz vind ik een onwenselijke situatie. Zoals aangegeven in het antwoord op vraag 2, zet ik daarom in op aanvullende maatregelen langs vier lijnen. Eén van de lijnen is het verbeteren van de financiële prikkels in het stelsel. Ik denk daarbij aan maatregelen als het stimuleren van het gebruiken van de 'zorgzwaarte' (zorgvraagtypering) bij de contractering van zorg door zorgverzekeraars, zodat zowel zorgaanbieders als financiers er alle belang bij hebben om de zorg te richten op de meest kwetsbaren. Daarnaast gaat de minister van VWS onderzoek laten doen om de risicoverevening voor ernstig chronische zieke ggz-patiënten verder te verbeteren, door gebruik te maken van de gegevensstroom van de zorgvraagtypering, die meer inzicht geeft in de zorgzwaarte; per 2028 is hiervoor voldoende data beschikbaar. Verder is met de sector afgesproken om de cruciale ggz vanaf 2026 waar nodig gelijkgericht in te kopen. Ik ben actief met het veld in gesprek om te bepalen of er meer nodig is.

Vraag 5.

Waarom stelt u in antwoord op vraag 5 dat de zorgverzekeraar mensen moet doorverwijzen naar een aanbieder die de zorg wel kan leveren, als het niet de aanbieders zijn, maar de zorgverzekeraar die het budgetplafond bepaalt? Hoezo is het dan een 'alternatief' als mensen naar een instelling buiten de eigen regio worden verwezen? Ziet u met ons het probleem dat mensen worden doorgeschoven en doorverwijzingen vaak betekenen dat mensen elders op een wachtlijst komen te staan?

Antwoord vraag 5.

De zorgverzekeraar moet voldoende zorg inkopen om aan zijn zorgplicht te kunnen voldoen. In de contractuele afspraken kan de zorgverzekeraar een omzetplafond afspreken om bijvoorbeeld te zorgen dat patiënten met een zwaardere en urgentere zorgvraag eerder geholpen worden. Als patiënten niet binnen redelijke termijn en afstand geholpen kunnen worden, is het aan de zorgverzekeraar om te bemiddelen naar een andere zorgaanbieder of om bij te contracteren.

² 2024Z13039

De zorgverzekeraars hebben alleen geen zicht op wie van hun verzekerden er op de wachtlijst bij welke individuele aanbieder staat en ook niet op de mate van urgentie van de zorgvraag van de wachtenden patiënten. Als de zorgaanbieder de patiënt op de wachtlijst plaatst en niet doorverwijst naar de zorgverzekeraars dan kan de zorgverzekeraar dus ook niet bemiddelen naar een aanbieder die de patiënt in zorg kan nemen.

Het is voor het terugdringen van wachtlijsten daarom belangrijk dat duidelijk is wie bij welke zorgaanbieder voor welk behandelgebied op de wachtlijst staat. Dit inzicht stelt zorgverzekeraars in staat om meer te doen tegen lange wachtlijsten door gerichtere zorginkoop en door nog actievere zorgbemiddeling. Als een zorgverzekeraar bijvoorbeeld weet dat zijn verzekerde X op de wachtlijst staat bij zorgaanbieder Y voor behandelsoort Z, dan kan de zorgverzekeraar actief de verzekerde benaderen om te vertellen dat hij sneller geholpen kan worden bij een andere zorgaanbieder. Uiteraard moet dit passen binnen de kaders van de privacywetgeving, waaronder de criteria van noodzakelijkheid en proportionaliteit. We verkennen dan ook samen met de zorgverzekeraars en andere betrokken partijen steeds of en hoe dat inzicht verbeterd kan worden en betrekken daarbij ook nadrukkelijk de privacywetgeving

Daarnaast worden vanuit het Integraal Zorgakkoord stappen gezet om het regionaal inzicht in wachtlijsten te verbeteren vanaf 2026. Dat zit hem enerzijds in het verbeteren van bestaande wachttijdinformatie. Anderzijds zit hem dat in het op regionaal niveau inzichtelijk maken van behandel aanbod, verdeling van in- en exclusiecriteria en intakecapaciteit voor een bepaalde periode. Dit moet zorgverzekeraars gaan helpen om cliënten tijdiger naar de juiste zorg te bemiddelen.

Vraag 6.

Is het niet overduidelijk dat deze budgetplafonds niet helpen om zorgaanbieders te stimuleren de wachtlijsten in de ggz zoveel mogelijk terug te brengen als zorgaanbieders hierdoor letterlijk gratis zorg moeten leveren?

Antwoord vraag 6.

Omzetplafonds zijn een belangrijk instrument voor zorgverzekeraars om de bestaande zorgcapaciteit zo goed mogelijk te benutten en hiermee te sturen dat zwaardere en urgentere zorgvragen eerder worden geholpen. Deze zorg die wordt geleverd wordt vergoed, conform de contractuele afspraken. Het kan zijn dat de zorgaanbieder en zorgverzekeraar een doorleverplicht zijn overeengekomen. Dit is een afspraak waarbij de zorg geleverd moet worden, nadat het omzetplafond is bereikt.

Vraag 7.

Bent u bereid om in kaart te brengen wat de effecten zijn van omzetplafonds op het aantal patiënten dat behandeld wordt in de ggz en de mate waarin mensen met de grootste zorgvraag geholpen worden? Zo nee, waarom niet?

Antwoord vraag 7.

Nee, op die manier zou ik het niet willen. Ik vind het belangrijk dat iedereen die recht op zorg heeft dit ook krijgt. Hier wil ik mij voor inzetten. Regionale

samenwerking op mentale gezondheid en cruciale zorg is noodzakelijk om te zorgen dat alle capaciteit optimaal benut wordt. In het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord wil ik hier met partijen afspraken over maken om hiermee aan de slag te gaan en het verschil voor patiënten te kunnen maken.

Vraag 8.

Wat zijn volgens u de gevolgen als budgetplafonds worden afgeschaft?

Antwoord vraag 8.

Zonder omzetplafonds is het risico groter dat meer van de beschikbare capaciteit op zou gaan aan mensen die de zorg minder hard nodig hebben, waardoor mensen die de zorg het hardst nodig hebben langer moeten wachten voordat er voor hen weer capaciteit beschikbaar is. Op grond van interne analyses constateert de NZa nu al dat gespecialiseerde instellingen, die complexe zorg leveren hun budget niet volmaken door een tekort aan voldoende psychologen en psychiaters.

Vraag 9.

Hoe rijmt u het antwoord op vraag 12 met uw eerdere constatering dat er een wettelijke zorgplicht is? Betekent dit dat de wettelijke zorgplicht ondergeschikt is aan de betaalbaarheid van zorg? En wat is dan het criterium voor 'betaalbaarheid'? Wie bepaalt dit?

Antwoord vraag 9.

De wettelijke zorgplicht is niet ondergeschikt aan de betaalbaarheid van de zorg. Zorgverzekeraars hebben zorgplicht, dat is wettelijk geregeld. Daarnaast hebben zorgverzekeraars de plicht om te bewaken dat de kosten voor de zorg niet onnodig hoog zijn, door toe te zien op de rechtmatigheid en doelmatigheid van de zorg. Ik merk overigens graag op dat de afgelopen jaren het macrokader voor de ggz flink is overschreden.

Vraag 10.

Waarom stelt u dat het niet past dat u zich zou mengen in de gesprekken over deze budgetplafonds? Wat is dan volgens u uw taak als staatssecretaris? Bent u het met ons eens dat u stelselverantwoordelijke bent? Zo ja, wat houdt deze verantwoordelijkheid volgens u precies in?

Antwoord vraag 10.

In ons stelsel zijn zorgaanbieders en zorgverzekeraars private partijen die met elkaar contracten sluiten. Wel gelden daarbij publieke randvoorwaarden, zoals onder andere de zorgplicht van de zorgverzekeraars. In dit stelsel ben ik dus niet degene die gaat over de contracten die zorgaanbieders met zorgverzekeraars afsluiten. Wel ben ik – via de NZa – verantwoordelijk voor het naleven van de zorgplicht door zorgverzekeraars.