

Vergaderjaar 2017–2018

32 620

Beleidsdoelstellingen op het gebied van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Nr. 200

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 30 maart 2018

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft een aantal vragen en opmerkingen voorgelegd aan de Ministers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, voor Medische Zorg en de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 15 januari 2018 over de reactie op het NZa-rapport: «Wachttijdprojecten: Hoe staan we ervoor?» (Kamerstuk 32 620, nr. 197).

De vragen en opmerkingen zijn op 13 februari 2018 aan de Ministers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, voor Medische Zorg en de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voorgelegd. Bij brief van 29 maart 2018 zijn de vragen beantwoord.

De voorzitter van de commissie,
Lodders

Adjunct-griffier van de commissie,
Krijger

Inhoudsopgave	blz.
I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties	2
Algemeen	2
Wachttijden medisch specialistische zorg (msz)	3
Responstijden ambulancezorg	5
Toegankelijkheid wijkverpleging	6
Wachttijden langdurige zorg (wlz)	9
Wachttijden geestelijke gezondheidszorg (ggz)	11
Algemene conclusies en tot slot	13
II. Reactie van de bewindspersonen	14

I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties

Algemeen

De leden van de **VVD-fractie** hebben kennisgenomen van het rapport van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Genoemde leden vragen de Ministers naar de reden voor de wachttijden in de verschillende sectoren als blijkt dat mensen te lang moeten wachten voordat ze bij een zorgverlener terecht kunnen. Belangrijk voor deze leden is welke concrete afspraken er zijn en welke sanctiemogelijkheden de NZa heeft wanneer verzekeraars en aanbieders onvoldoende afspraken hebben gemaakt of deze niet uitvoeren. Daarom heeft de VVD-fractie naar aanleiding van de berichtgeving over dit rapport ook schriftelijke vragen gesteld. De antwoorden op die vragen zijn inmiddels binnen.¹ Om die reden hebben deze leden geen verdere opmerkingen voor dit schriftelijk overleg.

De leden van de **PVV-fractie** hebben kennisgenomen van de brief over de stand van zaken over de wachttijdprojecten. Genoemde leden hebben daarover nog een aantal vragen en opmerkingen.

De leden van de **CDA-fractie** hebben kennisgenomen van de reactie van de Ministers op het NZa-rapport: «Wachttijdprojecten: Hoe staan we ervoor?»

De leden van de **D66-fractie** hebben met interesse kennisgenomen van de reactie op het onderhavige NZa-rapport. Voor genoemde leden zijn wachttijden die de Treeknorm overschrijden onacceptabel, zeker als het om een acute zorgvraag gaat. Naar aanleiding van de reactie, het rapport en de uitgezette acties hebben deze leden nog enkele vragen.

De leden van de **GroenLinks-fractie** hebben kennisgenomen van het rapport en de reactie van de Ministers. Genoemde leden betreuren het ten eerste dat nog vaak de normen worden overschreden. Zij hebben hierover een aantal vragen.

Deze leden vragen de Ministers hoe burgers worden geïnformeerd over wachttijden. Is deze informatie gemakkelijk te verkrijgen? Aangezien uit het onderzoek in 2016 bleek dat zorgverzekeraars niet voldoende op de hoogte waren van het feit dat het behalen van responstijden tot hun zorgplicht behoorde, vragen deze leden of hierin verbetering is opgetreden. Voorts vragen deze leden wat de Ministers als «passende zorg» beschouwt. In hoeverre speelt de instemming van degene die de zorg nodig heeft mee in de kwalificatie van «passende zorg»?

¹ Aangangsel Handelingen II, 2017/18, nr. 1073.

De leden van de **SP-fractie** hebben kennisgenomen van de reactie van de Ministers op het onderhavige NZa-rapport. Genoemde leden hebben naar aanleiding daarvan onderstaande opmerkingen en vragen.

Deze leden vinden het zorgwekkend dat met de toename van de wachtlijsten de toegang tot de zorg steeds meer onder druk is komen te staan. Het rapport van de NZa laat zien dat wachtlijsten op veel plaatsen in de zorg een probleem zijn. Het baart deze leden specifiek zorgen dat de Ministers veelvuldig wijzen naar zorgaanbieders, zorgverzekeraars en de NZa, zonder zelf een sterke rol in te nemen. Kunnen de Ministers aangeven waarom zij zelf geen actie ondernemen, aangezien zij wel gaan over de toegankelijkheid van de zorg?

De leden van de SP-fractie betreuren dat de analyse van de NZa geen rekening houdt met het verschil in positie tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Genoemde leden benadrukken dat zorgverzekeraars in veel gevallen een veel sterkere positie hebben ten opzichte van de zorgaanbieder en dat dit moet worden meegenomen in de aanpak van problemen. De NZa ziet de analyse en de oplossing voor de wachttijdproblematiek in een veelheid van oorzaken en oplossingen. Deze leden zijn van mening dat de Ministers, als stelselverantwoordelijken, meer verantwoordelijkheid moeten nemen in het aanpakken van wachtlijsten. Kunnen de Ministers toelichten hoe zij deze verantwoordelijkheid oppakken?

De leden van de **ChristenUnie-fractie** hebben kennisgenomen van onderhavige NZa-rapport en de reactie daarop. Zij hebben hierbij een aantal vragen en opmerkingen.

Wachttijden medisch specialistische zorg (msz)

De leden van de **PVV-fractie** vragen in hoeverre wachttijden veroorzaakt worden door budgetproblemen. Tevens vragen genoemde leden of de mogelijkheid bestaat om de wachttijden te verkorten door zorg te vergoeden op basis van nacalculatie. Wil de Minister voor Medische Zorg hierop ingaan?

Deze leden zijn van mening dat als de Treeknormen overschreden worden direct actie moet worden genomen. In eerste instantie zijn zorgaanbieder en zorgverzekeraar aan zet om de wachttijden terug te dringen, maar op welk moment, zo vragen deze leden, is de Minister aan zet?

De leden van de PVV-fractie vragen of alle wachttijden voor medisch-specialistische behandelingen wel bekend zijn. Waarom staan bijvoorbeeld de wachttijden voor de behandeling met een cochleair implantaat nergens vermeld? Genoemde leden vragen of de Minister bekend is met het feit dat de gemiddelde wachttijd voor een cochleair implantaat een jaar is, met uitschieters tot 22 maanden. Deze leden willen zo spoedig mogelijk een onderzoek naar deze kwestie en ontvangen graag een toezegging hierover van de Minister.

De leden van de **CDA-fractie** lezen dat vermindering van de wachttijden binnen de medisch-specialistische zorg geschiedt door acties richting alle verantwoordelijke partijen. Daarbij wordt gewerkt met een actieve informatieplicht. Belangrijk onderdeel is de wachttijdenregistratie. Op welke wijze zorgt registratie voor vermindering van de wachttijd?

Genoemde leden vragen de Minister voor Medische Zorg voorbeelden uit het verleden te noemen waarin actieve informatieplicht heeft gezorgd voor kortere wachttijden. Daarnaast organiseert de NZa bijeenkomsten met het veld, zoals zorgverzekeraars, zorgaanbieders en ketenpartners. Deze leden vragen de Minister wat het doel is van deze bijeenkomsten. Worden daarin afspraken gemaakt tussen partijen om de wachttijden te verminderen? Heeft dit gevolgen voor de inkoop van zorgverzekeraars?

De leden van de **D66-fractie** lezen dat per 1 januari 2018 een actieve informatieplicht is ingegaan, waarin wordt toegezien op registratie en publicatie van actuele wachttijden en waarin wordt voorzien in het actief informeren van patiënten wanneer een wachttijd de Treeknorm overschrijdt. Genoemde leden vragen de Minister voor Medische Zorg of patiënten bij melding van overschrijding van de Treeknorm een indicatie krijgen hoe lang zij naar verwachting nog zullen moeten wachten. Veel patiënten zullen immers behoefte hebben aan deze indicatie, ook omdat zij op basis hiervan kunnen overwegen naar een andere zorgaanbieder te gaan. Deze leden lezen ook dat patiënten zich zelf bij de NZa kunnen melden indien zij te lang moeten wachten, waarna de NZa gericht actie kan ondernemen richting zorgaanbieder of zorgverzekeraar. Hoe worden patiënten op de hoogte gebracht van deze mogelijkheid? Deze leden vragen de Minister of zorgaanbieders zelf, wanneer de Treeknorm wordt overschreden, hiervan melding moeten doen bij de NZa. Kan de NZa ook dan gericht actie ondernemen, of gebeurt dat alleen wanneer een patiënt aan de bel trekt?

De leden van de **GroenLinks-fractie** vragen de Minister voor Medische Zorg wanneer de resultaten van de genomen maatregelen in 2017 worden gepresenteerd aan de Kamer. Genoemde leden vragen hoe de NZa meer bekendheid gaat geven aan wachtlijstbemiddeling. Deze leden vragen of het genoemde meldpunt voldoende bekend is, aangezien op de website niet wordt aangegeven dat ook een melding gemaakt mag worden als er problemen zijn over wachtlijsten. Dezelfde vraag stellen deze leden ten aanzien van wachttijden in respectievelijk de ambulanciezorg, de wijkverpleging, de Wet langdurige zorg (Wlz) en de geestelijke gezondheidszorg (ggz).

De leden van de **SP-fractie** hebben gelezen dat de Minister voor Medische Zorg stelt dat met name zorgverzekeraars en zorgaanbieders aan zet zijn en dat de Minister de inzet van de NZa van harte ondersteunt. Genoemde leden vragen wat precies de rol is van de Minister in het aanpakken van de wachtlijsten bij medisch specialistische zorg. Hoe gaat de NZa controleren of zorgverzekeraars hun verzekerden daadwerkelijk naar een andere zorgaanbieder bemiddelen als zij te lang moeten wachten op zorg? Welke doorzettingsmacht heeft de NZa als zorgverzekeraars hun zorgplicht onvoldoende nakomen? Tenslotte vragen deze leden welke bevoegdheden de Minister hierin zelf heeft. In het NZa-Rapport staat dat de informatiepositie van de patiënt verbeterd moet worden, opdat hij beter weet wat gedaan moet worden om op tijd zorg te krijgen. Dit komt op meerdere plekken in het rapport terug. De leden van de SP-fractie merken hierbij op dat een patiënt die op zorg wacht niet geholpen is met een betere informatiepositie, maar met directe toegang tot zorg. Is de Minister het met genoemde leden eens dat het niet aan de patiënt is, maar aan de zorgverzekeraar om ervoor te zorgen dat de patiënt de juiste zorg krijgt? Kan de Minister zijn antwoord toelichten?

De leden van de **ChristenUnie-fractie** vragen naar de achtergrond van de problematiek in Noordoost-Nederland. Zij wijzen bijvoorbeeld op het sluiten van afdelingen bij het Scheper Ziekenhuis in Emmen (onderdeel van de Treant Zorggroep). Genoemde leden vragen wat de consequenties zijn voor de bereikbaarheid van overige zorg (naast kraamzorg) als gevolg van deze sluiting, onder andere met betrekking tot de aanrijtijden van ambulances. Deelt de Minister voor Medische Zorg de mening van deze leden dat een goede zorginfrastructuur in het noordoosten van het land van groot belang is? Zo ja, hoe wil de Minister dit garanderen?

De leden van de **50PLUS-fractie** hebben kennisgenomen van de reactie op het onderhavige NZA-rapport.

Inleidend willen genoemde leden meegeven wachtlijsten onaanvaardbaar te vinden. Het is al zolang een probleem en een oplossing lijkt nog niet in zicht. De vraag naar complexe zorg bijvoorbeeld, zal door de vergrijzing alleen maar zal toenemen.

Responstijden ambulancezorg

De leden van de **CDA-fractie** hechten aan bereikbaarheid van de zorg in het hele land. Vandaar dat genoemde leden veel waarde hechten aan goede toegankelijke zorg in de regio. Een belangrijk kenmerk daarbij zijn de aanrijtijden van ambulances. Deze leden zijn dan ook verontrust over het feit dat zorgverzekeraars zich niet realiseerden dat deze responstijden tot hun zorgplicht behoren. Deze leden vragen de Minister voor Medische Zorg hoe het staat met dit besef bij de zorgverzekeraars. Is dit besef inmiddels wel tot hen doorgedrongen? Deze leden vragen wat de sanctiemogelijkheden richting zorgverzekeraars zijn wanneer zij hun zorgplicht niet nakomen. Uit de brief maken deze leden op dat de Minister opnieuw extra budget beschikbaar heeft gesteld. De leden van de CDA-fractie vragen de Minister of het voornamelijk een budgettaire kwestie is dat zorgverzekeraars hun zorgplicht verzaken. Opnieuw is sprake van extra geld. Genoemde leden vragen hoeveel geld extra geïnvesteerd is in de ambulancezorg in de afgelopen kabinetsperiode ten opzichte van het basispad.

Het ziekteverzuim kent een grote marge tot wel 10,5% in sommige regio's. De leden van de CDA-fractie vragen of een relatie bestaat tussen geweld tegen ambulancepersoneel en ziekteverzuim. Voorts worden belemmeringen in de infrastructuur genoemd. Heeft de Minister hierover contact opgenomen met zijn collega van Infrastructuur en Waterstaat (I&W)? Worden provincies, die een belangrijke rol spelen in het provinciale wegennet, betrokken bij oplossingsrichtingen van knelpunten in de infrastructuur? Genoemde leden beseffen dat dergelijke knelpunten niet snel te verhelpen zijn. Een gezamenlijke prioriteitenlijst van de Ministers voor Medische Zorg en van Infrastructuur en Waterstaat (I&W) en de provincies om infrastructurele knelpunten aan te pakken waardoor responstijden niet gerealiseerd kunnen worden, lijkt ons een goed begin. Tenslotte vragen deze leden hoe productiestijgingen een oorzaak kunnen zijn van het niet halen van de 95% norm. Deze leden vragen of voldoende ambulances zijn aangeschaft in verband met de toename van het aantal ouderen op de spoedeisende hulp (SEH).

De leden van de **D66-fractie** begrijpen dat er veel oorzaken zijn voor het niet halen van de norm van 95% en dat er niet een eenvoudige oplossing bestaat. Genoemde leden stemmen er mee in dat de Minister voor Medische Zorg alles doet om te zorgen dat voldoende personeel en ambulances beschikbaar zijn. Deze leden vragen of de Minister er zeker van is dat de toegezegde middelen voldoende zijn op de tekorten op te lossen. Deze leden lezen bovendien dat factoren als geografie, infrastructuur en landelijke ligging soms een belemmering vormen. Heeft de Minister hierover contact met de Minister van I&W?

De leden van de **GroenLinks-fractie** vragen de Minister voor Medische Zorg wat de rol is van de NZa in het scheppen van genoemde voorwaarden om de responstijden te halen, zoals het in kaart brengen van de oorzaken. Genoemde leden vragen of de NZa een platform biedt waarin Regionale Ambulancevoorzieningen (RAV's) en zorgverzekeraars *best practices* kunnen delen, of dat zij dit zelf moeten faciliteren. Tenslotte vragen deze leden hoe het intensievere toezicht zich verhoudt tot het reguliere toezicht.

De leden van de **SP-fractie** vinden het zorgwekkend dat zorgverzekeraars zich nog niet voldoende realiseren dat het halen van de responstijden door de ambulances deel uitmaakt van hun zorgplicht. Genoemde leden vragen of de Minister voor Medische Zorg het met hen eens is dat hieruit afgeleid kan worden dat het concept zorgplicht te open is geformuleerd en te weinig verplichtingen met zich meebrengt voor de zorgverzekeraar. Wat definieert de Minister zelf als zorgplicht?

Bij de analyse van het niet halen van de 95% norm door de zorgverzekeraars, komen meerdere oorzaken naar voren, zoals een tekort aan ambulances en personeel. Kan de Minister uitleggen hoe deze tekorten in de spoedzorg zijn ontstaan, waar onvoldoende capaciteit letterlijk levens kan kosten? Hoe zorgt de Minister ervoor dat voldoende personeel werkzaam is in de spoedzorg? Tevens vragen deze leden hoe de Minister zorgt dat de werkdruk tot een acceptabel niveau daalt en het ambulancepersoneel voldoende waardering krijgt. Het salaris van ambulancepersoneel loopt immers nog steeds achter bij verpleegkundigen in het ziekenhuis met dezelfde opleiding.

De Minister wil zeker stellen dat van zijn zijde genoeg gedaan wordt en stelt extra budget ter beschikking om onder andere het personeelstekort terug te dringen. Deze leden vragen hoe de Minister gevolg geeft aan de acties van ambulancepersoneel, georganiseerd omdat er geen overeenstemming wordt bereikt tussen de werkgevers en werknemers over de verdeling van het budget?² Deze leden vragen de Minister te verduidelijken wie de doorslaggevende bevoegdheid heeft over de budgetverdeling. Is dit de Minister, of zijn dit de werknemers of werkgevers? Hoe garandeert de Minister dat ook de werknemers een stem hebben in de verdeling van het budget? Tevens vragen deze leden wie toeziet op de uitvoering van de verbeterplannen die de zorgverzekeraars samen met de RAV's hebben gemaakt. Bovendien vragen deze leden wanneer de Kamer de verbeterplannen tegemoet kan zien.

De leden van de **ChristenUnie-fractie** lezen dat uit een onderzoek van april 2016 is gebleken dat zorgverzekeraars zich nog onvoldoende realiseerden dat het halen van de responstijden door de ambulance deel uitmaakt van hun zorgplicht. Genoemde leden vragen de Minister voor Medische Zorg wat de zorgverzekeraars sindsdien hebben ondernomen om hun zorgplicht op het gebied van de responstijden waar te maken. Het landelijk gemiddelde van het aantal spoedritten (A1) dat binnen 15 minuten na melding ter plaatse is, is in 2016 gelijk gebleven ten opzichte van 2015 (93,4%). Heeft de Minister al cijfers over heel 2017? Welke ontwikkelingen zijn daarin te zien? Deze leden constateren voorts dat in de eerste helft van 2017 de responstijden in tien van de 25 regio's langer zijn geworden. Wat zijn hiervan de oorzaken, zo vragen deze leden. Waarom is het aantal ambulanceritten toegenomen?

Toegankelijkheid wijkverpleging

De leden van de **PVV-fractie** lezen dat de cliëntenstops in onder andere de wijkverpleging geen negatieve gevolgen hebben gehad. Vorig jaar bleek echter dat 35 mensen niet konden kiezen waar ze wilden sterven, thuis, in het ziekenhuis of in een hospice. Hoe kan dan geconcludeerd worden dat er «geen negatieve gevolgen» van cliëntenstops in de wijkverpleging zijn? Volgens genoemde leden zijn er wel degelijk dusdanig negatieve gevolgen dat de Kamer er kamerbreed verbolgen over is. Cliëntenstops en patiëntenstops zouden gewoon verboden moeten zijn. Is de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) het met deze leden eens? Zo nee, waarom niet?

² <https://www.parool.nl/amsterdam/ambulancemedewerkers-houden-stiptheidsacties~a4566784/>

Veel moet nog gebeuren voordat iedereen met dementie toegang heeft tot casemanagement dementie, ondanks het feit dat het actieplan al anderhalf jaar loopt. Dit vraagt om een heldere agenda voor de komende periode met meetbare doelstellingen. De leden van de PVV-fractie vragen de Minister aan welke randvoorwaarden moet zijn voldaan alvorens het actieplan succesvol kan worden afgerond. Kan de Minister een tijdspad bieden voor de verdere acties, rapportages en afronding van het actieplan casemanagement dementie? De discussie over de beschikbaarheid van casemanagers dementie loopt al sinds 2015. Een stok achter de deur is nodig, zodat mensen met dementie en hun mantelzorgers verbeteringen gaan merken. Genoemde leden vragen de Minister welke instrumenten de NZa kan inzetten als zorgaanbieders en zorgverzekeraars er onderling niet uitkomen. Het eerste meetpunt betreffende de aanpak van (zichtbare en onzichtbare) wachtlijsten is de monitor wijkverpleging. Deze leden vragen de Minister of hij bereid is de regie te nemen als resultaten in deze monitor uitblijven.

De Minister is voornemens om gezamenlijk met de NZa het inzicht in het gebruik van casemanagement dementie te vergroten. De leden van de PVV-fractie vragen de Minister of hij kan aangeven welke concrete stappen hiervoor worden gezet. Welke acties gaat de NZa ondernemen om de informatiepositie van mensen met dementie én hun mantelzorgers te versterken? Daarnaast is het goed dat de Minister samen met huisartsen gaat werken aan de bekendheid van casemanagement dementie. Welke acties worden concreet ondernomen, zo vragen genoemde leden. Hoe wordt de doorverwijzing voor casemanagement na de diagnose dementie geborgd?

Van de 36 dementienetwerken hebben er 15 inzicht in de wachtlijst. De leden van de PVV-fractie vragen de Minister waarom meer dan de helft van de netwerken geen inzicht in de wachtlijst heeft. Eén van acties voor 2018 is het verplichten van wachtlijst- en wachttijdenregistratie. Genoemde leden vragen per wanneer zorgaanbieders aan deze verplichting moeten voldoen. Bij vier dementienetwerken is de wachttijd zes weken of langer. Deze leden vragen hoeveel mensen te lang moeten wachten op passende hulp.

De leden van de **CDA-fractie** zijn verheugd met de positieve resultaten bij de aanpak van casemanagement dementie, maar hebben ook hier nog een enkele vraag. Bij 36 van de 62 dementienetwerken bestaat een wachtlijst. Genoemde leden vragen de Minister van VWS waarom de andere 26 netwerken dit probleem niet kennen. Is daar meer dan gemiddeld casemanagement dementie ingekocht? Of hebben deze netwerken een betere organisatie? Deze leden vragen of het een realistische doelstelling is om volgend jaar minder dementienetwerken met een wachtlijst te hebben. Deze leden vragen voorts of alle dementienetwerken dan ook daadwerkelijk inzicht in de wachttijden hebben in plaats van de 15 van de 36 netwerken op dit moment.

Verder hebben de leden van de CDA-fractie kennisgenomen van de verlenging van het actieplan casemanagement dementie. Genoemde leden hebben nog enkele vragen over de structurele oplossingen. Aan welke randvoorwaarden moet worden voldaan alvorens het actieplan succesvol kan worden afgerond? Kan de Minister een tijdspad bieden voor de verdere acties, rapportages en afronding van het actieplan casemanagement dementie? Welke instrumenten kan de NZa inzetten als zorgaanbieders en zorgverzekeraars er onderling niet uitkomen? Voorts hebben de leden van de CDA-fractie kennisgenomen van het gegeven dat de NZa het inzicht in het gebruik van casemanagement dementie gaat vergroten. Kan de Minister aangeven welke concrete stappen hiervoor worden gezet? Genoemde leden vragen de Minister welke acties de NZa onderneemt om de informatiepositie van mensen met dementie én hun mantelzorgers te versterken. Daarnaast achten deze

leden het goed dat de Minister samen met huisartsen de bekendheid van casemanagement dementie zal vergroten. Welke acties worden concreet ondernomen, zo vragen deze leden. Hoe wordt na de diagnose dementie de doorverwijzing naar casemanagement geborgd?

De leden van de **D66-fractie** zien in de wijkverpleegkundige een belangrijke schakel in de zorgketen. De wijkverpleegkundige speelt een essentiële rol bij preventie en signalering. Een toegankelijke wijkverpleging is voor de gehele zorgsector, volgens voornoemde leden, van essentieel belang. Deze leden constateren dat door oplopende wachttijden de wijkverpleegkundige zorg voor sommige patiënten onder druk staat. In het AO Wijkverpleging/Dementie/Palliatieve zorg is uitgebreid stilgestaan bij de lange wachttijden van wijkverpleging en casemanagement dementie (Kamerstukken 34 104 en 29 689 en 29 509, nr. 206). Ten aanzien van de acties die de NZa in 2018 uit zal zetten vragen deze leden het volgende. Deze leden zijn blij met de toezegging van de Minister van VWS om naast het aanpakken van de wachttijden voor casemanagement dementie ook meer te kijken naar het gebruik van het casemanagement. Deze leden vragen de Minister hoe hij deze monitoring vorm wil geven. Daarnaast vragen deze leden of het onderzoek van de NZa naar risico's en problemen in de toegankelijkheid van de wijkverpleging, dat in het eerste kwartaal van 2018 bekend wordt, concrete oplossingsrichtingen bevat. Een van de belangrijkste voorwaarden voor het terugdringen van wachttijden is dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders elkaar, maar ook de patiënt, informeren over correcte en actuele wachttijden, zodat zij beter weten hoe ze op tijd zorg kunnen bieden.

Zowel in de medisch-specialistische zorg als in de geestelijke gezondheidszorg zijn per 1 januari 2018 regelingen aangepast. Het betreft respectievelijk de Regeling wachttijden en wachttijdbemiddeling medisch-specialistische zorg en de Transparantieregeling zorgaanbieders ggz, die het bieden van juiste en actuele wachttijdinformatie ten doel hebben. De leden van de D66-fractie vragen of een soortgelijke regeling is te realiseren voor de wijkverpleging met specifieke aandacht voor zorg aan kwetsbare groepen, zoals voor casemanagement dementie en gespecialiseerde verpleging, zonder dat dit tot extra administratieve regeldruk leidt. Verder lezen genoemde leden in de brief dat de eerste resultaten van de NZa-aanpak rondom wachttijden in de wijkverpleging vruchten afwerpen. Tegelijkertijd staat in het genoemde rapport dat de NZa in 2018 een aanpak zal opstellen om inzicht te verkrijgen in de lengte van wachtlijsten en wachttijden. Deze leden zouden hierover graag een toelichting van de Minister ontvangen.

De leden van de **GroenLinks-fractie** vragen de Minister van VWS hoe de NZa de informatiepositie van patiënten gaat verbeteren. Daarnaast vragen genoemde leden hoe meer bekendheid wordt gegeven aan wachtlijstbemiddeling. De NZa geeft als voorwaarde om de wachttijden te kunnen aanpakken dat de vacatures in de wijkverpleging moeten worden gevuld. Deze leden vragen de Minister hoe hij zijn rol hierin ziet.

De leden van de **SP-fractie** lezen dat de Minister van VWS stelt dat de NZa ervoor gezorgd heeft dat cliëntenstops in de wijkverpleging geen negatieve gevolgen hebben gehad voor de toegankelijkheid van de zorg. Bedoelt de Minister hiermee dat het de NZa is gelukt om de zorgverzekeraar meer gecontracteerde wijkverpleging in te laten kopen of is de patiënt naar een andere zorgaanbieder doorverwezen? Genoemde leden vragen of de Minister erkent dat de laatste optie wel degelijk een negatief gevolg kan hebben voor de patiënt en onwenselijk is. Hoe vaak werden in 2017 budgetplafonds in de wijkverpleging al bereikt voordat het jaar voorbij was? Wat zegt dit over het inkoopbeleid van zorgverzekeraars? Deze leden vragen de Minister een toelichting te geven op wat hij de komende periode gaat doen om cliëntenstops te voorkomen. Bovendien

vragen deze leden de Minister om een toelichting wat hij bedoelt met een «meer activistische aanpak» van de NZa?

De leden van de **ChristenUnie-fractie** constateren dat nog veel te weinig dementienetwerken inzicht hebben in de wachttijd. Welke acties worden ondernomen om dit inzicht wel te krijgen?

Genoemde leden constateren dat nog veel moet gebeuren om het actieplan casemanagement dementie succesvol te kunnen afronden. Kan de Minister van VWS een tijdspad bieden voor de verdere acties, rapportages en afronding van het actieplan casemanagement dementie? Het eerste meetpunt bij de aanpak van (zichtbare en onzichtbare) wachtlijsten, is de monitor wijkverpleging. Deze leden vragen of de Minister bereid is om de regie te nemen als resultaten uitblijven in deze monitor.

De wachtlijsten voor casemanagement dementie geven alleen een getrouw beeld als ook inzicht komt in het gebruik en mensen wordt gewezen op de mogelijkheid van casemanagement. Deze leden vragen welke acties worden ondernomen om mensen bekend te maken met casemanagement dementie.

Het contracteerproces tussen zorgverzekeraars en aanbieders van wijkverpleging blijft een punt van de aandacht. Deze leden vragen de Minister aan te geven of de geschillencommissies, die zijn opgericht om geschillen in de contractering op te lossen inmiddels al zaken hebben behandeld.

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen welke acties de Minister concreet wil ondernemen om de bekendheid met wachtlijstbemiddeling in de wijkverpleging verder te vergroten en om meer inzicht te krijgen in de wachttijden. In de langdurige zorg moet de informatievoorziening over de situatie van de cliënt verbeteren. Genoomde leden vragen of dit ook geldt voor de wijkverpleging.

De leden van de **50PLUS-fractie** lezen dat de NZA in 2017 een aantal acties heeft uitgevoerd, waaronder een meldactie voor mensen die werden geconfronteerd met lange wachttijden voor casemanagement dementie. Genoomde leden vragen de Minister van VWS aan te geven hoeveel mensen zich hebben gemeld en hoelang het vervolgens duurde voordat deze mensen werden bemiddeld naar zorg. Wordt deze meldactie voortgezet in 2018 en zo nee, waarom niet?

Wachttijden langdurige zorg (wlz)

De leden van de **PVV-fractie** zijn zeer geschokt dat zorgkantoren nog steeds te weinig zicht hebben op de mensen die op de wachtlijst staan. Waarom weten zorgkantoren niet goed waarom mensen op de wachtlijst staan en of dit wel verantwoord is?

In december 2015 heeft de Kamer bij motie Bergkamp-Agema³ de Minister van VWS verzocht om op zoek te gaan naar passende oplossingen, zodat ouderen niet langer dan zes weken hoeven te wachten op een verpleeghuisplek. Genoomde leden vragen of de Minister kan aangeven wat sindsdien concreet veranderd is. Deze leden ontvangen namelijk nog steeds zeer verontrustende berichten over de lange wachttijden. Deze leden vragen voorts of het klopt het dat demente ouderen in Apeldoorn soms wel tot een jaar moeten wachten op een plek in het verpleeghuis. Kan de Minister aangeven hoeveel mensen met dementie wel tot een jaar moeten wachten op een plek in het verpleeghuis? Wanneer instellingen het aantal woonplekken willen uitbreiden, zijn hiervoor dan middelen beschikbaar, zo vragen deze leden.

³ Kamerstuk 31 765, nr. 199.

Tenslotte vragen deze leden of er ruimte bestaat voor uitbreiding van het aantal verpleeghuisplekken.

De leden van de PVV-fractie vragen de Minister of het klopt dat mensen die staan genoteerd als «actief» wachtend, moeten ingaan op wat het zorgkantoor aanbiedt als passende plek. Als mensen dit aanbod afwijzen omdat het bijvoorbeeld een plek betreft ver buiten de regio en ver uit de buurt van familie en vrienden, dan wordt hun status veranderd van «actief» wachtend naar «wens» wachtend. Ook de mensen die noodgedwongen wél een plek moeten accepteren die niet passend is, krijgen het stempel «wens» wachtend. Voor deze «wens» wachtenden vindt nauwelijks nog wachtlijstbemiddeling plaats. Een passend zorgaanbod raakt daarmee verder uit beeld. Genoemde leden vragen of de Minister dit signaal herkent. Tevens vragen deze leden wat de Minister verstaat onder «passende zorg en een passende plek»? De leden van de PVV-fractie zouden tenslotte graag willen weten waarom het aantal «niet-actief» wachtenden dat nog geen zorg ontvangt is afgenomen met bijna 25%.

De leden van de **CDA-fractie** hebben vragen over de wachttijden langdurige zorg. Behalve een belasting voor de persoon op de wachtlijst en voor familieleden die zich vaak inzetten als mantelzorger, vragen genoemde leden in hoeverre het onderscheid «actief» en «niet-actief» wachtend wel inzichtelijk maakt hoe lang de wachtlijst daadwerkelijk is. Kan de Minister van VWS hier meer duidelijkheid over geven?

In het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg zijn afspraken gemaakt over het aantal verzorgenden. Deze leden vragen de Minister de relatie te schetsen tussen het kwaliteitskader en de wachttijden in de langdurige zorg. Deze leden vragen of het de bedoeling is dat vooral de huidige bewoners meer aandacht zullen ervaren, of dat door het extra personeel ook de wachttijden korter worden.

De leden van de **D66-fractie** vinden de conclusie van de NZa dat zorgkantoren nog onvoldoende inzicht hebben in de oorzaken van lange wachttijden zorgelijk. Het is hoogst onwenselijk om niet te weten of het verantwoord is om iemand langer op de wachtlijst te laten staan. Voornoemde leden zijn dan ook blij dat de NZa intensiever toezicht gaat houden op zorgkantoren die nog niet aan alle voorwaarden voldoen. Zorgkantoren moeten *best practices* met elkaar delen. Deze leden vragen de Minister van VWS hoe hij of de NZa dit gaat realiseren. Tevens vragen deze leden de Minister of de grote interne organisatieverschillen bij zorgkantoren samenhangen met het niet voldoen aan de voorwaarden door sommige kantoren. Tenslotte wordt in de rapportage van de NZa gesproken over de cliëntondersteuner. Deze leden zien de enorme waarde van een cliëntondersteuner voor een cliënt, maar ook ten behoeve van het terugbrengen van de wachttijden. Deze leden vragen de Minister welke rol hij ziet voor de cliëntondersteuner in het aanpakken van de wachttijden in de langdurige zorg.

De leden van de **GroenLinks-fractie** vragen de Minister van VWS om de Kamer te informeren over de rol van de NZa bij het in kaart brengen van de oorzaken van lange wachttijden, aangezien zorgkantoren hier geen zicht op hebben. Genoemde leden achten het wenselijk dat eerst de oorzaken worden geïdentificeerd alvorens stappen worden genomen. Daarnaast vinden deze leden het vreemd dat het achterhalen van de oorzaken niet een van de in 2018 te nemen acties is. Deze leden vragen de Minister hoe het onderscheid wordt gemaakt tussen «actief» wachtenden en «niet-actief» wachtenden en wie dat doet. Wordt dit regelmatig bijgesteld?

De leden van de **SP-fractie** lezen dat de NZa stelt dat grote verschillen bestaan tussen de zorgkantoren en dat twee goed functionerende zorgkantoren een trekkersrol vervullen om de andere zorgkantoren op het gewenste niveau te krijgen. Kan de Minister van VWS uiteenzetten hoe de voortgang bij zorgkantoren wordt gemonitord? Genoemde leden vragen wat er gebeurt met zorgkantoren die ondermaats blijven presteren. Kan de Minister aangeven wat het effect is geweest van de sluiting van verzorgingshuizen op de ontwikkeling van wachtlijsten bij verpleeghuizen? Erkent de Minister dat door de sluiting van de verzorgingshuizen een cruciale schakel is verdwenen, waardoor er geen plek is voor mensen die acuut naar een verpleeghuis moeten?

De leden van de **ChristenUnie-fractie** lezen dat zorgkantoren momenteel, ondanks hun zorgplicht, onvoldoende zicht hebben op de situatie van cliënten die op een wachtlijst staan en op de vraag of dit wel verantwoord is. Genoemde leden vinden dit zorgelijk en vragen de Minister van VWS hoe de zorgkantoren hun zorgplicht dan waar kunnen maken. De NZa concludeert dat de prioriteit moet liggen bij het verbeteren van de informatievoorziening over de situatie van de cliënt. Wat gaan de zorgkantoren doen om te zorgen dat zij wel snel op de hoogte zijn van deze situatie?

In de langdurige zorg is het belangrijk dat vraag en aanbod op elkaar zijn afgestemd. Deze leden vragen of de Minister ideeën heeft hoe dit beter kan worden gestroomlijnd (bijvoorbeeld via een regionaal Eerstelijnsverblijf (ELV loket)).

Onafhankelijke cliëntondersteuning is van groot belang bij het vinden van een passende plaats voor een cliënt. In het regeerakkoord zijn hiervoor extra middelen vrijgemaakt. Deze leden vragen de Minister of hij bereid is om een deel van deze middelen in te zetten voor het organiseren van cliëntondersteuning in de periode dat een cliënt wacht op een passende plaats. Op welke wijze gaan zorgkantoren hierbij hun verantwoordelijkheid nemen?

Wachttijden geestelijke gezondheidszorg (ggz)

De leden van de **D66-fractie** constateren dat de wachttijden in de ggz al geruime tijd langer zijn dan de Treeknorm. Diverse acties zijn uitgezet, omdat uit onderzoeken en rapportages van de NZa hiervoor verschillende oorzaken naar voren komen. Genoemde leden hebben vertrouwen in de actiepunten in de Voortgangsrapportage wachttijden in de ggz en in het Actieplan wachttijden in de zorg. Deze leden zijn blij dat vele partijen betrokken zijn bij het opstellen van deze afspraken, van patiënten- en beroepsverenigingen tot zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Een van de tussenresultaten uit de rapportage is het aanpassen van de Transparantieregeling zorgaanbieders ggz, waardoor aanbieders per 1 januari 2018 verplicht zijn wachttijdgegevens centraal aan te leveren bij Vektis (Centrum voor informatie en standaardisatie voor de zorgverzekeraars). Genoemde leden vragen de Staatssecretaris of deze gegevens op dit moment aangeleverd worden en of er een daling van de wachttijden in de ggz uit opgemaakt kan worden. Tevens vragen deze leden of het aanleveren van deze gegevens in de praktijk leidt tot extra administratieve lasten voor zorgaanbieders.

De leden van de D66-fractie kijken met interesse naar de regionale *taskforces*, opgericht onder de hoede van Kleynveld Peat Marwick Goerdeler (KPMG) Health. Genoemde leden zijn echter wel verbaasd over het niet betrekken van de ggz-vrijgevestigden in zeven van de acht *taskforces*, terwijl deze groep, zoals de NZa ook aangeeft, van belang is bij de uitwerking van diverse oplossingsrichtingen. Deze leden vernemen graag van de Staatssecretaris waarom deze groep er niet bij betrokken wordt. Door de partijen MIND (Landelijk Platform Psychische

Gezondheid), de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en GGZ Nederland is gewerkt aan een Werkwijzer medisch noodzakelijk verblijf, om te zorgen dat voor ggz-cliënten tijdig de juiste integrale zorg wordt geleverd. Dit moet onder andere handvatten bieden voor de overgang tussen diverse zorgdoelen. Deze leden vragen de Staatssecretaris of reeds een definitieve versie van deze werkwijzer en een implementatieplan gereed zijn. De leden van de **D66-fractie** vinden het van groot belang dat zorgaanbieders tijdig met zorgverzekeraars en gemeentes communiceren over te lange wachttijden en daarmee samenhangende behandelstops, daar een (dreigende) behandelstop in niemands belang is. Genoemde leden vragen graag waarom de regionale *taskforces* niet expliciet gesproken hebben over het informeren van verzekeraars over de lange wachttijden door zorgaanbieders. Ten aanzien van het wegwerken van wachttijden is een laatste redmiddel een melding hiervan maken bij de NZa. Na de aflevering van Kassa in april 2017 kwamen ruim 100 meldingen binnen, waarvan meer dan de helft daadwerkelijk te maken had met een (te lange) wachttijd. Deze groep is voor het grootste deel door de NZa geholpen. Deze leden gaan er echter van uit dat er ook mensen zijn die op het moment van melden nog niet een (te lange) wachttijd ondervinden. Er is dan derhalve niet direct bemiddeling nodig. Deze leden vragen de Staatssecretaris of de NZa proactief met deze groep aan de slag gaat, bijvoorbeeld door een vervolgesprek met de melder om te bezien of deze op tijd voorzien wordt van de juiste zorg. Om de wachttijdproblematiek op lange termijn aan te pakken is de opleidingscapaciteit voor diverse beroepsgroepen in de ggz verruimd. Hierbij is het maximumadvies van het Capaciteitsorgaan gevolgd voor alle groepen, behalve voor de verpleegkundig specialist ggz. Deze leden erkennen dat de arbeidsmarkt in de zorg een grote uitdaging vormt voor de komende jaren, maar zijn wel van mening dat kwaliteit boven snelheid gaat. De leden van de D66-fractie vernemen graag wat het maximum advies is voor de verpleegkundig specialist ggz, welke afwegingen zijn gemaakt in het extra verruimen van de capaciteit en of de kwaliteit wel geborgd is. Tenslotte vragen genoemde leden om in de aankomende voortgangsrapportage eHealth de toepassingen en mogelijkheden van eHealth betreffende wachttijdverkorting en zorgvernieuwing binnen de ggz te laten terugkomen.

De leden van de **GroenLinks-fractie** vragen of voor de NZa een rol is weggelegd in het scheppen van voorwaarden om het wachtlijstprobleem op te lossen. Genoemde leden vragen of de NZa slechts toezichthouder is, of dat zij meer regie heeft dan nu lijkt. Deze leden verzoeken de Staatssecretaris het aangekondigde onderzoek over omzetplafonds naar de Kamer te sturen. Daarnaast vragen zij wanneer het onderzoek klaar zal zijn.

De leden van de **SP-fractie** vragen de Staatssecretaris of hij de analyse onderschrijft van de voormalige Minister van VWS dat geld niet het probleem was bij de wachttijden in de ggz, maar de verdeling van het beschikbare budget door de zorgverzekeraars. Hoe gaat de Staatssecretaris hier werk van maken? Hoe gaat de Staatssecretaris ervoor zorgen dat de onderschrijving van het ggz-budget in 2017 ook daadwerkelijk in de ggz terecht komt? Waar bevindt dat geld zich nu en waar zal het terecht komen?

Genoemde leden vragen of de Staatssecretaris het ermee eens is dat de eigen keuze van de behandelaar van groot belang is in de ggz. Deelt de Staatssecretaris de zorgen van deze leden dat de keuze van behandelaar onder grote druk staat? Wat gaat de Staatssecretaris concreet doen om dit aan te pakken? Voorts vragen deze leden of de Staatssecretaris inzicht heeft in de complexiteit van de problematiek van patiënten die op een

wachttijst staan. Hoeveel mensen met complexe psychiatrische problemen staan op dit moment op een wachttijst?

De leden van de **ChristenUnie-fractie** constateren uit de NZa-rapportage dat het ook voor de NZa in een aantal gevallen lastig bleek om te zorgen dat mensen sneller ggz-zorg konden ontvangen. Genoemde leden vragen wat hiervan de oorzaken zijn. Zorgverzekeraars moeten volgens de NZa alles doen wat in hun mogelijkheden ligt om de wachttijden omlaag te krijgen. Deze leden vragen de Staatssecretaris naar zijn opvatting over de huidige aanpak door de zorgverzekeraars van de wachttijden in de ggz. Op welke punten ondernemen zorgverzekeraars nog onvoldoende actie? Deze leden vragen tenslotte of de geestelijke gezondheidszorg volgens de Staatssecretaris op schema ligt om uiterlijk op 1 juli 2018 de wachttijden binnen de afgesproken normen te hebben gebracht.

Algemene conclusies en tot slot

De leden van de **GroenLinks-fractie** betreuren het dat nog een gebrek aan inzicht in de wachttijden en de oorzaken hiervan wordt geconstateerd. Hoe zal dit inzicht worden vergaard?

De leden van de **SP-fractie** merken op dat de Ministers in antwoord op Kamervragen van de VVD-fractie stellen dat de zorgverzekeraars zullen worden aangesproken op hun zorgplicht. Daarnaast worden over de zorgplicht afspraken gemaakt in de nog te sluiten hoofdlijnaakkoorden. Genoemde leden vragen welke rol de vrije artskeuze in de zorgplicht van de zorgverzekeraar vervult. Wat is de intentie van de Ministers ten aanzien van de rol van de zorgplicht in de hoofdlijnaakkoorden? ⁴ De NZa heeft de bevoegdheid om toe te zien op de naleving van de uitvoering van de zorgplicht door zorgverzekeraars en kan hiertoe een aanwijzing opleggen op grond van artikel 77 **Wet marktordening gezondheidszorg** (Wmg). Deze leden vragen de Ministers uiteen te zetten hoe vaak tot nu toe een aanwijzing aan de zorgverzekeraar is opgelegd wegens het verzaken van de zorgplicht. Hoe vaak is dit gebeurd in de kabinetten Rutte I, Rutte II en Rutte III?

De leden van de SP-fractie betreuren dat de verantwoordelijkheid voor toegang tot zorg in het huidige zorgstelsel dermate gefragmenteerd is dat geen enkele partij genoeg doet om de wachttijsten daadwerkelijk weg te krijgen en de patiënt het nakijken heeft. Genoemde leden constateren dat zorgprofessionals steeds meer tijd kwijt zijn met het vinden van beschikbare plekken voor mensen die zorg nodig hebben. Dit is kostbare tijd, die niet aan zorg wordt besteed.

De afspraken over zorgcontractering worden gemaakt door zorgverzekeraar en zorgaanbieder. Niemand grijpt echter in wanneer door de zorgaanbieder te weinig zorg wordt ingekocht. Deze leden vragen de Ministers wat zij zelf doen om patiëntenstops in de toekomst te voorkomen. Welke extra middelen en maatregelen is hij bereid in te zetten om te zorgen dat de patiënt niet de dupe wordt?

De leden van de **ChristenUnie-fractie** vinden het zorgelijk dat nog lang niet overal voldoende inzicht is in de omvang en aard van de wacht- en responstijdenproblematiek, waardoor de betrokken actoren onvoldoende informatie hebben om actie te kunnen ondernemen. Op welke termijn moet volgens de Ministers deze informatie beschikbaar zijn? Genoemde leden constateren voorts dat nog te vaak het meldpunt van de NZa wordt benaderd in het geval van lange wachttijden. Vaak lukt het de NZa vervolgens om via bemiddeling passende zorg te realiseren. Deze

⁴ Aanhangsel Handelingen II 2017/18, nr. 1073

leden vragen wat de Ministers gaan doen om te zorgen dat zorgverzekeraars en zorgkantoren samen met zorgaanbieders hun verantwoordelijkheid nemen om tijdig tot wachtlijstbemiddeling over te gaan. Tenslotte vragen deze leden de Ministers op welke wijze deze partijen patiënten/cliënten zullen informeren over de mogelijkheid van wachtlijstbemiddeling, gelet op het feit dat nog te weinig patiënten/cliënten weten dat deze mogelijkheid bestaat?

De leden van de ChristenUnie-fractie zijn met de Ministers van mening dat de zorgverzekeraars, zorgkantoren en zorgaanbieders aan zet zijn om de wachttijden terug te dringen. De NZa neemt hierbij volgens de Ministers een stimulerende rol in. Genoemde leden vragen of het niet noodzakelijk is dat de NZa meer regie pakt en een sturende rol inneemt als blijkt dat de voortgang achterblijft bij de doelstellingen. Hoe houdt de NZa druk op de ketel, zo vragen deze leden. Zijn de Ministers bereid om de NZa te vragen halfjaarlijks te rapporteren over de wachttijden? Welke mogelijkheden heeft de NZa om in te grijpen als uit de volgende voortgangsrapportage onvoldoende verbetering blijkt en wat is er voor nodig om de NZa daadwerkelijk te laten ingrijpen?

De Ministers willen ook in de hoofdlijnenakkoorden afspraken maken over de aanpak van wachttijden. De leden van de ChristenUnie-fractie zijn hier voorstander van, maar constateren ook dat de afspraken in voorgaande hoofdlijnenakkoorden onvoldoende hebben geleid tot een sterke vermindering van de wachttijden. Genoemde leden vragen de Ministers welke aanvullende afspraken zij willen maken in de hoofdlijnenakkoorden voor 2019–2021 om nu wel tot een succesvolle terugdringing van de wachttijden te komen. Deze leden vragen bovendien welke aanvullende afspraken gemaakt worden met sectoren, waarvoor geen hoofdlijnenakkoord wordt gesloten, zoals de langdurige zorg.

De leden van de 50PLUS-fractie lezen dat mensen die te lang moeten wachten op zorg zich ook kunnen melden bij het meldpunt van de NZA. Genoemde leden vragen de Ministers hoe wordt gewaarborgd dat patiënten dit meldpunt weten te vinden.

II. Reactie van de bewindspersonen

Wij hebben met belangstelling kennis genomen van de vragen van de verschillende fracties. Uit de vragen blijkt dat de leden wachttijden in de zorg betreuren en niet acceptabel vinden dat overschrijdingen van de Treeknormen nog voorkomen. Wij kunnen het met deze constatering alleen maar eens zijn. Dat is ook de reden is dat het voorkomen en aanpakken van wachttijden en wachtlijsten prioriteit heeft en op dit onderwerp wordt ingezet en meerdere acties ondernomen worden. Hieronder volgt beantwoording van de vragen die door de fracties zijn gesteld. Wij zullen de vragen van de verschillende fracties per sector beantwoorden.

Algemeen

De leden van Groen Links vragen hoe burgers geïnformeerd worden over wachttijden en of deze informatie gemakkelijk te verkrijgen is. Ook vragen zij of verbetering is opgetreden bij zorgverzekeraars over de responstijden die tot hun zorgplicht behoort. Verder vragen de leden wat de Ministers als «passende zorg» beschouwen en of instemming van degene die de zorg nodig heeft hierin meegenomen wordt.

De leden van de ChristenUnie hebben ook vragen gesteld over het inzicht in wachttijden en hoe burgers hierover geïnformeerd worden. Zie hiervoor ons antwoord onder de paragraaf «algemene conclusies en tot slot».

De NZa constateert dat de zorgverzekeraars op dit moment op de hoogte zijn van het feit dat de responstijden tot hun zorgplicht behoren. De mate waarin deze verantwoordelijkheid wordt gevoeld en genomen verschilt daarin per verzekeraar. De NZa ziet in het algemeen een stijgende lijn ten aanzien van de rol en verantwoordelijkheid van de verzekeraars. Dit blijkt onder andere uit de afspraken die verzekeraars maken met RAV's over monitoring, informeren van verzekeraars, betrokkenheid van verzekeraars en mogelijkheid tot inhuur externe onderzoeker.

In het rapport van de NZa Wachtijdprojecten: Hoe staan we ervoor? werd voor de langdurige zorg de term «passende zorg» genoemd. Passende zorg ziet de Minister van VWS in de langdurige zorg en in de wijkverpleging. Passende zorg is met name zorg die vooral bepaald wordt door het oordeel van de cliënt (en zijn naasten) zelf en de betrokken professional. Zie hiervoor ook het antwoord op de vragen van de leden van de PVV onder de paragraaf langdurige zorg. In de wijkverpleging is sprake van passende zorg wanneer een cliënt kwalitatief goede zorg thuis kan ontvangen die overeenkomt met zijn of haar zorgbehoefte. De omvang en inhoud van deze zorg wordt door de wijkverpleegkundige – in samenwerking met de cliënt – bepaald en vastgelegd in het zorgplan. Cliënten met dementie maken daarnaast aanspraak op casemanagement dementie.

De leden van de SP vragen waarom de Ministers zelf geen actie ondernemen, maar wijzen naar de zorgaanbieders, zorgverzekeraars en de NZa. De Ministers moeten volgens de leden van de SP als stelselverantwoordelijken meer verantwoordelijkheid nemen in het aanpakken van wachtlijsten, kunnen zij aangeven hoe zij deze verantwoordelijkheid oppakken?

De NZa ziet een aantal overeenkomsten in de oorzaken en aanpak van de te lange wacht- en responstijden binnen de verschillende sectoren:

- Zorgverzekeraars en zorgkantoren bemiddelen hun verzekerden nog te weinig naar een andere zorgaanbieder als zij te lang moeten wachten op zorg. Dit komt met name doordat er te weinig bekendheid bij mensen is over de optie tot wachtlijstbemiddeling.
- Er is gebrek aan inzicht in de wachttijden en oorzaken hiervan. Hierdoor kunnen zorgverzekeraars/ zorgkantoren en zorgaanbieders onvoldoende sturen op tijdigheid van zorg.
- Er wordt over het algemeen nog te weinig samengewerkt tussen zorgverzekeraars/zorgkantoren en zorgaanbieders om tot een oplossing van de wachtlijstproblematiek te komen. Ook andere relevante partijen, zoals consumentenorganisaties moeten meer betrokken worden in deze samenwerking.

Met name de zorgaanbieders en zorgverzekeraars kunnen nog flinke verbeterlagen maken en hebben hier een eigen verantwoordelijkheid om voldoende zorg in te kopen en het zo te organiseren dat deze ook tijdig verleend kan worden. De NZa monitort de voortgang en resultaten van de acties als toezichthouder op de wettelijke eisen als zorgplicht van de zorgverzekeraars. De verantwoordelijkheid voor de organisatie van de zorg ligt primair bij de partijen zelf. Vanuit VWS zorgen wij voor de juiste randvoorwaarden door onder meer de wettelijke kaders te stellen op het gebied van kwaliteit en afspraken, de zorgverzekeraars verantwoordelijk te maken voor de zorgplicht en zien wij voor onszelf een rol in partijen bij elkaar brengen en faciliteren. Daarnaast hebben onze ambtsvoorgangers diverse acties⁵ ⁶ (zie hiervoor ook de antwoorden onder de specifieke paragraaf per sector) ingezet en neemt de Staatssecretaris de aanpak van wachttijden mee in gesprekken over het nog te sluiten Hoofdlijnenakkoord.

⁵ Kamerstuk 29 248, nr. 304

⁶ Kamerstuk 29 282, nr. 274

Het is expliciet de rol van de NZa om erop toe te zien dat de zorgverzekeraars voldoen aan hun zorgplicht. Wij volgen dit nauwgezet. Daarnaast hebben wij een actieprogramma arbeidsmarkt voor de gehele sector zorg en welzijn opgesteld, die wij in maart aan de Tweede Kamer hebben gestuurd⁷.

Wachttijden medisch specialistische zorg (msz)

De leden van de PVV vragen of de Minister van Medische Zorg in wil gaan op in hoeverre wachttijden veroorzaakt worden door budgetproblemen en of de mogelijkheid bestaat om wachttijden te verkorten door zorg te vergoeden op basis van nacalculatie? Ook vragen zij wanneer de Minister aan zet is om wachttijden terug te dringen? Ook de leden van de SP vragen wat de rol is van de Minister in het aanpakken van wachttijden.

De wachttijden hebben verschillende oorzaken/redenen. Dit blijkt ook uit het verdiepende onderzoek van de NZa dat in juli 2017⁸ gepubliceerd is. In ieder geval mag het overschrijden van een budgetplafond dat is afgesproken tussen de zorgaanbieder en zorgverzekeraar geen reden zijn dat wachttijden de Treeknorm overschrijden. Het is aan zorgverzekeraars om in overleg met aanbieders van medisch specialistische zorg te bekijken op welke manier dit ingevuld wordt. Zorgverzekeraars mogen verschillende afspraken maken met aanbieders. Het kan door het maken van nacalculatie-afspraken, waarbij verzekeraars achteraf extra geleverde zorg vergoeden. Maar het kan ook door het bemiddelen van patiënten naar andere aanbieders, waar nog wel ruimte is.

Sinds de marktscan medisch specialistische zorg⁹ en het verdiepende onderzoek uit juli 2017⁸ heeft de NZa acties ondernomen, vooral gericht op het aanscherpen van het inzicht in de wachttijden, het bevorderen van wachttijdbemiddeling en het tot stand brengen van samenwerkingsafspraken. De NZa richt zich hier ook op in 2018 en stimuleert dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders, en andere betrokken partijen die kunnen bijdragen aan het terugdringen van wachttijden, hun verantwoordelijkheid nemen. Overigens is van belang dat voor patiënten bij de meeste specialismen die de Treeknorm overschrijden een passend en tijdig alternatief in de regio beschikbaar is én patiënten met een acute zorgvraag direct terecht kunnen.

In het verdiepend onderzoek stelt de NZa dat zorgaanbieders, patiënten, zorgverzekeraars en overheid gezamenlijk aan zet zijn om de wachttijden aan te pakken. Daarom zijn in het Addendum 2018 bij het Hoofdlijnenakkoord medisch specialistische zorg 2014 t/m 2017 de aanpak van wachttijden als specifiek aandachtspunt opgenomen en zijn afspraken gemaakt over de aanpak hiervan. In het Addendum bij het bestuurlijk akkoord huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2018 en het Addendum 2018 bij het onderhandelaarsakkoord 2014 t/m 2017 Wijkverpleging zijn ook afspraken gemaakt over het bevorderen van substitutie. Daarnaast is uw Kamer vorig jaar geïnformeerd dat voor de opleiding van onder andere medisch specialisten voor 2018 meer plaatsen beschikbaar zijn gesteld en is aandacht gevraagd voor knelpunten in specifieke regio's in het kader van de juiste zorg op de juiste plek.

Verder vragen de leden van de PVV of alle wachttijden voor medisch specialistische behandelingen wel bekend zijn want waarom staan bijvoorbeeld de wachttijden voor een cochleair implantaat (CI) nergens

⁷ Kamerstuk 29 282, nr. 303

⁸ Kamerstukken 29 248 en 29 689, nr. 306

⁹ Kamerstuk 29 248, nr. 303

vermeld? Is de Minister bekend met de wachttijd voor een CI van een jaar met uitschieters naar 22 maanden? Zij vragen of de Minister een toezegging kan doen deze kwestie te onderzoeken.

De Nza heeft in een regeling¹⁰ opgenomen voor welke behandelingen zorgaanbieders verplicht zijn de wachttijden te publiceren. De Nza ziet hierop toe. Het signaal over de wachttijd voor een CI heb heeft de Minister voor MZS vernomen van het Onafhankelijk Platform Cochleaire Implantatie (OPCI) en onder de aandacht gebracht van de NFU en de Nza. De Nza heeft dit signaal opgepakt en is in gesprek gegaan met OPCI. Zij zijn bezig om mogelijke oplossingsrichtingen in kaart te brengen en deze aan de juiste partijen voor te leggen. Eén van de oplossingsrichtingen waaraan gedacht kan worden is bijvoorbeeld het anders bekostigen van de nazorg.

De leden van de CDA vragen op welke wijze de registratie van wachttijden, waarop acties zijn gezet, gaat zorgen voor vermindering van de wachttijd? Zij vragen de Minister voor Medische Zorg om voorbeelden uit het verleden waarin actieve informatieplicht heeft gezorgd voor kortere wachttijden. Ook vragen de leden wat het doel is van de bijeenkomsten die de Nza in het veld organiseert en of daarin afspraken gemaakt worden tussen partijen om de wachttijden te verminderen? Daarbij willen de leden ook weten of dit gevolgen heeft voor de inkoop van zorgverzekeraars.

Volledige en juiste gegevens over de actuele wachttijden zijn cruciaal om te weten waar en of sprake is van (te) lange wachttijden. Daarbij blijkt ook dat niet elke overschrijding van de Treeknorm voor de patiënt een probleem oplevert (de zogenoemde «wenswachters»). Inzicht in de wachttijden biedt de mogelijkheid voor patiënten om een goed geïnformeerde keuze voor een zorgaanbieder te maken en voor zorgaanbieders en verzekeraars om goed te kunnen bemiddelen naar een andere zorgaanbieder waar de patiënt tijdig terecht kan. De actieve informatieplicht houdt in dat zorgaanbieders verplicht zijn om op hun website een tekst te plaatsen over de maximaal aanvaardbare wachttijd. Ook is de zorgaanbieder verplicht om de patiënt (schriftelijk of mondeling) te informeren over de mogelijkheid tot bemiddeling. Voor januari 2018 was in de mzs geen sprake van een actieve informatieplicht (alleen een verplichting om wachttijden te publiceren), dus kunnen hiervan geen voorbeelden gegeven worden.

De Nza heeft in november en december (voorbereidende) gesprekken gevoerd met zorgaanbieders, zorgverzekeraars, branche-organisaties en patiëntenverenigingen gericht op de problematiek in de regio Noordoost-Nederland. Het doel van deze gesprekken is tot stand brengen van samenwerkingsverbanden. De Nza is in februari gestart met de bijeenkomsten in het veld om te onderzoeken of een dergelijke interventie effectief is in de aanpak van wachttijden. De eerste bijeenkomst is al geweest. Dat ging over de wachttijden ten aanzien van de Oogheelkunde in Noordoost Nederland. Tijdens deze bijeenkomst zijn specifieke oplossingsrichtingen geprioriteerd en deels uitgewerkt door de deelnemende partijen (wat is er nodig en door wie). Deze vraag en het bijbehorende antwoord worden in vervolg sessies uitgewerkt.

Of dit gevolgen heeft voor de zorginkoop kan de Minister voor MZS op dit moment niet voorspellen. Door de actieve informatieplicht kunnen patiënten hopelijk sneller geholpen worden, als zij dat wensen. Dit betekent niet dat perse meer of anders zorg in hoeft te worden gekocht.

¹⁰ Regeling Wachttijden en wachttijdbemiddeling medisch specialistische zorg – NR/REG-1823

De leden van D66 hebben kennisgenomen van de actieve informatieplicht per 1 januari 2018 en vragen de Minister voor Medische Zorg of patiënten bij melding van een overschrijding van de Treeknorm een indicatie krijgen hoe lang zij naar verwachting moeten wachten? Daarnaast hebben zij opgemerkt dat patiënten ook zelf bij de NZa kunnen melden en vragen zich af hoe patiënten daarover geïnformeerd worden? De leden van Groenlinks en 50PLUS hebben hierover ook vragen gesteld. Ook willen zij weten of zorgaanbieders zelf melding moeten maken bij de NZa van een overschrijding van de Treeknorm zodat mogelijk de NZa dan gericht actie kan ondernemen?

Zorgaanbieders zijn volgens de regeling «Wachttijden en wachttijdbemiddeling medisch specialistische zorg» verplicht om hun actuele wachttijden te registreren en te publiceren. Sinds januari 2018 zijn zij ook verplicht om patiënten actief te informeren als de wachttijd voor polikliniek, diagnostiek of behandeling de Treeknorm overschrijden. De patiënten kunnen ook zelf zien wat de wachttijd voor het betreffende specialisme is of dit navragen bij de zorgaanbieder als zij dit zelf niet op de website kunnen vinden. Patiënten kunnen hun verzekeraar vragen om te bemiddelen. Die is immers primair verantwoordelijk in het kader van hun zorgplicht. De NZa heeft als doel gesteld om de bekendheid hiervan bij patiënten te vergroten. Als de verzekeraar niet voldoet aan de bemiddelingsplicht dan kan de patiënt bij de NZa melden.

De NZa roept patiënten die (te) lang moeten wachten op om zich te melden bij hun Meldpunt. Informatie hierover is te vinden op de website¹¹ van de NZa, via de consumentenpagina. Op de website besteedt de NZa specifiek aandacht aan de rechten van de patiënt en dat zij zich ook bij de NZa kunnen melden in het geval de wachttijd de Treeknorm overschrijdt. Daarnaast bracht de NZa een signalenrapportage¹² uit waarin zij een beeld geven van de meldingen van burgers, waaronder over wachttijden. Zie hiervoor ook mijn antwoord onder de paragraaf «Algemene conclusies en tot slot».

Ook zorgaanbieders kunnen, net als verzekeraars en patiënten, zich melden bij de NZa, maar ook daar geldt dat eerst met de verzekeraar gekeken moet worden of zij er samen uit kunnen komen.

De leden van GroenLinks vragen wanneer de resultaten van de genomen maatregelen in 2017 aan de Kamer gepresenteerd worden. Ook vragen zij hoe de NZa meer bekendheid gaat geven aan wachtlijstbemiddeling en of het meldpunt van de NZa voldoende bekend is omdat op de website niet aangegeven wordt dat een melding gemaakt mag worden als er problemen zijn over wachtlijsten. Dit was ook een vraag van de leden van D66 en 50PLUS. Zij vragen deze vragen respectievelijk ook voor de ambulancezorg, de wijkverpleging, de Wet langdurige zorg en de geestelijke gezondheidszorg.

De NZa brengt rond de zomer 2018 een volgende voortgangsrapportage wachttijden uit. Dezelfde leden vragen dit ook voor de ggz en wijkverpleging.

Voor de antwoorden op de vragen over de andere sectoren van de leden van Groenlinks verwijzen wij naar de antwoorden onder deze paragrafen. Voor de antwoorden op de vragen over de bekendheid van wachtlijstbe-

¹¹ <https://www.nza.nl/contact/informatie-voor-patient-en-verzekerde/zorgplicht-hoe-krijg-ik-de-zorg-die-ik-nodig-heb>

¹² <https://www.nza.nl/actueel/nieuws/2017/08/24/nza-wat-kunt-u-doen-als-u-lang-moet-wachten-op-zorg>

middeling en de bekendheid van het meldpunt verwijzen wij naar de antwoorden op de vragen van de leden van D66 en 50PLUS.

De leden van de SP vragen wat precies de rol is van de Minister in het aanpakken van de wachtlijsten in de msz? Hoe gaat de NZa controleren of zorgverzekeraars hun verzekerden bemiddelen als zij te lang moeten wachten en welke doorzettingsmacht de NZa heeft als zorgverzekeraars hun zorgplicht onvoldoende nakomen. Tot slot willen zij weten wat de bevoegdheden van de Minister zelf hierin is.

Zie het antwoord op de vraag van de leden van de PVV over de rol van de Minister in het aanpakken van de wachtlijden.

De NZa heeft de Minister van MZS laten weten dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars over het algemeen contact hebben als wachtlijden overschreden worden en dat zij gezamenlijk naar oplossingen zoeken die passen bij die specifieke situatie. De NZa spreekt met verzekeraars over lopende alternatieven om waar mogelijk goede voorbeelden te stimuleren. Zorgverzekeraars moeten zich inspannen om ervoor te zorgen dat hun verzekerden kwalitatief goede, bereikbare en tijdige zorg ontvangen. Dit is invulling van de verantwoordelijkheid voor verzekeraars in het kader van hun zorgplicht. In de beleidsregel «toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars zvw» is opgenomen hoe de zorgplicht moet worden ingevuld. In deze beleidsregel zijn de Treeknormen opgenomen. Indien de zorgplicht niet wordt nageleefd, dan kan de NZa handhaven. De NZa maakt onderscheid tussen formele handhaving en meer informele manieren om te komen tot normconform gedrag. Bij informele maatregelen kan gedacht worden aan voorlichting, communicatie of «wenkbrauwgesprekken». De NZa kan als formele maatregel een aanwijzing opleggen aan de zorgverzekeraar. Indien de zorgverzekeraar de aanwijzing niet of niet binnen de gegeven termijn naleeft, kan de NZa dit feit of het handhavingsbesluit openbaar maken, een last onder dwangsom of bestuursdwang opleggen.

Indien zorgaanbieders transparantieverplichtingen niet nakomen, kan de NZa ook handhavend optreden richting de zorgaanbieders door middel van een aanwijzing, last onder dwangsom of bestuursdwang, of via een bestuurlijke boete.

De leden van de SP merken op dat een patiënt niet geholpen is met een beter informatiepositie, maar directe toegang tot zorg. Zij vragen of de Minister het eens is dat het niet aan de patiënt is, maar aan de zorgverzekeraar om ervoor te zorgen dat de patiënt de juiste zorg krijgt en dit toe te lichten.

Patiënten hebben, als zij een naturapolis hebben, er recht op de zorg te ontvangen die zij nodig hebben (en bij een restitutiepolis een vergoeding van de kosten). De zorgverzekeraar is verplicht te zorgen dat zijn verzekerden die zorg ook tijdig krijgen, daarover is de Minister voor MZS het met de leden van de SP eens. Hij is van mening dat de patiënten een bijdrage kunnen leveren als zij over de juiste informatie beschikken. Als de patiënt weet waar hij recht op heeft, kan hij ook eerder zijn zorgverzekeraar inschakelen. Uit het onderzoek van de NZa¹³ bleek dat de bereidheid om te wachten en niet actief zoeken naar een kortere wachttijd samenhangt met onbekendheid van de regels over wachttijden. Dit (informatievoorziening) is ook een taak van de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder.

¹³ Kamerstukken 29 248 en 29 689, nr. 306. Bijlage Wachttijden in de ziekenhuiszorg

De leden van de ChristenUnie informeren naar de achtergrond van de problematiek in Noordoost Nederland en wijzen op de sluiting van afdelingen in het Scheper Ziekenhuis Emmen. Zij vragen wat de consequenties zijn voor de bereikbaarheid van overige zorg als gevolg van deze sluiting onder andere voor de aanrijtijden van ambulances. De leden willen weten of de Minister de mening deelt dat een goede zorginfrastructuur in het Noordoosten van het land van groot belang is en indien dit zo is, hoe de Minister dit wil garanderen?

De NZa heeft in het verdiepende onderzoek medisch specialistische zorg aandacht gevraagd voor regionale knelpunten omdat bleek dat daar de wachttijden hoger opliepen. Volgens het onderzoek was sprake van een mismatch op de arbeidsmarkt. Hiervoor heeft de NZa specifiek ingezet op het stimuleren van zorgverzekeraars en zorgaanbieders om initiatieven voort te zetten. Ook heeft zij in de regio gesprekken gevoerd met partijen met als doel het tot stand brengen van samenwerkingsverbanden (zie hiervoor ook mijn antwoord op de vragen van de leden van de CDA). Omdat knelpunten in de arbeidsmarkt complex zijn, zijn hierover ook afspraken opgenomen in het Hoofdlijnenakkoord en zijn meer opleidingsplaatsen beschikbaar gesteld.

In de brief van de Minister voor MZS van 13 december 2017¹⁴ is al ingegaan op de sluiting van de afdelingen in het Scheper Ziekenhuis Emmen. Daarin gaf de Minister voor MZS aan het uiteraard niet prettig te vinden dat het ziekenhuis mogelijk wegens een personeelstekort besluit afdelingen te sluiten, maar hier zelf geen rol in te hebben. De organisatie van zorg in de regio is primair de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieders en zorgverzekeraars. De zorgverzekeraars zijn op basis van hun zorgplicht verplicht om ervoor te zorgen dat hun verzekerden voldoende en tijdige zorg ontvangen. De NZa heeft geen signalen dat de zorgplicht van de verzekeraar (noch voor de acute verloskunde, noch voor de kindergeneeskunde) in gevaar zou komen door het sluiten van de betreffende afdelingen, maar houdt uiteraard vinger aan de pols.

Uiteraard deelt de Minister voor MZS de mening dat een goede zorginfrastructuur van belang is. Dit geldt evenzeer voor het Noordoosten als voor andere delen van Nederland. Voor acute zorg is, meer nog dan voor andere vormen van zorg, de bereikbaarheid en tijdigheid van belang. Daarom gelden hiervoor expliciete normen. Voor de spreiding van afdelingen voor spoedeisende zorg en acute verloskunde geldt de zogenaamde 45 minuten-norm, en voor de aanrijtijden van ambulances geldt de 15 minuten-norm.

In december 2017 heeft Treant, waar de ziekenhuislocaties Bethesda (Hoogeveen), Refaja (Stadskanaal) en Scheper (Emmen) onderdeel van uitmaken, de verloskunde op de locatie Scheper in Emmen tijdelijk moeten sluiten vanwege een tekort aan kinderartsen. De sluiting van de acute verloskunde in Emmen is niet in strijd met de 45 minuten-norm. Het Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ) Noord-Nederland heeft in december geanalyseerd welk effect de sluiting precies heeft op de rijtijden van de ambulances. In het ROAZ-overleg van 12 december jongstleden is met partners in de acute keten en traumazorg (inclusief zorgverzekeraar) deze analyse besproken en is geconcludeerd dat extra inzet van ambulances niet nodig is. Wel is met aangrenzende regio's afgesproken dat deze bijspringen als het druk is in de regio Emmen.

¹⁴ Aanhangsel Handelingen 2017/18, nr. 681

Responstijden ambulancezorg

De leden van de CDA-fractie vragen de Minister voor Medische Zorg hoe het staat met het besef bij de zorgverzekeraars dat de responstijden tot hun zorgplicht behoren en of dit besef inmiddels wel tot hen is doorgedrongen.

Zoals de Minister voor MZS reeds in antwoord op de vraag van de leden van de GroenLinks-fractie heeft gesteld, constateert de NZa dat dit besef bij de zorgverzekeraars is doorgedrongen.

Voorts vragen deze leden wat de sanctiemogelijkheden richting zorgverzekeraars zijn wanneer zij hun zorgplicht niet nakomen.

De NZa kan een aantal maatregelen richting zorgverzekeraars treffen. Zij kunnen een aanwijzing of last onder dwangsom opleggen en overgaan tot openbaarmaking van deze maatregelen.

De leden van de CDA-fractie vragen of het voornamelijk een budgettaire kwestie is dat zorgverzekeraars hun zorgplicht verzaken.

Zoals de leden in de rapportage Normoverschrijdingen responstijden ambulances¹⁵ kunnen lezen, hebben zorgverzekeraars en RAV'en in hun gesprekken die zij met de NZa hebben gevoerd (in 2015 tot begin 2016) meerdere oorzaken opgesomd voor het niet halen van de normen. Uit de gesprekken en de onderliggende financiële afspraken, leidt de NZa af dat in een aantal regio's de zorgverzekeraar de problemen met responstijden niet of niet alleen kan oplossen door extra geld ter beschikking te stellen. Zorgverzekeraars en RAV'en geven aan dat meer geld niet per definitie zorgt voor het behalen van de norm. Zo gaat het bijvoorbeeld ook om een tekort aan goed opgeleid personeel en onverwachte hoge productiestijgingen, die deels verkaard worden door demografische ontwikkelingen.

Genoemde leden vragen hoeveel geld extra geïnvesteerd is in de ambulancezorg in de afgelopen kabinetsperiode ten opzichte van het basispad.

Om een beeld te geven van de uitgaven ontwikkeling in de ambulancezorg treft u hieronder het kader ambulancevervoer uit de Rijksbegroting 2018 (x € 1 miljoen), reeks op prijspeil 2017.

2013	2014	2015	2016	2017	2018
502,2	518,7	518,2	542,9	592,2	611,2

Tabel 1. Beschikbaar kader ambulancevervoer uit de Rijksbegroting 2018 (x € 1 miljoen), reeks op prijspeil 2017.

Het financiële macro-budget ambulancevervoer heeft de afgelopen kabinetsperiode kunnen blijven groeien. Daardoor hebben investeringen kunnen plaatsvinden om de benodigde zorg te kunnen bieden, die met de actualisaties van het Referentiekader Spreiding en Beschikbaarheid (hierna: referentiekader) in 2016 en 2017 noodzakelijk bleken. Tussen 2014 en 2015 is het referentiekader niet geactualiseerd.

¹⁵ Kamerstuk 29 247, nr. 223

In het referentiekader wordt op basis van een aantal randvoorwaarden het minimum aantal ambulances per regio bepaald waarmee de ambulancezorg in Nederland kan worden uitgevoerd. Landelijk wordt er door het Ministerie van VWS een macro-budget voor ambulancezorg bepaald, onder andere met behulp van het referentiekader, dat vervolgens door de NZa op basis van het referentiekader wordt onderverdeeld in regionale budgetten.

Bij de actualisatie van het referentiekader in 2016 bleken ten opzichte van 2013 meer ambulances nodig te zijn. De NZa heeft vervolgens berekend dat € 15,7 miljoen extra nodig was om de inzet van ambulancemedewerkers voor deze toegenomen ritten te kunnen bekostigen. Bij de actualisatie in 2017 bleken, op basis van productiecijfers over het jaar 2016, wederom meer ambulances nodig. Dit resulteerde, na berekening door de NZa, in extra benodigd budget van € 5,7 miljoen. Daarnaast zijn in 2017 de normatieve loonbedragen herijkt door de NZa waardoor er aanvullend € 13,5 miljoen nodig was. Deze extra financiële middelen heeft VWS – binnen het totaal beschikbare financiële kader – structureel beschikbaar gesteld. De NZa heeft deze extra financiële middelen structureel in de jaarlijkse budgetten van de RAV'en verwerkt. Zorgverzekeraars gaan over de besteding van deze regionale budgetten en onderhandelen hierover met de RAV'en.

De leden van de CDA-fractie vragen of een relatie bestaat tussen geweld tegen ambulancepersoneel en ziekteverzuim.

Uit de whitepaper van Effectory¹⁶ van oktober 2017 blijkt dat een incident¹⁷ in sommige gevallen kan leiden tot ziekmelding of uitval. Effectory meldt dat dit met name voor komt wanneer de opvang na een incident door de werkgever niet naar tevredenheid verloopt. 75% van de ambulancezorg medewerkers geeft aan dat zij tevreden zijn over de interne opvang na ongewenst gedrag. Erkenning, steun en ruimte om te praten zijn essentieel om definitieve uitval te voorkomen. Effectory concludeert dat de sector hier goed in slaagt en oog heeft voor de behoeften van haar medewerkers.

Voorts vragen deze leden of over de belemmeringen in de infrastructuur contact is opgenomen met de collega van Infrastructuur en Waterstaat (I&W)? Worden provincies, die een belangrijke rol spelen in het provinciale wegennet, betrokken bij oplossingsrichtingen van knelpunten in de infrastructuur?

In het NZa rapport «Normoverschrijdingen responstijden ambulances» heeft de NZa aan alle verzekeraars en RAV'en gevraagd welke oorzaken er volgens hen ten grondslag liggen aan de overschrijdingen van de norm. Sommigen noemden daarbij belemmeringen door geografie en infrastructuur. Meer specifiek gaat het er om dat er gebieden zijn in Nederland die te maken hebben met een bijzondere geografie, te denken valt dan bijvoorbeeld aan de aanwezigheid van rivieren, de zee of meren. Het ontbreken van infrastructuur zoals bruggen vormt in bepaalde gebieden een obstakel in acute situaties. Ook wordt genoemd dat een aantal veiligheidsregio's gelet op hun ligging niet handig zijn ingedeeld.

¹⁶ Levensredders aan het woord. Inzicht in de werkbeleving van ambulancezorgmedewerkers

¹⁷ In bijna 95% van de gevallen gaat het om verbale agressie door patiënten en omstanders, bijvoorbeeld schreeuwen, schelden en tegenwerken.

De RAV'en en zorgverzekeraars hebben relatief veel vrijheid om de ambulancezorg in de regio vorm te geven. Zo kunnen standplaatsen worden verplaatst¹⁸, extra standplaatsen worden toegevoegd en afspraken worden gemaakt met buurregio's over burenhulp, zodat een optimale situatie ontstaat voor de geografie en infrastructuur per regio. Voor (lokale) infrastructurele projecten, bijvoorbeeld het onderhoud aan bruggen of tunnels, is het van belang dat de gemeenten, provincies en Rijkswaterstaat de geplande werkzaamheden tijdig aangeven, zodat in het Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ) kan worden ingespeeld op de veranderingen, zodat de toegankelijkheid van de acute zorg niet in het geding komt. Indien er onoverkomelijke obstakels zijn, vindt het gesprek plaats tussen de sector, het Ministerie van VWS en het Ministerie van I&W. Een goed voorbeeld hiervan is de inzet van de SAR-helikopter van de Kustwacht voor het patiëntenvervoer vanaf de Friese Waddeneilanden tussen augustus 2015 en februari 2017.

Tenslotte vragen deze leden hoe productiestijgingen een oorzaak kunnen zijn van het niet halen van de 95% norm.

De 95% norm is de prestatienorm die inhoudt dat de RAV ervoor zorgt dat onder normale omstandigheden in ten minste 95% van de A1-meldingen een ambulance binnen 15 minuten na aanname van de melding ter plaatse is. Indien er heel veel (extra) A1-inzetten worden aangevraagd (dus productiestijging), kunnen in de situatie met een limitatief aantal ambulancezorgprofessionals en middelen, relatief gezien minder ambulances binnen 15 minuten ter plaatse zijn. Het kost enige tijd voordat de door VWS in 2016 en 2017 beschikbaar gestelde extra financiële middelen als gevolg van productiestijging, daadwerkelijk leiden tot meer ambulances en ambulancepersoneel.

Deze leden vragen of voldoende ambulances zijn aangeschaft in verband met de toename van het aantal ouderen op de spoedeisende hulp (SEH).

In de markscan acute zorg van de NZa¹⁹ staat een aantal bevindingen met over de ambulancezorg en SEH-bezoek:

- het totaal aantal SEH-bezoeken daalt licht en het aandeel ouderen op de SEH is toegenomen.
- het aantal spoedeisende inzetten van ambulances met bestemming SEH neemt sterk toe in de periode 2013–2016.
- de gemiddelde responstijd van de ambulances neemt in deze periode niet toe.

Het toegenomen aantal ritten in de periode 2013–2016 is meegenomen in de actualisatie van het referentiekader in 2016 en 2017. In 2016 is er € 15,7 miljoen en in 2017 € 5,7 miljoen structureel beschikbaar gesteld – binnen het totaal beschikbare financiële kader – voor de extra ambulances in verschillende regio's, waardoor de ambulancecapaciteit in Nederland kon worden uitgebreid.

De leden van de D66-fractie vragen of de Minister er zeker van is dat de toegezegde middelen voldoende zijn om de tekorten in personeel en ambulances op te lossen.

Vanuit VWS zorgt de Minister voor MZS voor de juiste randvoorwaarden, zodat ambulancediensten voldoende personeel en ambulances kunnen inzetten. Dit doet hij met een jaarlijkse actualisatie van het referentiekader, met goede ramingen door het Capaciteitsorgaan, waar ambulance-

¹⁸ Mits de spreiding van de standplaatsen zodanig is dat in de desbetreffende regio minstens 97% van de bevolking binnen 15 minuten responstijd kan worden bereikt door een ambulance.

¹⁹ Kamerstuk 29 247, nr. 236

verpleegkundigen vanaf 2019 structureel deel van uit gaan maken en met adequate financiering, waardoor er vanaf 2018 structureel € 10 miljoen euro beschikbaar is voor de opleiding van ambulanceverpleegkundigen en ambulancechauffeurs. Tevens heeft de NZa in 2017 het loonnormbedragen-model herijkt waardoor aanvullend € 13,5 miljoen nodig was en beschikbaar is gesteld. Dit onderhoud aan de loonnormbedragen omvatte een herberekening van de loonkostenvergoeding voor de *beschikbaarheid* van rijdend ambulancepersoneel in de periode 2004–2016. De oude loonnormbedragen zijn in 2004 vastgesteld en hadden als basis de cao ambulancezorg uit 2002. Sinds 2004 zijn de bedragen jaarlijks geïndexeerd op basis van de overheidsbijdrage in de arbeidskostenontwikkeling (ova). Maar de verouderde basis in de loonnormen was voor de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) aanleiding om de loonnormbedragen te herijken²⁰. Met de € 13,5 miljoen worden de regionale ambulancevoorzieningen (RAV'en) in staat gesteld een loonkostenvergoeding te ontvangen op het werkelijke kostenniveau in de sector. Zorgverzekeraars en RAV'en sluiten contracten binnen deze randvoorwaarden. De Minister voor MZS heeft geen signalen van hen ontvangen dat er te weinig financiële middelen zijn.

Maar, ook in de ambulancesector, zijn er arbeidsmarktvraagstukken, die niet zo maar zijn op te lossen door extra financiële middelen. Ook de aantrekkelijkheid van het beroep en de vraag naar gespecialiseerde verpleegkundigen in andere sectoren speelt een rol. Samen met de Minister van VWS en de Staatssecretaris van VWS hebben wij recent een brede aanpak arbeidsmarkt voor de gehele sector zorg en welzijn gepresenteerd en aan de Tweede Kamer gestuurd.

Ook vragen deze leden of er contact is met de Minister van I&W over de geografische belemmeringen voor het halen van de norm.

Graag verwijst de Minister voor MZS u naar het antwoord op eenzelfde vraag van de leden van de CDA-fractie.

De leden van de GroenLinks-fractie vragen de Minister voor Medische Zorg wat de rol is van de NZa in het scheppen van genoemde voorwaarden om de responstijden te halen, zoals het in kaart brengen van de oorzaken.

De NZa houdt toezicht op de zorgplicht van de zorgverzekeraars. Daarvoor heeft de NZa verbeterplannen opgevraagd bij de verzekeraars voor de regio's die de norm voor responstijden niet halen. Onderdeel van deze verbeterplannen is dat het gezamenlijk in kaart brengen door de zorgverzekeraars en RAV'en van oorzaken en mogelijke verbeteracties.

Tevens vragen genoemde leden of de NZa een platform biedt waarin Regionale Ambulancevoorzieningen (RAV's) en zorgverzekeraars best practices kunnen delen, of dat zij dit zelf moeten faciliteren.

Het is van belang dat alle betrokkenen hun rol en verantwoordelijkheid nemen. De zorgverzekeraars pakken momenteel deze rol. Zij delen best practices met elkaar en voeren samen met de RAV'en allerlei (procesmatige en operationele) verbeteracties door. Je kan hierbij denken aan het opstellen van wervingsplannen voor nieuw personeel en het veranderen van standplaatsen.. De NZa heeft hierin een faciliterende en monitorende rol. Zo heeft de NZa begin maart 2018 een bijeenkomst georganiseerd met alle betrokken verzekeraars waarbij onder andere best practices gedeeld zijn.

²⁰ https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_3663_22/

Deze leden vragen vervolgens hoe het intensievere toezicht zich verhoudt tot het reguliere toezicht.

Het intensievere toezicht houdt in dat NZa zich focust op de sectoren waar (de grootste) zorgplichtproblemen afspelen. De ambulancezorg heeft daarom de bijzondere aandacht van de NZa omdat de responstijden in bepaalde regio's de norm overschrijden. In die regio's waar de overschrijdingen het grootst zijn of er te weinig verbetering is te zien, intensificeert de NZa het toezicht.

De leden van GroenLinks vragen wanneer de resultaten van de genomen maatregelen in 2017 aan de Kamer gepresenteerd worden.

De NZa stuurt ons twee keer per jaar een voortgangsrapportage over de wachttijdprojecten, waarin een algemene terugkoppeling over de verbeterplannen is opgenomen. De eerstvolgende rapportage van de NZa ontvangen wij rond de zomer 2018 en deze zullen wij uw Kamer dan ook doen toekomen.

Tenslotte vragen deze leden hoe de NZa meer bekendheid gaat geven aan wachtlijstbemiddeling en of het meldpunt van de NZa voldoende bekend is, omdat op de website niet aangegeven wordt dat een melding gemaakt mag worden als er problemen zijn over wachtlijsten.

In de ambulancezorg is niet zozeer sprake van wachtlijsten, maar van het niet halen van de prestatienorm door de RAV. De prestatienorm houdt in dat de RAV ervoor zorgt dat onder normale omstandigheden in ten minste 95% van de A1-meldingen een ambulance binnen 15 minuten na aanname van de melding ter plaatse is. Deze norm geldt niet op individueel patiëntniveau. Wachtlijstbemiddeling is zodoende niet van toepassing.

De leden van de SP-fractie vinden het zorgwekkend dat zorgverzekeraars zich nog niet voldoende realiseren dat het halen van de responstijden door de ambulances deel uitmaakt van hun zorgplicht. Genoemde leden vragen of de Minister voor Medische Zorg het met hen eens is dat hieruit afgeleid kan worden dat het concept zorgplicht te open is geformuleerd en te weinig verplichtingen met zich meebrengt voor de zorgverzekeraar. Ook vragen deze leden wat de Minister zelf als zorgplicht definieert?

De NZa heeft in haar beleidsregel «Beleidsregel toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw» concreet invulling gegeven aan deze plicht bij ambulancezorg. De norm die de NZa hanteert is dat ten minste 97% van de bevolking binnen 15 minuten responstijd door een ambulance bereikt moet kunnen worden en dat de RAV ervoor zorgt dat onder normale omstandigheden in ten minste 95% van de A1-meldingen een ambulance binnen 15 minuten na aanname van de melding ter plaatse is. De Minister voor MZS kan zich vinden in de eisen die in dit kader aan de aanbieders van ambulancezorg en aan zorgverzekeraars wordt gesteld. Dit geldt ook voor de bevindingen van de NZa in haar rapport «Wachttijdprojecten: hoe staan we ervoor?»: zorgverzekeraars moeten zich meer inspannen om de responstijden van ambulances terug te dringen. De NZa doet hiervoor een aantal concrete aanbevelingen die zorgverzekeraars in samenwerking met de aanbieders van ambulancezorg in 2018 dienen op te pakken. In een gezamenlijke bijeenkomst met zorgverzekeraars is besproken wat de verbeterplannen hebben opgeleverd en in hoeverre er nog moet worden bijgestuurd en geïntensiveerd. De Minister voor MZS heeft er vertrouwen in dat de intensivering van de zorgverzekeraars, de aanbieders van ambulancezorg en de NZa de gewenste verbetering zal laten zien.

De leden van de SP vragen hoe een tekort aan ambulances en personeel is ontstaan? Tevens vragen deze leden hoe de Minister ervoor zorgt dat voldoende personeel werkzaam is in de spoedzorg?

Er is geen onderzoek gedaan naar hoe een tekort aan ambulances en personeel is ontstaan. Een tekort aan ambulances zou (deels) kunnen komen doordat tussen 2014 en 2015 het referentiekader niet is geactualiseerd. Daardoor is pas bij de actualisatie in 2016 de productiegroei in de jaren ervoor meegenomen in de beschikbare regionale budgetten. Gezien de vele ontwikkelingen in de acute zorg heeft mijn ambtsvoorganger, mede op verzoek van Ambulancezorg Nederland (AZN) en ZN, besloten het referentiekader vanaf 2016 jaarlijks te actualiseren. Het tekort aan personeel zou kunnen zijn ontstaan doordat de afgelopen jaren niet altijd voldoende is opgeleid en dat de noodzaak tot opleiden pas gevoeld wordt als het tekort al daar is.

VWS draagt bij met een jaarlijkse actualisatie van het referentiekader, met goede ramingen door het Capaciteitsorgaan, waar ambulanceverpleegkundigen vanaf 2019 structureel deel van uit gaan maken en met adequate financiering, waardoor er vanaf 2018 structureel € 10 miljoen euro beschikbaar is voor de opleiding van ambulanceverpleegkundigen en ambulancechauffeurs. De sector leidt al flink meer op. De Minister voor MZS blijft in gesprek met de sector om ervoor te zorgen dat deze positieve ontwikkeling doorzet. Maar het arbeidsmarktvragestuk speelt breder dan alleen in de ambulancesector. Wij hebben een actieprogramma arbeidsmarkt voor voor de gehele sector zorg en welzijn opgesteld, die wij in maart aan de Tweede Kamer hebben gestuurd.

Voorts vragen de leden hoe de Minister zorgt dat de werkdruk tot een acceptabel niveau daalt en het ambulancepersoneel voldoende waardering krijgt, gezien het salaris van ambulancepersoneel nog steeds achter loopt bij verpleegkundigen in het ziekenhuis met dezelfde opleiding.

Volgens de Tijdelijke wet ambulancezorg (Twaz) moet de RAV de tevredenheid van het personeel onderzoeken. Een aantal RAV'en heeft de afgelopen jaren (2013 – 2017) via Effectory onderzoek gedaan naar de werkbeleving van medewerkers. Uit het resulterende whitepaper²¹ uit oktober 2017 blijkt dat ambulancezorgprofessionals tevreden zijn over hun werkdruk. 72,2% beoordeelt deze als goed. 4,4% beoordeelt de werkdruk als te laag of veel te laag, 20% beoordeelt deze als te hoog en 3,4% beoordeelt deze als veel te hoog. Effectory geeft aan dat in de zorgbranche als geheel 59% van de medewerkers hun werkdruk als goed beoordeelt. De primaire en secundaire arbeidsvoorwaarden, waaronder opleidingsniveau in relatie tot salariëring, zijn onderwerpen voor het CAO-overleg tussen werknemers en werkgevers.

*Deze leden vragen hoe de Minister gevolg geeft aan de acties van ambulancepersoneel, georganiseerd omdat er geen overeenstemming wordt bereikt tussen de werkgevers en werknemers over de verdeling van het budget?*²²

Hierover heeft de Minister voor MZS u in de Kamerbrief²³ van 13 februari jongstleden geïnformeerd.

²¹ Levensredders aan het woord. Inzicht in de werkbeleving van ambulancezorgmedewerkers

²² <https://www.parool.nl/amsterdam/ambulancemedewerkers-houden-stiptheidsacties~a4566784/>

²³ Kamerstuk 29 247, nr. 252

Deze leden vragen de Minister te verduidelijken wie de doorslaggevende bevoegdheid heeft over de budgetverdeling. Is dit de Minister, of zijn dit de werknemers of werkgevers? Hoe garandeert de Minister dat ook de werknemers een stem hebben in de verdeling van het budget?

Landelijk wordt er door het Ministerie van VWS een macro-budget voor ambulancezorg bepaald, dat op basis van het referentiekader door de NZa wordt onderverdeeld in regionale budgetten. Zorgverzekeraars gaan over de besteding van deze regionale budgetten en onderhandelen hierover met de RAV'en. Werknemers hebben via de ondernemingsraad van de individuele RAV'en een stem.

Tevens vragen deze leden wie toeziet op de uitvoering van de verbeterplannen die de zorgverzekeraars samen met de RAV's hebben gemaakt. Bovendien vragen deze leden wanneer de Kamer de verbeterplannen tegemoet kan zien.

De NZa ziet toe op de uitvoering van de verbeterplannen. Dit gebeurt onder andere via de voortgangsrapportages die de zorgverzekeraars bij de NZa moeten aanleveren. Ook volgt de NZa de ontwikkeling van de responstijden. Een algemene terugkoppeling over de verbeterplannen zal via een voortgangsrapportage van de NZa over de wachttijden worden gegeven. Rond de zomer verwachten wij deze voortgangsrapportage van de NZa, die wij vervolgens aan de Tweede Kamer doen toekomen.

De leden van de ChristenUnie-fractie lezen dat uit een onderzoek van april 2016 is gebleken dat zorgverzekeraars zich nog onvoldoende realiseerden dat het halen van de responstijden door de ambulance deel uitmaakt van hun zorgplicht. Genoemde leden vragen de Minister voor Medische Zorg wat de zorgverzekeraars sindsdien hebben ondernomen om hun zorgplicht op het gebied van de responstijden waar te maken.

In het NZa-rapport *Wachttijdprojecten: Hoe staan we ervoor?* dat wij op 15 januari jl. aan uw Kamer heb toegestuurd²⁴, staat beschreven wat de zorgverzekeraars sinds april 2016 hebben gedaan om hun zorgplicht op het gebied van de responstijden waar te maken. Kort samengevat hebben de zorgverzekeraars samen met de RAV'en die niet aan de prestatienorm voldeden, verbeterplannen opgesteld. Uit de verbeterplannen moest blijken op welke manier de zorgverzekeraars zich actiever op gaan stellen in de inkoop van de ambulancezorg en dat er samen met de RAV'en concrete plannen worden gemaakt om tot verbetering van de responstijden te komen. De verbeterplannen, en daaropvolgende voortgangsrapportages, worden door de NZa beoordeeld. Een aantal zorgverzekeraars moest na deze beoordeling betere plannen indienen. Ook heeft de NZa gesprekken met zorgverzekeraars gevoerd wanneer de verbeteringen niet leidden tot lagere responstijden. De NZa heeft «spiegelinformatie» gebruikt van andere regio's om zorgverzekeraars te stimuleren om best practices door te voeren.

Het landelijk gemiddelde van het aantal spoedritten (A1) dat binnen 15 minuten na melding ter plaatse is, is in 2016 gelijk gebleven ten opzichte van 2015 (93,4%). Heeft de Minister al cijfers over heel 2017? Welke ontwikkelingen zijn daarin te zien? Deze leden constateren voorts dat in de eerste helft van 2017 de responstijden in tien van de 25 regio's langer zijn geworden. Wat zijn hiervan de oorzaken, zo vragen deze leden. Waarom is het aantal ambulanceritten toegenomen?

²⁴ Kamerstuk 32 620, nr. 197

Er zijn nog geen landelijke, door het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) beoordeelde, cijfers over 2017 beschikbaar. Deze cijfers worden in het vierde kwartaal van 2018 door AZN gepubliceerd in het «sectorkompas ambulancezorg».

Voor de verbeterplannen en de daarop volgende voortgangsrapportages die de zorgverzekeraars met de RAV'en maken, worden actuelere cijfers gebruikt over het jaar 2017. Deze cijfers zijn afkomstig van de RAV'en zelf, maar zijn nog niet door het RIVM beoordeeld. De NZa geeft in het rapport *Wachttijdprojecten: Hoe staan we ervoor?* aan dat uit de ingediende voortgangsrapportages blijkt dat in de eerste helft van 2017 in tien regio's de responstijden zijn gestegen en in zeven regio's de responstijden zijn gedaald. Als oorzaak voor de stijgingen noemt de NZa dat het aantal ambulanceritten is toegenomen met 5% en de krapte op de arbeidsmarkt. In het rapport Referentiekader spreiding en beschikbaarheid ambulancezorg 2017 van het RIVM²⁵ noemen RAV'en zelf verschillende redenen voor de stijgende vraag naar ambulancezorg, zoals veranderingen in demografie en sociale omgeving, toenemende druk op het spoedzorgstelsel en voorzichtigheid van zorgverleners om klachten en claims te voorkomen. Ook de NZa heeft de sector gevraagd naar de oorzaken van het toegenomen aantal ritten. Daaruit komt als aanvullende oorzaak naar voren de instroom van patiënten die geen acute zorg nodig hebben (zie ook de marktscan acute zorg²⁶).

Toegankelijkheid wijkverpleging

De leden van de PVV vragen hoe geconcludeerd kan worden dat – onder andere bij palliatieve terminale zorg – er geen negatieve gevolgen van cliëntenstops in de wijkverpleging zichtbaar zijn en vragen of de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport het met hen eens is dat cliëntenstops verboden zouden moeten worden.

Een zorgverzekeraar moet ervoor zorgen dat in iedere regio voldoende wijkverpleegkundige zorg beschikbaar is voor zijn verzekerden. Een cliëntenstop bij één enkele aanbieder in een regio hoeft dus nog niet direct te leiden tot negatieve gevolgen voor de cliënt. Zolang de verzekeraar ervoor zorgt dat de cliënt tijdige toegang heeft tot passende zorg, wordt aan de zorgplicht voldaan. Bij de gerapporteerde cliëntenstops in 2017 is dan ook altijd een passende alternatieve oplossing voor de cliënt gevonden.

Specifiek voor palliatieve terminale zorg vindt de Minister van VWS dat wanneer iemand thuis wil sterven, dat – indien dit ook verantwoord is – mogelijk gemaakt moet worden. Voor een palliatieve terminale cliënt moet daarom bij een cliëntenstop altijd wijkverpleging door een andere aanbieder worden aangeboden.

De contractering is een zaak tussen individuele partijen waarbij zij afspraken kunnen maken over prijs, volume en eventuele omzetplafonds. De Minister van VWS kan cliëntenstops dan ook niet verbieden en hoeft dat ook niet te doen. Zorgverzekeraars hebben namelijk een wettelijke zorgplicht. Op het moment dat de grens van een contract is bereikt, dient de zorgverzekeraar de benodigde zorg voor zijn verzekerden zeker te stellen door bij te contracteren bij de desbetreffende aanbieder of voor voldoende aanbod in de omgeving te zorgen. De NZa ziet hierop toe.

²⁵ Kamerstuk 29 247, nr. 244

²⁶ Kamerstuk 29 247, nr. 236

De leden van de SP vragen aanvullend hierop of de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport het met hen eens is dat het doorverwijzen van een cliënt naar een andere zorgaanbieder een negatief gevolg voor de cliënt kan hebben.

De zorgplicht is erop gericht dat een verzekeraar in een regio moet zorgen voor voldoende passende en kwalitatief goede zorg voor zijn verzekerden. Dat betekent dat een verzekeraar dus ook aan de zorgplicht voldoet als de verzekerde – bij een cliëntenstop bij de ene aanbieder – wordt doorbemiddeld naar een andere aanbieder in dezelfde regio. Het gaat hierbij altijd om nieuwe cliënten; het is dus niet zo dat een cliënt zijn vertrouwde verpleegkundigen hiermee kwijtraakt.

De cliënt mag erop rekenen dat de verzekeraar hem doorbemiddeld naar een andere aanbieder van goede kwaliteit. In het geval van wijkverpleging ontvangt de cliënt de zorg thuis en kan er dus ook geen sprake zijn van een grotere geografische afstand.

Ook vragen de leden van de SP hoe vaak in 2017 de budgetplafonds voor de wijkverpleging zijn bereikt en wat dit zegt over het inkoopbeleid van zorgverzekeraars.

De Minister van VWS heeft op dit moment geen informatie over hoe vaak er budgetplafonds in 2017 in de wijkverpleging zijn bereikt. Wel heeft de NZa in december 2017 – zoals beschreven in de «tussentijdse monitor wijkverpleging»²⁷ – gerapporteerd dat bijna alle zorgverzekeraars in 2017 hebben bijgecontracteerd. Dit is minder vaak voorgekomen dan in 2016, omdat het budget steeds beter aansluit bij de realisatie. De inkoopmonitor wijkverpleging – die april uitkomt – geeft een beter beeld op de budgetplafonds en bijcontractering.

Als laatste vragen de leden van de SP over dit thema wat de activistische houding van de NZa ten opzichte van cliëntenstops inhoudt.

De activistische houding van de NZa houdt in dat bij elk signaal (bijvoorbeeld in de pers) de NZa meteen met de partijen in gesprek gaat om te kijken of er sprake is van een (dreigende) cliëntenstop en of de zorgverzekeraar aan zijn zorgplicht voldoet.

Leden van de ChristenUnie vragen of de geschillencommissies – die zijn opgericht om geschillen in de contractering op te lossen – inmiddels al zaken hebben behandeld.

Er zijn de Minister van VWS geen nieuwe zaken bekend die bij de «Onafhankelijke Geschilleninstantie Zorgcontractering» zijn aangedragen.

De leden van D66 vragen daarnaast of het onderzoek van de NZa naar de risico's en problemen in de toegankelijkheid van wijkverpleging – dat in het eerste kwartaal van 2018 bekend wordt – concrete oplossingsrichtingen bevat.

De notitie – die de NZa op dit moment opstelt – gaat in op mogelijke risico's vanuit zorgplichtperspectief. De NZa kijkt of eventuele risico's in voldoende mate worden afgedekt door lopende initiatieven in het veld of dat er witte vlekken zijn. Voor de witte vlekken wordt vervolgens een aanpak opgesteld, zodat deze risico's verder in beeld gebracht worden. Dat wil zeggen dat verder wordt gekeken naar wat precies aan de hand is, of het risico ook tot een probleem leidt, wat daarvan de oorzaak is en wie wat kan doen aan het wegnemen van de oorzaak. De notitie is bedoeld als

²⁷ Kamerstuk 34 775 XVI, nr. 121

basis om te bepalen waarop de NZa verder moeten gaan inzetten. De notitie bevat dus geen concrete oplossingen.

Ook vragen de leden van D66 en ChristenUnie welke acties worden uitgevoerd om de wachttijden voor de hele wijkverpleging – vergelijkbaar met de medisch-specialistische zorg en geestelijke gezondheidszorg – in kaart te brengen, waarbij ook specifieke aandacht is voor kwetsbare groepen, zonder dat dit tot extra administratieve lasten leidt.

Er zijn op dit moment geen signalen dat in de wijkverpleging sprake is van wachtlijsten. Deze zijn er alleen voor casemanagement dementie. Voor casemanagement dementie wordt op dit moment een nadere regel opgesteld die een wachtlijst- en wachttijden registratie voor zorgaanbieders verplicht. Een uitbreiding van een dergelijke regeling voor de gehele wijkverpleging heeft niet mijn voorkeur, omdat dit zal leiden tot ongewenste administratieve lasten. Indien er bij wijkverpleging wachtlijsten boven de treeknorm zijn, zullen aanbieders dit melden bij de zorgverzekeraar. Het is dus niet zo dat er helemaal geen inzicht is in de mate van wachtlijsten. Vanwege de nadelige bijeffecten van een structurele wachtlijstregistratie, zal de Minister van VWS- zolang daar geen duidelijke aanleiding toe is – niet overgaan tot een uitgebreide wachtlijstregistratie voor wijkverpleging.

De leden van de PVV, het CDA en de ChristenUnie vragen aan welke randvoorwaarden moet zijn voldaan om het actieplan succesvol af te ronden en of de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport een tijdpad kan bieden voor verdere acties, rapportages en afronding van het actieplan casemanagement dementie. De leden vragen daarnaast welke acties – samen met huisartsen – worden ondernomen om de bekendheid van casemanagement dementie te vergroten en hoe de doorverwijzing daarbij wordt geborgd?

Het actieplan casemanagement is op 31 december 2017 geëindigd. Bij de uitvoering van het actieplan stond het in kaart brengen van knelpunten bij casemanagement dementie voorop. Hierbij is veel kennis opgedaan; de volgende stap is dat partijen ook echt aan de slag gaan om de knelpunten op basis van de opgedane kennis op te lossen. Dit zijn veelal acties die tot in de regio, waar de situatie complex kan zijn, door moeten dringen.

Uit het actieplan zijn verschillende acties voortgevloeid, zoals de inkoopafspraken van de verzekeraars en de activistische wachtlijstaanpak en -registratie door de NZa. De Minister van VWS brengt op dit moment in kaart wat hierop aanvullend nodig is om ervoor te zorgen dat iedereen die casemanagement nodig heeft dit ook krijgt aangeboden en hier – als hij of zij dat wil – ook gebruik van kan maken. De actieplanpartijen spelen zelf een belangrijke rol in het uitvoeren van deze nieuw te formuleren acties. Waar nodig zal de Minister van VWS noodzakelijke randvoorwaarden – die buiten de invloed van de partijen zelf liggen – faciliteren.

Aangezien de Minister van VWS op dit moment nog niet met alle partijen heeft gesproken, kan hij u op dit moment geen overzicht geven van de afgesproken acties en tijdpad. De Minister van VWS zal u hierover voor de zomer in de volgende voortgangsbrief casemanagement informeren. De acties met betrekking tot het vergroten van de bekendheid van casemanagement dementie zal hij hierin meenemen.

De leden van de PVV en ChristenUnie vragen welke concrete stappen de NZa gaat zetten om de wachtlijsten bij alle dementienetwerken in kaart te brengen en wanneer zorgaanbieders aan deze verplichting moeten voldoen. In aanvulling daarop vragen de leden van het CDA of het

realistisch is dat volgend jaar van alle dementienetwerken een wachtlijst inzichtelijk is.

Om inzicht te krijgen in de wachttijden casemanagement dementie ontwikkelt de NZa op dit moment een nadere regel «Wachtlijsten en Wachttijden casemanagement». Deze regeling verplicht zorgaanbieders om maandelijks wachtlijst- en wachttijd gegevens bij Vektis aan te leveren. Als een dementienetwerk de registratie op orde heeft dan kan het dementienetwerk – voor de hele regio – de wachttijden aanleveren. Als dat niet het geval is ligt, dan moet de aanbieder de gegevens aanleveren. Vektis levert deze gegevens door aan de zorgverzekeraar(s) en de NZa. De NZa heeft hierdoor inzicht in de wachttijden en kan zorgverzekeraars aanspreken op hun zorgplicht indien wachtlijsten langer zijn dan de treeknorm. Het is aan de desbetreffende verzekeraar om per regio te onderzoeken wat de oorzaken van de lange wachttijden voor casemanagement zijn en hiervoor passende oplossingsrichtingen te vinden.

Voordat dementienetwerken en aanbieders aan deze regeling kunnen voldoen, moeten de systemen zodanig worden aangepast dat zij – zonder onnodige administratieve lasten voor de wijkverpleegkundige – aan de registratie eis kunnen voldoen. Om te komen tot zorgvuldige uitvoering van deze regeling is daarom besloten dat zorgaanbieders per 1 december 2018 aan deze regeling moeten voldoen. Door aanbieders hier voldoende tijd voor te geven, is de verwachting dat het realistisch is om volgend jaar van alle aanbieders een eenduidige wachtlijst te ontvangen. Om tussentijds wel zicht te blijven houden op de wachtlijsten en wachttijden voor casemanagement dementie, zal het Ministerie van VWS een onafhankelijk onderzoeksbureau vragen het gebruik van casemanagement en de wachtlijsten te meten. Dit onderzoek wordt op dit moment uitgezet en levert naar verwachting na de zomer een resultaat op.

Daarnaast vragen zowel de leden van de PVV, het CDA, de ChristenUnie als GroenLinks wat de NZa eraan gaat doen om – net als in de langdurige zorg – de informatiepositie van mensen met dementie en hun mantelzorgers te versterken. Daarop aanvullend vragen de leden van GroenLinks en ChristenUnie hoe meer bekendheid kan worden gegeven aan wachtlijstbemiddeling.

De NZa wijst er in alle uitingen over de wachttijden op dat cliënten als zij langer dan de Treeknorm moeten wachten op zorg allereerst contact op moeten nemen met hun verzekeraar. Die kan hen door bemiddelen naar een zorgaanbieder die wel plaats heeft. In de berichten en op webpagina's van de NZa²⁸ – die speciaal op consumenten en cliënten gericht zijn – wordt er bovendien op gewezen dat cliënten zich bij de NZa kunnen melden als zij te lang moeten wachten. Het eerste aanspreekpunt blijft echter de verzekeraar.

De NZa roept zorgverzekeraars, zorgaanbieders en consumentenorganisaties in het «plan van aanpak over de wachttijden» op om nog beter te gaan samenwerken, zodat cliënten weten dat zij voor bemiddeling bij hun verzekeraar terecht kunnen.

In de nadere regel worden zorgaanbieders bovendien verplicht om cliënten te wijzen op wachtlijstbemiddeling door hun verzekeraar indien zij niet bij hen terecht kunnen voor casemanagement dementie en/of

²⁸ <https://www.nza.nl/contact/informatie-voor-patient-en-verzekerde/zorgplicht-hoe-krijg-ik-de-zorg-die-ik-nodig-heb> en <https://www.nza.nl/actueel/nieuws/2017/08/24/nza-wat-kunt-u-doen-als-u-lang-moet-wachten-op-zorg>

wijkverpleging. Tevens staat in de transparantieregeling van de NZa hoe verzekeraars hun verzekerden moeten informeren over de bemiddelingsmogelijkheid.

Zie voor de vragen van de leden van GroenLinks en de ChristenUnie over bekendheid van wachtlijstbemiddeling ook de antwoorden op de vragen hierover onder de paragraaf «wachtlijden medisch specialistische zorg» en «algemene conclusies en tot slot».

Daarnaast vraagt de leden van het CDA en D66 welke concrete stappen de NZa gaat zetten om ook het gebruik van casemanagement dementie in kaart te brengen.

Casemanagement dementie wordt niet specifiek geregistreerd; dit wordt geregistreerd als wijkverpleging. Het is daarom niet mogelijk om het gebruik van casemanagement uit de declaratiegegevens te halen. De Minister van VWS ziet niet in hoe het gebruik van casemanagement dementie structureel in kaart kan worden gebracht zonder dat dit leidt tot een substantiële toename in administratieve lasten voor de wijkverpleegkundige.

Hij heeft er daarom voor gekozen een onafhankelijk onderzoeksbureau te vragen om – tegelijkertijd met een wachtlijstmeting – ook het gebruik van casemanagement dementie op dat moment in kaart te brengen. De resultaten van dit onderzoek volgen naar verwachting na de zomer.

Ook worden er vragen gesteld over de reeds verzamelde gegevens. Zo vragen de leden van de PVV hoe het komt dat meer dan de helft van de netwerken geen inzicht heeft in de wachtlijsten, vragen leden van het CDA hoe het komt dat 26 netwerken geen wachtlijsten hebben en vragen de leden van de PVV hoeveel mensen er – bij de vier dementienetwerken met een wachttijd van zes weken of langer – moeten wachten op casemanagement.

Dementienetwerken – en de registratiesystemen in de regio – zijn in Nederland op verschillende manieren georganiseerd. Zo komt het voor dat in sommige regio's alleen de aanbieders zicht hebben op hun eigen wachtlijst; het dementienetwerk heeft dan geen overkoepelend beeld. Dit moet veranderen; de wachttijd en wachtlijstregistratie (nadere regel) van de NZa brengt hier aan het eind van dit jaar verandering in.

Het is niet duidelijk waarom 26 netwerken geen wachtlijsten hebben. Dit beeld is gebaseerd op de wachtlijstmetingen die vanuit het actieplan casemanagement zijn uitgevoerd. Met de nadere regel zal de NZa een beter zicht krijgen op de wachtlijsten/-tijden in heel Nederland op basis van uniforme definities en registraties.

In het kader van de wachtlijstaanpak heeft de NZa zich gericht op de zes regio's die opvielen door hun lange wachtlijsten. Een deel van de mensen op de wachtlijst wacht daadwerkelijk langer dan zes weken. In drie regio's waarbij – volgens de metingen van het actieplan casemanagement – lange wachtlijsten waren, is inmiddels een structurele daling zichtbaar van het aantal mensen op de wachtlijst.

Zo is het aantal mensen die wachten op casemanagement in Eindhoven teruggelopen van 188 in oktober (103 langer dan zes weken) naar 96 in januari (38 langer dan zes weken). Ook in andere regio's als Gooi en Vechtstreek en Oost Veluwe is sprake van een sterke daling door opschoning van wachtlijsten en meer inzet van casemanagement. In

Midden Limburg is het aantal mensen dat langer dan zes weken moet wachten zelfs teruggelopen naar nul.

De leden van D66 vragen hoe het kan dat de NZa al een wachtlijstaanpak kan uitvoeren, terwijl de NZa pas later in 2018 inzicht heeft in de lengte van de wachtlijsten en wachttijden.

Op basis van twee wachtlijstmetingen die vanuit het actieplan casemanagement zijn uitgevoerd, zijn zes regio's met hoge wachtlijsten (>100) in kaart gebracht. Op basis van deze gegevens is de NZa direct en proactief met deze regio's aan de slag gegaan om de wachtlijsten terug te dringen. Vanwege de omvang van de wachtlijsten in deze regio's, is directe aanpak verkozen boven het afwachten van de definitieve wachtlijstcijfers via de nadere regel «Wachtlijsten en wachttijden casemanagement».

De wachtlijstaanpak voor deze zes regio's houdt in dat de NZa gesprekken heeft gevoerd met zowel de betrokken zorgverzekeraars als dementienetwerken. In deze gesprekken heeft de NZa de verantwoordelijkheid van iedere partij benadrukt en is verder gesproken over de oorzaken en problemen specifiek voor die regio. Het resultaat is dat partijen zelf passende maatregelen in gang hebben gezet, zoals beter inzicht in de wachtlijsten of afspraken over de organisatiestructuur van het netwerk. In een aantal gevallen waren extra financiële middelen nodig en heeft de zorgverzekeraar deze te beschikking gesteld. In drie regio's heeft dit inmiddels geresulteerd in een structurele daling van het aantal mensen op de wachtlijst.

De leden van de PVV, het CDA en de ChristenUnie vragen daarnaast welke instrumenten de NZa in kan zetten als zorgverzekeraars en zorgaanbieders er onderling niet uitkomen. Is de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport vervolgens bereid de regie te nemen als de resultaten van de monitor Wijkverpleging uitblijven?

Partijen kunnen gebruik maken van de «Onafhankelijke Geschilleninstantie Zorgcontractering» als zij er onderling niet uitkomen. Daar kunnen partijen terecht voor bemiddeling of geschilbeslechting, zowel in de fase van contractonderhandelingen als wanneer het lopende contract wordt uitgevoerd.

Een zorgverzekeraar heeft zorgplicht; dit betekent dat hij verplicht is om tijdig passende zorg te leveren. Het is de taak van de NZa om hierop te controleren. Als uit de resultaten van de inkoopmonitor wijkverpleging blijkt dat er onvoldoende resultaten zijn behaald, is het dus de rol van de NZa om hier actie op te ondernemen. Dit kan door het geven van voorlichting, communicatie of het voeren van een wenkbrauwgesprek met een verzekeraar. Indien een zorgverzekeraar niet aan zijn zorgplicht voldoet, kan de NZa ook ingrijpen via handhaving. De NZa kan een aanwijzing opleggen. Als er niet voldaan wordt aan de aanwijzing, kan de NZa overgaan tot openbaarmaken ervan of een last onder dwangsom opleggen of bestuursdwang toepassen.

De Minister van VWS zal de NZa – indien nodig – op haar rol aanspreken.

De leden van GroenLinks vragen – aangezien de NZa dit als een voorwaarde ziet om wachttijden aan te pakken – hoe de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport zijn rol ziet in het opvullen van de vacatures in de wijkverpleging.

Een van de belangrijkste opgaven van dit moment is de beschikbaarheid van voldoende gekwalificeerde medewerkers. Dat geldt voor de sector zorg en welzijn als geheel, en zeker ook voor verpleegkundigen en verzorgenden in de wijk. Op de langere termijn betekent dit – als we nu niets anders zouden doen – dat we gaan van 1 op de 7 werkenden in de zorg naar 1 op de 4 werkenden in de zorg. Deze opgave vraagt om een zorgbrede aanpak gericht op het aantrekken van meer mensen, en minstens zo belangrijk, gericht op het aantrekkelijker maken van het werk. Dit geldt voor het werk in de gehele sector zorg, en dit geldt voor de wijk.

We willen dat meer scholieren kiezen voor een opleiding voor de zorg, dat deze opleiding passend en uitdagend is en toegespitst op de praktijk met bijvoorbeeld voldoende goede stages. En dat medewerkers het werk leuker vinden, goede zorg kunnen leveren, en zich niet bezig hoeven houden met onnodige of niet passende taken, en zich verder persoonlijk kunnen ontwikkelen. Specifiek voor de wijk betekent dit bijvoorbeeld ook dat in teams goed gekeken moet worden naar de taakverdeling tussen de wijkverpleegkundige en andere medewerkers.

Zoals toegezegd in het Algemeen Overleg van 7 december 2017 en verzocht met de motie De Lange²⁹ sturen wij in maart een uitgewerkte aanpak voor het arbeidsmarktprogramma toe.

De leden van GroenLinks vragen bovendien wanneer de resultaten van de door de NZa genomen maatregelen aan de Kamer worden gepresenteerd.

Rondde zomer 2018 zal de NZa een integrale voortgangsrapportage over wachtlijsten en wachttijden uitbrengen, waarin voor vijf sectoren de stand van zaken wordt weergegeven. Casemanagement dementie maakt daar onderdeel van uit.

De leden van 50PLUS vragen hoeveel mensen zich bij de Meldactie casemanagement van de NZa hebben gemeld en hoelang het vervolgens duurde voordat deze mensen werden bemiddeld naar zorg. Daarnaast vragen de leden van 50PLUS of deze meldactie wordt voortgezet in 2018 en zo nee, waarom niet?

In totaal hebben 29 mensen zich bij de NZa gemeld, waarvan nauwelijks sprake was van meldingen over zorgbemiddeling. In de gevallen waarin dat wel zo is, is er gewerkt aan een passende oplossing. Deze mensen zijn door hun verzekeraar bemiddeld naar zorg. De mensen die nog geen contact hadden opgenomen met hun verzekeraar zijn eerst naar hun verzekeraar verwezen. (Toekomstige) cliënten en mantelzorgers die tegen te lange wachttijden – langer dan de treeknorm – aanlopen en niet bemiddeld kunnen worden door hun verzekeraar, kunnen altijd een melding doen bij de NZa. Een speciale meldactie is hier niet voor nodig.

Wachttijden langdurige zorg (wlz)

De leden van de PVV-fractie vragen waarom zorgkantoren niet goed weten waarom mensen op de wachtlijst staan en of dit wel verantwoord is.

Zorgkantoren, evenals zorgaanbieders, maken onderscheid tussen «actief» en «niet-actief» wachtenden. Daar zijn landelijke afspraken over gemaakt in het kader van iWlz, dat de basis is voor de gegevensuitwisseling in de langdurige zorg. De mensen die «actief wachtend» zijn, worden actief bemiddeld door het zorgkantoor. Zij zijn goed in beeld bij het zorgkantoor en het leeuwendeel komt binnen de Treeknorm terecht op

²⁹ Kamerstuk 29 282, nr. 298

een plaats bij de zorgaanbieder van voorkeur. Slechts voor een klein aantal mensen lukt het niet om binnen de Treeknorm een plaats te vinden. Dit leidt ertoe dat momenteel landelijk ongeveer 50 mensen langer dan de Treeknorm wachten op een plaats.

Daarnaast is een omvangrijke categorie mensen die als «niet-actief» wachtend geregistreerd zijn. Op dit moment staan ruim 12.000 mensen als «niet-actief» wachtend op de wachtlijst. Zij hebben allen een aanbod gehad voor een plaats. Maar zij maken daar, om uiteenlopende en vaak persoonlijke redenen, geen gebruik van. In 2016 heeft de Minister van VWS onderzoek laten doen (door Bureau HHM naar beweegredenen niet-actief wachtenden) naar de beweegredenen van cliënten om al dan niet gebruik te maken van de aangeboden plaats. Daaruit bleek dat ongeveer de helft van deze groep geen opnamewens heeft -of een uitgesproken voorkeur voor een specifieke plaats. Ook afstand en nabijheid van familie is van belang en het beeld dat mensen hebben van een bepaalde zorgaanbieder. Ook verschillen cliënten en hun mantelzorgers onderling regelmatig van mening over hoe het gaat in de thuissituatie en of het nog verantwoord is om langer thuis te wonen. Gebleken is dat er vele, vaak subjectieve en persoonlijke factoren een rol spelen bij de overweging en de uiteindelijke beslissing om vanuit de thuissituatie te verhuizen naar een instelling. In het najaar van 2016 en in het voorjaar van 2017 hebben de zorgkantoren met alle niet-actief wachtenden (destijds ruim 10.000) persoonlijk contact opgenomen met de vraag of zij bereid zijn te verhuizen naar een instelling. Gebleken is dat slechts 86 mensen hiervan daadwerkelijk het besluit hebben genomen om te verhuizen naar een instelling. Dat is ongeveer 1% van het aantal niet-actief wachtenden. De bereidheid om te verhuizen naar een instelling is blijkbaar relatief laag.

De Minister van VWS vindt het daarom verantwoord dat voor de niet-actief wachtenden is afgesproken dat het initiatief bij de cliënt, zijn/haar mantelzorger of de zorgaanbieder ligt om een seintje te geven aan het zorgkantoor om de zorgbemiddeling te starten. Wanneer dit signaal komt, wordt een cliënt direct op «actief wachtend» gezet en wordt actief bemiddeld door het zorgkantoor. Hiernaast nemen zorgkantoren ook uit eigen beweging contact op met cliënten wanneer zij zien dat de wachttijd oploopt. Ook de NZa signaleert dat zorgkantoren meer proactief gaan bemiddelen.

De leden van de PVV fractie vragen hoeveel mensen met dementie wel tot een jaar moeten wachten op een plek in het verpleeghuis. Tenslotte vragen deze leden of er ruimte bestaat voor uitbreiding van het aantal verpleeghuisplekken

Onderstaande tabel laat zien hoeveel mensen met profiel 5 (beschermd wonen met intensieve dementiezorg) langer wachten dan de Treeknorm

Wachtlijst profiel 5 langer dan de Treeknorm	6-13	3-6	6-12	>12	Totaal
	Weken	Maanden	Maanden	Maanden	
Stand 1 januari 2018					
Actief wachtend > Treeknorm	30	8	2	1	41
Waarvan zonder zorg uit Wlz	19	5	2	0	26
Waarvan met zorg uit Wlz	11	3	0	1	15
Niet-actief wachtend	1.098	1.261	980	596	3.935
Waarvan zonder zorg uit Wlz	69	51	41	50	212
Waarvan met zorg uit Wlz	1.029	1.210	939	546	3.724

Tabel 2. Aantal cliënten met profiel 5 dat langer wacht dan de Treeknorm (bron: Zorginstituut <https://www.istandaarden.nl/wachtlijsten>).

In januari 2018 was sprake van 41 actief wachtenden met profiel 5 (beschermde wonen met intensieve dementiezorg) langer dan de Treeknorm. Uit de productiecijfers van het CIZ blijkt dat maandelijks ongeveer 2.300 mensen een indicatie krijgen met profiel 5. Vergeleken met deze maandelijkse instroom, is het aantal overschrijdingen van de Treeknorm bescheiden, namelijk in de orde van 2 à 3%. Het grootste deel van de actief wachtenden vindt dus in minder dan 6 weken (dus binnen de Treeknorm) een passende plaats. Bij niet- actief wachtenden is de doorlooptijd langer. Deze mensen kiezen er om uiteenlopende redenen zelf voor om opname al dan niet uit te stellen.

Op de vraag van de leden van de PVV of er ruimte bestaat voor uitbreiding van het aantal verpleeghuisplekken is mijn reactie dat er voldoende ruimte is voor uitbreiding van het aantal plaatsen. Zorgkantoren en zorgaanbieders maken jaarlijks voorafgaand aan het volgende jaar afspraken over het volume en de prijs. Halverwege het jaar kan bij de herschikking het volume worden uitgebreid indien dat gewenst is. Dat kan bijvoorbeeld doordat meer cliënten dan vooraf verwacht naar een specifieke zorgaanbieder gaan.

Twee zorgkantoorregio's experimenteren met persoonsvolgende inkoop. Dit betekent dat de NZa voor de zorgkantoorregio's voorafgaand aan het jaar de prijs vaststelt, maar het volume afhankelijk is van de omvang van de cliëntenstroom gedurende het jaar. De zorgaanbieder kan naar wens het aantal plekken uitbreiden. Momenteel monitoren wij de effecten van dit experiment.

De leden van de PVV-fractie vragen de Minister of het klopt dat voor de mensen die als «niet-actief» wachtend staan genoteerd er nauwelijks wachtlijstbemiddeling plaatsvindt.

Refererend aan voorgaand antwoord in dit verslag van een schriftelijk algemeen overleg, is het inderdaad zo dat de zorgbemiddeling voor de «niet-actief» wachtenden minder intensief is dan bij de «actief» wachtenden. Dit komt omdat niet-actief wachtenden er zelf voor hebben gekozen om in eerste instantie geen gebruik te maken van het beschikbare aanbod. De Minister van VWS vindt het belangrijk dat cliënten, mantelzorgers en zorgaanbieders hiervan goed op de hoogte zijn en dat als zij weer actief bemiddeld willen worden zij de weg naar het zorgkantoor gemakkelijk kunnen vinden. De zichtbaarheid van het zorgkantoor moet worden versterkt. De zorgaanbieder, evenals de cliëntondersteuning spelen daar een rol in. Dankzij de intensivering van het toezicht op de zorgbemiddeling door de NZa, gaan de zorgkantoren meer proactief cliënten benaderen, wanneer zij zien dat de wachttijd oploopt.

Op de vraag van de PVV leden wat de Minister verstaat onder «passende zorg en een passende plek», is het antwoord dat dit vooral bepaald wordt door het oordeel van de cliënt (en zijn naasten) zelf en de betrokken professionals. In het algemeen zijn cliënten tevreden met de zorg die zij krijgen; de kwaliteit van de zorg wordt in hoge mate gewaardeerd. Ruim 90% van de cliënten komt terecht op de plaats van hun eerste voorkeur. Hiernaast blijken mensen achteraf vaak tevreden te zijn met een alternatieve plaats, ook al was dit aanvankelijk geen plaats van voorkeur. Goede communicatie over het alternatieve aanbod is dus belangrijk. Dit laat onverlet dat er specifieke situaties zijn, waarin het heel moeilijk is om een geschikte plaats vinden. Deze plaatsingsproblematiek heeft mijn volle

aandacht en de Minister van VWS doet wat in zijn vermogen ligt om passende oplossingen te vinden voor deze kwetsbare mensen.

De leden van de PVV-fractie zouden tenslotte graag willen weten waarom het aantal «niet-actief» wachtenden dat nog geen zorg ontvangt is afgenomen met bijna 25%.

Zoals eerder aangegeven gaan zorgkantoren naast de actief-wachtenden ook steeds meer proactief de niet-actief wachtenden benaderen. Zij nemen met regelmaat contact op met wachtenden of hun mantelzorgers om te weten waarom iemand wacht en of dit verantwoord is. Dit blijkt uit de verbeterplannen van de zorgkantoren en de controles die de NZa ter plaatse heeft uitgevoerd. Meer contact met de wachtenden en inzicht in hun persoonlijke situatie betekent dat er beter bemiddeld wordt naar een (eventuele tijdelijke) oplossing. Iemand is dan nog wel wachtend, maar ontvangt al wel zorg.

De leden van de CDA-fractie vragen in hoeverre het onderscheid «actief» en «niet-actief» wachtend wel inzichtelijk maakt hoe lang de wachtlijst daadwerkelijk is. Kan de Minister van VWS hier meer duidelijkheid over geven?

Zorgaanbieders, zorgkantoren, zorgbranches en cliëntorganisaties zijn betrokken bij de landelijke afspraken die gemaakt worden in het kader van iWlz (de gegevensuitwisseling in de keten van de langdurige zorg). Alle betrokkenen vinden het werkbaar om twee categorieën wachtenden te hanteren: «actief» en «niet-actief» wachtend. In overleg met alle betrokken partijen wordt nagedacht over een verfijning van de systematiek, die meer rekening houdt met voorkeur van de cliënt, hoe het thuis gaat (urgentie) en de bereidheid om echt te verhuizen naar een instelling. Dit zijn in hoge mate subjectieve factoren, waarvoor landelijke afspraken gemaakt moeten worden hoe deze worden vastgelegd en gebruikt in het bemiddelingsproces. Het meest belangrijk is dat de cliënt en de zorgbemiddelaar elkaar weten te vinden en dat de communicatie goed verloopt. Hiernaast moet er goed inzicht zijn in het beschikbare zorgaanbod, opdat mensen zich goed kunnen oriënteren en zelf de afweging kunnen maken welk aanbod het best bij hen past. In zijn brief van 14 februari³⁰ heeft de Minister van VWS aangegeven welke maatregelen in uitvoering zijn om de bemiddeling te verbeteren.

In het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg zijn afspraken gemaakt over het aantal verzorgenden. De leden van de CDA fractie vragen de Minister of het de bedoeling is dat dankzij het extra personeel de cliënten meer aandacht zullen krijgen of dat de wachttijden korter worden.

Het extra personeel is in eerste instantie bedoeld voor verbetering van de kwaliteit van de zorg, opdat cliënten meer aandacht krijgen. Het komt soms voor dat zorgaanbieders bepaalde cliënten niet kunnen plaatsen, vanwege schaarste aan (geschikt) personeel, ook al is er fysieke wel woonruimte beschikbaar. De mate waarin extra personeel bijdraagt aan wachtlijstreductie, kan de Minister van VWS op voorhand niet aangeven. Dat moet op wat langere termijn blijken uit de cijfers die het Zorginstituut maandelijks verstrekt. Mocht er een effect optreden, dan wordt dit pas in de loop van 2019 zichtbaar.

De leden van de D66-fractie vragen de Minister van VWS hoe hij of de NZa het delen van «best practices» gaat realiseren.

³⁰ Kamerstuk 34 104, nr. 205

De NZa heeft in het voorjaar een bijeenkomst gepland waarin zorgkantoren good practices met elkaar delen. Daarnaast komen de good practices ter sprake in de individuele gesprekken die NZa voert met de zorgkantoren.

Ook vragen deze leden de Minister welke rol hij ziet voor de cliëntondersteuner in het aanpakken van de wachttijden in de langdurige zorg.

De cliëntondersteuner heeft een belangrijke rol bij het informeren van de cliënt in de keuzemogelijkheden die er zijn en eventueel over het alternatieve aanbod. Bovendien kan de cliëntondersteuner de client doorverwijzen naar het zorgkantoor, indien er geen sprake is van actieve bemiddeling door het zorgkantoor en dit wel gewenst is.

De leden van de GroenLinks-fractie vragen de Minister van VWS om de Kamer te informeren over de rol van de NZa bij het in kaart brengen van de oorzaken van lange wachttijden, aangezien zorgkantoren hier geen zicht op hebben.

Inzicht in wie waarom op de wachtlijst staat en de achterliggende oorzaken is onderdeel van de verbeterplannen die de zorgkantoren bij de NZa hebben ingediend. Bovendien is dit onderdeel van de doorontwikkeling in het kader van de iWlz, zie hiervoor ook mijn eerdere antwoord. Over de uitkomsten hiervan zal de Minister van VWS uw Kamer informeren. Door inzicht te krijgen in de individuele wensen van wachtenden kunnen de zorgkantoren hun zorginkoop hierop aanpassen waardoor het zorgaanbod beter kan worden afgestemd om de wensen van cliënten.

De leden van de GroenLinks fractie vragen de Minister hoe het onderscheid wordt gemaakt tussen «actief» wachtenden en «niet-actief» wachtenden en wie dat doet. Wordt dit regelmatig bijgesteld?

Zorgaanbieders, zorgkantoren, zorgbranches en cliëntorganisaties zijn betrokken bij de landelijke afspraken die gemaakt worden in het kader van iWlz (de basis voor de gegevensuitwisseling in de keten van de langdurige zorg). Het Zorginstituut beheert deze landelijke afspraken via jaarlijkse releases. Alle betrokkenen vinden het werkbaar om twee categorieën wachtenden te hanteren: «actief» en «niet-actief» wachtend. Er wordt gewerkt aan verfijning van de systematiek, die meer rekening houdt met voorkeur van de cliënt, hoe het thuis gaat (urgentie) en de bereidheid om echt te verhuizen naar een instelling. Eventuele oplossingen worden meegenomen in een nieuwe release van iWlz. Deze wordt in 2019 ingevoerd.

De leden van de SP-fractie verzoeken de Minister van VWS uiteen te zetten hoe de voortgang bij zorgkantoren wordt gemonitord. Genoemde leden vragen wat er gebeurt met zorgkantoren die ondermaats blijven presteren.

Zorgkantoren hebben recentelijk voortgangsrapportages aangeleverd bij de NZa. Op basis van deze voortgangsrapportage wordt per zorgkantoor een aanpak opgesteld passend bij de stappen die het zorgkantoor nog moet zetten. De aanpak van de NZa voor de zorgkantoren die minder presteren is intensiever en de NZa zal deze vaker bezoeken.

De leden van de SP-fractie verzoeken de Minister aan te geven wat het effect is geweest van de sluiting van verzorgingshuizen op de ontwikkeling van wachtlijsten bij verpleeghuizen? Erkent de Minister dat door de sluiting van de verzorgingshuizen een cruciale schakel is verdwenen,

waardoor er geen plek is voor mensen die acuut naar een verpleeghuis moeten?

De afbouw van de verzorgingshuizen past in een trend die al enkele decennia gaande is in de samenleving. Dat hangt samen met de veroudering van de fysieke staat van de gebouwen, de veranderende wooneisen van burgers en het feit dat mensen langer thuis willen wonen. Daarom is een groot deel van de capaciteit van de verzorgingshuizen afgebouwd of geschikt gemaakt voor zwaardere vormen van zorg. De verpleeghuiscapaciteit is sterk gegroeid. Mensen willen zo lang als mogelijk thuis wonen en daar de zorg ontvangen. Zij stellen de verhuizing naar een instelling zo lang mogelijk uit. Dat is niet altijd verstandig en soms tegen beter weten in, maar er is geen verplichting om te verhuizen naar een instelling. Het aantal planmatige verhuizingen naar een instelling daalt en het aantal spoedopnames is navenant gestegen. Waar het om gaat is dat wij er in slagen om sneller in te spelen op deze meer spoedeisende situaties. Dat vergt goede zorg in de thuissituatie (via wijkverpleging, of uit de Wlz via vpt of mpt) en de mogelijkheid om de zorg te intensiveren (maatwerk) wanneer de situatie verslechtert. Wanneer de zorg thuis niet te organiseren is, moet voldoende capaciteit beschikbaar te zijn voor eerstelijns verblijf, revalidatie en verpleeghuiszorg. Daarbij is een goede informatie/uitwisseling tussen betrokken partijen cruciaal. Sociaal wijkteam, wijkverpleegkundige, huisarts, transferverpleegkundige, zorgbemiddelaar, specialist en de cliënt zelf (en zijn/haar naasten) moeten kunnen beschikken over alle relevante informatie. In de brief van de Minister van VWS van 14 februari³¹ zijn maatregelen beschreven op het terrein van de informatievoorziening.

De Minister van VWS constateert dat in de praktijk vaker sprake is van spoedopnames, mede als gevolg van de keuzes die mensen zelf maken. De praktijk wijst uit dat de sector in staat is om ook in geval van spoed snel een passende plek te vinden, maar dat dit in individuele gevallen soms lastig is en goede afstemming vraagt. De bewering dat dit dus te wijten is aan het sluiten van verzorgingshuizen vindt de Minister van VWS te eenzijdig.

Aandachtspunt is dat het regelmatig voorkomt dat mensen langer in het ziekenhuis verblijven dan gewenst. Omdat deze cliënten als niet-actief wachtend geregistreerd staan, ontstaat er vertraging in de doorstroom van cliënten vanuit het ziekenhuis naar eerstelijns verblijf, revalidatie of verpleeghuiszorg. Het is van belang dat de communicatie tussen ziekenhuis, zorgaanbieder en zorgkantoor verbetert, opdat de cliënt sneller kan doorstromen naar een passende plaats buiten het ziekenhuis. In een aantal regio's hebben betrokken partijen de communicatie en de uitwisseling van informatie al verbeterd. De Minister van VWS heeft het Zorginstituut gevraagd om te inventariseren welke verbeteringen uit de regio's geschikt zijn om landelijk te gaan toepassen. Dit vindt plaats in het kader van iWlz 2019, dat de basis is voor landelijke afspraken over de uitwisseling van informatie in de langdurige zorg.

De leden van de ChristenUnie-fractie vinden het zorgelijk dat zorgkantoren onvoldoende zicht hebben op de wachtenden en vragen de Minister van VWS hoe de zorgkantoren hun zorgplicht dan waar kunnen maken.

Met cliënten die een Wlz-indicatie ontvangen en die geen voorkeur aangeven voor een zorgaanbieder neemt het zorgkantoor direct contact op. Een cliënt die wel een voorkeur heeft wordt benaderd door de zorgaanbieder. Het zorgkantoor bewaakt of de wachtende tijd in zorg

³¹ Kamerstuk 34 104, nr. 205

wordt genomen en neemt contact op met de zorgaanbieder of wachtende als dit niet zo is. Wanneer en hoe frequent dit gebeurt verschilt per zorgkantoor. Sommige zorgkantoren houden contact ook als een cliënt in zorg is. Uit de verbeterplannen, controle bij zorgkantoren en de voortgangsrapportages blijkt dat alle zorgkantoren het contact met de wachtenden, ook de niet-actief wachtende actiever opnemen.

In de langdurige zorg is het belangrijk dat vraag en aanbod op elkaar zijn afgestemd. Fractieleden van de ChristenUnie vragen of de Minister ideeën heeft hoe dit beter kan worden gestroomlijnd (bijvoorbeeld via een regionaal loket voor eerstelijns verblijf (ELV loket)).

De Minister van VWS deelt uw mening dat het van belang is dat vraag en aanbod in de zorg op elkaar zijn afgestemd. Momenteel zijn er regionale coördinatiepunten in ontwikkeling of al werkzaam. Deze richten zich nu op inzichtelijkheid in de capaciteit van en ondersteuning bij het vinden van een beschikbaar eerstelijns verblijf. Het is de bedoeling dat deze regionale coördinatiepunten gaan werken voor alle vormen van (vervolg)zorg waarvoor een (relatief) tijdelijk verblijf noodzakelijk is. Dit geldt dus ook voor Wlz-crisis zorg.

Leden van de fractie van de ChristenUnie vragen de Minister of hij bereid is om een deel van deze middelen in te zetten voor het organiseren van cliëntondersteuning in de periode dat een cliënt wacht op een passende plaats. Op welke wijze gaan zorgkantoren hierbij hun verantwoordelijkheid nemen?

De Wlz-uitvoerder (zorgkantoor) heeft op grond van de Wlz een zorgplicht tegenover cliënten die door het ClZ zijn geïndiceerd. Onderdeel van de zorgplicht is de cliëntondersteuning. De cliëntondersteuning wordt door het zorgkantoor actief aangeboden en kan een rol spelen in het keuzeproces van cliënten en het hem toe leiden naar de meest passende zorg, maar ook daarna, bij het opstellen van het zorgplan of als zich bijvoorbeeld problemen voordoen bij cliënten die zorg krijgen. Cliëntondersteuning wordt ook reeds ingezet in de periode dat een cliënt wacht op een passende plaats, de periode van zogenaamde overbruggingszorg. Zorgkantoren (Zorgverzekeraars Nederland) en de organisaties voor onafhankelijke cliëntondersteuning hebben hierover werkafspraken gemaakt in het «Inkoopkader Onafhankelijke cliëntondersteuning Wlz 2018–2020».

Wachttijden geestelijke gezondheidszorg (ggz)

De leden van GroenLinks vragen wanneer de resultaten van de genomen maatregelen in 2017 aan de Kamer gepresenteerd worden.

In april aanstaande zendt de Staatsecretaris van VWS de Kamer de kwantitatieve voortgangsrapportage van de NZa met daarin de stand van de wachttijden ggz. Hierbij zal hij u ook informeren over de resultaten van de quickscan ambulante opbouw die het Trimbos-instituut momenteel uitvoert. In juli zendt de Staatssecretaris de Kamer de uitgebreide NZa-rapportage over de resultaten van de aanpak wachttijden ggz.

De leden van GroenLinks vragen hoe de NZa meer bekendheid gaat geven aan wachtlijstbemiddeling en of het meldpunt van de NZa voldoende bekend is omdat op de website niet aangegeven wordt dat een melding gemaakt mag worden als er problemen zijn over wachtlijsten. (Zij stellen deze vragen respectievelijk ook voor de ambulancezorg, de wijkverpleging, de Wet langdurige zorg en de geestelijke gezondheidszorg).

Zoals eerder in de beantwoording aangegeven wijst de NZa in haar uitingen over de wachttijden op het feit dat consumenten of patiënten als zij langer dan de Treeknorm moeten wachten op zorg allereerst contact op moeten nemen met hun verzekeraar. Die kan hen bemiddelen naar een zorgaanbieder die wel plaats heeft.

In haar berichten en webpagina's die speciaal op consumenten en patiënten gericht zijn, wijst de NZa er bovendien op dat patiënten het bij de NZa kunnen melden als zij te lang moeten wachten op zorg³². Op de website van de NZa staat dus expliciet dat consumenten daar een melding van te lange wachttijden kunnen maken. Het eerste aanspreekpunt blijft echter de verzekeraar.

De NZa roept zorgverzekeraars, zorgkantoren, zorgaanbieders en consumentenorganisaties in haar Plan van Aanpak over de wachttijden op nog beter te gaan samenwerken, zodat patiënten weten dat zij voor bemiddeling bij hun verzekeraar terecht kunnen. Op basis van NZa-regelgeving moeten aanbieders in de ggz hun patiënten schriftelijk, mondeling of via hun website wijzen op de mogelijkheid van bemiddeling. Ook verzekeraars zijn verplicht dit te melden op grond van NZa-regelgeving. Dit gebeurt ook.

De leden van D66 vragen de Staatssecretaris of de wachttijdgegevens op dit moment bij Vektis worden aangeleverd en of er een daling van de wachttijden in de ggz uit opgemaakt kan worden. Ook vragen zij of het aanleveren van deze gegevens in de praktijk leidt tot extra administratieve lasten voor zorgaanbieders.

De wachttijden worden vanaf 1 januari 2018 aangeleverd met een webformulier. Halverwege maart had 65% van de ggz-aanbieders deze informatie aangeleverd bij Vektis. Op dit moment ziet de NZa een stijgende trend in het aantal aanleveringen door herinneringen die vanuit Vektis worden verstuurd. De verwachting is dat het aanleverpercentage de komende periode snel verder zal stijgen omdat er dan enkele technische moeilijkheden zijn opgelost. Ook hebben de NZa, Vektis en GGZ Nederland contact met instellingen die nog niet hebben aangeleverd om deze waar nodig te helpen. Daarnaast ziet de NZa toe op de naleving van de aanlever- en publicatieplicht vanuit de nadere regel (NR/REG-1824). De NZa heeft alle ggz-aanbieders op 28 februari een brief gestuurd om hen nogmaals te wijzen op de aanleverplicht. Ook onderzoekt de NZa wat redenen zijn om geen informatie aan te leveren.

Het is nog niet mogelijk een uitspraak te doen over een eventuele daling of stijging van de wachttijden op basis van de data die is aangeleverd bij Vektis. Deze informatie volgt in de tussenrapportage ggz van de NZa die de Staatssecretaris in april naar de Kamer zendt.

De administratieve lasten zijn licht toegenomen omdat aanbieders de wachttijdgegevens sinds 1 januari 2018 moeten aanleveren bij Vektis. Vektis heeft per 1 maart de mogelijkheid gecreëerd om automatisch wachttijdgegevens aan te leveren door een directe link te maken tussen het ICT-systeem van de aanbieder en dat van Vektis, zodat het aanbieders met een ICT-systeem zo weinig mogelijk moeite kost om de wachttijden aan te leveren bij Vektis. Hierdoor worden administratieve lasten tot het minimum beperkt.

³² Zie ook de consumentenpagina van de NZa: <https://www.nza.nl/contact/informatie-voor-patient-en-verzekerde/zorgplicht-hoe-krijg-ik-de-zorg-die-ik-nodig-heb> en het bericht bij de signalenrapportage van de NZa: <https://www.nza.nl/actueel/nieuws/2017/08/24/nza-wat-kunt-u-doen-als-u-lang-moet-wachten-op-zorg>

De leden van D66 vragen waarom vrijgevestigden niet betrokken worden in de regionale taskforces wachttijden.

KPMG heeft de Staatssecretaris geïnformeerd dat vrijgevestigde ggz-aanbieders zijn uitgenodigd voor alle regionale taskforces. Zij zijn echter minder georganiseerd dan grote zorgaanbieders en geven aan weinig tijd beschikbaar te hebben voor regionale overleggen. KPMG geeft aan dat vrijgevestigde aanbieders inmiddels in alle regio's behalve Groningen betrokken zijn.

De leden van D66 vragen wanneer de werkwijzer medisch noodzakelijk verblijf definitief is en wanneer er een implementatieplan gereed is.

De «werkwijzer medisch noodzakelijk verblijf», die door het bureau HHM is opgesteld in opdracht van GGZ Nederland en in afstemming met MIND, de VNG en ZN, kan op bestuurlijke steun rekenen van de laatste genoemde drie organisaties. GGZ Nederland heeft evenwel nog geen bestuurlijke steun uitgesproken voor de werkwijzer omdat GGZ Nederland van mening is dat de toepassing van de werkwijzer in de praktijk zal leiden tot een toenemende administratieve belasting voor zorgaanbieders.

De Staatssecretaris acht het van groot belang dat de werkwijzer nog dit voorjaar wordt vastgesteld door alle betrokken partijen, omdat deze helpt belemmeringen voor het geven van de juiste zorg op de juiste plek helpt weg te nemen. GGZ Nederland neemt nu het initiatief om met vertegenwoordigers van zorgaanbieders, patiënten, verzekeraars, gemeenten en VWS te kijken of en hoe de administratieve lasten van de werkwijzer beperkt kunnen worden.

De leden van D66 vragen waarom de regionale taskforces niet expliciet gesproken hebben over het informeren van verzekeraars over de lange wachttijden door zorgaanbieders.

In de voortgangsrapportage van de NZa zijn de bevindingen uit de eerste bijeenkomsten meegenomen. KPMG heeft de Staatssecretaris geïnformeerd dat in deze eerste bijeenkomsten de focus heeft gelegen op de belangrijkste oorzaken van de wachttijden in de regio en prioritering hiervan. Dit onderwerp is daar niet expliciet bij aan de orde geweest. KPMG geeft aan dat dit onderwerp inmiddels bij verschillende vervolgbijeenkomsten van de regionale taskforces wel aan de orde geweest. Het is echter een onderwerp dat met name specifiek speelt tussen individuele zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Zij pakken dit binnen hun afstemming op.

De leden van D66 vragen of de NZa ook proactief aan de slag gaat met cliënten die zich bij het NZa-meldpunt melden en waarbij de Treeknorm nog niet is overschreden, bijvoorbeeld door in een vervolgesprek te bespreken of deze op tijd voorzien wordt van zorg.

De NZa krijgt zelden meldingen binnen van mensen op een wachtlijst waarbij de treeknorm nog niet is overschreden. Patiënten die te lang moeten wachten kunnen zich melden bij de NZa; ook als het gaat om mensen die te lang dreigen te wachten. Als mensen er niet met hun verzekeraar uitkomen neemt de NZa contact op met de verzekeraar met het verzoek actie te ondernemen. Verzekeraars hebben de plicht hun verzekerden te bemiddelen naar tijdige zorg. De NZa monitort de opvolging en spreekt met de verzekeraar af dat zij terugkoppelen hoe zij de meldingen hebben afgehandeld.

Alle meldingen worden gebruikt om het inzicht in de wachtlijstproblematiek te vergroten.

De leden van D66 vragen wat het maximum-opleidingsadvies was voor de verpleegkundig specialist ggz, welke afwegingen zijn gemaakt in het extra verruimen van die capaciteit en of de kwaliteit wel geborgd is.

Het maximumadvies van het Capaciteitsorgaan voor de verpleegkundig specialist ggz betrof een aantal van 86 opleidingsplekken. Voor 2018 is besloten 16 extra opleidingsplekken beschikbaar te stellen, onder andere omdat de verpleegkundig specialist ggz een steeds grotere rol in de behandeling krijgt vanwege taakherschikking van de psychiater naar de verpleegkundig specialist. In 2019 wordt de lijn voortgezet om voor bepaalde specialismen, waarvoor een krapte op de arbeidsmarkt geconstateerd is, soms in combinatie met een hoge werkdruk en een (door multimorbiditeit) toenemende zorgvraag, extra plekken beschikbaar te stellen. Met het opleidingsinstituut is voorafgaand aan het beschikbaar stellen van de extra plaatsen vastgesteld dat er voldoende en adequate opleidingscapaciteit is om aan de reguliere kwaliteitseisen te voldoen. Een nieuwe raming van het Capaciteitsorgaan staat voor 2019 gepland.

De leden van D66 vragen of in de aankomende voortgangsrapportage e-Health de toepassingen en mogelijkheden van eHealth betreffende wachttijdverkortingen en zorgvernieuwing binnen de ggz kunnen terugkomen.

E-health kan een belangrijke bijdrage leveren aan de aanpak van te lange wachttijden. De Staatssecretaris gaat bekijken op welke wijze dit onderwerp in de eerstvolgende en/of toekomstige voortgangsrapportages meegenomen kan worden.

De leden van GroenLinks vragen of er voor de NZa een rol is weggelegd in het scheppen van voorwaarden om het wachtlijstprobleem op te lossen, en of de NZa meer regie heeft dan nu lijkt.

Naast de wettelijke taken die de NZa heeft als het gaat om wachttijden in de zorg (toezicht op de zorgplicht van verzekeraars; zie ook de Kamerbrief van 22 december 2017 waarin de Staatssecretaris van VWS in gaat op het instrumentarium van de NZa³³), heeft de NZa een stimulerende en faciliterende rol op zich genomen om de wachttijden samen met andere partijen aan te pakken. De NZa monitort of partijen voortvarend stappen ondernemen om de wachttijden terug te dringen. Dit doet de NZa onder andere via het beoordelen van plannen van aanpak van zorgverzekeraars, het vergroten van de transparantie door aanbieders van ggz te verplichten wachttijden aan te leveren bij Vektis, door te bemiddelen tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars bij dreigende patiëntenstops en door burgers op te roepen om zich bij de NZa te melden als zij worden geconfronteerd met lange wachttijden in de ggz.

De leden van GroenLinks vragen of het aangekondigde onderzoek naar omzetplafonds naar de Kamer kan worden gestuurd en wanneer dit gereed is.

De NZa is in januari gestart met een onderzoek naar het effect van omzetplafonds bij vrijevestigden op het ontstaan van wachtlijsten en de vraag of door de omzetplafonds capaciteit voor wegwerken van wachtlijsten onbenut blijft. De conclusies hiervan zullen naar verwachting terugkomen in de voortgangsrapportage wachttijden ggz die in juli aan de kamer wordt gestuurd.

De leden van de SP vragen of de Staatssecretaris de analyse onderschrijft dat geld niet het probleem is bij de wachttijden in de ggz, maar de verdeling van het beschikbare budget door zorgverzekeraars. De leden

³³ Kamerstuk 25 424, nr. 385

vragen hoe de Staatssecretaris hier werk van gaat maken, zodat de onderschrijving van het ggz-budget daadwerkelijk in de ggz terechtkomt? De leden vragen waar dat geld zich nu bevindt en waar het terecht zal komen?

Voor de curatieve ggz is jaarlijks zo'n € 4 miljard beschikbaar die door verzekeraars gebruikt kan worden om zorg in te kopen. Zorgverzekeraars hoeven het beschikbare budget niet volledig uit te geven, maar zij moeten wel voldoende inkopen om te voldoen aan de zorgplicht. In 2016 werd € 288 miljoen niet gebruikt. Minister Schippers heeft met de sector, waaronder de zorgverzekeraars, afgesproken dat deze ruimte in de begroting voor 2017 en 2018 beschikbaar blijft om zo nodig te gebruiken ten behoeve van de gemaakte afspraken over de wachttijden. In hoeverre die middelen ook gebruikt worden, zal onder andere blijken uit de quickscan «Ambulante opbouw» van het Trimbos Instituut. Daarnaast heeft de Staatssecretaris met zorgverzekeraars afgesproken dat zij inzicht gaan bieden in de contracteringsafspraken voor 2018. Hierover zal de Staatssecretaris de Kamer in april informeren.

De leden van de SP vragen of de Staatssecretaris de zorgen deelt dat de keuze van de behandelaar onder druk staat en wat de Staatssecretaris gaat doen om dit aan te pakken?

Patiënten zijn vrij om een behandelaar te kiezen. Als de patiënt een voorkeur heeft voor een bepaalde behandelaar, maar deze heeft een lange wachttijd, dan kan de patiënt ervoor kiezen naar een andere behandelaar te gaan of te blijven wachten op de behandelaar van de eerste keuze. De zorgverzekeraar kan patiënten helpen om een behandelaar met kortere wachttijd te vinden.

De leden van de SP vragen in hoeverre de Staatssecretaris zicht heeft op de complexiteit van de problematiek van patiënten die op een wachtlijst staan en hoeveel mensen met complexe psychiatrische problemen dit betreft.

De Staatssecretaris heeft geen compleet zicht op de complexiteit van de problematiek van patiënten op de wachtlijst en hoeveel mensen met complexe psychiatrische problematiek op de wachtlijst staan. De NZa heeft geconstateerd dat de aanmeldwachttijd voor de diagnoses autisme-spectrumstoornis en persoonlijkheidsstoornissen het langste is. Dit kunnen patiënten met een complexe zorgvraag zijn. Voor patiënten met de diagnoses schizofrenie is de behandelwachttijd bijvoorbeeld weer relatief kort, terwijl ook de zorgvraag van die patiënten complex kan zijn. Om tot goede oplossingen voor de wachttijdproblematiek te komen, is inzicht in de wachtlijst wel van belang. Onderzoeksbureau Significant begeleidt in drie regio's een aanpak die gericht is op het analyseren en oplossen van casuïstiek om hiermee inzicht in het ontstaan van lange wachttijden te krijgen. Een deel van deze casuïstiek betreft patiënten met een complexe zorgvraag. Daarnaast heeft de Staatssecretaris met zorgaanbieders afgesproken dat zij hun wachtlijsten actueel houden door wachtenden te benaderen en hen actief te informeren over de mogelijkheid tot zorgbemiddeling door de verzekeraar. Een dergelijke actualiseringsslag biedt op instellingsniveau inzicht in de aard van de problematiek van wachtenden.

De leden van de ChristenUnie vragen wat de oorzaken zijn van het feit dat het ook voor de NZa in sommige gevallen lastig bleek om mensen sneller aan ggz-zorg te helpen.

De NZa ziet erop toe dat de zorgverzekeraar zijn uiterste best doet om de verzekerde aan tijdige zorg te helpen. Een deel van de melders kon naar aanleiding van hun melding bij NZa sneller zorg ontvangen. Het klopt dat het vinden van een passende plek op korte termijn bij een ander deel moeilijk bleek te zijn. Dit komt doordat er in deze gevallen geen aanbieder

met een kortere wachttijd te vinden was die voldeed aan de behoeften van de cliënt. Dit benadrukt de urgentie van de aanpak van wachttijden in de ggz. In passende gevallen is bemiddeld naar overbruggingszorg. *De leden van de ChristenUnie vragen wat de opvatting van de Staatssecretaris is over de huidige aanpak door de zorgverzekeraars van de wachttijden in de ggz en op welke punten de zorgverzekeraars nog onvoldoende actie ondernemen?*

Zoals de Staatsecretaris u al schreef in zijn brief aan de Kamer van 22 december over de voortgangsrapportage van de aanpak wachttijden in de ggz, zijn verzekeraars nog altijd gecommiteerd aan de gemaakte afspraken (Kamerstuk 25 424, nr. 385). Zij zetten zich dan ook in om deze uit te voeren. Dit ziet hij ook terug in verschillende resultaten: in het laatste kwartaal van 2017 heeft meer wachtlijstbemiddeling door verzekeraars plaatsgevonden en verzekeraars zijn in alle regionale taskforces vertegenwoordigd. Daarnaast zijn verzekeraars momenteel bezig de landelijke afspraak over inkoop van beveiligde zorg te concretiseren en zullen zij de Staatsecretaris inzicht geven in de extra contractering die naar aanleiding van de gemaakte afspraken heeft plaatsgevonden. In haar voortgangsrapportage over de aanpak van wachttijden in de ggz concludeert de NZa ook al dat zorgverzekeraars concrete acties hebben ondernomen om de wachttijden terug te dringen. Wel stelt de NZa daarin dat er ruimte is voor verbetering. Zo nemen sommige zorgverzekeraars nog een afwachtende houding aan. De NZa heeft in de voortgangsrapportage aangegeven dat het contact met zorgverzekeraars wordt geïntensiveerd. De resultaten van de bevindingen en van de aanvullende afspraken zal de NZa opnemen in de rapportage die in juli aan de kamer wordt aangeboden.

De leden van de ChristenUnie vragen of de geestelijke gezondheidszorg voldoende op schema ligt om de deadline van 1 juli 2018 (wachttijden binnen de Treeknormen) te halen?

In december hebben partijen bij de Staatsecretaris aangegeven volledig gecommiteerd te zijn aan de afspraken om de wachttijden voor 1 juli 2018 binnen de Treeknormen te krijgen. In haar voortgangsrapportage Wachttijden in de ggz van december jl. schreef de NZa dat dit wel een uitdaging is en dat intensivering, uitbreiding en versnelling van de aanpak nodig is om de doelstelling te behalen. Om deze reden is met partijen afgesproken de aanpak verder te intensiveren. Daarover heeft de Staatsecretaris u op 22 december per brief geïnformeerd³⁴. De aanvullende acties worden op dit moment uitgevoerd. In april stuurt de Staatsecretaris de Kamer een tussentijdse kwantitatieve rapportage van de NZa waarin de laatste stand van de wachttijden ggz zal staan. Deze rapportage is een belangrijk meetpunt om te zien of partijen op koers liggen om het doel van de afspraken te halen.

Algemene conclusies en tot slot

De leden van GroenLinks betreuren het gebrek aan inzicht in de wachttijden en de oorzaken hiervan en vragen hoe dit inzicht vergaard zal worden?

Voor de msz en de ggz geldt dat de NZa in de Marktscan 2016³⁵ al onderzoek heeft gedaan naar de oorzaken van de wachttijden. Voor de msz heeft de NZa vervolgens een verdiepend onderzoek uitgevoerd.

³⁴ Kamerstuk 25 424, nr. 385

³⁵ Kamerstuk 29 248, nr. 303

Over de ambulancezorg is de Minister voor MZS van mening dat de zorgverzekeraars en RAV'en in elk geval sinds het zorgplichtonderzoek van de NZa in april 2016, goed op de hoogte zijn van het feit dat de responstijden tot de zorgplicht van de zorgverzekeraars behoren en zij gezamenlijk een goed beeld hebben van de oorzaken van het niet halen van de prestatienorm.

De NZa vergroot via de verplichte registratie van wachttijden in de msz en voor de ggz ook verplichte aanlevering van de wachttijden transparantie in de lengte en omvang van de wachttijden. Zo'n regeling wordt ook voor casemanagement dementie opgesteld. Ook voor de Wlz worden de wachttijden bijgehouden (via zorgkantoren zelf) en de ambulances registreren ook hun eigen responstijden.

De NZa bekijkt – waar nodig samen met het veld – waar een concretiseringslag nodig is van bijvoorbeeld aantal wachtenden per specialisme (absoluut/percentueel), per specialisme nog een onderverdeling in doelgroepen, wie zijn de wachtenden en waarom wachten zij. Zodoende kan beter beoordeeld worden of er genoeg zorgaanbod is voor de specifieke zorgvraag, of dat door gebrek aan inzicht de wachtenden niet tijdig naar zorg verwezen worden of dat sprake is van wenswachtenden. Voor casemanagement dementie geldt dat de NZa op dit moment een regeling opstelt voor verplichte registratie wachttijden.

Voor de wlz is in bovenstaande passages aangegeven welke maatregelen genomen worden om meer inzicht te krijgen in het zorgaanbod, de locaties en de wachttijden. Doel is dat cliënten zich beter kunnen oriënteren op de mogelijkheden en het verkorten van de doorlooptijd. Ook het zorgkantoor moet meer zichtbaar zijn zodat de cliënt beter wordt bijgestaan in de zoektocht naar een passende plaats bij een instelling.

Voor de ambulancesector verwijzen wij ook naar het antwoord op de vraag van de leden van GroenLinks-fractie onder de paragraaf «responstijden ambulancezorg».

De leden van de SP constateren op basis van de Kamervragen gesteld door de VVD dat zorgverzekeraars aangesproken zullen worden op hun zorgplicht en dat dit meegenomen wordt in de nog te sluiten hoofdlijnenakkoorden. Zij vragen ook wat de rol is van de vrije artskenkeuze in de zorgplicht van de zorgverzekeraars. Wat is de intentie van de Ministers over de rol van zorgplicht in de hoofdlijnenakkoorden?

Patiënten hebben vrije artskenkeuze. De zorgplicht van verzekeraars houdt echter niet in dat de zorg perse door een specifieke aanbieder geleverd wordt. Als een wachtlijst langer dan de Treeknorm is dan kan een patiënt gewezen worden op de mogelijkheid om ergens anders zorg te ontvangen. Een patiënt kan ervoor kiezen om toch geholpen te worden door de arts van zijn of haar keuze, maar dat betekent wel dat mogelijk langer gewacht moet worden. De Minister is met onder andere de NZa in overleg over de aanpak van de wachttijden

De leden vragen de Minister aan te geven hoe vaak de NZa tot nu toe een aanwijzing heeft opgelegd op grond van artikel 77 Wet marktordening gezondheidszorg wegens het verzaken van de zorgplicht in de kabinetten van Rutte I, Rutte II en Rutte III.

De NZa heeft tot nu toe geen aanwijzing opgelegd. De NZa heeft aangegeven dat wel stevige (bestuurs)gesprekken zijn gevoerd met verzekeraars waarbij de zorgplicht in het geding was of dreigde te raken. Dit is onderdeel van het handhavingsbeleid van de NZa. Omdat zorgverze-

keraars daarop vervolgens acteerden, was het opleggen van een aanwijzing niet nodig.

De afspraken over zorgcontractering worden gemaakt door zorgverzekeraars en zorgaanbieder. De leden van de SP merken op dat niemand ingrijpt wanneer door de zorgaanbieder te weinig zorg ingekocht wordt; wat doen de Ministers er zelf aan om patiëntenstops in de toekomst te voorkomen; welke extra middelen zijn zij bereid in te zetten om te zorgen dat de patiënt niet de dupe wordt?

Zorgverzekeraars moeten voldoen aan hun zorgplicht. Dit betekent dat voor elke verzekerde binnen acceptabele tijd en afstand zorg beschikbaar moet zijn en hiervoor voldoende budget beschikbaar is. Dit budget moet de zorgaanbieder goed besteden. Soms komt het voor dat een zorgaanbieder een behandelstop heeft. Een behandel/cliëntenstop kan ontstaan door een tekort aan personeel of het bereiken van het omzetplafond. Dit hoeft echter niet te betekenen dat de zorgplicht van de verzekeraar in het geding is: soms is in dezelfde regio bij een andere aanbieder nog wel voldoende passende plek. In het geval van het bereiken van een omzetplafond kan een verzekeraar er ook voor kiezen om bij te contracteren met desbetreffende aanbieder. Wanneer een zorgverzekeraar niet aan haar zorgplicht voldoet of dreigt te voldoen, grijpt de NZa in. Dit kan zijn door middel van een gesprek of, indien nodig, met extra maatregelen zoals een aanwijzing of last onder dwangsom.

Bovendien kunnen partijen gebruik maken van de «Onafhankelijke Geschilleninstantie Zorgcontractering». Er zijn dus al voldoende middelen en maatregelen in gang gezet om de cliëntenstops tegen te gaan.

Ggz

Een van de middelen die VWS inzet om te stimuleren dat patiënten tijdig de juiste zorg krijgen, is het maken van afspraken over het oplossen van de wachttijden in de ggz. Hierbij is met het veld afgesproken dat de onderbesteding in het ggz-kader (288 miljoen euro in 2016) ook in 2017 en 2018 beschikbaar blijft. Dit geld is dus beschikbaar om zonodig extra zorg in de ggz in te kopen.

De leden van de ChristenUnie uiten hun zorgen dat nog niet overal voldoende inzicht is in de omvang en aard van de wacht- en responstijdenproblematiek waardoor betrokken actoren onvoldoende informatie hebben om actie te ondernemen. Op welke termijn moeten dit volgens de Ministers beschikbaar zijn? Ook constateren de leden dat het meldpunt van de NZa te vaak wordt benaderd bij te lange wachttijden, wat gaan de Ministers eraan doen om te zorgen dat zorgverzekeraars en zorgkantoren samen met zorgaanbieders hun verantwoordelijkheid nemen? Tot slot willen zij weten op welke wijze deze partijen de patiënten/cliënten informeren over de mogelijkheid tot bemiddeling.

Zie ook mijn antwoord op de vragen van de leden van GroenLinks over het inzicht in de wachttijden.

De NZa vindt het van belang dat patiënten hun verzekeraar steeds beter weten te vinden en onderneemt hier ook acties op. Verzekeraars hebben een bemiddelingsplicht om te zorgen voor passende en tijdige zorg. Deze plicht voeren de verzekeraars volgens de NZa over het algemeen genomen goed uit. De NZa heeft maatregelen getroffen zodat burgers beter geïnformeerd worden over zorgbemiddeling. In de regeling informatieverstrekking voor zorgverzekeraars heeft de NZa verplichtingen opgelegd over hoe de burger geïnformeerd moet worden over zorgbemid-

deling. De NZa heeft onderzoek laten doen naar de informatiepositie van de burger, ook op het punt van zorgbemiddeling. Op dit moment voert de NZa gesprekken met partijen (waaronder branche-organisaties) om betere bekendheid te genereren met zorgbemiddeling door zorgverzekeraars.

MsZ

Op basis van NZa-regelgeving zijn aanbieders in de msz sinds 2018 verplicht hun patiënten actief schriftelijk, mondeling of via hun website te wijzen op de mogelijkheid van bemiddeling. Ook verzekeraars zijn verplicht dit te melden op grond van NZa-regelgeving.

Casemanagement dementie

De NZa is op dit op dit moment bezig met het afronden van de nadere regel «Wachttijsten en wachttijden casemanagement». Zorgaanbieders hebben vervolgens tijd nodig om hun systemen zo aan te passen dat de gevraagde gegevens probleemloos kunnen worden aangeleverd. De Minister van VWS vindt het hierbij belangrijk dat de regeling tot zo weinig mogelijk administratieve lasten leidt. De regeling zal daarom vanaf 1 december 2018 worden gehandhaafd. Om ervoor te zorgen dat tussentijds wel zicht blijft op de ontwikkeling van de wachttijsten voor casemanagement dementie, zal de Minister van VWS een onafhankelijk onderzoeksbureau vragen hiervoor een eenmalige meting uit te voeren. Deze resultaten zijn na de zomer beschikbaar.

Voor de wijkverpleging en casemanagement dementie herkent de Minister van VWS de constatering dat het Meldpunt van de NZa te vaak wordt benaderd niet. Het aantal meldingen tijdens de speciaal opgezette meldactie casemanagement dementie was namelijk relatief laag, ondanks inspanningen om de meldactie extra onder de aandacht te brengen. In de nadere regel worden zorgaanbieders bovendien verplicht om cliënten te wijzen op wachtlijstbemiddeling door hun verzekeraar indien zij niet bij hen terecht kunnen en op de wachtlijst worden geplaatst. Ook staat in de transparantieregeling van de NZa hoe verzekeraars hun verzekerden moeten informeren over de bemiddelingsmogelijkheid.

Wlz

In de langdurige zorg is zorgbemiddeling een taak van het zorgkantoor. Informatieverstrekking aan verzekerden over de langdurige zorg en de zichtbaarheid van het zorgkantoor zijn specifieke aandachtspunten uit het verbetertraject dat de NZa is gestart met de zorgkantoren. Zorgkantoren zijn inmiddels diverse initiatieven gestart om verzekerden te laten weten waarvoor zij bij het zorgkantoor terecht kunnen. Daarnaast nemen zorgkantoren actief contact op met wachtenden om inzicht te krijgen in waarom iemand wacht en of de situatie van de wachtende verantwoord is. Daarnaast wordt samen met het Zorginstituut gekeken naar de mogelijkheden om de informatievoorziening rondom de wachtlijst te verbeteren.

Ggz

Vanaf 1 januari 2018 zijn ggz-aanbieders verplicht hun actuele wachttijden maandelijks aan te leveren bij Vektis. De NZa ziet hier, zoals eerder aangegeven, op toe. Deze informatie kan gebruikt worden voor de regionale aanpak van wachttijden in de ggz en daarnaast voor de keuzewebsite «kiezen in de ggz» die veldpartijen momenteel ontwikkelen (lancering laatste kwartaal 2018). De aard van de wachttijden in de ggz staat beschreven in de marktscan ggz 2016 van de NZa en wordt

daarnaast verder regionaal onderzocht door de regionale taskforces. Om de wachttijdproblematiek in de ggz aan te pakken, heeft VWS in de zomer van 2017 afspraken met de ggz-sector gemaakt, en vlak voor de kerst heeft de Staatssecretaris aanvullende acties afgesproken.

Op basis van NZa-regelgeving moeten aanbieders in de ggz hun patiënten schriftelijk, mondeling of via hun website wijzen op de mogelijkheid van bemiddeling. Ook verzekeraars zijn verplicht dit te melden op grond van NZa-regelgeving.

Daarnaast vragen de leden van de ChristenUnie of in plaats van een stimulerende rol van de NZa in de aanpak van wachttijden het niet noodzakelijk is dat de NZa meer regie pakt en een sturende rol inneemt; hoe houdt de NZa druk op de ketel? Zijn de Ministers bereid om de NZa te vragen om halfjaarlijks te rapporteren over de wachttijden? Ook vragen zij welke mogelijkheden de NZa heeft om in te grijpen als uit de volgende voortgangsrapportage onvoldoende verbetering blijkt en wat ervoor nodig is om de NZa daadwerkelijk te laten ingrijpen?

Naast de wettelijke taken die de NZa heeft als het gaat om wachttijden in de zorg (toezicht op de zorgplicht van verzekeraars), heeft de NZa een stimulerende en faciliterende rol op zich genomen om de wachttijden samen met andere partijen aan te pakken. De NZa monitort of partijen voortvarend stappen ondernemen om de wachtlijsten terug te dringen. Dit doet de NZa onder andere via het beoordelen van verbeterplannen/ voortgangsrapportages, het uitvoeren van controles ter plaatse bij verzekeraars, gesprekken te voeren met partijen en bijeenkomsten te organiseren. De NZa zal – zoals gevraagd – halfjaarlijks rapporteren over de wachttijdprojecten. De volgende voortgangsrapportage zal rond de zomer van 2018 verschijnen.

Zorgverzekeraars moeten zich inspannen om ervoor te zorgen dat hun verzekerden kwalitatief goede, bereikbare en tijdige zorg ontvangen. Dit is onderdeel van hun zorgplicht. Als zij hier niet aan voldoen, kan de NZa handhavend optreden richting zorgverzekeraars. Op deze wijze kan zij ook druk op de ketel houden en de verzekeraars dwingen tot het verkorten van de wachttijden.

Ggz

Hiervoor geldt dat de NZa in december 2017, april 2018 en juli 2018 rapportages uitbrengt.

De leden van de ChristenUnie zijn voorstander van het maken van afspraken over wachttijden in de hoofdlijnenakkoorden, maar constateren dat dit in de voorgaande hoofdlijnenakkoorden onvoldoende heeft geleid tot een sterke vermindering van de wachttijden. Zij vragen daarom welke aanvullende afspraken zij willen maken in de hoofdlijnenakkoorden voor 2019–2021. Ook vragen zij in dat kader welke aanvullende afspraken gemaakt worden met sectoren waarvoor geen hoofdlijnenakkoorden wordt gesloten, zoals de langdurige zorg.

De Minister MZS is op dit moment in gesprek met partijen over de aanpak van wachttijden.

Voor de langdurige zorg zijn onlangs afspraken gemaakt in het Kwaliteitskader verpleeghuiszorg. Naast de initiatieven die al lopen zijn geen aanvullende afspraken in voorbereiding voor de langdurige zorg.

De Staatssecretaris heeft de ambitie om met veldpartijen tot een hoofdlijnenakkoord in de ggz te komen. De verdere aanpak van wacht-

tijden in de ggz en de borging hiervan op langere termijn zullen zeker onderwerpen zijn waarover in zo'n akkoord afspraken gemaakt kunnen worden.

De leden van 50PLUS vragen zicht af hoe de Ministers waarborgen dat patiënten het meldpunt van de NZa weten te vinden? De leden van D66 en Groenlinks hebben hierover ook vragen gesteld.

Voor het meldpunt van de NZa geldt dat zij daar bekendheid aan geeft via de website, via voortgangsrapportages, via een oproep zoals bij de ggz en casemanagement dementie, al dan niet in samenwerking met andere partijen. Zie hiervoor ook het antwoord op de vragen van de leden van de D66 en de SP.