

Vergaderjaar 2002–2003

25 424

Geestelijke gezondheidszorg

Nr. 46

BRIEF VAN DE STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal
Den Haag, 22 april 2003

Inleiding

Op 1 januari 2003 is als onderdeel van het Plan van Aanpak «Wachttijsten in de Geestelijke Gezondheidszorg» voor de derde keer het aantal wachtenden en de wachttijd in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) in kaart gebracht. Hierbij ontvangt u de rapportage,¹ die onlangs is afgerond. Uit de rapportage blijkt dat het afgelopen jaar voor het eerst een dalende trend is ingezet voor zowel wachtlijsten als wachttijden. In deze brief informeer ik u over de belangrijkste uitkomsten van de rapportage.

In tegenstelling tot de vorige twee peilingen is deze derde inventarisatie uitgevoerd door middel van een steekproef in 15 zorgkantoorregio's. Uit het onderzoek blijkt dat de gegevens op betrouwbare wijze kunnen worden geëxtrapoleerd naar het landelijke niveau, zodat de resultaten vergeleken kunnen worden met de vorige twee peilingen. Uitzondering hierop vormt de forensische psychiatrie. De verdeling van deze instellingen over het land is dusdanig dat de resultaten binnen de steekproef niet betrouwbaar naar een landelijk niveau zijn te vertalen. De wachtenden in de forensische psychiatrie zijn daarom in deze derde inventarisatie buiten beschouwing gelaten. De vrijgevestigde psychiaters en psychotherapeuten zijn wel volledig betrokken in het onderzoek.

In het onderzoek is onderscheid gemaakt naar wachtfasen (aanmeldingswachtfase, beoordelingswachtfase en de behandelingswachtfase), naar zorgsoorten (extramuraal, semimuraal, intramuraal, beschermd wonen) en naar type aanbieder (instellingen: kinderen, en jeugd, volwassenen, ouderen; vrijgevestigde psychiaters; vrijgevestigde psychotherapeuten). Voor de definities verwijs ik u naar het rapport. De aangeleverde wachtlijstgegevens zijn net als in voorgaande jaren geschoond op administratieve vervuiling en dubbeltellingen.

¹ Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer

Wachtlijsten in de GGZ: een licht dalende trend

Op 1 januari 2003 waren er in totaal $\pm 75\ 100$ wachtenden. De verdeling over de wachtfasen is als volgt: $\pm 17\ 700$ in de aanmeldingswachtfase, $\pm 30\ 700$ in de beoordelingswachtfase en $\pm 26\ 700$ in de behandelingswachtfase. Op 1 januari 2002 waren er in totaal $76\ 300$ wachtenden (gecorrigeerd voor forensische psychiatrie). De belangrijkste conclusie op grond van de derde peiling is dat het aantal wachtenden in de GGZ ten opzichte van 2002 licht is gedaald ($1\frac{1}{2}\%$). De grootste daling is te vinden bij de vrijgevestigde psychiaters en psychotherapeuten, namelijk 23%. De instellingen laten een stabiel beeld zien.

Type aanbieder	Wachtfase		
	aanmelding	beoordeling	Behandeling
Instellingen: kinder en jeugd	$\pm 4\ 500$	$\pm 6\ 900$	$\pm 4\ 200$
Instellingen: volwassenen	$\pm 11\ 300$	$\pm 21\ 000$	$\pm 17\ 100$
Instellingen: ouderen	$\pm 1\ 700$	$\pm 2\ 700$	$\pm 1\ 700$
Instellingen: leeftijd onbekend	± 200	± 100	± 100
Vrijgevestigde psychiaters	n.v.t.	n.v.t.	± 800
Vrijgevestigde psychotherapeuten	n.v.t.	n.v.t.	$\pm 2\ 800$
Subtotaal	$\pm 17\ 700$	$\pm 30\ 700$	$\pm 26\ 700$
Totaal		$\pm 75\ 100$	

Van de $23\ 100$ mensen die binnen een instelling wachten op een behandeling, wacht afgerond 77% op extramurale zorg, 6% semimurale zorg, 10% op intramurale zorg en 7% op beschermd wonen. Het aandeel van de leeftijdscategorieën kinderen en jeugd, volwassenen en ouderen binnen dit totaal aantal wachtenden in de behandelingswachtfase bij instellingen bedraagt respectievelijk ongeveer 18%, 75% en 7%.

Een groot deel van de wachtenden ontvangt wèl zorg

Een plaats op de wachtlijst betekent niet per definitie dat de cliënt van zorg verstoken blijft. Integendeel, een groot deel van de mensen ontvangt gedurende het wachten andere zorg dan de zorg waarvoor zij geïndiceerd zijn. Dit gaat op voor 65% van het aantal wachtenden (exclusief de wachtenden op extramurale zorg). De gegevens over geleverde zorg op het peilmoment geven aan dat een deel van de wachtlijstproblematiek is gelegen in de doorstroming. Vijfenzeventig procent van het aantal wachtenden op een plaats in een beschermd woonvorm ontvangt extramurale of intramurale zorg en houdt zo andere wachtenden, die wèl voor deze zorg zijn geïndiceerd, op de wachtlijst. Extra inspanningen gericht op het wegwerken van de wachtlijsten voor beschermd wonen zullen dus waarschijnlijk dubbel effect boeken. Het realiseren van een vergroting van het aanbod aan beschermd wonen is het komend jaar dan ook een speerpunt van mijn beleid. Ook Zorgverzekeraars Nederland schrijft in de Voorjaarsbrief 2003 de komende periode nadrukkelijk aandacht te zullen besteden aan het terugdringen van de wachttijden voor de RIBW'en.

Wachttijden in de GGZ: een licht dalende trend

Met behulp van peilingen zoals uitgevoerd in deze inventarisatie is het alleen mogelijk om de «gemiddelde geobserveerde wachttijd» in beeld te brengen. De gemiddelde geobserveerde wachttijd is de tijd die ligt tussen de datum waarop voor de cliënt het wachten is begonnen en de peildatum (1-1-2003). Met deze methode kan dus niet gemeten worden hoe lang een cliënt feitelijk moet wachten. In het onderzoek wordt aangegeven dat de gebruikte meetmethode zeer waarschijnlijk leidt tot een onderschatting

van het aantal mensen met een korte wachttijd. Er worden immers relatief weinig cliënten in de peiling geregistreerd die slechts kort op de wachtlijst staan; cliënten die direct worden geholpen en dus geen wachttijd hebben, worden niet geregistreerd.

De inventarisatie toont aan dat er – in vergelijking met de peiling van 1 januari 2002 – een licht dalende trend waarneembaar is bij alle wachtfasen. Er is aanleiding te veronderstellen dat hier sprake is van een trendbreuk, daar uit de vergelijking tussen de eerste en tweede peiling bleek dat de gemiddeld geobserveerde wachttijd in de GGZ juist was toegenomen. In de behandelingsfase is er zowel een daling ten opzichte van 2001 als 2002. Dit neemt niet weg dat het percentage wachtenden buiten de Treeknormen nog erg hoog is (tussen de 64% – 82%).

Extra productie geleverd in 2002

In 2002 zijn extra middelen beschikbaar gesteld om het productieniveau van 2001 te kunnen handhaven. Boven op het basisbedrag van 78,2 miljoen EUR is bij Voorjaarsbrief 2002 9,5 miljoen EUR extra beschikbaar gesteld en nog eens 30 miljoen EUR extra bij het strategisch akkoord. Het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) heeft voor de verdeling van deze middelen beleidsregels opgesteld. De wachtlijstmiddelen voor 2002 (in totaal 117 miljoen EUR) zijn volledig in productie omgezet. Het feit dat deze aanzienlijke extra productie slechts een lichte daling in de wachtlijsten en wachttijden heeft veroorzaakt, kan worden verklaard uit het manifest worden van een omvangrijke latente zorgvraag. Mensen komen niet graag uit voor psychische klachten. Een barrière in de vorm van een wachtlijst is al snel genoeg om de zorgvraag nog even niet te stellen. Nu de beschikbaarheid van zorg toeneemt, stijgt de vraag naar zorg navent. Ook uit de vorige peiling kwam deze ontwikkeling naar boven. De extra productie leidde toen tot een stabilisatie van het aantal wachtenden. Bovengenoemde trendbreuk doet echter vermoeden dat het stadium is bereikt waarin extra productie leidt tot dalende wachtlijsten en wachttijden.

Vervolg aanpak wachtlijsten GGZ

De derde inventarisatie toont een lichte daling in de cijfers van zowel de wachtlijsten als die van de wachttijden. De introductie van het Actieplan Zorg Verzekerd heeft mogelijkheden gecreëerd om extra zorg te leveren waardoor de wachtlijsten/tijden zijn afgenomen. Een verdere daling van de wachttijden en wachtlijsten in de GGZ valt dan ook te verwachten daar per 1 januari van dit jaar het besluit «honorering zorganspraken» ook op deze sector van toepassing is. Als gevolg hiervan kunnen GGZ-instellingen alle productie maken die nodig is voor het terugdringen van de wachttijden tot een aanvaardbaar niveau. De ervaring in de sectoren verpleging en verzorging, de gehandicaptenzorg en de curatieve zorg leert dat het even duurt voordat het effect hiervan kan worden waargenomen. Dit hangt samen met de tijd die nodig is om de vereiste personele capaciteit en de benodigde infrastructuur te realiseren.

Structurele registratie

Voorwaarde voor een effectief wachtlijstbeleid is inzicht in de wachtlijsten en de wachttijden in de GGZ. De drie landelijke inventarisaties die in de afgelopen jaren hebben plaatsgevonden, waren bruikbare, maar tijdelijke instrumenten. De GGZ werkt al enkele jaren hard aan een goede structurele registratie van wachttijden en wachtlijsten. Hiertoe hebben de gezamenlijke aanbieders (instellingen en vrijgevestigden) in 1999 een minimumgegevensset samengesteld. Deze informatie over wachttijden en

wachtlijsten wordt opgeslagen in een landelijke databank. Deze landelijke databank wachtlijsten GGZ is per 1 januari 2002 van start gegaan. Als de databank eenmaal goed draait (100% aanlevering van informatie door de instellingen en vrijgevestigde beroepsbeoefenaren), is er structurele informatie over het aantal wachtenden en de wachttijden beschikbaar. Inventarisaties zoals deze derde wachtlijstpeiling zullen dan niet meer nodig zijn voor het verkrijgen van wachtlijstinformatie.

De sector GGZ participeert uiteraard in het traject van de AWBZ-brede zorgregistratie (AZR). Ook die zal structurele informatie over wachtlijsten opleveren. Voor de voortgang en ontwikkelingen op het terrein van de AZR, specifiek voor de GGZ, wil ik verwijzen naar eerdere periodieke voortgangsrapportages die in het kader van het project modernisering AWBZ naar de Tweede Kamer zijn gezonden.

Tenslotte

Samenvattend kan gesteld worden dat de afgelopen jaren veel extra mensen zijn geholpen door de wachtlijstaanpak voor de sector GGZ en de extra productie die hieruit voortvloeide. Net als in de andere zorgsectoren is deze extra productie in eerste instantie ingezet voor de manifest wordende latente zorgvraag zonder direct te leiden tot een afname van wachtlijsten en wachttijden. Het afgelopen jaar is echter voor het eerst een dalende trend ingezet op alle fronten. Dit stemt hoopvol en voedt de verwachting dat extra productie direct zal leiden tot een afname van de wachtlijsten en wachttijden. Ik verwacht een verdere daling als gevolg van het besluit «honorering zorgaanpak» dat per 1 januari van dit jaar ook op deze sector van toepassing is. Ik heb in mijn reactie op de motie Wilders (kenmerk CZ/B 2368980, 31 maart 2003) enkele uitgangspunten geformuleerd die richting zullen moeten geven aan het realiseren van de Treeknormen. Deze uitgangspunten worden gedeeld door de koepelorganisatie GGZ Nederland en Zorgverzekeraars Nederland. Het nieuwe kabinet zal hieraan een vervolg moeten geven. Ik heb er alle vertrouwen in dat de sector de uitdaging aankan.

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
C. I. J. M. Ross-van Dorp