

Vergaderjaar 2003–2004

25 424

Geestelijke gezondheidszorg

Nr. 58

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 6 september 2004

Inleiding

Op 1 januari 2004 zijn de wachtlijsten en wachttijden in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) voor de vierde keer geïnventariseerd. Tijdens het Algemeen Overleg over de GGZ op 11 maart 2004 heb ik aangegeven uw Kamer te informeren over de stand van zaken ten aanzien van de wachtlijsten en de wachttijden. Hierbij ontvangt u de rapportage die onlangs door GGZ Nederland is afgerond¹. Ik informeer u hierbij over de belangrijkste uitkomsten, die teleurstellend zijn. Enerzijds vanwege de kwaliteit van de gegevens van de rapportage, maar ook vanwege de forse stijging van de wachttijd in de GGZ.

Wachtlijsten en productie

De productie in de geestelijke gezondheidszorg is in 2003 met € 240 miljoen gestegen ten opzichte van 2002; een stijging van 7,5%. Dit blijkt uit cijfers van het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG). De stijging van de productie is een gevolg van het invoeren van het principe van «boter-bij-de-vis» in de GGZ per 1 januari 2003. Uit de wachtlijst-inventarisatie blijkt, dat naast deze stijging van de productie het aantal inschrijvingen in de GGZ met 6% is toegenomen ten opzichte van 2002. Het aantal wachtenden in de GGZ is gedaald met 7%. De ervaring in de andere zorgsectoren leert, dat het enige tijd duurt, voordat de effecten van het opheffen van het budgetplafond op de wachttijden en wachtlijsten zichtbaar worden. Desondanks is het teleurstellend, dat de wachttijd ten opzichte van 2002 met 22% is gestegen.

Wachtlijstinventarisatie

In 2003 bevatte het registratiesysteem van GGZ Nederland – Zorg-is – voor het eerst voldoende informatie om de wachtlijstpeiling op te baseren. De kwaliteit van de gegevens valt echter nog tegen. In de voor-

¹ Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

gaande jaren was het nog niet mogelijk om de wachtlijstpeilingen te baseren op de structurele registratiesystemen, doordat de levering van gegevens aan deze systemen onvoldoende volledig en tijdig was om een betrouwbaar beeld van de wachtlijsten te schetsen. Daarom werden de peilingen over 2000, 2001 en 2002 uitgevoerd door een extern onderzoeksbureau. In tegenstelling tot de voorgaande jaren zijn in deze laatste peiling geen gegevens opgenomen over wachtenden bij vrijgevestigde psychiaters en psychotherapeuten. Deze beroepsgroepen kennen een aparte wijze van registreren, die in deze rapportage nog niet geïntegreerd kon worden. De gegevens van enkele instellingen voor forensische psychiatrie zijn – in tegenstelling tot vorig jaar – wel in de registratie meegenomen.

In het onderzoek is onderscheid gemaakt naar wachtfasen (aanmelding, beoordeling en behandeling) en naar type aanbieder (instellingen voor kinderen & jeugd, volwassenen, ouderen). Voor de definities verwijs ik u naar het rapport. Er is geen specifieke indeling naar zorgsoorten (extra-, semi- of intramuraal) en de reeds ontvangen zorg (van belang voor het vaststellen van overbruggingszorg) beschikbaar. De aangeleverde wachtlijstgegevens zijn net als in voorgaande jaren geschoond op administratieve vervuiling en dubbeltellingen.

Wachtlijsten in de GGZ: een daling van 7%

Op 1 januari 2003 stonden 71 500 mensen op de wachtlijst bij GGZ-instellingen (inclusief de wachtenden bij enkele instellingen voor forensische psychiatrie en exclusief de wachtenden bij vrijgevestigde psychiaters en psychotherapeuten). Dit aantal is in 2003 afgenomen met 7% tot 66 300 wachtenden op 1 januari 2004. De verdeling van de wachtenden over de verschillende wachtfasen is te zien in de onderstaande tabel. Opvallend is de flinke daling van het aantal wachtenden in de aanmeldingswachtfase en de stijging van het aantal wachtenden in de beoordelingswachtfase.

Peildatum	Wachtfase			totaal
	aanmelding	beoordeling	behandeling	
1-1-2003	17 700	30 700	23 100	71 500
1-1-2004	10 500	37 700	18 000	66 300

De vorige rapportage meldde dat het aantal wachtenden bij instellingen stabiel was ten opzichte van het jaar daarvoor. Het aantal wachtenden in de aanmeldingswachtfase en de behandelingswachtfase is ten opzichte van vorig jaar fors gedaald. Alleen in de beoordelingsfase is het aantal wachtenden gestegen. In deze beoordelingsfase, waarin de indicatie plaatsvindt, is er echter wel contact met de cliënt in de vorm van onderzoeken en gesprekken. Uit onderzoek van het Trimbos-instituut (1999) naar de effecten van het wachten op de klachten gebleken, dat het hebben van contact een gunstig effect heeft op de beleefde ernst van problemen.

Het wachtlijstrapport geeft een eerste inzicht in de in- en uitstroom van GGZ-cliënten gedurende het jaar 2003. De volgende gegevens plaatsen het aantal wachtenden (66 300 op 1 januari 2003) in perspectief:

- In 2003 waren er 287 420 nieuwe inschrijvingen.
- Het totaal aan ingeschreven cliënten bedroeg 663 600 (dit zijn zowel cliënten die op 1 januari 2003 al in behandeling zijn, als nieuwe inschrijvingen).
- In de loop van 2003 hebben 221 120 cliënten het wachten afgerond (een groot deel van deze cliënten is in behandeling genomen, een klein deel heeft na informatie of advies van verdere behandeling afgezien).

- In 2003 is het aantal inschrijvingen met 6% toegenomen ten opzichte van 2002.

Wachttijden in de GGZ: een stijging van 22%

De wachtduur in de aanmeldingsfase is met zeven weken ongewijzigd gebleven ten opzichte van vorig jaar. De wachtduur in de twee andere wachtfasen is echter gestegen. In de tabel is de ontwikkeling van de wachttijden in de verschillende wachtfasen opgenomen.

Peildatum	Wachtfase			totaal
	aanmelding	beoordeling	behandeling	
1-1-2003	7 weken	14 weken	15 weken	36 weken
1-1-2004	7 weken	17 weken	20 weken	44 weken

Er zijn geen grote verschillen tussen de wachttijden voor kinder- en jeugd, volwassenen en ouderen. De gemiddelde wachttijd in de behandelingswachtfase wordt relatief sterk beïnvloed door de lange wachttijden van de Regionale Instellingen voor Beschermd Wonen (RIBW). De gemiddelde wachttijd in de behandelingswachtfase exclusief de RIBW-cliënten is 18 weken.

De wachttijden bij de RIBW's zijn nog steeds lang. Naar aanleiding van de vorige wachtlijstrapportage heb ik geïnventariseerd welke oorzaak ten grondslag ligt aan de lange wachttijden bij deze instellingen. De belangrijkste oorzaak van de lange wachttijden blijkt grotendeels buiten de directe invloedssfeer van VWS te liggen: krapte op de woningmarkt. Ik zal me bij gemeenten en het Ministerie van VROM sterk maken voor een evenredig aandeel van woningen voor de beschermd wonen doelgroep.

Vervolgaanpak

De informatie van deze eerste inventarisatie, die gebaseerd is op de structurele registratiesystemen, is nog beperkt. Ook heeft deze peiling nog niet het gewenste resultaat laten zien als het gaat om het bekorten van de wachttijd. Het aantal wachtenden is gedaald, maar de wachttijd voor deze mensen is fors gestegen. Dit baart mij zorgen, gezien de stijging van de productie met € 240 miljoen. Cliënten die al in zorg waren, hebben meer behandelingen gekregen, waardoor de productiviteit is afgenomen.

Eén van de voorwaarden voor het maken van productieafspraken tussen zorgkantoor en zorgaanbieder is, dat structureel informatie over wachttijden en wachtlijsten aan het zorgkantoor wordt aangeleverd. Ik heb Zorgverzekeraars Nederland (ZN) aangesproken op het naleven van deze voorwaarde.

Ik heb er vertrouwen in, dat op 1 januari 2005 een compleet beeld gegeven kan worden van de stand van zaken in de GGZ. In het traject voor de invoering van de Diagnose Behandel Combinaties (DBC) worden afspraken gemaakt over het registreren van wachttijden en wachtlijsten.

Daarnaast zal ik de aangekondigde overheveling van de curatieve GGZ met kracht doorzetten. De (gedeeltelijk) risicodragende verzekeraars zullen de instellingen prikkelen tot meer transparantie. De geplande introductie van de DBC's in de GGZ in 2006 zal leiden tot een beter zicht op de kostprijzen van de zorgproducten. Verder verwacht ik dat met de aansluiting bij de curatieve somatische gezondheidszorg juridische en administratieve barrières voor samenwerking worden opgeheven. Dit zal de doorstroming van cliënten met somatische en psychische klachten ten goede komen.

De cliënten van het care aanbod in de GGZ zullen naar verwachting baat hebben bij de ontschotting van de AWBZ, door vergroting van het zorgaanbod. Dit zal effect hebben op de wachtlijsten en wachttijden. De nieuwe toetreders zullen instellingen dwingen om hun zorg efficiënter en effectiever te organiseren. De samenwerking tussen zorgaanbieders in de AWBZ zal door de ontschotting verbeteren.

Tot slot

Op dit moment loopt er een extern onderzoek naar aanleiding van de stijging van de productieafspraken GGZ (en gehandicaptenzorg) voor 2004. Dit onderzoek is door de staatssecretaris aangekondigd tijdens het Algemeen Overleg op 7 april 2004 naar aanleiding van de brief over de beheerste selectieve groei en voorziet tevens in een nadere analyse van de ontwikkelingen in de gerealiseerde productie in de afgelopen jaren. De uitkomsten van dit onderzoek verwacht ik dit najaar. Ik ga ervan uit dat dit onderzoek helderheid zal verschaffen over de besteding van de productiemiddelen in de GGZ.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
J. F. Hoogervorst