



Aanpak van wachttijden in de specialistische ggz

2020



Vooraf

Nederland is met de rest van de wereld sinds begin dit jaar in de greep geraakt van het coronavirus. De overheidsmaatregelen die sinds maart 2020 zijn genomen, hebben grote impact gehad op het dagelijks leven van alle Nederlanders. Ook op de werkvloer van de Algemene Rekenkamer zijn deze maatregelen voelbaar.

Het onderhavige onderzoek naar de wachtlijsten in de specialistische ggz staat los van de bestrijdingsmaatregelen vanwege de pandemie SARS-CoV-2.

Wij hebben deze publicatie kunnen afronden en de betrokken staatssecretaris van VWS is onder de moeilijke omstandigheden in de gelegenheid geweest te reageren op onze conclusies en aanbevelingen. Dit illustreert dat ons democratische systeem, waarvan onafhankelijke controle en onderzoek door de Algemene Rekenkamer deel uitmaken, blijft functioneren. Zelfs onder de uitzonderlijke omstandigheden van het voorjaar van 2020.

De tekst in dit document is vastgesteld op 15 juni 2020. Dit document is op 25 juni 2020 aangeboden aan de Tweede Kamer.

Inhoud

	Vooraf	2
	Samenvatting	5
1	Over het onderzoek	9
1.1	Wat is er aan de hand?	9
1.2	Wat hebben we onderzocht?	10
1.3	Leeswijzer	11
2	Groei van de ggz	12
2.1	Oorzaken van groei	12
2.2	Patiënten in de ggz	12
2.3	Verschillen in het ggz-aanbod	13
3	Wachttijden in de ggz	15
3.1	Doorstroming en 'Treeknorm'	15
3.2	Te lang wachten	17
4	Knelpunten in de specialistische ggz	19
4.1	Verkeerde financiële prikkels	19
4.1.1	Bekostigingssystematiek	19
4.1.2	Individuele omzetplafonds	20
4.2	Beperkte capaciteit	20
4.2.1	Beperkte opbouw ambulante zorg	20
4.2.2	Personeelsgebrek bij geïntegreerde instellingen	21
4.3	Moeizame afschaling	22
4.4	Overige knelpunten	23
5	Aanpak van wachttijden	24
5.1	Algemeen beleid	24
5.2	Regionale taskforces	25
5.3	Landelijke stuurgroep	27
5.4	Verkeerde financiële prikkels	28
5.4.1	Landelijke aanpak	28
5.4.2	Regionale initiatieven	29
5.4.3	Effecten van de landelijke aanpak en regionale initiatieven	29
5.5	Beperkte capaciteit	30

5.5.1 Landelijke aanpak	30
5.5.2 Regionale initiatieven	31
5.5.3 Effecten van de landelijke aanpak en regionale initiatieven	31
5.6 Moeizame afschaling	32
5.6.1 Landelijke aanpak	32
5.6.2 Regionale initiatieven	32
5.6.3 Effecten van de landelijke aanpak en regionale initiatieven	33
5.7 Effecten van de aanpak	33
6 Conclusies en aanbevelingen	34
6.1 Conclusies	34
6.2 Aanbevelingen	35
7 Reactie staatssecretaris en nawoord Algemene Rekenkamer	38
7.1 Bestuurlijke reactie	38
7.2 Nawoord Algemene Rekenkamer	40
Bijlagen	42
1 Gehanteerde begrippen en afkortingen	43
2 Methodologische verantwoording	45
3 Literatuur	50
6 Eindnoten	54

Samenvatting

De huidige aanpak van wachttijden in de specialistische geestelijke gezondheidszorg (ggz) biedt onvoldoende remedie voor de voornaamste knelpunten: verkeerde financiële prikkels, te weinig capaciteit in instellingen en moeizame uitstroom uit de ggz. Voor de specifieke groep patiënten met complexe psychische problemen zou de staatssecretaris van VWS gericht beleid moeten ontwikkelen om te zorgen dat deze mensen niet te lang op hulp hoeven te wachten. Op dit moment is het beleid om wachtlijsten in de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg te verminderen te algemeen.

Het overgrote deel van de mensen met een hulpvraag wordt namelijk wel op tijd geholpen maar ongeveer 11.000 mensen staan op dit moment te lang op een wachtlijst bij de specialistische ggz. Het gaat daarbij om patiënten met een ernstige psychische aandoening, een combinatie van aandoeningen of een aandoening in combinatie met een (lichte) verstandelijke beperking. Cijfers die inzicht moeten bieden op de vraag hoe lang deze mensen precies moeten wachten, zijn gebrekkig. Het is ook onbekend hoeveel mensen er jaarlijks te lang op een wachtlijst staan.

In dit rapport wijzen we 3 groepen van oorzaken aan voor de lange wachttijden bij deze specifieke groep patiënten met complexe problematiek:

- De financiële prikkels die ingebouwd zijn in de bekostiging stimuleren zorgaanbieders patiënten met een (relatief) lichte zorgvraag eerder te helpen dan patiënten met een zwaardere zorgvraag;
- Er is een groot capaciteitsprobleem bij geïntegreerde instellingen waarop deze patiënten zijn aangewezen. Dit komt doordat bedden zijn geschrapt en doordat het voor professionals relatief onaantrekkelijk is te werken bij deze instellingen;
- De uitstroom van patiënten met complexe problematiek na hun behandeling verloopt gebrekkig waardoor ze behandelpaatsen blijven innemen die vrij zouden moeten komen voor nieuwe patiënten.

De staatssecretaris heeft in akkoorden met partijen in de ggz wel beleid geformuleerd om de wachttijden in de 'specialistische ggz' aan te pakken, maar dat sorteert nog onvoldoende effect. De staatssecretaris vindt dat de sleutel voor de oplossing in de regio ligt. Maar de regionale taskforces die hiervoor zijn opgericht bevinden zich voornamelijk nog in de planfase en de positie van een landelijke stuurgroep wordt als onduidelijk ervaren. Bovendien is duidelijk dat er hindernissen liggen die een effectieve aanpak in de weg staan, waaronder regels voor mededinging en privacy.

Het huidige beleid zal deze hoofdoorzaken niet allemaal wegnemen. Het is onzeker of een voorgenomen nieuwe bekostigingssystematiek het aantrekkelijker maakt complexere patiënten te helpen. De verwachting van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) is dat de gemiddelde behandelduur per patiënt zal dalen door de nieuwe bekostigingssystematiek en dat de vrijgekomen tijd zal worden gebruikt voor nieuwe patiënten. Als er een passend tarief tegenover staat kan dit gunstig zijn voor de wachttijd van patiënten met een complexe zorgvraag. Maar het is de vraag of er op korte termijn nieuwe (ambulante) behandelcapaciteit voor dit soort patiënten komt. Om de uitstroom te verbeteren zien we op regionaal niveau wel initiatieven maar we verwachten hier grote verschillen tussen gemeenten.

Opvallend is dat het overgrote deel van de genomen en voorgenomen maatregelen betrekking heeft op de hele ggz-sector, terwijl de groep (te lang) wachtenden relatief beperkt is. We bevelen de staatssecretaris daarom aan:

- een wachttijdbeleid te ontwikkelen dat specifiek bedoeld is voor deze groep patiënten;
- meer informatie te verzamelen over de ongeveer 11.000 mensen die op dit moment te lang op een wachtlijst staan;
- er op toe te zien dat de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) actief optreedt als zorg-aanbieders voor het einde van het jaar hun 'omzetplafond' hebben bereikt en daardoor de hulp voor lang wachtende patiënten in het gedrang komt;
- duidelijkheid te verschaffen over de legitimiteit van een gemeenschappelijke wachtlijst en de beperkingen die de mededingingswetgeving oplegt;
- duidelijkheid te verschaffen over de mogelijkheden voor uitwisseling van persoonsgegevens tussen ggz-instelling, zorgverzekeraar en gemeente om de opvang van patiënten te verbeteren en de beperkingen die de privacywetgeving oplegt;
- als privacy een belemmering blijft vormen, op andere wijze de samenhang tussen specialistische ggz-instellingen, zorgverzekeraars en gemeenten te verbeteren;
- te stimuleren dat zorgaanbieders bij de behandeling van chronische psychische klachten een langetermijnperspectief hanteren. Hierdoor zal de uitstroom verbeteren en het opschalen van zorg wordt vereenvoudigd bij terugval van een patiënt.

De staatssecretaris onderschrijft de conclusie van de Algemene Rekenkamer dat de groep patiënten waarbij de wachttijden hardnekkig lang zijn om een gerichte aanpak vraagt. De staatssecretaris vindt het wenselijk om specifiek beleid te maken ten behoeve van geïntegreerde en topklinische instellingen. Daartoe zal de staatssecretaris met de partijen uit het Hoofdlijnenakkoord GGZ 2019-2022 bespreken hoe de uitvoering van afspraken versneld kan worden.

Ook onderschrijft de staatssecretaris het belang voor de complexere patiëntengroep van goede prikkels in de bekostiging. De NZa is momenteel bezig met het ontwikkelen van een nieuw bekostigingsmodel voor de ggz, waarin de tarieven gedifferentieerd worden naar de setting waarin de zorg wordt geleverd. Ook vindt de staatssecretaris dat er meer zicht nodig is op deze patiëntengroep.

Ten aanzien van problemen met omzetplafonds wijst de staatssecretaris er op dat de NZa toeziet op de naleving van de zorgplicht die zorgverzekeraars hebben.

De staatssecretaris onderschrijft het belang van gegevensuitwisseling tussen ggz, zorgverzekeraar en gemeente, ook in het kader van het terugdringen van de wachttijden. Er zijn op dit moment verschillende wetgevingsinitiatieven die gaan over de uitwisseling van gegevens.

Het belang van tijdig op- en afschalen van zorg voor mensen met langdurige of chronisch klachten, wordt door de staatssecretaris onderschreven. Hierbij tekent de staatssecretaris wel aan dat er grote differentiatie is tussen mensen die kampen met psychische aandoeningen en dat de relevante factoren zoals omstandigheden thuis en netwerk om de betrokkene heen kunnen veranderen, wat het lastig kan maken om een van tevoren uitgedacht langetermijnperspectief te hanteren.

De staatssecretaris deelt onze conclusie dat er gericht beleid nodig is voor de groep patiënten die te lang moet wachten op hulp van de ggz. Daarom heeft hij inmiddels met de Tweede Kamer een plan van aanpak gedeeld. De Algemene Rekenkamer is van oordeel dat dit een stap in de goede richting is. Zeker ook omdat de staatssecretaris daarnaast een aantal toezeggingen doet op onze aanbevelingen op het gebied van specifiek arbeidsmarktbeleid voor geïntegreerde instellingen, een reëlere bekostiging van complexe behandelingen en beter cijfermatig inzicht in wachttijden en wachtlijsten.

Nog steeds is er te weinig bekend over de groep lang wachtenden in de ggz, zodat lastig is te beoordelen in hoeverre de maatregelen effect zullen sorteren. Ook in de plannen om beter inzicht te krijgen, blijven bijvoorbeeld de patiënten uit beeld die bij de intake zijn afgewezen door een zorginstelling en op zoek moeten naar een andere zorginstelling. De maatregelen betreffen bovendien voornemens die nog op uitvoering wachten. De effecten van die maatregelen zullen goed moeten worden gemonitord.

De NZa richt zich allereerst op goede informatie naar verzekeren over de consequenties van omzetplafonds bij de keuze voor een polis. Wij verwachten niet dat verzekeren bij het afsluiten van een polis hiermee rekening kunnen houden en wij zijn daarom nog niet overtuigd dat dit bijdraagt aan het wegnemen van het knelpunt van lage omzetplafonds. In zijn reactie vermeldt de staatssecretaris een aantal initiatieven tot wetswijziging die gaan over de uitwisseling van gegevens. Eén van deze initiatieven is het wetsvoorstel meervoudige problematiek sociaal domein (Wams) dat medio maart jl. in consultatie is gegaan. Wij bevelen aan om meer duidelijkheid te verschaffen over wat wel en niet mogelijk is in de uitwisseling van persoonsgegevens.

Zoals de staatssecretaris stelt is er grote differentiatie tussen mensen die kampen met psychische aandoeningen en dat de relevante factoren zoals omstandigheden thuis en netwerk om de betrokkene heen kunnen veranderen. Voor het langetermijnperspectief is het daarom noodzakelijk om flexibiliteit mogelijk te maken, zoals het snel kunnen opschalen van zorg indien dit noodzakelijk is. Het snel opschalen bij terugval kan veel zorg voorkomen. Mede door het bestaan van lange wachttijden en doordat het behandelplan betrekking heeft op een relatief korte periode blijft dit problematisch.

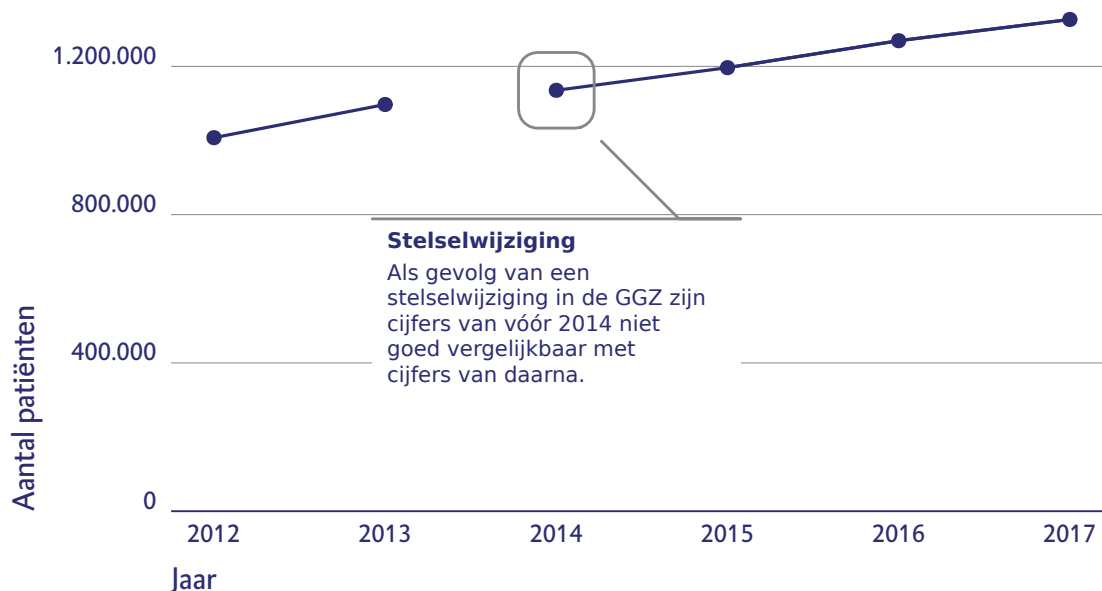
1 Over het onderzoek

1.1 Wat is er aan de hand?

Het is niet bij iedereen zichtbaar, maar nogal wat mensen hebben last van psychische aandoeningen. Jaarlijks betreft dit een vijfde tot bijna een kwart van alle Nederlanders (Trimbos-instituut, 2003; 2010). Hun klachten variëren van lichte angsten en depressies tot complexe persoonlijkheidsstoornissen. Uit onderzoek blijkt dat 4 op de 10 volwassenen op enig moment in het leven met dergelijke klachten kampen (RIVM, 2012; Trimbos-instituut, 2010). Het aantal mensen dat last heeft van psychische klachten is al 25 jaar redelijk stabiel.

Wat de laatste jaren wel duidelijk stijgt, is het aantal mensen van 18 jaar en ouder dat voor dit soort psychische klachten een beroep doet op de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg (ggz). In 2017 waren dat er ruim 1,3 miljoen (zie figuur 1). De hulpverleners zijn in staat gebleken het overgrote deel van deze mensen binnen een redelijke termijn in behandeling te nemen.

Er zijn meer dan 1 miljoen patiënten in de ggz



Figuur 1 Stijging van het aantal patiënten in de ggz (bron: de Staat van Volksgezondheid en Zorg).¹

Uitzondering vormt een groep van naar schatting 11.000 mensen die op dit moment te lang moet wachten op hulp in de specialistische ggz. Dit betekent langer dan de maximaal aanvaardbare wachttijd die zorgverzekeraars en zorgaanbieders hebben afgesproken. In de

specialistische ggz worden zwaardere klachten behandeld. In relatieve termen is die groep wachtenden klein, maar voor de mensen om wie het gaat, zijn de problemen groot. Te lang wachten op hulp leidt vaak tot een lagere levenskwaliteit, groter effect op de omgeving, meer klachten en uiteindelijk zwaardere zorg.

Het verhaal van een vrouw van 29 jaar

‘Ik heb 17 maanden gewacht op therapie bij een ggz-instelling in Amsterdam. Ik heb last van persoonlijkheidsproblematiek, ptss en depressie. Door de uitzichtloosheid van het wachten werden mijn klachten steeds ernstiger, waardoor ik in een crisisopname terechtkwam. Vanwege deze verslechtering kreeg ik extra diagnoses en een nieuw behandeladvies. Maar de instelling die me was aangeraden ging failliet vlak voordat ik er zou starten. Hierdoor raakte ik zo in paniek dat ik een poging tot zelfdoding deed. Een half jaar daarna startte eindelijk mijn behandeling. Ik ben nu 3 volle dagen per week in therapie en het gaat langzaam beter met me.’
(Citaat van een door ons geïnterviewde patiënt, 2020)

Ook maatschappelijk is dit probleem van belang: er wordt jaarlijks bijna € 4 miljard uitgegeven aan geestelijke gezondheidzorg voor volwassenen, een bedrag dat tot 2012 sterker steeg dan het gemiddelde in de zorg. Van dat bedrag gaat het grootste deel (ruim € 3 miljard) juist naar de specialistische zorg (Zorgprisma publiek, 2019). Zwaardere zorg is complexe, lange of intensieve zorg en is heel duur, dus als eerder helpen de kans daarop vermindert, kan dat financiële voordelen opleveren. Daarnaast is er bijvoorbeeld sprake van een gemis aan arbeidspotentieel: mensen met ernstige klachten die lang moeten wachten op psychische hulp, kunnen vaak geruime tijd niet werken.

Dit alles droeg ertoe bij dat de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) in juli 2017 met partijen in het ‘veld’ afspraken maakte om wachttijden juist in de specialistische ggz binnen een jaar terug te brengen tot tijden binnen de geldende normen.

1.2 Wat hebben we onderzocht?

In dit onderzoek staan de wachttijden in de specialistische ggz centraal, de complexere psychische zorg voor volwassenen. Wij hebben onderzocht of preciezer is te bepalen welke groep patiënten te lang moet wachten en wat de oorzaken zijn van die lange wachttijden. Vervolgens hebben we gekeken wat er wordt gedaan om die wachttijden te verminderen, in hoeverre die maatregelen aansluiten op de problemen en of ze al effect hebben.

Om deze vragen te beantwoorden, onderzochten we literatuur en rapportages over de specialistische ggz. Ook voerden we tientallen gesprekken met betrokkenen bij de specialistische ggz in 8 regio’s. Dat waren onder meer aanbieders van zorg, vertegenwoordigers van patiënten, zorgverzekeraars en huisartsen. We hebben onze voorlopige bevindingen

vervolgens ter verificatie voorgelegd aan een grote zorgaanbieder en twee deskundigen op het gebied van wachttijden. Een uitgebreidere onderzoeksverantwoording is te lezen in bijlage 2.

1.3 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 richten we ons op de toegenomen vraag naar ggz, om in hoofdstuk 3 te beschrijven waar mensen te lang wachten op zorg en om welke patiënten dat gaat.

In hoofdstuk 4 analyseren we de knelpunten in de zorg die tot te lange wachttijden leiden, waarna we in hoofdstuk 5 bekijken hoe die knelpunten worden aangepakt en of die aanpak al effect heeft. In hoofdstuk 6 trekken we conclusies en doen we enkele aanbevelingen.

2 Groei van de ggz

Hoewel het aantal mensen met psychische klachten stabiel blijft, groeit de vraag naar hulp van zorgaanbieders in de ggz. In dit hoofdstuk gaan we dieper in op de oorzaken van die groei, bespreken we de verschillende soorten aanbod in de ggz en bekijken we welke categorie mensen hier gebruik van maakt.

2.1 Oorzaken van groei

Voor de groei van de vraag naar psychische hulpverlening wijzen RIVM en Trimbos een aantal oorzaken aan. Demografische factoren spelen een bescheiden rol. Zo draagt vergrijzing bij aan de toename, evenals de komst van immigranten. Ouderen en mensen met een migratie-achtergrond kampen namelijk gemiddeld vaker met psychische problemen. Ook andere ontwikkelingen in de maatschappij hebben vermoedelijk invloed, zoals de toegenomen complexiteit van de samenleving, verstedelijking, de verschuiving naar een kenniseconomie en de populariteit van nieuwe soorten drugs (RIVM, 2012; Trimbos-instituut, 2010).

Het antwoord op de vraag waarom psychische klachten vaker tot een vraag om hulp leiden, moet in een andere hoek gezocht worden. In de loop der jaren is er steeds minder een taboe komen te liggen op het inroepen van ggz-hulp. Het Ministerie van VWS voert samen met brancheorganisaties al lange tijd campagnes om de ggz toegankelijker te maken voor mensen met psychische klachten. Een recent voorbeeld is de publiekscampagne *‘Hey het is oké, maak depressie bespreekbaar’*. Daarnaast zijn de mogelijkheden om iemand de juiste zorg te verlenen toegenomen: er is in de ggz meer expertise en een grotere diversiteit aan behandelingen. In dat opzicht creëert het aanbod zijn eigen vraag (RIVM, 2012).

2.2 Patiënten in de ggz

Uit bevolkingsonderzoek blijkt dat patiënten in de ggz geen dwarsdoorsnede van de bevolking vormen. Die uitkomsten zijn in lijn met het gebruik van de gezondheidszorg als geheel: vrouwen, alleenstaanden, mensen zonder betaald werk en mensen met een laag inkomen roepen vaker hulp in. Daarnaast blijkt leeftijd een rol te spelen: hoe ouder iemand is, hoe groter de kans dat hij of zij een beroep doet op een zorgvoorziening. Ten slotte maken volwassenen in een grotere stad vaker gebruik van zorg als ze last hebben van psychische problemen dan volwassenen die niet in een grote stad wonen (Trimbos-instituut, 2010).

2.3 Verschillen in het ggz-aanbod

De groei van de vraag naar ggz is niet gelijk verdeeld over de verschillende vormen van hulp. Integendeel. De toename in de afgelopen jaren komt vooral op het conto van lichtere zorg (d.w.z. eenvoudige, kort durende zorg) die wordt verleend in de huisartspraktijk, vaak door een praktijkondersteuner. Sinds 2012 is het aantal patiënten daar verviervoudigd (566.500 patiënten in 2017) en inmiddels behandelt dit onderdeel van de ggz vermoedelijk de grootste groep patiënten.²

Soorten aanbod in de ggz

Binnen de ggz zijn er verschillende soorten aanbod:

- de huisarts en de praktijkondersteuner in een huisartsenpraktijk (POH-ggz) voor lichte zorg. Zo nodig verwijst de huisarts door;
- basis-ggz: zorg voor lichte of matige en niet-complexe problemen;
- specialistische ggz: zorg voor complexe en ernstige aandoeningen;
- topklinische ggz: zeer gespecialiseerde zorg voor zeer ernstige, complexe of zeldzame aandoeningen.

Het aantal patiënten in de specialistische ggz met een zware zorgvraag is sinds 2013 afgenomen. Sinds 2015 is het aantal cliënten in de specialistische ggz gestabiliseerd op ongeveer 533.000, terwijl het aantal patiënten bij de tussenvorm – de basis-ggz – heel licht steeg tot 227.000 (tabel 1).

Tabel 1 Aantal patiënten in de ggz³

Aantal patiënten 18+ (x 1.000)	2012	2013	2014	2015	2016	2017
POH-ggz	116,4	174,3	345,2	456,3	515,8	566,5
Basis-ggz*	256,4	241,3	222,5	207,6	221,7	226,7
Specialistische ggz*	634,8	681,5	567,7	532,6	531,7	533,3
Totaal	1007,6	1097,1	1135,4	1196,5	1269,2	1326,5

* Cijfers 2012 en 2013 betreffen eerstelijns ggz en tweedelijns ggz. De basis ggz en specialistische ggz werden in 2014 ingevoerd.

De afgelopen jaren zijn ook de totale kosten van de ggz gestegen. Dat is niet alleen het gevolg van meer patiënten in de totale ggz, maar ook van hogere gemiddelde kosten per patiënt in de specialistische zorg (tabel 2).

Tabel 2 Kosten ggz 18+ (x mln €)⁴

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
POH-ggz	24	39	91	139	162	175
Basis ggz	w81	78	170	184	199	212
Specialistische ggz	2.743	3.136	2.996	3.110	3.124	3.248
Totaal	2.848	3.253	3.257	3.433	3.485	3.635

N.B.: jeugd-ggz, langdurige zorg en beschermd wonen zijn hier niet in meegenomen.

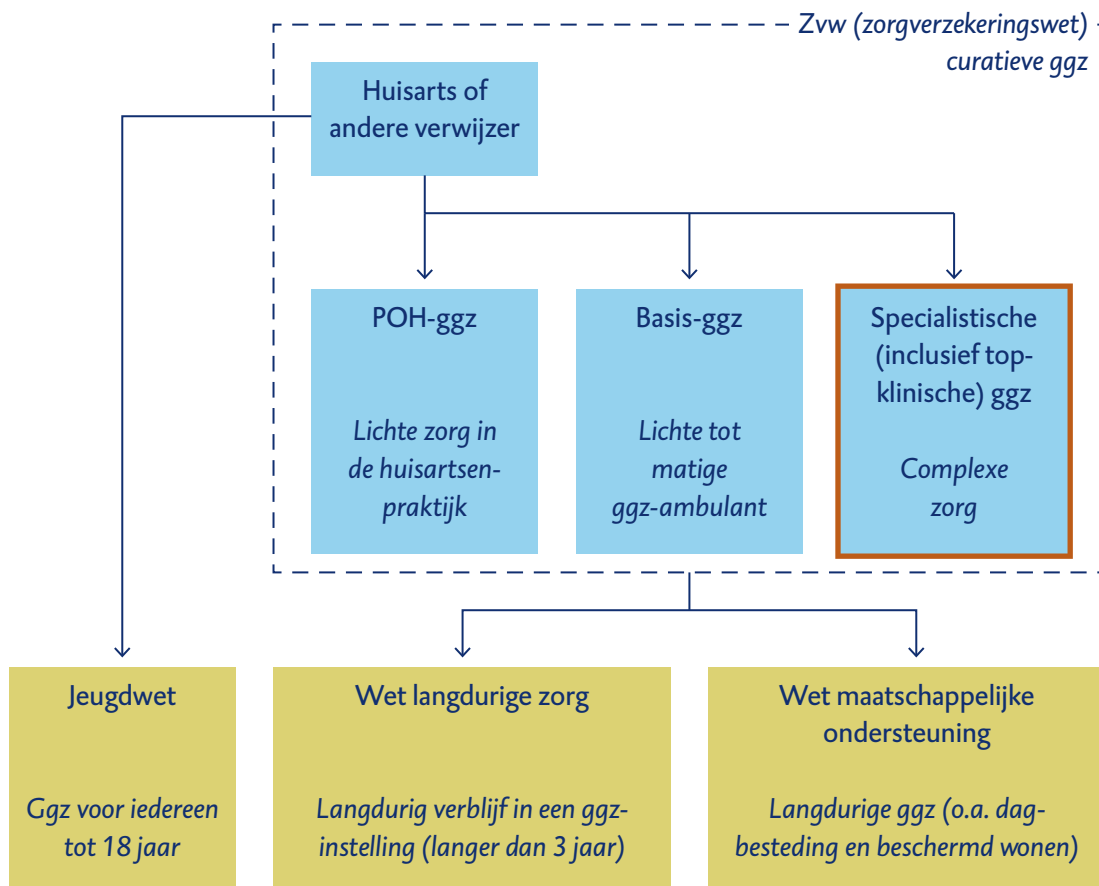
3 Wachttijden in de ggz

Wachttijden in de ggz zijn ongelijk verdeeld over alle vormen van hulp. Dit hoofdstuk beschrijft het proces dat de patiënt doorloopt en wijst aan waar en bij wie de problemen zich concentreren.

3.1 Doorstroming en 'Treeknorm'

Wie kampt met psychische klachten gaat doorgaans eerst naar de huisarts - de 'poortwachter' van de ggz. Die beoordeelt de ernst van het probleem en maakt een inschatting welke zorg en welke zorgverlener het beste past bij de patiënt en diens klacht. Deze afweging wordt de *triage* genoemd. Lichte klachten behandelt de huisarts doorgaans zelf of hij laat dat doen door een praktijkondersteuner (POH-ggz). Voor zwaardere problemen verwijst de huisarts de patiënt naar een specialist van de basis-ggz of van de gespecialiseerde ggz, afhankelijk van de aard en de ernst van de klachten (zie figuur 2). Bij de ggz vindt vervolgens een *intake* plaats waarbij bekeken wordt wat er precies aan de hand is en welke behandeling het beste past. Na een *diagnose* kan de behandeling van start gaan, zodra er behandelaars beschikbaar zijn.

Dit onderzoek richt zich op de wachttijden in de specialistische ggz



Figuur 2 Doorverwijzing en financiering in de ggz.

Meestal is het voor patiënten het beste als hun klachten zo snel mogelijk worden behandeld. Daarom is het van belang om het proces zo kort mogelijk te houden. Om dat te bevorderen hebben zorgverzekeraars en zorgaanbieders in het jaar 2000 de zogenaamde *Treeknormen* ontwikkeld.⁵ Dit zijn maximaal aanvaardbare wachttijden voor ggz die de minister erkent als uitgangspunten (NZa 2015). Een patiënt kan overigens geen rechten ontleen aan de geldende Treeknorm. De zorgverzekeraar heeft een zorgplicht en moet ervoor zorgen dat een patiënt tijdig ggz-zorg ontvangt. De Treeknorm is hierbij een inspanningsverplichting.

Treeknormen

Treeknormen voor wachttijden in de ggz maken geen onderscheid tussen soorten aandoeningen en de ernst daarvan. Ze gelden uitsluitend voor de doorloop van het proces:

- tussen het aanmelden bij de basis-ggz of de gespecialiseerde ggz en de intake geldt een wachttijd van maximaal 4 weken;
- tussen intake en behandeling mag de wachttijd maximaal 10 weken zijn;
- tussen aanmelden en behandeling geldt dus een aanvaardbare wachttijd van 14 weken.⁶

Hierbij moet worden opgemerkt dat de wachttijd opnieuw begint te lopen als na de intake blijkt dat de zorgaanbieder voor deze patiënt geen geschikt aanbod heeft.

3.2 Te lang wachten

Over de wachttijden in de ggz zijn geen eenduidige cijfers beschikbaar. Daarnaast ontbreekt een compleet overzicht. Toch kunnen we ons wel een beeld vormen door recente rapportages te combineren: voor de basis-ggz geldt dat de wachttijden vrijwel overall binnen de gestelde normen vallen. Hier wordt 92% van de wachtenden binnen 14 weken geholpen (Ledenpeiling van GGZ Nederland en MeerGGZ). Patiënten in de basis-ggz hoeven dus niet vaak langer te wachten dan aanvaardbaar wordt geacht. Voor de POH-ggz gelden geen Treeknormen, maar er zijn geen aanwijzingen dat er lange wachttijden zijn voor deze vorm van zorg.

Specialistische ggz: langer wachten

Bij de specialistische ggz ligt dat beduidend anders. Hier komt 73% van de wachtenden binnen 14 weken in behandeling, 27% moet langer wachten (Ledenpeiling van GGZ Nederland en MeerGGZ). Volgens de ledenpeilingen op 2 verschillende meetmomenten in de eerste helft van 2019 stonden in totaal respectievelijk tussen de 37.750 en 47.000 mensen op een wachtlijst voor dit type zorg. Daarvan heeft 27% te maken met te lange wachttijden. Dat zijn 10.000 tot 12.500 mensen die te lang moeten wachten op behandeling bij de specialistische GGZ. Dat hebben we afgerond tot een groep van 11.000 mensen. De relatief ruime marges tussen de meetpunten zijn mogelijk te verklaren door 'seizoens-fluctuaties'. Bij deze cijfers moeten we opmerken dat 'te lang wachten' (langer dan de Treeknorm van 14 weken) varieert van een week te lang tot veel langer. Ook is het onbekend hoeveel mensen er jaarlijks te lang moeten wachten, omdat dit cijfer een momentopname betreft. Het ligt voor de hand te veronderstellen dat de groep mensen die in een jaar wordt geconfronteerd met een te lange wachttijd groter is dan de 11.000 uit de momentopname. Een precies antwoord op de vraag of het aantal mensen dat te lang wacht op specialistische ggz de afgelopen jaren groter of kleiner is geworden, is op basis van de beschikbare cijfers lastig te geven. Vergelijkbare cijfers over gemiddelde wachttijden tussen begin 2018 en

september 2019 wekken wel de indruk dat de groep patiënten die te lang moet wachten in omvang redelijk stabiel blijft.

Diagnosegroepen met de langste wachttijden

Uit overzichten van gemiddelde wachttijden komen 4 diagnosegroepen⁷ naar voren die gemiddeld met de langste wachttijden kampen. In september 2019 ging het om:

- aandachttekort- en gedragsstoornissen (16 weken wachttijd);
- persoonlijkheidsstoornissen (20 weken);
- pervasieve stoornissen, ook wel autisme-spectrum genoemd (21 weken);
- eetstoornissen (17 weken).

Bij dergelijke cijfers moeten we bedenken dat het hier om gemiddelden gaat; uitschieters zien we niet. Ook bij aandoeningen waar de gemiddelde wachttijd wel voldoet aan de Treeknorm, zoals bipolariteit, schizofrenie of depressieve stoornissen (12 weken) zijn er patiënten die te lang moeten wachten.

Zoals gezegd is het niet mogelijk om op basis van de gemiddelde wachttijd iets te zeggen over het aantal mensen per diagnosegroep dat (veel) te lang moet wachten. Dit komt omdat het gemiddelde geen informatie geeft over de grote variëteit in zorgzwaarte en 'spreiding' van de wachttijden binnen deze groepen. Vaak kampen mensen op een wachtlijst met een combinatie van problemen en worden ze – soms wat willekeurig – geregistreerd onder een 'hoofddiagnose'.

Complexe problematiek betekent langer wachten

In het algemeen kunnen we wel zeggen: hoe complexer de problematiek, hoe langer de wachttijden. Binnen de diagnosegroepen moeten volgens onze respondenten vooral mensen met ernstige psychische aandoeningen (EPA) te lang wachten. Dat geldt ook voor mensen met een of meer andere aandoeningen naast de hoofddiagnose (comorbiditeit) en voor patiënten bij wie naast een aandoening sprake is van een verstandelijke beperking.

De stelling dat vooral patiënten met complexe problematiek te lang moeten wachten, wordt verder onderbouwd door de wachttijden die instellingen in de topklinische ggz zelf opgeven per aandoening. Dit zijn instellingen die hooggespecialiseerde patiëntenzorg combineren met wetenschappelijk onderzoek, zoals de universitair medische centra. Wachttijden blijken daar beduidend langer dan in de 'gewone' specialistische ggz.

4 Knelpunten in de specialistische ggz

Mensen met psychische problemen moeten wachten op hulp als er niet onmiddellijk een geschikte behandeling beschikbaar is. Als die geschikte plek er niet binnen een redelijke termijn (de Treeknorm) is, wacht een patiënt te lang. Dat te lange wachten is meestal het gevolg van een of meer knelpunten in de specialistische ggz, zoals die opdoemen uit onderzoek en bevestigd door onze gesprekken met partijen in de ggz.

Welke knelpunten zijn het belangrijkste en welke wegen minder zwaar? Er zijn geen harde (kwantitatieve) gegevens beschikbaar om deze vraag te beantwoorden. Wel is het door ons onderzoek aannemelijk geworden welke knelpunten voor de wachttijden in de specialistische ggz meer knellen dan andere. Hoe wij dit deden wordt beschreven in bijlage 2, de methodologische verantwoording. Zo komen we tot de conclusie dat er 3 groepen van oorzaken voor de lange wachttijden in de specialistische ggz zijn te vinden:

- Verkeerde financiële prikkels;
- Gebrekkige behandelcapaciteit;
- Problemen bij het beëindigen van behandelingen.

4.1 Verkeerde financiële prikkels

In de ggz zijn diverse financiële prikkels die wachtlijsten eerder lijken te bevorderen dan helpen af te nemen. Die prikkels maken het voor zorgaanbieders aantrekkelijk patiënten met een (relatief) lichte zorgvraag eerder te helpen dan patiënten met een zwaardere zorgvraag.

4.1.1 Bekostigingssystematiek

Een belangrijke verklaring voor het feit dat problemen met wachttijden zich vooral voordoen bij patiënten met complexere problematiek is dat de bekostigingssystematiek van de specialistische ggz in de hand werkt dat patiënten met een (relatief) lichte zorgvraag eerder worden geholpen dan patiënten met een zwaardere zorgvraag (Bureau HHM, 2019). Een diagnose-behandelcombinatie⁸ (DBC) beschrijft het totale traject dat een patiënt doorloopt bij een ggz-behandelaar en welke vergoeding daarvoor staat. Vergoed wordt een gemiddelde prijs per diagnose. Zorgaanbieders spreken deze prijs af met hun financiers, de zorgverzekeraars. Volgens de zorgaanbieders in ons onderzoek is deze gemiddelde vergoeding ruim voldoende voor patiënten met een lichte zorgvraag, voor patiënten met een zwaardere zorgvraag komt een zorgaanbieder tekort. Voor zorgaanbieders is het financieel dus aantrekkelijker om patiënten met een relatief lichte zorgvraag te helpen dan patiënten met een zware zorgvraag binnen dezelfde diagnose.⁹

Zij kunnen de ‘krenten uit de pap’ halen en vooral patiënten met een lichte zorgvraag selecteren. Dit fenomeen is vooral zichtbaar bij vrijgevestigde professionals in de ggz, dit zijn hulpverleners in de ggz die niet aan een instelling zijn verbonden.

4.1.2 Individuele omzetplafonds

Een opvallend fenomeen in de ggz is dat het beschikbare totaalbudget voor zorg niet wordt opgemaakt (onderbesteding), terwijl er toch wachtlijsten zijn voor patiënten die nog niet geholpen kunnen worden. De afgelopen jaren bleef ieder jaar ruim € 300 miljoen over. Blijkbaar werkt de zorg niet zo dat er tegenover de zorgvraag altijd het juiste zorgaanbod komt te staan, ook al is er op macroniveau budget beschikbaar. Een belangrijke oorzaak daarvoor zijn de omzetplafonds (of: productieplafonds) voor ggz-instellingen. Zorgaanbieders maken met zorgverzekeraars individueel afspraken over hoeveel zorg ze jaarlijks kunnen declareren. Een zorgaanbieder die zijn plafond overschrijdt kan door de zorgverzekeraar gekort worden. In sommige gevallen verhogen zorgverzekeraars de omzetplafonds wel tijdelijk, maar dat is afhankelijk van (het beleid van) de zorgverzekeraar in kwestie en de regio waarin hij werkt.

We constateren dat ook de omzetplafonds het voor zorgaanbieders aantrekkelijker maken om patiënten met een lichte zorgvraag eerder te helpen dan patiënten met een zwaardere zorgvraag. Met patiënten met een zware zorgvraag loopt de instelling een groter risico zijn omzetplafond te overschrijden, waarna de financiering van de aangeboden zorg onzeker wordt (zie ook OVV, 2019). De kans op afwijzing van patiënten met ernstige klachten is daardoor groter. Als een patiënt eenmaal is geaccepteerd, moet de behandeling doorgaan, ook al heeft de zorgaanbieder zijn omzetplafond bereikt.

4.2 Beperkte capaciteit

Een tweede belangrijke oorzaak van wachtlijsten is het gebrek aan capaciteit in de specialistische ggz, met name in geïntegreerde instellingen. Geïntegreerde instellingen zijn ggz-instellingen waar professionals vanuit verschillende disciplines gezamenlijk patiënten behandelen. Hier worden patiënten met een zware (complexe) zorgvraag behandeld. Voor deze patiënten zijn de wachttijden het langst.

4.2.1 Beperkte opbouw ambulante zorg

In 2012 sprak de minister van VWS met zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties af het aantal ‘bedden’ in klinische instellingen tot het jaar 2020 met een derde te verminderen. Het idee daarachter was dat het voor patiënten goed is om zoveel mogelijk in de vertrouwde eigen omgeving behandeld te worden. Om dat mogelijk te maken moest er wel voldoende ‘ambulante’ zorg bijkomen.

Inmiddels is duidelijk dat het eerste deel van de afspraak wel is nagekomen, maar het tweede deel niet. Het aantal klinische voorzieningen is de afgelopen jaren inderdaad gestaag gedaald door een afname van het aantal opnames: in 2017 was er 20% minder plaats dan in 2012. Daartegenover stond echter geen opbouw van ambulante voorzieningen voor patiënten met een zware zorgvraag. Sinds 2012 is zelfs sprake van een daling van intensieve DBC's 'zonder verblijf' (Trimbos, 2018, VWS 2016). Hierbij tekenen we aan dat het hier steeds gaat om gerealiseerde behandelingen en niet om potentiële 'plekken'. Precieze gegevens over dergelijke capaciteit worden niet afzonderlijk bijgehouden. Maar gezien de wachtlijsten ligt het voor de hand te veronderstellen dat er in de specialistische ggz niet veel onbenutte capaciteit zal zijn.

We constateren dat het aantal beschikbare plaatsen voor met name patiënten met een zware zorgvraag in de specialistische ggz is afgenomen, zowel in de klinische als de ambulante zorg. Het is aannemelijk dat dit bijdraagt aan de lange wachttijden voor dit type patiënt. Overigens plaatsen betrokkenen in de zorg vraagtekens bij de ambulantisering van de specialistische ggz. Behalve dat ambulante zorg nogal wat repercussies kan hebben voor de wijk waar patiënten moeten verblijven, valt zorg in de eigen omgeving voor patiënten die zware zorg nodig hebben vaak duurder uit dan een plek in een specialistische instelling (Significant, 2018).

4.2.2 Personeelsgebrek bij geïntegreerde instellingen

Een evidente oorzaak van lange wachtlijsten is het personeelstekort bij geïntegreerde instellingen, waar professionals vanuit verschillende disciplines gezamenlijk patiënten behandelen. Het gaat om een gebrek aan psychiaters, psychologen, klinisch psychologen, verpleegkundig specialisten en verpleegkundigen. Onderzoeksbureau voor zorg en ondersteuning HHM spreekt zelfs over een 'braindrain' uit grote ggz-instellingen, die daardoor veel menskracht, expertise en ervaring kwijtraken (Bureau HHM, 2019).

Dat personeelstekort is het gevolg van de beperkte aantrekkingskracht van geïntegreerde ggz-instellingen op professionals in de zorg. Hooggekwalficeerde zorgverleners werken vaak liever als vrijgevestigden dan dat ze kiezen voor een loopbaan in een geïntegreerde instelling. De voordelen van een eigen praktijk zijn legio: een vrijgevestigde in de ggz verdient meer, draait doorgaans geen avond-, nacht-, weekend- of crisisdiensten, en de patiënten hebben over het algemeen minder zware zorg nodig dan patiënten in geïntegreerde instellingen. Daar komt nog bij dat, volgens de zorgverleners die wij hebben gesproken, de administratieve lasten, die in de specialistische ggz sowieso als zwaar worden ervaren, in instellingen extra beknellend zijn. Professionals moeten daar meer volgens strakke protocollen registreren. Die strengere regels hebben overigens lang niet

altijd te maken met voorschriften van de rijksoverheid, maar ontstaan ook in de klinieken zelf om juridische aansprakelijkheid zoveel mogelijk af te wenden. Behalve het feit dat die administratieve lasten als vervelend worden ervaren, zorgen ze er ook voor dat professionals minder tijd aan behandelingen kunnen besteden. Dit heeft negatieve gevolgen voor de capaciteit.

4.3 Moeizame afschaling

Een derde knelpunt in de specialistische ggz dat bijdraagt aan de te lange wachttijden, is de gebrekkige uitstroom van patiënten. Deze patiënten blijven, volgens de zorgaanbieders in ons onderzoek, geregeld te lang in behandeling bij de specialistische ggz en houden plekken bezet die niet vrijkomen voor nieuwe patiënten op de wachtlijst.

In principe moet een patiënt die is ‘uitbehandeld’ de ggz weer verlaten. Voor complexere gevallen is dat echter problematisch omdat de aandoeningen vaak een chronisch karakter hebben. Zorgverleners houden hun patiënten liever langer bij zich wanneer ze nog niet tevreden zijn over de resultaten van de behandeling: té lang volgens veel zorgverleners zelf (Celsus, academie voor betaalbare zorg, 2016). Ook bestaat er bij hen huiver voor het ‘afschalen’ van zorg. Als de klachten bij een patiënt terugkeren blijkt het door de wachtlijsten ingewikkeld de zorg op het oude niveau terug te brengen.

Een belangrijke factor bij die moeizame uitstroom is ook dat veel patiënten die de specialistische ggz verlaten vaak nog andere vormen van begeleiding nodig hebben in het ‘sociaal domein’. Zorg die vaak wordt georganiseerd door gemeenten. Dat varieert van beschermd wonen tot het vinden van passende huisvesting, en hulp bij het vinden van geschikt werk tot het afbouwen van schulden. Dergelijke voorzieningen blijken vaak te ontbreken, zodat patiënten langer dan medisch noodzakelijk in behandeling blijven (KPMG, 2018).

Ook de Nationale ombudsman constateerde eerder dat dit ‘hokjesdenken’ in verschillende domeinen (of ‘potjesdenken’ als het gaat om de financiering) de samenwerking belemmert (Nationale ombudsman, 2018). Volgens de Nationale ombudsman treft dit burgers die niet precies in de mal van de wet passen en daarom worden doorgeschoven.

Daarnaast zijn zorgverleners in ons onderzoek van mening dat de privacywetgeving hen verbiedt gemeenten te informeren over individuele patiënten. Dit gebrek aan informatie belemmert gemeenten ernstig bij het zorgen voor gepaste begeleiding.

4.4 Overige knelpunten

Ook noemen de respondenten in ons onderzoek problemen bij de instroom van patiënten als gevolg van gebrekkige triage door huisartsen en fouten bij de intake. Uit onderzoek van GGNet blijkt dat verkeerde diagnoses er inderdaad voor zorgen dat patiënten te lang moeten wachten op de juiste hulp.¹⁰ Maar tijdens ons onderzoek zijn wij op tal van regionale en landelijke initiatieven gestuit die juist dit probleem aanpakken. Zo krijgen huisartsen in een aantal regio's steeds meer hulp bij de triage, waardoor patiënten sneller op de juiste plek belanden. Als die initiatieven navolging krijgen, zal dat een positieve ontwikkeling bij de instroom in de specialistische ggz op gang brengen.

5 Aanpak van wachttijden

Te lang wachten op een behandeling in de specialistische ggz is met name een probleem voor de groep patiënten met complexe aandoeningen. De lange wachttijden zijn ook het gevolg van specifieke knelpunten in de zorg. In dit hoofdstuk kijken we naar de aanpak van de wachtlijsten en beoordelen we hoe effectief die tot op heden is.

5.1 Algemeen beleid

Sinds 2012 sluiten de minister en staatssecretaris van VWS bestuurlijke akkoorden met de zorg. Dat betreffen ook betrokkenen in de ggz zoals zorgaanbieders, beroepsverenigingen, zorgverzekeraars en organisaties voor patiënten en cliënten. Die akkoorden beogen bij te dragen aan beheersbaarheid en inhoudelijke verbetering van de zorg voor patiënten met psychische problemen. De in het vorige hoofdstuk besproken verschuiving van klinische naar ambulante zorg maakte deel uit van die afspraken.

Specifieke aandacht voor de problematiek van wachtlijsten troffen we in de eerste zorgakkoorden echter niet aan. Dat veranderde in 2017 toen de minister met de sector naar eigen zeggen “ingrijpende afspraken” maakte over “hardnekkige wachtlijsten” voor met name patiënten met complexe klachten. Zo beloofden betrokken partijen de wachttijden binnen een jaar – uiterlijk op 1 juli 2018 – terug te brengen tot wachttijden binnen de Treeknormen. Zij wilden dit doen met maatregelen om de capaciteit te vergroten, onder meer door het vergroten van het aantal opleidingsplaatsen, uitbreiding van *e-health*, opbouw van ambulante zorg en betere samenwerking (VWS, 2017a).

Op basis van rapportages van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa 2019a) concluderen wij dat de afspraken nog niet het beoogde effect hebben gehad. Ook de staatssecretaris gaf in april 2018 aan dat de datum van 1 juli 2018 voor het terugdringen van de wachttijden niet gehaald zal worden. Dit kwalificeerde hij als “teleurstellend” (VWS, 2018a). Hierop volgden nog aanvullende afspraken om wachttijden in de ggz aan te pakken.

Volgens de staatssecretaris ligt de sleutel voor het oplossen van het wachtlijstprobleem voor een belangrijk deel in de regio (VWS, 2018a). Dat past in een bredere trend om zaken rond zorg zo lokaal mogelijk te regelen, zoals ook te zien was bij de decentralisatie van omvangrijke zorgtaken naar gemeenten in 2015. In het regeerakkoord wordt in dat verband ook gesproken over het invoeren van een ‘regionale doorzettingsmacht’ voor het geval dat maatregelen om wachttijden terug te dringen niet blijken te werken (Kabinet Rutte III, 2017). Wat hier precies mee bedoeld wordt, is tot op heden onduidelijk gebleven. Uit onze analyse in het vorige hoofdstuk blijkt dat de oorzaken van wachtlijsten deels zijn terug te

voeren op onevenwichtigheden in het stelsel. Deze knelpunten overstijgen de regio en vergen een aanpak op Rijksniveau.

5.2 Regionale taskforces

Omdat het kabinet het initiatief in de regio legt, spelen regionale taskforces in de wachtlijstaanpak een centrale rol. Zij moeten relevante partijen in een regio bij elkaar brengen, een probleemanalyse maken, oplossingen bedenken en uitvoeren. Inmiddels heeft adviesbureau KPMG, in opdracht van de in de volgende paragraaf besproken landelijke stuurgroep, in 25 regio's dergelijke taskforces opgezet. Daarnaast zijn vier regio's zelfstandig een taskforce begonnen. Samen omvatten deze vrijwel geheel Nederland. Uit ons onderzoek in 8 regio's blijkt dat zelfs de 'koplopers' (die al functioneren sinds eind 2017) nog grotendeels verkeren in de fase van probleemanalyse, ideevorming of plannen maken.

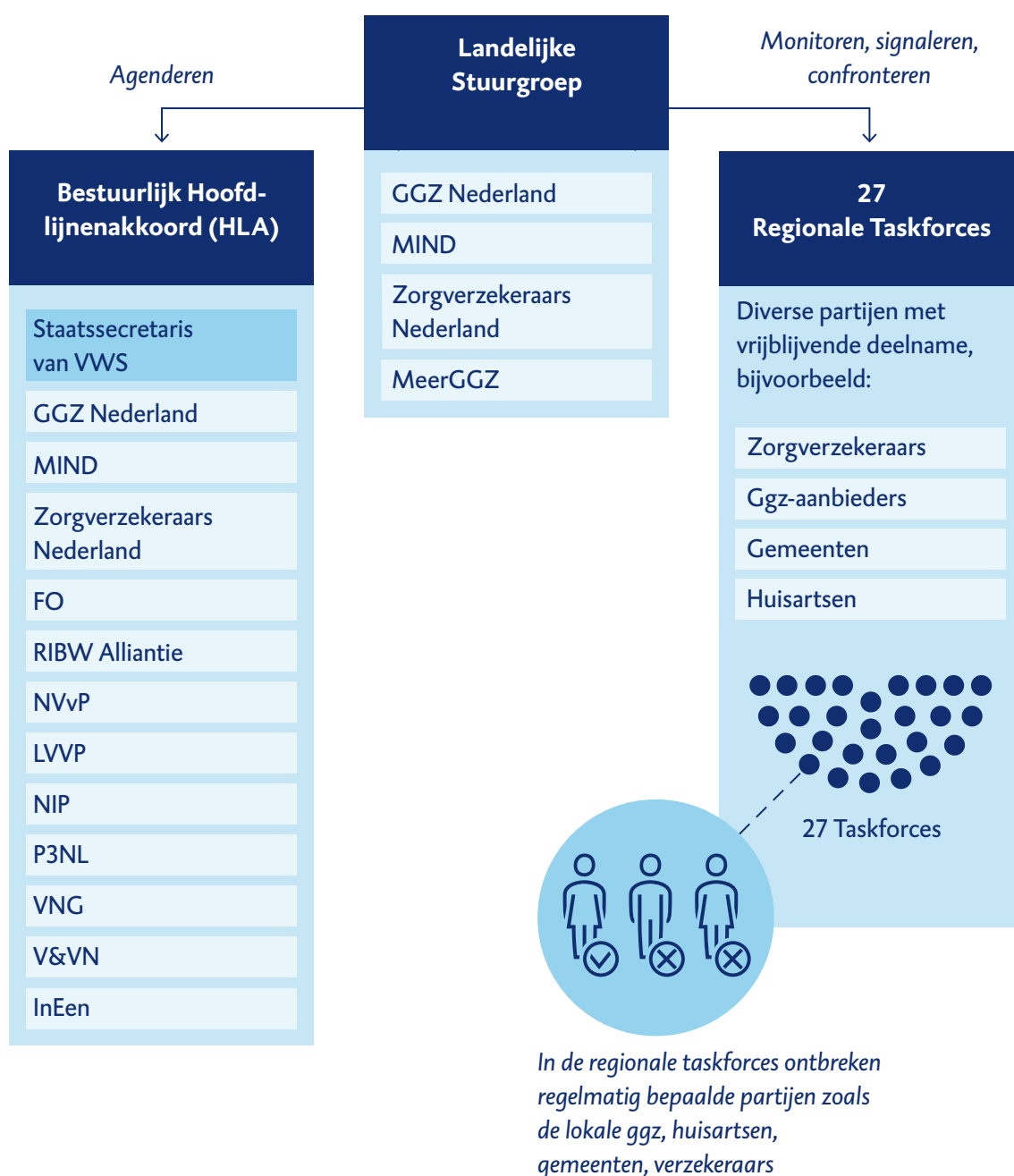
Uit de eerste ervaringen in de regionale taskforces komen echter al wel diverse hindernissen naar voren die een effectieve aanpak in de weg staan. Zo komen de regio's waarover de taskforce gaat, geografisch vaak niet overeen met de regio's waarin betrokken partijen werkzaam zijn. Gemeenten organiseren hun relevante ondersteuning, zoals beschermd wonen, in regio's met andere grenzen dan die van de regionale taskforces, terwijl ggz-instellingen weer andere regio's – soms zelfs het hele land – bedienen. Ook zijn er oudere samenwerkingsverbanden voor de aanpak van wachttijden die nog weer andere regio-grenzen kennen. Probleem is ook dat de deelname aan een taskforce vrijwillig is en de deelnemers vaak niet representatief zijn voor hun 'branche'. Huisartsen die in de toelating tot de (specialistische) ggz een cruciale rol spelen, nemen nauwelijks deel omdat ze dat 'in hun eigen tijd' moeten doen. Ook kan een deelnemende zorgverzekeraar niet spreken namens andere verzekeraars in de regio.

Problemen van een andere orde doen zich voor als gevolg van regelgeving voor marktwerking en privacy. In sommige regio's bestaat de angst dat de sinds 2006 geldende gereguleerde marktwerking in de zorg samenwerking in de weg staat. Zo zouden er uit concurrentieoverwegingen bijvoorbeeld bezwaren kunnen bestaan tegen het invoeren van een gezamenlijke wachtlijst door meerdere zorgaanbieders. De Autoriteit Consument en Markt (ACM) waarschuwt voor dit potentiële probleem, maar gaf op onze vragen geen duidelijkheid over wat toelaatbaar is en wat niet.

Een wellicht nog groter probleem voor de taskforces is dat samenwerking kan botsen met privacywetgeving. In paragraaf 4.3 bespraken we al dat ggz-instellingen van mening zijn dat zij geen patiëntgegevens mogen doorgeven aan gemeenten die wel verantwoordelijk zijn voor de meeste ondersteuning buiten de ggz-instelling. Ook mogen zorgverzekeraars niet

weten welke individuele personen op een wachtlijst staan, waardoor zij niet proactief aan zorgbemiddeling kunnen doen. Daarnaast mag niemand controleren welke personen voor dezelfde hulpvraag op meerdere wachtlijsten staan, zodat dubbeltellingen niet gecorrigeerd kunnen worden. Het valt ons op dat de Jeugdwet laat zien dat het wel mogelijk is om dit gedetailleerd te regelen en duidelijkheid te verschaffen over privacy. Onder de voorwaarden van de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG) is in het nieuwe jeugdstelsel uitwisseling van gegevens wel mogelijk.

De staatssecretaris heeft geen rechtstreekse invloed op de aanpak van wachttijden



Figuur 3 Betrokken partijen bij de landelijke en regionale aanpak van lange wachttijden in de ggz.

5.3 Landelijke stuurgroep

Om te coördineren wat er in de verschillende regio's gebeurt, hebben enkele koepelorganisaties een 'landelijke stuurgroep' ingesteld (zie figuur 3). Hierin hebben zitting: de landelijke koepelorganisaties GGZ-Nederland, MeerGGZ, MIND en Zorgverzekeraars Nederland (ZN). Hoewel het Ministerie van VWS deel neemt aan de vergaderingen, is het geen lid van de stuurgroep. Hierdoor heeft de staatssecretaris via de stuurgroep slechts beperkte grip op de aanpak van wachtlijsten.

Kwaliteit verschilt

De landelijke stuurgroep probeert de regionale taskforces te helpen met hun analyses en plannen, en te fungeren als knooppunt om informatie tussen regio's uit te wisselen. Daarbij houdt ze in de gaten of de afspraken over wachttijden in de bestuurlijke akkoorden worden nagekomen. De stuurgroep wees in dat verband 21 regio's aan waar extra activiteiten ontplooid zouden moeten worden omdat daar de aanpak van wachttijden nog onvoldoende vruchten afwerpt. Die regio's kregen de vraag om een verbeterplan te maken, dat de stuurgroep vervolgens analyseert. Daaruit bleek dat de kwaliteit van de plannen sterk verschilt. Sommige regio's toonden volgens de stuurgroep 'eigenaarschap' voor het probleem. Anderen kwamen met een heel summier plan, of een plan dat volledig vanuit het perspectief van één zorgaanbieder was geschreven (VWS, 2019a).

Onduidelijke rol

Een hindernis die in ons onderzoek naar voren kwam, is dat betrokkenen de rol van de stuurgroep als onduidelijk ervaren. Enerzijds heeft de stuurgroep namens de ondertekenende partijen de opdracht om de afspraken uit het actieplan uit te voeren (Actieplan vervolgaanpak wachttijden 2018-2019) (VWS, 2018a). Anderzijds heeft de stuurgroep op basis van het actieplan dat ze zelf heeft opgesteld - Wachttijden 2.0 - voor de periode 2019-2020 slechts de taak te monitoren, te signaleren en zo nodig te confronteren (Landelijke Stuurgroep Wachttijden, 2019c). Taskforces missen daarnaast naar eigen zeggen een vaste structuur voor onderling contact en weten niet goed wat de stuurgroep met hun signalen doet. Ondanks deze klachten stellen we vast dat de landelijke stuurgroep in juni 2019 de staatssecretaris in het openbaar opriep 'landelijke voorwaarden in te vullen' die nodig zijn om wachtlijsten op lossen. Daarbij doelde de stuurgroep mede op arbeidsmarktproblematiek, regeldruk en 'hokjes-denken' die in hoofdstuk 4 zijn beschreven (Landelijke stuurgroep wachttijden, 2019b). De oproep aan de staatssecretaris heeft nog niet geleid tot concrete maatregelen.

In de volgende paragrafen bespreken we welke concrete aanpak relevant is voor de knelpunten zoals die in hoofdstuk 4 zijn beschreven en kijken we in hoeverre die aanpak vruchten afwerpt.

5.4 Verkeerde financiële prikkels

We zagen in het vorige hoofdstuk dat financiële prikkels in de specialistische ggz nadelig uitpakken voor patiënten met een zware zorgvraag, voor wie de wachttijden het langst zijn. Voor zorgaanbieders is het om financiële redenen aantrekkelijker om patiënten met een lichte zorgvraag eerder te helpen met als gevolg dat wachttijden van patiënten met een zwaardere zorgvraag oplopen.

5.4.1 Landelijke aanpak

Vorig jaar adviseerde de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) het ministerie om per 2022 een nieuwe bekostigingssystematiek voor de ggz in te voeren. In plaats van DBC's zouden voortaan 'zorgprestaties' moeten worden vergoed (NZa, 2019b). De staatssecretaris nam dit advies over, maar stelde wel enkele voorwaarden die voor wachtlijsten relevant zijn: financiering van zorgprestaties moet de prikkels aantoonbaar en substantieel verbeteren én moet leiden tot een vergoeding op maat voor personen met een ernstige psychische aandoening (VWS, 2019b). In theorie kunnen deze voorwaarden bijdragen aan het verminderen van wachttijden voor groepen die te lang moeten wachten. Maar op dit moment is het nog onduidelijk of die nieuwe bekostiging patiënten met complexe problematiek in de praktijk ook eerder aan een behandeling zal helpen. Het gaat om een eerste versie van een advies van de NZa waarover de staatssecretaris nog een besluit moet nemen. De NZa zelf verwacht dat de gemiddelde behandelduur per patiënt zal dalen door de nieuwe bekostigingssystematiek en dat de vrijgekomen tijd zal worden gebruikt voor nieuwe patiënten (NZa 2020). Als er een passend tarief tegenover staat kan dit gunstig zijn voor de wachttijd van patiënten met een complexe zorgvraag.

Op Prinsjesdag 2019 is de contourennota aangekondigd over de toekomstige organisatie en betaalbaarheid van de zorg. Deze zal voor de zomer van 2020 verschijnen. Ook voor deze contourennota geldt dat het op het moment van onderzoek nog onduidelijk is of deze zal bijdragen aan het terugdringen van de lange wachttijden. De contourennota zal waarschijnlijk vooral betrekking hebben op de organisatie en betaalbaarheid van de zorg en niet over (lange) wachttijden.

Voor het probleem van het voortijdig bereiken van een omzetplafond – eveneens een prikkel om patiënten met een lichtere zorgvraag voor te laten gaan – heeft NZa aandacht. De toezichthouder roept zorgverzekeraars op om beleid te maken voor bijcontractering als

een omzetplafond wordt bereikt. NZa probeert het probleem zo goed mogelijk in kaart te brengen en kan zorgverzekeraars wijzen op hun zorgplicht. In hoeverre de toezichthouder die zorgplicht juridisch ook kan afdwingen met een opgelegde verhoging van een omzetplafond is onduidelijk. NZa heeft dat in elk geval nog nooit geprobeerd. Wel speelde NZa in december 2019 een bemiddelende rol in een conflict tussen VGZ en Parnassia waarbij de partijen uiteindelijk tot overeenstemming kwamen het omzetplafond tijdelijk te verhogen.

Gespreksleidraad

De stuurgroep heeft een gespreksleidraad ontwikkeld. Die moet verzekeraars en zorgaanbieders dit jaar helpen om contractafspraken te maken over het terugdringen van de wachttijden (Landelijke Stuurgroep Wachttijden, 2019a). De gespreksleidraad biedt globale handvatten om in dialoog aandacht te besteden aan groepen met een zware zorgvraag en gaat ook in op de samenhang van het regionaal aanbod. Het is nog onduidelijk in hoeverre de gespreksleidraad invloed heeft gehad op de uitkomsten van de onderhandelingen.

5.4.2 Regionale initiatieven

In de praktijk bestaan er mogelijkheden voor ggz-instellingen om een overschrijding van het omzetplafond te repareren. Als de zorgaanbieder meer patiënten behandelt blijkt dat vaak te lukken. Ingewikkelder wordt het als de kosten per patiënt hoger zijn dan verwacht, iets wat zich eerder zal voordoen wanneer patiënten met complexe problematiek vragen om zorg. In sommige regio's en bij sommige zorgverzekeraars is het mogelijk ook dergelijke 'overschrijdingen' te financieren, mits het probleem in voldoende mate wordt aangetoond. Wel gaat het steeds om tijdelijke arrangementen, waarop een zorgaanbieder niet zijn capaciteit blijvend kan aanpassen. Voor fundamentele aanpassingen van de bekostigingssystematiek hebben wij geen regionale initiatieven aangetroffen. Het is ook maar zeer de vraag of dat in de regio mogelijk is.

5.4.3 Effecten van de landelijke aanpak en regionale initiatieven

In de specialistische ggz zien we financiële prikkels die het voor zorgaanbieders aantrekkelijker maken om patiënten met een lichte zorgvraag eerder te helpen dan patiënten met een zwaardere zorgvraag. Dat is een oorzaak voor te lange wachttijden bij die groep. Van het beperkte aantal initiatieven om deze prikkels te verleggen ten gunste van patiënten die lang wachten, zien wij nog geen effecten optreden. Er wordt een nieuw bekostigingssysteem ontwikkeld, maar het is nog onduidelijk of dit gaat bijdragen aan minder en kortere wachtlijsten. NZa stimuleert bijcontractering, maar het is onduidelijk in hoeverre deze toezichthouder dit kan afdwingen.

5.5 Beperkte capaciteit

We zagen in het vorige hoofdstuk dat ook gebrekkige capaciteit voor de behandeling van patiënten met een zware zorgvraag een belangrijke rol speelt bij het ontstaan van wachtlijsten. Ten grondslag daaraan lag het probleem dat gekwalificeerd personeel ‘wegloopt’ bij geïntegreerde instellingen en dat men er niet in is geslaagd voor patiënten met complexe problematiek voldoende ambulante zorg op te bouwen.

5.5.1 Landelijke aanpak

De staatssecretaris van VWS heeft aandacht voor personeelsproblemen in de zorg. Publiekscampagnes om mensen een loopbaan in de gezondheidszorg te laten overwegen zoals ‘Werken in de Zorg’ kunnen mogelijk hun vruchten afwerpen, maar zijn heel algemeen van opzet. Het is maar zeer de vraag of dergelijke campagnes mensen zullen stimuleren om te gaan werken in een instelling voor patiënten met complexe psychische problemen. De staatssecretaris heeft wel meer opleidingsplaatsen beschikbaar gesteld voor de ggz, maar voor 2020 bleek er bijvoorbeeld onvoldoende interesse te zijn voor de opleiding voor klinisch psychologen. Ook is er geen garantie dat een professional die is opgeleid in een ggz-instelling ook daadwerkelijk in zo’n instelling gaat werken. De ‘verlokkingen’ om te kiezen voor een loopbaan als vrijgevestigde zorgverlener blijven onverminderd bestaan.

Er bestaan in dat verband initiatieven die het werk in geïntegreerde ggz-instellingen aantrekkelijker kunnen maken. Zo probeert de minister met het programma ‘(Ont)Regel de Zorg’ de administratieve lasten voor professionals te verminderen. Voor ons onderzoek is wat dat betreft het onderdeel ‘sectoraal actieplan curatieve ggz’ relevant (VWS, 2018c). Dit is een actieplan specifiek voor instellingen waar ook patiënten met complexe problematiek worden behandeld. Extra regeldruk is een reden voor professionals om het werk in dergelijke instellingen te mijden. Maar volgens deelnemers aan de landelijke stuurgroep (zie paragraaf 5.3) is van de diverse initiatieven om de administratieve lasten terug te dringen nog niets terechtgekomen. Inmiddels is per 1 januari 2020 het aantal codes waarmee professionals in de curatieve ggz hun activiteiten moeten verantwoorden drastisch teruggebracht. Het is nog te vroeg om iets te kunnen zeggen over de effecten daarvan.

Naast deze initiatieven kwamen we nog andere manieren tegen om de relatieve onaantrekkelijkheid van werken in een geïntegreerde instelling te verzachten en die daarmee mogelijk bijdragen aan minder lange wachttijden. Zo zijn er zorgverzekeraars die willen dat vrijgevestigde professionals ook meedraaien in de crisis- en nachtdiensten die het werken in een instelling zwaarder maken. Hoewel dit soort initiatieven naar ons oordeel potentieel van groot belang zijn, bevinden ze zich nog slechts in de planfase.

In het bestuurlijk akkoord is ook afgesproken dat bestaande behandelcapaciteit beter moet worden benut. Bij wijze van experiment mogen de uren van hulpverleners die eerder niet vergoed werden door de zorgverzekeraar maar die wel bijdragen aan het verkorten van de wachttijden, nu wel gedeclareerd worden. Dit betreft bijvoorbeeld de inzet van ervaringsdeskundigen en HBO-psychologen (VWS, 2018c).

Landelijk lijkt er minder aandacht te zijn voor de afbouw van klinische capaciteit en de opbouw van ambulante zorg voor patiënten met complexe problematiek. Tegenover de daling van de klinische capaciteit staat in de specialistische ggz onvoldoende toename van ambulante capaciteit. Wij hebben geen aanwijzingen gevonden dat de opbouw van specialistische ggz buiten de muren van instellingen landelijk wordt opgepakt. Significante concludeert in het onderzoek 'Ambulantisering in de GGZ' (2018) onder andere dat het lastig is beleid te maken dat aansluit bij de gevarieerde en diverse praktijk. Landelijke afspraken gaan voorbij aan de consequenties die behandelingen en opvang buiten instellingen hebben voor de samenleving en de wijk.

5.5.2 Regionale initiatieven

In de regio hebben we slechts enkele experimenten aangetroffen die op korte termijn kunnen leiden tot een grotere behandelcapaciteit. In de zorgregio Midden-Nederland loopt voor een periode van 3 jaar de pilot Eleo, waarbij behandelaren in de basis-ggz meer tijd krijgen om patiënten met complexere problematiek te helpen. Dit draagt bij aan kortere wachtlijsten voor de gespecialiseerde ggz in dezelfde regio. Verder zijn we een aantal regionale initiatieven tegengekomen om in deze sector 'goed werkgeverschap' te stimuleren. Voor het terugdringen van de administratieve lasten is in de regio niet veel aandacht. Een opvallend positieve uitzondering vormt een experiment bij de Amsterdamse ggz-instelling Arkin die samen met zorgverzekeraar Zilveren Kruis besloot om ambulante teams minder gedetailleerd te laten tijdschrijven. De eerste resultaten lijken bemoedigend: het nieuwe systeem leverde volgens een reportage over Arkin van de NOS een tijdswinst op van 51 minuten per dag en het ziekteverzuim daalde met tientallen procenten (NOS, 15 oktober 2019).

5.5.3 Effecten van de landelijke aanpak en regionale initiatieven

We constateren grote capaciteitsproblemen bij instellingen waarop patiënten met gecompliceerde psychische klachten zijn aangewezen. De staatssecretaris heeft extra opleidingsplaatsen toegezegd, maar het is zeer onzeker of dit soelaas zal bieden. Pogingen om het werk in geïntegreerde instellingen aantrekkelijker te maken en het aantal declarabele beroepen uit te breiden, bevinden zich vooral in de plan- of startfase. Op een enkel

succesvol experiment na lijkt het nog niet te lukken om de administratieve lasten bij geïntegreerde instellingen substantieel te verlichten, terwijl dat wel een van de redenen is waarom professionals deze instellingen een minder aantrekkelijke werkplek vinden.

5.6 Moeizame afschaling

In hoofdstuk 4 bespraken we dat ook de moeizame uitstroom van complexere patiënten uit de specialistische ggz een oorzaak is voor te lange wachttijden. Gebrekkige samenwerking met en onvoldoende opvang door gemeenten zijn daar debet aan. Net als de neiging van zorgverleners om deze patiënten langer vast te willen houden, volgens de zorgverleners die wij hebben gesproken. Patiënten die langer behandeld worden dan medisch noodzakelijk, houden immers de plek bezet van een hulpbehoevende op de wachtlijst.

5.6.1 Landelijke aanpak

De noodzaak om in de specialistische ggz zorg tijdig af te schalen, kreeg aandacht in de landelijke afspraken die de minister in 2017 maakte met betrokkenen in de zorg. Die afspraken leidden onder meer tot een ‘Werkwijzer medisch noodzakelijk verblijf’ (2018) die duidelijk moet maken welke financiers wanneer betrokken zijn voor het beschikbaar maken van voorzieningen om patiënten op te vangen die de specialistische ggz verlaten. Hierbij kan gedacht worden aan voorzieningen als beschermd wonen, inkomen en begeleiding die in gemeenten en in de regio vorm moeten krijgen.

Een andere factor van belang is de huiver binnen de specialistische ggz tegen afschaling van zorg omdat het opschalen van zorg bij terugval van een patiënt ingewikkeld is door het bestaan van wachtlijsten. Bij de ggz-instellingen in ons onderzoek moet een cliënt na een terugval weer achteraan de wachtlijst aansluiten. Zorgaanbieders zijn vaak gericht op (éénmalige) behandeling en hanteren meestal geen langetermijnperspectief bij de behandeling van chronische psychische klachten. Voor angst- en stemmingsklachten zijn er initiatieven om barrières voor opschaling weg te nemen, maar voor complexe klachten zijn we die niet tegengekomen.

5.6.2 Regionale initiatieven

We kwamen diverse interessante regionale initiatieven tegen die de overgang tussen de specialistische ggz en hulp daarna versoepelen. Zoals ‘transferverpleegkundigen’ in ggz Oost Brabant, een ‘zorgafstemmingsgesprek’ bij instelling Yulius, ‘netwerkgzorg’ en ‘zelf-regiecoaches’ bij specialistische ggz-instelling Vincent van Gogh en afspraken over ‘warme overdracht’ in het Netwerk GGZ Volwassenen Zwolle. Ook klonk gedurende ons onderzoek uit de monden van diverse betrokkenen de roep om beschikbare budgetten binnen

de regio samen te voegen om daarmee samenwerking te stimuleren. Dat zou bijvoorbeeld de overgang van ggz naar de gemeentelijke hulp uit de Wmo makkelijker maken. Hierbij kan de ‘recovery-benadering’ in de verslavingszorg mogelijk als voorbeeld dienen. Tot op heden is er echter nog geen regionaal budget voor patiënten met complexe problematiek.

5.6.3 Effecten van de landelijke aanpak en regionale initiatieven

In sommige regio’s zien we interessante experimenten, maar over de effecten van deze experimenten was bij het afsluiten van dit onderzoek nog onvoldoende informatie beschikbaar. Mochten ze succesvol blijken en in andere regio’s navolging vinden, dan heeft dat in potentie een positieve invloed op de wachtlijsten. Wel verwachten wij daarbij grote verschillen tussen gemeenten die in de meeste gevallen opvang moeten organiseren voor patiënten die in de specialistische ggz zijn ‘uitbehandeld’. Gemeenten hebben namelijk afwijkende bevolkingssamenstellingen die invloed hebben op de hoeveelheid patiënten en ook verschillen de financiële prioriteiten tussen gemeenten.

5.7 Effecten van de aanpak

Wij komen tot de conclusie dat het zeer onzeker is of de huidige aanpak van wachttijden in de specialistische ggz voldoende remedie biedt voor de voornaamste knelpunten: verkeerde financiële prikkels, te weinig capaciteit in instellingen en moeizame uitstroom uit de specialistische ggz. De afspraken in het bestuurlijk akkoord die hier soms aan raken zijn (op één na) nog niet in praktijk gebracht. Op enkele uitzonderingen na zijn van de aanpak – of het nu gaat om landelijk of regionaal beleid – nog geen effecten waarneembaar. Sommige initiatieven hebben beslist potentie, maar dat zal nog moeten blijken.

Op overige knelpunten zijn wij hier niet ingegaan omdat ze voor ons vraagstuk minder van belang zijn. Voor de volledigheid benadrukken we hier nogmaals dat er tal van regionale en landelijke initiatieven zijn om de instroom in de (specialistische) ggz te verbeteren. Als deze initiatieven verder worden verspreid, brengt dit een positieve ontwikkeling bij de instroom op gang. Dat geldt veel minder voor enkele andere initiatieven die geregeld in verband gebracht worden met de wachtlijstproblematiek. Zo is er in de aanpak die wij gezien hebben wel aandacht voor wachtlijstbemiddeling. Maar dit soort bemiddeling is voor de groep patiënten met zware en complexe aandoeningen, voor wie de wachtlijsten het meest een probleem zijn, nauwelijks relevant omdat deze mensen slechts bij een beperkt aantal instellingen terecht kunnen. Er valt dan dus weinig te bemiddelen.

6 Conclusies en aanbevelingen

6.1 Conclusies

Jaarlijks doet ruim één miljoen mensen een beroep op de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg. Het overgrote deel van hen wordt binnen een redelijke termijn in behandeling genomen. Ongeveer 530.000 mensen doet een beroep op de specialistische ggz. Hiervan moet op dit moment een groep van ongeveer 11.000 mensen te lang wachten op hulp. Dit zijn vooral patiënten met een relatief zware zorgvraag. In 2017 maakte de minister van VWS met partijen in de zorg afspraken om de wachttijden in dit deel van de ggz binnen een jaar terug te brengen tot een tijd die onder de normen valt. Dat is niet gelukt. De huidige aanpak van wachttijden in de specialistische ggz biedt onvoldoende remedie voor de voornaamste knelpunten: verkeerde financiële prikkels, te weinig capaciteit in instellingen en moeizame uitstroom uit de ggz.

Complexiteit bepaalt wachttijd

De beschikbare data over de mensen die te lang moeten wachten geven slechts gebrekkig inzicht in de omvang van de overschrijdingen. Duidelijk is dat de complexiteit van de problematiek bepaalt hoe lang iemand moet wachten. Binnen de diverse diagnoses moeten vooral mensen te lang wachten met Ernstige Psychische Aandoeningen, mensen met een of meer andere aandoeningen naast de hoofddiagnose (comorbiditeit) of patiënten bij wie naast een aandoening sprake is van een (licht) verstandelijke beperking.

Hoofdoorzaken wachttijden

Uit ons onderzoek komen 3 hoofdoorzaken voor de lange wachttijden in de specialistische ggz naar voren:

1. Financiële prikkels maken het voor zorgaanbieders aantrekkelijker om patiënten met een lichte zorgvraag eerder te helpen dan patiënten met een zwaardere zorgvraag. Dit komt door de bekostiging via diagnose-behandelcombinaties en door het werken met omzetplafonds.
2. De specialistische ggz lijdt onder een groot gebrek aan behandelcapaciteit. Voor zorg die is geschapt in geïntegreerde instellingen is onvoldoende ambulante zorg in de plaats gekomen. En om allerlei redenen blijkt werken voor geïntegreerde instellingen relatief onaantrekkelijk.
3. Patiënten blijven vaak te lang in behandeling bij de specialistische ggz, zodat er geen plekken vrijkomen voor nieuwe patiënten. Dit komt onder meer door een gebrekkige aansluiting met begeleiding na de behandeling in de specialistische ggz.

Aanpak in de regio: nog te weinig resultaat

In het kabinetsbeleid staat aanpak in de regio voorop. De afspraken uit 2017 om wachttijden terug te dringen resulteerden in een landelijke stuurgroep en regionale taskforces die oplossingen moesten vinden. Dat verloopt nog niet goed: regiogrenzen zijn vaak arbitrair, relevante partijen zijn vaak niet betrokken en er bestaat onduidelijkheid over de wettelijke mogelijkheden om samen te werken.

In de aanpak van de 3 knelpunten zien we nog onvoldoende vooruitgang. De NZa probeert de beperkende invloed van omzetplafonds tegen te gaan, maar het is onduidelijk of de toezichthouder voldoende gebruik maakt van de instrumenten die hij heeft. Een nieuw bekostigingssysteem op basis van zorgprestaties is in voorbereiding. Het valt nog te bezien of dat behandelaars zal stimuleren patiënten met een zware zorgvraag te helpen.

Er is aandacht voor de capaciteitsproblemen bij instellingen waar patiënten met gecompliceerde psychische klachten op zijn aangewezen: de staatssecretaris heeft extra opleidingsplaatsen toegezegd, maar het is onzeker of dit soelaas zal bieden. Pogingen om het werk in geïntegreerde instellingen aantrekkelijker te maken, bevinden zich vooral in de planfase. Het lukt nog niet goed om de administratieve lasten bij geïntegreerde instellingen substantieel te verlichten.

In sommige regio's zien we experimenten om de overgang van patiënten uit de specialistische ggz naar het sociale domein makkelijker te maken. Als blijkt dat deze experimenten succesvol zijn, verwachten wij grote verschillen tussen gemeenten.

Naast de 3 knelpunten zien wij ook vooruitgang. Zo zijn er diverse regionale en landelijke initiatieven om de kwaliteit van de instroom in de ggz (triage en diagnose) te verbeteren. Als deze verder worden verspreid, verwachten wij hiervan een positieve invloed op wachttijden.

6.2 Aanbevelingen

Opvallend is dat veel maatregelen betrekking hebben op de hele ggz-sector, terwijl de groep wachtenden relatief beperkt is. Wij bevelen de staatssecretaris aan om wachttijdbeleid te ontwikkelen dat specifiek bedoeld is voor de (relatief kleine) groep patiënten in de specialistische ggz voor wie het huidige beleid niet werkt. Hierbij kan gedacht worden aan afzonderlijk arbeidsmarktbeleid voor geïntegreerde instellingen en topklinische instellingen, en aan de bekostiging waardoor het voor deze instellingen aantrekkelijk wordt om patiënten met een relatief zware zorgvraag te behandelen.

Richt meer aandacht op de groep mensen die (zeer) complexe zorg nodig hebben, zodat ze sneller de benodigde zorg krijgen



Figuur 4 Zo'n 11.000 mensen met complexe psychische problemen moeten te lang wachten op ggz.

Wij bevelen de staatssecretaris aan om meer informatie te verzamelen over de 10.000 à 12.500 mensen die te lang op een wachtlijst staan: hoe lang staan deze mensen op de wachtlijst, voor welke aandoeningen en bij welke ggz-instellingen? Op basis van deze informatie is het mogelijk om wachttijdbeleid te ontwikkelen dat gericht rekening houdt met deze kenmerken.

Als zorgverzekeraar en zorgaanbieder een omzetplafond hanteren dat te laag is in verhouding tot het aantal verzekerden, ontbreekt in de praktijk een actieve toezichthouder die waar nodig ingrijpt om omzetplafonds te verhogen. Patiënten ondervinden direct de gevolgen van een te laag plafond. Daarom bevelen wij de staatssecretaris aan er op toe te zien dat de NZa in zo'n situatie actiever optreedt.

Een gemeenschappelijke wachtlijst van instellingen in de specialistische ggz kan een nuttige rol vervullen bij het verzamelen van informatie over de wachtenden. Ook kan de wachtlijst bijdragen aan de vermindering van wachttijden. Wij bevelen de staatssecretaris daarom aan om duidelijkheid te verschaffen over de legitimiteit van een gemeenschappelijke wachtlijst en de beperkingen die de mededingingswetgeving oplegt. Daarnaast bevelen wij de staatssecretaris aan om duidelijkheid te verschaffen over de mogelijkheden voor informatie-uitwisseling op persoonsniveau tussen ggz-instelling, zorgverzekeraar en gemeente en de beperkingen die de privacywetgeving oplegt.

Als informatie-uitwisseling tussen ggz-instellingen en gemeenten niet mogelijk blijkt, bevelen wij de staatssecretaris aan om de samenhang van ggz met het sociaal domein op een andere wijze te verbeteren.

Wij bevelen de staatssecretaris aan om te stimuleren dat zorgaanbieders bij de behandeling van chronische psychische klachten een langetermijnperspectief hanteren waardoor uitstroom wordt verbeterd en het opschalen van zorg wordt vereenvoudigd bij terugval van een patiënt.

7 Reactie staatssecretaris en nawoord Algemene Rekenkamer

Van de staatssecretaris van VWS ontvingen wij op 20 mei 2020 een uitgebreide reactie op ons conceptrapport. In dit hoofdstuk geven we daarom de reactie van de staatssecretaris samengevat weer (zie paragraaf 7.1). Ons nawoord is opgenomen in paragraaf 7.2. De volledige brief van de staatssecretaris van VWS is te vinden op onze website (www.rekenkamer.nl).

7.1 Bestuurlijke reactie

Hier bespreken wij de reactie van de staatssecretaris op ons onderzoek, deze zal per aanbeveling kort worden beschreven.

Aanbeveling: ontwikkel wachttijdbeleid dat specifiek bedoeld is voor de groep mensen die (zeer) complexe zorg nodig hebben.

De staatssecretaris onderschrijft de conclusie van de Algemene Rekenkamer dat de groep patiënten waarbij de wachttijden hardnekkig lang zijn om een gerichte aanpak vraagt. De aanpak van de landelijke stuurgroep is hier volgens hem in toenemende mate op gericht. Een belangrijke stap is het ‘Plan van aanpak toegankelijkheid en beschikbaarheid hoog-complexe ggz’. Dit plan voorziet in de opzet van acht ‘regiotafels’ om een passend behandel aanbod te vinden voor mensen met een hoogcomplexe zorgvraag. Daarnaast verwijst de staatssecretaris naar acties die specifiek zijn gericht op de doelgroepen met te lange gemiddelde wachttijden.

De staatssecretaris stelt dat hij de afgelopen jaren maatregelen heeft genomen om werken in de zorg aantrekkelijker te maken. Aanvullend op dit algemene actieprogramma vindt de staatssecretaris het wenselijk om specifiek beleid te maken ten behoeve van geïntegreerde en topklinische instellingen. Daartoe zal de staatssecretaris met de partijen uit het Hoofdelijnenakkoord GGZ 2019-2022 bespreken hoe de uitvoering van afspraken versneld kan worden. De cao-afpraak om de betrokkenheid van psychiaters bij instellingen te vergroten via het organiseren van een medische staf, noemt hij een eerste stap.

De staatssecretaris onderschrijft het belang voor de complexere patiëntengroep van goede prikkels in de bekostiging. De NZa is momenteel bezig met het ontwikkelen van een nieuw bekostigingsmodel voor de ggz, waarin de tarieven gedifferentieerd worden naar de setting waarin de zorg wordt geleverd. De staatssecretaris benadrukt daarbij dat hij de NZa heeft gemeld dat hij wil dat de prikkelwerking echt aantoonbaar en substantieel verbetert en een

vergoeding op maat faciliteert voor de zorg aan personen met een ernstige psychiatrische aandoening (EPA).

Aanbeveling: verzamel meer informatie over de 11.000 mensen die te lang op een wachtlijst staan. De staatssecretaris vindt ook dat er meer zicht nodig is op de groep mensen die te lang op de wachtlijst staat. Hij heeft de NZa verzocht om voorrang te geven aan plannen om per zorgaanbieder structureel aantallen wachtenden in beeld te brengen.

Aanbeveling: zie er op toe dat de NZa actiever optreedt als zorgverzekeraar en zorgaanbieder een omzetplafond hanteren dat te laag is.

Ten aanzien van problemen met omzetplafonds wijst de staatssecretaris er op dat de NZa toeziet op de naleving van de zorgplicht die zorgverzekeraars hebben. Voor ‘bijcontractering’ hebben zorgverzekeraars in 2020 meer beleid geformuleerd dan in 2019. Maar de NZa heeft volgens hem niet de bevoegdheid in te grijpen in individuele geschillen tussen een zorgverzekeraar en een ggz-aanbieder over het verhogen van een omzetplafond. De NZa geeft daarom prioriteit aan goede informatieverstrekking door zorgverzekeraars aan verzekerden over omzetplafonds en de consequenties daarvan.

Aanbeveling: Verschaf duidelijkheid over de legitimiteit van een gemeenschappelijke wachtlijst en de beperkingen die de mededingingswetgeving oplegt.

De staatssecretaris refereert aan een verkenning door de landelijke stuurgroep naar innovatieve instrumenten om zorgvraag en –aanbod bij elkaar te brengen, dat eind dit jaar moet worden afgerond. De optie van een gemeenschappelijke wachtlijst zal hierin worden meegenomen. Ter voorbereiding op die verkenning zal de staatssecretaris een gesprek met de ACM, NZa en de landelijke stuurgroep organiseren om de verschillende mededingingsaspecten bij een dergelijk initiatief in beeld te brengen.

Aanbeveling: verschaf duidelijkheid over de mogelijkheden voor informatie-uitwisseling op persoonsniveau. En als informatie-uitwisseling tussen ggz-instelling en gemeenten niet mogelijk blijkt, verbeter de samenhang van ggz met het sociaal domein op een andere wijze.

De staatssecretaris onderschrijft het belang van gegevensuitwisseling tussen ggz, zorgverzekeraar en gemeente, ook in het kader van het terugdringen van de wachttijden. Er zijn op dit moment verschillende wetgevingsinitiatieven die gaan over de uitwisseling van gegevens. Het wetsvoorstel aanpak meervoudige problematiek sociaal domein (Wams), voorziet volgens de staatssecretaris in een juridische grondslag voor gegevensverwerking ten behoeve van een integrale aanpak van meervoudige, domeinoverstijgende problematiek. Het uitgangspunt van het medisch beroepsgeheim blijft hierbij intact.

Aanbeveling: stimuleer dat zorgaanbieders bij de behandeling van chronische patiënten een langetermijnperspectief hanteren.

Het belang van tijdig op- en afschalen van zorg voor mensen met langdurige of chronisch klachten, wordt door de staatssecretaris onderschreven. Wel tekent hij hierbij aan dat de persoonlijke context van patiënten in de loop van de tijd kan veranderen, wat het lastig kan maken om een van tevoren uitgedacht langetermijnperspectief te hanteren.

Tenslotte meldt de staatssecretaris nog dat hij samen met partijen werkt aan een fundamentele visie op de organisatie van de ggz waarin de inzichten uit dit rapport worden meegenomen.

7.2 Nawoord Algemene Rekenkamer

De staatssecretaris deelt onze conclusie dat er gericht beleid nodig is voor de groep patiënten die te lang moet wachten op hulp van de ggz. Daarom heeft hij inmiddels met de Tweede Kamer een plan van aanpak gedeeld dat opgesteld is ten tijde van ons onderzoek. Dat betekent dat de staatssecretaris bij het opstellen van het plan geen kennis kon hebben van de resultaten van ons onderzoek, en wij het plan niet mee hebben kunnen nemen in ons onderzoek. Toch willen we van de gelegenheid gebruik maken om onze bevindingen te spiegelen aan de inhoud van het plan van aanpak. Allereerst beschouwen we het als een stap in de goede richting dat het plan er is. Zeker ook omdat de staatssecretaris daarnaast een aantal toezeggingen doet op onze aanbevelingen op het gebied van specifiek arbeidsmarktbeleid voor geïntegreerde instellingen, een reëlere bekostiging van complexe behandelingen en beter cijfermatig inzicht in wachttijden en wachtlijsten. We gaan er vanuit dat deze onderdeel worden van het plan van aanpak.

Belangrijk is dat de staatssecretaris onze conclusie deelt dat gericht beleid nodig is voor de groep die te lang moet wachten op hulp in de ggz. Daarom wijzen we er op dat het ons opvalt dat het nieuwe Plan van aanpak toegankelijkheid en beschikbaarheid hoogcomplexere ggz zich lijkt te richten op een groep van slechts 250 tot 300 mensen, terwijl er circa 11.000 hulpbehoevenden te lang op de wachtlijst staan. Hierdoor blijft het risico bestaan dat het plan onvoldoende zal bijdragen aan het verkorten van de wachttijden. De staatssecretaris lijkt zijn reactie deels te baseren op afspraken uit het Hoofdlijnenakkoord GGZ 2019–2022, die juist vaak niet specifiek zijn en vooral de gehele ggz betreffen.

In reactie op een van onze aanbevelingen onderschrijft de staatssecretaris de noodzaak om meer zicht te hebben op de groep mensen die te lang op de wachtlijst staan. Daarvoor zal de NZa structureel wachtenden in beeld gaan brengen. Dit richt zich op het tellen van

mensen die nog geen intake hebben gehad, en op het tellen van mensen bij wie de behandeling inmiddels gestart is. Het is echter ook van belang om zicht te krijgen op de mensen die na een intake zijn afgewezen bij een zorginstelling en die vervolgens op zoek moeten naar een andere zorginstelling. Uit ons onderzoek blijkt dat dit een groep is die tot op heden niet in de cijfers terugkomt. De verkenning van de stuurgroep van een gemeenschappelijke wachtlijst die de staatssecretaris noemt in reactie op onze aanbeveling over een gemeenschappelijke wachtlijst, zullen wij mede daarom aandachtig volgen.

In reactie op onze aanbeveling over het verschaffen van duidelijkheid over het uitwisselen van gegevens in verband met privacy en mededinging, vermeldt de staatssecretaris een aantal initiatieven tot wetswijziging die gaan over de uitwisseling van gegevens. Wij wijzen erop dat hiermee op voorhand de gewenste duidelijkheid nog niet is verschaft.

In reactie op onze aanbeveling verwijst de staatssecretaris naar de Monitor contractering 2020 waarin de NZa constateerde dat er nog winst te behalen is in de snelheid van de afhandeling van verzoeken voor bijcontractering. Ook in ons onderzoek hebben wij veel signalen gekregen dat de bijcontractering moeizaam verloopt waardoor veel kostbare tijd verloren gaat. De NZa richt zich echter allereerst op goede informatie naar verzekerden over de consequenties van omzetplafonds bij de keuze voor een polis. Het lijkt ons raadzaam dat het parlement met de staatssecretaris beziet of de verwachting realistisch is dat verzekerden bij het afsluiten van een polis hiermee rekening kunnen houden en wij vragen ons daarom af of deze inzet van de NZa wel betekenisvol bijdraagt aan het wegnemen van het gesignaleerde knelpunt dat verzekerden niet tijdig de zorg krijgen waar ze recht op hebben.

Bijlagen

- 1 Gehanteerde begrippen en afkortingen
- 2 Methodologische verantwoording
- 3 Literatuur
- 4 Eindnoten

Bijlage 1 Gehanteerde begrippen en afkortingen

Ambulante ggz is de ggz-zorg waarbij de cliënt zich voor behandeling verplaatst naar de zorgverlener, zonder opname met overnachting, of waarin de zorgverlener de cliënt bezoekt.

Basis-ggz is curatieve ggz voor cliënten met lichte tot matige, niet-complexe psychische problemen en aandoeningen.

Comorbiditeit is het bestaan van één of meer (chronische) aandoeningen naast de zogenoemde hoofddiagnose (of indexziekte). Indien er geen hoofddiagnose wordt onderscheiden, en er wel sprake is van meerdere chronische aandoeningen, spreekt men van multimorbiditeit.

Diagnose-behandelcombinatie (DBC) is een overzicht van het zorgtraject van maximaal 365 dagen van een patiënt, vanaf het eerste contact bij een gespecialiseerde ggz-aanbieder tot en met de behandeling die hier (eventueel) uit volgt.

Ernstige psychische aandoening (EPA) heeft betrekking op ernstige psychopathologie, langdurige beperkingen en meerdere zorgbehoeften. Daarnaast is er de noodzaak om behandeling, begeleiding en ondersteuning op meerdere levensdomeinen op elkaar af te stemmen.

FO is Federatie Opvang.

Geïntegreerde instellingen zijn ggz-instellingen waar professionals vanuit verschillende disciplines gezamenlijk patiënten behandelen.

LVVP is de landelijke vereniging van vrijgevestigde psychologen & psychotherapeuten.

NIP is het Nederlands Instituut voor Psychologen.

NVvP is de Nederlandse vereniging voor psychiatrie.

P3NL vertegenwoordigt dertien wetenschappelijke beroepsverenigingen van psychologen, psychotherapeuten en pedagogen.

Psychische aandoening (ook wel geestesziekte of psychiatrische stoornis) is een aandoening die wordt gekenmerkt door afwijkende ervaringen en gedrag.

POH-ggz staat voor praktijkondersteuner huisarts geestelijke gezondheidszorg. Deze kan op verzoek van de huisarts een cliënt met psychische problemen zien om een beter beeld van de klacht te krijgen, de mogelijk nodige behandeling vast te stellen en verdere begeleiding te verlenen.

RIBW Alliantie is de vereniging voor Regionale Instellingen voor Beschermd en Begeleid Wonen. Sinds kort gefuseerd met de Federatie Opvang (nieuwe naam: Valente).

Specialistische ggz is complexe zorg die niet binnen de producten van de generalistische basis ggz kan worden gegeven en waarvoor gespecialiseerde inzet nodig is. Een multidisciplinair team behandelt veelal de patiënten met complexe stoornissen of stoornissen met een duidelijk risico voor de cliënt of zijn/haar omgeving.

Treeknorm is de maximaal aanvaardbare wachttijd die zorgverzekeraars en zorgaanbieders hebben afgesproken. De maximaal aanvaardbare wachttijd bestaat uit de aanmeldwachttijd (4 weken, van eerste contact tot intakegesprek) en behandelingswachttijd (10 weken, van intake tot behandeling). Zie ook de normenbijlage.

Triage gaat over het bepalen van de urgentie bij een hulpvraag. Er wordt gekeken naar wat de ernst is, wat prioriteit heeft en hoeveel tijd de zorg rondom deze vraag kost. Triage heeft als doel dat wachttijden zo kort mogelijk blijven en dat een patiënt de juiste zorg op het juiste moment krijgt bij de juiste hulpverlener.

Topklinische ggz is zeer specialistische geestelijke gezondheidszorg, gericht op patiënten met ernstige, complexe of zeldzame psychische aandoeningen.

V&VN is de beroepsvereniging Verzorgenden Verpleegkundigen Nederland.

VNG is de Vereniging van Nederlandse Gemeenten.

Bijlage 2 Methodologische verantwoording

Hoofdvraag

In dit onderzoek stond de volgende vraag centraal: zijn de wachttijden in de specialistische ggz korter geworden door de landelijke aanpak en de regionale afspraken?

Deze hoofdvraag is uitgewerkt in 6 onderzoeksvragen:

1. Wat is er bekend over de invloed van autonome factoren (zoals vergrijzing, verstedelijking en migratie) op de vraag naar ggz-zorg?
2. Wat is er bekend over de wachttijden in de specialistische ggz en de oorzaken daarvan?
3. Sluiten het bestuurlijk akkoord, actieplan en de regionale afspraken aan op de oorzaken van lange wachttijden in de specialistische ggz? En (indien mogelijk) wat zijn de effecten van het beleid?
4. Zijn er oorzaken van lange wachttijden die niet aangepakt worden?
5. Worden de afspraken in de praktijk uitgevoerd? Zo nee, waarom niet?
6. In hoeverre en hoe kan doorzettingsmacht de wachttijden helpen verminderen?

Onderzoeksvraag 1

Informatie over autonome invloeden op de vraag naar ggz-zorg ontleen wij aan bestaand onderzoek (literatuuranalyse), aangevuld met interviews met deskundigen.

Onderzoeksvraag 2

Informatie over de wachtlijsten en wachttijden is gebaseerd op gegevens van Vektis en GGZ-Nederland en de interviews met partijen in de regio. Aanvullende informatie over de wachttijden van de topklinische ggz is afkomstig van 'Gek van ggz', dit zijn onderzoekers die mede op basis van hun ervaringen de ggz proberen te verbeteren.

We hebben de informatie over de oorzaken van lange wachttijden verzameld op landelijk en regionaal niveau. Eerst hebben wij een groslijst van oorzaken opgesteld op basis van literatuur en interviews. De literatuuranalyse betrof zowel landelijke rapportages (bijvoorbeeld van NZa) als regionale rapportages (van KPMG). De interviews waren met het ministerie van VWS, de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ), de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), Alliantie kwaliteit in de geestelijke gezondheidszorg (Akwa GGZ), landelijke Stuurgroep Wachttijden, hoogleraar Psychiatrie Jim van Os, MIND, Gek van ggz en de Nederlandse Vereniging voor Gezondheidszorgpsychologie (NVGzP). Daarnaast hebben wij informatie ingewonnen bij de Autoriteit Consument en Markt (ACM) en de Autoriteit Persoonsgegevens (AP). De interviews in de 8 regio's waren met ggz-aanbieders, regionale patiëntvertegenwoordigers, zorgverzekeraars, huisartsen en gemeenten. In totaal hebben

wij meer dan 50 respondenten geïnterviewd. Als respondenten van mening verschilden (bijv. over het nut van kortere behandelingen) dan hebben wij geen bevindingen of oordelen. Ook hebben wij de financiële grenzen van de – traptreden – binnen dbc-s in het onderzoek betrokken.

Op basis van literatuuranalyse en interviews kwamen wij tot een groslijst van 11 oorzaken van de lange wachttijden. Deze groslijst hebben wij ter verificatie voorgelegd aan deskundigen. Dit waren een zorgaanbieder en twee onderzoekers op het terrein van (wachttijden in) de ggz. Hierdoor werd één factor (wachttijstbemiddeling) beoordeeld als minder relevant. Over één andere oorzaak (lange behandelingen) doen wij geen uitspraak omdat de deskundigen van mening verschillen in hoeverre een kortere behandeling ten koste gaat van de kwaliteit. Hierdoor bleven er van de groslijst negen oorzaken over:

- a. Knelpunten bij triage en verwijzing;
- b. Knelpunten bij de intake;
- c. Gebrekkige ambulantisering;
- d. Te weinig professionals bij geïntegreerde instellingen;
- e. Administratieve verplichtingen voor zorgverleners;
- f. Prikkel voor zorgaanbod patiënten met een (relatief) lichte zorgvraag;
- g. Omzetplafonds;
- h. Schotten in de zorg;
- i. Knelpunten bij afschalen (en weer opschalen).

Vervolgens hebben wij de knelpunten bij triage en verwijzing geschrapt omdat wij in ons onderzoek zoveel goede voorbeelden tegenkwamen dat dit naar onze verwachting binnenkort geen probleem meer zal vormen. De resterende 8 factoren zijn gegroepeerd onder de 3 algemene thema's 'financiële prikkels', 'beperkte capaciteit' en 'moeizame afschaling' maar worden wel alle 8 afzonderlijk beschreven.

Onderzoeksvraag 3

Inzicht in de landelijke afspraken is verkregen door een analyse van de landelijke afspraken (2017) het bestuurlijk akkoord (2018) en actieplannen (2018 en 2019).

Inzicht in de regionale afspraken is verkregen door analyse van plannen van aanpak in 8 regio's en interviews in dezelfde 8 regio's.

Onderzoeksvraag 3 en 4

Inzicht in de mate waarin de afspraken aansluiten op de oorzaken van lange wachttijden, is verkregen door het vergelijken van het antwoord op onderzoeksvraag 2 (de oorzaken) en onderzoeksvraag 3 (de landelijke en regionale afspraken).

Onderzoeksvraag 5

Informatie over de uitvoering van de afspraken is verzameld door interviews in 8 regio's en een analyse van publicaties over zogenoemde 'impulsprojecten' en initiatieven wachttijdreductie (november 2019).

Onderzoeksvraag 6

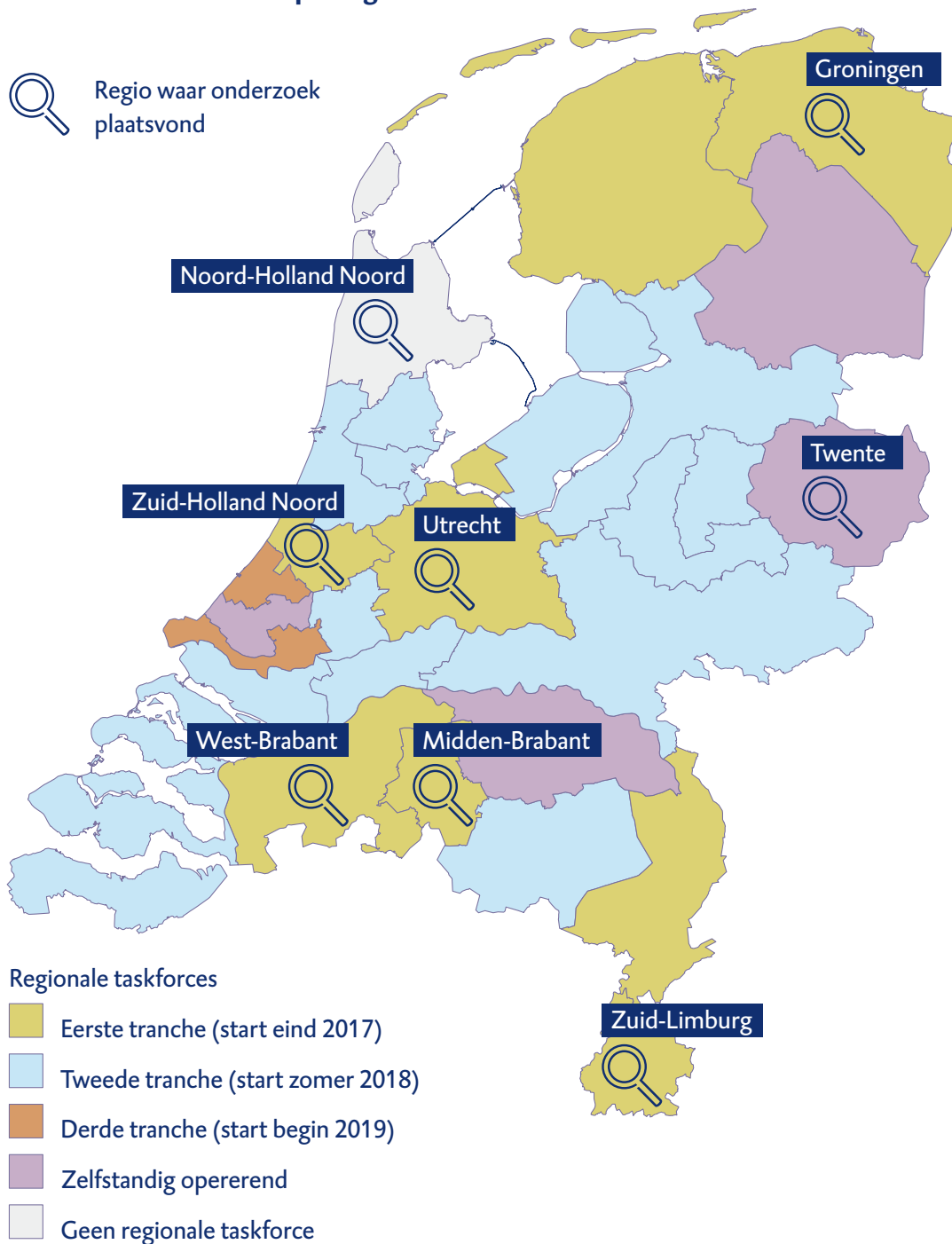
Inzicht in de wijze waarop doorzettingsmacht de wachttijden kan helpen verminderen, is verkregen door interviews tijdens het veldonderzoek in 8 regio's en interviews met VWS, NZa en IGJ.

Critical-casebenadering

Er zijn in totaal 31 regio's. Regionale taskforces werden niet overal tegelijkertijd opgericht, maar dat gebeurde in fasen (tranches). De eerste regionale taskforces zijn opgericht in 8 regio's ('eerste tranche'), nog voor ons onderzoek van start ging. In 21 regio's werden de taskforces opgestart terwijl we bezig waren met het onderzoek ('tweede en derde tranche'). Van deze 21 deden 6 regio's dat zonder ondersteuning van KPMG.

In 6 van de 8 regio's waar de regionale taskforce was opgestart, hebben wij ons onderzoek uitgevoerd en hebben we informatie verzameld over de opzet en werking van de regionale afspraken. Bij de andere 2 regio's waar al een taskforce was opgestart waren waarschijnlijk nauwelijks afspraken nodig omdat de wachttijden relatief laag zijn, het aantal betrokken partijen in de regio klein is en/of omdat er al verschillende (samenwerkings-)projecten lopen om de wachttijden te verminderen.

Dit onderzoek richt zich op 8 regio's



Figuur 5 De regionale taskforces voor de aanpak van lange wachttijden.

Wij hebben ons onderzoek dus uitgevoerd in 6 regio's die te typeren zijn als 'koplopers'. Als wij ergens resultaat van de regionale samenwerking zouden aantreffen, dan waarschijnlijk bij deze 6 koplopers. Het is onwaarschijnlijk dat in de 21 regio's waar de regionale taskforce nog van start moest gaan er meer tastbare resultaten zouden zijn (critical-casebenadering).

De 6 regio's zijn: Zuid-Limburg, Groningen, Utrecht, Midden-Brabant, West-Brabant en Zuid-Holland Noord. Daarnaast hebben wij 2 van de 6 regio's in ons onderzoek betrokken die geen ondersteuning hebben gekregen van KPMG. De verwachting was dat er in deze regio's geen ondersteuning was van KPMG omdat er al veel samenwerkingsprojecten lopen. Het gaat om de regio's Twente (zelfstandige taskforce) en Noord-Holland Noord (geen taskforce).

Normatiek

De normen die wij in dit onderzoek hebben gehanteerd, zijn:

1. Belangrijke oorzaken van te lange wachttijden moeten worden afgedekt door regionale en/of landelijke afspraken;
2. De regionale en landelijke afspraken moeten gebaseerd zijn op een probleemanalyse;
3. Alle relevante partijen moeten betrokken zijn bij de afspraken;
4. De afspraken moeten onderling consistent zijn en aannemelijk aansluiten bij het doel van het beleid en de reële problematiek;
5. De staatssecretaris of de betrokken partijen in de regio's zijn nagegaan of de afspraken aansluiten op de geconstateerde oorzaken van lange wachttijden;
6. De afspraken moeten bekend zijn bij alle betrokkenen;
7. De afspraken zijn uitvoerbaar;
8. De betrokken partijen moeten de afspraken uitvoeren;
9. De wachttijd mag niet langer zijn dan de vastgestelde Treeknorm. Voor de specialistische ggz ligt de norm voor de aanmeldwachttijd op 4 weken en voor behandeling is dit 10 weken. Wij hebben ervoor gekozen om in dit onderzoek alleen te kijken naar de totale wachttijd omdat de totale wachttijd van belang is voor de patiënt. Er wordt een onderscheid gemaakt in ambulante zorg, waarvoor de norm voor de totale wachttijd is vastgesteld op 14 weken, en semimurale en intramurale zorg waarvoor de norm ligt op 15 weken. Het overgrote deel van de patiënten ontvangt ambulante zorg, daarom wordt in dit rapport gesproken over 14 weken.

Bijlage 3 Literatuur

Bureau HHM (2019). *Eindrapport Specifieke cliëntgroepen in de aanpak wachttijden ggz. Rapportage van het onderzoek naar factoren en oplossingsrichtingen*. Enschede: Bureau HHM.

Celsus, academie voor betaalbare zorg (2016). *De relatie tussen behandelduur en behandel-succes in de GGZ*. Nijmegen: Celsus, academie voor betaalbare zorg.

Douven, R, I. Mosca en M. Remmerswaal (2015). *De invloed van financiële prikkels op de behandel-tijd in de GGZ*. <https://www.mejudice.nl/m/a/ar/de-invloed-van-financiele-prikkels-op-de-behandel-tijd-in-de-ggz>, geraadpleegd op 3 december 2019.

GGNet (2018). *Kwart ggz-cliënten krijgt verkeerd etiket opgeplakt*. <https://www.skipr.nl/nieuws/kwart-ggz-clienten-krijgt-verkeerd-etiket-opgeplakt/>, geraadpleegd op 3 december 2019.

GGZ Nederland, e.a. (2018). *Werkwijzer Medisch noodzakelijk verblijf ggz*. Bijlage bij Brief aan de Tweede Kamer van de minister voor Medische Zorg en Sport en de staatssecretaris van VWS. Tweede Kamer, vergaderjaar 2018–2019, briefkenmerk 1418551-180820-BPZ. Den Haag: Sdu.

GGZ Nederland (2019). *Factsheet Wachttijden. Achtergrond over wachttijden in de geestelijke gezondheidszorg*. Amersfoort: GGZ Nederland.

GGZ nieuws (2019). *37.750 mensen van 18 jaar en ouder op wachtlijst specialistische ggz* <http://www.ggznieuws.nl/home/37-750-mensen-van-18-jaar-en-ouder-op-wachtlijst-specialistische-ggz/>, geraadpleegd op 12 maart 2020.

KPMG (2018). *Overzicht voortgang regionale taskforces. Bevindingen Regionale Taskforces ten behoeve van rapportage NZa*. Bijlage bij Brief aan de Eerste Kamer van de staatssecretaris van VWS. Eerste Kamer, vergaderjaar 2017-2018, 32 399, K. Den Haag: Sdu.

Landelijke Stuurgroep Wachttijden (2019a). 'Gespreksleidraad t.b.v. afspraken in de contractering 2020 over terugdringen wachttijden.' <https://www.zn.nl/338067458/Nieuwsbericht?newsitemid=4005986304>, geraadpleegd op 9 december 2019.

Landelijke Stuurgroep Wachttijden (2019b). *Evaluatie wachttijden ggz 2018-2019*. Bijlage bij Brief aan de Tweede Kamer van de staatssecretaris van VWS. Tweede Kamer, vergaderjaar 2018–2019, 25 424, nr. 481. Den Haag: Sdu.

Landelijke Stuurgroep Wachttijden (2019c). *Actieplan Wachttijden 2.0 (juli 2019 - december 2020) en Terugblik: januari 2019 - juni 2019*. Bijlage bij Brief aan de Tweede Kamer van de staatssecretaris van VWS. Tweede Kamer, vergaderjaar 2018–2019, 25 424, nr. 481. Den Haag: Sdu.

Nationale ombudsman (2018). *Zorgen voor burgers. Onderzoek naar knelpunten die burgers ervaren bij de toegang tot zorg*. Den Haag: Nationale ombudsman.

NOS (2019). 'Minder administratie levert in psychiatrie bijna uur per dag op'. <https://nos.nl/artikel/2306246-minder-administratie-levert-in-psychiatrie-bijna-uur-per-dag-op.html>, geraadpleegd op 3 december 2019.

NZa (2015). *Rapport Onderzoek Zorgplicht. Inkoop en wachttijden ggz*. Briefkenmerk 156188/216580. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.

NZa (2016). *Treknormen ggz*. Briefkenmerk 227012/311036. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.

NZa (2019a). *Informatiekaart wachttijden ggz december 2019*. Briefkenmerk 354782/564502. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.

NZa (2019b). *Advies zorgprestatie model ggz en fz*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.

NZa (2020). *Financiële prikkels en de effecten op de publieke belangen*. Bijlage bij de uitwerking van het Zorgprestatie model. Tussenrapportage februari 2020.

OVV (2019). *Zorg voor veiligheid. Veiligheid van mensen met een ernstige psychische aandoening en hun omgeving*. Den Haag: Onderzoeksraad voor de Veiligheid.

RIVM (2012). *Kostenontwikkeling GGZ. Kosten van ziekten notities 2012-1*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.

Significant (2018). *Ambulantisering in de GGZ. Waarnemingen vanuit actieonderzoek in een regio*. Barneveld: Significant.

De Staat van Volksgezondheid en Zorg (2019). 'GGZ: aantal patiënten curatieve ggz.' <https://www.staatvenz.nl/kerncijfers/ggz-aantal-pati%C3%ABnten-curatieve-ggz>, geraadpleegd op 3 december 2019.

Trimbos-instituut (2003). *Psychische stoornissen in Nederland. Overzicht van de resultaten van Nemesis*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Trimbos-instituut (2010). *De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking. Nemesis-2: Opzet en eerste resultaten*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Trimbos-instituut (2018). *Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige ggz*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Kabinet Rutte III (2017). *Vertrouwen in de toekomst*. Regeerakkoord VVD-CDA-D66-CU. Tweede Kamer, vergaderjaar 2017–2018, 34 700, nr. 34. Den Haag: Sdu.

VWS (2012). *Bestuurlijk akkoord toekomst ggz 2013-2014*. Bijlage bij Brief van de minister van VWS aan de Tweede Kamer. Tweede Kamer, vergaderjaar 2011–2012, 25 424, nr. 183. Den Haag: Sdu.

VWS (2016). *Geestelijke gezondheidszorg*. Brief aan de Tweede Kamer van de minister van VWS. Tweede Kamer, vergaderjaar 2016–2017, 25 424, nr. 337. Den Haag: Sdu.

VWS (2017a). *Afspraken wachttijden ggz*. Bijlage bij brief aan de Tweede Kamer van de minister van VWS. Tweede Kamer, vergaderjaar 2016–2017, 25 424, nr. 369. Den Haag: Sdu.

VWS (2017b). *Onderzoek naar de Treeknormen ggz*. Bijlage bij Brief aan de Tweede Kamer van de minister van VWS. Tweede Kamer, vergaderjaar 2016–2017, briefkenmerk 1081610-160229-CZ. Den Haag: Sdu.

VWS (2018a). *Geestelijke gezondheidszorg*. Brief aan de Tweede Kamer van de staatssecretaris van VWS. Tweede Kamer, vergaderjaar 2017–2018, kamerstuk 25 424, nr. 396. Den Haag: Sdu.

VWS (2018b). *Actieplan vervolgaanpak wachttijden 2018-2019*. Bijlage bij Brief aan de Tweede Kamer van de staatssecretaris van VWS. Tweede Kamer, vergaderjaar 2017–2018, kenmerk 1384015-179359-CZ. Den Haag: Sdu.

VWS (2018c). *Aanpak regeldruk en administratieve lasten*. Brief aan de Tweede Kamer van de ministers van VWS en MZ en de staatssecretaris van VWS. Tweede Kamer, vergaderjaar 2017–2018, 29 515, nr. 424. Den Haag: Sdu.

VWS (2018d). *Bestuurlijk akkoord geestelijke gezondheidszorg (ggz) voor de jaren 2019 t/m 2022*. Bijlage bij Brief aan de Tweede Kamer van de staatssecretaris van VWS. Tweede Kamer, vergaderjaar 2017–2018, 25 424, nr. 420. Den Haag: Sdu.

VWS (2018e). *Geestelijke gezondheidszorg*. Brief aan de Tweede Kamer van de staatssecretaris van VWS. Tweede Kamer, vergaderjaar 2017–2018, 25 424, nr. 423. Den Haag: Sdu.

VWS (2018f). *Informatiekaart NZa december 2018 wachttijden ggz*. Brief aan de Tweede Kamer van de staatssecretaris van VWS. Tweede Kamer, vergaderjaar 2018–2019, 25 424, nr. 451. Den Haag: Sdu.

VWS (2019a). *Geestelijke gezondheidszorg*. Brief aan de Tweede Kamer van de staatssecretaris van VWS. Tweede Kamer, vergaderjaar 2018–2019, 25 424, nr. 481. Den Haag: Sdu.

VWS (2019b). *Reactie op het advies van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) over de bekostiging van de geestelijke gezondheidszorg en de forensische zorg*. Brief aan de Tweede Kamer van de staatssecretaris van VWS. Tweede Kamer, vergaderjaar 2018–2019, 25 424 en 33628, nr. 478. Den Haag: Sdu.

Zorgprisma publiek (2019). 'Hoeveel mensen worden behandeld in de ggz?'.
<https://www.zorgprimapubliek.nl/producten/geestelijke-gezondheidszorg/geestelijke-gezondheidszorg/row-1/hoeveel-mensen-worden-behandeld-in-de-ggz/?tab=aantallen&jaar=2017&meetwaarde=ap>, geraadpleegd op 3 december 2019.

Bijlage 6 Eindnoten

1. Tot 2013 zijn de aantallen berekend op basis van alleen de 1e lijn en de 2e lijn (exclusief POH).
De aantallen patiënten 2014–2017 zijn gebaseerd op basis-ggz, specialistische ggz en POH-ggz. De Wlz is uitgesloten. Hierdoor zijn de aantallen vanaf 2014 niet goed te vergelijken met de aantallen in de jaren daarvoor. Na de fase van bestuurlijk hoor- en wederhoor zijn deze gegevens geactualiseerd.
2. De cijfers vanaf 2017 zijn nog niet compleet. Daarom kunnen we nog niet definitief vaststellen of POH-ggz de grootste groep patiënten trekt.
3. Tot 2013 zijn de aantallen berekend op basis van alleen de 1e lijn en de 2e lijn (exclusief POH).
De aantallen patiënten 2014–2017 zijn gebaseerd op basis-ggz, specialistische ggz en POH-ggz. De Wlz is uitgesloten. Hierdoor zijn de aantallen vanaf 2014 niet goed te vergelijken met de aantallen in de jaren daarvoor. Na de fase van bestuurlijk hoor- en wederhoor zijn deze gegevens geactualiseerd.
4. Cijfers 2012 t/m 2014: Zorgprismapubliek (2019). Cijfers 2015 t/m 2017 zijn na de fase van bestuurlijk hoor- en wederhoor gewijzigd, deze zijn gebaseerd op NZa 'Stand van de zorg 2019'.
5. Landgoed den Treek in Leusden was een plek waar brancheorganisaties zoals NVZ, VGN, ZN, de voorlopers van Actiz en ggz Nederland samen overlegden.
6. Voor de ggz gelden de volgende Treeknormen:
Toegangstijd: tot aan eerste consult (intake) – bij géén spoed: maximaal 4 weken, 80% binnen 3 weken;
Wachttijd: tot aan diagnose (indicatiestelling) - bij géén spoed: maximaal 4 weken, 80% binnen 3 weken;
Wachttijd: tot aanvang behandeling extramuraal - bij géén spoed: maximaal 6 weken, 80% binnen 4 weken;
Wachttijd: tot aanvang behandeling semimuraal - bij géén spoed: maximaal 6 weken, 80% binnen 4 weken;
Wachttijd: tot aanvang behandeling intramuraal - bij géén spoed: maximaal 7 weken, 80% binnen 5 weken.
7. Feitelijk betreffen deze diagnosegroepen vaak hoofddiagnoses, omdat er sprake is van comorbiditeit. Comorbiditeit is het bestaan van één of meer (chronische) aandoeningen naast de zogenoemde indexziekte/hoofddiagnose waar de meeste aandacht naar uitgaat. Als er geen indexziekte/hoofddiagnose wordt onderscheiden, en er wel sprake is van meerdere chronische aandoeningen, spreekt men van multimorbiditeit. (bron: <https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/comorbiditeit/samenvatting>).

-
8. Een DBC is een overzicht van het zorgtraject van maximaal 365 dagen van een patiënt, vanaf het eerste contact bij een gespecialiseerde ggz-aanbieder tot en met de behandeling die hier (eventueel) uit volgt en welke vergoeding daarvoor staat.
 9. Binnen DBC's bestaan wel categorieën naar behandelduur die trapsgewijs oplopen (bij de diagnose depressie bijvoorbeeld met grenzen op 250, 800, 3000 en 6000 minuten) en waarvoor steeds hogere tarieven gelden. Maar die zijn in wezen te beschouwen als sub-DBC's. Voor behandelaars is het in dit voorbeeld financieel aantrekkelijker om iemand te helpen van wie ze verwachten 3500 minuten zorg te moeten besteden dan iemand die 5500 minuten hulp moet krijgen. Dat dit effect werkzaam is blijkt uit een onderzoek (Douven, e.a. 2019) waarbij de werkelijke behandelduur binnen DBC's door vrijgevestigden zich concentreerde aan de linkerkant van de tree (<https://www.mejudice.nl/m/a/ar/de-invloed-van-financiele-prikkels-op-de-behandeltijd-in-de-ggz>).
 10. Uit onderzoek van de Gelderse Instelling voor geestelijke gezondheidszorg (GGNet) blijkt dat circa een kwart van de patiënten in de ggz mogelijk een verkeerde diagnose heeft. (<https://www.skipr.nl/nieuws/kwart-ggz-clienten-krijgt-verkeerd-etiket-opgeplakt/>).

Voorlichting

Afdeling Communicatie

Postbus 20015

2500 EA Den Haag

telefoon (070) 342 44 00

voorlichting@rekenkamer.nl

www.rekenkamer.nl

Omslag

Ontwerp: Corps Ontwerpers

Foto: Hollandse Hoogte

Den Haag, juni 2020