
Vergaderjaar 1999–2000

26 801

Zorgnota 2000

Nr. 45

**BRIEF VAN DE MINISTER EN DE STAATSSECRETARIS VAN
VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 1 september 2000

Daartoe gemachtigd door het Kabinet zenden wij u hierbij de Rapportage wachttijden en wachtlijsten in care en cure 1999. Deze rapportage is door de Minister van Financiën aangekondigd in een brief d.d. 20 juni 2000 (met kenmerk BZ 2000–848 M).

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E. Borst-Eilers

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
A. M. Vliegthart

RAPPORTAGE WACHTTIJDEN EN WACHTLIJSTEN IN CARE EN CURE IN 1999

1. Samenvatting

Deze rapportage betreft de besteding van geldmiddelen – in het bijzonder intensiveringsmiddelen – in 1999. Het is de eerste maal dat vóór de Zorgnota verantwoording aan de Kamer wordt afgelegd over bestedingen in het vorige jaar. Om redenen die in de Inleiding worden uiteengezet, beperkt deze eerste rapportage zich tot wachtlijsten en wachttijden. Bij het effect van die extra inspanningen dient onderscheid te worden gemaakt tussen wachttijden en wachtlijsten. De wachttijd is daarbij voor de patiënt uiteraard de belangrijke factor.

1.1. Ziekenhuizen

In 1999 is voor de ziekenhuissector f 98 miljoen extra ingezet voor een inhaalslag wachtlijsten. Deze middelen zijn goed besteed en hebben de gemiddelde wachttijd bekort. Er is veel extra productie geleverd (tienduizenden operaties aan ogen, heupen, knieën en harten) en er zijn extra specialisten en OK-medewerkers aangesteld om die extra productie mogelijk te maken.

Wachttijden

Voor de oogoperaties (dagopname) is de gemiddelde wachttijd met circa twee weken teruggelopen: van ruim twaalf weken naar tien weken. Voor oogoperaties met klinische opname is de wachttijd vijftien weken gebleven. Voor orthopedische ingrepen (dagopname) is de wachttijd gedaald van negen naar acht weken en voor een operatie met klinische opname van veertien naar twaalf weken.

Voor ingrepen aan het hart zijn al langer extra wachtlijstmiddelen beschikbaar, die tot een gestage daling van de wachttijd hebben geleid. Voor een openhartoperatie (bypass) is de gemiddelde wachttijd nu tweeënhalve maand en voor PTCA (dotteren) vijf à zes weken. De mediane wachttijd voor PTCA is echter twee weken, dat wil zeggen dat de helft van de patiënten binnen twee weken wordt geholpen.

Wachtlijsten

Het effect van de extra middelen op de lengte van de wachtlijst is veel moeilijker te duiden. Toename van de vraag en verruiming van de indicatiestelling hebben hierop immers ook invloed. Beide factoren speelden in 1999 een rol, want ondanks verkorting van de wachttijd zijn de wachtlijsten in de ziekenhuizen gelijk gebleven of zelfs opgelopen.

Conclusie

De extra geldmiddelen voor de ziekenhuizen hebben een gunstig effect gehad op de wachttijden: patiënten wachten korter dan een jaar geleden. De vraag groeit echter sterker dan verwacht. Volgens de onderzoekers van Prismant zullen zonder een structurele aanpak de wachttijden dan ook niet tot redelijke termijnen kunnen worden teruggedrongen. Deze uitbreiding is overigens niet alleen een kwestie van geld. Ook logistiek is waarschijnlijk nog enige verbetering mogelijk. Het project Doorstroomtijden, dat in 1998 en 1999 heeft plaatsgevonden in zeven ziekenhuizen, heeft op dit punt positieve resultaten opgeleverd.

1.2. Verpleging en verzorging

In de sector verpleging en verzorging was in 1999 f 218,6 miljoen beschikbaar voor uitbreiding van de capaciteit. De inzet van deze middelen heeft ertoe geleid dat de capaciteit van zowel verpleeg-, verzorgingshuiszorg als PGB is toegenomen. Het aantal geleverde uren thuiszorg is in 1999 licht afgenomen ten opzichte van het aantal definitief geleverde uren in 1998, terwijl het regulier beschikbare budget in 1999 is toegenomen. Deze discrepantie is voornamelijk te verklaren uit het feit dat er in 1998 veel extra productie thuiszorg is geleverd uit de lump-sum. Als gevolg van de afbouw van de lump-sum kon er in 1999 minder extra productie uit worden gefinancierd.

Wachlijsten

Met de opschoning van de wachlijsten sector verpleging en verzorging is de daadwerkelijke omvang van de wachlijsten op 15 mei 2000 bekend. Tevens is nu bekend dat 51% van alle wachtenden al wel een vorm van overbruggingszorg ontvangt. De meeste mensen wachten op een vorm van thuiszorg. Een uitgebreidere analyse van de wachlijstgegevens komt binnenkort beschikbaar.

Conclusie

De vraag naar verpleging en verzorging is gestegen als gevolg van demografie en verkorting van de ligduur c.q. extramuralisering van de zorg in de cure. Nu de omvang van de wachlijsten bekend is, kan de ontwikkeling daarvan worden gevolgd.

Om tegemoet te kunnen komen aan de groei van de zorgvraag en de wachlijsten terug te brengen is partijen in 2000 de mogelijkheid geboden aanvullende productie-afspraken te maken naar rato van de daadwerkelijke zorgvraag in de regio. Het tempo van capaciteitsuitbreiding is mede afhankelijk van de snelheid waarmee capaciteit kan worden gebouwd in de vorm van intramurale voorzieningen of woonzorgcomplexen, en niet in de laatste plaats van de mogelijkheden die de arbeidsmarkt biedt.

1.3. Gehandicaptenzorg

In 1999 is ruim f 67 miljoen ingezet voor de aanpak van de wachlijsten. Dit bedrag bestaat uit meerdere posten waarvoor met de MJA partijen prestatieafspraken waren vastgelegd. Belangrijke post daarbinnen is de intensivering van het PGB (f 17 miljoen op kasbasis in 1999). Daarnaast waren capaciteitsverruiming via de WZV en TVWMD vastgelegd. Ten opzichte van 1998 is het aantal plaatsen toegenomen met ruim 500. De SPD's hebben ten opzichte van 1999 ongeveer 6% meer cliëntcontacten tot stand gebracht dank zij de inzet van de MJA-middelen. De aantallen cliëntcontacten zijn daarmee met ca. 3000 toegenomen tot ca. 53 500 in 1999.

Wachlijsten

Uit het rapport uit 1999 heeft het RIVM een rapport uitgebracht waaruit de ontwikkeling van de zorgvraag en daarmee de wachlijsten voor verstandelijk gehandicapten in de gehandicaptenzorg blijkt. Gelijk aan de andere caresectoren, kan de toenemende vraag worden afgeleid van demografische ontwikkelingen. Het demografisch effect treedt in de gehandicaptenzorg versterkt op als gevolg van grotere vergrijzing van gehandicapten. De vergrijzing in de instellingen wordt versterkt door de in- en uitstroom. Naarmate de leeftijd van cliënten toeneemt, neemt ook de zorgvraag toe en hebben cliënten meer behoefte aan intramurale zorg.

Conclusie

Momenteel worden de wachtlijsten in de gehandicaptenzorg geschoond. De wachtlijsten voor zorg in natura en voor PGB verstandelijk gehandicapten worden samengevoegd. Ook worden de wachtlijsten voor lichame-lijk gehandicapten en zintuiglijk gehandicapten in het Zorgregistratie-systeem (ZRS) gebracht. Aangezien daardoor een volledig beeld van alle wachtlijsten in de gehandicaptenzorg in één systeem zijn ondergebracht, zal steeds een actueel beeld van de wachtlijsten bestaan. Het ZRS zal door de zorgkantoren worden bijgehouden.

Het tempo waarin de wachtlijsten versneld aangepakt kunnen worden hangt voor een deel af van de mogelijkheden om voldoende geschikt personeel aan te trekken om de zorg te leveren. Omdat getracht wordt de zorg zo veel mogelijk extramuraal te leveren, worden de mogelijkheden tot productiestijging hierdoor bepaald.

1.4. Ambulante geestelijke gezondheidszorg

Voor 1999 is f 30 miljoen beschikbaar gesteld voor het terugdringen van de wachttijden in de ambulante geestelijke gezondheidszorg (AGGZ). De extra gelden die in 1999 zijn gebruikt voor het terugdringen van de te lange wachttijden zijn goed gebruikt en hebben effect gehad. De inzet van wachtlijstgelden in de GGZ heeft tot meer zorg geleid. Daarnaast heeft de inzet bijgedragen aan een verbeterde behandelplanning en een kortere gemiddelde wachttijd.

Wachttijden

In de periode 1989–1997 was nog sprake van een sterke stijging van de wachttijden. In 1999 is, zowel in de kinder- en jeugdpsychiatrie, als in het zorgcircuit voor volwassenen bij de meeste van de door Prismant gepeilde instellingen de wachttijd gedaald. Voor de kinder- en jeugdpsychiatrie wordt bij deze instellingen zelfs een gemiddelde daling van 28% gemeten. Bij een deel van deze instellingen is de wachttijd toch nog gestegen. Dit komt bij de kinder- en jeugdpsychiatrie iets vaker voor dan bij de volwassenpsychiatrie.

De wachttijden zijn teruggelopen, maar de vraag naar zorg groeit sneller dan verwacht. Ondanks de besteding van de wachtlijstmiddelen aan extra productie dalen de wachtlijsten en wachttijden nog onvoldoende.

Wachtlijsten

De zorgconsumptie in de ambulante GGZ neemt jaarlijks met ongeveer 3% toe. Het aantal wachtenden is gedaald bij zo'n 80% van de gepeilde instellingen die middelen specifiek voor de volwassenpsychiatrie hebben ingezet. In de kinder- en jeugdpsychiatrie is bij 57% van de instellingen sprake van een daling van het aantal wachtenden. De gemiddelde procentuele daling van het aantal wachtenden bij de gepeilde instellingen door de inzet van de middelen bedraagt 5%. Ook hier blijkt dat het aantal wachtenden, ondanks de extra productie, nog onvoldoende daalt.

Conclusie

De extra middelen voor de AGGZ hebben er toe geleid dat de gemiddelde wachttijd en het aantal wachtenden is gedaald in de instellingen die extra geld hebben gekregen. Deze daling is echter, als gevolg van de toene- mende vraag, onvoldoende om de wachttijden structureel tot redelijke termijnen terug te brengen. Daarvoor is een structurele aanpak noodzake-lijk. Ook in de behandelplanning is nog enige verbetering mogelijk.

1. Inleiding

Deze rapportage betreft resultaten van extra geldmiddelen die in 1999 zijn ingezet in de cure en de care. Op 20 juni 2000 heeft de minister van Financiën de Tweede Kamer in een brief (met kenmerk BZ 2000-848 M) de toezegging gedaan dat de bewindslieden van VWS reeds 1 september een notitie aan de Kamer zenden over de besteding van extra middelen in 1999 in relatie tot de prioriteiten van het kabinetsbeleid.

Het is de eerste keer dat vóór de Zorgnota verantwoording aan de Kamer wordt afgelegd over de besteding van geld in het voorafgaande jaar. Het streven is om een dergelijke rapportage steeds vroeger in het jaar uit te brengen, met als uiteindelijk doel de maand mei. Gezien de complexiteit en getrapte verantwoordingssystematiek voor de premiemiddelen is dit een ambitieus doel.

Het voorliggende document vormt een nieuwe stap in de verbetering en de versnelling van de (financiële) verantwoording over de zorgsector. De Kamer is bekend met de complexiteit van de informatievoorziening over de premiesector zorg. Recent heeft de minister van VWS in een brief van 28 april jl. (met kenmerk DBO-CB-U-2020 627) uiteengezet dat de gelaagdheid en de complexiteit van het stelsel van gezondheidszorg het op dit moment nog uitermate bemoeilijken om in mei een betrouwbaar jaarverslag zorg te presenteren. In de afgelopen jaren is de kwaliteit en de snelheid van de informatievoorziening over de zorg reeds sterk verbeterd. De inspanningen van de minister van VWS zijn erop gericht deze ontwikkelingen voort te zetten.

In eerdergenoemde brief van 20 juni 2000 geeft de minister van Financiën aan dat het kabinet er nadrukkelijk naar streeft om verantwoordingsgegevens over de zorg sneller aan te leveren, zodat op termijn op de derde woensdag van mei niet alleen een jaarverslag over de VWS-begroting aan de Tweede Kamer wordt gepresenteerd, maar ook een document met een verantwoording over het (in de zorgsector) gevoerde beleid. In de Zorgnota 2001 zullen de bewindslieden van VWS hier nader op ingaan.

Deze rapportage is toegespitst op het bestrijden van de wachttijden en de wachtlijsten in de cure en de care. Op dit thema kunnen nieuwe gegevens worden gemeld, in vergelijking tot de Voorjaarsrapportage Meerjarenafspraken die op 17 mei jl. aan de Tweede Kamer verzonden is (Kamerstukken II, 1999-2000, 27 113, nr. 2). Het gaat hierbij met name om de zeer recent beschikbaar gekomen eindrapportage Wachttijdfonds 1999 van Prismant, die als bijlage bij deze rapportage wordt gevoegd. Daarnaast is de opschoning van de wachtlijsten verpleging en verzorging relevant, die heeft plaatsgevonden onder auspiciën van de door VWS en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) ingestelde Taskforce Wachttijsten. Een landelijke analyse hiervan zal medio september worden toegezonden aan de Tweede Kamer. Over de voortgang in de implementatie van de overige onderdelen van de meerjarenafspraken wordt verwezen naar de genoemde Voorjaarsrapportage.

Naast de extra middelen voor de wachttijden en de wachtlijsten heeft het kabinet voor 1999 f 167 miljoen ter beschikking gesteld voor knelpunten in de arbeidsmarkt en rond de werkdruk. In de Zorgnota 2001 zal de Kamer hierover nadere verantwoordingsgegevens ontvangen.

De tekst is als volgt opgebouwd. Achtereenvolgens wordt de situatie beschreven van de wachtlijsten en wachttijden en de middelen die hiervoor zijn ingezet op vier terreinen: de ziekenhuizen (hoofdstuk 2), in de sector verpleging en verzorging (hoofdstuk 3), in de gehandicaptenzorg (hoofdstuk 4) en in de geestelijke gezondheidszorg (hoofdstuk 5). Elk hoofdstuk begint met enige kengetallen van de betreffende sector (paragraaf 1). Daarna wordt ingegaan op de inzet van de wachtlijstmiddelen in

1999 en de realisatie daarvan (paragraaf 2). Vervolgens worden de ontwikkelingen in de zorgvraag in het verslagjaar beschouwd (paragraaf 4), en elk hoofdstuk wordt afgesloten met de meest actueel beschikbare gegevens over wachttijden en wachtlijsten in de betreffende sector.

2. Ziekenhuizen

Dit hoofdstuk beschrijft de situatie van de wachttijden en wachtlijsten in de Nederlandse ziekenhuizen en de effecten van de extra wachtlijstmiddelen 1999 op wachttijd en wachtlijst.

2.1. Kengetallen ziekenhuizen

Kengetallen ziekenhuizen 1999

	1998	1999	Verschillen (procentueel)
Totale budget ziekenhuizen en medisch specialisten	f 20 954 mln.	f 21 779 mln.	3,8%
Extra wachtlijstmiddelen ziekenhuizen en medisch specialisten	f 89 mln.	f 98 mln.	9,2%
Aantal verpleegdagen (x1 000)	14 705	13 838	- 6%
Aantal opnamen (x1 000)	1 555	1 522	- 2%
Aantal dagen dagverpleging (x1 000)	752	790	5%
Aantal eerste polikliniekbezoeken (x1 000)	7 025	8 448	20%

Bron: Prismant

2.2. Inzet en realisatie wachtlijstmiddelen 1999

In 1999 heeft het kabinet f 140 miljoen extra ter beschikking gesteld voor een inhaalslag bij de wachtlijsten. Van deze f 140 miljoen is f 50 miljoen vrij laat in het jaar beschikbaar gesteld, namelijk bij de Algemene Politieke Beschouwingen. Omdat toen alle wachtlijstafspraken voor dat jaar al waren afgerond, is f 42 miljoen doorgeschoven naar 2000. Uiteindelijk is er f 98 miljoen in 1999 ingezet voor de wachtlijsten. Dit geld is goed besteed en heeft de gemiddelde wachttijd bekort.

Met de middelen die in 1999 extra beschikbaar waren om de wachtlijsten en wachttijden in de ziekenhuizen te verkorten, is een aanzienlijke extra productie geleverd. De onderstaande tabellen maken dit zichtbaar.

Wachtlijstmaatregelen algemene en categorale ziekenhuizen (in aantallen behandelingen)

	Gerealiseerde productie d.m.v. extra wachtlijstmiddelen 1999	Totaal realisatie productie 1999	Realisatie met extra wachtlijstmiddelen 1999 (procentueel)
Cataractoperaties	17 137	74 036	23%
Knie-operaties	1 283	6 673	19%
Heupoperaties	2 430	19 757	12%

Bron: CTG en Prismant.

Wachlijstmaatregelen academische ziekenhuizen (in aantallen behandelingen) 1999

	Productie-afspraken met wachtlijst-middelen	Realisatie met wachtlijst-middelen	Verschillen (procentueel)
Cataractoperaties	345	333	- 3%
Knieoperaties	160	150	- 6%
Heupoperaties	175	175	0%
PTCA ¹	250	323	+ 29%
Coronaire bypass	25	1	- 96%
Kinder- en jeugd-psych.	70 pat.	85 pat.	+21%
Plastische chirurgie	79	0	- 100%
Heelkunde	160	0	- 100%
Neurostimulatie	22	39	+ 77%
AICD ²	10	42	+ 320%
Catheterablatie	30	37	+ 23%
Neonatale IC	1	1	0%
Chirurgie	100	0	- 100%
Neuro-chirurgie	50	50	0%
Neuromodulatie	10	25	+ 150%
Dynamische gracilis plastiek	6	3	- 50%
IC bedden	4	4	0%
TAAA ³	25	42	+ 68%
Bijz. neurochirurgie	9	0	- 100%
Beenmergtransplantatie	18	10	- 45%

Bron: Enquête besteding wachtlijstgelden academische ziekenhuizen.

¹ Percutane transluminale cardio angioplastiek (dotteren).

² Automatisch implanteerbare cardio defibrillator.

³ Thoraco abdominale aorta aneurysma.

Dat het verschil tussen afspraak en realisatie soms negatief uitvalt, hangt samen met wijzigingen in indicatiestelling (bijvoorbeeld méér PTCA (dotteren), minder bypass (openhartoperatie)) en met ontwikkelingen in de reële vraag. Om te toetsen of de indicatiestelling inderdaad is verruimd, wordt door Prismant nader onderzoek uitgevoerd. De resultaten hiervan komen nog dit jaar beschikbaar.

Vanaf 1995 zijn extra middelen beschikbaar gesteld voor de aanpak van de wachtlijsten en wachttijden rond openhartoperaties en dotterbehandelingen. Dit heeft geleid tot een gestage daling van de wachttijd. Voor een openhartoperatie is de gemiddelde wachttijd nu tien weken en voor PTCA vijf à zes weken. De mediane wachttijd voor PTCA is echter twee weken. Dat wil zeggen dat de helft van de patiënten binnen twee weken wordt geholpen.

Wachtlijsten open hartoperaties en PTCA

	Open hartoperaties		PTCA	
	Totaal aantal wachtenden	Aantal wachtenden langer dan twee maanden	Totaal aantal wachtenden	Aantal wachtenden langer dan twee maanden
Januari 1996	1 929	928	1 035	320
Januari 1997	2 082	945	766	138
Januari 1998	1 712	577	558	18
Januari 1999	1 141	309	503	41
Januari 2000	1 460	300	650	50

Bron: Zorgverzekeraars Nederland, BHN

¹ Percutane transluminale cardio angioplastiek (dotteren).

2.3. Ontwikkelingen in de zorgvraag

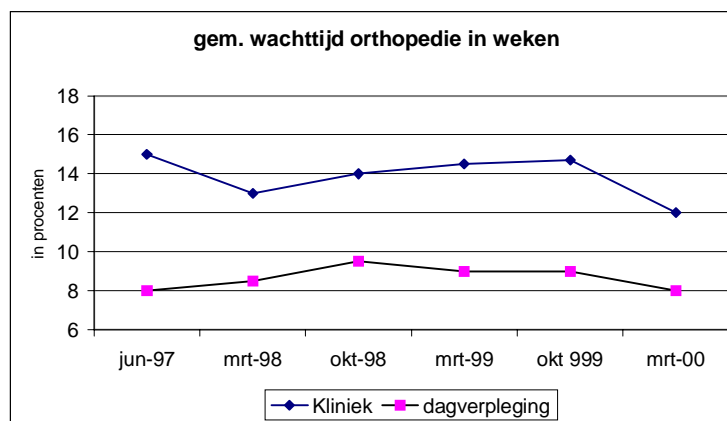
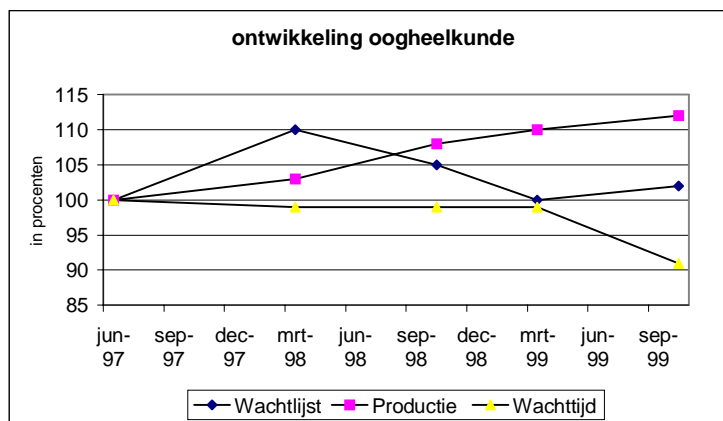
Van de jaarlijkse volumegroei voor de ziekenhuissector is het overgrote deel benodigd voor opvang van de demografische ontwikkelingen. De beschikbare groei bedroeg vorig jaar 1,2%. Zeker 1% daarvan is op dit moment nodig vanwege de demografie. De Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997 van het RIVM geeft aan dat, gelet op de demografische ontwikkeling, vooral een sterke groei plaatsvindt in het aantal patiënten met coronaire hartziekten, hartfalen, beroerte, heupfracturen, gezichts- en gehoorstoornissen en allerlei vormen van kanker. Het reguliere budget dient om deze ontwikkelingen op te vangen en laat dus geen ruimte voor een inhaalslag wachtlijsten. Die inhaalslag moet door de zogenoemde wachtlijstmiddelen worden gefinancierd.

2.4. Wachttijden en wachtlijsten

Voor de ziekenhuissector was in 1999 98 miljoen extra beschikbaar voor een inhaalslag wachtlijsten. Voor die inhaalslag in de ziekenhuizen en de ambulante GGZ heeft het kabinet gedurende vier jaar f 130 miljoen per jaar bestemd. Het jaar 1999 is het eerste van die vier jaar. Het CTG heeft de wachtlijstmiddelen – zowel die voor de algemene ziekenhuizen als voor de medisch specialisten – verdeeld over de WZV-regio's op basis van klinische en poliklinische adherentie. Lokale partijen overlegden vervolgens op regioniveau over de toedeling van deze middelen aan de individuele ziekenhuizen. Aan de academische ziekenhuizen is verzoek van VWS per ziekenhuis een bedrag van f 2 miljoen toegekend voor specifieke academische ingrepen. Daar is voor het honoreren van algemene productieafspraken maximaal f 6 miljoen toegevoegd voor alle academische ziekenhuizen gezamenlijk. Voor de verdeling van deze middelen gold dus geen regiobenadering. De beschikbaar gestelde bedragen zijn (nagenoeg) geheel in de budgetten opgenomen.

Om een goed beeld te krijgen van de inzet van de extra middelen en het effect op de productie, de wachtlijsten en de wachttijden in de ziekenhuissector, heeft Prismant een evaluatie Wachtlijstfonds 1999 uitgevoerd. Het eindrapport – dat als bijlage bij deze rapportage is gevoegd – is op 17 augustus jl. gereed gekomen.

Uit dit evaluatierapport blijkt het volgende. Het is nodig om bij de beoordeling van de inzet van de extra middelen een onderscheid te maken tussen a. het effect op de productie en b. het effect op de wachtlijsten en wachttijden. In onderstaande grafieken zijn de ontwikkelingen in de wachttijden op het gebied van, respectievelijk, de oogheelkunde en de orthopedie weergegeven. Voor de oogheelkunde zijn daarnaast productie- en wachtlijstcijfers opgenomen.



n.b. De heterogeniteit van het specialisme orthopedie maakt dat hiervoor geen eenduidige productie-aantallen kunnen worden gepresenteerd.

Prismant geeft in zijn rapport (bijgevoegd) aan dat de besteding van de extra middelen zeker doelmatig is geweest, als het doel was, een groot aantal extra verrichtingen uit te voeren. De gemiddelde wachttijd is bekort. Van verdringingseffecten op andere ingrepen lijkt daarbij nauwelijks sprake te zijn geweest.

Er is veel extra productie geleverd (tienduizenden operaties aan ogen, heupen, knieën en harten) en er zijn extra specialisten en OK- medewerkers aangesteld om die extra productie mogelijk te maken.

Naast de extra productie zijn met de extra wachtlijstmiddelen specialistenplaatsen gefinancierd. Voor de specialismen oogheelkunde en orthopedie betrof dit, respectievelijk, 18,5 fte en 20,3 fte.

De middelen zijn dus goed besteed. De extra productie heeft een gunstig effect gehad op de wachttijd, voor de patiënt uiteraard de belangrijkste factor. Voor oogoperaties (dagopname) is de gemiddelde wachttijd met circa twee weken teruggelopen: van ruim twaalf naar ruim tien weken. Voor oogoperaties met klinische opname is de wachttijd vijftien weken gebleven. Voor orthopedische ingrepen (dagopname) is de wachttijd gedaald van negen naar acht weken en voor een operaties met klinische opname van ruim veertien naar twaalf weken.

Het effect op de wachtlijsten is veel moeilijker te duiden. Toename van de vraag en verruiming van de indicatiestelling spelen hier immers ook een belangrijke rol. Beide factoren hebben zich in 1999 kennelijk voorgedaan, want ondanks verkorting van de gemiddelde wachttijd zijn de wachtlijsten in de ziekenhuizen gelijk gebleven, of zelfs opgelopen.

Het project Doorstroomtijden dat in 1998 en 1999 in zeven ziekenhuizen plaatsvond, laat positieve resultaten zien ten aanzien van de mogelijkheden tot verbetering van de logistiek. In ziekenhuizen is thans de bezetting van de operatiekamer circa 80%. Dat betekent dat er ruimte is om meer ingrepen te verrichten. Waar het personeel het knelpunt is, wordt gepoogd extra handen aan te trekken; dit gaat zowel om de ontdooiing van de Nadere Detaillering Erkenningsbeschikkingen (NDE) wat betreft de specialistenplaatsen als om het verplegend personeel, via de werkdrukmiddelen. Daarnaast kan een betere logistiek zorgdragen voor een hogere bezetting van de operatiekamers. Een betere planning, gegeneerd door een betere ICT-infrastructuur, kan hierbij belangrijk zijn. Dit is ook een reden geweest voor het Kabinet middelen uit te trekken voor verbeteringen in de ICT in ziekenhuizen. Voor de gehele ICT in de zorg is f 220 miljoen vrijgemaakt.

Samengevat, blijkt uit de Prismant-rapportage dat de extra wachtlijstmiddelen goed zijn besteed, met een gunstig effect op de gemiddelde wachttijd. De volumegroei ex Regeerakkoord en de extra wachtlijstmiddelen samen zijn echter, gezien de sterk groeiende vraag, niet voldoende om de wachtlijstproblematiek afdoende op te lossen.

3. Verpleging en verzorging

In dit hoofdstuk komt de situatie van de wachttijden en wachtlijsten in de sector verpleging en verzorging aan de orde.

3.1. Kengetallen verpleging en verzorging

Om te beginnen laat de onderstaande tabel een aantal relevante kengetallen over deze sector zien.

Budgetten (in f mln.) en capaciteiten in 1998 en 1999

	Budgetten		Capaciteiten		Capaciteitsverschillen	
	1998	1999	1998	1999	Absoluut	Procentueel
Verpleeghuizen ¹	6 016,6	6 328,1				
– Somatisch			26 015	26 051	36	0,1%
– Psychogeriatrisch			30 766	31 301	535	1,7%
<i>Subtotaal bedden²</i>			56 781	57 352	571	1,0%
Verpleeghuizen – dagbehandeling						
– Somatisch			2 070	2 120	50	2,4%
– Psychogeriatrisch			2 352	2 423	71	3,0%
<i>Subtotaal dagbehandeling</i>			4 422	4 543	121	2,7%
Verpleeghuizen – Extramuraal	455,8	526,6	5 705	6 591	886	15,5%
Verzorgingshuizen ¹	5 777,7	6 039,7				
– Bedden ³			113 970	111 600	– 2 370	– 2,1%
– Extramuraal			19 346	23 404	4 058	21,0%
Thuiszorg ⁴	3 307,6	3 457,9	56 384	56 227	– 15 7	– 0,3%
PGB (5)	99,6	124,9	7 184	9 408	2 224	31,0%
Totaal	15 657,3	16 477,2				

Bronnen: Zorgnota 2000, VWS, Prismant, CAK en CTG.

¹ Capaciteiten in aantallen plaatsen.

² Bezetting 1998 en 1999 bedroeg 97%.

³ Bezetting 1998 en 1999 bedroeg 97%.

⁴ Capaciteiten in gerealiseerde uren (x1 000).

⁵ Capaciteiten in aantallen budgethouders.

Uit bovenstaande tabel blijkt dat er bij de verpleeghuizen in 1999 571 intramurale plaatsen zijn bijgekomen. Dit is het resultaat van een combinatie van de groei in 1999 en van het bouwbeleid van de voorgaande jaren, waarbij als gevolg van het privacy bevorderende beleid bedden zijn verdwenen, maar tevens nieuwe intramurale plaatsen in productie zijn gekomen. Het aantal gebruikers is navenant gestegen, zodat het bezettingspercentage in de verpleeghuizen stabiel is gebleven op ruim 97%.

Bij de dagbehandeling in de sector verpleeghuizen zien we een toename van 121 intramurale plaatsen. Het aantal mensen dat hier gebruik van maakt is aanzienlijk groter, omdat veel ouderen tijdelijk dagbehandeling ontvangen.

Uit de cijfers blijkt verder dat de groei van de volumemiddelen in grote mate in de extramuraal zorg is neergeslagen: er is sprake van een forse stijging bij Zorg op Maat door verpleeghuizen. Deze Zorg op Maat-projecten kennen een grote diversiteit. Er wordt door meerdere personen van één project gebruikgemaakt. Gegevens over de capaciteiten en het aantal personen dat van Zorg op Maat-projecten gebruik maakt, zijn niet voorradig. De gepresenteerde capaciteit is het budget gedeeld door het standaardbedrag en geeft dus slechts een indicatie.

Bij de verzorgingshuizen zijn er ca. 2370 intramurale plaatsen minder dan in 1998. De bezettingsgraad is nagenoeg stabiel op ca. 97%. De dalingen in 1998 en eerdere jaren bedroeg ongeveer 5000 per jaar. In vergelijking met de oorspronkelijke plannen voor 1999 zijn er in 1999 ongeveer 2900 plaatsen meer. Dit is een positief resultaat van de motie-Wallage in 1998 en de inzet van extra middelen in 1999. De toename ten opzichte van de plannen blijkt niet ten koste te zijn gegaan van de extramuraal zorg waar er ruim 4000 plaatsen bijgekomen zijn in 1999. Ook in de sector verzorgingshuizen nemen de zorgmogelijkheden voor de oudere zorgvragenden dus duidelijk toe.

Opgemerkt wordt dat de gepresenteerde cijfers over 1999 voorlopige cijfers betreffen. Definitieve cijfers over de realisatie zijn aan het eind van dit jaar beschikbaar na afronding van de nacalculatie door het CTG. Hierdoor kunnen de cijfers nog veranderen. Ter illustratie hiervan dienen de thuiszorgcijfers 1998 en 1999. De productie-afspraken thuiszorg in 1998 uit het reguliere budget, zoals opgenomen in de Zorgnota 2000, toont een productie van 53 724 437 uren. De definitieve productie in 1998 is hoger en bedraagt 56 384 000 uur. Dit verschil in 1998 valt voornamelijk toe te schrijven aan de productie ten laste van de lump-sum middelen.

In 1999 is het niveau van de productie-afspraken (in uren en budget) uit het reguliere budget toegenomen ten opzichte van die in 1998 (zie Zorgnota 2000). Een verschil van een dergelijke omvang als in 1998 is voor 1999 niet te verwachten. Dit komt doordat er in dat jaar nog maar sprake is van 60% lump-sum en de vaststelling van nieuwe productdefinities en kostprijzen hierin een factor zijn. Niettemin is ook bij de definitieve afrekening 1999 een (opwaartse) bijstelling van de gerealiseerde productie denkbaar.

Het persoonsgebonden budget kent in 1999 een toename van 2224 budgethouders. Deze vorm van hulpverlening in geld begint dus steeds belangrijker te worden.

3.2. Inzet en realisatie wachtlijstmiddelen 1999

In onderstaande tabel komt naar voren voor welke doelen de wachtlijstmiddelen in de verpleging en verzorging in 1999 zijn ingezet, en in hoeverre de geraamde inzet van middelen in de praktijk is gerealiseerd.

Wachtlijstmaatregelen verpleging en verzorging 1999

	Raming		Realisatie
	Budgetten (in f mln.)		Budgetten (in f mln.)
Bouw verpleeghuizen		93,4	50,3
Autonome groei thuiszorg		26,2	³ 16,2
Aanvullende productie-afspraken thuiszorg laatste weken 1999			⁴ 14,8
Extra middelen via bestedingsplan ¹			
– Verpleeghuizen	12,1	4,0	
		nog niet	
– Verzorgingshuizen ²	10,9	bekend	
– Zorg op Maat	39,0	41,5	
– Thuiszorg	17,4	17,4	
– PGB	1,6	1,6	
Totaal extra middelen via bestedingsplan		81,0	64,5
PGB motie-Van Blerck		18,0	18,0
Totaal		218,6	167,5

Bronnen: Zorgnota 2000, VWS, Prismant, CAK en CTG.

¹ De extra middelen via de bestedingsplannen zijn medio 1999 uitgezet. De structurele doorloop is derhalve twee keer zo hoog.

² Op basis van Subsidieregeling overgangswet van het CVZ. Afrekening vindt nog plaats.

³ Betreft de structurele inzet van de autonome groeimiddelen; voor f 16,2 miljoen omgezet in productie-afspraken.

⁴ Betreft de incidentele inzet middelen naar aanleiding van de mogelijkheid in de laatste zes weken van 1999 om aanvullende productie-afspraken thuiszorg te leveren.

Uit de tabel blijkt een onderuitputting van de bouw. Hiervoor kunnen drie oorzaken genoemd worden. Ten eerste kan de planning van bouwprojecten vanuit de wens om snel volume te realiseren optimistisch zijn geweest. Een tweede mogelijke oorzaak is de complexe situatie waarin vele initiatiefnemers hun plannen tot ontwikkeling brengen. In toeneemende mate ontstaan samenwerkingsverbanden tussen aanbieders van

zorg. Met name bij de realisering van verpleegunits heeft dit een rol gespeeld bij de voorbereiding van de plannen. Veel verpleegunits zijn opgenomen op de bouwprioriteitenlijst onder het voornemen van instellingen om snel tot samenwerking te komen. De nieuwe verbanden kunnen ook leiden tot wijziging van inzicht bij initiatiefnemer over de gewenste vorm van de nieuwbouwplannen. Een derde oorzaak kan zijn dat problemen bij grondverwerving en gemeentelijke (bouwvergunning)procedures soms leiden tot vertraging in de voorbereiding van bouwplannen. De f 8 miljoen onderuitputting bij de verpleeghuizen is nog niet één op één te herleiden tot de f 12 miljoen intensiveringen, omdat de onderuitputting in het totale verpleeghuiskader van f 6,3 miljard moet worden gezien. De meest waarschijnlijke oorzaak ligt in het feit dat de geplande startdatum van de projecten (1 juli 1999) niet in alle gevallen is gehaald. Datzelfde geldt meer in het algemeen voor de besteding van de extra middelen die voor 1999 beschikbaar waren. De bestedingsplannen leggen beslag op het totale beschikbare budget, maar de realisatie is daar in geringe mate op achtergebleven.

3.3. Ontwikkelingen in de zorgvraag

De onderstaande tabel geeft een overzicht van de bevolkingsgroei in het jaar 1999.

Bevolkingsgroei 1999

	Absoluut	Procent uel
Totale bevolking	102 000	0,6%
65+	22 000	1,0%
75+	17 000	1,8%

Bron: CBS, Bevolkingsprognose eind 1999

Voor de vraagontwikkeling naar verpleging en verzorging speelt de vergrijzing een dominante factor. Behalve van de demografische ontwikkeling, hangt de vraag onder andere ook af van de ontwikkelingen in de gezondheidszorg en de gemiddelde gezondheidstoestand van ouderen. Een belangrijke factor die zeker niet onopgemerkt mag blijven is de positieve ontwikkeling in de cure, zoals verkorting van de ligduur en meer dagbehandelingen, die tot een afname van het aantal verpleegdagen in ziekenhuizen van 6% hebben geleid.

3.4. Wachttijden en wachtlijsten

Onderstaande tabel geeft de resultaten weer voor de wachtlijsten in de verzorging en verpleging, zoals deze naar voren zijn gekomen uit de opschoningsactie door de Taskforce Wachttijsten. Een vergelijking met eerdere gegevens is niet mogelijk, omdat onderstaande cijfers voor het eerst de integrale en geschoonde resultaten geven. In voorgaande jaren werd nog gesteund op enquêtes en een rekenmodel van het NZi en Research voor Beleid.

Wachlijstgegevens verpleging en verzorging (in aantallen wachtenden) per 15 mei 2000

Geïndiceerde zorg	Wachtenden met overbruggingzorg	Wachtenden zonder overbruggingzorg	Totaal
Zorg thuis ¹	24 000	30 300	54 300
Verzorgingshuiszorg	19 700	12 700	32 400
Verpleeghuiszorg	8 500	2 500	11 000
Totaal	52 200	45 500	97 700

Bron: Onderzoek HHM opschoning wachtlijsten sector V&V

¹ Zorg thuis omvat alle zorgvormen behoudens 24-uurs intramurale verpleeg- en verzorgingshuiszorg

De wachtlijst voor PGB is opgenomen onder «Zorg thuis». Het verdient de vermelding dat er nog maar in zes zorgkantorregio's een wachtlijst bestaat voor PGB die op het moment van meting in totaal nog maar 212 personen bevatte.

4 Gehandicaptenzorg

Dit hoofdstuk gaat in op de situatie in de gehandicaptenzorg, en op de middelen die in 1999 zijn ingezet om de wachtlijsten en wachttijden in deze sector te reduceren.

4.1. Kengetallen gehandicaptenzorg

Hieronder zijn enkele relevante kengetallen met betrekking tot de gehandicaptenzorg over het jaar 1998 en 1999 opgenomen.

Budgetten (in f mln.) en capaciteiten in 1998 en 1999

	Budgetten		Capaciteiten		Capaciteitsverschillen	
	1998	1999	1998	1999	Absoluut	Procentueel
Verstandelijk gehandicapten	3 659,5	3 962,1	35 310	35 412	102	0,3%
Instellingen zintuiglijk gehandicapten	154,6	161,4	1 434	1 444	10	0,7%
Grote woonvormen	99,3	100,9	744	755	11	1,5%
Dagverblijven	769,7	797,7	17 723	17 857	134	0,8%
Gezinsvervangende tehuizen	1 108,1	1 164,4	19 752	20 051	299	1,5%
SPD	117,6	145,2	50 580	53 516	2 936	5,8%
Totaal	5 908,8	6 331,7	125 543	129 035		

Bron: CTG en SOMMA (capaciteiten)

Zoals blijkt uit de kengetallen in bovenstaande tabel, worden de aangegeven budgetten met uitzondering van de SPD's via de beleidsregels van het CTG aangewend om de instellingen in de gehandicaptenzorg te bekostigen. Met deze gelden worden ca. 1250 instellingen bekostigd voor ca. 75 500 plaatsen in 1999. Ten opzichte van 1998 is het aantal plaatsen toegenomen met ruim 500. De SPD's vormen een uitzondering omdat ze ambulante zorg leveren, die niet in plaatsen maar in cliëntcontacten wordt uitgedrukt.

Budgetten (in f mln.) overige posten gehandicaptenzorg en aantallen houders PGB in 1998 en 1999

	Budgetten		Aantal houders PGB	
	1998	1999	1998	1999
CVZ subsidies ¹	150,8	132,4		
PGB ²	67,7	90,9	3 101	3 641
Zorgvernieuwingsfonds ³	144,5	3,1		
Zorg op Maat semimuraal ⁴	–	56,1		
Begroting	–	29,5		
Totaal	363,0	312,0		
Eindtotaal	6 271,8	6 643,7		

Bron: VWS, Voorjaarsrapportage MJA

¹ Daling van het budget hangt samen met een technische herschikking binnen de gehandicaptenzorg.

² Op kasbasis.

³ Met ingang van 1999 opgenomen in budgetten instellingen, behalve voor lichamelijk gehandicapten.

⁴ Betreft Zorgvernieuwingsfonds. Met ingang van de Zorgnota 2001 zijn gegevens vanaf 1999 separaat opgenomen.

Zowel de Dagverblijven, als de Gezinsvervangende tehuizen hebben – naast het genoemde bedrag – middelen gereserveerd voor Zorg Op Maat semimuraal (respectievelijk f 37,9 mln. en f 77,4 mln.). In de Zorgnota 2001 worden deze drie budgetten geboekt op een separate tabel Zorg op maat semimuraal (tabel 6.14).

Bovenstaande tabel bevat de overige posten die onderdeel uitmaken van het kader voor de gehandicaptenzorg. Daarbij gaat het om de subsidie-regelingen die door het CVZ worden uitgevoerd, zoals de financiering van de consulentenactiviteiten en bijzondere zorgplannen. Daarnaast gaat het om PGB verstandelijk gehandicapten, het Zorgvernieuwingsfonds en het deel van de VWS-begroting dat voor de gehandicaptenzorg wordt aangewend.

4.2. Inzet en realisatie wachtlijstmiddelen 1999

Onderstaande tabel bevat de afrekening van het deel van de tranche 1999 meerjarenafspraken dat betrekking heeft op de wachtlijsten in de gehandicaptenzorg. Daarbij is aangegeven welke middelen zijn ingezet en welke prestatieafspraken zijn vastgelegd. Tevens is aangegeven wat de realisaties zijn, zowel in geld als in productie.

	Raming ¹		Realisatie		Verschillen (procentueel)	
	Budgetten (in f mln.)	Capaciteiten	Budgetten (in f mln.)	Capaciteiten	Budgetten	Capaciteiten
PGB verstandelijk gehandicapten ^{2, 3}	17	630	21,3	540	25%	- 14%
Uitbreiding semimurale zorg (TVWMD) (4)	7,9	197	7,9	229	0%	16%
Uitbreiding intramurale zorg (WZV) ⁴	24,4	271	16,3	156	- 33%	- 42%
Bijzondere zorgfuncties (SGLVG ⁵) ⁴	6	ca. 74	7,1	257	18%	247%
SPD: Begeleid Zelfstandig wonen ⁶	2,3	293	2,8	351	22%	20%
SPD: Ambulante hulpverlening: Praktisch Pedagogische Gezinsbegeleiding/ vroeghulp ⁶	3,7	439	2,4	549	- 35%	25%
SPD: zorgconsulenten verstandelijk gehandicapten ⁶	3	600	5 à 6 mln.	1 670	ca. 70%	178%
SPD: zorgconsulenten lichamelijk gehandicapten ⁷	3	30	3	35	0%	17%
Totaal	67,3	2 534	66,8	3 787		

Bron: Voorjaarsrapportage MJA

¹ Cf. Najaarsakkoord.

² Realisatie is op toekenningenbasis.

³ Capaciteiten in aantallen budgethoudenden.

⁴ Capaciteiten in aantallen plaatsen.

⁵ SGLVG: sterk gedragsgestoorde licht verstandelijk gehandicapten. Programma duurt drie jaar (1998-2000). De gegevens zijn nu op jaarbasis. Na 2000 zullen de totale werkelijke exploitatie gevolgen bekend zijn.

⁶ Capaciteiten in aantallen cliënten.

⁷ Capaciteiten in aantallen fte consulenten.

Hoewel grosso modo de middelen zijn besteed en de totale productie meer dan gehaald is, blijkt uit deze tabel op verschillende onderdelen een afwijking tussen de planning en de realisatie. Deze verschillen zijn toegelicht in de Voorjaarsrapportage meerjarenaafspraken 2000 (Kamerstukken II, 1999-2000, 27 113, nr. 2). Korthedshalve wordt daarnaar verwezen.

4.3. Ontwikkelingen in de zorgvraag

In paragraaf 4.4 worden de huidige wachtlijsten in de gehandicaptenzorg aangegeven. Relevante ontwikkelingen met betrekking tot de demografie in de gehandicaptenzorg zijn door het RIVM onderzocht. Uit dit onderzoek blijkt dat de vergrijzing onder verstandelijk gehandicapten groter is dan in de Nederlandse bevolking als geheel. De veroudering en de daarmee gepaard gaande lichamelijke problemen zetten bij verstandelijk gehandicapten doorgaans vroeg in, vanaf circa 50-plus. Vanaf die leeftijd ontwikkelen vrijwel alle personen met een syndroom van Down de ziekte van Alzheimer. De vergrijzing in de instellingen wordt versterkt door de in- en uitstroom: een instroom van oudere verstandelijk gehandicapten met een intensieve ondersteuningsbehoefte en een uitstroom van zelfredzame cliënten naar ondersteund wonen en werken in de lokale samenleving.

4.4. Wachtlijden en wachtlijsten

Onderstaande tabel laat relevante gegevens zien over de verschillende wachtlijsten in de gehandicaptenzorg, zoals ook opgenomen in het plan van aanpak wachtlijsten.

Totale wachtlijst gehandicaptenzorg (per ultimo 1999)

	Wonen	Dagbesteding	Begeleid ZelfstandigWo- nen	Gezins- ondersteuning	Aantal
Zorg in natura					
– Verstandelijk gehandicapten	7 707	3 856	685	360	
– Lichamelijk gehandicapten	1 182	1 383			
– Bijzondere zorgfuncties (incl. SGLVG)					1 520
Persoonsgebonden budget					5 800
Totaal	8 889	5 239	685	360	7 320

Bron: Plan van aanpak wachtlijsten gehandicaptenzorg

5. Geestelijke gezondheidszorg

In dit laatste hoofdstuk komt de situatie van de wachtlijsten in de geestelijke gezondheidszorg aan de orde.

5.1. Kengetallen geestelijke gezondheidszorg**Budgetten (in f mln.) en capaciteiten in 1998 en 1999**

	Budgetten		Capaciteiten		Capaciteitsverschillen	
	1998	1999	1998	1999	Absoluut	Procentueel
APZ ¹	2 990,7	3 141,1	23 367	23 508	141	0,6%
waarvan Zorg op Maat			2 647	3 032	385	14,5%
Kinder- en jeugdpsychiatrie ¹	214,7	240,4	886	943	57	6,4%
PAAZ ^{1, 2}	–	257,0	1 639	1 639	0	0%
Zelfstandige verslavingsklinieken ¹	151,6	162,6	1 152	1 199	47	4,1%
TBS-instellingen ¹	244,0	270,5	812	912	100	12,3%
RIBW ³	303,9	329,7	5 697	6 375	678	11,9%
waarvan Zorg op Maat			419	549	130	31,0%
RIAGG ⁴	89,7	838,5	3 067	3 052	– 14,8	– 0,5%
waarvan Zorg op Maat	58,3	65,5				
Vrijgevestigde psychiaters ^{4, 5}	91,8	118,6	niet bekend	niet bekend	niet bekend	niet bekend
Zorgvernieuwingsfonds GGZ ⁶	34,9	42,3	–	–	–	–
Totaal	4 821,3	5 400,7				

Bron: CTG, CVZ, Ministerie van Justitie

¹ Capaciteiten in aantallen bedden.² Het budget voor de PAAZ-en is per 1 januari 1999 overgeboekt van het ziekenhuis-kader naar het GGZ-kader.³ Capaciteiten in aantallen plaatsen.⁴ Capaciteiten in aantallen contacten (x1000).⁵ Door het CVZ worden alleen de psychotherapiecontacten geregistreerd en niet de psychiatrische contacten.⁶ Het gaat hier om een aantal subsidieregelingen AWBZ die thans door het CVZ worden uitgevoerd.

In 1999 zijn de toegestane capaciteit en budgetten in de geestelijke gezondheidszorg vooral gestegen bij de Kinder- en Jeugdpsychiatrie en bij instellingen voor begeleid wonen (RIBW-en). In APZ-en en zelfstandige verslavingsklinieken was sprake van een gematigde groei, terwijl in PAAZ-en de toegestane capaciteit gelijk is gebleven. De budgetten van de RIAGG-en zijn gestegen. Uit de lichte daling van het aantal contacten bij de RIAGG-en (zoals te zien in bovenstaande tabel) kan niet worden geconcludeerd dat ook de productie afneemt. Deze daling houdt verband met het gegeven dat in 1999 een groter aandeel van het RIAGG-budget is besteed aan Zorg op Maat, dat niet in contacten kan worden uitgedrukt, dan in 1998.

5.2. Inzet en realisatie wachtlijstmiddelen 1999

Voor 1999 is f 30 miljoen beschikbaar gesteld voor het terugdringen van de wachttijden in de ambulante geestelijke gezondheidszorg (AGGZ). Deze middelen zijn, na aftrek van de middelen voor de psychotherapeuten, via een evenredige verdeling op basis van inwoneraantallen verdeeld over de 31 zorgkantoren. Dit resulteert in een bedrag per inwoner van f 1,52. Om deze middelen in de budgetten van de instellingen te kunnen opnemen, zijn door het zorgkantoor met de instellingen in de regio's afspraken gemaakt over de besteding van deze middelen. In onderstaand overzicht is de uitkomst van deze verdeling naar instellingen weergegeven.

Wachtlijstmaatregelen ambulante geestelijke gezondheidszorg 1999

	Raming
	Budgetten (in f mln.)
APZ-en (incl. kinder- en jeugd- en verslavingsklinieken)	4,0
RIAGG	19,2
RIBW	0,6
Vrijgevestigde psychotherapeuten (via RIAGG)	7,6
Totaal	31,4

Bron: CTG

De tabel laat zien dat f 1,4 miljoen meer is uitgezet dan de beschikbare wachtlijstgelden van f 30 miljoen. Dit komt omdat voor de vrijgevestigde psychotherapeuten is uitgegaan van de netto kosten, dus exclusief de eigen bijdragen ad f 6,3 miljoen. Bruterings leidt tot een bedrag van f 7,6 miljoen.

In de eindrapportage Wachtlijstfonds 1999, die als bijlage bij deze rapportage is gevoegd, wordt geconcludeerd dat ca. 90% van de voor 1999 toegekende middelen daadwerkelijk is besteed. Dit komt doordat de eerste maanden van 1999 zijn benut om afspraken te maken tussen zorgkantoren en zorgaanbieders. Hierdoor kon pas laat worden gestart met het aantrekken van personeel. Overigens moeten de niet bestede middelen op een speciale bestemmingsreserve worden gezet en in 2000 alsnog worden besteed aan het terugdringen van de wachttijden.

Uit de rapportage blijkt dat de extra middelen zijn ingezet voor extra productie en specifieke wachtlijstprojecten. Bij dit laatste gaat het dan om verkorting van de wachttijd door bijvoorbeeld stroomlijning van aanmeld- en intakeprocedures en het terugdringen van nieuwe instroom door bijvoorbeeld een betere samenwerking met de eerstelijns GGZ.

5.3. Ontwikkelingen in de zorgvraag

De prevalentie van psychische problematiek onder de Nederlandse bevolking is aanzienlijk. Uit het in 1998 verrichte Nemesys-bevolkingsonderzoek (Netherlands mental health and incidence study) naar psychische stoornissen onder de Nederlandse volwassen bevolking blijkt dat 40% van de bevolking ooit in zijn of haar leven zal lijden aan een psychische stoornis. Psychische problematiek heeft vaak ingrijpende en langdurige gevolgen voor de kwaliteit van het leven van de persoon zelf en zijn naaste omgeving. Deze zijn vergelijkbaar met ernstige (chronische) somatische ziekten¹. Jaarlijks doet ongeveer 5% van de Nederlanders een beroep op de geestelijke gezondheidszorg voor behandeling, begeleiding of verzorging. De zorgconsumptie in de gespecialiseerde GGZ is de afgelopen jaren sterk toegenomen. In de ambulante GGZ bedroeg deze toename gemiddeld zo'n 3% per jaar. Betere herkenning door de huisarts en doorbreking van

¹ Volksgezondheid Toekomst Verkenningen 1997 (VTV), De som der delen.

het maatschappelijk taboe om hulp te vragen hebben daaraan bijgedragen.

De jaarlijkse toename van het aantal 65-plus cliënten binnen de GGZ bedroeg in de periode 1993–1996 ca. 2,9% en was hoger dan de toename van het totaal aantal 65-plussers (1,3%) in de bevolking. Dit duidt erop dat de omvang van de vraag naar GGZ door nieuwe ouderen aanzienlijk hoger is dan door eerdere generaties.

Deze toenemende vraag vertaalt zich in een sterke stijging van de wachttijd. Zo is in de periode 1989–1997 het aantal cliënten met een wachttijd die een redelijke termijn overschreed gestegen van 8 naar 18%¹. In deze zelfde periode is de gemiddelde totale wachttijd bij RIAGG-en toegenomen met 46% van 63 dagen in 1989 tot 92 dagen in 1997². Bij deze gegevens moet worden aangetekend dat ten tijde van het verzamelen ervan nog geen extra middelen voor de wachttijden en wachtlijsten in de ambulante GGZ beschikbaar waren gesteld. Prismant constateert daarnaast in haar rapportage over 1999 dat de ernst van de problematiek van wachtenden is toegenomen³.

5.4. Wachttijden en wachtlijsten

In de geestelijke gezondheidszorg zijn alleen wachtlijstgelden beschikbaar voor de ambulante geestelijke gezondheidszorg.

In de onderstaande tabellen wordt de ontwikkeling van de wachttijd en het aantal wachtenden zichtbaar gemaakt bij instellingen waarvoor middelen zijn ingezet.

Ontwikkeling van de wachttijd en het aantal wachtenden bij de gepeilde instellingen

	Ontwikkeling wachttijd		Ontwikkeling aantal wachtenden	
	Kinder- en jeugd	Volwassenen	Kinder- en jeugd	Volwassenen
Gedaald	50%	61%	57%	79%
Gelijk gebleven	33%	28%	29%	16%
Gestegen	17%	11%	14%	5%
Totaal	100%	100%	100%	100%
Aantal gepeilde instellingen	12	18	14	19

Bron: Prismant

De wachttijd is de belangrijkste graadmeter voor de mate waarin de wachtlijstproblematiek toe- of afneemt. Zowel in de kinder- en jeugdpsychiatrie, als in het zorgcircuit voor volwassenen is bij de meeste van de gepeilde instellingen de wachttijd gedaald. Bij een deel van de instellingen is de wachttijd toch nog gestegen. Dit komt bij de kinder- en jeugdpsychiatrie iets vaker voor dan bij de volwassen psychiatrie.

Het aantal wachtenden is bij vrijwel alle gepeilde instellingen die middelen specifiek voor de volwassenpsychiatrie hebben ingezet gedaald. Hoewel de kinder- en jeugdpsychiatrie gemiddeld genomen een daling van het aantal wachtenden kent, is toch bij een aantal instellingen het aantal wachtenden gestegen.

Onderstaande tabel geeft aan dat de gemiddelde wachttijden in de gepeilde instellingen weliswaar gedaald, maar – ondanks het effect van de wachtlijstmiddelen – nog steeds lang zijn.

¹ Gezondheidszorg in tel 7.

² Bureau Interview, 1999.

³ Eindrapportage Het wachtlijstfonds 1999, Prismant.

De gemiddelde daling/stijging van de wachttijd in weken door de inzet van middelen bij de gepeilde instellingen

	Aantal instellingen	Gemiddelde wachttijd vóór inzet middelen	Gemiddelde wachttijd na inzet middelen	Daling wachttijd (procentueel)
Kinder- en jeugd	9	39	28	- 28%
Volwassenen	12	32	26	- 20%
Ouderen	6	19	16	- 15%

Bron: Prismant

De wachttijden betreffen de totale wachttijden (aanmeldingswachttijd + beoordelingswachttijd + behandelingswachttijd). De gemiddelde wachttijd is bij de gepeilde instellingen die wachtlijstmiddelen hebben ingezet voor alle zorgcircuits afgenomen. Desondanks is er nog steeds sprake van wachttijden die redelijke termijnen overschrijden.

Bij de vrijgevestigde psychotherapeuten in zeven regio's zijn de wachttijden vergeleken met het begin van 1999 met gemiddeld één week verminderd door de inzet van de wachtlijstmiddelen. Het aantal wachtenden is in acht regio's ten opzichte van begin 1999 afgenomen met 29% (van 2331 tot 1657). In de langdurige GGZ-zorg, waarvoor geen extra middelen beschikbaar zijn, zijn de wachttijden toegenomen. De gemiddelde wachttijd in RIBW-en bedraagt meer dan één jaar¹.

Samengevat blijkt uit de Prismant-rapportage dat in de GGZ de inzet van de wachtlijstgelden tot meer zorg heeft geleid. Daarnaast heeft de inzet bijgedragen aan een verbeterde behandelplanning en een kortere gemiddelde wachttijd. De tot dusverre beschikbare middelen lijken echter onvoldoende om de wachttijden structureel tot redelijke termijnen terug te brengen.

¹ Gezondheidszorg in tel 7.