

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Bezoekadres

Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34
www.rijksoverheid.nl

Ons kenmerk

3239371-1013706-MEVA

Bijlagen

1

Uw brief

5 augustus 2021

*Correspondentie uitsluitend
richten aan het retouradres
met vermelding van de datum
en het kenmerk van deze
brief.*

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

De Voorzitter van de Tweede Kamer
der Staten-Generaal
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

Datum 29 oktober 2021
Betreft Kamervragen

Geachte voorzitter,

Hierbij zend ik u de antwoorden op de vragen van de leden Van den Berg en Peters (beiden CDA) over het bericht 'Tekort aan behandelaren veroorzaakt naast wachtlijsten ook patiëntenstop in de ggz.' (2021Z14116 ingezonden 5 augustus 2021).

Hoogachtend,

de staatssecretaris van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

Paul Blokhuis

Antwoorden op Kamervragen van de leden Van den Berg en Peters (beiden CDA) over het bericht 'Tekort aan behandelaren veroorzaakt naast wachtlijsten ook patiëntenstop in de ggz.' (2021Z14116 ingezonden 5 augustus 2021)

Vraag 1.

Bent u bekend met het bericht van de NOS waarin gesteld wordt dat een tekort aan behandelaren nu ook zorgt voor een cliëntenstop in de ggz? 1)

Antwoord:

Ja, ik ben hiermee bekend.

Vraag 2.

Kunt u aangeven hoe groot het tekort aan behandelaren is, uitgesplitst in GZ-psychologen, klinisch psychologen, psychiaters en verpleegkundigen?

Antwoord:

Het is niet mogelijk om aan te geven hoe groot het tekort aan specifieke beroepsgroepen in de ggz op dit moment is. Wel zijn er op basis van cijfers over 2019 prognosecijfers over 2021 beschikbaar afkomstig van het prognosemodel van ABF Research¹.

Het meest recente prognosemodel van ABF Research geeft op twee manieren inzicht in de spanning op de arbeidsmarkt. Ten eerste biedt het model met de arbeidsmarktspanningsindicator informatie over het aantal vacatures per 100 werkzoekenden, rekening houdend met de frictie vacaturegraad. Voor de ggz wordt deze indicator in 2021 op 128 geschat, wat inhoudt dat er naar verwachting gemiddeld 128 vacatures zijn per 100 werkzoekenden. Bij een score boven de 100 wordt de arbeidsmarkt gekwalificeerd als zeer krap.

Ten tweede laat het prognosemodel op basis van cijfers over 2019 zien dat het tekort voor de ggz in 2021 naar schatting tussen de 3.500 en 6.800 personen ligt. Hierbij wordt uitgegaan van 17 beroepsgroepen en een categorie 'overige beroepen'. Deze laatste categorie betreft onder meer de ggz-specifieke beroepen die geraamd worden door het Capaciteitsorgaan, bijvoorbeeld GZ-psychologen, klinisch psychologen, psychiaters en verpleegkundig specialisten ggz. Het is hierdoor niet mogelijk om voor deze beroepen afzonderlijk inzicht te geven in de verwachte omvang van de tekorten. Het totale tekort aan deze 'overige beroepen' wordt door het prognosemodel in 2021 geschat tussen de 1.500 en 2.700 personen.

Vraag 3.

Kunt u aangeven hoeveel GZ-psychologen, klinisch psychologen, psychiaters en verpleegkundigen op dit moment worden opgeleid of werkloos thuis zitten?

Antwoord:

Een overzicht van de aantallen professionals die bekostigd worden opgeleid vanuit de beschikbaarheidsbijdrage van VWS vindt u in onderstaande tabel.

<u>Opleidingsplaatsen</u>	<u>Aantallen</u> <u>2019</u>	<u>Aantallen</u> <u>2020</u>	<u>Aantallen</u> <u>2021</u>	<u>Aantallen</u> <u>2022</u>

¹ Het AZW (Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn) onderzoeksprogramma heeft onderzoeksbureau ABF Research opdracht gegeven om een prognosemodel te ontwikkelen om meer inzicht te krijgen in de verwachte tekorten aan personeel in de sector zorg en welzijn. In het AZW onderzoeksprogramma werken arbeidsmarktfondsen en het ministerie van VWS samen om partijen in de sectoren Zorg en Welzijn betrouwbare informatie te bieden over de arbeidsmarkt.

GZ-psycholoog	945	1.003	832	832
Psychotherapeut	224	143	139	155
Klinisch psycholoog	255	180	184	243
Klinisch neuropsycholoog	27	26	26	29
Verpleegkundig specialist GGZ	102	115	115	115
Psychiaters	125	125	176	181

Het is niet bekend hoeveel zorgverleners uit de genoemde beroepen momenteel werkloos thuis zitten. Het CBS rapporteert wel het aantal BIG-geregistreerde zorgverleners dat niet werkzaam is. Het gaat hierbij om personen die in een situatie verkeren waardoor zij geen betaalde arbeid kunnen of willen verrichten, bijvoorbeeld vanwege arbeidsongeschiktheid, pensioen of uitkering. In deze groep vallen ook personen zonder (geregistreerd) inkomen. Deze groep is dus breder gedefinieerd dan de groep die 'werkloos thuis zit'. Het ging in 2019 om de volgende aantallen niet werkzame BIG-geregistreerde zorgverleners (afgerond op vijftallen): 585 GZ-psychologen, 50 klinisch psychologen, 110 psychiaters en 10 verpleegkundig specialisten ggz.

Vraag 4.

Waarop is de uitspraak gebaseerd dat casussen steeds complexer worden? Wat zijn volgens u hiervan de oorzaken?

Antwoord:

De uitspraak dat casussen steeds complexer worden kan ik niet staven. De cijfers met betrekking tot (de instroom en) de wachttijden in de ggz - die de NZa periodiek met mij deelt en waarover ik u meest recent heb geïnformeerd met mijn brief van 12 juli jl.² - worden uitgesplitst naar diagnosegroep, waarbij complexiteit geen variabele is. Evident is wel dat de vraag naar (specialistische & basis) ggz blijft toenemen³. Dit is ook terug te zien in de gemiddelde wachttijden.

Voor wat betreft de oorzaken van deze toename, geldt dat deze per diagnosegroep kunnen verschillen. Het Trimbos Instituut noemt de verandering van de samenleving, toenemende complexiteit en snelheid van het leven, sterke individualisering, een verregaande flexibilisering van de arbeidsmarkt, veel nadruk op zelfredzaamheid en een afnemende sociale cohesie als mogelijke risico's die in den brede de kans op mentale problemen en psychische aandoeningen vergroten⁴.

Door de landelijke stuurgroep wachttijden ggz wordt er middels verschillende acties ingezet op het terugdringen van de wachttijden binnen de *gespecialiseerde* ggz⁵, waar zwaardere psychische problemen worden behandeld. Naast de brede wachttijdenaanpak, wordt met het plan hoogcomplexiteit ggz specifiek ingezet op de toegankelijkheid en beschikbaarheid van zorg voor patiënten met een *hoogcomplexiteit* zorgvraag. Bij een hoogcomplexiteit zorgvraag is niet alleen sprake van een specialistische ('zware') zorgvraag, maar van meerdere vervlochten psychiatrische aandoeningen, problematiek op meerdere levensdomeinen en ernstig risico op lichamelijke schade, voor welke al meerdere behandelingen zijn geprobeerd. Deze groep heeft bovendien een uitzonderlijk integraal behandelregime op maat nodig.

² Kamerstuk 25 424, nr. 590

³ Zie de Staat van Volksgezondheid en Zorg

⁴ Zie de publicatie "Een mentaal gezonde samenleving en de rol van de ggz" (2021) van het Trimbos Instituut

⁵ Zie onder andere Kamerstukken 25 424, nrs. 581, 559, 557 & 555

In het kader van het helpen van mensen met een (hoog)complexe zorgvraag werd per 2021 binnen de risicoverevening een aanpassing van de hogekostencompensatie in de ggz doorgevoerd. Deze aanpassing verkleint het financiële risico dat individuele zorgverzekeraars lopen ten aanzien van een kleine groep cliënten met de hoogste ggz-kosten verder ten opzichte van 2020, toen de hogekostencompensatie werd geïntroduceerd. Met de aanpassing wordt het gelijke speelveld voor (zeer) dure GGZ-cliënten beter geborgd en wordt de financiële drempel om deze groep patiënten zorg te verlenen lager.

Vraag 5.

Kunt u aangeven welke cliënten op de wachtlijsten staan, aangezien gesteld wordt dat de wachtlijsten groot zijn en groeien? Zijn dit cliënten met een relatief zware en gecompliceerde hulpvraag of met een relatief lichte hulpvraag?

Antwoord:

Zie mijn antwoord op vraag 4. Voor de meest recente wachttijd cijfers verwijs ik u graag naar mijn brief van 12 jul jl.⁶ De NZa heeft toegezegd rond het einde van het jaar met nieuwe wachttijd cijfers te komen. Deze zal ik te zijner tijd met uw Kamer delen.

Vraag 6.

Kunt u aangeven welke instellingen nog geen aanbod van digitale zorg hebben?

Antwoord:

Het integreren van digitale zorg in de zorgverlening waar het kan en van toegevoegde waarde is, kan bevorderen dat de zorg organiseerbaar, toegankelijk en van goede kwaliteit blijft. In de sector zijn er veel goede voorbeelden. Ik beschik niet over een overzicht van ggz-instellingen die nog geen aanbod van digitale zorg hebben.

Vraag 7.

Klopt het dat in januari 2022 pas bekend wordt of mensen op meerdere wachtlijsten staan en regionale doorzettingsmacht nog is niet gerealiseerd? Kunt u aangegeven hoe op dit moment gezorgd wordt dat de mensen met de meest ernstige klachten het eerst geholpen worden? Wat zal volgens u de impact zijn op de wachtlijsten van het nieuwe bekostigingssysteem?

Antwoord:

Zoals ik met u heb gedeeld in mijn brief van 12 juli jl., heeft de NZa de afgelopen periode de mogelijkheden verkend om naast de totale hoeveelheid wachtenden ook inzichtelijk te maken hoeveel mensen op meerdere wachtlijsten staan of hoeveel mensen er vanwege een voorkeur op een aanbieder op een wachtlijst staan (dubbel- en voorkeurswachtenden). De NZa heeft op basis van de evaluatie van de huidige transparantieregeling en gesprekken met het veld geconcludeerd dat het te complex is (als het überhaupt mogelijk is) om aanbieders via de Transparantieregeling te verplichten voorkeurswachtenden en dubbelwachtenden in beeld te brengen. De NZa wijst hierbij onder meer op de wet- en regelgeving rondom privacy en de forse administratieve last die een dergelijke verplichting met zich mee zou brengen. In plaats van een verplichting zal de NZa vanaf aankomend jaar een jaarlijkse steekproef doen om inzicht in het aantal dubbel- en voorkeurswachtenden te geven.

Over de uitwerking van regionale doorzettingsmacht ben ik -zoals ik ook al eerder met u deelde- in gesprek met betrokken partijen. We verwachten binnenkort overeenstemming over de concrete uitwerking te bereiken. U wordt dit najaar hierover geïnformeerd. Mijn doel is vanzelfsprekend de doorzettingsmacht samen met de betrokken partijen zo snel mogelijk te realiseren.

⁶ Kamerstuk 25 424, nr. 590

Samen met veldpartijen zet ik mij voortdurend in om ervoor te zorgen dat álle patiënten binnen de ggz tijdige en passende zorg geboden wordt. Ik hecht hierbij veel waarde aan het actieplan wachttijden 2021, waarover ik u met mijn brief van 11 februari jl. heb geïnformeerd. Met name de in het actieplan benoemde transfermechanismen -regionale samenwerkingsverbanden waarin verwijzers, aanbieders en financiers zich inspannen om zorgvraag en zorgaanbod optimaal te verdelen- zijn een concreet instrument waarmee cliënten tijdiger aan passende zorg worden geholpen. Afhankelijk van de complexiteit en de kenmerken van de zorgvraag, kan ook het plan van aanpak hoogcomplexere ggz van toepassing zijn (zie mijn antwoord bij vraag 4). Binnen dit plan wordt ingezet op het tijdig helpen van patiënten met een hoogcomplexere zorgvraag aan een zorgaanbod op maat.

De huidige dbc-bekostiging -en in het verlengde daarvan de contractafspraken tussen zorgverzekeraars en ggz-aanbieder- kunnen als resultaat hebben dat lichtere zorgvragen worden overgefinancierd en zwaardere zorgvragen juist worden ondergefinancierd. Op deze manier kunnen ze tot financiële prikkels leiden die het voor aanbieders aantrekkelijk maken om cliënten met een lichtere zorgvraag eerder te helpen dan cliënten met een zwaardere zorgvraag. De nieuwe bekostiging, die per 1 januari 2022 wordt ingevoerd, faciliteert een passende vergoeding voor geleverde zorg die aansluit bij de feitelijke behandelinzet (in termen van bijvoorbeeld aantal consulten, betrokken professionals en setting waarin zorg wordt geleverd). Dit is ook het geval als het gaat om zorg voor cliënten met een complexe zorgvraag.

Vraag 8.

Kunt u aangeven hoeveel psychiaters werken in een eigen praktijk? Kunt u inzichtelijk maken hoeveel procent van de behandelaren binnen de ggz parttime dan wel fulltime in dienst is bij een instelling? Kunt u inzichtelijk maken hoeveel behandelaren met een eigen praktijk zich ook laten inhuren bij een instelling? En draaien alle behandelaren intussen mee in ANW-diensten (in het hoofdlijnenakkoord ggz van 12 juli 2018 was afgesproken dat de sector zelf met een oplossing zou komen zodat ANW-werk beter verdeeld zou worden)?

Antwoord:

De meest recente (voorlopige) cijfers van CBS Statline over de positie in de werkkring van BIG-geregistreerde zorgverleners zijn afkomstig uit 2019. Uit deze cijfers blijkt dat er in 2019 3.725 psychiaters geregistreerd stonden in het BIG-register, waarvan bij 3.490 tevens informatie bekend was over de arbeidspositie. Uit deze informatie blijkt dat er 755 psychiaters werkzaam waren als zelfstandige en 630 als werknemer en zelfstandige⁷.

Naast de positie in de werkkring rapporteert het CBS ook over de arbeidsduur van BIG-geregistreerde zorgverleners die werkzaam zijn in loondienst. Hierbij wordt de arbeidsduur opgesplitst in drie arbeidsduurklassen: minder dan 25 uur per week, 25 tot 35 uur per week en 35 tot 55 uur per week⁸. U kunt deze cijfers terugvinden in onderstaande tabel.

⁷ Het CBS hanteert de omschrijving van een zelfstandige als een persoon die voor eigen rekening of risico arbeid verricht in een eigen bedrijf of praktijk (als zelfstandig ondernemer), als directeur-groootaandeelhouder, in het bedrijf of de praktijk van een gezinslid zonder schriftelijke overeenkomst (meewerkend gezinslid), of als overige zelfstandige (bv. freelancer).

⁸ Het CBS hanteert voor de derde categorie een bovengrens van gemiddeld 55 werkuren per week overeenkomstig het maximaal aantal werkuren per week (op jaarbasis) in de CAO's van universitaire medische centra en algemene ziekenhuizen. In de CAO GGZ is opgenomen dat een werknemer bij een voltijd dienstverband gemiddeld 36 uur per week werkzaam is. Medisch specialisten zoals psychiaters werken bij een voltijd dienstverband gemiddeld ook 36 uur per week, maar kunnen een naar boven afwijkende arbeidsduur tot maximaal 45 uur per week afspreken.

Er zijn geen cijfers bekend over het aantal behandelaren met een eigen praktijk dat zich ook laat inhuren bij een instelling.

Cijfers BIG-geregistreerde zorgverleners verdeeld naar aandeel in arbeidsduur			
Beroep	Minder dan 25 uur per week	25 tot 35 uur per week	35 tot 55 uur per week
Psychiaters	12,2%	39,7%	48,2%
GZ-psychologen (incl. klinisch psychologen en klinisch neuropsychologen)	29,5%	52,5%	18,0%
Psychotherapeuten	25,5%	46,0%	28,5%
Verpleegkundig specialisten ggz	8,4%	44,9%	46,7%
Bron: CBS Statline 2019			

Ik heb uw Kamer bij brieven van 4 juni 2020 en 13 november 2020 geïnformeerd over de gezamenlijke oplossingsrichtingen van Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) en de Nederlandse ggz om de problematiek rond de ANW-diensten aan te pakken. Deze aanpak heeft tot doel om de bezettingsproblematiek in de ANW-diensten op te lossen. Door de coronacrisis heeft het traject enige vertraging opgelopen. Zo wordt momenteel gewerkt aan de regionale plannen. Wel wil ik vermelden dat het de meeste instellingen altijd lukt om de diensten in te vullen, bijvoorbeeld door inhuur van ZZP'ers.

De benadering van de NVvP en de Nederlandse ggz bestaat eruit dat koepels, werkgevers en zorgprofessionals samen komen tot gedragen en structurele oplossingen. NVvP en de Nederlandse ggz monitoren de voortgang van de aanpak doorlopend, en faciliteren en stimuleren hun leden om actief aan de slag te gaan in hun eigen instelling.

Concreet is het inzicht in de regionale situaties aangescherpt en er worden onderling actief 'best practices' gedeeld. Dit proces loopt nog, en het voornemen is om eind 2021 door flyers de resultaten met de regio's te delen. Ik vind het verder belangrijk om te melden dat inmiddels 95% van de leden van de Nederlandse ggz beschikt over een georganiseerde vorm van inspraak van medisch specialisten (veelal in de vorm van een medische staf). Dit versterkt de betrokkenheid van de behandelaren. Partijen hebben bovendien onderzoek gedaan naar de beloning van ANW- en crisisdiensten. Zij bezien momenteel hoe de resultaten hiervan te benutten.

Tot slot onderzoekt de NVvP momenteel een kwalitatieve maatregel, namelijk door via de herregistratie te onderzoeken welke knelpunten de psychiaters ervaren en hoe die knelpunten kunnen worden weggenomen.

Vraag 9.

Kunt u aangeven hoe hoog het ziekteverzuim binnen de ggz is, uitgesplitst naar kortdurend (minder dan 1 maand), middellang (minder dan 3 maanden) en lang (meer dan drie maanden)?

Antwoord:

Het ziekteverzuim in de ggz bedroeg in juni 2021 6,2 procent. Dit percentage is afkomstig van onderzoeksbureau Vernet. In de onderstaande tabel zijn de verzuimcijfers uitgesplitst in de vier duurklassen die Vernet hanteert.

Verzuimpercentage ggz naar duurklasse - juni 2021	
1 t/m 14 dagen (kortdurend verzuim)	0,83%

15 t/m 91 dagen (middellang verzuim)	1,99%
92 t/m 365 dagen (lang verzuim)	2,60%
366 t/m 730 dagen (extra lang verzuim)	0,79%
Totaal	6,20%
<i>Bron: Vernet 2021</i>	

Vraag 10.

Welk deel van het ggz-budget wordt gebruikt voor externe inhuur, uitgesplitst naar behandelaren en ondersteunend personeel, en wat is de gemiddelde uurprijs die daarvoor wordt betaald? Indien dit nu niet bekend is, bent u dan bereid daar onderzoek naar te laten doen?

Antwoord:

Inkoopcoöperatie Intrakoop heeft eind vorig jaar de beschikbare jaarverslagen over het verslagjaar 2019 van organisaties actief in de ggz geanalyseerd⁹. Hieruit blijkt dat de uitgaven voor personeel niet in loondienst in dat jaar zo'n 8% van de totale personeelskosten uitmaakten. Uit dezelfde analyse blijkt dat de totale bedrijfslasten in de ggz gemiddeld voor ongeveer driekwart bestaan uit personeelskosten, wat de uitgaven voor personeel niet in loondienst in 2019 ongeveer 6% van de totale bedrijfslasten maakten. Een uitsplitsing naar soort personeel niet in loondienst is niet beschikbaar, noch is bekend wat de gemiddelde uurprijs is die voor externe inhuur wordt betaald.

Uit een eerdere inventarisatie van de Nederlandse ggz volgt dat beschikbare gegevens over tarieven niet zonder meer te vertalen zijn naar een representatief beeld. Om deze reden lijkt het mij niet zinvol om daar onderzoek naar te laten doen.

Vraag 11.

Worden volgens u te weinig professionals opgeleid en zo ja, wat zijn daar de oorzaken daarvan? Wie is daar verantwoordelijk voor?

Antwoord:

Het Rijk bekostigt voor een aantal ggz-beroepen de opleidingsplaatsen (zie antwoord op vraag 3 om te zien op welke beroepen deze betrekking hebben). Voor wat betreft deze opleidingen kan ik zeggen dat het aantal opleidingsplaatsen jaarlijks wordt bepaald op basis van een advies van het Capaciteitsorgaan. In dit advies wordt aangegeven hoeveel opleidingsplaatsen er benodigd zijn, opdat er in de toekomst voldoende zorgprofessionals zijn. De relevante veldpartijen hebben zitting in het Capaciteitsorgaan en zijn dus direct betrokken bij de totstandkoming van deze raming, welke gericht is op het in evenwicht brengen van vraag en aanbod over een langere termijn van 12 jaar.

Om tekorten te voorkomen en waar nodig weg te werken, vind ik het belangrijk aan te geven dat VWS waar mogelijk het voorkeursadvies van het Capaciteitsorgaan volgt. Dit geldt zowel voor het aankomende jaar als voor de afgelopen jaren.

Dat er desondanks toch tekorten ontstaan in de praktijk, heeft verschillende oorzaken. De zorgvraag –en daarmee de arbeidsvraag- heeft zich op een andere manier ontwikkeld dan vooraf werd ingeschat. Daarnaast kan ook het arbeidsaanbod afwijken van de raming. Zo worden niet altijd alle beschikbare opleidingsplaatsen vervuld of komen niet alle professionals na het afronden van

⁹ Intrakoop en Verstegen accountants en adviseurs: Jaarverslagenanalyse Zorgsector 2019. <https://www.intrakoop.nl/docs/default-source/Intrakoop-Jaarverslagenanalyse/intrakoop-jaarverslagenanalyse-ggz-2019>

een opleiding te werken in het werkveld waarvoor ze zijn opgeleid. Ten slotte stromen er ook professionals uit de sector. Om dit laatste zoveel mogelijk te voorkomen wordt er met het Actieprogramma Werken in de zorg ingezet op het behoud van zorgprofessionals en het aantrekkelijker maken van het werken in de zorg.

1) NOS, 3 augustus 2021, 'Tekort aan behandelaren veroorzaakt naast wachtlijsten ook patiëntenstop in ggz' (<https://nos.nl/artikel/2392381-tekort-aan-behandelaren-veroorzaakt-naast-wachtlijsten-ook-patientenstop-inggz>)