

Vergaderjaar 1997–1998

**25 424**

## Geestelijke gezondheidszorg

**Nr. 3**

### VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Vastgesteld 29 januari 1998

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport<sup>1</sup> heeft op 11 december 1997 overleg gevoerd met minister Borst van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over **de geestelijke gezondheidszorg** (25 424, nrs. 1 en 2).

Van het gevoerde overleg brengt de commissie bijgaand verslag uit.

#### Vragen en opmerkingen uit de commissie

De heer **Fermina** (D66) merkte op dat de beleidsbrief is bedoeld als stimulans voor alle binnen de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) werkzame onderdelen om zich te beraden over de eigen organisatie, wat vooral van belang is om de achterstandspositie van de GGZ ten opzichte van de somatische zorg te verkleinen. De minister heeft de sector goed bij de voorbereiding van de beleidsbrief betrokken. Zij wil ruimte geven aan de gedachten en vernieuwingen uit het veld.

In het JOZ staat op blz. 34 dat gezondheid een structureel aandachtspunt moet zijn bij de voorbereiding van beleid van andere ministeries. Wordt daarbij ook gedacht aan de GGZ?

Het is volstrekt duidelijk dat er sprake is van een achterstand van de GGZ, omdat het ook in het geheel van de gezondheidszorg een relatief nieuw beleidsterrein is. De heer Fermina vroeg of de minister het ermee eens is dat de GGZ van iedere burger vanaf de geboorte even goed verzorgd moet worden als nu de lichamelijke zorg.

In een visie op de GGZ past signalering van een aantal problemen, zoals het behandelen van individuele problemen van mensen die aan geestelijke kwalen lijden, traumatisering in de vroege jeugd, de betrokkenheid van het gezin bij iemand die GGZ-hulp nodig heeft, en de grote discrepantie tussen vraag en beschikbare middelen. Door de ontzuiling is het opvangen van psychisch leed meer een taak van de overheid geworden. De overheid kan niet alles oplossen, maar kan er ook niet met de rug naartoe gaan staan. Worden de problemen geïnventariseerd en worden zij betrokken bij de verdere planontwikkeling?

Het overgrote deel van het GGZ-budget gaat naar een relatief klein aantal mensen met zeer ernstige en langdurige stoornissen. Daarnaast is er een veel groter aantal mensen die relatief een geringer beslag leggen op capaciteit en middelen en die veelal ambulante worden behandeld. De heer

<sup>1</sup> Samenstelling:

Leden: Lansink (CDA), Schutte (GPV), Van Nieuwenhoven (PvdA), voorzitter, Van der Heijden (CDA), ondervoorzitter, Van Heemskerck Pillis-Duvekot (VVD), M. M. H. Kamp (VVD), Doelman-Pel (CDA), Swildens-Rozendaal (PvdA), Vliegenthart (PvdA), Mulder-van Dam (CDA), Middel (PvdA), Leerkes (Unie 55+), Nijpels-Hezemans (groep-Nijpels), Fermina (D66), Oedayraj Singh Varma (GroenLinks), Dankers (CDA), Marijnissen (SP), Essers (VVD), Oudkerk (PvdA), Cherribi (VVD), Sterk (PvdA), Van Bortel (D66), Van Vliet (D66), Van Blerck-Woerdman (VVD) en Wessels (D66).  
Plv. leden: Heeringa (CDA), Van der Vlies (SGP), Lilipaly (PvdA), Meijer (CDA), Rijpstra (VVD), Voûte-Droste (VVD), Smits (CDA), Dijkma (PvdA), Beinema (CDA), M. M. van der Burg (PvdA), Rouvoet (RPF), Meyer (groep-Nijpels), Van Waning (D66), Sipkes (GroenLinks), G. de Jong (CDA), Passtoors (VVD), Apostolou (PvdA), J. M. de Vries (VVD), Noorman-den Uyl (PvdA), Bremmer (CDA), Bakker (D66), Hoogervorst (VVD) en Van den Bos (D66).

Fermina vroeg of de zorg voor deze groep aparte en nadrukkelijke aansturing nodig heeft.

De beleidsbrief is stimulerend voor de GGZ, maar er wordt nog te weinig aandacht besteed aan de inhoud. De heer Fermina stelde de vraag of de minister ook vindt dat het beleid van de overheid om tot betere structuren in de GGZ-sector te komen de inhoudelijke vernieuwing niet mag belemmeren. Probleem is ook dat een goede financiële onderbouwing ontbreekt.

Over de chronische psychiatrie wordt relatief veel gezegd, maar over de acute en kortdurende zorg en over de consequenties voor andere sectoren in de gezondheidszorg heel weinig. De fractie van D66 verwachtte op dit punt initiatieven uit het veld.

De heer Fermina zei dat op langere termijn de GGZ verantwoordelijk zal zijn voor de zorg, en de gemeenten voor de ondersteuning in de eigen woon- en leefomgeving. In de modelprocedure van het Indicatieoverleg geestelijke gezondheidszorg is geen centrale rol weggelegd voor de gemeenten. Moeten de gemeenten geen rol hebben bij de organisatie en vormgeving van de indicatiestelling in de GGZ?

Met betrekking tot het grensvlak van de verstandelijke gehandicaptenzorg en de GGZ is de vraag welke elementen bepalend zijn voor het onderscheid in de zorg voor verstandelijk gehandicapten met gedragsproblemen. Hoe vindt voor hen de indicatiestelling plaats?

De heer Fermina zei dat de minister met de inzet van multifunctionele eenheden (MFE) de ontwikkeling van de samenwerking positief heeft beïnvloed. Desalniettemin klinken in het veld geluiden dat de financiële ondersteuning van de MFE's tekortschiet. Is dat inderdaad het geval?

De introductie van het persoonsgebonden budget zal wellicht over twee jaar plaatsvinden, na evaluatie van experimenten in drie regio's. De minister is van mening dat de introductie van een persoonsgebonden budget in de GGZ de ontwikkeling van begeleiding en opvang voor en door (ex-)patiënten kan versnellen. Wil de minister dan de invoering van het persoonsgebonden budget versnellen?

In de GGZ ontbreekt een goed georganiseerde cliëntenorganisatie. Hoe staat het overleg met de betrokken organisaties ervoor? De fractie van D66 is voorstander van regionale organisaties van cliënten- en patiëntenorganisaties, waarin ook de GGZ is ondergebracht. Probleem is dat de organisaties te veel afhankelijk zijn van de instellingen en het toegestane budget.

Het belang van het algemeen maatschappelijk werk is duidelijk, want het ontlast de tweedelijnsgezondheidszorg en het speelt een grote rol bij hulp bij psychosociale problemen. Er ontstaan echter wachtlijsten bij het algemeen maatschappelijk werk. Dat is slecht, want het versterkt processen van armoede, achterstelling en sociaal isolement, vooral voor hulpvragers met een laag inkomen. De heer Fermina vroeg wat de minister hieraan gaat doen.

Er vindt een onderzoek plaats naar zorg aan huis bij psychiatrische patiënten. Is het raadzaam, de uitkomst van dit onderzoek af te wachten alvorens via zorg-op-maat op grote schaal deze vorm van thuiszorg aan te bieden?

Voor een verdergaande extramuralisering van het zorgaanbod zijn ook veranderingen nodig bij de verpleegkundige beroepsgroep. Die nieuwe taken vragen een specifieke deskundigheid. Mede gezien het dreigende tekort aan gekwalificeerde verpleegkundigen, is het de vraag of dit een reden kan zijn om het tempo te verminderen.

Door een verbetering van de samenwerking kunnen veel problemen in de GGZ worden verminderd, en kunnen vraag en aanbod ook beter op elkaar worden afgestemd. Het proces is van binnenuit op gang gekomen, met stimulering door de minister.

De heer Fermina was van mening dat de vele positieve punten in de beleidsbrief wegvallen tegen de discussie over de eigen bijdrage.

Niemand vindt het invoeren van eigen bijdragen leuk. Toch moet de toegankelijkheid van de zorg voor iedereen overeind blijven. Invoering van een eigen bijdrage moet wel zo rechtvaardig mogelijk gebeuren. Het voorstel van de minister past in de systematiek van de eigen bijdragen in de AWBZ, want er wordt rekening gehouden met de inkomenspositie. Er bestaan echter zorgen over de groep mensen die langdurig moeten worden opgenomen en die een partner of gezin thuis achterlaten. Deelt de minister de zorg dat voor hen de hoogte van de eigen bijdrage fors kan aantikken? Wellicht is het mogelijk, voor de eerste twee weken van opvang geen eigen bijdrage te heffen. Dit verlaagt ook de drempel van het vragen van hulp. Te allen tijde dient te worden voorkomen dat mensen om financiële motieven de zorg mijden. Kan de minister aangeven wat de financiële consequenties zijn als de eigen bijdrage de eerste twee weken niet wordt geheven? Bij de berekening dient te worden meegenomen dat na de eerste opname bij de volgende opname in datzelfde jaar niet opnieuw de eigen bijdrage is verschuldigd. In de systematiek van de AWBZ blijkt het mogelijk te zijn een drempel van twee weken in te voeren. De heer Fermina signaleerde dat de minister de hele GGZ voorlopig binnen de AWBZ wil houden. Dat is een goede keuze, want daardoor wordt negatieve substitutie voorkomen en wordt de samenhang tussen de verschillende GGZ-onderdelen bevordert.

De heer **Bremmer** (CDA) stemde in met de hoofdlijn van de aanpak van de minister, namelijk om niet te kiezen voor een blauwdruk, maar waar mogelijk voor een bottom-upbenadering. Het viel hem op dat bij de keuze voor de stapsgewijze benadering veel onderdelen of onderwerpen nog nader onderzocht moeten worden. Is het voortgangstempo dan niet te laag?

In de brieven is onvoldoende ingegaan op de effectiviteit van het sedert vorige nota's gevoerde kabinetsbeleid. Verder moet er een gedegen analyse komen van de achterliggende oorzaken van de continue stijging van de hulpvraag, met een visie van de minister daarop.

Welke visie heeft de minister op de identiteit van de GGZ? Betreft het een sector van maatschappelijke instellingen c.q. ondernemingen die in staat geacht kunnen worden zorg aan te bieden die voldoet aan bepaalde kwaliteitseisen, of moet de sector op die kwaliteitspunten vooral van overheidswege worden aangestuurd?

Gelet op de toenemende zorgvraag, moet duidelijk zijn dat burgers ook een verantwoordelijkheid hebben voor de eigen (geestelijke) gezondheid en het verantwoord gebruik van voorzieningen.

Medicalisering van levensvraagstukken is ongewenst. Hoewel de grens vaak moeilijk is te trekken, moet periodiek worden gekeken naar een duidelijker onderscheid tussen ziekte, in de zin van psychische stoornis, waarbij een beroep op de GGZ mogelijk is, en geen ziekte, waarbij een beroep op de GGZ ongewenst is. Aldus kan een discussie over het domein van de GGZ, mits genuanceerd gevoerd, een belangrijke bijdrage leveren aan een realistische visie op de ontwikkeling van de zorgvraag. In deze discussie zijn door Höppener stimulerende elementen aangedragen om te komen tot afbakening van het terrein van de GGZ en tot een bepaling van de eigen verantwoordelijkheid van de burgers. De minister vindt het «beslissend of iemand het al of niet op eigen kracht redt». Zij wil de toegang tot de collectief gefinancierde GGZ niet beperken aan de hand van onderscheid in soorten problematiek. Voor haar is het professionele oordeel van de betrokken beroepsbeoefenaren bepalend voor de hulpvraag. Gaat de minister dan niet te gemakkelijk voorbij aan de domeinplooiën? Wat vindt zij van de opvattingen in het WRR-rapport over evidence based medicine? Het is nog maar de vraag of men met een adequate poortwachtersfunctie van de huisarts en een objectieve en onafhankelijke indicatiestelling, naast protocollering, nog los van de

noodzakelijke preventie, komt tot een voldoende beheersing van de zorgvraag, dus een gepast gebruik van de GGZ.

De heer Bremmer zei dat de CDA-fractie de opvatting steunt dat zonder extra impuls de vermaatschappelijking van de zorg zich in onvoldoende mate en met onvoldoende tempo zal doorzetten, maar dat dit niet geforceerd kan. De minister kiest een goede benadering ten aanzien van de concrete voorstellen voor de RVZ. Er is een evenwichtig tweesporenlisering en anderzijds rekening houden met chroniciteit en het behoud van de asielfunctie. Men kan ook een herwaardering van de asielfunctie proeven, niet alleen vanuit de forensische psychiatrie.

De heer Bremmer constateerde dat de minister de vergaande voorstellen van de RVZ afwijst. Kan de minister haar voornemen verduidelijken om, op basis van provinciaal opgestelde regiovisies, binnen sectorale zorgvisies bandbreedtes aan te geven voor het aantal intra- en semi-murale plaatsen dat in een regio beschikbaar dient te zijn? In welke provincies c.q. gezondheidsregio's wordt reeds op basis van zulke regiovisies gewerkt?

In het MGV van november 1997 wordt in een open brief geconstateerd dat de ontwikkeling van RIAGG's en RIBW's niet is samengegaan met een afbouw van het aantal klinisch-psychiatrische bedden. Het GGZ-budget wordt voor 75% nog steeds besteed aan beddenzorg in psychiatrische ziekenhuizen. De andere 25% gaat naar honderdduizenden mensen in psychische nood. Wat is de reactie van de minister op de open brief? De meeste psychiatrische patiënten behoren tot de armste groepen in de samenleving. Vermaatschappelijking van de zorg mag in elk geval niet leiden tot een verdere verschraling van het vaak toch al marginale bestaan van deze groepen. Tijdens het gehouden rondetafelgesprek is geconstateerd dat het bestaande maatschappelijke vangnet vaak niet op mogelijkheden van de psychiatrische doelgroep is afgestemd. Het is zorgwekkend dat tal van psychiatrische patiënten de GGZ helemaal niet lijken te bereiken.

Het is jammer dat de motie-Lansink over het afwijzen van de eigenbijdrageregeling geen meerderheid verwierf bij de bespreking van het JOZ. De heer Bremmer merkte op dat de CDA-fractie waar mogelijk pogingen zou steunen om alsnog verbeteringen aan te brengen in de huidige regeling. De minister hanteert in de GGZ-brief een stapsgewijze en fasegewijze benadering. Groeit de minister inmiddels stapsgewijze toe naar een ander voorstel? Er is ook het probleem van mensen die opgenomen worden die anderen thuis achterlaten met doorlopende huisvestingslasten en dergelijke. Voor deze mensen is de regeling erg bezwaarlijk.

De heer Bremmer constateerde dat de minister er kennelijk van uitgaat dat de kosten van extramurale opvang worden ondervangen door de afbouw van bedden. Dat blijkt in de praktijk niet het geval te zijn. Een patiënt die intramuraal wordt behandeld, zal niet snel klagen als een therapie op een bepaald moment geen doorgang vindt. Een patiënt met een zogenaamde opvangvervangende deeltijdbehandeling, die speciaal voor zijn programma naar het ziekenhuis komt, zal wel die therapie eisen. Wat is de reactie van de minister hierop?

Wat vindt de minister van de opvatting dat er nog veel winst te boeken is in de behandeling in de eerste lijn van mensen met een kortdurende problematiek of lichtere psychosociale problemen?

Bij de extramuralisering dient er ook aandacht te zijn voor het waarborgen van de geestelijke verzorging. Dit aspect wil nog wel eens ondersneeuwen bij veel fusie- en reorganisatieprocessen.

Er is een forse ondersteuning nodig in de opbouw van de maatschappelijke steunfuncties. De minister wil hierover overleg starten met de VNG, de GGZ-koepels en betrokken ministeries. Wanneer wordt dit overleg gestart en wat is daarbij de inzet van de minister? Kan de Kamer een

inventarisatie tegemoet zien van de noodzakelijke investeringen in de opbouw van de steunfuncties?

De heer Bremmer steunde het beleid dat de minister ontvouwt ten aanzien van de scheiding van wonen en zorg. Wat bedoelt de minister met haar opmerking dat zij kritisch wil ingaan op de huisvestingsplannen van de instellingen? Waarom is dat niet eerder gebeurd?

Wat de indeling in compartimenten betreft moeten eerst de nadelige effecten worden opgeheven van eventuele GGZ-overheveling. De heer Bremmer wees een eventuele knip af. Er moet volstrekte helderheid bestaan over de definitie van onverzekerbare langdurige repeterende zorg en over de manier waarop daarin kan worden voorzien. Het bezwaar geldt a fortiori overheveling naar het derde compartiment. In dit verband rijst ook de vraag hoe de minister opleiding/nascholing van huisartsen op het terrein van de GGZ denkt te stimuleren. Welke mogelijkheden ziet zij op korte termijn in verband met de poortwachtersfunctie?

Door het veld is een voorstel voor de indicatiestelling op tafel gelegd. Hoe en wanneer denkt het kabinet daarop te reageren?

De doelmatigheid krijgt terecht veel aandacht. GGZ-Nederland verdient waardering voor effectiviteitsstudies die prominent op haar onderzoeksprogramma staan. Over de effectiviteit van behandelingen is betrekkelijk weinig bekend. Er is dan ook grote behoefte aan evidence based onderzoeksresultaten. Wat zijn de voornemens van de minister op dit vlak?

De hulpvraag neemt nog steeds toe. Uitgaande van een stijging van 1:6 naar 1:4 vergt het voor de periode 1995–2000 een extra bedrag van 1 mld. De minister gaat daar niet op in, maar stelt slechts dat er veel is bereikt op het terrein van de kostenbeheersing. Bij de benodigde extra middelen voor de toekomst moet er ook ruimte zijn voor zorgvernieuwing.

In de financiële paragraaf van de GGZ-brief ontbreekt een doorvertaling naar latere jaren wat de toegestane volumegroei betreft. Die cijfers staan wel in het JOZ. Hoe reëel is de drastische ombuiging van 3,2% naar 1,5% in 2002? Kan van de stijging in de afgelopen jaren een onderverdeling worden gemaakt naar oorzaken, zoals de nominale bijstelling, de loon- en prijsstijgingen en de volumegroei? In de financiële paragraaf zijn niet de consequenties aangegeven van genomen dan wel te nemen maatregelen. Dat vraagt weer een goed inzicht in de financiële ontwikkeling en de verwachte ontwikkeling na invoering van de maatregelen.

Wat de cliëntenparticipatie betreft is de inbreng van de cliënten in een vernieuwd zorgaanbod nog onvoldoende. Het is terecht dat de nota steun uitspreekt voor consumerrunprojecten.

De richting die in de brief over de OGGZ wordt gekozen, is naar de mening van de heer Bremmer een goede richting. Er worden wel nogal wat verwachtingen gewekt ten aanzien van de rol van de gemeente. Kan de gemeente die rol waarmaken? De commissie-Lemstra zet vraagtekens bij het feitelijk functioneren. Moet de minister het proces niet meer faciliteren, opdat de gemeente meer aan haar rol toekomt?

In de beleidsbrief over de OGGZ wemelt het van de overlegplatforms en -forums. Ziet men dan door de bomen het bos nog wel? Hoe verhoudt zich die veelheid aan overlegplatforms tot de gewenste transparantie en doelmatigheid?

Hoewel de gekozen richting een goede is, moet de minister wel tempo maken. Een krachtige stimulering van het proces van vermaatschappelijking is vereist. Kan de minister de Kamer vóór 1 mei a.s. een stappenplan en een tijdplan doen toekomen op weg naar de sectorale zorgvisie?

Er is bijzondere aandacht nodig voor de materiële positie van grote groepen psychiatrische patiënten. Een eigen bijdrage is daarom onverstandig en ondoordacht. Mocht er toch een eigen bijdrage nodig zijn, dan moet worden aangesloten bij de systematiek van de bijdragen voor het

algemeen ziekenhuis, met de f 8 per dag, tot maximaal f 200. Overigens kan in de brief de onderbouwing van de financiële paragraaf beter. Voor het GGZ-veld is naar het oordeel van de heer Bremmer duidelijkheid vereist, in de vorm van kaders waarbinnen de GGZ zich mag bewegen. Hierbij hoort een duidelijke verantwoordelijkheidstoedeling en een afgrenzing met het maatschappelijk werk. De minister moet dit proces ruimhartig faciliteren.

De heer **Van der Vlies** (SGP) herinnerde aan de behandeling, vieren-eenhalf jaar geleden, van de nota Onder anderen en de trend van vermaatschappelijking van de GGZ en de zorgvernieuwing. Zijn de doelstellingen die in deze nota werden geschetst, binnen bereik gekomen? Dat kan iets zeggen over de effectiviteit van het beleid. Door allerlei maatschappelijke ontwikkelingen is de zorgvraag helaas niet afgenomen. Ook in de komende jaren wordt een stijgende trend voorzien. Onzekerheid kan als kernbegrip voor de stijgende zorgvraag gelden. Om de zorgvraag adequaat te kunnen opvangen, zal er in de komende jaren veel moeten gebeuren, hoewel er rekening mee gehouden moet worden dat veel beleidsinspanningen niet meer dan symptoombestrijding zullen zijn. De lijn van vermaatschappelijking door middel van deconcentratie van psychiatrische ziekenhuizen, extramuralisering van de zorg en beperking tot de kernfuncties verdient steun. Positief is de vorming van multifunctionele eenheden, zij het dat men daarbinnen wel echt tot functionele samenwerking moet komen.

De minister wil zich niet vastleggen op een scenario van extramuralisering dat door de RVZ is geadviseerd, namelijk binnen tien jaar 6000 intramurale bedden afbouwen. Zal de manier van aansturing die de minister voorstelt, leiden tot hetzelfde eindbeeld als de RVZ voor ogen had, of vindt de minister dat beeld niet wenselijk? Wat moet in dit verband worden verstaan onder «draagvlak in de samenleving», zoals in de brief staat?

De heer Van der Vlies ging akkoord met de beschouwing in de brief over de indeling van de GGZ in de verzekeringscompartimenten. De discussie over een eventuele knip in de GGZ komt nog een keer terug aan de hand van een advies van de RVZ. Wanneer kan die nadere discussie over het advies en het regeringsstandpunt verwacht worden?

Over de afstemming tussen de GGZ en aanpalende functies, zoals het algemeen maatschappelijk werk, moet helderheid komen, zeker met het oog op het vormgeven aan een poortwachtersfunctie voor de GGZ. De maatschappelijke opvang en het algemeen maatschappelijk werk worden op een andere manier gefinancierd. Wanneer krijgt de Kamer nadere informatie over de bezinning op die afstemming? Kan en mag in dit opzicht alles verwacht worden van de huisarts als poortwachter?

De SGP-fractie heeft bij de begrotingsbehandeling de motie-Lansink over het afwijzen van de eigen bijdrage gesteund. Een eigen bijdrage wordt niet dogmatisch op voorhand afgewezen, maar er zijn wel twee snoei-harde voorwaarden aan verbonden, namelijk dat de toegankelijkheid voor eenieder gegarandeerd moet zijn en dat er sprake moet zijn van zoveel mogelijk gelijke behandeling. Een eventuele eigen bijdrage moet worden geïnd naar draagkracht. Het voorgestelde systeem van een eigen bijdrage in de GGZ divergeert te sterk met de systemen die elders in de zorg gelden. Het voldoet niet aan de criteria van de SGP. Het is daarom beter aansluiting te zoeken bij de bijdragen in algemene ziekenhuizen. De bedragen die voor de GGZ de ronde doen, oplopend tot f 1085, zijn erg hoog.

De minister stelt in de brief vast dat het opvangen van de toekomstige zorgvraag de grote uitdaging is voor de GGZ. De wachtlijsten mogen niet bestaan. De financiële gevolgen van een beleidsimpuls worden echter niet zichtbaar gemaakt. Kunnen de ontwikkelingen, zowel bij ongewijzigd beleid als bij het beleid dat in de beleidsbrief wordt geschetst, in

meerjarig perspectief in beeld worden gebracht? Bij elk van de tussenkopjes uit par. 6 van de brief kan de vraag worden gesteld wat het kwantitatief betekent.

Mede namens de fracties van de RPF en het GPV ging de heer Van der Vlies in op de bedreiging van de continuïteit van de GLIAGG De Poort. Die instelling heeft in 1991 een erkenning gekregen, met de opdracht om het volledige RIAGG-pakket aan functies te ontwikkelen. Daartoe is een beleidsplan ontwikkeld en geaccordeerd. Tot dusverre is het budget echter volstrekt onvoldoende meegegroeid om aan de opdracht te kunnen voldoen. Uit een recent inspectierapport blijkt grote bezorgdheid over lange wachtlijsten. Het is niet acceptabel dat een instelling met een opdracht op pad wordt gestuurd en dat daarvoor noodzakelijk geld niet beschikbaar wordt gesteld. De minister heeft incidenteel gelden beschikbaar gesteld om de grootste nood te lenigen. Er is echter zekerheid nodig, bijvoorbeeld voor het voeren van een adequaat personeelsbeleid. Wil de minister bevorderen dat structureel middelen beschikbaar komen, opdat de instelling kan voldoen aan de verplichting uit de erkenningsopdracht? In deze tijd, waarin de keuzevrijheid van de cliënt centraal staat, zeker in de GGZ, mag het niet voorkomen dat de instelling 60% van de hulpvragen moet afwijzen of doorverwijzen vanwege capaciteitsgebrek. De behoefte aan deze hulpvraag heeft zich in de afgelopen jaren voldoende bewezen. De instelling heeft bewezen, kwalitatief verantwoord, zorg te leveren. Van een wegzuigen van cliënten bij collega-instellingen is geen sprake. De minister overweegt nu echter om de erkenning als RIAGG in te trekken. Op grond waarvan zou dat moeten plaatsvinden? Een instelling die door een tekort aan betaalbaar gestelde budgettering niet aan haar opdracht kan voldoen, wordt toch niet gestraft met intrekking van de erkenning? Realiseert de minister zich dat bij het doorzetten van dit voornemen een groep verzekerden dan vanwege het identiteitsaspect verstoken blijft van adequate hulpverlening? Wil de minister haar voornemen heroverwegen en een uiterste poging doen met de instelling tot een aanvaardbare oplossing te komen? Mocht de minister blijven bij haar voornemen tot intrekking – quod non – wanneer valt dan een definitieve beslissing te verwachten? Aan deze langdurige periode van onzekerheid voor instelling en cliënten moet een einde komen. Wat de openbare geestelijke gezondheidszorg betreft ligt en grote beleidsmatige verantwoordelijkheid voor de vormgeving op gemeentelijk of regionaal niveau. Staan de gemeenten op dit punt al voldoende voorgesorteerd? Moet niet de consequentie worden getrokken dat naast een landelijk platform de totstandkoming van regionale platforms wordt bevorderd wat het cliëntenbelang betreft?

Mevrouw **Oedayraj Singh Varma** (GroenLinks) steunde, mede namens de groep-Nijpels, op hoofdlijnen de GGZ-brief, hoewel een financiële vertaling ontbreekt.

Het is belangrijk dat er nu een aantal zaken over de GGZ op de rails zijn gezet en dat er duidelijk politieke aandacht voor de GGZ-sector is. Wellicht kan er voortaan minstens één keer per jaar een discussie worden gevoerd over de voortgang in het GGZ-beleid, ook met de betrokkenen in het veld. De minister stelt dat de GGZ vooralsnog in de AWBZ moet. Daarom moet overheveling van delen van de GGZ naar het derde compartiment inderdaad worden afgewezen. Gewacht moet worden op de discussie over het eerste en tweede compartiment.

Een systeem voor een objectieve integrale onafhankelijke indicatiestelling is een goede zaak. De weerstand daartegen in het veld was nogal groot. Wat is de stand van zaken? Hoe groot zijn de zorgregio's in verband met de indicatiestelling?

Mevrouw Oedayraj Singh Varma vroeg of de minister zich wil inzetten voor een persoonsgebonden budget in de GGZ. Hoe verlopen de experimenten op dit terrein?

In Amsterdam zijn de wachtlijsten in de GGZ zo groot dat men begint met een wachttijd van minimaal vier maanden. Sommige hulpverleners proberen creatief te zijn en de wachtlijsten te omzeilen. Daardoor worden echter de wachttijden voor anderen nog langer. Iemand die zwaar depressief is, kan natuurlijk niet vijf maanden op een wachtlijst staan. Wachtlijsten horen in de GGZ eigenlijk niet te bestaan. Kan de minister aangeven hoe groot de problematiek van de wachtlijsten is? Welke stappen wil de minister zetten om de wachtlijsten weg te werken? Mevrouw Oedayraj Singh Varma constateerde dat de instellingen zelf hebben toegewerkt naar de budgetmaximering. Dat was op zichzelf een goede maatregel. Toch zijn daardoor de wachtlijsten ook weer langer geworden. Er moet reëel gebudgetteerd worden. Het is belangrijk dat in de GGZ ook de patiënten- en cliëntenorganisaties een plaats krijgen. De minister is het daarmee eens, maar de positie van de patiënten- en cliëntenorganisaties kan nog sterk verbeterd worden. Zij moeten niet slechts gehoord worden. Zij moeten een partner in het geheel zijn. Als straks de regio's totstandkomen, moeten de organisaties gesteund worden in het opzetten van patiëntenplatforms op regionaal niveau. De regionale organisatie is nog niet goed van de grond gekomen. Door de hulpverleners wordt het RIAGG als een soort bolwerk ervaren. Vanwege de wachtlijsten komt men er niet door om een afspraak te maken. Kan er niet gekeken worden naar een systeem waardoor het makkelijker wordt om een afspraak met het RIAGG te maken? Als de patiënten eenmaal bij het RIAGG zijn, is de hulpverlening goed. Er zijn dus geen klachten over de hulpverlening zelf, maar wel over de organisatorische kant.

Mevrouw Oedayraj Singh Varma zei dat er grote druk op het algemeen maatschappelijk werk komt, doordat er lange wachtlijsten zijn. De wachtkamers bij het AMW zitten helemaal vol. Zoals het nu gaat, raakt het AMW helemaal verstopt. Dan zit op een gegeven moment het hele circuit verstopt. Het resultaat zal zijn dat meer mensen gaan zwerven, in aanraking komen met de politie, enz.

De materiële positie van de mensen in de GGZ is een probleem. Een van die probleemgroepen wordt gevormd door de mensen in therapeutische woongroepen, die erg veel kosten hebben. Daarbij gaat het om voordeelers. Dat deel van het probleem moet op gemeentelijk niveau opgelost worden. Wil de minister bij de VNG aandacht vragen voor deze groep mensen?

Mevrouw Oedayraj Singh Varma zei dat in de GGZ-brief geen aandacht wordt besteed aan de niet-westerse GGZ. In de multiculturele samenleving moeten er mogelijkheden zijn voor samenwerking met niet-westerse hulpverlening in de GGZ. Kan hierover bij een volgende gelegenheid ook worden gepraat?

Een eigen bijdrage van f 210 tot f 1085 voor een kortdurende opname zou niet mogelijk moeten zijn. Er moet sprake zijn van rechtvaardigheid en evenredigheid. Dat leidt tot een inkomensafhankelijke eigen bijdrage, met een maximum. Er moeten niet steeds nieuwe eigen bijdragen komen. Met de voorgestelde hoge eigen bijdrage zullen er nog meer mensen voor kiezen om geen hulp te vragen. Als deze kwetsbare groep mensen geen hulp krijgt, zal dat gevolgen hebben voor de maatschappij. De mensen zullen gaan zwerven, raken geïsoleerd, komen in aanraking met criminaliteit, enz. Wil de minister de voorgestelde hoge eigen bijdrage heroverwegen?

Ten slotte ondersteunde mevrouw Oedayraj Singh Varma de vragen van de heer Van der Vlies over de GLIAGG's.

Mevrouw **Van Blerck-Woerdman** (VVD) constateerde dat er de afgelopen maanden veel aandacht voor de GGZ is geweest, ook in de politiek. Die aandacht kwam tot uiting op veel terreinen: de BOPZ, problemen rond de TBS en de forensische psychiatrie, wachtlijsten bij de



RIAGG's, de verslavingszorg, enz. Geconstateerd moet ook worden dat er een toenemende druk op de GGZ zelf ontstaat. Daarvoor moeten oplossingen gevonden worden.

Het heeft thans een jaar geduurd voordat er gesproken wordt over de GGZ-brief, waarin veel zinnige dingen in staan, maar er wordt geen visie in ontvouwd. Gelet op de toenemende vraag moet het kabinet aangeven hoe deze ingedamd kan worden, in die zin dat het kabinet wegen aangeeft waarbij de eigen verantwoordelijkheid van de mensen een rol speelt. De politiek moet daarbij overigens niet treden in de vraag wat wel of niet geestelijk leed is. De enige knip die te rechtvaardigen is, is een knip in tijd, zoals bij de somatische zorg wordt gehanteerd.

De gemiddelde uitgaven laten sinds 1990 een stijging van 3,6% zien. Ook in 1997 stijgen de uitgaven. Hoe vertaalt de minister die stijging? Vertaalt men de totale vraag, dan is men 1 mld. meer kwijt. Wil men zo'n stijging niet, dan moet men aangeven hoe men de zaak wil kanaliseren. Kan de minister daar een duidelijke visie op geven?

Mevrouw Van Blerck constateerde dat de GGZ in 1989 is overgeheveld naar de AWBZ. In 1992 zijn de farmaceutische hulp, de audiologische centra, de revalidatie en het erfelijkheidsonderzoek overgeheveld naar de AWBZ. Het huidige kabinet heeft een driecompartimentenstelsel ingevoerd. Hoewel de vier genoemde zaken naar het tweede compartiment zijn gebracht, zit de GGZ nog in haar geheel in de AWBZ. Het eerste compartiment bevat de langdurige en onverzekerbare zorg. De huidige situatie is onlogisch, omdat een groot deel van de huidige GGZ niet onder deze noemer valt. Zeker vanwege de extramuralisering en de vermaatschappelijking van de zorg wordt de situatie steeds onlogischer. De langdurigheid van de zorg moet het criterium zijn voor de AWBZ-financiering. Het komt de helderheid ten goede als de eerste tijdsknip in de GGZ wordt aangebracht tussen het eerste en het tweede compartiment, waarbij het jaar ziekenhuiszorg als voorbeeld wordt genomen. Een periode van een jaar is werkbaar, omdat de meeste opnamen korter duren dan een jaar.

Mevrouw Van Blerck was zeer ongelukkig met de eigen bijdrage die door de minister is voorgesteld voor de psychiatrische zorg. Met name de korter durende zorg hoort niet thuis in de AWBZ. Zij is volstrekt vergelijkbaar met ziekenhuiszorg, waar zij dus thuishoort. Er zou dus een eigen bijdrage geheven moeten worden die vergelijkbaar is met de ziekenhuiszorg. Een vergelijking met ouderen die naar een verzorgings- of verpleeghuis gaan, is moeilijk te maken, omdat veel psychiatrische patiënten terug willen naar hun eigen huis en omgeving. Het voorstel dat de minister het vorige jaar heeft gedaan om het financiële probleem op te lossen – een beperking van het aantal behandelingen van 90 naar 15, alleen voor de vrij gevestigde psychotherapeuten – verdiende niet de schoonheidsprijs, maar was toch beter dan het voorstel dat nu is gedaan. De beperking van het aantal behandelingen, onderbouwd door onderzoek, zou moeten gelden voor alle ambulante psychiatrische behandelingen. Behoort dit tot de mogelijkheden? De eigen bijdrage staat ingeboekt per 1 juli 1998. Wellicht kan hierover nog worden gesproken in het kader van de kabinetsformatie.

De OGGZ is een van de moeilijkste onderdelen van de psychiatrie. Zij heeft met veel spelers op het veld te maken. De minister geeft in haar brief veel mogelijkheden aan om er iets aan te doen. Het zijn er misschien zelfs te veel. Is het zinvol om op dit terrein via een taskforce, zoals bij de thuiszorg is ingesteld, met een aantal gemeenten te bespreken wat er allemaal mogelijk is? De minister moet niet afhankelijk worden van de goedwillendheid van deze of gene gemeente.

In alle sectoren is de vraag toegenomen. Uit onderzoek blijkt echter dat bij het algemeen maatschappelijk werk de vraag niet in zo sterke mate is toegenomen, terwijl dat toch een van de meest drempelvrije sectoren is. Heeft de minister er inzicht in wat de gemeenten uitgeven aan algemeen

maatschappelijk werk? Zijn die uitgaven toegenomen na decentralisatie? Hoe groot was die toename? Als de uitgaven op hetzelfde niveau zijn gebleven, is er niet veel extra's geboden.

Mevrouw Van Blerck achtte de poortwachtersfunctie van de huisarts uitermate belangrijk. Sommige huisartsen zijn er zeer voor geporteerd, terwijl anderen dat veel minder zijn. Heeft de minister een incentive om die functie wat beter in te bedden?

De thema's die in de brief worden aangesneden, hebben te maken met zorgvernieuwing, vermaatschappelijking en extramuralisering. Wat de asielfunctie van de GGZ betreft deelt de minister niet de opvatting van de RVZ om zo sterk af te bouwen dat in tien jaar tijd de 6000 plaatsen zijn bereikt. Die vrees is voorstelbaar. Geeft de minister echter niet duidelijk aan waar zij terecht wil komen en hoe snel dat moet gebeuren, dan zal het proces stagneren. Wil de minister de asielfunctie bewaren, dan moet zij deze omschrijven, ook in het kader van de forensische psychiatrie. Tegelijkertijd kan zij best aangeven hoeveel bedden er nog afgebouwd kunnen worden, zonder af te doen aan de asielfunctie.

In de brief staat dat er een uitgebreid commercieel circuit is ontstaan, via werkgeversverbanden, om de problemen van de arbeidsgerelateerde psychiatrie op te lossen. Bij de ombouw van de sociale zekerheid zal het kabinet er niet aan ontkomen ook op dit terrein ruimte te bieden voor initiatieven die ontplooid worden. In het land worden al veel initiatieven genomen, die wettelijk niet verboden zijn. Het is goed daarvoor kaders in het leven te roepen. Wat is de visie van de minister hierop?

De heer **Middel** (PvdA) vond het nuttig, aan de hand van de GGZ-brief met het kabinet een debat te voeren over de toekomst van de GGZ. Hij ging niet in op de OGGZ, omdat dat onderwerp te veel raakvlakken heeft met andere beleidsterreinen en omdat bespreking ervan te veel tijd zou vergen.

De minister constateert in de brief een toenemende samenhang en een verschuiving van aanbodgericht naar vraaggericht, zij het dat dit per regio uiteenloopt. Is die constatering wel juist? De wettelijk verankerde regiovisie is er nog steeds niet. Dat is een gemis. De extramuralisering verloopt nog niet naar wens. Er wordt al jarenlang gestreefd naar een vergroting van samenhang en naar vermaatschappelijking van de GGZ, maar toch bestaat de indruk dat dit nog niet tot aansprekende resultaten heeft geleid.

De heer Middel merkte op dat de minister schrijft dat de inbreng van patiënten en cliënten in wezen ondermaats is. De patiëntenbeweging onderschrijft dat. De wetten die de laatste jaren tot stand zijn gekomen, werken in de praktijk gewoon niet. Zo schijnt slechts 8% van de instellingen een cliëntenraad te hebben. Als deze signalen waar zijn, is er iets flink mis. Daar moet dan iets aan gedaan worden. De minister schrijft dat een bottom-upbenadering gewenst is. Die zienswijze moet worden doorgetrokken als het gaat om de patiënten- en cliëntenorganisaties. Dan kan niet van bovenaf worden gesteld dat de organisaties samengevoegd moeten worden.

Ten aanzien van het RVZ-rapport «Thuis in de zorg» concludeert de minister dat er 6000 bedden van intramuraal naar extramuraal moeten om de kwaliteit van het leven voor psychiatrische patiënten te verbeteren. Zitten er niet wat meer haken en ogen aan dan in de beleidsbrief naar voren komt; los van de materiële component? Zo is het zak- en kleedgeld jarenlang niet verhoogd. Het is nog steeds armoe troef binnen de psychiatrische instellingen. Ook het materiële aspect moet in ogenschouw worden genomen bij de beoordeling van de kwaliteit van het leven voor psychiatrische patiënten.

Als illustratie van de manier waarop dingen verkeerd lopen, geldt naar het oordeel van de heer Middel de gang van zaken rond de Jutterhof. De specifieke kortdurende behandeling van patiënten met het borderlinesyn-

droom kwam onder druk te staan, omdat de beherende instelling, de Rümkegroep, vond dat zij dat onderdeel moest sluiten. Op een of andere manier, bedoeld of onbedoeld, was in de richting van de patiënten de suggestie gewekt dat het de schuld van de Kamer was en dat de Kamer er iets aan kon doen. De minister heeft helder uiteengezet hoe het zit. Gisteren meldde de Rümkegroep ineens dat er zestien plaatsen beschikbaar zijn voor deze groep patiënten. Er wordt dus, bedoeld of onbedoeld, gesold met patiënten die in een problematische situatie verkeren. Als er een regiovisie was, met een goed overleg tussen overheden, instellingen, verzekeraars en patiënten- en cliëntenorganisaties, had dit niet kunnen gebeuren. Er moet dan ook haast worden gemaakt met de regiovisies.

De doelstelling van vermaatschappelijking is op zichzelf uitstekend, maar men moet er rekening mee houden dat de vermaatschappelijking ook grote risico's met zich brengt. In psychiatrische instellingen is er sprake van een relatieve bescherming en een zich relatief thuis voelen van de cliënten. Als zij buiten de muren van de instelling moeten, dreigen onzekerheid en sociale uitsluiting. Dan kan de tweedeling ontstaan die de psychiatrie probeert te voorkomen.

De GGZ is verzekerd in het eerste compartiment. Hoewel de minister de kans moet hebben om de voor- en nadelen van een eventuele knip op een rijtje te zetten, zei de heer Middel dat de PvdA-fractie tegenstander van een knip blijft. Beter dan zich te vermoeien met een discussie over de knip is het om eerst de doelmatigheid binnen de AWBZ-zorg te bekijken. Daarbij gaat het bijvoorbeeld over de indicatiestelling en de poortwachtersfunctie van de huisarts.

Het is heel onverstandig als de politiek zich bemoeit met de domeindiscussie. De politiek moet niet treden in de vraag of leed dat voortvloeit uit de zogenaamde levensproblematiek, wel of niet behandeling vergt. De politiek gaat erover dat er goede psychiatrische zorg moet zijn voor mensen die lijden aan een psychische of psychiatrische stoornis. Mensen die ziek zijn, moeten geholpen worden. Overigens kunnen veel mensen ook terecht bij andere disciplines dan de psychiatrie, zoals het algemeen maatschappelijk werk en de psychologen. Er lijkt echter een soort hiërarchie te bestaan tussen behandelvormen, waarbij de psychiatrie boven de psychologen en het algemeen maatschappelijk werk staat. Hoe kan er meer samenhang worden bereikt tussen de verschillende disciplines? Nadeel is dan wel dat het algemeen maatschappelijk werk een heel andere financieringssystematiek heeft. De minister schrijft in de GGZ-brief weliswaar mooie woorden over de samenhang tussen de disciplines, maar er kan toch meer worden gedaan dan nu gebeurt. De heer Middel constateerde dat in de brief allerlei financiële punten ontbreken. Er worden cijfers over het verleden gegeven, maar de toekomst blijft heel ongewis. Die cijfers worden niet uitgewerkt. De financiële paragraaf schiet wat dat betreft te kort. De minister doet kwalitatieve voorstellen om tot een betere beheersing van de kosten te komen, maar die worden vervolgens niet doorberekend naar de onderdelen, zoals kostenbeheersing, doelmatigheid en aanbodbeheersing. Het is dus niet bekend wat de voorstellen voor die onderdelen opleveren. Uit het laatst verschenen JOZ blijkt dat de totale uitgaven voor de GGZ in 1996-1997 met 6,5% zijn gestegen. Zichtbaar is dat de groei zich doorzet. De minister gaat ervan uit dat zij het in 1998 redt met 3,2% en in 2002 met 1,5%. Die optimistische gedachte kan niet gebaseerd zijn op de cijfers. In die zin schiet de brief te kort.

De GGZ moet toegankelijk zijn voor iedereen. Zij moet zeker toegankelijk zijn voor de mensen die toch al in een buitengewoon kwetsbare positie zitten, die al heel wat individuele of maatschappelijke ellende hebben ondervonden en die ook nog een zeer laag inkomen hebben. De heer Middel zei dat de PvdA-fractie alle voorstellen aan dit uitgangspunt zal toetsen.

De GGZ valt binnen de AWBZ. Dat moet zo blijven. De PvdA-fractie was en blijft daarom tegen een knip. Er moet binnen de AWBZ één lijn worden getrokken, waardoor de GGZ onder dezelfde noemer geplaatst moet worden als bijvoorbeeld de thuiszorg en de verzorgingshuizen. Als een eigen bijdrage nodig is, dan moet zij in beginsel over de hele linie geheven worden. Het is dan niet te rechtvaardigen dat de GGZ op dat punt in een uitzonderingspositie wordt geplaatst.

Omdat de toegankelijkheid van de GGZ voor iedereen gewaarborgd moet zijn, dient de eigen bijdrage niet alleen inkomensafhankelijk zijn, maar moeten er ook allerlei vrijlatingen komen. Omgekeerd is het de vraag wat het rechtvaardigt dat iemand die het goed kan betalen, geen eigen bijdrage hoeft te leveren. Deze vraag klemt temeer, daar er veel geld nodig is, bijvoorbeeld voor het opheffen van de wachtlijsten. De eigen bijdrage moet niet alleen inkomensafhankelijk zijn, maar moet ook een maximum hebben, bij cumulatie van verschillende regelingen. In artikel 10 van het Besluit zorganspraken staat een hele rij vrijlatingen. Deze vrijlatingen moeten onverkort ook voor de GGZ gelden, plus enkele andere punten, zoals een voorziening bij tijdelijke opname en indien een partner thuis achterblijft. Er moet ook een hardheidsclausule komen. Als over deze zaken helderheid bestaat, kunnen de mensen met de laagste inkomens de garantie krijgen dat ook voor hen de toegang tot de GGZ op geen enkele manier wordt belemmerd. De minister moet er helderheid over verschaffen dat de mensen met de laagste inkomens volledig toegang tot de GGZ hebben. Het heffen van een eigen bijdrage is geen doel op zichzelf, maar een instrument. Het is een onmisbaar instrument, want het alternatief van verhoging van de AWBZ-premie is niet te verkiezen en niet haalbaar.

### **Beantwoording door de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport**

De **minister** ging allereerst in op de status van de brieven. De brieven zijn geschreven op verzoek van de Kamer, omdat de Kamer eerder dan in het kader van de sectorale zorgvisie voor de GGZ, die in de loop van 1998 zal verschijnen, wilde debatteren over de GGZ. De brieven bevatten een doorkijkje op de uiteindelijke sectorale zorgvisie. Het euvel is dan inderdaad dat er nog niet alles in staat. Binnenkort verschijnt er een belangrijk advies van de RVZ over de GGZ, onder andere over de financiering, de knip, de domeindiscussie en de organisatie. Dat advies zal samen met de resultaten van het debat van vandaag de input vormen voor het werk aan de sectorale zorgvisie. Het is regel dat het kabinet binnen drie maanden na het verschijnen van een advies een standpunt inneemt. De minister was graag bereid, een meer gedetailleerd overzicht toe te sturen van de financiële doorrekening, in ieder geval tot en met 1998, en van de maatregelen waaraan de bedragen in het verleden zijn besteed. De minister ging ervan uit dat de groeicijfers die door de heer Middel zijn genoemd, de optelling zijn van volume en nominale bedragen. Zij besepte dat het JOZ wat deze gegevens betreft nog niet erg toegankelijk is.

De minister wees erop dat zij in de brieven wel degelijk een visie en een aantal belangrijke doelstellingen heeft ontvouwd voor de GGZ-sector. In de afgelopen drie jaren heeft zij regelmatig overleg gehad met aanbieders van de zorg en met vertegenwoordigers van de cliënten. De sector is enorm in beweging, vaak van onderop. Het is goed dat in veel gevallen wordt geprobeerd, samen met de cliënten vorm te geven aan de zorg. De minister schetste vier belangrijke doelstellingen, namelijk de vermaatschappelijking, vergroting van samenhang en doelmatigheid in het aanbod, het opvangen van de toenemende vraag en de vernieuwing van het zorgaanbod.

Bij de vermaatschappelijking gaat het erom, zoveel mogelijk mensen die

kampen met psychische problemen, toch zo normaal mogelijk aan de samenleving te laten deelnemen. Helaas kan dat niet voor iedereen gelden, omdat sommigen echt bescherming nodig hebben. De minister ziet een psychische ziekte als een gewone ziekte. Zij ergert zich er bijzonder aan dat zij in de maatschappij nog steeds een vorm van discriminatie ontwaart ten opzichte van mensen die aan een psychische kwaal leiden.

Op het terrein van de GGZ is al veel gebeurd. Zo komen er steeds meer regio's waar aanbieders samen het regionaal zorgaanbod regelen. Zij organiseren dat rond doelgroepen. Er zijn ook nieuwe zorgvormen. De dagbesteding en het begeleid zelfstandig wonen zijn het projectstadium ontgroeid. Er is geen aanleiding om te veronderstellen dat er in de psychiatrische thuiszorg een groot tekort aan personeel ontstaat. Wel wordt een algemeen onderzoek gehouden naar de spanningen op de arbeidsmarkt in de zorgsector. Er moet immers veel gebeuren, willen er over vijf of tien jaar nog voldoende zorgverleners in Nederland zijn. Er lopen projecten ter versterking van de poortwachtersfunctie in de eerste lijn en er wordt gewerkt aan de indicatiestelling. De BOPZ is geëvalueerd. Er is al uitgebreid gesproken over de forensische psychiatrie. Er is incidenteel geld in het kader van de wachtlijsten, naast een aantal analyses. Dit zijn allemaal goede ontwikkelingen.

De minister ging in op de vraag hoe de groeiende vraag wordt ingedamd. Moet dat met doelmatiger werken en met steeds meer geld of moeten er op een gegeven moment grenzen worden getrokken? De minister zal op de domeindiscussie nader ingaan in de sectorale zorgvisie. Zij veronderstelde dat de RVZ ten aanzien van de GGZ zou voorstellen om zorg, welzijn en wonen als drie domeinen te onderscheiden en een streep te trekken bij de zorg. De rest hoort dan niet thuis in de gezondheidszorg en hoort dan niet uit de premies betaald te worden. De minister behield zich het recht voor, na bestudering van het advies verder in te gaan op dit soort aspecten.

Door de VVD-fractie is gezegd dat alle zorg die korter dan een jaar duurt, niet in de AWBZ thuishoort en dat de AWBZ-bijdrage niet in de GGZ thuishoort. De meeste fracties zijn echter van mening dat er geen knip in de GGZ moet komen. De benadering van de minister is meer pragmatisch dan dogmatisch. Het feit dat care en cure vaak door elkaar lopen en dat de lengte van care en cure vaak wisselt, betekent dat de mensen bij een knip steeds van het ene naar het andere compartiment gaan. De minister is erg bevreesd voor afwentelingsproblemen. Omdat de verzekeraars erg intelligent zijn, gaat zij ervan uit dat de verzekeraars bij het aanbrengen van een knip er binnen de mazen van de wet wel voor zorgen dat een ander het moet betalen op het moment dat de voorziening te duur wordt. Tenzij het RVZ-advies met doorslaggevende tegenargumenten komt, houdt het kabinet vast aan het niet invoeren van een knip in de GGZ. De minister kon zich voorstellen dat de eigen bijdrage veel negatieve reacties heeft opgeleverd. Er is de vrees geuit dat de drempel tot de GGZ te hoog wordt. Het gaat om een eigenbijdrageregeling, zoals geldt voor de hele AWBZ, met uitzondering van de thuiszorg. Het gaat om de zogenaamde lage eigenbijdrageregeling in de AWBZ. Na een jaar gaat in de GGZ de hoge eigenbijdrageregeling gelden. Het verbindingskantoor stelt de hoogte van de eigen bijdrage vast op grond van het netto-inkomen van het lopende jaar. Er is geen hardheidsclausule nodig, omdat het niet gaat over het jaar T min 2. Bij een netto-inkomen per maand tot ruim f 4000 geldt een eigen bijdrage van f 210 per maand. Deze cijfers zijn gecorrigeerd bij brief VP2/VV-974579 van 12 december 1997. Het bedrag van f 7 per dag, ofwel f 210 per maand komt voort uit een oude regeling, waarbij gekeken werd naar enkele besparingskosten. Dit bedrag is sinds 1993 niet meer verhoogd. De minister was ook niet van plan, het bedrag te verhogen. Tot een bruto-inkomen van ongeveer f 60 000 is er sprake van de laagste eigen bijdrage van f 210 per maand. Voor de lage eigen-

bijdrageregeling in de AWBZ is geen vrijlating van toepassing. De hoge eigenbijdrageregeling gaat uit van het principe dat het inkomen eigenlijk wordt afgeroomd tot het niveau van zak- en kleedgeld. Daarbovenop komt dan het vrijlatingssysteem. Voor deze eigenbijdrageregeling in de GGZ gelden alle bepalingen die ook gelden voor de algemene AWBZ-regeling. De minister zegde toe dat de Kamer morgen een schriftelijke uitleg van de regeling krijgt, waarin ook wordt ingegaan op de aspecten die er volgens de fracties bij moeten komen.

Er is voor gepleit gedurende de eerste twee weken geen eigen bijdrage te heffen. Vanwege de relatie van de eigen bijdrage met het inkomen, was de minister van mening dat de eigen bijdrage geen drempel is voor toegang tot de GGZ. De eigen bijdrage wordt immers pas hoger dan f 210 per maand als men een bruto-inkomen heeft van f 60 000. Wordt het pleidooi gevolgd om de eerste twee weken geen eigen bijdrage te heffen, dan treedt er een besparingsverlies op, dat al gauw 15 mln. à 20 mln. zal bedragen op het totale bedrag van 40 mln. De minister zou het besparingsverlies nog nauwkeuriger laten berekenen.

In de eigenbijdragetabel is rekening gehouden met het nettomaand-inkomen dat resteert voor de partner of het gezin. Hierover is gesproken met de minister van SZW. Gaat het om iemand die leeft van een bijstandsuitkering, dan blijft er na het betalen van de eigen bijdrage per maand een besteedbaar bedrag over van f 1788. Naarmate het inkomen hoger wordt, loopt het resterende besteedbare bedrag op. Naar het inzicht van het ministerie van SZW gaat het altijd om bedragen waarmee men in het levensonderhoud kan voorzien.

Het kabinet doet op het ogenblik onderzoek naar de verschillende inkomensbegrippen die bij de vaststelling van de eigen bijdragen worden gehanteerd, mede naar aanleiding van het rapport van de commissie-Derksen. Daarbij wordt bekeken of toegewerkt kan worden naar belastbaar inkomen zoals ook in de thuiszorg geldt voor alle eigen bijdragen in de AWBZ.

Overigens wordt de achtergrond van de eigen bijdrage gevormd door het gegeven dat in de hele AWBZ wordt overgegaan tot harmonisatie van het eigenbijdragesysteem, bijvoorbeeld om te voorkomen dat iemand die in een verpleeghuis wordt opgenomen, wel moet betalen en iemand die in een psychiatrisch ziekenhuis wordt opgenomen, niets hoeft te betalen. Het enige nieuwe is dat bij verblijf in een PAAZ of een algemeen psychiatrisch ziekenhuis de eigen bijdrage gaat gelden. Bovendien wordt voor een verblijf van één dag niet de f 210 geheven, maar de f 7 per dag. Wordt men enkele malen één dag opgenomen, dan is de eigen bijdrage telkenmale f 7.

De minister zei dat zij op dit punt niet duidelijk kon maken wat het langdurig onverzekerbare karakter is. Het gaat heel vaak om chronische problemen, die zich in korte perioden kunnen voordoen. Verder is het principe dat de hele GGZ-zorg in de AWBZ moet.

Het voorstel voor de pakketbeperking ambulante psychotherapie, met een beperking van 90 tot 15 zittingen, is indertijd verworpen. Met de Vereniging voor psychiatrie is een- en andermaal gesproken over de vraag of zij enigszins helder kan maken voor welke ziektebeelden kortdurende behandelingen effectief kunnen zijn. Dan kan men met indicatiestellingen en protocollen gaan werken. De deskundigen zeggen dat men bij de categorie fobieën goed kan volstaan met tien behandelingen. Bij de grootste groep ziektebeelden in de psychiatrie, inclusief de angsten en depressies, ligt het heel wat ingewikkelder. Daarbij schijnt het af te hangen van de individuele patiënt. Als iemand langdurige psychiatrische hulp nodig heeft, moet de patiënt die ook langdurig kunnen krijgen. Dan moet niet een deel voor eigen rekening komen.

De minister zou de vraag of de GGZ achterloopt bij de somatische zorg en de kwestie van de preventie schriftelijk beantwoorden.

In sommige regio's loopt de cliëntenparticipatie goed, in andere regio's

niet. Landelijk is er het probleem dat de samensmelting tot één vereniging nog steeds niet echt goed lukt. De minister heeft het terzake gevraagde advies besproken met de patiëntenorganisaties, die er begin volgend jaar opnieuw over willen praten. Er wordt dus nog steeds aan gewerkt. Uitgangspunt van de Medezeggenschapswet is dat de kosten voor de cliëntenraden tot de normale bedrijfskosten horen. De minister achtte het zwaar overdreven als instellingen die kosten onoverkomelijk vinden. Het hoeft immers niet om grote bedragen te gaan. Het ministerie subsidieert de Stichting landelijke patiëntenraden, die de cliëntenraden bij de instellingen ondersteunt. Vaak hebben de cliëntenraden een professionele ondersteuner nodig, die door de instelling gefinancierd zou moeten worden. Zo'n ondersteuner is vaak in dienst van de landelijke stichting. Een aantal aanbieders heeft het aardige initiatief genomen om bij GGZ Nederland te bepleiten, een richtlijn vast te stellen waarin staat dat elke instelling bijvoorbeeld f 1 per inwoner betaalt voor de cliëntenparticipatie. Hierover wordt nog gepraat.

De minister zei dat zij aan Zorgonderzoek Nederland (ZON) opdracht had gegeven, te onderzoeken hoe de regionale cliëntenparticipatie bevorderd kan worden, vooral in de GGZ.

Bij de toenemende zorgvraag gaat het volgens de deskundigen in hoofdzaak om een tweetal analyses. De eerste betreft de vraag of iedereen meer ziek wordt dan vroeger en de vraag of dat komt doordat de samenleving te veel van de mensen vraagt. De tweede dat het taboe van de psychische ziekte is geslecht. Dat betreft de vraag of men voor psychische problemen makkelijker dan voorheen hulp durft te zoeken. Bovendien spelen demografische factoren een rol. Vergrijzing gaat vaak samen met vereenzaming. Bij oudere mensen treden nogal eens depressies of angstsituaties op. Hoe meer ouderen, hoe meer dergelijke verschijnselen zich voordoen. Ook de verandering van de samenstelling van de bevolking kan tot spanningen leiden. Steeds meer mensen moeten zich thuisvoelen in de Nederlandse samenleving, waar zij qua culturele achtergrond ver van af staan. Die spanningen kunnen ook leiden tot psychische problemen. De meeste deskundigen neigen naar de analyse dat de oorzaak van de toenemende hulpvraag vooral zit in het eerder en beter herkennen van de psychische ziekte en het eerder en meer hulp zoeken. Op zichzelf is dat een goede zaak.

De minister was het ermee eens dat het niet wenselijk is alle kinderen in Nederland regelmatig door een psycholoog te laten bekijken. De jeugdartsen op de consultatiebureaus en de artsen bij de GGD moeten hun deskundigheid zodanig ontwikkelen dat zij ook stoornissen in de psychische ontwikkeling tijdig herkennen. Als zij dergelijke signalen zien, kunnen zij het desbetreffende kind doorverwijzen.

De verdeling van het geld is inderdaad een probleem. 80% van de zorg gaat naar 20% van de mensen. De minister zei, in de sectorale zorgvisie nader in te gaan op de vraag of er een zekere sturing kan plaatsvinden. De vraag over de stand van zaken bij de indicatiestelling wordt schriftelijk beantwoord.

Uit onderzoek is gebleken dat de budgetten die de gemeenten uitgeven voor het algemeen maatschappelijk werk, redelijk hetzelfde zijn gebleven na de decentralisatie, maar wel zijn aangepast aan demografische gegevens. De budgetten zijn niet meegegroeid met een toenemende hulpvraag. Of het algemeen maatschappelijk werk meer geld krijgt vanwege de toenemende hulpvraag, is een kwestie van gemeentebestuur. Door de heer Bremmer is gevraagd of de substitutie niet duurder is dan de intramurale zorg. In de GGZ is op dit punt het antwoord niet eenduidig te geven. In het verleden is onderzoek verricht naar bijvoorbeeld opnamevervangende deeltijdbehandeling. Daarbij bleek dat opname gesubstitueerd kon worden, zonder dat er extra geld nodig was. Het was echter ook niet veel goedkoper. Nu wordt in het kader van de 5%-regeling in de zorgvernieuwingsregio's onderzoek verricht. Daar gaat men heel

sterk substitueren en daarbij kan men heel goed monitoren en analyseren hoe het met het geld gaat.

De OGGZ is nog steeds een heel ingewikkeld terrein. Een deel valt onder de verantwoordelijkheid van het RIAGG en een deel valt onder de verantwoordelijkheid van de GGD. Voor de doelgroepbenadering zijn meer mensen verantwoordelijk. Uitgangspunt is dat de gemeente verantwoordelijk is en blijft voor de coördinatie. Overigens is het juist dat er wel erg veel platforms en overlegstructuren komen. De minister zei dat zij in overleg met de VNG is getreden om te bekijken of er een vereenvoudiging kan worden bereikt. Wellicht kan haar gedachte van een landelijk platform worden gekoppeld aan de gedachte van een taskforce, zoals genoemd door mevrouw Van Blerck.

Enkele RIAGG's laten zich doorlichten op het punt van de doelmatigheid. De RIAGG's hebben de bereidheid, de doelmatigheid te verbeteren. Zij geven zelf toe dat er grote verschillen zijn. De door de minister ingestelde onafhankelijke commissie Doelmatigheid RIAGG-activiteiten zal op 1 mei 1998 haar eindrapport gereed hebben.

De problematiek van de wachtlijsten heeft niet alleen te maken met de doelmatigheidsverhoging, met protocollen en richtlijnen en met uniformering. Zij heeft ook te maken met de groeiende vraag en dus met extra geld. Mede dankzij moties van de Kamer is er volgend jaar een volume-groei van 2,9% in de GGZ. Dat is veel meer dan het gemiddelde, maar het is misschien niet genoeg om de groeiende vraag op te vangen. De groeicijfers geven hogere aantallen te zien. Er is in 1997 een bedrag van 5 mln. beschikbaar gesteld om de wachtlijstproblematiek bij de RIAGG's op te lossen. Met ingang van 1998 komt 8 mln. extra beschikbaar voor hetzelfde doel. In totaal is er dan voor de aanpak van knelpunten in de wachtlijsten 11,5 mln. beschikbaar.

In het fundamentele debat dat nog wordt gevoerd over voorrang in de zorg en wachtlijsten voor werkenden en niet-werkenden, zal de arbeidsgerelateerde zorg in de GGZ worden betrokken. Het is bedrijven niet verboden, een bedrijfspsycholoog aan te stellen die niet alleen tot taak heeft preventie op de werkvloer te bieden, maar ook diagnostiek en behandeling te doen. De Kamer heeft daar nog nooit een kwaad woord over gezegd. Wordt dit punt bekeken door de bril van de voorrangskwestie, dan betekent het dat psychische verschijnselen die zich op de werkplek voordoen sneller voor behandeling in aanmerking kunnen komen. Aan de andere kant zijn er veel mensen in de WAO beland doordat niemand naar hun problemen keek, waardoor het chronische gevallen werden.

Bij een structurele oplossing voor de GLIAGG De Poort gaat het om een aanzienlijk bedrag. De waarde van het werk van de GLIAGG De Poort is boven iedere twijfel verheven. De ambulante GGZ in Nederland is regionaal georganiseerd. Bij de GLIAGG gaat het om een landelijk werkende organisatie. Het ministerie is nog steeds in gesprek met De Poort. Als wordt gekomen tot een formele erkenning als landelijk werkende instelling voor ambulante geestelijke gezondheidszorg, kan de RIAGG-vergunning vervallen. Dan is er inderdaad sprake van intrekking van de erkenning als RIAGG en verlening van de landelijke GLIAGG-functie. Er is geen sprake van dat de functie als zodanig wordt ingetrokken. Het COTG is gevraagd om te kijken naar een adequate oplossing. De minister hoopte dat zij binnen afzienbare tijd tot een oplossing voor dit probleem kon komen en dat het niet bleef liggen voor haar opvolger.



De minister zei dat de brief over de eigen bijdrage de Kamer morgen bereikt. De brief over de andere punten zal spoedig daarna de Kamer bereiken.

De voorzitter van de commissie,  
Van Nieuwenhoven

De griffier van de commissie,  
Teunissen