

Vergaderjaar 2001–2002

**28 281**

## Zorgen voor toegankelijkheid in de ouderen- en gehandicaptenzorg

**Nr. 3**

### LIJST VAN VRAGEN EN ANTWOORDEN

Vastgesteld 21 augustus 2002

<sup>1</sup> Samenstelling:

Rosenmöller (GroenLinks), fng. voorzitter Van Heemst (PvdA), Duivesteijn (PvdA), Giskes (D66), Crone (PvdA), Van Blerck-Woerdman (VVD), De Haan (CDA), Luchtenveld (VVD), Vendrik (GroenLinks), Kant (SP), Eurlings (CDA), Oplaat (VVD), Ten Hoopen (CDA), Van Ruiten (LPF), T. de Graaf (LPF), Veling (ChristenUnie), Wiersma (LPF), Teeven (LN), Van Vroonhoven-Kok (CDA), Varela (LPF), Vacature (CDA), Vacature (CDA), Vacature (CDA), Vacature (VVD) en Vacature (PvdA). Plv. leden: Vacature (GroenLinks), Vacature (PvdA), Vacature (PvdA), Vacature (D66), Vacature (PvdA), Klein Molekamp (VVD), Kortenhorst (CDA), Wilders (VVD), Vacature (GroenLinks), Gerkens (SP), Mastwijk (CDA), Vacature (VVD), Vacature (CDA), Palm (LPF), Eberhard (LPF), Van der Vlies (SGP), Hoogendijk (LPF), Jense (LN), J. M. De Vries (CDA), Smulders (LPF), De Pater-van der Meer (CDA), Vacature (CDA), Vacature (CDA), Te Veldhuis (VVD) en Vacature (PvdA).

<sup>2</sup> Samenstelling:

Terpstra (VVD), fng. voorzitter Noorman-den Uyl (PvdA), Rijpstra (VVD), Rouvoet (ChristenUnie), Van Blerck-Woerdman (VVD), Buijs (CDA), Atsma (CDA), Hamer (PvdA), Arib (PvdA), Bussemaker (PvdA), Vendrik (GroenLinks), Kant (SP), Eurlings (CDA), Wilders (VVD), Van Oerle-van der Horst (CDA), Zvonar (LPF), Bonke (LPF), Dekker (LPF), Van Geen (D66), Jense (LN), Vietsch (CDA), Jukema (LPF), Tonkens (GroenLinks), Joldersma (CDA) en Vacature (CDA). Plv. leden: Vacature (VVD), Vacature (PvdA), B. M. de Vries (VVD), Van der Vlies (SGP), Van Beek (VVD), Ferrier (CDA), Cörüz (CDA), Vacature (PvdA), Vacature (PvdA), Vacature (PvdA), Rosenmöller (GroenLinks), Vergeer-Mudde (SP), Vacature (CDA), Van Hoof (VVD), Aasted-Madsen-van Stiphout (CDA), Smolders (LPF), T. de Graaf (LPF), De Jong (LPF), Dittrich (D66), Teeven (LN), Vacature (CDA), Wiersma (LPF), Van Gent (GroenLinks), Verburg (CDA) en Mosterd (CDA).

De commissie voor de Rijksuitgaven<sup>1</sup> en de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport<sup>2</sup> hebben een aantal vragen aan de Algemene Rekenkamer voorgelegd over het rapport «**Zorgen voor toegankelijkheid in de ouderen- en gehandicaptenzorg**» (28 281, nr. 2). De Algemene Rekenkamer heeft deze vragen beantwoord bij brief van 21 augustus 2002.

Vragen en antwoorden zijn hierna afgedrukt.

De fungerend voorzitter van de commissie voor de Rijksuitgaven,  
Rosenmöller

De fungerend voorzitter van de vaste commissie voor Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport,  
Terpstra

De griffier van de commissie voor de Rijksuitgaven,  
Van der Windt

1

*In het Rekenkamerrapport wordt voornamelijk het tekortschietende inzicht in de vraag behandeld. Hiermee wordt voorbijgegaan aan de mogelijkheid dat wellicht juist het huidige aanbod niet voldoende wordt benut. Deelt de Algemene Rekenkamer deze mening? Zo neen, waarom niet? Hoe verhoudt zich het actuele onvoldoende inzicht in de vraag tot het onvoldoende benutten van het zorgaanbod?*

De huidige wachtlijsten zijn naar het inzicht van de Algemene Rekenkamer voornamelijk het gevolg van een zorgaanbod dat onvoldoende groot is om aan de zorgvraag tegemoet te komen. Daarnaast is het in beginsel mogelijk dat het huidige zorgaanbod niet voldoende wordt benut. Het onderzoek van de Algemene Rekenkamer was er echter niet specifiek op gericht dit te onderzoeken en het is in het onderzoek niet als knelpunt naar voren gekomen.

2

*Kan de Algemene Rekenkamer expliciet en systematisch aangeven welke doelstellingen, assumpties, foutenmarges en beperkingen aan het model ten grondslag liggen?*

Voor de toegankelijkheid van de zorg is van belang dat het zorgaanbod in de vraag naar zorg kan voorzien. Doelstelling is derhalve dat de omvang van wachtlijsten en wachttijden binnen redelijk geachte grenzen ligt. Het model brengt de berekende ontwikkeling van de wachtlijsten in de ouderenzorg tot 2020 in kaart voor verschillende varianten voor de beleidsuitvoering. Zowel nationaal als voor enkele zorgkantorregio's. De gehanteerde varianten voor beleidsuitvoering zijn:

- Geen beleidsmaatregelen
- Continueren huidig beleid, inclusief extra wachtlijstmiddelen die beschikbaar zijn gesteld
- Uitbreiding persoonsgebonden budget, met 10 000 persoonsgebonden budgetten elk jaar
- Uitbreiden capaciteit verpleeghuishuizorg met 5 000 plaatsen in 2001
- Uitbreiden capaciteit verzorgingshuishuizorg met 5 000 plaatsen in 2001
- Benodigde uitbreiding om de Treeknormen te halen. Dat wil zeggen dat 80% van de mensen thuiszorg of verpleeghuishuizorg ontvangt binnen vier weken na indicatiestelling. Na uiterlijk zes weken zal aan 100% de zorg worden geleverd. Voor verzorgingshuishuizorg liggen de normen op respectievelijk acht en dertien weken.

De voornaamste veronderstellingen zijn de volgende:

- De toestroom van zorgvragers is gekoppeld aan de CBS-prognose van het aantal 75-plussers
- De toekomstige indicaties van zorgvragers zijn gelijk aan de huidige indicaties
- De gemiddelde verblijfsduur van patiënten in zorginstellingen blijft constant
- De beschikbaarheid van personeel is niet gelimiteerd.

Een kanttekening moet worden gemaakt bij de gebruikte basisgegevens. Voor de modelberekeningen is, vanwege het ontbreken van gegevens over de zorgvraag, gebruik gemaakt van beschikbare wachtlijstgegevens in twee opeenvolgende jaren. Deze wachtlijstgegevens zijn afkomstig van VWS en worden door VWS gebruikt bij de beleidsvorming en externe rapportages. Voor deze wachtlijstgegevens geldt dat het om de best beschikbare informatie gaat maar dat de betrouwbaarheid ervan niet is gegarandeerd.

*Is de Rekenkamer van mening, en zo ja op grond waarvan, dat het AWBZ-brede zorgregistratiesysteem in de toekomst voldoende inzicht kan bieden in de werkelijke zorgvraag?*

In het AWBZ-brede zorgregistratiesysteem zal uiteindelijk voor alle sectoren in de AWBZ (ouderenzorg, gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg) de gehele zorgvraag en zorgproductie worden geregistreerd. Mits correct uitgevoerd, biedt de AWBZ-brede zorgregistratie dan per zorgkantoorregio inzicht in de zorgvraag zoals deze is vastgesteld bij de indicatiestelling. Dit inzicht is uiteraard alleen goed te noemen wanneer ook de indicatiestelling juist plaatsvindt. Dat houdt onder meer in dat de indicatiestelling altijd informatie moet geven over de zorgbehoefte per cliënt die objectief is vastgesteld zonder dat daarin rekening is gehouden met het lokaal beschikbare zorgaanbod. Belangrijk is verder dat de minister van VWS aangeeft welke informatie hij uit de AWBZ-brede zorgregistratie nodig heeft om zijn verantwoordelijkheid voor de toegankelijkheid van de zorg waar te kunnen maken en zich daarover te kunnen verantwoorden.

*Welke soorten informatie heeft de minister minimaal nodig om het beleid ten aanzien van de toegankelijkheid van de zorg vorm te kunnen geven?*

Om het beleid ten aanzien van de toegankelijkheid van de zorg goed vorm te kunnen geven moet de minister zicht hebben op:

- De ontwikkeling van zorgvraag en zorgaanbod. Afhankelijk van het type zorgvoorziening kan dit gaan om gegevens per regio of nationale gegevens
- Het functioneren van indicatieorganen, zorgkantoren en zorgaanbieders. Functioneren deze zoals wordt beoogd?

Bij een tekortschieten van het aanbod moet de minister beschikken over een integrale analyse van de oorzaken daarvan, teneinde de juiste maatregelen te kunnen initiëren. De integrale analyse dient te worden uitgevoerd op basis van gegevens over de ontwikkeling van zorgvraag en zorgaanbod en over het functioneren van indicatieorganen, zorgkantoren en zorgaanbieders.

*Welke activiteiten moet de minister ondernemen om de betrouwbaarheid van de informatie uit het systeem te waarborgen?*

Waarborgen moeten worden gecreëerd ten aanzien van de invoer, verwerking en uitvoer van juiste, tijdige en volledige gegevens. Dit betreft de registratie van de doorstroom van cliënten door de zorgketen, die verloopt van indicatiestelling via zorgtoewijzing naar zorgverlening. Waarborgen kunnen worden verkregen door een goede taakverdeling tussen de actoren en het toepassen van protocollen voor indicatiestelling, zorgtoewijzing, zorgverlening, gegevensinvoer, gegevensverwerking en gegevensuitvoer. De beoogde taakverdeling houdt onder meer in dat indicatiestelling, zorgtoewijzing en/of zorgverlening niet door dezelfde actor worden uitgevoerd, hetgeen nu soms wel het geval is. Door middel van toezicht kan worden gezien of de voorgeschreven taakverdeling en protocollen in voldoende mate worden toegepast.

6

*Waarin verschilt de informatie over het huidige zorgaanbod tussen gehandicaptenzorg en ouderenzorg?*

Het grote verschil tussen de informatie bij VWS over gehandicaptenzorg en ouderenzorg betreft de modelontwikkeling. Voor de vraag naar woonvoorzieningen voor verstandelijk gehandicapten is een model ontwikkeld en zijn vooruitberekeningen van de zorgvraag en het zorgaanbod gemaakt tot 2020. Voor de ouderenzorg is voor VWS, rekening houdend met de plannen voor de bestrijding van wachtlijsten uit 2000, een raming van de wachtlijsten tot 2005 gemaakt.

7

*Aan welke prikkels denkt de Rekenkamer bij prikkels voor zorgaanbieders om de capaciteit zodanig aan te passen zodat deze aansluit op de aanwezige vraag?*

De Algemene Rekenkamer vindt het een taak voor de minister van VWS om hiervoor in overleg met de Staten-Generaal goede beleidsplannen te ontwikkelen.

8

*Aan welke prikkels denkt de Algemene Rekenkamer wanneer wordt aanbevolen om prikkels in te bouwen voor (nieuwe) zorgaanbieders om de capaciteit zodanig aan te passen dat deze aansluit op de zorgvraag?*

Zie het antwoord op vraag 7.