

Vergaderjaar 2001–2002

28 281

Zorgen voor toegankelijkheid in de ouderen- en gehandicaptenzorg

Nr. 4

LIJST VAN VRAGEN EN ANTWOORDEN

Vastgesteld 4 september 2002

¹ Samenstelling:

Leden: 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), Blok (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) en Vacature (PvdA).
Plv. leden: Vacature (GroenLinks), Van Nieuwenhoven (PvdA), Wolfsen (PvdA), Vacature (D66), Bos (PvdA), Klein Molekamp (VVD), Kortenhorst (CDA), Wilders (VVD), Vacature (GroenLinks), Gerkens (SP), Mastwijk (CDA), Van den Doel (VVD), Te Veldhuis (VVD), Vacature (CDA), Palm (LPF), Eberhard (LPF), Van der Vlies (SGP), Hoogendijk (LPF), Jense (LN), Jan de Vries (CDA), Smulders (LPF), De Pater-van der Meer (CDA), Vacature (CDA), Vacature (CDA) en Kalsbeek (PvdA).

² Samenstelling:

Leden: Terpstra (VVD), fng. voorzitter Kalsbeek (PvdA), Rijpstra (VVD), Rouvoet (ChristenUnie), Van Blerck-Woerdman (VVD), Buijs (CDA), Atsma (CDA), Arib (PvdA), Vendrik (GroenLinks), Kant (SP), Eurlings (CDA), Wilders (VVD), Bos (PvdA), Verbeet (PvdA), 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: Blok (VVD), Netelenbos (PvdA), B. M. de Vries (VVD), Van der Vlies (SGP), Van Beek (VVD), Ferrier (CDA), Cörüz (CDA), Hamer (PvdA), Rosenmöller (GroenLinks), Vergeer-Mudde (SP), Vacature (CDA), Van Hoof (VVD), Bussemaker (PvdA), Noorman-den Uyl (PvdA), 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 Rijksuitgaven¹ en de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport² hebben een aantal vragen aan regering voorgelegd over het rapport «**Zorgen voor toegankelijkheid in de ouderen- en gehandicaptenzorg» (28 281, nr. 2).**

De regering heeft deze vragen beantwoord bij brief van 4 september 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

Kan worden beargumenteerd waarom wordt getwijfeld aan de meerwaarde van het aangereikte model?

Zoals ik heb aangegeven in mijn reactie op het rapport van de Algemene Rekenkamer (zie bladzijde 31) worden door het RIVM en SCP al ramingsmodellen, in aanvulling op de activiteiten van het CPB, ontwikkeld. Een bekend voorbeeld hiervan is het model van het RIVM voor de gehandicaptensector, waarmee scenario's voor de te hanteren wachtlijst-aanpak konden worden getoond. Dit model, dat ook door de Algemene Rekenkamer wordt genoemd op bladzijde 15/16 van het rapport, wordt momenteel door RIVM en SCP op mijn verzoek verder uitgebreid. Voor de ouderenzorg wijs ik verder op de rapportage vraagverkenning wonen en zorg voor ouderen van het SCP van december 1997, waarin een raming tot 2015 wordt gegeven. Verder wordt thans hard gewerkt aan de verbetering van de informatievoorziening in de AWBZ door middel van de bouw van de AWBZ-brede zorgregistratie waarover de Tweede Kamer vier maal per jaar wordt geïnformeerd. Gelet op deze initiatieven zie ik geen meerwaarde in het door de AR opgezette model.

2

Is de staatssecretaris het eens met de Algemene Rekenkamer dat de toekomstige zorgvraag beter in kaart moet worden gebracht in de ouderen- en gehandicaptenzorg?

Ja. Om deze reden wordt vanaf 2000 gewerkt aan de opbouw van een AWBZ-brede zorgregistratie die meer inzicht zal geven in de zorgvraag, het zorgaanbod en de resulterende wachtlijsten. Tevens worden door RIVM en SCP ramingsmodellen voor de zorgsector ontwikkeld, waarmee ook knelpunten voor de toekomst in beeld kunnen worden gebracht.

3

In de ouderenzorg worden indicaties nog niet uniform geregistreerd en niet altijd naar zorgkantoren doorgestuurd. Waarom gebeurt dit niet en wat is de regering van plan hieraan te doen?

Allereerst is van belang te constateren dat de huidige bekostigings-systeem uitgaat van aanbodsturing met bijbehorende instellingsbudgetten. Daarom was het minder relevant dat de indicatie naar het zorgkantoor werd doorgestuurd. In de modernisering van de AWBZ vindt een omslag plaats van aanbod- naar vraagsturing. In dat kader is vanaf 2000 de AWBZ-brede zorgregistratie in opbouw. Onderdeel daarvan is het koppelen van de registraties van de indicatieorganen aan de registratie van de zorgkantoren. Dit traject is nog niet afgerond. Na implementatie ontvangt het zorgkantoor automatisch bericht over nieuw gestelde indicaties. In het kader van de modernisering van de AWBZ wordt verder gewerkt aan de professionalisering en uniformering van de indicatietelling, onder meer door middel van het invoeren van nieuwe, functie-gerichte protocollen en formulieren per 1 januari 2003.

4

Gebleken is dat bij de indicatiestelling rekening wordt gehouden met de grootte en samenstelling van de wachtlijsten bij de zorgaanbieders. Hierdoor bestaat de kans dat er niet objectief en onafhankelijk wordt geïndiceerd en dat dus ook de werkelijke vraag niet bekend is. Welke maatregelen gaat de regering per sector nemen om de reële zorgvraag in kaart te brengen?

Langs een aantal lijnen wordt gewerkt aan de professionalisering en objectivering van de indicatiestelling. Vanaf 1 januari 2003 zal de

indicatiestelling op functiegerichte leest worden geschied. Daarvoor worden nieuwe, uniforme, AWBZ-brede formulieren en protocollen ontwikkeld en in september start een scholingsprogramma voor de 1800 indicatiestellers in de AWBZ. Verder wordt een strikte functiescheiding bevorderd: indicatieorganen zijn verantwoordelijk voor de indicatiestelling, het zorgkantoor voor de zorgtoewijzing. Bij de functiegerichte indicatiestelling wordt het indicatiebesluit in termen van functies en klassen (zorgzwaarte) geformuleerd. Het is vervolgens de taak van het zorgkantoor om – indien de geïndiceerde zorg niet onmiddellijk voorhanden is – te bepalen welke vorm van overbruggingszorg zou kunnen worden geboden.

5

Zorgaanbieders geven niet altijd hun wachtlijstgegevens door aan zorgkantoren. Hierdoor beschikken zorgkantoren over onvoldoende informatie over de vraag naar ouderenzorg. Waarom gebeurt dit niet? Is de regering van mening dat dit wel moet gebeuren en, zo ja, hoe wil de regering dit bewerkstelligen?

In het oude systeem van aanbodsturing is de melding van de wachtlijsten ten principale geen plicht van de zorgaanbieder. Zorgaanbieders beschikten over een «eigen» wachtlijstregistratie en klanten konden zich bij verschillende aanbieders laten inschrijven. In dit kader was er in het verleden geen structurele wachtlijstregistratie. De Taskforce aanpak wachtlijsten heeft om deze reden vanaf het jaar 2000 in de onderscheiden AWBZ-sectoren op bepaalde peilmomenten wachtlijstmetingen en -analyses uitgevoerd welke ter kennis zijn gebracht van de Tweede Kamer. Deze incidentele metingen vormden de opmaat voor de opbouw van een structurele AWBZ-brede zorgregistratie die eind 2000 is gestart en nog enkele jaren in beslag zal nemen. Deze registratie wordt opgebouwd onder verantwoordelijkheid van de verzekeraar/het zorgkantoor. De gegevens van de indicatieorganen en zorgaanbieders worden aan deze zorgregistratie gekoppeld.

6

Het toezicht op het zorginhoudelijk functioneren van indicatieorganen is nog niet geregeld. Waarom is dit nog niet geregeld? En wanneer gebeurt dit wel? Hiernaast zou een ministeriele regeling worden ingesteld die nadere regels stelt aan de indicatieprotocollen. Waarom is deze regeling er nog niet? Wanneer komt deze regeling er?

Het toezicht op het inhoudelijk functioneren is een taak van de Inspectie Gezondheidszorg. De Inspectie Gezondheidszorg heeft daartoe een toezichtprotocol ontwikkeld. Daarnaast wordt door middel van een wijziging van het Zorgindicatiebesluit met ingang van 1 januari 2003 een bepaling van kracht, waardoor via een ministeriële regeling eisen kunnen worden gesteld aan de werkwijze van indicatieorganen. De betreffende eisen zullen verplicht onderdeel vormen van het door de indicatieorganen te hanteren landelijk protocol voor de indicatiestelling.

7

De objectieve en integrale indicatiestelling en bekendheid met de zorgproducten vereist een voldoende kennisniveau van de indicatieadviseurs. Vindt de regering dat er op dit moment voldoende kennis en ervaring is bij de indicatieadviseurs? Zo nee, op welke wijze draagt de regering er zorg voor dat indicatieadviseurs over voldoende kennis en ervaring beschikken om de zorgvrager op een objectieve en integrale manier een indicatie te stellen?

Voor het antwoord op deze vraag verwijs ik naar het antwoord op de vragen 3 en 4.

8

De analyses van de toegang tot de AWBZ-voorzieningen voor verpleging en verzorging van ouderen door het model laten duidelijk zien dat de wachtlijsten nog steeds de neiging hebben toe te nemen. Is de staatssecretaris met de Algemene Rekenkamer van mening dat een uitbreiding van de verzorgingshuis- en verpleeghuiscapaciteit onvermijdbaar is?

Voor dit antwoord verwijs ik naar mijn rapportages en analyses van de wachtlijsten die de Tweede Kamer in de laatste jaren heeft ontvangen. Daaruit bleek dat er nog substantiële wachtlijsten bestaan voor verzorgings- en verpleeghuizen. Daarbij past de kanttekening dat uit de analyse van de wachtlijsten is gebleken dat een deel van de wachtenden niet van zorg verstoken blijft omdat zij overbruggingszorg ontvangen. Ik onderschrijf daarnaast dat een uitbreiding van de verzorgingshuis- en verpleeghuiscapaciteit noodzakelijk is.

9

Is de regering van opvatting dat, ondanks de primaire verantwoordelijkheid van het zorgkantoor voor de aansluiting tussen vraag en aanbod, de overheid verantwoordelijk blijft voor toegankelijke zorg?

In het kader van de modernisering van de AWBZ wordt gewerkt aan herstel van het verzekeringskarakter van de AWBZ en de kern daarvan is, dat de verzekeraar verantwoordelijk is voor de aansluiting van vraag en aanbod. De Minister is politiek eindverantwoordelijk voor de AWBZ en dient in dat kader toe te zien op de werking van het systeem. Eén van de aspecten daarvan is de toegankelijkheid.