

Vergaderjaar 2008–2009

**30 597**

**Toekomst AWBZ**

**Nr. 75**

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

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 15 juni 2009

Bijgaand stuur ik u, mede namens de minister voor Jeugd en Gezin, het onderzoeksrapport dat inzicht biedt in de toegang tot de AWBZ voor cliënten die een beroep doen op zorg vanuit de sectoren verpleging en verzorging en de gehandicaptenzorg.<sup>1</sup> Het beschrijft de situatie op 1 januari 2008 en maakt trends inzichtelijk. Zoals ook in voorgaande jaren is dit rapport samengesteld op basis van gegevens uit de AWBZ-brede Zorgregistratie (AZR), zoals landelijk verzameld door het College voor Zorgverzekeringen, en op basis van gesprekken met de zorgkantoren.

### **Hoofdconclusie van het onderzoek: stabiel beeld**

De hoofdconclusie van het onderzoek is dat het beeld over het geheel genomen ten opzichte van voorgaande jaren stabiel is. Dit betekent dat volgens dit onderzoek de toegang tot AWBZ-zorg over het algemeen goed geborgd blijft: 86% van de ruim 700 000 cliënten met een (nieuwe) AWBZ-indicatie krijgt in 2007 de zorg binnen de Treeknormen (vorig jaar was dit 85%). De kern van de wachtlijstproblematiek spitst zich volgens dit onderzoek toe op een groep van circa 4475 personen (vorig jaar waren dit circa 4600 personen). Op deze problematische wachtlijst staan personen die op 1 januari 2008 langer dan de Treeknorm moesten wachten, en waarbij geldt dat het zorgkantoor aangeeft dat de situatie problematisch is. Het gaat om dementerende ouderen, jeugdig licht verstandelijk gehandicapten met gedragsproblemen en/of meervoudige complexe stoornissen (autisme, verslaving) en personen met een meervoudige complexe problematiek (zoals ouderen verstandelijk gehandicapten met psychiatrische problematiek).

### **Beoordeling van deze uitkomsten**

Het goede nieuws is dat de toegankelijkheid van de AWBZ goed is en dat de wachtlijstproblematiek zich concentreert op enkele duidelijke groepen. De omvang van deze problematische wachtlijst blijft de laatste jaren onge-

<sup>1</sup> Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

veer hetzelfde. Deze omvang is gebaseerd op inschattingen van het zorgkantoor. Hierbij is niet bekend of ook de cliënt zijn situatie als problematisch inschat. Om de uitkomsten uit dergelijke onderzoeken in de juiste context te kunnen plaatsen, om zonedig mijn beleid daarop aan te passen, wil ik een scherper beeld van de problematiek. Dat betekent concreet dat ik in de toekomst wil beschikken over aanvullende analyses die ook zijn gebaseerd op de door de cliënt ervaren problematiek. Daarmee wil ik het wachtlijstprobleem zoals in dit rapport geschetst niet wegdefiniëren. Uit het onderzoek blijkt namelijk dat er consensus is bij alle zorgkantoren bij welke type cliënten er sprake is van een wachtlijstprobleem. Alleen het vertalen van deze beelden naar concrete cijfers blijft moeilijk. Daar wil ik een verbetering in aanbrengen.

### **Uitkomsten uit het onderzoek**

Het onderzoek schetst op 1 januari 2008 het volgende beeld:

- circa 1 600 dementerende ouderen die circa 3 tot 6 maanden moeten wachten op een plaats in een verpleeghuis;
- circa 2125 jeugdige licht verstandelijk gehandicapten met aanvullende (gedrags)problematiek als volgt uit te splitsen:
  - a) 525 wachtenden voor een orthopedagogisch behandelcentrum (dus wachtend op zorg met verblijf en behandeling) met een gemiddelde wachttijd van 1 jaar;
  - b) 650 wachtenden voor verblijf in een gehandicaptenvoorziening met een gemiddelde wachttijd van 6 maanden;
  - c) 950 wachtenden voor zorg thuis met een gemiddelde wachttijd van 3 maanden.
- circa 750 personen met meervoudige complexe problematiek (zoals ouderen verstandelijk gehandicapten met psychiatrische problematiek, Korsakov-patiënten en personen met een combinatie van somatische, psychogeriatrische en psychische problematiek) die binnen een bandbreedte van 2 tot 12 maanden moeten wachten op verblijfszorg. Omdat het hier gaat om een divers samengestelde groep zijn de zorgkantoren niet in staat om de wachttijden nauwkeuriger aan te geven.

Uit het onderzoek blijkt dat personen op deze wachtlijst zorg krijgen aangeboden (overbruggingszorg). Ook geldt dat als er crisiszorg nodig is, deze binnen 24 uur beschikbaar is. Het merendeel (circa 3575 personen) wacht op zorg met verblijf, veelal in een kleinschalige woonvoorziening. Elk zorgkantoorregio meldt voor deze drie groepen een problematische wachtlijst. In vergelijking met vorig jaar is de samenstelling van deze wachtlijst veranderd. Het aantal dementerenden op de wachtlijst is afgenomen van 2750 naar 1600 personen. Het aantal jeugdig lvg-ers op deze problematische wachtlijst is toegenomen van 1200 naar 2125 personen als gevolg van het ontstaan van een problematische wachtlijst voor zorg thuis van bijna 1000 jeugdigen. Deze wachtlijst voor zorg thuis was er vorig jaar ook, maar toen bleef de wachttijd onder de Treeknorm van 6 weken. Het aantal wachtenden met een complexe zorgvraag is hetzelfde gebleven.

In het onderzoek is ook in beeld gebracht het aantal mensen dat op 1 januari 2008 een geldig indicatiebesluit heeft en korter dan de Treeknorm wacht (circa 12 500 personen) of zorg krijgt die niet past bij het indicatiebesluit (circa 68 500 personen). Het gaat in totaal om een lijst van circa 81 000 personen. Mogelijk staan op deze lijst nog personen die daar niet op horen, omdat de zorgaanbieder ze nooit goed bij het zorgkantoor heeft gemeld. Dit punt wordt meegenomen in het vervolgonderzoek naar de kwaliteit van de gegevens.

De problematische wachtlijst (van 4475 cliënten) is onderdeel van deze lijst van 81 000 personen. Voor andere personen op deze lijst zijn de volgende situaties aan de orde:

- feitelijk niet wachten op zorg (omdat ze tevreden zijn met de geboden zorg thuis en hun verblijfsindicatie niet willen verzilveren, inmiddels een pgb hebben of een te ruime indicatie hebben gekregen);
- korter dan de Treeknorm wachten;
- liever blijven wachten op een plek in de instelling van voorkeur en andere aanbiedingen van het zorgkantoor afslaan.

Cliënten uit beide laatste groepen kunnen hun situatie mogelijk als vervelend ervaren, maar volgens zorgkantoren is hun situatie niet problematisch.

### **Achtergronden bij deze aanhoudende wachtlijst**

Bij elk maatschappelijk vraagstuk waar vraag en aanbod op elkaar moet worden afgestemd is er sprake van een frictie. De omvang van dit probleem is volgens dit onderzoek een tekort van circa 3575 verblijfsplaatsen. Op een totaal van circa 235 000 verblijfsplaatsen in beide sectoren betekent dit een frictie van 1,5%. Het realiseren van verblijfsplaatsen kost (bouw)tijd van enige jaren. Daardoor is dit probleem niet meteen op te lossen, en dat zien we terugkomen in deze wachtlijstcijfers. Een ander belangrijk aspect dat een directe oplossing in de weg staat, is dat bij deze cliëntgroepen niet alleen het aanbod van zorg toeneemt (er wordt meer gebouwd), maar dat tegelijkertijd ook de vraag toeneemt. Deze aanhoudende wachtlijst betekent dat de sector de gewenste inhaalslag niet kan maken.

Bij de wachtlijst voor jeugd-lvg (van circa 2215 jeugdigen) spelen nog twee andere specifieke aspecten een rol. Ten eerste is er sprake van een doorstroomprobleem. Dit houdt in dat cliënten die uitbehandeld zijn in een orthopedagogisch behandelcentrum niet tijdig kunnen doorstromen naar een vervolgvoorziening, veelal een reguliere gehandicapteninstelling. Dit is een ketenprobleem. Ten tweede is er een gebrek aan specifiek aanbod voor vooral de zwaarste lvg-groep die wacht op een (besloten) achtervangplaats in een orthopedagogisch behandelcentrum. Zij vormt met name de «harde» kern van wachtenden voor lvg-zorg met een veel te lange wachttijd. Jeugdige lvg-ers op deze wachtlijst maken ter overbrugging gebruik van ambulante zorg. Dit doet een extra beroep op extramurale zorg met als gevolg dat ook de tijdigheid van de extramurale zorg voor jeugdige lvg-ers in het gedrang is gekomen. Mede door dit verdringingseffect is de wachttijd voor extramurale zorg opgelopen tot voorbij de Treeknorm van zes weken.

### **Beleidsinzet**

Het zorgkantoor is in zijn regio primair verantwoordelijk om met de zorgaanbieders het aanbod af te stemmen op de vraag; de zorgkantoren hebben zorgplicht. Ik ben verantwoordelijk voor een goed functionerend AWBZ-stelsel. Ik stuur de AWBZ landelijk aan en faciliteer partijen, zodat zij hun rol naar behoren kunnen uitvoeren.

Zoals aangegeven wil ik over meer concrete informatie over de ervaren wachtlijstproblematiek beschikken om zonedig mijn beleid aan te passen. Gelet op mijn rolopvatting bestaat mijn beleidsinzet ten aanzien van de overall toegankelijkheid van de AWBZ uit een aantal elementen. Zo verhoog ik het AWBZ-budget waarmee de extra vraag naar AWBZ-zorg kan worden opgevangen. De totale groeirimte in 2007 was € 561 mln. (3,2%), waarvan € 257 mln. beschikbaar was voor meer zorg. Daarnaast was € 125 mln. beschikbaar voor de financiering van extra verblijfs-

voorzieningen en € 179 mln. beschikbaar voor specifieke beleidsdoelen als maatschappelijke opvang in de 4 grote steden. In 2008 was de totale groeiruumte € 539 mln. (3%), waarvan € 200 mln. beschikbaar was voor meer zorg (inclusief de € 25 mln. n.a.v. de knelpuntenprocedure). De overige middelen hebben betrekking op de financiering van extra verblijfsvoorzieningen (€ 125 mln.), groei van het persoonsgebonden budget (€ 150 mln.) en overige activiteiten (€ 64 mln.). Ook heb ik, om een vinger aan de pols te houden, de NZa gevraagd een tussentijdse analyse te maken om te bezien of deze groeiruumte voldoende is om de extra vraag op te vangen. Hun bevinding was dat deze groeiruumte toereikend was. Tenslotte heb ik bij de NZa een knelpuntenprocedure in het leven geroepen, zodat adequaat op signalen uit het veld kon worden gereageerd.

Als ik deze instrumenten zie dan concludeer ik dat deze inzet effectief is gebleken. Cijfers uit dit onderzoek geven aan dat de AWBZ goed toegankelijk is én blijft. Voor wat betreft de extramurale zorg laten de cijfers zien dat er in Nederland nauwelijks verschillen zijn in de mate waarin personen binnen de Treeknorm van zes weken hun geïndiceerde zorg thuis hebben gekregen. Dit geldt ook voor de regio's waar in 2007 zorgaanbieders cliëntenstops zich hebben voorgenomen of tijdelijk hebben ingevoerd (zoals in Flevoland, Drenthe en Limburg).

Mijn beleidsinzet specifiek ten aanzien van het wachtlijstprobleem (bij de intramurale zorg) verloopt langs de volgende drie lijnen:

- *meer bouwen toestaan*: we hebben inmiddels, met de WTZi een omslag gemaakt, waarbij we niet meer van bovenaf voorschrijven, maar ambities vanuit het veld om extra te bouwen honoreren. Zo heb ik in mijn brief van 26 juni 2008 (TK 2007–2008, 31 200 XVI/27 659, nr. 167) de sector toegestaan voor € 2,7 miljard te investeren in nieuwe initiatieven.
- *bouwen makkelijker maken*: zo heb ik in 2008 de grenzen voor het kleinschalig bouwen verruimd en zal per terugwerkende kracht op 1 januari 2009 het bouwregime worden afgeschaft, waardoor (vertragende) toestemmingsprocedures komen te vervallen.
- *inzetten op extramuralisering (Volledig Pakket Thuis, buurtzorg)*: de achterliggende gedachte bij deze initiatieven is dat dit de druk op intramurale zorg afremt, waardoor meer plaatsen beschikbaar komen voor de zorgintensieve groep waarvoor extramurale zorg geen alternatief meer is.

Voor de financiering van deze extra verblijfsvoorzieningen was in de groeiruumte van 2007 en 2008 een bedrag beschikbaar van € 125 mln. Voor het jaar 2009 heb ik dit bedrag verhoogd naar € 150 mln. Dit bedrag blijft buiten de regionale contracteerruimte.

Mede op basis van het voorgaande wachtlijstrapport is er specifiek voor de wachtlijstproblematiek in de lvg-zorg, aanvullend op bovenstaande initiatieven, het volgende in gang gezet:

- *realiseren van meer aanbod*: ik sta toe dat buiten de 21 orthopedagogische centra, ook andere vg-instellingen behandelenzorg mogen leveren; daar hebben enkele instellingen gebruik van gemaakt.
- *stimuleren zorgvernieuwing en doorstroming*: vanuit het ministerie voor Jeugd en Gezin is hiervoor € 13 mln. (verdeeld over 2008 en 2009) beschikbaar gekomen. De effecten van de inzet van deze middelen zitten nog niet in deze wachtlijstcijfers over 2007 verdisconteerd.
- *investeren in kennisvermeerdering lvg-behandeling*: via het ZON/MW-programma «onderzoek voor mensen met een verstandelijke beperking» investeer ik in meer kennis voor het veld over effectieve behandelmethoden voor lvg-jeugdigen.

De kern van het beleid, en dat geldt ook voor het terugdringen van de wachtlijst, is dat ik ruimte schep voor het veld en dat het aanbod niet meer van bovenaf wordt gestuurd, zoals dat tot 2006 via de Wet Ziekenhuisvoorzieningen (WZV) het geval was. Het is aan het veld om met initiatieven te komen. Deze inzet heeft er in ieder geval toe geleid dat het probleem beheersbaar is gemaakt, maar de bestaande wachtlijsten zijn volgens dit onderzoek niet opgelost.

Volgens het onderzoek is de wachtlijst voor dementerende ouderen gedaald. Naar verwachting daalt die nog verder op basis van landelijke vraag- en aanbodprognoses. Zoals in mijn brief van 26 juni jl. geschetst, zal met de voorziene bouwactiviteiten vanuit de sector (met een geplande uitbreiding van 10 000 plaatsen), voorzover nu valt te overzien, tegemoet worden gekomen aan de extra vraag aan «zware» verpleeghuiszorg. Mede op basis van dit onderzoek en het programma ketenzorg dementie constateer ik dat bij partijen in de regio de (toekomstige) zorg voor mensen met dementie voldoende op het netvlies staat.

Voor beide overige cliëntgroepen is op dit moment minder helder wat de verwachte effecten zijn van de beleidsinitiatieven in relatie tot de wachtlijstproblematiek. Dit onderzoek met de focus op wachtlijstcijfers geeft daar geen goed antwoord op. Ik wil wel dit heldere beeld om goed te kunnen inspelen op toekomstige ontwikkelingen.

### **Tot slot**

Samen met de minister voor Jeugd en Gezin en de landelijke partijen (VGN, LVG-sector en ZN) hebben we geconstateerd dat extra beleidsinzet nodig is voor de lvg-groep. Om deze beleidsinzet goed te kunnen richten zal eerst een beleidsverkenning worden gemaakt. Op basis van deze analyse worden oplossingsrichtingen uitgewerkt, verantwoordelijkheden benoemd en concrete afspraken gemaakt met partijen. Het opstellen van deze verkenning is de eerste taak van een inmiddels aangestelde kwartiermaker. Daarnaast zal de kwartiermaker vooral in de regio aan de slag gaan. De persoon zal zonedig partijen aansporen om meer initiatieven op het terrein van ketenzorg te ontplooiën, goede voorbeelden gaan uitdragen, en zonedig obstakels die samenhangen met de inrichting van de AWBZ op de landelijke agenda zetten. De kwartiermaker zal zijn bevindingen aan beide betrokken bewindslieden rapporteren.

Ik zal de Kamer informeren over de uitkomsten van deze beleidsverkenning en nieuwe gegevens over de toegankelijkheid van de AWBZ.

De staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
M. Bussemaker