

Vergaderjaar 2013–2014

**30 597**

**Toekomst AWBZ**

**Nr. 462**

**LIJST VAN VRAGEN EN ANTWOORDEN**

Vastgesteld 3 september 2014

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft een aantal vragen voorgelegd aan de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over naar aanleiding van de uitzending van Nieuwsuur van 25 augustus 2014 over de wachtlijsten bij zorginstellingen. De Staatssecretaris heeft deze vragen beantwoord bij brief van 2 september 2014. Vragen en antwoorden zijn hierna afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,  
Neppérus

De griffier van de commissie,  
Teunissen

1. Wat is de verklaring voor het feit dat de wachtlijstcijfers – waar de Kamer meerdere malen om heeft moeten verzoeken – uiteindelijk toch niet kloppend zijn?

De wachtlijstcijfers worden opgesteld aan de hand van de registraties van zorgaanbieders en zorgkantoren. Eind 2012 heb ik daar onvolkomenheden in geconstateerd en zijn zorgkantoren aan het werk gegaan om de wachtlijsten op orde te krijgen. Ik heb u daarover in de brieven van 7 juni en 24 september 2013<sup>1</sup> over geïnformeerd. Op grond van de peiling van ActiZ en de reportage van Nieuwsuur worden vraagtekens bij de bestaande registraties van de zorgaanbieders gesteld. Ik neem deze signalen uiterst serieus, omdat iedereen die zorg nodig heeft deze ook moet krijgen. Hier is ook voldoende geld voor beschikbaar. Ik wil daarom van de zorgkantoren weten wat de feitelijke situatie is van de mensen die op een wachtlijst staan. Ik zal de zorgkantoren verzoeken hier voor 1 november uitsluitend over te geven.

2. Wie heeft wanneer besloten dat er een verschil is tussen mensen die wachten op een plaats in de zorginstelling waarvan zij hebben aangegeven daar te willen verblijven? Waarom zijn mensen die wachten niet geïnformeerd over het verschil tussen actief wachten en «wens'wachten»?

In de contacten tussen zorgaanbieder/zorgkantoor en cliënt worden afspraken gemaakt over het wel of niet verhuizen naar een plaats in een instelling en mogelijke overbruggingszorg. Deze stappen worden ondersteund door de AWBZ-brede Zorgregistratie (AZR). Hierin worden de verschillende mogelijkheden vastgelegd door zorgaanbieders en zorgkantoren, zodat zij, de NZa, het Zorginstituut Nederland en VWS zicht kunnen houden op individuele situaties en landelijke wachtlijstinformatie kunnen genereren. In het kader van de AZR hebben betrokken partijen gezamenlijk landelijke definities ontwikkeld en vastgesteld.

Ik vind het allerbelangrijkst dat klip en klaar is of een cliënt uit zichzelf (nog) niet wilt verhuizen of niet kan verhuizen maar dit wel noodzakelijk is. In dit laatste geval is ingrijpen noodzakelijk. Dit vergt een actieve houding van zorgaanbieders en zorgkantoren. Tevens vergt dit een juist en tijdig informeren van de cliënt. Dit lijkt niet altijd de praktijk te zijn zo constateren ook NZa en ZN. Het is mijns inziens geen noodzakelijkheid dat cliënten de definities van de AZR kennen als zij maar goed geïnformeerd zijn over hun keuzemogelijkheden. Ik ga samen met NPCF, LOC, de zorgaanbieders, zorgkantoren en Zorginstituut Nederland bezien op welke wijze, mede met behulp van de factsheet van de NZa de informatievoorziening verbeterd kan worden.

3. Hoeveel mensen zijn er in 2012, 2013 en 2014 overleden zonder dat zij hun (geldige!) intramurale indicatie hebben kunnen materialiseren?

Ik beschik niet over de informatie om deze vraag te kunnen beantwoorden.

4. Is de invulling van de overbruggende thuiszorg, zoals meneer Van Beek die kreeg (tweemaal per dag medicatie, en eenmaal per week hulp bij het douchen), vergelijkbaar met de zorg in een instelling, en daarmee aan te merken als een volwaardig alternatief? Hoe is de overbruggingszorg bij andere wachtenden geregeld?

---

<sup>1</sup> Kamerbrieven van 7 juni 2013, Kamerstuk 30 597, nr. 353 en 24 september 2013, Kamerstuk 30 597, nr 374.

In de uitzending van Nieuwsuur bleek dat de heer Van Beek vanaf december 2013 graag opgenomen had willen worden in een verzorgings- of verpleeghuis. Blijkbaar heeft dit lang geduurd en heeft de heer van Beek moeten wachten tot juni 2014. De heer Van Beek had dus al aangegeven dat zorg thuis niet meer passend was en had daarbij een indicatiestelling voor een plaats in een verzorgings- of verpleeghuis. Om die reden heb ik aan het zorgkantoor gevraagd om na te gaan waarom de heer Van Beek zo lang heeft moeten wachten.

In overleg tussen cliënt en zorgaanbieder worden afspraken gemaakt over overbruggingszorg, indien er geen plaats is voor de cliënt en de cliënt besluit te wachten op zijn plaats van voorkeur. Deze overbruggingszorg kan zeer verschillend zijn. De zorgaanbieder waar de cliënt staat ingeschreven is verantwoordelijk voor deze overbruggingszorg. Doorgaans kunnen cliënten zich (goed) redden met de geboden overbruggingszorg. Wanneer de situatie thuis urgent wordt, dient de zorgaanbieder of de cliënt, aan te geven dat opname noodzakelijk is. Dat kan ook bij een andere instelling zijn. De zorgaanbieder (dossierhouder) dient dat in eerste instantie door te geven aan zorgkantoor. De cliënt kan zelf ook contact opnemen met het zorgkantoor. De cliënt wordt dan als «actief wachtend»<sup>2</sup> aangemerkt. Landelijk gezien blijken er momenteel ongeveer 45 cliënten actief wachtend te zijn voor een plek in een verzorgings- of verpleeghuis. Dit komt grofweg overeen met de wachtlijstcijfers uit de brief van 24 september 2013.

4. Hoeveel crisisplaatsingen vinden er jaarlijks plaats van mensen die al langer een indicatie hebben, en uiteindelijk niet in de instelling terecht kunnen waar zij zich hebben ingeschreven?

Desgevraagd geven de zorgkantoren te kennen geen exacte cijfers te hebben over het aantal crisissituaties dat zich voordoet, dus ook niet over het aantal crisisplaatsingen. Zorgkantoren melden dat in de praktijk in een geval van een crisissituatie de cliënt vrijwel altijd binnen 24 uur geplaatst kan worden. Zorgaanbieders houden daarvoor capaciteit vrij. De cliënt heeft echter niet de garantie dat hij altijd bij de instelling van 1<sup>e</sup> voorkeur terecht kan.

5. Hoeveel wachttijdmeldingen heeft de NZa in 2013 en 2014 ontvangen, en waarom zijn deze signalen niet als een probleem gezien?

De NZa geeft aan in deze periode geen meldingen te hebben ontvangen over schrijnende gevallen.

6. Wat is de verhouding van mensen op de wachtlijst met de bestaande capaciteit? Kan iedereen met een geldige intramurale indicatie onderdak krijgen? Hoe verhoudt het aantal wachtenden zich tot het afbouwen van verzorgingshuiscapaciteit?

In Nederland zijn circa 147.000 plaatsen in verzorgings- en verpleeghuizen<sup>3</sup>. Het aantal wachtenden is ongeveer 10.100<sup>4</sup>. Zoals toegelicht in mijn brief wil niet iedereen met een indicatie voor verblijf ook direct naar een instelling verhuizen. Het verlagen van de capaciteit van verzorgings- en verpleeghuizen vindt plaats op de lage zzp's. Hier geldt dat mensen met een indicatie recht houden op een plaats in een verzorgings- en verpleeghuis. Bij het verlagen van de capaciteit van de verzorgings- en verpleeghuizen dienen aanbieders en zorgkantoren hiermee rekening te

<sup>2</sup> Actief wachtend, langer dan de treetnorm zonder overbruggingszorg.

<sup>3</sup> Peiljaar 2013, Monitor Langdurige Zorg.

<sup>4</sup> Peildatum 30 juni 2014.

houden. Het feit dat steeds minder mensen willen verhuizen dan wel op steeds latere leeftijd ligt wel in het verlengde met het niet direct verzilveren van een indicatie met verblijf.

7. Kan de Kamer de resultaten van het in het voorjaar van 2013 toegezegde NZa-onderzoek naar de invulling van de zorgplicht door zorgkantoren krijgen?

De NZa heeft in het Samenvattend rapport uitvoering AWBZ 2012 tevens de resultaten verwerkt van een verdiepend onderzoek uit 2013 bij de zorgkantoren over mogelijk strategisch wachtlijstgedrag van zorgaanbieders in 2013 in verband met de extramuralisering. Dit rapport heb ik 28 april jl. aan uw Kamer toegezonden (Kamerstuk 30 597, nr. 437).

8. Waarom is het systeem zo ingericht dat er slechts één voorkeur mag worden aangegeven voor een instelling?

Dat is feitelijk onjuist. Het systeem (AZR) is zo ingericht dat de cliënt zijn voorkeur kan aangeven voor maximaal drie zorgaanbieders (1<sup>e</sup>, 2<sup>e</sup> en 3<sup>e</sup> voorkeur). De eerste voorkeursaanbieder is verantwoordelijk voor het leveren van (overbruggings-)zorg. Overigens kan een cliënt en zijn naasten altijd bij iedere zorgaanbieder informatie inwinnen over de mogelijkheden van zorg bij die specifieke instelling.

9. Hoe kan er beter voor worden gezorgd dat mensen hun «status» kennen, en ook weten wat dit inhoudt? Bij wie ligt deze taak nu?

De zorgaanbieder dient met de cliënt het gesprek te voeren over de wachtlijst en de mogelijkheden voor bemiddeling waarbij de individuele situatie van die cliënt voorop dient te staan. Het verwerken van dit gesprek in de AZR («bijhouden van de status») is primair een zaak voor de zorgaanbieder die verantwoordelijk is. Ik verwacht ook van de zorgkantoren een actieve houding richting de cliënten die op een wachtlijst staan. Ik ga met de zorgkantoren de verschillende werkwijzen van zorgbemiddeling en wachtlijstbeheer bespreken teneinde dit proces zo optimaal mogelijk te laten functioneren.

Daarnaast zal ik, zoals eerder gesteld, samen met de NPCF, LOC, de zorgaanbieders, zorgkantoren en Zorginstituut Nederland bezien op welke wijze, mede met behulp van de factsheet van de NZa de informatievoorziening aan de cliënt verbeterd kan worden.

10. Hoe en wanneer weten mensen dat hun voorkeur niet doorgaat, zodat ze niet «eindeloos»/«lang» hoeven te wachten? Bij wie ligt deze taak nu?

In de AWBZ wordt gewerkt met zogenaamde treeknormen. Voor het verstrijken van die periode moet er duidelijkheid zijn voor de cliënt, zodat deze – indien er sprake is van een wachtlijst – kan kiezen voor andere mogelijkheden. De zorgaanbieder waarmee de cliënt (eventueel na bemiddeling van het zorgkantoor) in gesprek is, is verantwoordelijk hiervoor. Mocht er een wachtlijst zijn bij die zorgaanbieder en een wens van de cliënt om ergens anders een plaats te vinden dan dient de zorgaanbieder de cliënt door te verwijzen naar het zorgkantoor, zodat deze verder kan gaan met het vinden van de juiste zorg. Hierover zijn afspraken gemaakt in het «voorschrift zorgtoewijzing».

11. Als u stelt dat budget geen probleem is, hoe kan het dan dat er in de ene instelling nog plaats is, belangstelling en geen budget, en bij de andere instelling budget over is? Wie houdt toezicht hierop? Wie is

verantwoordelijk voor verdeling van het budget? Werkt het regionaal beheren van budget wel?

De landelijke contracteerruimte wordt vertaald naar het regionale niveau. Het zorgkantoor sluit contracten af met regionale zorgaanbieders, waarin de omvang van de vergoeding en de te leveren zorg is vastgelegd. Hierdoor ontstaan budgetten per zorgaanbieder. Het zorgkantoor sluit met meerdere zorgaanbieders contracten af om keuzevrijheid voor cliënten te garanderen. Daarbij dient het zorgkantoor ook rekening te houden met bestaande wachtlijsten. Gedurende het jaar kan het voorkomen dat de zorgvraag bij de ene aanbieder hoger is dan verwacht en bij een andere aanbieder lager. Het zorgkantoor kan gedurende het jaar de contractafspraken met de aanbieders bijstellen, zodat binnen de regionale contracteerruimte herverdeling plaatsvindt. Het is ook de taak van zorgkantoren om cliënten actief te wijzen op de aanbieders die nog ruimte hebben om cliënten van zorg te voorzien. Overigens dient het zorgkantoor voorzichtigheid te betrachten bij het verlagen van het zorgvolume bij zorgaanbieders, omdat de tweede helft van het jaar de vraag bij hen kan aantrekken.

Omdat het zorgkantoor een centrale rol speelt in de regio, kan het zorgkantoor het beste overzien hoe de regionale budgetten moeten worden ingezet en is de werking van het regionaal beheer geborgd.

12. Deelt u de mening dat er steeds meer beelden ontstaan dat er voor mensen geen plaats (meer) is in een verzorgings- of verpleeghuis, waardoor veel maatschappelijke onrust ontstaat? Waar kunnen mensen wel c.q. niet op rekenen? Kunt u hierop een uitgebreide reflectie geven?

Sinds begin jaren tachtig nemen we waar dat steeds meer mensen zo lang mogelijk thuis blijven wonen. Mensen vinden het belangrijk in de vertrouwde omgeving te blijven wonen. Met de introductie van de wijkverpleging in de Zvw, het versterken van het gemeentelijke maatwerk bij zorg, welzijn en participatie en het vastleggen van het recht op zorg thuis (pgb, vpt, mpt) versterkt de hervorming van de langdurige zorg deze wens. Dat er onrust is over de op handen zijnde hervormingen in de langdurige zorg begrijp ik: het gaat hier tenslotte om veranderingen in de zorg en ondersteuning voor de meest kwetsbare mensen in onze samenleving, waarbij nog niet altijd duidelijk is wat dat voor mensen individueel betekent. Indien er onzekerheid bestaat over de vraag of de meest kwetsbare mensen, die niet meer thuis kunnen wonen, een plaats in een instelling kunnen krijgen betreur ik dat ten zeerste. Het dient buiten elke twijfel verheven te zijn dat er voor deze mensen een veilige plek is met liefdevolle zorg. Deze mensen zijn van ons afhankelijk en moeten er altijd op kunnen rekenen dat zij dit krijgen. Precies dat is ook de reden dat ik het «recht op zorg» heb verankerd in de Wet Langdurige Zorg en heb besloten hier geen voorziening van te maken. Vandaar ook, dat de keuze is gemaakt om, daar waar bezuinigd moet worden, vooral te kijken naar lichte vormen van ondersteuning in de thuissituatie. Soms kunnen mensen die zelf betalen of mensen zouden ook iets voor elkaar kunnen betekenen, zoals hulp in het huishouden. Tenslotte worden in het zorgakkoord extra middelen beschikbaar gesteld voor mensen met een indicatie van ZZP4.

13. Wie coördineert de zorg thuis bij de overbruggingszorg, zoals bij mijnheer Van Beek? Wat is daarbij de rol van bijvoorbeeld de huisarts, de wijkverpleegkundige en de professionals?

Bij het antwoord op vraag 11 heb ik aangegeven dat de zorgaanbieder verantwoordelijk is voor passende overbruggingszorg, inclusief de

coördinatie. In overleg met de cliënt en naasten bepalen de professionele zorgverleners, zoals de wijkverpleegkundige en de huisarts of het thuis «nog langer gaat».

14. Bent u bereid de wachtlijsten nader te analyseren en actief mensen te laten benaderen om er achter te komen of zij op de juiste lijst staan in plaats van een «piepsysteem»? Zo nee, waarom niet?

Ja. In mijn brief heb ik aangegeven dat ik onderzoek zal instellen naar de feitelijke situatie van de mensen die op een wachtlijst staan, omdat er geen twijfel mag bestaan of mensen thuis passende zorg krijgen.

15. Wanneer wordt er gestart met de herfinanciering van de verzorgingshuizen, nu duidelijk is gebleken dat er door het stoppen van de financiering gevaarlijke situaties ontstaan?

Het beleid van langer thuis wonen sluit aan bij een trend die reeds langere tijd in de praktijk gaande is. Ik ben van mening dat door het recht op zorg, voldoende financiële middelen en een goed overgangsrecht voor mensen die nu een indicatie voor verblijf hebben er goede waarborgen zijn om de zorg te krijgen die zij, gezien hun situatie, nodig hebben.