

### *Inleiding*

Op 9 januari jl. heb ik de Kamer een brief gestuurd over de wachtlijsten in de sectoren verpleging en verzorging en gehandicaptenzorg op 1 januari 2007. De hoofdboodschap van deze brief is dat de toegankelijkheid van de AWBZ goed is geborgd, want circa 90% van de cliënten met een indicatiebesluit (in 2006: ruim 900.000) hebben binnen de geldende Treeknormen de geïndiceerde zorg gekregen. Dat is een goede prestatie. Er resteert een problematische wachtlijst van circa 5.000 personen. Naar aanleiding van deze brief is een groot aantal vragen gesteld, waarbij met name wordt ingezoomd op deze problematische wachtlijst. Deze vragen overziend lijkt het me goed om te beginnen mijn visie ten aanzien van verantwoordelijkheidsverdeling, taakopvatting en bijbehorende beleidsinformatie te verhelderen. Daarna zal ik de concrete vragen beantwoorden.

### *Verantwoordelijkheidsverdeling t.a.v. het oplossen van regionale knelpunten*

Zorgkantoren zijn, zoals in mijn wachtlijstbrief vermeld, primair verantwoordelijk voor het oplossen van de wachtlijsten. Zij hebben zorgplicht en dienen in overleg met hun regionale partners te komen tot een zorgaanbod dat past bij de zorgvraag. Het zorgkantoor sluit daartoe contracten af met zorgaanbieders in de regio. Zorgkantoren hebben ook als taak om de toekomstige vraag in te schatten op basis van demografische ontwikkelingen en hierop te anticiperen. Daartoe is het nodig dat het zorgkantoor overleg voert met de aanbieders om initiatieven te ontwikkelen om aan de vraag tegemoet te kunnen komen. Vanuit deze optiek zijn de zorgkantoren de regionale "oren en ogen" en behoren zij te weten wat er in de regio speelt en daarop in te spelen. Op basis van het onderzoek is te constateren dat de huidige problematische wachtlijst het resultaat is van het in het verleden (drie tot vijf jaar geleden) onvoldoende inspelen op toekomstige vraagontwikkelingen. In die tijd was de zorg nog volledig aanbodgestuurd en waren er onvoldoende geschikte prognosemodellen beschikbaar om de vraag in kaart te brengen. Inmiddels zijn deze prognosemodellen wel aanwezig.

Ik kan en wil deze verantwoordelijkheid van de zorgkantoren niet overnemen. Dat zou alleen al veronderstellen dat ik van elke regio een uitputtend beeld moet hebben van de regionale situatie (vraag- en aanbodontwikkelingen). Daarvoor zou ik een nationaal planningsinstituut moeten optuigen en dat vind ik onwenselijk. Bovendien beperkt dat de regionale speelruimte en flexibiliteit.

### *Mijn taakopvatting ten aanzien van regionale knelpunten*

Mijn rol is het faciliteren van zorgkantoren en zorgaanbieders zodat zij hun taken naar behoren kunnen uitvoeren. Wat versta ik daaronder? Het kabinet stelt op basis van landelijke ramingen van de vraag (financiële) kaders vast waarbinnen partijen hun werk moeten doen. Deze middelen worden regionaal verdeeld (contracteerruimte). Het uitgangspunt bij deze verdeling zijn nu nog historische gegevens, maar mijn bedoeling is dat om te bouwen naar een verdelingssysteem op basis van meer objectieve maatstaven (zoals bijvoorbeeld het aantal 75-plussers in de regio). Op mijn verzoek werkt het NZa daar momenteel aan. In 2008 is een eerste stap gezet door bij de verdeling van de groeiruimte uit te gaan van het aantal indicaties per regio en het aantal 75-plussers. Daar waar er knelpunten zijn die niet binnen de reguliere budgettaire kaders zijn op te lossen kunnen zorgkantoren en

#### **Fout! Verwijzingsbron niet gevonden.4**

zorgaanbieders dat melden bij de NZa. De NZa stelt vast of er sprake is van een knelpunt en adviseert mij daarover. Tot dusverre heb ik al hun adviezen overgenomen.

De problematische wachtlijst van 5.000 personen wijst op een tekort aan capaciteit voor dementerende ouderen, jeugdige licht verstandelijk gehandicapten met gedragsproblemen en personen met meervoudige problematiek. Het uitbreiden van capaciteit levert een belangrijke bijdrage aan het oplossen van deze wachtlijst. Dit kost echter tijd. Dit betekent dat deze wachtlijst niet meteen is op te lossen.

Daar waar (te verwachten) knelpunten betrekking hebben op zorg met verblijf kunnen zorgaanbieders hun verzoeken voor het uitbreiden van capaciteit indienen bij het ministerie (CIBG). Dit vindt plaats op basis van de WTZi. Mede gelet op de bestaande wachtlijst bij deze groepen heb ik tot dusverre op al deze verzoeken, mits voorzien van instemming van het zorgkantoor, positief gereageerd. Dit betekent onder meer dat er circa 6.000 verpleeghuisplaatsen bijkomen. Binnenkort zal ik de Kamer uitgebreider informeren over de bouwplannen in het kader van de bouwprioriteiten 2008/2009.

Zoals u weet, ben ik voorstander van het tot stand komen van meer kleinschalige initiatieven. Mede hierom en het versnellen van de gehele bouwvoorbereiding heb ik op 1 januari 2008 een ruimere definitie van kleinschaligheid in de beleidsregels WTZi opgenomen. Dit betekent dat meer initiatieven buiten het geldende bouwregime om (dus bovenop de genoemde 6.000 plaatsen), en dus met minder administratieve belasting, sneller tot stand kunnen komen.

#### *Beleidsinformatie*

Ik wil individuele zorgkantoren kunnen aanspreken op hun prestaties op het gebied van de aan hun toebedeelde zorgplicht. Hiervoor schiet op dit moment de beleidsinformatie inhoudelijk tekort en is deze te laat beschikbaar. Dit betekent dat ik op dit moment een aantal voor de hand liggende door u gestelde vragen over de problematische wachtlijst niet kan beantwoorden, zoals: hoe lang moeten deze mensen wachten, binnen welk tijdbestek kan een substantiële vermindering worden bereikt, wat is de omvang van deze wachtlijst per regio en naar samenstelling. Om zorgkantoren te kunnen aanspreken op geleverde prestaties dien ik wel over deze informatie te kunnen beschikken. De bewijslast voor geleverde inspanningen om de wachtlijst op te lossen ligt immers bij het zorgkantoor en niet bij mij. Sommige vragen suggereren dat ik alles moet weten. Dat onderschrijf ik niet. De AWBZ wordt door mij landelijk aangestuurd. Het is dan ook niet mijn taak om informatie over regionale vraag- en aanbodontwikkelingen te verzamelen. Dat is een taak van het zorgkantoor.

De AZR is de bron waaruit de beleidsinformatie beschikbaar moet komen. Het verdiepend onderzoek maakt twee punten duidelijk waar het nog aan schort. Het eerste punt: nieuw in zorg genomen cliënten worden door zorgaanbieders nog niet altijd tijdig gemeld. Een bekend probleem waar ik inmiddels maatregelen op heb genomen. Het tweede punt gaat over mijn beleidsmatige focus: de problematische wachtlijst, ofwel de kern van de wachtlijstproblematiek. Uit het verdiepend onderzoek is naar voren gekomen dat een aantal zorgkantoren de gegevens die zij verzamelen op grond van hun zorgbemiddelingstaak buiten de AZR vastlegt. Hierover zijn in het kader van de AZR nog geen landelijke afspraken



Blad

3

Kenmerk

#### **Fout! Verwijzingsbron niet gevonden.4**

gemaakt met alle zorgkantoren. Ik zal het College voor Zorgverzekeringen verzoeken om deze afspraken op korte termijn te maken.

Het vergt een inhaalslag van zorgkantoren om de informatievoorziening op orde te krijgen. Voor de wachtlijstmeting van 1 januari 2008 wil ik een eerste belangrijke stap zetten. Mijn inspanningen zijn erop gericht om de gegevens per zorgkantoor medio 2008 beschikbaar te hebben. Voor de volgende meting (op 1 januari 2009) wil ik uiterlijk eind maart 2009 over regionale wachtlijstgegevens kunnen beschikken.

Ik blijf overtuigd van de meerwaarde van de AZR als bron van wachtlijstinformatie en blijf dan ook daarin investeren. Andere manieren van informatieverzameling (bijvoorbeeld via zorgaanbieders of cliënten) passen niet bij de verantwoordelijkheidsverdeling met een spilfunctie voor de zorgkantoren. Ook staat het haaks op het beleid om de administratieve lasten zoveel mogelijk te beperken. Het zou ook richting zorgaanbieders een verkeerd signaal afgeven. Het bevordert namelijk niet de discipline om aan het AZR-berichtenverkeer te blijven deelnemen.

#### **Vragen CDA-fractie**

1.

Naar verwachting zullen vanaf het voorjaar door de invoering van een verbeterde versie van AZR de wachtlijstgegevens betrouwbaar zijn, omdat rekening gehouden wordt met alle in zorg genomen cliënten. Kan de staatssecretaris te zijner tijd een terugkoppeling geven of dit gelukt is?

1.

Ja, bij de presentatie van de nieuwe wachtlijstcijfers van 1 januari 2008 naar verwachting medio 2008.

2.

Op de "problematische" wachtlijst staan ongeveer 5.000 mensen. Het gaat om dementerende ouderen en jeugd met een licht verstandelijke handicap. Dit zijn voor het grootste gedeelte dezelfde cliëntengroepen als tijdens de vorige wachtlijstrapportage. Verder wordt in de brief ook aangegeven dat de wachtlijst (licht) is toegenomen. Waarom heeft deze groep nog steeds dezelfde omvang en heeft er geen daling plaatsgevonden?

2.

De wachtlijstcijfers (telkens op 1 januari van het jaar) geven een momentopname weer en zijn het resultaat van vraagontwikkelingen (afgegeven indicaties) en aanbodontwikkelingen (geleverde zorg) gedurende het jaar. Uit een analyse van beide ontwikkelingen blijkt dat er in 2006 ten opzichte van 2005 volgens NZa-productiegegevens meer zorg is geleverd aan deze groepen, maar dat deze extra zorg de nog sterker groeiende vraag van deze groepen niet heeft kunnen bijhouden. Het resultaat is een licht stijgende wachtlijst. Mijn ambitie is de

**Fout! Verwijzingsbron niet gevonden.4**

bij de volgende presentatie van wachtlijstgegevens de uitkomsten meer in dit dynamische perspectief te plaatsen.

3.

Nieuw op de wachtlijsten zijn autisten met een hoog IQ en gedragsstoornissen, jong dementerenden en jonge cliënten met een somatische aandoening. Deze groepen komen (nog) beperkt voor, maar worden wel gezien als groeiend. Of en zo ja hoe wordt hierop geanticipeerd?

3.

Het gaat bij deze categorieën wachtenden om een relatief kleine groep (van naar schatting enkele tientallen personen) die door enkele zorgkantoren is genoemd. Deze zorgkantoren anticiperen op de mogelijke groei van deze categorie wachtenden door afspraken te maken met zorgaanbieders in hun regio voor het ontwikkelen van een gespecialiseerd aanbod voor deze doelgroepen.

4.

Het toenemend aantal cliënten komt onder andere doordat er een tekort is aan preventief zorgaanbod, zoals vroegdiagnostiek en vroegbehandeling? Wat denkt de staatssecretaris hieraan te doen?

4.

Vroege signalering en aanpak van (dreigende) problemen bij kinderen en in hun gezinssituatie kan er inderdaad toe bijdragen dat problemen niet verergeren en later ingrijpen en intensieve behandeling noodzakelijk zijn. De minister voor Jeugd en Gezin legt in zijn programma "Alle kansen voor alle kinderen" dan ook prioriteit bij versterking van preventie. De nieuwe Centra voor Jeugd en Gezin moeten juist in de vroegsignalering en preventie voor gezinnen en kinderen een belangrijke rol gaan spelen. Het kabinet stelt samen met de gemeenten een bedrag oplopend tot € 200 mln. structureel beschikbaar vanaf 2011, voor meer ambulante zorg, informatie en advies en coördinatie van zorg. Hiermee wordt een flinke impuls gegeven aan het vroegtijdig eventuele problemen in kaart brengen en aan te pakken.

5.

In de brief wordt een aantal keren aangegeven dat mensen die een indicatie hebben voor verblijf, overbruggingszorg wordt aangeboden. Kan de staatssecretaris aangeven, (uitgewerkt naar de eerder genoemde doelgroepen) hoe lang mensen gebruik moeten maken van de zogenaamde overbruggingszorg?

5.

Ik beschik niet over deze gegevens en dat vind ik een gemis. Bij de volgende wachtlijstmeting (van 1 januari 2008) wil ik wel over de door u gevraagde gegevens beschikken, omdat het inzicht biedt in de ernst van de situatie. Op basis van deze informatie kan ik zonodig individuele zorgkantoren aanspreken op hun prestaties.

**Fout! Verwijzingsbron niet gevonden.4**

6.

Overbruggingszorg voor cliënten met psychogeriatrische problematiek wordt gezien de aard van de problematiek ontoereikend genoemd. Welke acties onderneemt de staatssecretaris om deze problematiek op te lossen?

6.

Zoals in mijn inleiding aangegeven zijn de zorgkantoren primair verantwoordelijk voor het oplossen van de knelpunten in de regio. Ik ga deze verantwoordelijkheid niet overnemen. Ik faciliteer door bijvoorbeeld extra financiële middelen ter beschikking te stellen als daarmee knelpunten worden opgelost of pas de regelgeving aan als deze als knellend wordt ervaren. Vanuit deze rolopvatting heb ik alle verzoeken vanuit de regio om uitbreiding van verpleeghuiscapaciteit, die de instemming hebben van het zorgkantoor, gehonoreerd en de regelgeving t.a.v. kleinschaligheid versoepeld. Verder werk ik op dit moment met Zorgverzekeraars Nederland aan het plan 'Vernieuwing AWBZ (naar cliëntvolgende ketens)'. Als eerste wordt daarin de keten voor dementiezorg opgepakt. Naast meer aandacht voor sturing op samenhang in de dementiezorg is een onderdeel van dit plan dat zorgkantoren op regionaal niveau meer inzicht krijgen in de ontwikkeling van de zorgbehoefte van mensen met dementie (zowel naar omvang als aard).

7.

De staatssecretaris geeft aan dat er per regio verschillen te zien zijn in de wachtlijstproblematiek. Kan inzicht worden gegeven in de verschillen per regio en welke "acties" zijn/worden er per regio ondernomen om de wachtlijstproblematiek op te lossen? In welke regio's wordt er onvoldoende geanticipeerd op de te verwachten vraagontwikkeling?

7.

Het onderzoek heeft opgeleverd dat de wachtlijstproblematiek ("de harde kern") in elke zorgkantoorregio voorkomt. Zoals in mijn inleiding aangegeven zijn meer gedetailleerde gegevens van de problematische wachtlijst naar regio niet aanwezig en dat vind ik een gemis. Behalve dat ik zorgkantoren zal faciliteren, moet ik ook individuele zorgkantoren kunnen aanspreken op hun verantwoordelijkheid wanneer daartoe aanleiding is. De AWBZ wordt door mij landelijk aangestuurd en niet op het niveau van de individuele regio. De huidige problematische wachtlijst is het resultaat van een onvoldoende vooruitziende blik in het verleden (3 tot 5 jaar geleden) toen de AWBZ-zorg net bezig was een omslag te maken van aanbod- naar vraaggestuurd. Ook waren er toen geen geschikte regionale prognosemodellen beschikbaar om de vraag in kaart te brengen.

8.

Kan inzicht worden verschaft in het regionale vraag- en aanbodmodel voor dementerende ouderen, specifiek in hoeverre deze raming de wachtlijstproblemen kan verkleinen en in welk tijdsbestek?

**Fout! Verwijzingsbron niet gevonden.4**

Herkent de staatssecretaris de stelling van Actiz dat de onduidelijkheid in de reeds aangekondigde regelgeving en de langzame afwikkeling van bouwplannen door bijvoorbeeld het CIBG leiden tot een vertraging in de uitbreiding van de intramurale capaciteit?

8.

Ik beschik niet over het regionale beeld. Op grond van landelijke cijfers blijkt dat er voor de periode 2008 tot en met 2011 (op grond van de WTZi) voor circa 6.000 plaatsen beschikkingen zijn afgegeven (of binnenkort worden afgegeven). Daarnaast komt ook een deel van de nieuwe capaciteit voor dementerende ouderen in de vorm van kleinschalige voorzieningen beschikbaar. Volgens een raming van Aedes-Actiz Kenniscentrum Wonen en Zorg komen in de komende periode circa 4.000 plaatsen beschikbaar. Dus in totaal gaat het om een volume-uitbreiding van circa 10.000 plaatsen. De vraag vanuit deze doelgroep zal de komende periode, volgens de raming in het rapport "Lang zullen we leven" met jaarlijks 2.000 personen toenemen; dus in de periode 2008 tot en met 2011 met 8.000 personen. Als daarnaast ook rekening wordt gehouden met de huidige problematische wachtlijst van deze doelgroep van naar schatting circa 3.000 tot 3.500 dementerende ouderen dan zal de vraag in de komende periode met circa 11.500 personen toenemen. Met de geplande uitbreiding van het verblijfsaanbod (van circa 10.000 extra plaatsen) wordt in belangrijke mate tegemoet gekomen aan de te verwachten groei. Aanvullend geldt dat er inmiddels een aantal extramurale zorgproducten in ontwikkeling is die ook de extra vraag naar deze zorg kan opvangen.

Deze landelijke vraag- en aanbodcijfers zijn voor mij aanleiding om te concluderen dat in deze kabinetsperiode een substantiële vermindering van deze wachtlijst kan worden gerealiseerd. Dat betekent wel dat sector voortvarend aan de slag moet gaan met het realiseren van de goedgekeurde initiatieven.

Bij het CIBG is bij het afgeven van toelatingen enige vertraging ontstaan, omdat de sector zeer voortvarend aan de gang is gegaan met het opstellen en indienen van nieuw- en verbouwplannen. Deze op zich positieve ontwikkeling heeft tot aanzienlijk meer aanvragen geleid waar het CIBG in eerste instantie geen rekening mee heeft gehouden. Ik heb inmiddels aan het CIBG extra financiële middelen ter beschikking gesteld om de vertraging in te lopen. Op dit moment neemt het CIBG alle aanvragen gericht op capaciteitsuitbreiding (en privacy) met voorrang in behandeling.

9.

In hoeverre bevordert de maximale budgettering voor de toeslag aanvullende verpleeghuiszorg het bestaan van wachtlijsten voor dementerende ouderen? Hoe verhoudt zich dat tot de objectieve indicatie die hieraan ten grondslag ligt?

9.

Bij het maken van productie-afspraken tussen zorgaanbieders en zorgkantoren is er geen grens gesteld aan de omvang van toeslagen voor aanvullende verpleeghuiszorg. Alleen bij de knelpuntenprocedure hanteert de NZa een bovengrens van 33,9% voor aanvullende verpleeghuiszorg in de regio. Dat wil zeggen dat ingediende knelpunten die deze norm te boven gaan niet als knelpunt worden gehonoreerd, vanuit de gedachte dat het

**Fout! Verwijzingsbron niet gevonden.4**

instellingsbudget van het verzorgingshuis voldoende flexibel is in te zetten om de eventuele meerkosten op te vangen.

10.

Klopt het dat het gebruik van het volledige pakket thuis afgaat van de capaciteit intramuraal verblijf binnen een regio?

10.

Ja. De zorginstelling kan over een verblijfplaats (ongeacht de invulling; thuis of in de instelling) maar één keer een afspraak maken. Het is mijn voornemen om dit per 2009 anders te regelen, zodat de levering van VPT ook extramuraal kan.

11.

De peildatum van dit onderzoek is 1 januari 2007. Kan de staatssecretaris al aangeven hoe het nu staat met de "problematische wachtlijst"?

11.

Naar verwachting zal het verdiepende onderzoek naar de wachtlijstsituatie op 1 januari 2008 medio dit jaar zijn afgerond. Vooral gelet op mijn extra informatiewensen wil ik zorgkantoren voldoende de tijd geven om de gewenste informatie aan te leveren.

**Vragen PvdA-fractie**

12.

De staatssecretaris geeft aan dat de AZR 'prima' functioneert daar het waar het gaat om het vastleggen van alle indicatiebesluiten. Kan de staatssecretaris aangeven wat zij verstaat onder 'prima'?

12.

Daaronder versta ik dat in de AZR alle indicatiebesluiten worden vastgelegd. Kortom: er is een 100%-dekking.

13.

Heeft de staatssecretaris oplossingen voorhanden als blijkt dat de invoer van een verbeterde versie van de AZR en regelgeving die zorgaanbieders verplicht om AZR adequaat te gebruiken niet toereikend is om te voorkomen dat personen onterecht geen melding krijgen in de AZR?

13.

De belangrijkste impuls voor zorgaanbieders om de AZR adequaat te gaan en blijven gebruiken bestaat uit het koppelen van de AZR met de bekostiging van zorg. Deze koppeling houdt in dat de zorginstelling alleen geld krijgt voor de geleverde zorg aan de cliënt vanaf het moment dat het AZR-declaratiebericht over de betreffende cliënt is verstuurd. Dat is nu

**Fout! Verwijzingsbron niet gevonden.4**

nog niet het geval, maar zal in 2009 worden gerealiseerd (zie ook het antwoord op vraag 26).

14.

Uit een nadere analyse blijkt dat 90% van de situatie van de personen niet problematisch is. Kan de staatssecretaris aangeven hoe de 10% die wel problematisch is, is ingedeeld?

15.

Hoeveel cliënten met psychogeriatrische problematiek staan op de problematische wachtlijst?

14. en 15.

Volgens een nadere analyse van de gegevens bestaat de problematische wachtlijst uit:

- circa 3.000 tot 3.500 dementerende ouderen;
- circa 1.000 jeugdig licht verstandelijk gehandicapten met aanvullende problematiek;
- circa 500 tot 1.000 cliënten met een meervoudige problematiek (met name gehandicapten).

16.

Hoe lang staan de genoemde cliëntengroepen uit de problematische wachtlijst te wachten?

16.

Ik beschik niet over deze informatie. Zie verder mijn inleiding en het antwoord op vraag 5.

17.

In welke regio's is er geen sprake van overbruggingszorg?

17.

In alle regio's krijgen cliënten overbruggingszorg aangeboden.

18.

Is de staatssecretaris voornemens op de aangegeven belemmeringen voor het oplossen van de problematische wachtlijsten onder de loep te nemen en met concrete oplossingen voor deze problemen te komen?

18.

Zoals in mijn inleiding aangegeven is het zorgkantoor primair verantwoordelijk voor het oplossen van deze wachtlijst. Vanuit mijn faciliterende rol zie ik op de volgende punten een rol voor mij weggelegd:

- het invoeren van een zorgzwaartebekostiging in 2009, zodat negatieve prikkels bij zorgaanbieders wordt weggenomen om 'zware' cliënten niet in zorg te nemen;
- het oplossen van aantoonbare regionale knelpunten in de financiering (daarover word ik geadviseerd door de NZa in het kader van de knelpuntenprocedure);





Blad

9

Kenmerk

#### **Fout! Verwijzingsbron niet gevonden.4**

- het blijven honoreren van verzoeken om uitbreiding van het aantal behandelplekken;
- het voeren van een arbeidsmarktbeleid dat is gericht op instroom, doorstroom en behoud van personeel in de zorg (zie daarvoor mijn arbeidsmarktbrief Werken aan zorg van 5 november 2007 (TK 2007-2008, 29282 nr. 46);
- het stimuleren van kleinschalig wonen voor onder andere dementerenden (binnenkort zal ik de Kamer uitgebreid informeren over de invulling van dit stimuleringsprogramma).

19.

Kan de staatssecretaris aangeven of capaciteitsuitbreiding bij de oplossingen van het wachtlijstprobleem hoort?

19.

Het uitbreiden van capaciteit is inderdaad een belangrijke oplossing. Vanuit mijn voorwaardenscheppende rol heb ik al actie ondernomen. Voor de gehele gehandicaptenzorg is in de komende jaren een verdere uitbreiding van het aantal verblijfsplaatsen voorzien. Volgens ingediende plannen betreft het circa 1.600 plaatsen voor capaciteitsuitbreiding; ze staan naast initiatieven die zijn gericht op verbetering van bestaande plaatsen (circa 3.400 plaatsen "instandhouding"). De plannen voor uitbreiding hebben voornamelijk betrekking op bijzondere doelgroepen, zoals de jeugd-LVG, de sterk gedragsgestoorden licht verstandelijk gehandicapten (SGLVG) en ernstig meervoudig gehandicapten. Het accent ligt op extra capaciteit voor mensen met een verstandelijke handicap plus bijkomende psychische stoornissen en gedragsproblemen. Aanvullend is er een uitbreiding voorzien van de capaciteit van Multifunctionele Centra's (MFC's) met 120 plaatsen.

In de sector Verpleging & verzorging zijn twee ontwikkelingen te zien, die direct van betekenis zijn voor de aanpak van wachtlijsten: (1) de toenemende opvang van ouderen met dementie in de verzorgingshuizen (waarvoor ik toeslagen "aanvullende zorg" mogelijk heb gemaakt), (2) de voortgaande uitbreiding van plaatsen voor verblijfszorg. In de komende jaren is volgens de ingediende plannen een capaciteitsuitbreiding voorzien van circa 1.100 plaatsen voor de categorie "zwaar verblijf, somatisch" en circa 6.000 plaatsen voor de categorie "zwaar verblijf, psychogeriatrisch". Die plaatsen worden overwegend ingevuld volgens het model van 'groepswonen' en 'kleinschalig wonen', waarin mensen kunnen rekenen op een combinatie van "een eigen woonunit met gezamenlijke ruimten".

20.

Kan de staatssecretaris aangeven of er in de oplossingsfeer ook steun gezocht wordt bij de provinciaal gefinancierde Jeugdzorg of beoordeelt zij de wachtlijsten voor LVG-Jeugd als een typisch AWBZ-vraagstuk?

20.

Het is belangrijk dat de wachtlijsten in de jeugdzorg integraal worden aangepakt, ook om afwenteling tussen de verschillende deel-sectoren te voorkomen. De minister voor Jeugd en Gezin werkt samen met de provincies aan het terugdringen van de wachtlijst in de

**Fout! Verwijzingsbron niet gevonden.4**

provinciale jeugdzorg. Bij het vraagstuk van wachtlijsten voor LVG-Jeugd wordt zoveel mogelijk integraal, met inbegrip van de jeugdzorg, naar mogelijke oplossingen gekeken. Daarbij kijken we ook naar structuuroplossingen als de mogelijke onderbrenging van de zorg voor LVG-Jeugd in één kader en financiering bij de provincies en grootstedelijke regio's.

21.

Kan de staatssecretaris aangeven hoe lang kinderen en ouders maximaal mogen reizen om de aangeboden hulpvoorziening te bereiken?

21.

Het uitgangspunt is dat er voldoende verblijfsplekken binnen de regio aanwezig moeten zijn zodat de reisafstand beperkt kan blijven. Een belangrijke uitzondering op deze regel is daar waar de AWBZ-zorg vraagt om een bundeling van specifieke (en vaak ook kostbare) expertise van het zorgaanbod. Voorbeelden van deze vormen van zorg vanuit de gehandicaptenzorg zijn de behandelcentra voor sterk gedragsgestoorde kinderen (de zogeheten sglvg-behandelcentra) en voorzieningen voor dove, slechtziende en/of meervoudig gehandicapten kinderen. Gelet op de gewenste bundeling van expertise gaat het hier om bovenregionale voorzieningen.

23.

Kan de staatssecretaris aangeven waarom zorgaanbieders door de zorgzwaartefinanciering liever lichtere cliënten opnemen?

23.

Uit het verdiepende onderzoek van bureau HHM komt juist naar voren dat de huidige bekostiging (met een uniform tarief per plaats en waarbij geen rekening wordt gehouden met de zorgzwaarte) zorgaanbieders niet uitnodigt om 'zwaardere' cliënten in zorg te nemen. Dit vind ik ongewenst. Ik ga ervan uit dat met de invoering van de nieuwe bekostiging (met een financiering naar zorgzwaarte) dit niet meer aan de orde zal zijn.

24.

Hoeveel mensen staan er op de (problematische) wachtlijst die behoefte hebben aan een kleinschalige vorm van wonen?

24.

Dit is niet bekend. In de AZR worden wel de voorkeuren voor instellingen geregistreerd, maar niet op welke wijze cliënten willen verblijven (in een instelling of daarbuiten in een kleinschalige setting).

25.

Wanneer gaat de staatssecretaris de Kamer weer informeren over de ontwikkelingen binnen de (problematische) wachtlijst?

**Fout! Verwijzingsbron niet gevonden.4**

25.

Na ommekomst van de wachtlijstgegevens op peildatum 1 januari 2008. Die verwacht ik medio 2009. Zie verder het antwoord op vraag 11.

**Vragen SP-fractie**

26.

Waarom melden de circa 3000 aanbieders hun in zorg genomen cliënten niet altijd tijdig? Is er, behalve het organiseren van regionale bijeenkomsten, onderzoek gedaan onder zorgaanbieders naar de oorzaak en redenen om niet te melden? Zo ja, wanneer heeft dit onderzoek plaatsgevonden en is dit nog steeds representatief? Zo nee, bent u bereid dit te onderzoeken en wanneer kan de Kamer de uitkomsten van dit onderzoek verwachten?

26.

De belangrijkste reden om de zorglevering niet tijdig te melden, heeft te maken met prikkels. De huidige AZR is primair van belang voor het doorgeleiden van het indicatiebesluit in de keten (het toewijzen en het leveren van zorg) en nog niet bij het bekostigen van zorg. Daarom heeft op dit moment de zorgaanbieder het meest belang bij de zorgtoewijzing via de AZR, omdat dit bepalend is voor de omzet die de zorgaanbieder kan maken. De zorgtoewijzingsfunctie van de AZR werkt daarom goed. Het tijdig melden van de geleverde zorg via de AZR is voor de zorgaanbieder minder cruciaal. Dit komt, omdat de zorgaanbieder, buiten de AZR om, een productieopgaaf doet aan het CAK. Via het CAK ontvangt de zorgaanbieder een voorschot voor de geleverde zorg. Mijn plan is om het bekostigen van zorg via de AZR te laten verlopen. Dan verwacht ik dat de prikkel om de AZR goed bij te houden sterk genoeg zal zijn, want alleen de gedeclareerde zorg wordt dan vergoed. Dit stadium wordt bereikt als release 3 van de AZR in de loop van 2009 bij de zorgaanbieders in gebruik is. Ik zie thans geen aanleiding om op dit vlak nader onderzoek te starten.

27.

Waarop baseert u uw aanname dat een verbetering van het AZR-systeem en de regelgeving de zorgaanbieders beter doet functioneren op dit gebied?

27.

Sinds het van kracht worden van de AO/IC regeling, blijkt dat de zorgkantoren in hun contracten met de zorgaanbieders prestatieafspraken hebben gemaakt over het tijdig melden van de geleverde zorg via de AZR. Zorgkantoren passen hierbij diverse financiële instrumenten toe, waaronder het principe 'niet gemeld is geen geld'. Ik constateer dat dit momenteel leidt tot een gestage verbetering in het tijdig melden van de geleverde zorg.

In 2007 is, voor de intramurale zorg, een koppeling gerealiseerd tussen de AZR en het heffen van de eigen bijdrage. De zorgaanbieders geven via de AZR aan welke zorg per cliënt is geleverd. De zorgkantoren sturen deze informatie door naar het CAK op basis waarvan de eigen bijdrage wordt vastgesteld. De zorgkantoren geven aan dat de zorgaanbieders meer discipline aan de dag leggen om de AZR goed bij te werken, omdat zij willen voorkomen dat

**Fout! Verwijzingsbron niet gevonden.4**

cliënten bezwaar maken tegen een onterecht opgelegde eigen bijdrage. Wat de extramurale zorg betreft, moet de komst van release 3 van de AZR uitkomst brengen. Dan wordt (via het AZR-declaratiebericht) een koppeling gerealiseerd met het bekostigen van zorg.

28.

Beschikken zorgaanbieders over voldoende kennis en capaciteit om met het vernieuwde AZR-systeem te werken? Zo ja, waarop baseert u deze aanname? Zo nee, welke maatregelen gaat u treffen om er voor zorg te dragen dat zorgaanbieders voldoende gekwalificeerd personeel hebben om hier mee te werken?

28.

Het is gewenst dat de zorgaanbieder het externe berichtenverkeer (via AZR) laat aansluiten op zijn informatiehuishouding over de cliënt. Daarmee worden ook nieuwe, hogere eisen gesteld aan de informatiehuishouding. Enkele redenen hiervan zijn: alle informatie wordt vastgelegd op het niveau van de cliënt, de informatie wordt met anderen gedeeld (ketenafhankelijkheid), fouten worden steeds sneller ontdekt en minder getolereerd, omdat de kwaliteitslat steeds hoger komt te liggen. Mijns inziens is het de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder om een visie te ontwikkelen op de bedrijfsvoering en te investeren in de competenties van het eigen personeel. Die verantwoordelijkheid ga ik niet overnemen.

Wat de capaciteit betreft, heb ik gezien dat sommige zorgaanbieders de cliëntadministratie anders georganiseerd hebben. Men is bijvoorbeeld overgestapt van een decentrale- naar een centrale uitvoering. Het is een onjuiste veronderstelling dat de AZR per definitie meer capaciteit vergt van zorgaanbieders. Er zijn mij situaties bekend, waarin een efficiëncyslag is gerealiseerd en met minder personeel kan worden volstaan dan voorheen. Ook is het beslist niet zo dat de AZR ertoe leidt dat er minder personeel beschikbaar is voor 'handen aan het bed'.

29.

Hoeveel extra bureaucratie gaat het werken met het nieuwe AZR-systeem geven bij de zorgaanbieders en de uitvoerende zorgverleners? Heeft een bureaucratietoets plaatsgevonden? Zo ja, wat waren hiervan de uitkomsten, zo nee, bent u bereid deze alsnog uit te laten voeren?

29.

Het goed op de rails krijgen van de AZR is een hele klus. Dat heeft vooral te maken met het wennen aan nieuwe werkwijzen en het alsnog op orde brengen van zaken die niet op orde zijn (zoals de koppeling van AZR met de interne informatiesystemen over de cliënt). Goede informatie over de cliënt kost vanzelfsprekend tijd en energie, maar is ook nodig voor een goede bedrijfsvoering en het realiseren van passende zorg. Er is dus sprake van implementatiedruk, zij het dat deze éénmalig is. Er wordt nogal eens gesuggereerd dat de AZR extra bureaucratie veroorzaakt, maar dat wil ik bij deze ontkrachten. Vanaf het moment dat de AZR goed is 'ingeregeld', kan het uitwisselen van de noodzakelijke informatie binnen de zorginstelling en in de AWBZ-keten snel en efficiënt verlopen. Wanneer ik op bezoek ben

**Fout! Verwijzingsbron niet gevonden.4**

bij zorgaanbieders vraag ik of zij geloven in de meerwaarde van de AZR. Dan krijg ik steevast hetzelfde antwoord "natuurlijk gaan we gewoon door met de AZR". Voor mij is dit reden genoeg om geen bureaucratietoets te laten uitvoeren.

30.

De zorgaanbieders in de AWBZ krijgen dit jaar te maken met een efficiëntiekorting van 1%, in hoeverre staat deze korting op het budget het goed en adequaat werken met het AZR-systeem in de weg voor kleinere aanbieders? En voor grote aanbieders?

30.

Er is geen directe relatie tussen de efficiencykorting en de AZR. De kleine zorgaanbieders hoeven helemaal geen kosten te maken voor de AZR, want zij kunnen gebruik maken van de web-applicatie van hun zorgkantoor. Voor de grote zorgaanbieders zijn de kosten voor de AZR marginaal, omdat zij toch al een eigen systeem hebben voor de bedrijfsvoering. Het is de bedoeling dat dergelijke systemen op een 'slimme' manier gegevens kunnen uitwisselen met de AZR (systeemintegratie).

31.

U concludeert dat de toegankelijkheid van de AWBZ over het algemeen geborgd is, en wel aan de hand van het aantal afgegeven indicaties. Bent u van mening dat met het afgeven van een indicatie de toegang tot de AWBZ geborgd is? Zo ja, waarom, zo nee, waarop baseert u dan uw conclusie dat de toegankelijkheid is gewaarborgd?

32.

Staat toegankelijkheid gelijk aan het tijdig ontvangen van de geïndiceerde zorg?

33.

Staat toegankelijkheid gelijk aan het beantwoorden van de zorgvraag waarbij de kwaliteit en continuïteit van zorg gewaarborgd is en er voldaan wordt aan het recht op zorg zoals dat in de AWBZ is vastgelegd?

31. 32. en 33.

Zoals in mijn wachtlijstbrief van 9 januari jl. aangegeven is de toegankelijkheid van de AWBZ over het algemeen goed geborgd, omdat uit gegevens van het College voor Zorgverzekeringen blijkt dat een zeer groot deel van de cliënten (90%) met een positief AWBZ-indicatiebesluit hun recht op zorg binnen de Treeknormen heeft verzilverd. Mijn conclusie is dus gebaseerd op gegevens van het college over de wachttijd nadat de indicatie is afgegeven en heeft geen betrekking op de doorlooptijd bij de indicatiestelling. Ook de kwaliteit van zorg valt niet onder reikwijdte van de gehanteerde definitie van toegankelijkheid.

34.

Uit het verdiepend wachtlijstenonderzoek dat bij uw brief gevoegd was, blijkt dat dit bestond uit interviews bij de concessiehouders? Welke vragen zijn gesteld in deze interviews en kan de Kamer inzage krijgen in de verslagen van deze interviews? Zo ja, wanneer? Zo nee, waarom niet?

**Fout! Verwijzingsbron niet gevonden.4**

34.

Dit verdiepende wachtlijstonderzoek is in opdracht van het College voor Zorgverzekeringen uitgevoerd. Tijdens de interviews met de concessiehouders zijn vragen gesteld over de totale wachtlijst in de regio, de omvang van de groep problematische wachtlijst, de achtergronden waarom personen op de wachtlijst niet als problematisch zijn aan te merken, de beschikbaarheid van overbruggingszorg, de aanwezigheid van voldoende crisiszorg en de belangrijkste belemmeringen bij het oplossen van de problematische wachtlijst. Het is ongebruikelijk om ruwe onderzoeksgegevens zoals de gespreksverslagen met zorgkantoren vrij te geven. Bovendien is bij dit onderzoek aan de concessiehouders toegezegd dat er geen tot regio's herleidbare onderzoeksgegevens zullen worden gepubliceerd. Gelet op mijn wens om te kunnen beschikken over regionale gegevens is deze toezegging naar concessiehouders bij het huidige wachtlijstonderzoek komen te vervallen.

35.

Waarom is er alleen met de concessiehouders gesproken en niet met de zorgaanbieders in de regio's waar zij opereren?

36.

Bent u bereid alsnog een verdiepend onderzoek te doen waarbij ook bij de zorgaanbieders wordt onderzocht hoeveel mensen er wachten op zorg van deze aanbieders en of deze overeenkomt met de wachtlijst die het zorgkantoor hanteert? Zo ja, wanneer kan de Kamer de uitkomst van dit onderzoek verwachten? Zo nee, waarom niet?

37.

Waarom zijn er geen cliënten van de wachtlijsten van de concessiehouders rechtstreeks betrokken bij het verdiepende onderzoek; bijvoorbeeld door middel van steekproeven in iedere regio?

39.

Bent u bereid in 2008 onderzoek te doen onder cliënten die zich op de wachtlijsten bevinden, en te onderzoeken in hoeverre zij het wachten op zorg als probleem ervaren? Zo ja, wanneer kan de Kamer de uitkomst van dit onderzoek verwachten? Zo nee, waarom niet?

44.

Waarom zijn mantelzorgers niet betrokken bij het verdiepende onderzoek naar de wachtlijsten? Bent u bereid dit alsnog te doen? Zo ja, wanneer kan de Kamer hier de uitkomsten van verwachten? Zo nee, waarom niet?

35. 36. 37. 39. 44

Zoals in mijn inleiding aangegeven zijn de zorgkantoren verantwoordelijk voor het waarborgen van toegankelijkheid in de regio. Om deze verantwoordelijkheid waar te maken geven ze actief invulling aan wachtlijstbemiddeling en daarmee hebben zij een goed beeld van de wachtlijstsituatie in hun regio. Vanuit dit vertrekpunt zijn zorgkantoren primair de

**Fout! Verwijzingsbron niet gevonden.4**

“oren en ogen” als het gaat om adequate wachtlijst-informatie en niet zorgaanbieders, cliënten en/of hun mantelzorgers.

Ik blijf vasthouden aan mijn lijn om wachtlijst-informatie via de AZR te verzamelen. Ik ga niet terug naar de situatie van voor de invoering van AZR waarbij jaarlijks grootschalige onderzoeken werden gehouden onder zorgaanbieders. Behalve dat dit leidt tot een extra administratieve last bij zorgaanbieders, worden zij met dit onderzoek niet beloond voor hun deelname aan AZR. Een dergelijk onderzoek zal de zorgaanbieders juist motiveren om van deelname van het AZR-berichtenverkeer af te zien. Een onderzoek onder cliënten en/of hun mantelzorgers is alleen aan de orde als ik twijfels zou hebben over de uitoefening van de taakopvatting van zorgkantoren en dat zij om strategische redenen mij van onjuiste informatie zouden voorzien. Deze twijfels heb ik niet.

38.

U zegt dat mensen die overbruggingszorg krijgen in feite niet wachten. Hoe weet u dat deze mensen niet wachten? Op welk onderzoek of welke informatie baseert u deze aanname?

40.

Waaruit bestaat overbruggingszorg, en in hoeverre is die voldoende?

41.

Waarop baseert u uw aanname dat personen op de wachtlijsten tevreden zijn met de overbruggingszorg?

38. 40. en 41.

Deze aanname baseer ik op de uitkomst van het verdiepend onderzoek, waarin concessiehouders aangeven dat voor de meeste mensen op de ‘wachtlijst’ de geboden (overbruggings)zorg in de thuissituatie of in het verzorgingshuis op dit moment toereikend is. Ik noem u twee belangrijke groepen die op dit moment wel op de wachtlijst blijven staan, maar daar eigenlijk naar mijn mening niet op thuis horen. Ten eerste de groep mensen met een verblijfsindicatie die liever thuis zorg ontvangen. Zij weigeren een plek in het verzorgingshuis of verpleeghuis als deze hen wordt aangeboden en wensen geen verdere bemiddeling van het zorgkantoor. Ten tweede de groep mensen met indicatie voor zorg met verblijf en behandeling (dus zorg in een verpleeghuissetting nodig hebben) en die momenteel in het verzorgingshuis verblijven en daar adequate zorg krijgen (mede op grond van de beleidsregel toeslag aanvullende verpleeghuiszorg). Deze personen willen niet verhuizen naar het verpleeghuis. Een groot deel blijft ten onrechte als wachtend geregistreerd omdat het verzorgingshuis de functie behandeling niet automatisch registreert in het AZR.

42.

Wat is de invloed van bijvoorbeeld het schrappen van de grondslag Ondersteuning en Begeleiding op psychosociale grondslag op de kwaliteit en kwantiteit van de overbruggingszorg en op de situatie van de mensen die op de problematische wachtlijst staan? Bent u bereid hier onderzoek naar te doen? Zo ja, wanneer kan de Kamer hier de uitkomsten van verwachten? Zo nee, waarom niet?

**Fout! Verwijzingsbron niet gevonden.4**

42.

De maatregel Ondersteunende Begeleiding met grondslag psychosociaal zal in 2008 geen effect hebben op de wachtlijst omdat er sprake is van een overgangsjaar. Het door u voorgestelde onderzoek is dan ook niet nodig.

43.

Wat zijn de effecten voor mantelzorgers en/of PGB-houders zoals ouders die met behulp van een PGB voor hun gehandicapte kind zorgen, van de invoering van de Wmo waardoor veel mensen die eerder een indicatie voor huishoudelijke zorg kregen nu te maken krijgen met een afwijzing waarbij wordt verwezen naar de grondslag gebruikelijke zorg? Acht u het mogelijk dat dit tot verdere overbelasting kan leiden van mantelzorgers? Zo nee, waarom niet? Zo ja, welke maatregelen gaat u treffen om er voor te zorgen dat mensen die zorg dragen voor voldoende overbruggingszorg en/of zorgen voor de mensen die op de problematische wachtlijst staan, deze zorg kunnen blijven geven?

43.

Bij het bepalen of iemand aanspraak kan maken op AWBZ-zorg speelt, in geval van een gezamenlijk huishouden, de gebruikelijke zorg van huisgenoten geen rol. De gebruikelijke zorg van huisgenoten wordt wel meegewogen bij het bepalen van de omvang van de AWBZ-zorg. Het is aan het professionele oordeel van de indicatiesteller om te bepalen of het meewegen in individuele gevallen niet aan de orde is als de draaglast van huisgenoten substantieel wordt overschreden. In de beleidsregels indicatiestelling AWBZ is dit expliciet zo vastgelegd.

Of, in vergelijkbare gevallen, gemeenten in het kader van de WMO een aanvraag voor huishoudelijke hulp nu eerder afwijzen is afhankelijk van het gemeentelijk beleid t.a.v. het toepassen van de gebruikelijke zorg. Op dit moment heb ik geen aanwijzingen dat een mogelijke overbelasting van mantelzorgers terug te voeren is tot het gemeentelijk beleid op dit punt.

Ook in geval gemeenten meer zouden verlangen van hun burgers op titel van 'gebruikelijke zorg', dan nog geldt in geval van een aanvraag voor AWBZ-zorg dat het professionele oordeel van de indicatiesteller bepaalt of de draaglast van huisgenoten substantieel wordt overschreden. De beleidsregels indicatiestelling AWBZ voorzien dus reeds in het gevraagde.

45.

De definitie van problematische wachtlijst is gebaseerd op schattingen van de concessiehouders en geeft aan hoeveel cliënten bij het zorgkantoor hebben aangeklopt voor bemiddeling. Welke criteria worden gehanteerd bij concessiehouders? Moeten cliënten zelf aangeven dat zij bemiddeling nodig hebben? Onderzoeken concessiehouders actief waarom zorg nog niet gestart is na het afgeven van een indicatiebesluit en na het verlopen van de Treeknorm? Bieden concessiehouders actief hun bemiddeling aan? Zo ja, hoe? Zo nee, waarom niet en bent u bereid maatregelen te treffen die als resultaat hebben dat dit wel gebeurd?



**Fout! Verwijzingsbron niet gevonden.4**

45.

De definitie van de problematische wachtlijst is vastgesteld op basis van de gesprekken met concessiehouders/zorgkantoren. Deze definitie luidt: "Problematisch wachtenden zijn cliënten met een geldig indicatiebesluit, voor wie niet binnen de Treeknormen passende zorg is te vinden en voor wie bemiddeling door het zorgkantoor of de zorgaanbieder nodig is."

Landelijk hebben de zorgkantoren afgesproken dat het zorgkantoor slechts dan actief bemiddelt als de zorgvrager niet zelf de weg naar een passend aanbod kan vinden. Voor het merendeel van de zorgvragers is geen actieve bemiddeling nodig, omdat zij bij de indicatie hebben aangegeven van welke zorgaanbieder zij zorg willen ontvangen. Het is dan onnodig dat het zorgkantoor hier als een extra schakel gaat fungeren. Dat zou immers overbodige bureaucratie zijn. Voor een beperkt aantal cliënten, die vanwege een kwetsbare positie, niet zélf de weg naar een passend aanbod kan vinden, moet het zorgkantoor actief bemiddelen. Daarnaast bemiddelt zij ook voor cliënten voor wie niet binnen de Treeknorm van passende zorg beschikbaar is.

In recente jaren is vooral gewerkt aan verbetering van informatie over de *kwaliteit* van de zorg (onder meer op de site [www.kiesbeter.nl](http://www.kiesbeter.nl)). Mensen hebben tegelijk behoefte aan informatie over de beschikbaarheid van zorgvoorzieningen. Zorgkantoren bieden die informatie via hun websites. In samenspraak met Zorgverzekeraars Nederland verken ik hoe dit type informatie verbeterd kan worden.

De NZa houdt toezicht op uitvoering van de AWBZ en verricht daarvoor jaarlijks onderzoek onder alle concessiehouders. De NZa concludeert in zijn rapport *Uitvoering van de AWBZ 2006* dat alle concessiehouders met zorgaanbieders afspraken hebben gemaakt over de termijn waarbinnen de aanbieder na indicatiestelling contact opneemt met de cliënt en het terugmelden van cliënten die de zorgaanbieder niet binnen een redelijk termijn in zorg kan nemen. Ook constateert de NZa dat nagenoeg alle zorgkantoren bij de zorgaanbieders controleren of de gemaakte afspraken worden nagekomen. Op grond van deze uitkomsten stel ik vast dat er geen aanvullende maatregelen nodig zijn.

46.

Waarom kunnen concessiehouders geen overzicht geven van precieze aantallen? Welke maatregelen gaat u treffen om er voor zorg te dragen dat de informatie over de mensen die nog niet in zorg zijn na het afgeven van een indicatie en na het verlopen van de Treeknorm per direct opvraagbaar is?

47.

De problematische wachtlijst is gebaseerd op schattingen. Wanneer kan de Kamer een wachtlijst verwachten die gebaseerd is op feiten?

50.

Wie bepaalt wie op de problematische wachtlijst staat en welke criteria worden door wie hiervoor gehanteerd?

**Fout! Verwijzingsbron niet gevonden.4**

51.

Hanteren cliënten, concessiehouders en zorgaanbieders hiervoor de zelfde criteria? Zo ja, welke? Zo nee, waarom niet en welke maatregelen gaat u treffen om er voor te zorgen dat het helder is welke criteria gelden voor de problematische wachtlijst?

46. 47. 50. 51.

Volgens de gangbare definitie staan personen op de AWBZ-wachtlijst als zij na afgifte van een positief indicatiebesluit niet of gedeeltelijk de geïndiceerde AWBZ-zorg hebben ontvangen. Mede op basis van het laatste verdiepingsonderzoek blijkt dat deze ruime definitie onvoldoende recht doet aan de werkelijke omvang van de wachtlijstproblematiek. Zo wordt geen rekening gehouden met de Treeknormen en de situatie dat vanuit het gezichtspunt van de cliënt de geboden AWBZ-zorg aansluit bij hun wensen, maar afwijkt van de geïndiceerde zorg zoals vastgelegd hun indicatiebesluit. Vandaar de behoefte om een meer strikte definitie van de wachtlijst te introduceren, de problematische wachtlijst.

Zoals bij het antwoord op vraag 45 aangegeven is de definitie van problematisch wachtenden vastgesteld op basis van de gesprekken met concessiehouders/zorgkantoren. Zij rekenen personen tot de groep problematisch wachtenden als zij langer wachten dan de Treeknorm en geen of geen passende zorg krijgen. Of de zorg niet passend is wordt afgeleid uit het gegeven dat de cliënt of de zorgaanbieder bij het zorgkantoor kenbaar heeft gemaakt dat zorgbemiddeling door het zorgkantoor gewenst is.

In principe is deze wachtlijst uit AZR af te leiden. Zoals in mijn inleiding aangegeven, legt een aantal zorgkantoren hun informatie verkregen op basis van hun zorgbemiddelingstaak nog niet in de AZR vast. Daarom is het nodig landelijke afspraken hierover met de zorgkantoren te maken. Ik zal het College voor Zorgverzekeringen vragen deze afspraken te maken.

48.

Blijven mensen die al in zorg zijn genomen maar nog niet alle zorg krijgen die geïndiceerd is omdat de zorgaanbieder deze nog niet kan leveren op de wachtlijst staan? Komen mensen opnieuw op de wachtlijst indien de zorgvraag is toegenomen en een nieuwe zwaarder indicatie wordt afgegeven? Worden deze mensen als problematisch wachtende erkend door zowel de concessiehouders, als de zorgaanbieder, als het NZa en het ministerie? Zo nee, waarom niet?

48.

De wachtlijst bestaat uit cliënten waarbij de geïndiceerde zorg niet of deels overeenkomt met de geleverde zorg. Beide door u aangehaalde voorbeelden blijven op de wachtlijst staan en zijn meegenomen in de wachtlijstrapportage.

De NZa beoordeelt de wachtlijst vanuit het regionale kader en vanuit het perspectief of met de inzet van financiële middelen het knelpunt is op te lossen. Vanuit dit vertrekpunt wordt gekeken of nieuw in zorg te nemen cliënten in de regio binnen de Treeknorm zijn te helpen. Indien dit niet het geval is er sprake van een problematische wachtlijst. In alle gevallen zal het zorgkantoor een oplossing zoeken voor de cliënt, zodat alsnog de geïndiceerde zorg kan worden geleverd. Een bijzondere groep vormt de cliënten die momenteel overbruggingszorg krijgen maar waarvan wordt vastgesteld dat uiteindelijk een structureel ander zorgaanbod gewenst is. In mijn brief van 9 januari jl. heb ik deze groep aangeduid als de problematische

**Fout! Verwijzingsbron niet gevonden.4**

kern van de wachtlijst. Voor deze groep van circa 5.000 personen is intramurale capaciteit nodig.

49.

Erkent u dat het niet volledig kunnen geven van de geïndiceerde zorg kan worden aangemerkt als zijnde een volumeprobleem en dat een aanbieder een hoger budget nodig heeft om aan deze vraag te kunnen voldoen? Zo nee, waarom niet? Zo ja, bent u bereid ook deze groei te accommoderen en te blijven honoreren zodat de wachtlijsten sneller worden opgelost?

49.

Bij het voldoen aan de zorgvraag van cliënten met een AWBZ-indicatie staat niet de individuele zorgverlener centraal. Bepalend is het totale zorgaanbod in een regio. Indien de regio wordt geconfronteerd met een hoger zorgvolume dan kunnen extra middelen beschikbaar worden gesteld. Dit gebeurt jaarlijks door middel van de toegekende groeirimte en kan ook het geval zijn als uitvloeisel van de knelpuntenprocedure. Oogmerk daarbij is dat problematische wachtlijsten worden voorkomen.

52.

Uit het verdiepende onderzoek komt naar voren dat cliënten met een licht verstandelijke handicap zeer specifieke zorg nog hebben die maar zeer beperkt beschikbaar is. Er wordt vaak naar tijdelijke oplossingen gezocht, waarbij de geboden begeleiding niet toereikend is. Hierdoor verergert de problematiek. Een aantal van deze cliënten komt uit multiprobleemgezinnen. Hier is sprake van een beperkt aanbod. Voor 1 januari 2008 kon er gebruik worden gemaakt van ondersteuning en begeleiding op de grondslag psychosociaal. Deze is nu geschrapt. Dit heeft tot gevolg dat de gezinnen die in 2008 geconfronteerd worden met deze problematiek niet meer aanspraak kunnen maken op ondersteuning en begeleiding zoals bijvoorbeeld gespecialiseerde thuiszorg. Welke maatregelen gaat u treffen om er voor zorg te dragen dat de problemen van deze cliënten en de gezinnen waarin zij verblijven in 2008 niet verslechteren omdat er nog minder praktische zorg en ondersteuning voor hen beschikbaar is?

52.

Jeugdigen met een licht verstandelijke handicap maken aanspraak op AWBZ-zorg op basis van de grondslag verstandelijke beperking. Voor deze groep zijn de aanspraken voor de functie Ondersteunende Begeleiding in 2008 niet gewijzigd. Overigens zal het vervallen van de aanspraak Ondersteunende Begeleiding voor personen met een grondslag psychosociaal in 2008 geen effect hebben omdat er sprake is van een overgangsjaar (zie ook het antwoord op vraag 42).

53.

Hoe worden de multifunctionele centra gefinancierd? Zijn er afspraken met de verzekeraars, de GGZ en de centra zelf gemaakt over het verhogen van de capaciteit van deze centra? Zo ja, welke afspraken en wie is verantwoordelijk voor de daadwerkelijke uitbreiding van het

**Fout! Verwijzingsbron niet gevonden.4**

aanbod? Zo nee, waarom niet? Bent u bereid alsnog maatregelen te treffen die de er voor zorg dragen dat de capaciteit uitgebreid wordt?

53.

De Multifunctionele Centra (MFC's) bieden in principe kortdurende ggz-zorg voor LVG-jongeren. Het zijn samenwerkingsverbanden tussen een ggz-instelling en een LVG-instelling en kennen als gevolg daarvan op dit moment een gemengde financiering: vanuit de Zvw voor het ggz-deel en vanuit de AWBZ voor het lvg-deel. Op basis van behoefteonderzoek in 2001 is de benodigde MFC-capaciteit bepaald op 288 plaatsen verdeeld over 12 over Nederland verspreide MFC's (24 plaatsen per MFC). Dit betreft dan alleen de klinische bedden, niet de poliklinische en ambulante MFC-zorg. Over dat deel kan men regionaal productieafspraken maken. In uitbreiding van de capaciteit is vrij recent voorzien. Op basis van signalen uit het veld is medio vorig jaar het plafond voor MFC-plaatsen opgehoogd met 120 plekken c.q. 5 extra MFC's (Staatscourant 19 juli 2007, nr. 137). Bij het realiseren van die nieuwe plaatsen c.q. samenwerkingsverbanden spelen niet alleen individuele instellingen en de betreffende zorgkantoren/zorgverzekeraars een rol. In de nieuwe beleidsregel is ook vastgelegd dat een verklaring van het regionale Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE) over het MFC-samenwerkingsverband voor de betreffende regio moet worden afgegeven. Met deze verplichte consultatie wil ik een optimale spreiding van voorzieningen over het land realiseren.

54.

Met de VGN worden maatregelen getroffen, zodat multidisciplinaire expertise van de LVG-voorzieningen beschikbaar wordt gesteld in de thuissituatie en bij reguliere gehandicaptenvoorzieningen. Door wie wordt de zorg uitgevoerd en georganiseerd? Hoe wordt deze zorg en hulp thuis en in reguliere instellingen gefinancierd? Waar wordt deze zorg geïndiceerd en op welke grondslagen? Is hier sprake van overbruggingszorg?

54.

Vanuit het ministerie voor Jeugd en Gezin zijn extra financiële middelen beschikbaar gesteld om de wachtlijst voor jeugdigen met licht verstandelijk beperkingen die wachten op zorg met verblijf (van een orthopedagogisch centrum, ofwel een LVG-voorziening) terug te dringen. Met deze middelen wordt de inzet van multidisciplinaire expertise van LVG-voorzieningen buiten de instelling (in het gezin of een reguliere vg-instelling) mogelijk gemaakt. Daarmee wordt de doorstroming van jeugdigen uit de LVG-voorziening bevorderd, zodat plaatsen beschikbaar komen om kinderen op de wachtlijst te helpen.

De doelgroep van de maatregel zijn jongeren met een indicatie voor zorg met verblijf (op basis van de grondslag: verstandelijke beperking) en die in een LVG-voorziening verblijven. Het gaan om jeugdigen die volgens het oordeel van de LVG-voorziening geschikt zijn om te worden doorgeplaatst weer naar huis of naar een vervolgvoorziening. Uit de praktijk blijkt dat het gezin of de vervolgvoorziening zich niet altijd voldoende voelt toegerust om voor een goede opvang te zorgen. Door tijdelijke extra ondersteuning in de nieuw situatie aan te bieden wordt doorplaatsing gefaciliteerd. De toeslagen hebben het karakter van een 'gewenningstoelage' voor de nieuwe situatie met een terugkeergarantie voor wanneer het misloopt. Het is geen overbruggingszorg, maar een aanvulling op de reguliere zorg.

**Fout! Verwijzingsbron niet gevonden.4**

55.

Het verdiepend onderzoek geeft aan dat er een tekort aan zorgaanbod is door afname van verpleeghuizen- en verzorgingshuizen in meerdere regio's. In welke regio's is dit gesignaleerd? Waardoor wordt dit veroorzaakt?

55.

Het kan voorkomen dat in bepaalde (sub-)regio's een afname van de totale intramurale capaciteit van verpleeg- en verzorgingshuizen optreedt. De achtergrond hiervan is dat verzorgingshuizen die tot vervanging van hun gebouwen overgaan vaak kiezen voor extramuralisering van de capaciteit. Zij vervangen dan een deel van hun intramurale plaatsen door zorgwoningen en een beperkt deel van hun intramurale capaciteit voor mensen met een zware zorgvraag (verpleeghuisplaatsen). Dit kan in de regio leiden tot een afname van totale intramurale capaciteit. Als meer specifiek wordt gekeken naar de aard van de verschuiving dan leiden dergelijke initiatieven tot een toename van 'zware' intramurale capaciteit (verpleeghuisplaatsen) en een afname van de 'lichte' intramurale capaciteit. Deze differentiatie van het aanbod leidt ertoe dat een betere aansluiting op de plaatselijke vraag wordt gerealiseerd. Overigens neemt in alle regio's, ook door het realiseren van extra verpleeghuisbedden door verpleeghuizen, de intramurale 'zware' capaciteit toe. Het tempo van realisering is soms door vertragingen in het bouwproces te laag, waardoor tijdelijke tekorten ten opzichte van de vraag kunnen ontstaan.

56.

Meerdere zorgkantoren geven aan dat er financiële krapte dreigt en in enkele regio's speelt er al financiële krapte. Behalve financieringsproblemen zijn er ook grote personeelsproblemen. Is het mogelijk dat de bezuinigingsmaatregelen die u treft, zoals de 1% efficiëntiekorting, het schrappen van de ondersteuning en begeleiding op psycho-sociale grondslag en de korting op PV, in 2008 gaan leiden tot langer wachtlijsten? Zo ja, welke maatregelen gaat u treffen om er voor dat de wachtlijsten hierdoor niet langer worden? Zo nee, waarop baseert u die aanname?

56.

Zorgkantoren krijgen de middelen om de geïndiceerde zorg mogelijk te maken. De efficiencykorting is gericht op de zorgaanbieders. Het is niet mijn verwachting dat dit zal doorwerken op het totale zorgaanbod en daarmee een extra druk zal geven op de wachtlijsten. Ook de maatregel Ondersteunende Begeleiding met grondslag psychosociaal zal in 2008 geen effect hebben op de wachtlijst omdat sprake is van een overgangsjaar. Mochten er toch problematische wachtlijsten ontstaan dan kunnen de zorgkantoren een beroep doen op de knelpuntenprocedure en zal worden bezien op welke wijze deze knelpunten kunnen worden weggenomen.

57.

Het blijkt moeilijk te zijn om de intensieve en complexe zorgvragen te beantwoorden. Vooral vanwege de specifieke eisen hebben zorgaanbieders minder de behoefte om zich op deze

**Fout! Verwijzingsbron niet gevonden.4**

moeilijke zorg te specialiseren. Daarnaast zijn deze zorgvormen erg duur. Waaruit bestaat deze intensieve en complexe zorgvraag? Wat is de definitie van intensieve zorg?

57.

Mensen met meervoudige problematiek (als mensen met verstandelijke beperkingen met sterke gedragsstoornissen en probleemgedrag) en mensen met een ernstige lichamelijke ziekte die in een laatste fase is (bijvoorbeeld de ziekte van Huntington, de ziekte ALS of MS) hebben een zeer intensieve, complexe zorgvraag. Voor mensen met meervoudige problematiek bestaat het zorgaanbod uit een besloten, veilige woonsetting met zeer intensieve begeleiding, verzorging en gedragsregulering. Doorgaans gaat het om gemiddeld 24 uur zorg per week. Bij mensen met ernstige lichamelijke ziekte in hun laatste fase bestaat de zorg uit wonen in een beschermde setting met dagelijks zeer intensieve verzorging, begeleiding en verpleging. Doorgaans gaat het om 27 uur zorg per week.

58.

Waarom spelen zorgaanbieders niet in op de vraag van intensieve en hoog complexe zorgvragen? Is er een verband met de financiële situatie van zorgaanbieders die hen dwingt tot inzet van minder hoog opgeleid en gekwalificeerd personeel in de AWBZ-instellingen en het gebrek aan dit mindere gekwalificeerde personeel? Bent u bereid onderzoek te doen naar de relatie die bestaat tussen het niet beschikbaar zijn van voldoende (gekwalificeerd ) personeel, het niet kunnen beantwoorden van de zorgvraag op basis van de indicatiebesluiten, het bestaande zorgaanbod en het ontstaan en samenstelling van de wachtlijsten? Zo ja, wanneer kan de Kamer hier de uitkomsten van verwachten? Zo nee, waarom niet?

58.

Op basis van het onderzoek kan niet worden geconcludeerd dat zorgkantoren en zorgaanbieders niet inspelen op deze zorgvraag (zie ook het antwoord op vraag 59). Om aan deze (kostbare) zorgvraag te kunnen voldoen is een bundeling van expertise noodzakelijk. Ook is het nodig dat de woonsetting aan specifieke bouwtechnische kwaliteiten voldoet.

Uit het onderzoek naar doelmatigheid en kwaliteit in de sector verpleging en verzorging van het CTG/Nza in 2006 is naar voren gekomen dat er geen lineaire verbinding is tussen kwaliteit van zorg en financiën. Aangetoond werd dat op dat moment het goed mogelijk is om goede kwaliteit van zorg te combineren met goede financiële prestaties. Het moet dus mogelijk zijn om met de bestaande middelen een goede kwaliteit van zorg te bieden.

Verder vind ik het niet nodig onderzoek te laten verrichten naar ontwikkelingen op de arbeidsmarkt in relatie tot de aanwezig van wachtlijsten. Ik vind het veel belangrijker in te zetten op instroom, doorstroom en behoud van personeel voor de zorg. In mijn arbeidsmarktbrief van 5 november jl. (TK 2007-2008, 29282 nr. 46) heb ik mijn arbeidsmarktbeleid uiteen gezet. In deze brief heb ik de brancheorganisaties van zorgaanbieders uitgenodigd om projecten in te dienen die erop gericht zijn om het opleidingsniveau en de professionaliteit van medewerkers te verhogen.

**Fout! Verwijzingsbron niet gevonden.4**

59.

Er zijn zorgkantoren die specifieke afspraken maken met zorgaanbieders om gespecialiseerde afdelingen op te richten. Welke afspraken zijn er gemaakt en zijn die voldoende om binnen afzienbare tijd er voor te zorgen dat juist de mensen met een intensieve en complexe zorgvraag te allen tijde hun recht op zorg via de AWBZ kunnen verzilveren?

59.

Binnen de sector V&V ontstaan hier en daar afdelingen voor *"top care"* – bijvoorbeeld ten behoeve van mensen in een vergevorderde fase van de ziekte van Huntington. Hierbij wordt gebruik gemaakt van de toeslagen voor zware verpleeghuiszorg die sinds enkele jaren mogelijk zijn. Op het grensvlak van gehandicaptenzorg en GGZ ontstaan zorgprogramma's of 'multi-functionele eenheden' voor gehandicapte mensen met ernstige psychische stoornissen. Hier wordt de expertise van twee werelden bij elkaar gebracht. Voor zover te overzien wordt met deze ontwikkelingen overwegend adequaat ingespeeld op de zorgvraag van mensen een intensieve en complexe zorgbehoefte.

60.

Worden er ook afspraken gemaakt over kleinschalige woon en zorgvormen in de wijk voor de psychogeriatrische zorgvragers? Zo ja, welke en waar? Zo nee, waarom niet?

60.

Het is bekend dat een aantal zorgkantoren afspraken maakt met zorgaanbieders over het realiseren van kleinschalige woon- en zorgvoorzieningen voor mensen met dementie. Via het landelijk dementieprogramma krijgt dit meer gestructureerd de aandacht. Zorgverzekeraars Nederland is bezig met het opstellen van een inkoopgids Dementie die deze zomer zal verschijnen. Daarin zal vooral aandacht worden gevraagd voor de ketens die mensen met dementie nodig hebben en daarin spelen ook de gemeenten (mede in het kader van de WMO) een belangrijke rol. In mijn visie op dementiezorg zal ik ook aandacht schenken aan de in mijn ogen gewenste ontwikkelingen voor deze groep cliënten. Binnenkort zal ik de Kamer over deze visie informeren.

**Vragen VVD-fractie**

61.

Kan de staatssecretaris aangeven hoe zij haar faciliterende rol ten aanzien van het oplossen van de problematische wachtlijst (blz. 2 derde alinea) concreet gaat invullen?

61.

Zie hiervoor mijn inleiding en het antwoord op de vragen 18 en 19.

**Fout! Verwijzingsbron niet gevonden.4**

62.

Welke actie onderneemt de staatssecretaris om de bouwregelgeving voor zorgaanbieders te versoepelen en vereenvoudigen, zodat sneller gebouwd kan worden op basis van consistente (beleids-)regels?

62.

Met de introductie van de mogelijkheid om buiten het bouwregime van de WTZi om kleinschalige voorzieningen te realiseren is een belangrijke stap naar deregulering gezet. Het aantal plaatsen dat valt binnen de termen van kleinschalige voorzieningen is sinds dit jaar verhoogd, nadat uit de praktijk was gebleken dat hieraan behoefte was. De grens voor kleinschalige voorzieningen in de categorie licht verblijf is verhoogd naar 50 plaatsen en voor zwaar verblijf naar 24 plaatsen.

Tegelijkertijd ben ik samen met de minister bezig verder vorm en inhoud te geven aan de integrale tarieven voor de cure en de care. Met de introductie van integrale tarieven hangt het afschaffen van het bouwregime onlosmakelijk samen. In de cure is dat geëffectueerd. Voor de care ligt het voor de hand dat uiterlijk met de introductie van de integrale tarieven te doen. In het kabinetstandpunt op het SER-advies over de toekomst van de AWBZ zal aandacht worden besteed aan het tempo van de veranderingen in de bekostigings sfeer van de langdurige zorg, en ook de verdere vereenvoudiging dan wel afschaffing van de bestaande bouwregulering.

63.

Hoe verhoudt zich vervolgens het mede door het kabinet gewenste "instrument" van scheiden van wonen en zorg tot deze te ondernemen actie?

63.

Beide trajecten vergroten de mogelijkheden voor aansluiting van het zorgaanbod op de zorgvraag. In die trajecten wordt dat alleen op verschillende manieren gedaan. Door minder regelgeving wordt de bouw van voorzieningen met AWBZ-middelen vergemakkelijkt (regeling Kleinschalige woonvoorzieningen en op termijn de invoering van integrale tarieven in de care en afschaffing van het bouwregime). Scheiden van wonen en zorg betekent bouwen op de woonmarkt, buiten de AWBZ-regelgeving om. Dat biedt naar verwachting extra mogelijkheden voor een meer gevarieerd aanbod op het terrein van wonen en zorg. Met name kan beter ingespeeld worden op verschillen in woonwensen die samenhangen met verschil in inkomen.

64.

In welke regio(-'s) wordt volgens de staatssecretaris onvoldoende geanticipeerd op de te verwachten groei van zorgvraag?

64.

Zoals in mijn inleiding gesteld is het algemene beeld dat er in alle regio's in het verleden onvoldoende is geanticipeerd op de vraagontwikkelingen. Dit heeft te maken met het toen



**Fout! Verwijzingsbron niet gevonden.4**

geldende besturingsmodel in de AWBZ (aanbodgericht) en de onvoldoende beschikbaarheid van prognosemodellen.

65.

Welke rol is daar vervolgens weggelegd voor de staatssecretaris, welke rol voor het zorgkantoor en welke voor de provincie en gemeente?

65.

Zoals in mijn inleiding aangegeven is het zorgkantoor primair aan zet. Indien in de regio wordt voorzien dat de vraag naar zorg met verblijf zal toenemen is het belangrijk dat het zorgkantoor in een vroeg stadium in samenspraak met de aanbieders initiatieven ontwikkeld om aan deze vraag te kunnen voldoen. Daarbij kan gekozen worden voor het realiseren van grootschalige initiatieven (via de WTZi), kleinschalige initiatieven (op basis van de NZa-beleidsregel kleinschaligheid) of voor aparte woon- en zorgarrangementen. In het laatste geval dient in overleg te worden getreden met gemeenten en woningbouwcorporaties voor het realiseren van voldoende geschikte woningen. De provincie is van belang in het kader van de samenwerking met de gemeenten op het terrein van de ruimtelijke ordening en het vinden van geschikte locaties.

Ik heb een voorwaardenscheppende rol en vul die in zoals in mijn inleiding aangegeven. Ik intervenueer niet op het regionale niveau.

66.

In de laatste alinea van de brief van de staatssecretaris blijkt dat zij de zorgkantoren vraagt haar periodiek te informeren over eventuele belemmeringen. Veel belemmeringen zijn echter nu al bekend, zodat de vraag rijst wanneer en hoe de staatssecretaris tot actie overgaat om belemmeringen bij het adequaat oplossen van (onnodige) wachtlijstproblematiek weg te nemen?

66.

Zie hiervoor mijn inleiding en het antwoord op de vragen 18 en 19.

**Vragen PVV-fractie**

67.

Er wordt gesteld dat er in de regio onvoldoende wordt geanticipeerd op de te verwachten vraagontwikkelingen. Welke belemmeringen (bijvoorbeeld begrenzingen van de contracteerruimte, bestemmingsplanwijzigingen, milieuregelgeving, onduidelijkheden over de toekomstige bekostiging) worden er in de regio's ervaren die anticiperen moeilijk, dan wel onmogelijk maken en hoe bent u voornemens deze belemmeringen weg te nemen?

**Fout! Verwijzingsbron niet gevonden.4**

67.

De contracteerruimte is geen probleem bij het realiseren van nieuwe plaatsen. Capaciteitsuitbreiding wordt namelijk uit de groeiruimte van de AWBZ gefinancierd. Waar partijen in de praktijk wel tegenaan lopen is het voorspoedig doorlopen van alle procedures op het lokale niveau die samenhangen met het realiseren van nieuwe voorzieningen. Tijdsintensief zijn vooral het wijzigen van het gemeentelijk bestemmingsplan, het verkrijgen van een bouwvergunning en het doorlopen van eventuele bezwaarprocedures die belanghebbenden tegen deze bouwaanvraag kunnen inbrengen. Deze mogelijke vertragende factoren hangen samen met de inrichting van de ruimtelijke ordening. Voor het wegnemen van deze belemmeringen heb ik geen bevoegdheden. Daarnaast wil ik ook niet op dit lokale niveau interveniëren. Dat is een zaak van de regionale partijen. Ik realiseer me wel dat deze belemmeringen een voortvarende aanpak van de wachtlijst in de weg kunnen staan.

68.

In hoeverre anticipeert de staatssecretaris op de te verwachten vraagontwikkeling met betrekking tot kleinschalig wonen? Wordt dit, ook indien dit in de toekomst duurder blijkt te zijn dan grootschalig wonen, gefaciliteerd en gefinancierd of moeten de kleinschalige instellingen dan sluiten?

68.

Gelet op de bestaande verantwoordelijkheidsverdeling is het de taak van het zorgkantoor om in overleg met zijn regionale partners te anticiperen op de toekomstige vraagontwikkeling en te bekijken hoe kleinschalig wonen in de te verwachte vraagontwikkeling kan voorzien. Vanuit mijn voorwaardenscheppende rol heb ik de regelgeving aangepast zodat meer initiatieven onder deze noemer vallen en ook sneller zijn te realiseren. Op deze manier kunnen partijen in de regio beter op de vraag inspelen. Binnenkort zal ik de Kamer informeren over mijn stimuleringsprogramma voor kleinschalig wonen voor dementerende ouderen.

Ook in de toekomst wil ik dat de bekostiging voorziet in een prijs die kwalitatief goede zorg mogelijk maakt. In de toekomst zal de bekostiging steeds meer persoonsvolgend worden, waarbij de indicatie van de cliënt de hoogte van de prijs van de zorg voor die cliënt gaat bepalen. In een dergelijk systeem past het niet goed om (aanbodgericht) voor kleinschalig wonen een andere prijs te bekostigen. Ik heb geen redenen om op dit moment te voorzien dat kleinschalige voorzieningen financieel niet uit zouden komen met de beschikbare middelen. Binnenkort zal ik de Kamer uitgebreider over dit onderwerp informeren.

69.

Wat heeft de staatssecretaris het afgelopen jaar ondernomen om de wachtlijsten in de geïndiceerde zorg weg te werken en waarom is dit niet effectief geweest? Hoe gaat de staatssecretaris (anders dan 'verzoeken tot' en 'wijzen op') bewerkstelligen dat wachtlijsten in de geïndiceerde zorg in de toekomst wel worden weggewerkt?

69.

Zie hiervoor mijn inleiding en het antwoord op de vragen 18 en 19.

#### **Vragen ChristenUniefractie**

70.

Wat is de oorzaak van de lichte toename van de wachtlijsten verpleging & verzorging en gehandicaptenzorg op 1 januari 2007 ten opzicht van 1 januari 2006?

70.

De totale wachtlijst is op 1 januari 2007 in vergelijking met het jaar daarvoor toegenomen van circa 68.000 naar circa 75.000 personen; een stijging van circa 7.000 personen. Op deze wachtlijst staan alle personen waarbij de geleverde AWBZ-zorg niet overeenkomt met de geïndiceerde zorg, zo ook bijvoorbeeld personen met een indicatie voor verblijf die tevreden zijn met de aangeboden zorg thuis en liever thuis blijven wonen. Gelet op de toename van het aantal indicaties in 2006 t.o.v. 2005 zijn er steeds meer mensen waarvoor geldt dat de aangeboden zorg niet matcht met het indicatiebesluit. Behalve deze groep uit 2006 blijven ook personen waarvoor hetzelfde geldt uit voorgaande jaren op de wachtlijst staan. Deze cumulatie leidt tot een toename van totale wachtlijst, waarmee onterecht het beeld ontstaat dat de wachtlijstproblematiek toeneemt. Dit is voor mij een reden temeer om te focussen op de problematische wachtlijst.

71.

Op welke termijn verwacht de staatsecretaris dat de problematische wachtlijst van 5000 personen kan zijn weggewerkt?

71.

Mijn doelstelling is dat deze problematische wachtlijst in deze kabinetsperiode substantieel wordt verminderd. Daar wil ik de zorgkantoren op aanspreken. Het is een utopie om te veronderstellen dat deze problematische wachtlijst helemaal is op te lossen. Er dient altijd rekening te houden met enige frictie tussen vraag en aanbod, zeker als het oplossen van deze wachtlijst betekent dat er extra gebouwd moet worden. Dat kost tijd.

72.

Waarop is de stellingname gebaseerd dat er in de regio mogelijk onvoldoende is geanticipeerd op te verwachten vraagontwikkelingen?

72.

Zie hiervoor mijn inleiding.