

Vergaderjaar 2001–2002

**28 281**

## Zorgen voor toegankelijkheid in de ouderen- en gehandicaptenzorg

**Nr. 2**

**RAPPORT**

### Inhoud

<b>Samenvatting</b>	<b>5</b>	4.2	Benodigde informatie over vraag en aanbod	19	
		4.2.1	Zorgvraag	19	
<b>1</b>	<b>Inleiding</b>	<b>8</b>	4.2.2	Zorgaanbod	20
1.1	Aanleiding	8	4.3	Analyse van vraag en aanbod	20
1.2	Probleemstelling van het onderzoek	8	4.3.1	Rekenmodellen	21
1.3	Aanpak van het onderzoek	9	4.4	Benodigde informatie over stelsel in de praktijk	22
1.4	Indeling rapport	9	4.4.1	Informatie minister van VWS	22
			4.4.2	Afstemming in de zorgketen	22
<b>2</b>	<b>Taken en verantwoordelijkheden in het zorgveld</b>	<b>10</b>	4.5	Analyse van het stelsel in de praktijk	23
2.1	Inleiding	10	4.5.1	Knelpunten in de praktijk	23
2.2	Verantwoordelijkheid minister van VWS	11	4.5.2	Indicatiestelling	23
2.3	De zorgketen	11	4.5.3	Zorginkoop	23
2.3.1	Indicatiestelling	11	4.5.4	Wachtlijstbeheer	24
2.3.2	Zorgtoewijzing	11	4.5.5	Zorgtoewijzing	24
2.3.3	Zorgverlening	12	4.5.6	Zorgaanbod	24
2.3.4	Streefnormen Treekoverleg	12	4.5.7	Wederzijdse afhankelijkheid	25
			4.6	Integrale analyse	26
<b>3</b>	<b>Beschikbare informatie</b>	<b>13</b>			
3.1	Inleiding	13	<b>5</b>	<b>Conclusies en aanbevelingen</b>	<b>27</b>
3.2	Beschikbare informatie op regionaal niveau	13	5.1	Conclusies	27
3.2.1	Gegevens bij indicatieorganen	13	5.2	Aanbevelingen	29
3.2.2	Gegevens bij zorgkantoren	14			
3.2.3	Gegevens bij zorgaanbieders	15	<b>6</b>	<b>Reacties en nawoord</b>	<b>31</b>
3.3	Beschikbare informatie op landelijk niveau	15	6.1	Inleiding	31
3.3.1	Inzicht in de huidige zorgvraag en het huidige zorgaanbod	15	6.2	Reactie van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport	31
3.3.2	Inzicht in de toekomstige ontwikkeling van de zorgvraag en het zorgaanbod	16	6.3	Nawoord van de Algemene Rekenkamer	32
3.3.3	Inzicht in taakvervulling door actoren in het zorgstelsel	17			
<b>4</b>	<b>Benodigde informatie en analyses</b>	<b>19</b>	<b>Bijlage 1:</b>	Een modelmatige benadering van de toegang tot de zorg	34
4.1	Inleiding	19	<b>Bijlage 2:</b>	Samenvattend overzicht van conclusies, aanbevelingen en de reactie van de staatssecretaris van VWS	62



## SAMENVATTING

Een goed toegankelijke gezondheidszorg betekent dat zorgaanbod en zorgvraag in voldoende mate op elkaar aansluiten. Het bestaan van wachtlijsten (of overcapaciteit) duidt aan dat dit niet het geval is. De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) is verantwoordelijk voor de toegankelijkheid van de zorg. Deze verantwoordelijkheid houdt in dat de minister het zorgstelsel zodanig inricht dat alle rechthebbenden, zonder onderscheid des persoons, aanspraak kunnen maken op zorg binnen een redelijke termijn.

In de periode van augustus 2000 tot juni 2001 heeft de Algemene Rekenkamer onderzoek uitgevoerd naar de toegankelijkheid van de ouderen- en gehandicaptenzorg. Ouderenzorg omvat de verpleeghuis- en verzorgingshuiszorg en de thuiszorg. Gehandicaptenzorg bestaat uit zorg aan verstandelijk, lichamelijk en zintuiglijk gehandicapten. Zowel de ouderenzorg als de gehandicaptenzorg vallen onder de AWBZ.

De aandacht voor wachtlijsten in de zorg is de afgelopen tien jaar toegenomen. De Algemene Rekenkamer constateert dat zowel op landelijk niveau door de minister van VWS als op regionaal niveau door indicatieorganen, zorgkantoren en zorgaanbieders veel initiatieven zijn ondernomen om de wachtlijsten in de ouderen- en gehandicaptenzorg te bestrijden. De Algemene Rekenkamer is positief over de reeds genomen initiatieven, maar vraagt aandacht voor een aantal aspecten dat naar haar mening van belang is voor de toegankelijkheid van de zorg.

### *Zicht op de toegankelijkheid van de zorg*

Om zicht te hebben op de toegankelijkheid van de zorg heeft de minister beleidsinformatie nodig over de mate waarin het zorgaanbod aansluit op de zorgvraag. Daarnaast is beleidsinformatie nodig over de verwachte ontwikkelingen in de zorgvraag en het zorgaanbod in de toekomst.

Voor de gehandicaptenzorg is de genoemde beleidsinformatie in belangrijke mate beschikbaar. Voor de ouderenzorg beschikt de minister momenteel over wachtlijstgegevens van de in 2000 ingestelde Taskforce Wachtlijsten. De gegevens zoals die verzameld zijn door de Taskforce Wachtlijsten zijn een resultaat van een tekortschietend aanbod ten opzichte van de (geïndiceerde) vraag. Deze gegevens geven daardoor slechts informatie over een deel van de huidige vraag. Door het opzetten van het AWBZ-brede zorgregistratiesysteem heeft de minister de eerste stap gezet om inzicht te krijgen in de werkelijke zorgvraag. De minister heeft echter nog niet expliciet aangegeven welke informatie zij uit dit zorgregistratiesysteem nodig heeft om haar beleid ten aanzien van de toegankelijkheid van de zorg vorm te kunnen geven. Tevens zijn nog geen activiteiten ondernomen die de betrouwbaarheid van de informatie uit het systeem waarborgen. De Algemene Rekenkamer doet de aanbeveling om hiervoor zorg te dragen.

De Algemene Rekenkamer constateert dat de minister informatie ontvangt over het huidige zorgaanbod. Deze informatie acht zij voor de gehandicaptenzorg voldoende. Voor de ouderenzorg acht de Algemene Rekenkamer de informatie over het huidige zorgaanbod echter niet voldoende om zicht te krijgen op de toegankelijkheid van de zorg op landelijk en regionaal niveau en de toekomstige ontwikkelingen hierin. Met behulp van rekenmodellen blijkt het goed mogelijk de ontwikkeling van de toegankelijkheid

van de ouderenzorg in de regio's inzichtelijk te maken en daarbij rekening te houden met instroom-, doorstroom- en uitstroomeffecten.

#### *Zicht op het functioneren van het stelsel in de praktijk*

Het is van belang de achterliggende oorzaken te kennen waarom het zorgaanbod niet aansluit op de zorgvraag. De Algemene Rekenkamer concludeert dat de minister vooralsnog onvoldoende inzicht heeft in de problemen die in de praktijk bestaan in de zorgketen van indicatiestelling-zorgtoewijzing-zorgverlening en de invloed hiervan op het aansluiten van de zorgvraag op het zorgaanbod. De Algemene Rekenkamer beveelt de minister daarom aan structureel informatie over de werking van het zorgstelsel in de praktijk te verzamelen en deze te analyseren.

De Algemene Rekenkamer heeft in twee zorgkantoorregio's informatie verzameld over de werking van het stelsel in de praktijk. De Algemene Rekenkamer constateert voor de ouderenzorg dat de uitwisseling van informatie tussen de indicatieorganen, zorgkantoren en zorgaanbieders nog niet voldoende plaatsvindt. Binnen de regio's is bij de zorgkantoren nog onvoldoende betrouwbare informatie beschikbaar om vraag en aanbod in de regio optimaal op elkaar af te stemmen. Tevens constateert de Algemene Rekenkamer dat actoren taken van elkaar overnemen. Hierdoor werkt de praktijk niet zo zoals die zou moeten. In verschillende schakels in de zorgketen, die wordt gevormd door indicatieorgaan, zorgkantoor en zorgaanbieder, bestaan tevens lacunes door het ontbreken van wet- en regelgeving. Zo is de uitvoering van het wachtlijstbeheer formeel nog niet aan de zorgkantoren opgedragen.

#### *Integrale analyse*

De minister beschikt over een analyse van de toekomstige wachtlijstontwikkeling in de zorg voor verstandelijk gehandicapten en een analyse van de Taskforce Wachtlijsten van de wachtlijstontwikkeling in de ouderenzorg. Voor de lichamelijke en zintuiglijk gehandicapten ontbreekt deze analyse. Bij de analyses van de zorg voor verstandelijk gehandicapten en ouderenzorg constateert de Algemene Rekenkamer dat de minister niet beschikt over een structurele en integrale analyse. In deze analyses zou zowel het aansluiten van het zorgaanbod op de zorgvraag als het functioneren van het zorgstelsel opgenomen moeten zijn. De Algemene Rekenkamer beveelt aan jaarlijks een dergelijke integrale analyse te maken waarbij tevens aandacht is voor betekenisvolle regionale verschillen. Op basis van zo'n analyse kan de minister, daar waar het noodzakelijk is, de juiste maatregelen initiëren. Hierbij denkt de Algemene Rekenkamer aan maatregelen op het gebied van wet- en regelgeving, maar ook aan maatregelen die betrekking hebben op het functioneren van het stelsel in de praktijk, zoals het inbouwen van prikkels voor (nieuwe) zorgaanbieders om capaciteit zodanig aan te passen dat deze aansluit op de aanwezige vraag.

#### *Reactie van de staatssecretaris en nawoord van de Algemene Rekenkamer*

In haar reactie stelt de staatssecretaris dat zij de aanbevelingen van de Algemene Rekenkamer op een aantal punten al uitvoert. In de gehandicaptensector is de door de Algemene Rekenkamer geschetste informatiestructuur voor een groot deel al aanwezig. In de ouderenzorg moet daaraan nog het nodige worden gedaan, maar is geen sprake van een gebrek aan relevante beleidsinformatie. De conclusies van de Algemene Rekenkamer op dit punt doen helaas onvoldoende recht aan de feitelijke situatie.

De staatssecretaris vraagt zich bovendien af wat de meerwaarde is van

het door de Algemene Rekenkamer ontwikkelde model. Ook vraagt zij zich af of dit soort modelontwikkeling, en het doen van expliciete ramingen, wel past bij de positie van de Algemene Rekenkamer als onafhankelijk controleur van de rijksoverheid en de rechtspersonen met een wettelijke taak.

De Algemene Rekenkamer onderstreept het grote belang van de kwaliteitsslagen bij de AWBZ-brede zorgregistratie en het bepalen van haar informatiebehoefte die de staatssecretaris voor ogen heeft.

De meerwaarde van het op verzoek van de Algemene Rekenkamer ontwikkelde model blijkt alleen al uit de extra inzichten die het rekenmodel *indicatief* heeft opgeleverd. Zo is de onderlinge afhankelijkheid van de voorzieningen zichtbaar geworden. Het model laat zien in welke mate de voorzieningen als communicerende vaten voor elkaar werken; in de thuiszorg blijven mede wachtlijsten ontstaan door de mate van overbruggingszorg die daar geboden wordt. Dit «verkeerde bedprobleem» is uiteraard bekend, maar is voor het eerst nu ook kwantitatief en dynamisch door de tijd heen in een model ondergebracht.

Een ander effect waarop gewezen kan worden is het hoge rendement van de uitbreiding van het persoonsgebonden budget. Het is bekend dat in 2001 75% van de bestedingen buiten de reguliere thuiszorg plaatsvond.

Die budgethouders maakten gebruik van particuliere hulpverlening. Uit het model blijkt dan indicatief welk effect de uitbreiding van de persoonsgebonden budgetten op de wachtlijsten in de thuiszorg heeft.

Deze aanpak past naar de mening van de Algemene Rekenkamer uitstekend bij de uitoefening van haar controlerende taak door middel van doelmatigheidsonderzoek.

## 1 INLEIDING

### 1.1 Aanleiding

In Nederland wordt een groot belang gehecht aan goede gezondheidszorg. Een belangrijk element daarin is de toegang tot de zorg. Van belang daarbij is, dat op het moment dat er een vraag naar zorg is, de zorg ook binnen een redelijke termijn beschikbaar dient te zijn. Uit het bestaan van wachtlijsten en wachttijden in de gezondheidszorg blijkt dat dit niet altijd het geval is. Zij kunnen worden opgevat als het resultaat van een tekortschietend zorgaanbod ten opzichte van de zorgvraag. Wachtlijsten doen zich op velerlei terreinen voor.

Al meer dan tien jaar wordt melding gemaakt van het bestaan van wachtlijsten. In die periode is ook de aandacht van de overheid voor de problematiek toegenomen. De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft maatregelen genomen om de wachtlijsten aan te pakken. Het betrof onder meer het beschikbaar stellen van meer financiële middelen en het instellen in 2000 van de Taskforce Wachtlijsten.

In 2000 bedroegen de uitgaven voor de ouderenzorg € 7,8 miljard. De uitgaven voor gehandicaptenzorg waren in 2000 € 3 miljard. Voor het aanpakken van de wachtlijsten was in 2001 aanvankelijk € 77 miljoen extra beschikbaar voor verpleging, verzorging en thuiszorg en € 59 miljoen voor de gehandicaptenzorg. Sinds april 2001 worden deze kaders niet langer gehanteerd.

Daarnaast vonden vernieuwingen in de organisatie van de gezondheidszorg plaats. Zo is in 1999 het Project Modernisering Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) van start gegaan. Uitgangspunt van dit project is een nieuwe benadering van de zorgverlening: de cliënt staat met zijn of haar zorgvraag centraal. Dit betekent een omslag van aanbod- naar vraaggestuurde zorg in de AWBZ.

Ondanks de maatregelen blijven de wachtlijsten voortbestaan. Kennelijk vormen zij een hardnekkig probleem. Dit was voor de Algemene Rekenkamer aanleiding om zich hierin te verdiepen. Er is gekozen om het onderzoek te richten op de terreinen ouderenzorg en gehandicaptenzorg. In beide sectoren bestaan wachtlijsten. Ouderenzorg omvat de verpleeghuis- en verzorgingshuiszorg en de thuiszorg. Gehandicaptenzorg bestaat uit zorg aan verstandelijk, lichamelijk en zintuiglijk gehandicapten. Zowel de ouderenzorg als de gehandicaptenzorg vallen onder de AWBZ.

### 1.2 Probleemstelling van het onderzoek

De probleemstelling van het onderzoek luidt:

*In hoeverre kunnen de minister van VWS en de andere betrokken actoren in het zorgstelsel hun verantwoordelijkheden waarmaken ten aanzien van de toegankelijkheid van de ouderen- en gehandicaptenzorg?*

De Algemene Rekenkamer heeft onderzocht:

- welke verantwoordelijkheden en taken de minister van VWS en andere actoren in het zorgstelsel hebben inzake de toegankelijkheid van de ouderen- en gehandicaptenzorg;
- welke gegevens beschikbaar zijn over vraag en aanbod, over de

ontwikkelingen daarin en over de knelpunten die zich voordoen in de praktijk;

- welke gegevens en analyses nodig zijn om vast te kunnen stellen of de verantwoordelijkheid ten aanzien van de toegankelijkheid wordt waargemaakt.

### **1.3 Aanpak van het onderzoek**

De Algemene Rekenkamer heeft de taken en verantwoordelijkheden van de actoren onderzocht door gesprekken te voeren met betrokken medewerkers binnen het Ministerie van VWS. Verder zijn de relevante wet- en regelgeving en beleidsstukken geanalyseerd. Er werden gesprekken gevoerd met belangrijke actoren in het veld.

In twee zorgkantorregio's bezocht de Algemene Rekenkamer zorgkantoren, indicatieorganen en zorgaanbieders op het gebied van de ouderenzorg. In één zorgkantorregio zijn actoren in de gehandicaptenzorg bezocht. De uitvoeringspraktijk en de knelpunten die zich voordoen bij het waarborgen van de toegankelijkheid, zijn voor beide regio's in kaart gebracht.

Om de toegankelijkheid van de ouderenzorg in kaart te brengen heeft de Algemene Rekenkamer bovendien een model laten ontwikkelen door Policy Research Corporation. Het model (bijlage 1) beschrijft de ontwikkelingen in de vraag en het aanbod van verschillende voorzieningen in de ouderenzorg op regionaal en landelijk niveau. Het model geeft inzicht in de gegevens die nodig zijn voor het uitvoeren van een goede analyse en levert tevens inzicht in de effecten van mogelijke beleidsmaatregelen op de toegankelijkheid van de zorg.

### **1.4 Indeling rapport**

Hoofdstuk 2 beschrijft de taken en verantwoordelijkheden van de verschillende actoren in het zorgveld.

Hoofdstuk 3 gaat in op de gegevens die beschikbaar zijn op regionaal niveau bij de zorgaanbieders, de indicatieorganen en de zorgkantoren. Tevens wordt ingegaan op de gegevens die op landelijk niveau beschikbaar zijn voor de minister van VWS.

In hoofdstuk 4 komt aan bod welke gegevens de minister nodig heeft om de noodzakelijke analyses te kunnen maken om te komen tot een integraal inzicht in de werking van het zorgstelsel.

Hoofdstuk 5 bevat de conclusies en aanbevelingen.

In hoofdstuk 6 zijn de reactie van de staatssecretaris en het nawoord van de Algemene Rekenkamer opgenomen.

Bijlage 1 bevat het rekenmodel dat de Algemene Rekenkamer heeft laten ontwikkelen door Policy Research Corporation.

In Bijlage 2 is een samenvattend overzicht opgenomen van conclusies, aanbevelingen en reactie van de staatssecretaris van VWS.

## 2 TAKEN EN VERANTWOORDELIJKHEDEN IN HET ZORGVELD

### 2.1 Inleiding

In het zorgveld zijn de taken en verantwoordelijkheden van betrokken actoren te onderscheiden naar twee niveaus. De minister van VWS is verantwoordelijk voor de toegankelijkheid van de gezondheidszorg in Nederland. Op regionaal niveau oftewel het niveau van de zorgverleningspraktijk zijn de indicatieorganen, zorgkantoren en zorgaanbieders de verantwoordelijke actoren.

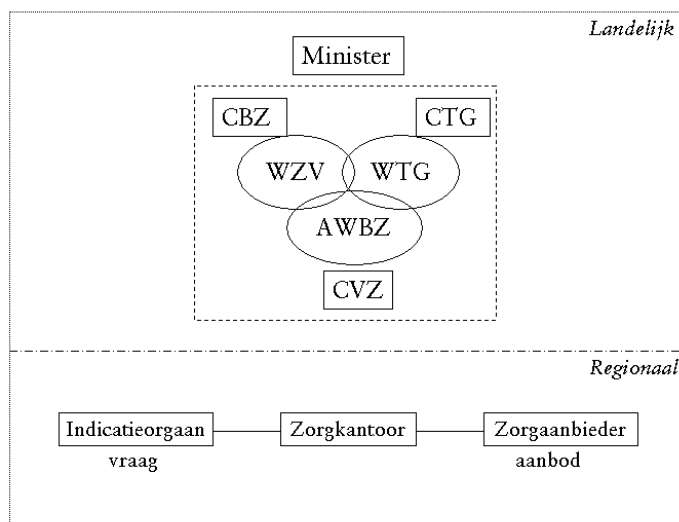
Drie wetten spelen een belangrijke rol: de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG) en de Wet Ziekenhuisvoorzieningen (WZV).

De AWBZ bevat de aanspraken op zorg waar burgers recht op hebben. De WTG regelt de totstandkoming van tarieven en budgetten in de zorg. De WZV heeft tot doel een doelmatige en evenwichtige spreiding van capaciteit van zorgvoorzieningen te bevorderen. Tevens bevat de WZV procedures voor nieuw- en verbouw van zorgvoorzieningen.

Elk van deze drie wetten kent actoren waaraan verantwoordelijkheden voor de uitvoering van de wetten is toebedeeld. Voor de AWBZ zijn dat de uitvoeringsorganen AWBZ en het College voor zorgverzekeringen (CVZ), voor de WTG is dat het College tarieven gezondheidszorg (CTG) en voor de WZV is dat het College bouw ziekenhuisvoorzieningen (CBZ).

In Figuur 1 worden de onderlinge relaties tussen actoren, wet- en regelgeving in het zorgstelsel weergegeven. De drie wetten bepalen de randvoorwaarden voor het functioneren van de zorgketen zoals zorgaanspraken, financiering en capaciteit. Zij vormen samen het zorgstelsel waarbinnen de actoren een specifieke taak hebben. De minister draagt de eindverantwoordelijkheid voor de inrichting en het functioneren van het gehele stelsel.

**Figuur 1: Samenhang van wetgeving en actoren**





## 2.2 Verantwoordelijkheid minister van VWS

De overheid draagt een grondwettelijke verantwoordelijkheid om maatregelen te treffen ter bevordering van de volksgezondheid. Uitgangspunt is dat publieke belangen in de gezondheidszorg gewaarborgd zijn. De overheid acht zich, mede gezien haar grondwettelijke plicht, verantwoordelijk voor een goede kwaliteit van noodzakelijke zorg die voor alle burgers toegankelijk is<sup>1</sup>.

Toegankelijkheid van de zorg omvat, naar de mening van de Algemene Rekenkamer, dat het zorgaanbod aansluit bij de vraag naar zorg. Om de toegang tot de zorg te waarborgen dient de minister van VWS zorg te dragen voor een stelsel waarin alle rechthebbenden, zonder onderscheid des persoons, aanspraak kunnen maken op zorg binnen een redelijke termijn.

In het zorgstelsel moet duidelijk zijn welke taken en verantwoordelijkheden toebehoren aan de diverse actoren. Deze taken en verantwoordelijkheden dienen op elkaar aan te sluiten zodat een goede toegankelijkheid van de ouderen- en gehandicaptenzorg kan worden gerealiseerd. De minister faciliteert dit door middel van wet- en regelgeving en het beschikbaar stellen van de benodigde financiële middelen. Tevens houdt de minister toezicht op een doelmatige werking van het zorgstelsel. Indien de toegankelijkheid van de zorg in het gedrang komt doordat het zorgaanbod en de vraag naar zorg niet op elkaar aansluiten, dient de minister, naar de mening van de Algemene Rekenkamer, in te grijpen.

## 2.3 De zorgketen

In de zorgverleningspraktijk spelen drie actoren een rol: het indicatieorgaan, het zorgkantoor en de zorgaanbieder. Zij vormen samen de zorgketen.

### 2.3.1 Indiciestelling

Een cliënt wendt zich in eerste instantie met zijn zorgbehoefte tot het indicatieorgaan. Het indicatieorgaan bepaalt of iemand in aanmerking komt voor zorg en welke vorm van zorg het meest geschikt is. Dit wordt vastgelegd in een indicatiebesluit. De indicatie dient onafhankelijk en objectief tot stand te komen. Dat betekent dat niet uitgegaan mag worden van het beschikbare aanbod of bestaande wachtlijsten. Voor de ouderenzorg wordt de indicatie gesteld door het regionaal indicatieorgaan (RIO)<sup>2</sup>. In de gehandicaptenzorg indiceren regionale teams, opgezet door het Landelijk Centrum Indiciestelling Gehandicaptenzorg (LCIG). Deze teams zullen in 2002 integreren met de regionale indicatieorganen.

### 2.3.2 Zorgtoewijzing

Het koppelen van vraag en aanbod is formeel een taak van de uitvoeringsorganen AWBZ. Deze hebben hun taak gemandateerd aan de zorgkantoren<sup>3</sup>. Zij hebben de taak op regionaal en individueel niveau de zorgvraag en het zorgaanbod met elkaar in overeenstemming te brengen. Daartoe kopen zij zorg in bij zorgaanbieders en wijzen geïndiceerde zorg toe. Door te weinig aanbod kan het voorkomen dat de zorgvrager niet direct deze zorg kan krijgen. Hij wordt dan op een wachtlijst geplaatst en zo nodig tijdelijk geholpen met alternatieve zorg, de zogenoemde overbruggings-

<sup>1</sup> Zie bijvoorbeeld de nota Vraag aan bod: hoofdlijnen van vernieuwing van het zorgstelsel, Tweede Kamer 2000–2001, 27 855, nr. 2.

<sup>2</sup> Zie hiervoor ook het rapport van de Algemene Rekenkamer: Planning en indicatie AWBZ-voorzieningen, TK 1999–2000, 27 180, nrs. 1–2.

<sup>3</sup> Zie hiervoor ook het rapport van de Algemene Rekenkamer: De rol van het zorgkantoor, TK 2000–2001, 27 810, nrs. 1–2.

zorg of second best zorg. Het is de taak van het zorgkantoor om het wachtlijstbeheer te organiseren.

### *2.3.3 Zorgverlening*

Zorgaanbieders dienen de zorg te verlenen zoals die geïndiceerd is. In de ouderen- en gehandicaptenzorg is een divers aanbod van zorgvoorzieningen aanwezig; thuiszorgorganisaties, verzorgingshuizen en verpleeghuizen leveren zowel intramurale, semimurale als extramurale zorg aan ouderen. In de gehandicaptenzorg is sprake van een grote variëteit in zowel intra-, semi- als extramurale aanbieders die zich richten op een bepaalde handicap (verstandelijk, lichamelijk, zintuiglijk).

### *2.3.4 Streefnormen Treekoverleg*

In april 2000 zijn door de koepelorganisaties van zorgaanbieders en zorgverzekeraars in het Treekoverleg<sup>4</sup> streefnormen opgesteld voor aanvaardbare wachttijden in de care-sector: 80% van de mensen ontvangt thuiszorg binnen vier weken na de indicatiestelling. Na uiterlijk zes weken zal aan 100% de zorg worden verleend. Voor verzorgingshuiszorg liggen de normen op respectievelijk acht en dertien weken. Deze normen zouden zo snel mogelijk, maar uiterlijk per 1 januari 2003 gerealiseerd moeten zijn.

---

<sup>4</sup> In het Treekoverleg participeren KNMG, Orde van Medisch Specialisten, LHV, VAZ, KNMP, het Paramedisch Verband, NMT, LVT, Arcares, GGZ-N, VGN en Zorgverzekeraars Nederland.

### **3 BESCHIKBARE INFORMATIE**

#### **3.1 Inleiding**

Een goed gezondheidszorgbeleid kan niet worden gevoerd zonder relevante, volledige en betrouwbare beleidsinformatie. De minister van VWS moet informatie hebben over de toegankelijkheid van de zorg en het functioneren van het zorgstelsel in de praktijk. In de praktijk vindt namelijk de koppeling van vraag en aanbod daadwerkelijk plaats. De overige actoren hebben informatie nodig om hun taken naar behoren uit te kunnen voeren.

Om de in het kader van de modernisering AWBZ gewenste omslag van aanbod- naar vraaggestuurde zorg te kunnen realiseren, is het tevens van belang dat de minister goede informatie krijgt. Zij heeft gegevens nodig over de zorgvraag en het zorgaanbod met als doel het beleid zodanig vorm te geven dat toegankelijkheid gerealiseerd wordt. Tevens is informatie nodig voor het monitoren van de overgang van aanbod- naar vraaggestuurde zorg: om te kunnen volgen of de omslag naar vraagsturing ook bereikt wordt.

De Algemene Rekenkamer onderscheidt twee informatieniveaus: informatie op regionaal en op landelijk niveau. Tevens onderscheidt zij twee soorten informatie: informatie over vraag en aanbod en informatie over de werking van het zorgstelsel.

#### **3.2 Beschikbare informatie op regionaal niveau**

##### *3.2.1 Gegevens bij indicatieorganen*

Het aantal mensen dat in 2000 een zorgvraag stelde, is bij de indicatieorganen bekend, evenals de aard en de inhoud van de afgegeven indicatiebesluiten. In de ouderenzorg worden de indicaties niet uniform geregistreerd en niet altijd aan de zorgkantoren doorgestuurd. De indicatiebesluiten bevatten zowel de gestelde «first best» als «second best» zorg<sup>5</sup>. Gebleken is dat bij de indicatiestelling rekening wordt gehouden met de grootte en samenstelling van de wachtlijsten bij de zorgaanbieders. Door deze wijze van indiceren bestaat het risico dat niet objectief en onafhankelijk wordt geïndiceerd en dat de werkelijke vraag niet bekend is. De informatie over de afgegeven indicatiebesluiten wordt in de gehandicaptenzorg geregistreerd in het Zorgregistratiesysteem (ZRS). Het is de bedoeling dat ZRS in de loop van 2002 zal worden geïntegreerd in het AWBZ- brede zorgregistratiesysteem.

Verder hebben indicatieorganen voor de ouderenzorg zelf wachtlijsten. Het is lang niet altijd mogelijk om binnen de daarvoor gestelde termijn van zes weken een indicatie te stellen. Gegeven de wachtlijsten bij zorgaanbieders stellen sommige indicatieorganen de indicatiestellingen voor minder urgente gevallen daarom uit. Zo blijkt dat cliënten die verzorgingshuiszorg nodig hebben vaak langer op hun indicatie moeten wachten. Ook door de wachtlijsten voor indicatiestelling is de werkelijke zorgvraag op enig moment niet bekend.

---

<sup>5</sup> Onder «first best» zorg wordt de geïndiceerde zorg verstaan; «second best» zorg betreft overbruggingszorg die gegeven wordt totdat de geïndiceerde zorg wél geleverd kan worden.

### 3.2.2 Gegevens bij zorgkantoren

Zorgkantoren hebben inzicht nodig in de zorgvraag en het zorgaanbod om hun taken van inkoop, zorgtoewijzing en wachtlijstbeheer op korte en lange termijn te kunnen vervullen.

#### *Zorgvraag*

Voor het inzicht in de zorgvraag kunnen zorgkantoren gebruik maken van de indicaties zoals die gesteld zijn door de indicatieorganen. Informatie over de geïndiceerde zorgvraag komt voort uit afschriften van de indicatiebesluiten. Deze worden voor de ouderenzorg echter niet in alle gevallen door de indicatieorganen doorgestuurd naar de zorgkantoren. Aangezien indicatieorganen voor de ouderenzorg gebruik maken van verschillende registratiesystemen is het bovendien lastig voor zorgkantoren zicht te krijgen op de zorgvraag.

#### *Zorgaanbod*

Zorgkantoren krijgen inzicht in het zorgaanbod via de jaarlijkse productieafspraken die zij maken met zorgaanbieders. Op grond van deze afspraken en de realisatie ervan hebben zorgkantoren inzicht in de capaciteit van de zorgaanbieders en de benutting ervan. De daadwerkelijke zorgproductie kan worden afgeleid uit de opgaven van de zorgaanbieders. Daarin staat welke zorgvragers zij in zorg hebben genomen. Zorgvragers die niet direct zorg verleend krijgen, komen op de wachtlijst. De Algemene Rekenkamer constateert echter dat de zorgaanbieders in de ouderenzorg niet in alle gevallen hun wachtlijstgegevens aan de zorgkantoren doorsturen. Zorgkantoren beschikken daardoor over onvoldoende informatie over de vraag naar ouderenzorg. Tevens ontbreekt in de ouderenzorg een centrale wachtlijstregistratie. Dit heeft tot gevolg dat zorgkantoren hun taak van zorgtoewijzer voor de ouderenzorg nog niet goed kunnen vervullen.

#### *Planning*

Voor de korte termijn planning (vijf jaar) stellen zorgkantoren een beleidsplan voor de eigen regio op. In deze beleidsplannen wordt onder andere aangegeven wat de verwachte ontwikkelingen zijn in de bevolkingssamenstelling. Daarvan wordt de zorgvraag afgeleid, alsmede de wijze waarop het zorgkantoor de daarvoor benodigde zorg denkt in te kopen en wat de benodigde bestedingsmiddelen hiervoor zijn. De Algemene Rekenkamer constateert dat niet alle zorgkantoren over een (actueel) beleidsplan beschikken.

Ook beschikken zorgkantoren onvoldoende over informatie over de demografische ontwikkelingen op middellange en lange termijn en over (nieuwe) benodigde zorgproducten, waardoor zij geen beeld kunnen krijgen van de vraag op langere termijn.

#### *AWBZ-brede zorgregistratie*

Onder de vlag van de Taskforce Wachtlijsten is in december 2000 een Plan van Aanpak opgesteld om te komen tot een uniforme AWBZ-brede zorgregistratie.<sup>6</sup> Het Plan van Aanpak gaat uit van een gefaseerde aanpak en onderscheidt een korte termijn aanpak (wachtlijstregistratie) en een lange termijn aanpak (AWBZ-brede zorgregistratie).

<sup>6</sup> De AWBZ-brede zorgregistratie heeft betrekking op alle AWBZ-sectoren te weten de ouderenzorg (verpleging en verzorging), de gehandicaptenzorg en de geestelijke gezondheidszorg.

In het kader van de wachtlijstregistratie zijn in 2000 landelijke inventarisaties gemaakt van de wachtlijsten in zowel de gehandicapten- als de ouderenzorg. In 2001 is dit voor de ouderenzorg herhaald. De wachtlijstgegevens zijn nu nog door de zorgaanbieders verstrekt aan de Taskforce

Wachlijsten. Met als peildatum 1 april 2002 zullen de zorgkantoren de wachtlijstgegevens voor de ouderenzorg gaan verstrekken op basis van het nieuwe AWBZ-brede zorgregistratiesysteem. Dit geldt niet voor de gehandicaptenzorg, waar deze gegevens al aan het bestaande Zorgregistratiesysteem kunnen worden ontleend.

In het AWBZ-brede zorgregistratiesysteem zal uiteindelijk voor alle sectoren in de AWBZ de zorgvraag geregistreerd worden conform de zogenoemde minimale gegevensset zorgtoewijzing<sup>7</sup>. De planning hiervoor is niet gehaald en wordt bijgesteld.

De Algemene Rekenkamer is van mening dat de AWBZ-brede zorgregistratie, mits correct uitgevoerd, als basis kan gaan dienen voor de door de zorgkantoren te ontwikkelen regiovisies.

### *3.2.3 Gegevens bij zorgaanbieders*

De laatste actoren in de keten indicatiestelling, zorgtoewijzing en zorgverlening zijn de zorgaanbieders die de geïndiceerde zorg daadwerkelijk verlenen. Zorgaanbieders ontvangen hiervoor de gestelde indicaties van de indicatieorganen.

Over de ontwikkeling van de totale zorgvraag hebben de zorgaanbieders weinig informatie. Onderling overleg tussen zorgaanbieders over het aantal indicaties en de wachtlijstgegevens wordt gebruikt om de toekomstige zorgvraag in te schatten. Zoals al is aangegeven in paragraaf 3.2.2 geven zorgaanbieders niet altijd hun wachtlijstgegevens door aan de zorgkantoren.

## **3.3 Beschikbare informatie op landelijk niveau**

### *3.3.1 Inzicht in de huidige zorgvraag en het huidige zorgaanbod*

De minister beschikt over informatie van de Taskforce Wachlijsten over de wachtlijsten in de gehandicapten- en de ouderenzorg en over informatie in het Zorgregistratiesysteem over de zorgvraag en het gerealiseerde zorgaanbod in de gehandicaptenzorg. De wachtlijstinformatie van de Taskforce betreft echter momentopnamen en geeft alleen inzicht in de lengte van de wachtlijsten. Informatie over de daadwerkelijke zorgvraag valt hieruit niet af te leiden. Zo heeft de minister geen zicht op verborgen zorgvraag, zoals bijvoorbeeld van allochtonen of van mensen die hun zorgvraag uitstellen vanwege de wachtlijsten.

Voor de zorg voor verstandelijk gehandicapten beschikt de minister over scenario's voor de periode 1996–2020 die inzicht geven in de wachtlijstontwikkeling en de oorzaken daarvan.

Naast informatie over de wachtlijsten beschikt de minister over informatie over het aanbod van zorg, de beschikbare capaciteit, de bestedingsvoorstellen van de zorgkantoren, de tarieven zoals die door het CTG worden vastgesteld en over de bouwaanvragen die door instellingen worden ingediend. De minister heeft echter onvoldoende informatie over de oorzaken van het tekortschietend aanbod in de ouderenzorg.

---

<sup>7</sup> De belangrijkste onderdelen voor de minimale gegevensset zijn: cliëntidentificerende gegevens, gegevens over de indicatiestelling en gegevens over de gestarte zorg.

### *3.3.2 Inzicht in de toekomstige ontwikkeling van de zorgvraag en het zorgaanbod*

#### *Taskforce Wachtlijsten*

De minister van VWS beschikt sinds mei 2001 over analyses van de ontwikkelingen in de wachtlijsten voor de ouderenzorg. De Taskforce Wachtlijsten voerde op basis van de bestedingsplannen van de zorgaanbieders voor 2001<sup>8</sup> analyses uit over de ontwikkeling van de wachtlijsten in de ouderenzorg in de komende vijf jaar. Uit het Taskforce-rapport over de ouderenzorg blijkt dat, gegeven de bestedingsvoorstellen, de verwachte groei van het aantal ouderen wordt opgevangen, maar dat de wachtlijsten niet in alle regio's zullen worden opgelost. Uit een rapportage van het CTG blijkt tevens dat in 2000 slechts 60% van het extra geld, dat beschikbaar was gesteld voor de ingediende bestedingsplannen, daadwerkelijk wordt benut. De wachtlijstinventarisaties hadden betrekking op de aantallen wachtenden op een peildatum. Voor de ouderenzorg zijn tevens verstreken wachttijden aangegeven en vermeld is dat voor 78% van de wachtenden per 1 maart 2002 de Treeknormen waren overschreden.

Voor de zorg voor verstandelijk gehandicapten beschikt de minister over de eerder genoemde scenario's voor de periode 1996–2020 die inzicht geven in de wachtlijstontwikkeling en de oorzaken daarvan.

Hoewel de minister van VWS beschikt over de wachtlijstanalyses van de Taskforce Wachtlijsten heeft zij onvoldoende informatie over de ontwikkeling in de werkelijke zorgvraag van ouderen om de voor de toekomst benodigde capaciteit van voorzieningen adequaat vast te kunnen stellen. Om inzicht te krijgen in de toekomstige ontwikkelingen in de zorgvraag kan de minister in de toekomst gebruik maken van informatie die de AWBZ-brede zorgregistratie gaat opleveren. De minister heeft echter nog niet aangegeven welke informatie daadwerkelijk nodig is om de verantwoordelijkheid voor de toegankelijkheid van de zorg waar te kunnen maken. Tevens ontbreken vooralsnog waarborgen voor de betrouwbaarheid van de gegevens in het AWBZ-brede zorgregistratiesysteem.

#### *Zorgkantoren*

De minister kan voor haar inzicht in de ontwikkeling van de zorgvraag gebruik maken van de beleidsplannen van zorgkantoren. Deze beleidsplannen geven ook inzicht in het benodigde zorgaanbod. Momenteel beschikken de zorgkantoren echter nog niet in voldoende mate over actuele beleidsplannen.

#### *College bouw ziekenhuisvoorzieningen*

Het College bouw ziekenhuisvoorzieningen (CBZ) maakt analyses over de benodigde capaciteit en brengt hierover signaleringstoetsen uit aan de minister. In de rapportages van het CBZ worden ramingen gemaakt van de behoefte aan capaciteit aan verpleeghuisplaatsen, verzorgingshuisplaatsen en plaatsen in de verstandelijk gehandicaptenzorg. Het betreffen ramingen per regio op basis van de bevolkingsontwikkeling en van trends in de zorgbehoefte per inwoner.

Voor de ouderenzorg hanteerde de minister van VWS een lijst met bouwinitiatieven die daadwerkelijk gerealiseerd mogen worden, de zogenoemde bouwprioriteitenlijst. Als voor een initiatief een verklaring kon worden afgegeven, maar de bouw door andere prioriteiten binnen de gestelde financiële kaders vooralsnog niet gerealiseerd kon worden dan

---

<sup>8</sup> Om aanspraak te kunnen maken op extra middelen voor de aanpak van wachtlijsten konden zorgaanbieders bij het zorgkantoor bestedingsplannen indienen.

werd de verklaring voorzien van een zogenoemde «ijskastclausule». Iedere twee jaar werd gekeken welke projecten met deze clausule alsnog in realisatie genomen konden worden en geplaatst konden worden op de bouwprioriteitenlijst. Volgens het Ministerie van VWS bleef het geld gereserveerd voor bouwinitiatieven. Volgens het CBZ blijkt in de praktijk echter dat de gereserveerde gelden (deels) opgaan in het Budgettair Kader Zorg, waardoor ze bijvoorbeeld aangewend kunnen worden voor de dekking van tegenvallers in de geneesmiddelenuitgaven.

In februari 1999 heeft het CBZ in een signaleringstoets aandacht gegeven aan de overschrijding van het bouwbudget en stelde het CBZ de minister voor de «ijskastclausule» generiek op te heffen. Een jaar later herhaalde het CBZ dit voorstel in een brief aan de minister en constateerde het een overschrijding van het bouwbudget van ± € 2,95 miljard. Begin 2001 zijn de uitgestelde bouwinitiatieven door het Ministerie van VWS naar de zorgkantoren gestuurd om te inventariseren in hoeverre deze bouwinitiatieven nog relevant zijn. Verder heeft de minister besloten om de «ijskastclausule» niet meer toe te passen.

#### *College tarieven gezondheidszorg*

Van het CTG ontvangt de minister informatie over de ontwikkelingen in de besteding en benutting van de middelen. Aangezien de rekenbedragen die het CTG hanteert, de zogenoemde budgetparameterbedragen, kunnen afwijken van de werkelijke kosten, kan de minister geen goed inzicht krijgen in de werkelijke kosten van het huidige zorgaanbod en de werkelijk benodigde gelden voor het toekomstige aanbod in de ouderen- en gehandicaptenzorg.

Het is onduidelijk of de extra wachtlijstmiddelen, die in 1999 zijn vrijgemaakt voor de capaciteitsproblemen in de ouderenzorg, volledig ten goede zijn gekomen aan extra zorg. De mogelijkheid bestaat dat extra middelen door zorgaanbieders besteed zijn aan bestaande zorgproductie, waarvoor het reguliere budget niet toereikend was. Vanaf 2000 moeten zorgaanbieders de extra productie afzonderlijk rapporteren en is de controle op gerapporteerde zorgproductie in een controleprotocol vastgelegd.

De Algemene Rekenkamer merkt tenslotte op dat de door de zorgkantoren ingediende bestedingsvoorstellen informatie geven over de aangevraagde uitbreiding van het zorgaanbod, maar niet over de vraag of dit voldoende is om aan de toekomstige zorgvraag te kunnen voldoen.

#### *3.3.3 Inzicht in taakvervulling door actoren in het zorgstelsel*

Informatie over het functioneren van indicatieorganen, zorgkantoren en zorgaanbieders heeft de minister van VWS niet structureel voorhanden. Wel is in de nota Zicht op zorg<sup>9</sup> gerapporteerd over de knelpunten die cliënten en partijen in het veld ervaren. Hieruit blijkt evenwel niet of de actoren hun taak naar behoren vervullen.

#### *Indicatieorganen*

De minister verzamelt niet op systematische wijze informatie over het functioneren van indicatieorganen. Het jaarlijks verslag dat indicatieorganen conform het Zorgindicatiebesluit aan de minister moeten sturen, bevat geen informatie over het functioneren van het indicatieorgaan. Naar aanleiding van het rapport «Planning en indicatie AWBZ-voorzieningen» van de Algemene Rekenkamer<sup>10</sup> verklaarde de staatssecretaris van VWS dat gemeenten bestuurlijk verantwoordelijk zijn voor het instellen en

<sup>9</sup> Tweede Kamer, 1998–1999, 26 631, nr. 1.

<sup>10</sup> Tweede Kamer, 1999–2000, 27 180 nr. 2.

instandhouden van de indicatieorganen. Zij dienen er op toe te zien dat van een klantvriendelijke en doelmatige uitvoering van het Zorgindicatiebesluit sprake is. Het toezicht op het zorginhoudelijk functioneren, zoals het toepassen van de indicatieprotocollen, is nog niet geregeld. Dit zou worden opgedragen aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Verder zou een ministeriële regeling worden ingesteld die nadere regels stelt aan de indicatieprotocollen. Beide maatregelen zijn nog niet uitgevoerd.

#### *Zorgkantoren*

Zorgkantoren zijn verplicht alle gegevens en inlichtingen over het gevoerde beheer en de uitvoering van de werkzaamheden te verstrekken aan het CVZ. Met de modernisering van de verantwoording en het toezicht komt op termijn structurele informatie bij het CVZ over het functioneren van de zorgkantoren. Deze informatie is echter nu nog niet voorhanden. Wel zijn door het CVZ in 1998 en 2000 uitvoeringstoetsen uitgevoerd naar het functioneren van zorgkantoren.

#### *Zorgaanbieders*

Op grond van de WZV zijn intramurale zorginstellingen verplicht aan de minister die gegevens te verstrekken die van belang zijn voor een goede uitvoering van de wet. In opdracht van VWS worden deze gegevens door Prismant verzameld en jaarlijks aangeleverd bij het ministerie. Deze gegevens worden echter binnen het ministerie niet bewerkt of gebruikt. Instellingen voor thuiszorg vallen niet onder de informatieplicht op basis van de WZV. Zij moeten jaarlijks verslag uitbrengen aan het CVZ over het gevoerde beheer en de uitvoering van de werkzaamheden.

#### *CTG, CBZ en CVZ*

Jaarlijks brengt het CTG een verslag uit waarin zij verantwoording aflegt over het gevoerde beleid en de doelmatigheid en effectiviteit van haar werkwijze, alsmede informatie over de uitvoering van het werkprogramma. Het werkprogramma voor het komende jaar wordt ter instemming voorgelegd aan de minister. Ook het CBZ stuurt haar werkprogramma vooraf aan de minister ter instemming. Na afloop van een jaar brengt ook zij een verslag uit over het gevoerde beleid en de uitvoering van haar taken. Voor CVZ geldt dezelfde cyclus op het gebied van informatievoorziening aan de minister.



## **4 BENODIGDE INFORMATIE EN ANALYSES**

### **4.1 Inleiding**

Toegankelijkheid in de zorg betekent in eerste instantie dat de vraag bekend moet zijn. Het aanbod dient zich aan te passen aan die zorgvraag. De Algemene Rekenkamer is van mening dat de minister van VWS zicht dient te hebben op de mate waarin vraag en aanbod op elkaar aansluiten. De minister dient zelf over deze informatie te beschikken of geregeld te hebben dat zelfstandige bestuursorganen (ZBO's) deze kennis hebben en regelmatig aan haar rapporteren.

De Algemene Rekenkamer constateert dat de informatie over de vraag naar ouderenzorg verbeterd kan worden. Zij heeft in haar onderzoek gebruik gemaakt van de wachtlijstgegevens van de Taskforce Wachtlijsten en van aanvullende informatie uit twee zorgkantoorregio's. De Algemene Rekenkamer heeft onderzocht of deze gegevens kunnen worden omgezet in beleidsinformatie op basis waarvan adequate (bij)sturing mogelijk is. Hiervoor is gebruik gemaakt van een voor de Algemene Rekenkamer ontwikkeld rekenmodel waarin de zorgvraag en het zorgaanbod op landelijk en regionaal niveau in de ouderenzorg zijn opgenomen. In bijlage 1 wordt dit model beschreven. Deze exercitie maakte duidelijk welke beleidsinformatie tenminste nodig is om een analyse te kunnen maken van de mate waarin vraag en aanbod op elkaar aansluiten. Tevens is bekeken of een dergelijke analyse bruikbaar is voor sturing in de toekomst.

Als vraag en aanbod niet op elkaar aansluiten, kunnen wachtlijsten of overcapaciteit ontstaan. Een analyse van de werking van het stelsel in de praktijk kan inzicht geven in de oorzaken hiervan. De Algemene Rekenkamer heeft, naast de uitvoering van de analyse met het voor haar ontwikkelde model, het functioneren van het zorgstelsel in de praktijk onderzocht in twee zorgkantoorregio's.

### **4.2 Benodigde informatie over vraag en aanbod**

#### *4.2.1 Zorgvraag*

In de zorgvraag zijn verschillende dimensies te onderscheiden, zoals:

- de huidige vraag versus de vraag op middellange en lange termijn;
- de regionale vraag versus de landelijke totale vraag;
- de samenstelling van de vraag (bijvoorbeeld intramurale en extra-murale zorg).

De huidige vraag naar AWBZ-voorzieningen bestaat uit het totaal aantal mensen dat (geïndiceerde) zorg zou moeten krijgen. Dit zijn de mensen die zorg geleverd krijgen conform «first best» indicatie, maar ook de mensen die op de wachtlijst staan en eventueel «second best» of overbruggingszorg krijgen en de mensen die wel een zorgvraag hebben maar deze nog niet geuit hebben (verborgen zorgvraag).

De wachtlijstgegevens van de Taskforce Wachtlijsten voor de ouderenzorg zijn een resultaat van een tekorschietend aanbod ten opzichte van de (geïndiceerde) vraag en geven daardoor slechts informatie over een deel van de huidige vraag. De verborgen zorgvraag en degenen die reeds in zorg genomen zijn, al dan niet op de volledig juiste plek, kunnen niet uit de wachtlijstgegevens afgeleid worden. De gegevens zijn daarnaast een

weergave van het aantal wachtenden op één moment en geven dus niet de informatie over de ontwikkeling van de vraag weer.

Voor de gehandicaptenzorg worden de gestelde indicaties in het Zorgregistratiesysteem opgenomen.

De vraag naar zorg wordt beïnvloed door verschillende factoren. Demografische en sociaal-culturele ontwikkelingen beïnvloeden de zorgvraag op middellange en lange termijn. Voorbeelden zijn bevolkingstoename, vergrijzing, levensfasen van gehandicapten en verborgen zorgvraag van bijvoorbeeld allochtonen en uitgestelde zorgvragen in verband met het bestaan van wachtlijsten. Deze factoren hebben tevens invloed op de ontwikkeling in de totale landelijke vraag, op de ontwikkeling van de vraag in de afzonderlijke regio's en op de samenstelling van de (totale) vraag. Zo kan de wens van de cliënt om langer thuis te blijven wonen de verhouding veranderen tussen intra-, semi- en extramuraal zorg. Ook door toename van de zorgzwaarte, onder andere als gevolg van vergrijzing, verandert de samenstelling van de vraag.

#### *4.2.2 Zorgaanbod*

Naast de benodigde informatie over de zorgvraag en de factoren die deze vraag beïnvloeden, is informatie nodig over het zorgaanbod. Het huidige zorgaanbod wordt gevormd door verschillende zorgproducten die intra-, semi- en extramuraal geleverd worden door zorgaanbieders. Zorgaanbieders leveren zorgproducten door capaciteit beschikbaar te stellen, bijvoorbeeld in aantal uren of aantal plaatsen.

Omdat het zorgaanbod zo goed als mogelijk moet aansluiten op de zorgvraag, is naast een analyse van de vraagontwikkeling ook een analyse nodig van de ontwikkeling in het aanbod en de factoren die deze ontwikkeling beïnvloeden. Ontwikkelingen in het aanbod betreffen bijvoorbeeld uitbreiding van capaciteit, toetreding van nieuwe zorgaanbieders, ontwikkeling van nieuwe zorgproducten en een verandering van de samenstelling in het zorgaanbod op zowel landelijk als regionaal niveau. Factoren die deze ontwikkelingen kunnen beïnvloeden zijn bijvoorbeeld nieuwe inzichten, fluctuaties in investerings- en exploitatiekosten van gebouwen, beschikbaarheid van personeel, beschikbaarheid van bouwlocaties, maar ook wet- en regelgeving zoals bijvoorbeeld bouwnormen, tarieven en toelatingseisen voor instellingen.

### **4.3 Analyse van vraag en aanbod**

Om inzicht te krijgen in de mate waarin vraag en aanbod op elkaar aansluiten zullen zowel op landelijk als op regionaal niveau analyses moeten worden gemaakt. Dergelijke analyses zijn noodzakelijk om de toegankelijkheid van de zorg zichtbaar te kunnen maken en ze kunnen dienen als ondersteuning van het beleid. Zonodig kunnen maatregelen (bekostiging, sturing en weten regelgeving) getroffen worden om voldoende toegankelijkheid te bewerkstelligen op korte en lange termijn.

Het door de minister van VWS voorgestane beleid van vraaggestuurde zorg betekent dat de zorgvraag centraal staat. Het zorgaanbod dient zich aan te passen aan die zorgvraag. Het aanbod is daarmee afhankelijk van de vraag. Voor de beantwoording van de vraag of het aanbod voldoende aansluit op de vraag is het ten eerste nodig dat de werkelijke vraag bekend is. Ten tweede dienen de mate waarin het zorgaanbod zich

aanpast aan de zorgvraag en de factoren die daarop van invloed zijn bekend te zijn.

Aangezien de huidige en toekomstige zorgvraag in de ouderenzorg nog niet bekend zijn, kan momenteel geen reële inschatting worden gemaakt van het aanbod dat nodig is om de toegang tot de zorg in de komende jaren te waarborgen. Voor de analyse van de afstemming van het zorgaanbod op de zorgvraag is kennis van het zorgaanbod in de vorm van de benutte capaciteit niet voldoende. Het is tevens noodzakelijk de instroom, doorstroom en uitstroom van zorgvragers in de zorgvoorzieningen te kennen. Voldoende capaciteit is afhankelijk van de duur van het gebruik dat men gemiddeld van een zorgvoorziening maakt. Wanneer deze bekend is, kan berekend worden hoeveel personen per plaats per jaar gebruik kunnen maken van de jaarlijkse beschikbare capaciteit. Daarnaast is de aanvaardbare wachttijd voor een voorziening medebepalend voor de benodigde capaciteit. Zo zal een aanvaardbare wachttijd van nul dagen resulteren in een groter benodigd aanbod dan een aanvaardbare wachttijd van drie maanden<sup>11</sup>.

#### 4.2.1 Rekenmodellen

Het modelleren van de zorgvraag en het zorgaanbod kan een indicatie geven van de wijze waarop vraag en aanbod op elkaar aansluiten en van de wijze waarop vraag een aanbod zich in de toekomst zullen ontwikkelen gegeven bepaalde beleidsscenario's. Modellen kunnen daarom behulpzaam zijn bij het vormgeven van beleid.

Momenteel bestaan er twee modellen. In de eerste plaats is door het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) een model ontwikkeld dat betrekking heeft op de vraag naar woonvoorzieningen voor verstandelijk gehandicapten. Samen met het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) wordt dit model momenteel uitgebreid tot een model waarin ook dagbesteding en onderwijs zijn opgenomen. In het model zijn echter de zintuiglijk en lichamelijk gehandicapten niet opgenomen. In de tweede plaats heeft het Centraal Planbureau (CPB), in samenwerking met SCP, het Ramingsmodel Zorg ontwikkeld, met als doel de groei in de zorguitgaven op middellange termijn te voorspellen. Hiertoe legt het model op landelijk niveau relaties tussen vraag en aanbod voor verschillende sectoren in de zorg, waaronder de ouderen- en gehandicaptenzorg. Het model houdt echter geen rekening met regionale verschillen in vraag en aanbod.

Het model dat voor de Algemene Rekenkamer is ontwikkeld (bijlage 1), beschrijft de relatie tussen vraag en aanbod van ouderenzorg alsmede de instroom, doorstroom en uitstroom van patiënten. Het model beschrijft niet alleen de relatie tussen vraag en aanbod op landelijk niveau, maar ook op regionaal niveau voor twee zorgkantoorregio's. De analyses hebben betrekking op ontwikkelingen in vraag en aanbod in de ouderenzorg op de korte en op de lange termijn. Als gevolg van de beperkte informatie die momenteel beschikbaar is, kent het model een aantal schattingen. Bijvoorbeeld de jaarlijkse instroom van zorgvragers die binnen een jaar geïndiceerde zorg ontvangen hebben en in dat jaar op een wachtlijst hebben gestaan<sup>12</sup>. Ook is uitgegaan van een aantal veronderstellingen. Zo wordt bijvoorbeeld de samenstelling van de zorgvraag in de tijd constant gehouden.

<sup>11</sup> De afspraken over aanvaardbare wachttijden, zoals in het Treekoverleg overeengekomen, zijn door de minister niet medeondertekend.

<sup>12</sup> Deze schatting is nodig, omdat de wachtlijstgegevens betrekking hebben op twee meetmomenten, maart 2000 en mei 2001. Dit betekent dat een aantal mensen tussen deze twee meetmomenten op een wachtlijst is gekomen, maar daar ook weer in dezelfde periode vanaf is gegaan.

De in het model gemaakte veronderstellingen en de mate van betrouwbaarheid en volledigheid van de beschikbare gegevens hebben invloed op de voorspelde ontwikkelingen. De gepresenteerde uitkomsten zijn daarom *indicatief* en dienen uitsluitend als *voorbeeld* opgevat te worden. In het model is niet alleen het huidige beleid als uitgangspunt genomen voor de analyse van toegankelijkheid van de zorg, maar zijn ook enkele mogelijke beleidsmaatregelen doorgerekend. Dergelijke berekeningen kunnen een nader inzicht geven in mogelijke problemen zoals wachtlijsten en kunnen een handreiking zijn voor het vinden van oplossingsrichtingen.

Het rekenmodel geeft interessante inzichten in de samenhang tussen verschillende aspecten:

- voor het waarborgen van de toegankelijkheid van de zorg zijn naast de huidige stand van zaken (wachtlijsten, vraag is groter dan aanbod) ook de ontwikkelingen in vraag en aanbod op middellange en lange termijn van belang;
- er kunnen aanzienlijke regionale verschillen bestaan in zorgvraag en -aanbod en in de lengte en de samenstelling van de wachtlijsten; vraag- en aanbodontwikkeling in de regio's wijken betekenisvol af van de ontwikkelingen die weergegeven worden op basis van landelijk geaggregeerde gegevens;
- de overbruggingszorg belemmert de doorstroming van zorgvragers door de zorgvoorzieningen. De onderlinge afhankelijkheid van de voorzieningen wordt zichtbaar: zo ontvangen wachtenden op verpleeghuiszorg en op verzorgingshuiszorg voornamelijk overbruggingszorg in de vorm van thuiszorg, waardoor ook in de thuiszorg wachtlijsten blijven bestaan;
- het model laat zien dat een beleidsmaatregel gericht op één zorgvorm ook effect heeft op de ontwikkeling van de wachtlijsten bij andere zorgvormen, zowel op korte als op lange termijn.

#### **4.4 Benodigde informatie over stelsel in de praktijk**

##### *4.4.1 Informatie minister van VWS*

Het niet aansluiten van het zorgaanbod op de zorgvraag, met als gevolg op dit moment wachtlijsten<sup>13</sup>, kan verschillende oorzaken hebben die zowel op regionaal niveau als op een wat hoger niveau kunnen liggen. Zo kunnen wachtlijsten veroorzaakt worden door demografische, sociaal-culturele en budgettaire factoren, maar ook door de werking van wet- en regelgeving en het functioneren van het zorgstelsel in de praktijk. De Algemene Rekenkamer is van mening dat de minister structureel informatie nodig heeft om zich ervan te verzekeren dat het stelsel zoals dat is vormgegeven werkt. Zonodig kunnen dan adequate maatregelen getroffen worden, opdat de minister haar verantwoordelijkheid voor de toegankelijkheid van de zorg waar kan maken en zich daarover ook kan verantwoorden.

##### *4.4.2 Afstemming in de zorgketen*

Om de toegang tot de zorg op regionaal niveau te waarborgen is het van belang dat de regionale actoren hun activiteiten onderling afstemmen. Het zorgkantoor zou hier een duidelijke regiefunctie moeten hebben, maar vervult deze rol nu nog niet. Risico's en problemen die zich per indicatie- orgaan, zorgkantoor en zorgaanbieder kunnen voordoen moeten bekend zijn. Dan kunnen binnen de regio hiervoor oplossingen gevonden worden. De actoren in de regio moeten bovendien op de hoogte zijn van het

---

<sup>13</sup> Theoretisch gevolg kan evenzeer overcapaciteit zijn.

middellange en lange termijnbeleid van de minister, zodat zij hiermee bij hun eigen plannings en regiovisies rekening kunnen houden. Dit betreft onder meer de door het beleid voorgestane verschuivingen van grote intramurale zorgvoorzieningen naar meer lokaal gespreide semi-murale zorgvoorzieningen.

#### **4.5 Analyse van het stelsel in de praktijk**

##### *4.5.1 Knelpunten in de praktijk*

De actoren in de regio's opereren onder wettelijke randvoorwaarden, voortvloeiend uit de WZV, de WVG en de AWBZ. Een niet optimaal functioneren kan onder andere zijn oorzaak hebben in de gestelde wettelijke randvoorwaarden. De Algemene Rekenkamer onderzocht in twee zorgkantoorregio's de werking van het stelsel in de praktijk. Met betrekking tot de toegankelijkheid van de ouderen- en gehandicaptenzorg constateerde zij diverse knelpunten die de bezochte indicatieorganen, zorgkantoren en zorgaanbieders in de praktijk ondervinden.

##### *4.5.2 Indicatiestelling*

Indicatieorganen dienen zich alleen te richten op het stellen van indicaties. In de praktijk blijkt voor de ouderenzorg het volgende. Indicatieorganen beperken zich niet tot het stellen van indicaties. Hoewel zorgtoewijzing een taak is van het zorgkantoor, werd in één regio dit door de indicatieorganen uitgevoerd, omdat het zorgkantoor deze taak nog niet heeft opgepakt. Verder verloopt de indicatiestelling niet altijd onafhankelijk van de grootte en samenstelling van de wachtlijsten bij zorgaanbieders. Bij afwezigheid van het juiste aanbod onderzoekt het indicatieorgaan welke zorg wel geboden kan worden en indiceert vervolgens als ware deze «first best» voor deze «second best» zorg. Ook komt het voor dat de indicatieorganen niet volledig op de hoogte zijn van (nieuwe) zorgproducten, waardoor het aanbod niet optimaal wordt benut. De Algemene Rekenkamer constateert in haar onderzoek dat indicatieorganen voor ouderenzorg wachtlijsten hebben voor het stellen van indicaties. Dit wil zeggen dat zorgvragers langer dan de wettelijke termijn van zes weken moeten wachten op een indicatie. Bovendien blijkt dat de termijn van zes weken door de zorgaanbieders als te lang wordt ervaren. Hierdoor kan het voorkomen dat de zorg al geleverd wordt zonder dat hiervoor een geldige indicatie is afgegeven hetgeen uiteraard voor de betrokken cliënt een praktisch voordeel vormt.

De objectieve en integrale indicatiestelling en bekendheid met de zorgproducten vereist een voldoende kennisniveau van de indicatieadviseurs. Het blijkt dat kennis en ervaring met het indiceren soms nog onvoldoende aanwezig is.

##### *4.5.3 Zorginkoop*

Er bestaat nog geen wettelijke basis voor een structurele informatievoorziening van indicatieorganen naar zorgkantoren. Zorgkantoren ontvangen daardoor niet in alle gevallen de gestelde indicaties. Deze informatie hebben zij wel nodig om adequaat zorg in te kunnen kopen. Zorginkoop kan dus nog niet plaatsvinden op basis van een analyse van de werkelijke vraag naar zorg. Zorgkantoren kopen het gehele zorgaanbod in dat in de zorgkantoorregio beschikbaar is. Omdat het aanbod in de regio's onvoldoende is, kunnen de zorgkantoren niet alle benodigde zorg

inkopen. In regiovisies kunnen zorgkantoren aangeven welk aanbod noodzakelijk is om de toegankelijkheid te waarborgen op zowel de korte als de middellange termijn, maar zij doen dit nog niet in voldoende mate. Als het AWBZ-brede zorgregistratiesysteem functioneert, zullen de zorgkantoren op basis van deze informatie hun zorginkoopfunctie beter kunnen waarmaken. Wel blijven de zorgkantoren afhankelijk van de medewerking van zorgaanbieders om voldoende aanbod tot stand te laten komen.

#### *4.5.4 Wachtlijstbeheer*

Door tekorten in het aanbod ontvangen zorgvragers niet altijd direct de geïndiceerde zorg. Deze zorgvragers dienen door het zorgkantoor op een wachtlijst te worden geplaatst. In de onderzochte regio's voerden de zorgkantoren de rol van wachtlijstbeheerder nog niet uit. Hiervoor ontbreekt ook nog de wettelijke basis. Zorgkantoren vervullen vooralsnog hun taken op basis van een convenant dat is afgesloten tussen de minister van VWS, het CVZ en Zorgverzekeraars Nederland.

Zorgkantoren zijn voor hun wachtlijstregistratie afhankelijk van de gegevens die zij van de indicatieorganen en zorgaanbieders ontvangen. Verschillende zorgaanbieders zorgen zelf voor de registratie en het beheer van wachtlijsten en geven, net als de indicatieorganen, hun gegevens niet altijd door aan het zorgkantoor. Tevens is het lastig voor het zorgkantoor om een goed wachtlijstbeheer te voeren omdat niet uniform geregistreerd wordt. In de gehandicaptenzorg bestaat bovendien het probleem dat de registratie plaatsvindt op basis van door het CTG vastgestelde categorieën. De daadwerkelijk te leveren/geleverde zorg wijkt daar in de praktijk soms van af.

#### *4.5.5 Zorgtoewijzing*

In de onderzochte regio's voerden de zorgkantoren de rol van zorgtoewijzer nog niet uit. Ook hiervoor ontbreekt nog de wettelijke basis. De zorgkantoren sluiten contracten af met zorgaanbieders, maar wijzen geen zorg toe op individueel niveau. Dit betekent dat verzekerden zich met indicatiebesluiten direct wenden tot de zorgaanbieders die vervolgens beslissen over opname of plaatsing op een wachtlijst. Zorgkantoren kunnen hun taak als zorgtoewijzer ook niet goed vervullen omdat zij niet in alle gevallen de indicatiebesluiten van indicatieorganen ontvangen. De zorgtoewijzing vindt in veel gevallen plaats door de indicatieorganen en de zorgaanbieders. Zo hebben zorgaanbieders soms een gezamenlijke commissie die zich bezighoudt met zorgtoewijzing.

Het risico dat zorgaanbieders zich met zorgtoewijzing bezighouden, is dat de geleverde zorg onvoldoende aansluit op de daadwerkelijke benodigde zorg als men uitgaat van bestaande zorgproducten. Zorgtoewijzing door indicatieorganen brengt risico's met zich mee voor de onafhankelijkheid van de indicatiestelling. Het uitvoeren van extra taken door indicatieorganen is tevens van invloed op de wachtlijsten voor indicatiestelling.

#### *4.5.6 Zorgaanbod*

De Algemene Rekenkamer constateerde dat zorgaanbieders in lijn met de modernisering van de AWBZ veel initiatieven hebben ondernomen om het zorgaanbod te flexibiliseren. Hiervoor hebben zij gebruik gemaakt van de door de minister ingestelde subsidieregelingen zoals bijvoorbeeld Zorg op

maat. Ook zijn door het CTG nieuwe beleidsregels vastgesteld. Uit de wachtlijsten blijkt echter dat er een gebrek bestaat aan voldoende capaciteit om te kunnen voldoen aan de vraag naar zorg. Zorgaanbieders geven aan dat onder andere stringente bouwmaatstaven, lange procedures voor nieuwbouw en de hoogte van beschikbaar gestelde budgetten een belemmering zijn voor capaciteitsuitbreiding.

Het CBZ toetst de bouwplannen die zorgaanbieders indienen. Gebleken is dat het traject van aanvraag van verklaring tot het afgeven van de vergunning in de meeste gevallen plaatsvindt binnen de wettelijke termijnen. Het CBZ heeft aangegeven dat vertragingen in het bouwproces kunnen ontstaan doordat instellingen onvolledige bouwaanvragen indienen en/of door gemeentelijke regelgeving (bijvoorbeeld wijzigingen van bestemmingsplannen). Een andere vertraging werd volgens het CBZ veroorzaakt doordat de minister de behandelingsprocedure tijdelijk «bevroor» voor bouwinitiatieven die niet op de bouwprioriteitenlijst voorkwamen (ijskastclausule).

Zorgaanbieders geven verder aan dat de tarieven niet kostprijsgerelateerd zijn. Zo houden de tarieven onvoldoende rekening met verschillen tussen regio's, verschillen in zorgzwaarte en personeelskosten. Voor de gehandicaptenzorg wordt momenteel gewerkt aan een nieuw systeem van tarifiering waarin rekening gehouden wordt met de zorgzwaarte. Het zorgaanbod wordt ook beïnvloed door de beschikbaarheid van goed opgeleid personeel. Zo wordt door zorgaanbieders de beperkte beschikbaarheid van personeel vooral geweten aan de lage salarissen in de zorg.

Naar aanleiding van de door zorgaanbieders genoemde belemmeringen constateert de Algemene Rekenkamer dat het de zorgaanbieders ontbreekt aan voldoende faciliteiten en prikkels om het zorgaanbod uit te breiden. De Algemene Rekenkamer constateert verder dat nieuwe beleidsregels het mogelijk maken om aanvullende productieafspraken te maken over nieuwe zorgvormen, maar dat er nog geen structurele inbedding in de reguliere budgetten plaatsvindt. Deze onzekerheid in de financiering vormt voor zorgaanbieders een belemmering om een flexibel zorgaanbod structureel in stand te houden. Verder merkt de Algemene Rekenkamer op dat zorgaanbieders hebben aangegeven dat de extra beschikbaar gestelde wachtlijstmiddelen alleen ingezet mogen worden voor «extra handen aan het bed». Het ontwikkelen van beleid om dit te realiseren en de organisatie van het tot stand brengen hiervan, brengen extra kosten met zich mee voor zorgaanbieders waarvoor geen extra financiering bestaat.

#### *4.5.7 Wederzijdse afhankelijkheid*

De Algemene Rekenkamer constateert dat de ondervonden knelpunten in de praktijk betrekking hebben op:

- de taakuitvoering en -opvatting van actoren in de zorgketen;
- de wederzijdse afhankelijkheid van actoren in de keten;
- de wet- en regelgeving (inrichting van het stelsel) waarvan actoren in de keten afhankelijk zijn voor hun functioneren.

Voor een goede werking van het zorgstelsel in zijn geheel, is het nodig dat de drie wetten (WTG, WZV en AWBZ) op elkaar zijn afgestemd en elkaar ondersteunen. Alle actoren in het zorgstelsel moeten goed met elkaar (en met de minister) communiceren en over en weer goede informatie

leveren. Hierin zitten zwakke plekken. Doordat de actoren taken van elkaar overnemen, is de juistheid en volledigheid van de informatie niet gewaarborgd.

Voor een goede werking van het zorgstelsel is het nodig dat zorgaanbieders bereid en in staat zijn hun zorgproductie uit te breiden wanneer de zorgvraag toeneemt. Dit lijkt tevens een zwakke schakel in het zorgstelsel te zijn.

De knelpunten die de Algemene Rekenkamer gevonden heeft in de twee onderzochte zorgkantoorregio's geven een indicatie van de problemen waar de actoren in de praktijk tegenaan lopen. Om een meer representatief beeld te krijgen en mogelijk nog niet geconstateerde knelpunten in kaart te brengen, is nader onderzoek noodzakelijk.

#### **4.6 Integrale analyse**

Om zicht te krijgen op de zorgvraag en het zorgaanbod is het van belang dat elke actor in de keten zijn eigen taak uitvoert en de bijbehorende informatie levert die van belang is voor zowel de actoren in de regio als voor de minister van VWS. Om een goed beeld te krijgen van de toegankelijkheid van de zorg is een integrale analyse van die informatie noodzakelijk. Een integrale analyse betekent dat zowel een analyse van de ontwikkeling van de zorgvraag en het zorgaanbod als een analyse van de knelpunten in de praktijk wordt uitgevoerd. De uitkomsten van deze analyses moeten in onderlinge samenhang worden gezien.

Een integraal inzicht in de werking van het zorgstelsel is vooral van belang als de zorgvraag en het zorgaanbod niet op elkaar aansluiten en er wachtlijsten bestaan. Zonder een integrale analyse bestaat het risico dat maatregelen niet op een adequate en doelmatige wijze worden ingezet. Zo kunnen de huidige en de toekomstige financiële middelen mogelijk niet voor de daadwerkelijk benodigde zorg of in de juiste regio's worden ingezet. Tevens bestaat het risico dat de verschillende actoren geïsoleerd naar oplossingen zoeken, zonder daarbij rekening te houden met de wederzijdse afhankelijkheid van de individuele actoren en de afhankelijkheid van de wet- en regelgeving.



## 5 CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

### 5.1 Conclusies

De Algemene Rekenkamer constateert dat op landelijk en regionaal niveau veel initiatieven zijn genomen om de wachtlijsten in de ouderen- en gehandicaptenzorg te bestrijden.

Zo heeft de minister van VWS extra financiële middelen beschikbaar gesteld en een Taskforce Wachtlijsten in het leven geroepen. Deze Taskforce heeft in 2000 en 2001 inventarisaties gemaakt van de wachtlijsten in de ouderen- en gehandicaptenzorg. Tevens is gestart met het opzetten van een AWBZ-breed zorgregistratiesysteem. De koepelorganisaties van zorgaanbieders en zorgverzekeraars hebben in het Treekoverleg in 2000 streefnormen opgesteld welke uiterlijk per 1 januari 2003 gerealiseerd zouden moeten zijn. Ook op regionaal niveau zijn diverse actoren bezig met het zoeken naar en implementeren van oplossingen voor de wachtlijstproblemen. Zo bieden zorgaanbieders in steeds grotere mate flexibele zorg aan om tegemoet te komen aan de toenemende en veranderende zorgvraag.

De Algemene Rekenkamer is positief over de genomen initiatieven, maar vraagt aandacht voor een aantal aspecten dat naar haar mening van belang is voor de toegankelijkheid van de zorg.

#### *Inzicht in vraag en aanbod*

De Algemene Rekenkamer concludeert dat de informatie waarover de minister van VWS beschikt niet voldoende is om zicht te krijgen op de toegankelijkheid van de ouderenzorg op landelijk en regionaal niveau en de toekomstige ontwikkelingen hierin.

Voor de ouderenzorg ziet de Algemene Rekenkamer het verzamelen van wachtlijstgegevens door de Taskforce Wachtlijsten als een begin van een gestructureerde informatievoorziening. Uit de wachtlijstgegevens kan echter nog geen informatie worden afgeleid over de werkelijke zorgvraag en het werkelijke zorgaanbod en de ontwikkelingen daarin.

De eerste stap om inzicht te krijgen in de werkelijke zorgvraag heeft de minister genomen met de opzet van een AWBZ-breed zorgregistratiesysteem. De minister heeft echter nog niet expliciet aangegeven welke informatie zij uit het systeem nodig heeft om haar verantwoordelijkheid voor de toegang tot de zorg waar te kunnen maken. Tevens zijn nog geen activiteiten ondernomen die waarborgen bieden voor de betrouwbaarheid van de gegevens die via het zorgregistratiesysteem geleverd kunnen gaan worden.

Verder merkt de Algemene Rekenkamer op dat het zicht op de zorgvraag «versluierd» wordt, bijvoorbeeld omdat indicatiestellingen niet in alle gevallen onafhankelijk en objectief plaatsvinden en er sprake kan zijn van verborgen zorgvraag.

Wat betreft het inzicht in het zorgaanbod constateert de Algemene Rekenkamer dat de minister informatie ontvangt van het CBZ, het CTG, het CVZ, Prismant en de zorgkantoren. Deze informatie is echter nog onvoldoende om een volledig zicht te krijgen op het beschikbare en benodigde aanbod voor de intra- en de extramurale ouderenzorg en de ontwikkelingen daarin. Ook zegt de informatie weinig over de oorzaken van een tekortschietend aanbod. Bewerkingen van deze informatie op het ministerie heeft de Algemene Rekenkamer overigens niet aangetroffen.

Door het ontbreken van de benodigde informatie over de zorgvraag en het zorgaanbod kan de minister voor de ouderenzorg nog geen volledige analyse maken van de mate waarin het zorgaanbod aansluit op de zorgvraag, waarbij rekening gehouden wordt met de huidige en toekomstige ontwikkelingen op zowel regionaal als landelijk niveau.

Voor de zorg voor verstandelijk gehandicapten beschikt de minister over informatie betreffende de zorgvraag en het zorgaanbod en de toekomstige ontwikkeling op landelijk niveau. Voor de zorg voor lichamenlijk en zintuiglijk gehandicapten is er wel informatie over de zorgvraag en het zorgaanbod, maar niet over de toekomstige ontwikkeling hiervan.

Een volledig inzicht in de zorgvraag en het zorgaanbod is van belang, maar is nog geen garantie dat er voldoende zorgaanbod tot stand komt. Gegeven het functioneren van het huidige stelsel concludeert de Algemene Rekenkamer dat het aanbod zich onvoldoende kan aanpassen wat betreft kwantiteit, samenstelling en regionale spreiding. Zo biedt het CTG de mogelijkheid om aanvullende productieafspraken te maken, maar wordt dit niet doorvertaald in een structurele uitbreiding van de capaciteit. Ook de bouwprocedures vergen veel tijd. Daarnaast zijn er onvoldoende prikkels in het systeem om aanbieders er toe te bewegen productie uit te breiden dan wel nieuwe aanbieders te stimuleren om nieuwe capaciteit te realiseren.

#### *Inzicht in werking van het zorgstelsel*

De Algemene Rekenkamer concludeert dat de minister vooralsnog onvoldoende inzicht heeft in de problemen die in de praktijk bestaan in de zorgketen van indicatiestelling-zorgtoewijzing-zorgverlening en de invloed hiervan op de aansluiting van de zorgvraag op het zorgaanbod. Dit inzicht acht de Algemene Rekenkamer noodzakelijk om een goede toegankelijkheid van de zorg te kunnen waarborgen.

De actoren wisselen nog niet voldoende stelselmatig betrouwbare informatie uit. Hierdoor ontstaan lacunes in de uitvoering, omdat actoren in de zorgketen afhankelijk zijn van informatieuitwisseling. Zo wordt bijvoorbeeld het zorgkantoor niet in alle gevallen geïnformeerd door de indicatieorganen over de gestelde indicaties voor ouderenzorg. Ook de zorgaanbieders informeren het zorgkantoor niet altijd over op de wachtlijst geplaatste zorgvragers. Binnen de regio is daarom bij de zorgkantoren nog onvoldoende informatie beschikbaar om vraag en aanbod optimaal op elkaar af te stemmen.

Daarnaast constateert de Algemene Rekenkamer dat de zorgvraag niet zuiver is vast te stellen, omdat indicatieorganen voor ouderenzorg soms rekening houden met het beschikbare aanbod en daarom niet objectief indiceren. Ook de omvang van de zorgvraag valt niet exact vast te stellen door het bestaan van wachtlijsten voor de indicatieorganen alsmede door de aanwezigheid van verborgen zorgvraag. Tevens constateert de Algemene Rekenkamer dat actoren taken van elkaar overnemen, waardoor de praktijk niet werkt als zou moeten. Ook wordt een objectief zicht op de toegankelijkheid van de zorg belemmerd. In verschillende schakels in de keten bestaan lacunes door het ontbreken van wet- en regelgeving, bijvoorbeeld met betrekking tot de structurele informatievoorziening van indicatieorganen aan zorgkantoren.

### *Integrale analyse*

De minister beschikt over een analyse van de Taskforce Wachtlijsten over de wachtlijstontwikkeling in de ouderenzorg. De Algemene Rekenkamer constateert echter dat de minister niet beschikt over een structurele en integrale analyse waarin, op landelijk en regionaal niveau, zowel de aansluiting van het zorgaanbod op de zorgvraag, alsmede het functioneren van het zorgstelsel zijn opgenomen. Voor de zorg voor verstandelijk gehandicapten is op landelijk niveau een analyse beschikbaar van de ontwikkeling van de zorgvraag en het zorgaanbod in de periode 1996–2020.

## **5.2 Aanbevelingen**

### *Vaststellen informatiebehoefte*

De Algemene Rekenkamer beveelt de minister van VWS aan om aan te geven welke informatie zij nodig heeft om haar verantwoordelijkheid voor de huidige en de toekomstige toegankelijkheid van de ouderenzorg waar te kunnen maken en zich daarover te kunnen verantwoorden. Dit geldt zowel voor de informatie over de zorgvraag als het zorgaanbod. De Algemene Rekenkamer benadrukt het belang van relevante, betrouwbare en volledige beleidsinformatie. Zij beveelt de minister aan hiervoor waarborgen in het systeem van informatievoorziening aan te brengen.

De Algemene Rekenkamer acht het van belang een analyse te maken van het totstandkomen van toegankelijkheid van de zorg in de regio's. Daarbij geeft zij in overweging in de analyse rekening te houden met instroom-, doorstroom- en uitstroomeffecten. Uit bijlage 1 blijkt dat het goed mogelijk is de voorliggende vraagstukken met behulp van modellen inzichtelijk te maken. Voor de verdere ontwikkeling en specificatie van rekenmodellen verdient het aanbeveling om nader onderzoek te doen naar de primaire basisparameters van de AWBZ-zorgketen. De Algemene Rekenkamer vindt het tevens belangrijk dat de minister structureel informatie verzamelt en analyseert over de werking van het zorgstelsel in de praktijk.

Ook op regionaal niveau dient onderzocht te worden wat de informatiebehoefte van de verschillende actoren is, zodat concrete stappen ondernomen kunnen worden om de informatieuitwisseling tussen actoren op regionaal niveau te verbeteren. Tevens acht de Algemene Rekenkamer het van belang aandacht te schenken aan de informatieuitwisseling tussen het Ministerie van VWS en actoren in de regio in verband met de middellange en lange termijnplanning van de zorg op regionaal niveau.

### *Integrale analyse*

De Algemene Rekenkamer beveelt aan jaarlijks een integrale analyse te maken van de werking van vraag en aanbod en de randvoorwaarden die daaraan gesteld worden vanuit specifieke overheidsdoelstellingen. Dan kan een goed inzicht verkregen worden in de invloed van de werking van het stelsel in de praktijk op het totstandkomen van toegankelijke zorg. Op basis van een dergelijke analyse kan de minister, daar waar het noodzakelijk is, de juiste maatregelen initiëren. Hierbij denkt de Algemene Rekenkamer aan maatregelen op het gebied van wet- en regelgeving, maar ook aan maatregelen die betrekking hebben op het functioneren van het stelsel in de praktijk. Een voorbeeld hiervan is het inbouwen van prikkels voor (nieuwe) zorgaanbieders om capaciteit zodanig aan te passen dat deze aansluit op de benodigde zorgvraag.

*Regionaal*

De Algemene Rekenkamer beveelt aan bij mogelijk te initiëren maatregelen rekening te houden met regionale verschillen. De toegankelijkheid van de zorg in de regio's kan immers afwijken van het landelijke beeld.

## 6 REACTIES EN NAWOORD

### 6.1 Inleiding

Het College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen en het College Tarieven Gezondheidszorg vragen in hun reacties elk aandacht voor één punt. Deze punten zijn in het rapport aangepast.

De staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport reageerde op 11 maart 2002 op het conceptrapport van de Algemene Rekenkamer. Zij gaf een aantal feitelijke onjuistheden aan welke in het rapport zijn verbeterd.

Verder bracht de staatssecretaris de onderstaande punten naar voren.

### 6.2 Reactie van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

#### *Naar decentrale vraagsturing*

De staatssecretaris wijst erop het onderzoek in zijn context te plaatsen. In de periode van het onderzoek maakten de onderzochte sectoren een veranderingsproces door van centrale aanbodsturing naar decentrale vraagsturing. Deze verandering wijzigt de verantwoordelijkheidsverdeling. Bij decentrale vraagsturing ligt de verantwoordelijkheid voor de aansluiting tussen vraag en aanbod primair bij de verzekeraar die voldoende zorg dient te contracteren. De verzekeraars hebben deze taak gemandateerd aan de zorgkantoren.

De staatssecretaris heeft voorwaarden geschapen om te zorgen dat zorgverzekeraars, in casu de zorgkantoren, hun taak goed kunnen uitvoeren. Het systeem van aanbodsturing en aanbodbudgettering, waaronder bouwprioritering en ijskastclausule, is verlaten voor een systeem van decentrale vraagsturing met een geclausuleerde open einde financiering. Dat heeft geleid tot afspraken over extra productie voor € 545 miljoen. Daarnaast zijn met het flexibiliseren van de aanspraken op zorg en met het uitbreiden van de mogelijkheden van persoonsgebonden budgetten belangrijke prikkels ingebouwd om extra aanbod mogelijk te maken.

#### *Informatie en analyse*

De AWBZ-brede zorgregistratie moet gaan voorzien in de gedetailleerde gegevens die zorgkantoren nodig hebben. De AWBZ-brede zorgregistratie zal het bestaande zorgregistratiesysteem in de gehandicaptensector gaan vervangen. In de ouderenzorg vonden een drietal wachtlijstmetingen plaats, waarbij de regionale gegevens zijn geanalyseerd en gerelateerd aan regionale demografische ontwikkelingen.

Bij de implementatie van de AWBZ-brede zorgregistratie zullen in de komende jaren nog belangrijke kwaliteitsslagen worden gemaakt. Het systeem zal na volledige implementatie ook inzicht bieden in de werking van de zorgketen. De staatssecretaris zal haar informatiebehoefte nader bezien. Deze is mede afhankelijk van de besluitvorming bij het komende regeerakkoord over de inrichting van het stelsel van zorgverzekeringen.

#### *Ramingsmodellen*

Bij het ontwikkelen van beleid maakt de staatssecretaris gebruik van de ramingsmodellen van RIVM en SCP. De staatssecretaris vraagt zich af wat de meerwaarde is van het door de Algemene Rekenkamer ontwikkelde model. Bovendien vraagt zij zich af of dit soort modelontwikkeling, en het

doen van expliciete ramingen, wel past bij de positie van de Algemene Rekenkamer als onafhankelijk controleur van de rijksoverheid en de rechtspersonen met een wettelijke taak.

#### *Resumé*

Resumerend stelt de staatssecretaris dat de aanbevelingen van de Algemene Rekenkamer op een aantal punten al worden uitgevoerd. In de gehandicaptensector is de door de Algemene Rekenkamer geschetste informatiestructuur voor een groot deel al aanwezig. In de ouderenzorg moet daaraan nog het nodige worden gedaan, maar is geen sprake van een gebrek aan relevante beleidsinformatie. De conclusies van de Algemene Rekenkamer op dit punt doen helaas onvoldoende recht aan de feitelijke situatie.

### **6.3 Nawoord van de Algemene Rekenkamer**

De staatssecretaris wijst op het transitieproces naar decentrale vraagsturing. Hierbij ligt de verantwoordelijkheid voor de aansluiting tussen vraag en aanbod primair bij de zorgkantoren. Bouwprioritering en ijskastclausule zijn verlaten, extra zorgproductie kan worden afgesproken, aanspraken zijn geflexibiliseerd en persoonsgebonden budgetten uitgebreid. Is dit toereikend om voldoende extra zorgaanbod tot stand te brengen? Naar het oordeel van de Algemene Rekenkamer is ook bij decentrale vraagsturing de minister eindverantwoordelijk voor de toegankelijkheid van de zorg. Om deze toegankelijkheid te kunnen monitoren heeft de minister beleidsinformatie nodig. Daarom zijn de kwaliteitsslagen in de AWBZ-brede zorgregistratie en het nader bezien van haar informatiebehoefte door de staatssecretaris van groot belang.

De meerwaarde van het op verzoek van de Algemene Rekenkamer ontwikkelde model blijkt alleen al uit de extra inzichten die het rekenmodel *indicatief* (want aan de gegevensverzameling schort nog een aantal zaken) heeft opgeleverd. Om er twee te noemen:

- De onderlinge afhankelijkheid van de voorzieningen is zichtbaar geworden: nu ontvangen wachtenden op verpleeghuiszorg en verzorgingshuiszorg voornamelijk zogenoemde overbruggingszorg. Dit is zorg om de tijd te overbruggen tot ze in hun geïndiceerde voorziening opgenomen kunnen worden. Overbruggingszorg is vaak thuiszorg. Het model laat zien in welke mate de voorzieningen als communicerende vaten werken: in de thuiszorg blijven mede wachtlijsten ontstaan door de mate van overbruggingszorg die daar geboden wordt. Dit «verkeerde bedprobleem» is uiteraard bekend, maar voor het eerst is het nu ook kwantitatief en dynamisch door de tijd heen in een model ondergebracht. Deze wetenschap kan voorkomen dat er teveel in een verkeerde voorziening geïnvesteerd wordt.
- Een ander *indicatief* effect waarop gewezen kan worden is het hoge rendement van uitbreiding van het persoonsgebonden budget. Het is bekend dat in 2001 75% van de bestedingen buiten de reguliere thuiszorg plaatsvond. Die budgethouders maakten gebruik van particuliere hulpverlening. Uit het rekenmodel blijkt dan indicatief welke uitbreiding van persoonsgebonden budgetten welk effect heeft op de wachtlijsten in de thuiszorg (bijlage 1, paragraaf 4.1.3).

De Algemene Rekenkamer beklemtoont nogmaals dat zij geen eigen ramingen heeft uitgevoerd. De Algemene Rekenkamer laat indicatief zien tot welke uitkomsten het gebruik van het rekenmodel met bepaalde kenmerken kan leiden. Waar wachtlijsten het probleem bij uitstek zijn in

de gezondheidszorg en structurele oplossingen kennelijk niet voor het grijpen liggen, heeft de Algemene Rekenkamer gekeken bij andere disciplines dan de gezondheidszorgsector om te bezien of op de markt planningsmodellen beschikbaar waren die een bijdrage zouden kunnen leveren. Anders dan alleen aan te bevelen betere modellen te gebruiken heeft zij eerst om zich heen gekeken of die modellen ook beschikbaar waren. In haar ogen leent het gebruikte model zich ook goed voor de andere gezondheidszorgsectoren dan de hier onderzochte, waar de minister immers ook met wachtlijsten kampt. Deze aanpak past naar de mening van de Algemene Rekenkamer uitstekend bij de uitoefening van haar controlerende taak door middel van doelmatigheidsonderzoek.

**EEN MODELMATIGE BENADERING VAN DE TOEGANG TOT DE ZORG DOOR POLICY RESEARCH CORPORATION****1 INLEIDING**

Het modelleren van de zorgvraag en het zorgaanbod kan een indicatie geven van de wijze waarop vraag en aanbod op elkaar aansluiten en van de wijze waarop vraag en aanbod zich in de toekomst zullen ontwikkelen gegeven bepaalde beleidsscenario's. Modellen kunnen daarom behulpzaam zijn bij de vormgeving van beleid. Momenteel bestaan er twee modellen. In de eerste plaats is door het RIVM een model ontwikkeld dat betrekking heeft op de vraag naar woonvoorzieningen voor verstandelijk gehandicapten.

Samen met het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) wordt dit model momenteel uitgebreid tot een model waarin ook dagbesteding en onderwijs zijn opgenomen. In het model zijn echter de zintuiglijk en lichamelijk gehandicapten niet opgenomen. In de tweede plaats heeft het Centraal Planbureau (CPB), in samenwerking met het SCP, het Ramingsmodel Zorg ontwikkeld, met als doel de groei in de zorguitgaven op middellange termijn te voorspellen. Hiertoe legt het model op landelijk niveau relaties tussen vraag en aanbod voor verschillende sectoren in de zorg, waaronder de ouderen- en gehandicaptenzorg. Het model houdt echter geen rekening met regionale verschillen in vraag en aanbod.

Deze bijlage beschrijft modelmatig hoe de toegang tot de AWBZ-voorzieningen voor verpleging en verzorging van ouderen zich in de toekomst kan ontwikkelen. Er is een rekenmodel opgesteld dat de ontwikkeling in de vraag naar en het aanbod van deze voorzieningen in beeld brengt. Zowel ten aanzien van de vraag als de aanbodzijde zijn verschillende beleidsmaatregelen mogelijk die de toekomstige ontwikkeling van vraag en aanbod kunnen bepalen. Met behulp van het rekenmodel wordt het effect van enkele beleidsmaatregelen op de lengte van de wachtlijsten voor de thuiszorg, de verzorgingshuiszorg en de verpleeghuiszorg weergegeven. Het beschikbare geld en personeel zijn randvoorwaarden om de beleidsvarianten daadwerkelijk te realiseren. Deze zijn eveneens berekend.



## 2 REKENMODEL VOOR DE TOEGANG TOT DE OUDERENZORG

### 2.1 Algemene opzet

De toegang tot de AWBZ-voorzieningen voor verpleging en verzorging van ouderen wordt bepaald door de vraag naar en het beschikbare aanbod. Het rekenmodel houdt dan ook apart rekening met de factoren die de vraag beïnvloeden alsmede de factoren die het aanbod bepalen.

#### 2.1.1 Vraagzijde

De vraag naar AWBZ-voorzieningen kan uitgedrukt worden in zijn totaliteit (hoeveel mensen krijgen op een bepaald moment zorg) of in jaarlijkse cijfers (hoeveel nieuwe personen dienen zich jaarlijks aan met een bepaalde zorgvraag). Telkens kan een verdeling van de vraag gemaakt worden voor elk van de onderscheiden hoofdgroepen, met name thuiszorg, verzorgingshuiszorg en verpleeghuiszorg<sup>14</sup>.

De totale vraag is vooral afhankelijk van de (groei van) de populatie ouderen in Nederland. Van de circa 960 000 75-plussers<sup>15</sup> maakt 38% op dit moment geen gebruik van de AWBZ-voorzieningen voor verpleging en verzorging (zie *Figuur 1.1*). Dit betekent dat zij ofwel zelfredzaam zijn of dat zij een beroep doen op mantelzorg of privé-zorg. Deze groep kan mogelijk een verborgen zorgvraag hebben die niet geuit wordt middels een indicatiestelling. Deze latente vraag kan zichtbaar worden wanneer mensen die in eerste instantie geen indicatie aanvragen, bij daling van de wachtlijsten wel een kans zien om toch zorg te krijgen en zich alsnog laten indiceren.

De overige 62% of bijna 600 000 mensen heeft wel een indicatie en maakt aanspraak op AWBZ-zorg. Circa 86% van de zorgvragers ontvangt de zorg waarvoor zij geïndiceerd zijn (zogenaamde «first best» zorg(FB)). Ongeveer 14% of 82 059 personen ontvangen niet hun «first best» zorg en staan op een wachtlijst<sup>16</sup>. Van de zorgvragers die op de wachtlijst staan, ontvangen bijna 50 000 personen wel overbruggingszorg (zogenaamde «second best» zorg(SB)). De «second best» zorg kan zowel wat betreft het type zorg als het aantal ontvangen uren afwijken van de «first best» of geïndiceerde zorg. Ruim 32 000 wachtenden blijven van enige zorg verstoken. Van de personen die zorg ontvangen, verkrijgt 97% zorg in natura en 3% ontvangt een persoonsgebonden budget (PGB).

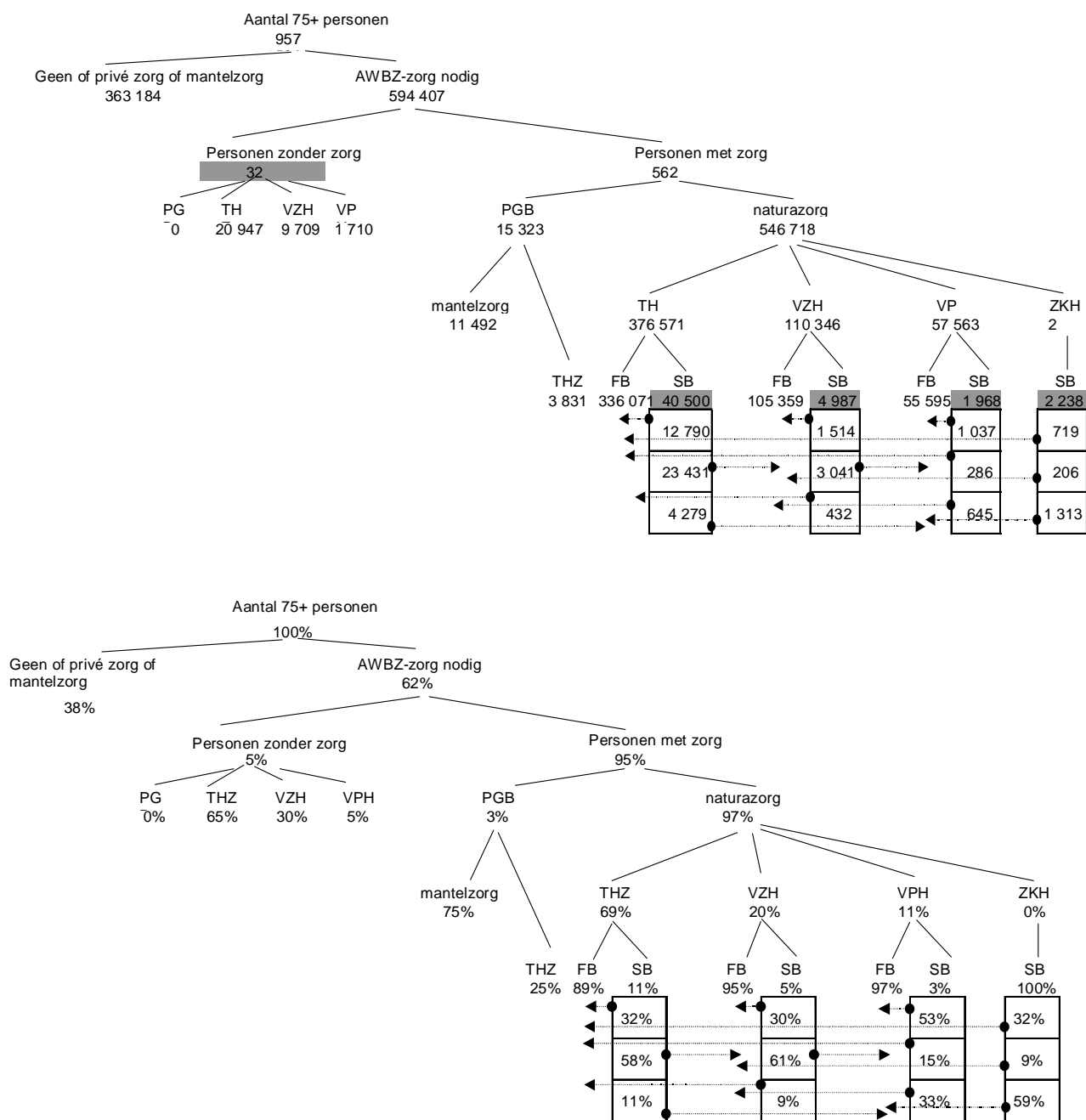
---

<sup>14</sup> Omwille van de overeenstemming met de definities gehanteerd in de wachtlijstinventarisatie worden semi-murale verzorgings- en verpleegplaatsen alsook kortdurende opnames in verzorgings- en verpleeghuizen opgenomen onder de categorie thuiszorg.

<sup>15</sup> Er wordt aangenomen dat het AWBZ-zorgaanbod verpleging & verzorging vooral gericht is op ouderen. Er is gekozen voor de categorie 75+ omdat ook de Taskforce haar voorspellingen op de ontwikkeling van deze groep baseert.

<sup>16</sup> Het betreft hier het geregistreerde aantal volgens de Landelijke rapportage, Resultaten wachtlijstinventarisatie, Sector Verpleging & Verzorging, peildatum 1 maart 2001.

**Figuur 1.1: Verdeling van zorg over het aantal ouderen (absoluut en procentueel), 2001**



Legenda: PGB: persoonsgebonden budget; THZ: thuiszorg; VZH: verzorgingshuiszorg; VPH: verpleeghuiszorg; ZKH: ziekenhuiszorg; FB: first best zorg; SB: second best zorg; de pijlen geven aan op welke first best zorg de personen in overbruggingszorg wachten; de gearceerde cellen zijn de wachtenden

Er wordt aangenomen dat het AWBZ-zorgaanbod verpleging & verzorging vooral gericht is op ouderen. Er is gekozen voor de categorie 75+ omdat ook de Taskforce haar voorspellingen op de ontwikkeling van deze groep baseert.

Omwille van de overeenstemming met de definities gehanteerd in de wachtlijstinventarisatie worden semi-murale verzorgings- en verpleegplaatsen alsook kortdurende opnames in verzorgings- en verpleeghuizen opgenomen onder de categorie thuiszorg.

Bron: Policy Research Corporation, op basis van CBS, HHM en PwC.

### 2.1.2 Aanbodzijde

De cijfers uit *Figuur 1.1* geven aan dat de thuiszorginstellingen aan 69% van de patiënten zorg verstrekken. De verzorgingshuizen en verpleeghuizen nemen respectievelijk 20% en 11% voor hun rekening. Als gevolg van de omvang van de geleverde overbruggingszorg stemmen deze cijfers niet overeen met de verdeling van de vraag naar de verschillende zorgtypes. Een groot deel van de verzorgingshuis- en verpleeghuisgeïndiceerden ontvangt overbruggingszorg van de thuiszorginstellingen terwijl de verzorgings- en verpleeghuizen zelf relatief minder overbruggingszorg leveren. Daarom is de procentuele «first best» vraag naar verzorging en verpleging hoger dan het procentuele aanbod. De werkelijke verdeling van de vraag geeft aan dat 63% van de zorgvragers geïndiceerd is voor thuiszorg, 25% voor verzorgingshuiszorg en 11% voor verpleeghuiszorg<sup>17</sup>.

De uitgaven voor de drie zorgtypes zijn bijna gelijk. Elk van de drie sectoren was verantwoordelijk voor 33% van de € 7,76 miljard (f 17,1 mld) die in 2000 werd uitgegeven. Aan het persoonsgebonden budget werd de resterende 1% besteed<sup>18</sup>. Qua vereiste personeelsinzet zijn de verhoudingen tussen de drie zorgtypes sterk beïnvloed door de zorgzwaarte van de patiënten. Op een totaal van 192 000 fte werkte 33% in de thuiszorg, 27% in de verzorgingshuiszorg en 40% in de verpleeghuiszorg<sup>19</sup>. Deze personeelscijfers zijn opgesteld volgens de meer gangbare definitie van de drie zorgtypes en dus niet conform de hier gehanteerde definitie. Een herrekening was evenwel niet mogelijk.

## 2.2 Jaarlijkse toestroom, instroom en verwerkingscapaciteit

Het rekenmodel gaat uit van de situatie zoals beschreven is in de wachtlijstinventarisatie van 1 maart 2001 door HHM in opdracht van de Taskforce. De cijfers in deze rapportage kunnen worden vergeleken met de cijfers van de eerdere peiling op 15 mei 2000 aangezien zij op dezelfde wijze verzameld en verwerkt zijn. Uit de inventarisaties blijkt dat 30 016 wachtenden die reeds in 2000 op de wachtlijst stonden in 2001 nog steeds op een wachtlijst staan. Dit betekent dat van het totaal aantal wachtenden in 2000 (101 677) ruim 71 000 van de wachtlijst verdwenen zijn<sup>20</sup>. Berekend op jaarbasis betreft dit bijna 90 000 personen (a).

Wachtlijstpeilingen zijn momentopnamen; zij houden geen rekening met personen die op een wachtlijst gekomen zijn na de eerste peiling, maar er afgegaan zijn vóór de tweede peiling. De omvang van deze groep kan ingeschat worden door de ontwikkeling in de wachttijden te analyseren. In 2001 stonden er in totaal 82 059 personen op de wachtlijst. Van deze groep wachtten er ruim 25 000 al meer dan een jaar. Hieruit kan afgeleid worden dat in een jaar tijd, het verschil, namelijk circa 57 000 personen (b), van de wachtlijst verdwijnt. De onderliggende assumptie is dat de betrokken peiling een representatief beeld geeft van de toestroom van de wachtenden op de wachtlijst.

De som van (a) en (b), ruim 146 000 personen, is het aantal wachtenden dat in een periode van een jaar van de wachtlijst verdwijnt. Dit betekent niet dat al deze personen in 2001 ook daadwerkelijk de «first best» zorg hebben ontvangen waarvoor ze geïndiceerd zijn. Een deel zal overleden zijn en een ander deel heeft wellicht (door het vervallen van het indicatiebesluit) de wachtlijst verlaten. Na een correctie voor zulke factoren kan geconcludeerd worden dat circa 137 000 wachtenden van de wachtlijst

<sup>17</sup> Deze opdeling van de vraag houdt evenwel geen rekening met de mogelijke latente vraag naar zorg.

<sup>18</sup> *Policy Research Corporation* op basis van Zorghota 2001, CTG en CVZ.

<sup>19</sup> *Policy Research Corporation* op basis van NIVEL, PRISMANT en OSA, Rapportage arbeidsmarkt Zorg en Welzijn 2000.

<sup>20</sup> De termijn tussen beide peilingen bedraagt 9,5 maanden.

verdwenen zijn, omdat ze in de zorg zijn opgenomen conform hun indicatie.

De totale wachtlijst is tussen de twee peilingen met circa 20 000 personen afgenomen. Hieruit kan afgeleid worden dat de instroom van personen in de wachtlijst met datzelfde aantal lager lag dan de uitstroom uit de wachtlijst. Op jaarbasis betreft dit bijna 25 000 personen, zodat in het jaar 2000 de instroom in de wachtlijst ongeveer 121 000 personen bedroeg. Ten opzichte van de totale populatie 75-plussers betekent dit een toestroom van 13%.

De opnamecapaciteit van of instroom in de zorgvoorzieningen is geen constante, net zo min als de instroom in de wachtlijst een constante is. Bijzondere aandacht verdient de inzet van nieuwe capaciteit in een bepaald jaar. Indien de capaciteit van een bepaald type zorg wordt opgetrokken, verhoogt de jaarlijkse opnamecapaciteit (sterk) dat ene jaar, maar kan de extra capaciteit het volgende jaar wellicht niet nogmaals volledig ingezet worden. De mate waarin nieuwe capaciteit het volgende jaar kan ingezet worden is namelijk afhankelijk van de verblijfsduur van personen op die nieuw gecreëerde plaatsen.

De instroom in de wachtlijst is in grote mate afhankelijk van een aantal natuurlijke ontwikkelingen, waarvan de demografische en epidemiologische ontwikkeling van de groep ouderen in Nederland het belangrijkste gegeven is. Daarnaast kan ook een aantal sociaal-culturele factoren een determinerende rol spelen zoals de beschikbaarheid van mantelzorg of de «zorgmobiliteit» (het zich willen verplaatsen voor het verkrijgen van zorg). Tenslotte hangt veel af van de indicatiewijze en/of wachtlijsten bij de indicatieorganen.

### **2.3 Belangrijke veronderstellingen**

De twee wachtlijstinventarisaties vormen de voornaamste bron voor het bepalen van de vraag- en aanbodparameters van het rekenmodel. Dit houdt in dat alleen rekening gehouden wordt met de jaarlijkse toestroom van zorgvragers die minstens enige tijd dienen te wachten voor zij de zorg ontvangen waarvoor zij geïndiceerd zijn. Het aantal zorgvragers dat rechtstreeks hun geïndiceerde zorg ontvangt zonder op een wachtlijst gestaan te hebben, is onbekend. Zelfs wanneer er sprake is van zorgschaarste en er voor de meeste zorgproducten een wachtlijst bestaat, is het niet uit te sluiten dat er een rechtstreekse instroom van zorgvragers in de voorziening bestaat. Deze groep is onbekend en er kunnen weinig betrouwbare schattingen van gemaakt worden, daarom dienen de resultaten van het rekenmodel in dat opzicht zorgvuldig geïnterpreteerd te worden. De introductie van nieuwe zorgcapaciteit volgens de diverse beleidsmaatregelen zoals beschreven in paragraaf 6.6, veronderstelt bijvoorbeeld dat de uitbreiding alleen aangewend wordt ten behoeve van *wachtende* zorgvragers.

Het doorstroomeffect treedt op wanneer first best plaatsen gecreëerd worden voor wachtenden die overbruggingszorg ontvangen. Dit effect wordt, volgens de beslissingsregels ingebouwd in het rekenmodel, gebruikt om nieuwe first best plaatsen te genereren. Op deze wijze kan een constructief evenwicht tussen vraag en aanbod verkregen en behouden worden. De in de thuiszorg geleverde overbruggingszorg die door wachtenden op verpleeghuiszorg of verzorgingshuiszorg kan worden vrijgezet, zal dan aangewend worden om mensen die momenteel op de

thuiszorgwachtlĳst staan first best zorg te geven. Het alternatief is een verdere uitbouw van de thuiszorg als second best oplossing voor wachtenden die momenteel nog geen overbruggingszorg krijgen. Op lange termijn kan dit leiden tot overcapaciteit in de thuiszorg.

Het model gaat ook uit van een optimale aanwending van producten die vrijkomen als gevolg van mensen die een bepaalde AWBZ-zorgvoorziening verlaten (overlijden, overstap naar een ander zorgtype als gevolg van een toename van de zorgzwaarte, etc.). Deze aanname betekent dus dat de vrijgevallen producten volledig aangewend kunnen worden om mensen van de wachtlĳst te helpen. Er kan verwacht worden dat er een zekere *mismatch* bestaat tussen beide die groter zal worden naarmate de wachtlĳsten korter worden en er dus moeilijker een wachtende gevonden kan worden die voor dat product een indicatie heeft. Er bestaat eveneens frictie tussen het tijdstip en de plaats waar het betrokken zorgproduct aangeboden kan worden en de vraag ernaar. Vraag en aanbod zullen dus niet altijd overeenstemmen in vorm, tijd en plaats. Derhalve zal het verdwijnen van de wachtlĳst voor een bepaald zorgtype een zekere mate van overcapaciteit vragen om dit verschil tussen de vraag en het aanbod op te vangen. Bij interpretatie van de output van het model dient dus rekening gehouden te worden met een suboptimale invulling van vrijgekomen plaatsen in de realiteit.

De toekomstige indicaties van de zorgvragers aangaande de verschillende zorgtypes (thuiszorg, verzorgings- en verpleeghuiszorg) wordt gelijkgehouden met de huidige verdeling van de vraag. De bezettingsgraad van en de gemiddelde verblijfsduur in de verschillende zorginstellingen wordt eveneens constant gehouden<sup>21</sup>.

## 2.4 Introductie van nieuwe capaciteit in het rekenmodel

Het introduceren van nieuwe capaciteit beïnvloedt de wachtlĳsten, zonder dat automatisch de lengte van de wachtlĳsten zal afnemen. In de eerste plaats dient de toename aan capaciteit groter te zijn dan de stijging van de vraag in een bepaald jaar. Vervolgens is het van belang op welke wijze de nieuwe capaciteit aangewend zal worden. Indien deze aangewend wordt om overbruggingszorg aan wachtenden te verstrekken die nog zonder zorg zijn, zal de totale lengte van de wachtlĳst niet wijzigen. De samenstelling van de wachtlĳst verandert wel (wachtenden met of zonder overbruggingszorg). Daarom dient in het rekenmodel de bestemming van nieuwe capaciteit aangegeven te worden.

De introductie van nieuwe capaciteit om aan wachtenden zorg te leveren waarvoor ze geïndiceerd zijn veroorzaakt dus twee effecten op de wachtlĳst. Enerzijds zal deze nieuwe capaciteit ingenomen worden door wachtenden die nog geen zorg ontvangen, anderzijds door wachtenden die reeds overbruggingszorg ontvangen. Het is deze laatste categorie die zorgt voor een zogenaamd «doorstroomeffect». Het doorstroomeffect ontstaat doordat wachtenden met overbruggingszorg doorstromen naar een «first best» plaats en daarbij hun overbruggingszorg beschikbaar stellen voor andere wachtenden. Het is daarom van belang de omvang van de geleverde overbruggingszorg te koppelen aan de verschillende indicaties. Zo zal een verzorgingshuisgeïndiceerde die overbruggingszorg ontvangt in de thuiszorg wellicht meer uren zorg behoeven dan een gemiddelde thuiszorggeïndiceerde in de thuiszorg.

<sup>21</sup> Er zijn potentiële (kwalitatieve) redenen om sommige variabelen niet constant te houden. Zie hiervoor bijvoorbeeld Timmermans, J. M. «De Toekomst van de AWBZ: van ziekte- naar zorgverzekering», Sociaal en Cultureel Planbureau, 2000. De impact op lange termijn van deze – vooral sociaal-culturele – redenen is evenwel niet eenduidig te kwantificeren.

### 3 VARIANTEN VOOR BELEIDSUITVOERING

De sector van de verpleging en verzorging is in beweging. De laatste jaren zijn onmiskenbare en soms ingrijpende veranderingen ingezet. Sommige van deze veranderingen zijn autonoom en zijn dus niet te beheersen door het overheidsbeleid (bijvoorbeeld vergrijzing). Andere wijzigingen zijn het gevolg van het ingrijpen door de overheid (bijvoorbeeld introductie van persoonsgebonden budgetten). Ook in de toekomst kan de overheid door het inzetten van verschillende beleidsinstrumenten aanbod en/of vraag beïnvloeden. Hieronder wordt een aantal beleidskeuzes samengebracht in varianten voor beleidsuitvoering. De effecten van deze varianten worden vervolgens berekend met behulp van een daartoe opgesteld rekenmodel. Wat betreft de beschikbaarheid van personeel werden geen restricties in het model ingebouwd. Weliswaar bestaat er een risico dat niet voldoende personeel kan worden gevonden, maar dit hangt mede af van het effect van de voorgenomen beleidsinspanningen op dat vlak. In de Voorjaarsbrief Zorg 2001 is een uitgebreid pakket opgenomen om arbeidsmarkt-knelpunten in de zorg te verhelpen. Ter informatie wordt bij de uitkomsten van de varianten aangegeven hoeveel extra personeel nodig zou zijn. De beleidsvarianten zijn:

- de autonome wachtlijstontwikkeling, d.w.z. wat gebeurt er indien géén nieuwe beleidsmaatregelen genomen worden. Dit is de nulvariant, waartegen de andere varianten vergeleken kunnen worden;
- continueren van huidig beleid, inclusief de extra middelen die via de Taskforce beschikbaar zijn gesteld;
- uitbreiding van het persoonsgebonden budget. Dit past in de beleidslijn van vraaggestuurde zorg;
- uitbreiding van de capaciteit voor verpleeghuiszorg. Redenering is dat uitbreiding van verpleeghuiscapaciteit ruimte creëert bij andere zorgvormen die lager in de keten zitten (verzorgingshuiszorg, thuiszorg);
- zelfde variant als hiervoor, maar dan voor verzorgingshuiszorg;
- benodigde uitbreiding om de Treeknorm<sup>22</sup> te halen en te behouden.

---

<sup>22</sup> De partijen in het Treekoverleg hebben in april 2000 overeenstemming bereikt over de normering van aanvaardbare levertijden (streefnormen) in de gehele care-sector. Uiterlijk 1 januari 2003 zal volgens die normering 80% van de mensen die zorg thuis of verpleeghuiszorg nodig hebben binnen vier weken en 100% binnen zes weken geholpen moeten worden. Voor een plaats in een verzorgingshuis liggen de termijnen op respectievelijk acht en dertien weken.

## 4 UITKOMSTEN VAN HET REKENMODEL

Deze paragraaf bespreekt de uitkomsten van de analyses van de toegang tot de zorg voor ouderen. Door toepassing van het hierboven beschreven rekenmodel op de gegevens over vraag, aanbod en inzet van middelen ontstaat een beeld van de toekomstige ontwikkeling in de toegang tot de zorg. De simulaties vormen een concrete illustratie van de analyseresultaten en geven een indruk van de mogelijke (kosten)gevolgen van bepaalde beleidsmaatregelen. De simulaties hebben vooral tot doel de plausibiliteit en de validiteit van de resultaten aan te tonen. De beleidssimulaties zijn uitgevoerd op landelijk en regionaal niveau.

### 4.1 Landelijk niveau

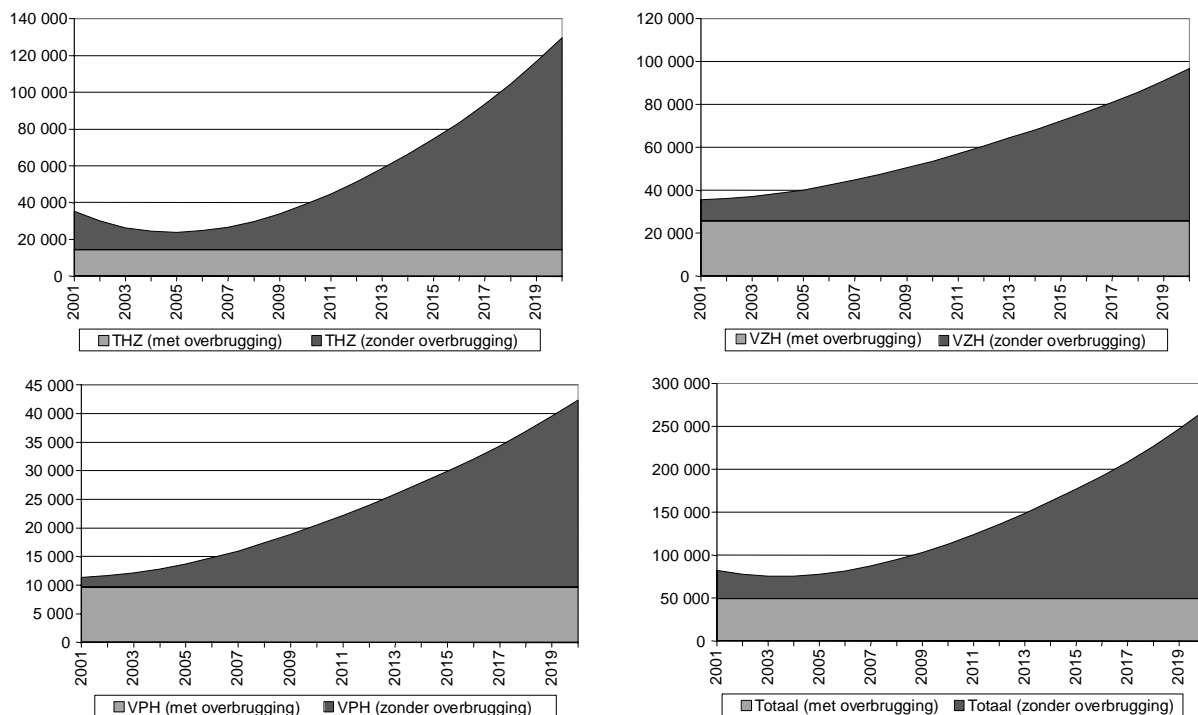
#### 4.1.1 Autonome wachtlijstontwikkeling

De hierna doorgerekende beleidsvarianten bevatten elk bepaalde beleidsmaatregelen die een effect hebben op de wachtlijsten. Indien géén nieuwe beleidsmaatregelen genomen worden<sup>23</sup>, zullen de wachtlijsten ook ontwikkelen voornamelijk als gevolg van de bevolkingsgroei. In het rekenmodel wordt de toestroom aan zorgvragers gekoppeld aan de CBS-bevolkingsprognose van het aantal 75-plussers. De jaarlijkse opnamecapaciteit wordt gehandhaafd op het niveau van 2001. Deze zogenaamde autonome ontwikkeling van de wachtlijsten wordt geschetst in *Figuur 1.2*.

---

<sup>23</sup> De stelselherziening kan eventueel wijzigingen in het aansprakenpakket aanbrengen. Deze potentiële wijzigingen zijn omwille van hun onzekerheid niet in het rekenmodel ingewerkt.

**Figuur 1.2: Autonome wachtlijstontwikkeling (aantal wachtenden per indicatie)**



Bron: Policy Research Corporation.

Hieruit blijkt dat de laatste jaren de thuiszorgcapaciteit zo is toegenomen dat de jaarlijkse opnamecapaciteit groter is dan de jaarlijkse toestroom van wachtende thuiszorggeïndiceerden. Daarom zal de wachtlijst voor de thuiszorg verder dalen, maar vanaf 2006 stijgt hij opnieuw vanwege de toegenomen groep 75-plussers. De wachtlijsten voor de intramurale verzorgings- en verpleeghuiszorg zullen verder toenemen. De bestaande jaarlijkse opnamecapaciteit is niet toereikend om de toestroom aan geïndiceerden op te vangen. De totale wachtlijst daalt in beginsel licht als gevolg van de afname aan thuiszorgwachters, maar neemt vanaf 2004 opnieuw toe. De Treeknormen zullen niet gehaald worden. Op basis van de jaarlijkse opnamecapaciteit kan berekend worden dat zij slechts gehaald worden wanneer gemiddeld 9 200 thuiszorggeïndiceerden, 6 700 verzorgingshuisgeïndiceerden en 1 650 verpleeghuisgeïndiceerden wachten op zorg.

#### 4.1.2 Continueren van het huidige beleid Taskforce middelen

De zorgkantoren hebben na de wachtlijstregistratie van 2000 bestedingsvoorstellen opgesteld om de wachtlijsten in de sector verpleging en verzorging aan te pakken. Deze bestedingsvoorstellen zijn gemaakt voor 2001 en zijn beoordeeld door het Ministerie van VWS. Het totaal van de circa 3 600 goedgekeurde voorstellen houdt in dat voor ongeveer € 545 miljoen (f 1.2 miljard) bijna 34 000 extra plaatsen worden gerealiseerd. Het betreft 78% plaatsen in de thuiszorg, 10,5% plaatsen zowel in de verzorgings- als de verpleeghuiszorg en 1% overige plaatsen. Ten opzichte van de bestaande plaatsen betekent dit een uitbreiding met 7% in de thuiszorg, 3% in de verzorgingshuiszorg en 6% in de verpleeghuiszorg. Omdat de aard van de extra plaatsen vrij divers is, kan de bijhorende personeelsbehoefte niet aan de hand van gemiddelden ingeschat worden. De Taskforce rapporteert hieromtrent evenmin, maar erkent wel dat de

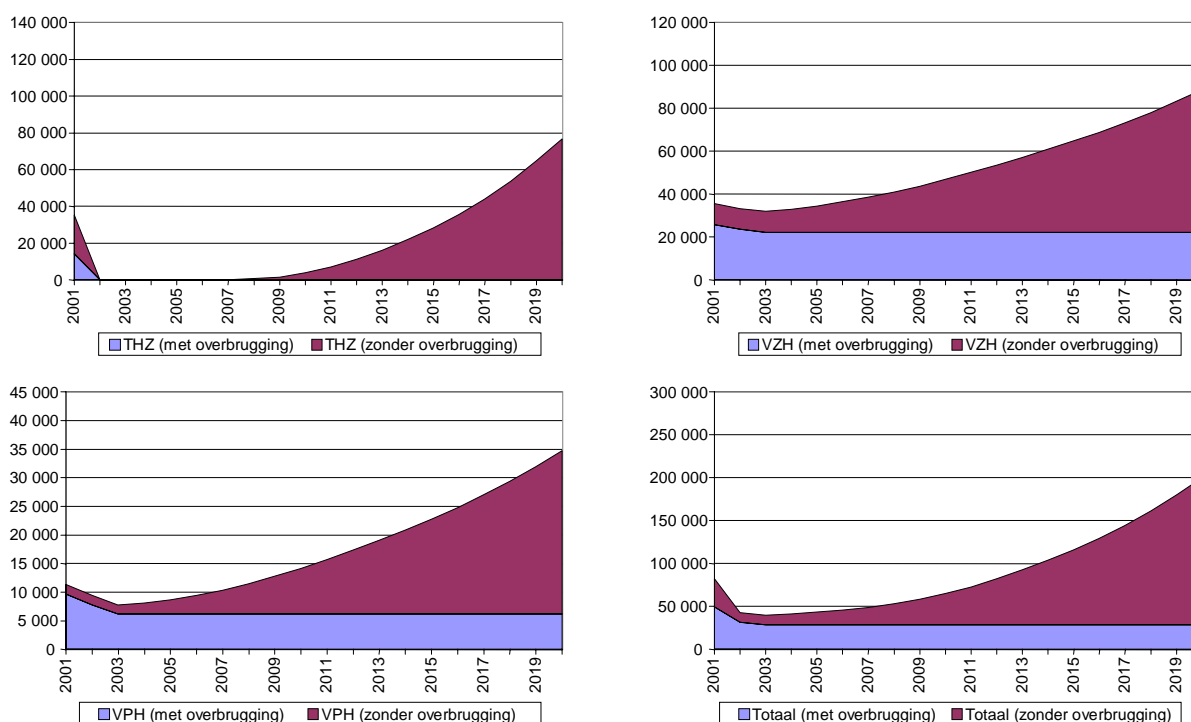


bestedingsvoorstellen kritisch bekeken zijn op hun haalbaarheid, o.a. de beschikbaarheid van voldoende personeel.

Volgens de Taskforce is het mogelijk dat de intramurale capaciteitsuitbreiding in 2001 nog niet volledig gerealiseerd zal zijn. Daarom worden in het rekenmodel alle thuiszorgplaatsen beschikbaar gesteld in 2001 en de verzorgings- en verpleeghuisplaatsen voor de helft in 2001 en de andere helft in 2002.

Het resultaat op de wachtlijst is groot. De ruim 26 000 first best thuiszorgplaatsen volstaan om mede als gevolg van het doorstroomeffect de wachtlijst voor thuiszorggeïndiceerden te laten verdwijnen (zie *Figuur 1.3*).

**Figuur 1.3: Wachtlijstontwikkeling bij continuering van het huidige beleid incl. bestedingsvoorstellen (aantal wachtenden per indicatie)**



Bron: Policy Research Corporation.

Pas na 2007 ontstaat er opnieuw een wachtlijst als gevolg van de toegenomen groep 75-plussers. Beklemtoond dient te worden dat de verwerkingscapaciteit en het doorstroomeffect hier hun theoretisch maximale uitwerking hebben. Dit betekent dat in realiteit zij beperkter kunnen uitvallen, omdat de substitutie van nieuwe en vrijgekomen plaatsen niet optimaal verloopt. Hoe kleiner de wachtlijst, hoe kleiner de kans dat er voor een bepaald zorgproduct, beschikbaar op een bepaald tijdstip en op een bepaalde plaats, een zorgvrager wordt gevonden die, net op dat tijdstip en op die plaats, wacht op dat zorgproduct. Bovendien zal hoogstwaarschijnlijk de latente vraag zich manifesteren zodat het aantal wachtenden opnieuw zal toenemen. De capaciteitsuitbreiding van twee keer 1 770 plaatsen voor de verzorgingshuisgeïndiceerden doet de wachtlijst kortstondig afnemen, maar de wachtlijst groeit vanaf 2003 opnieuw. Een vergelijkbare capaciteitsuitbreiding voor de verpleeghuisgeïndiceerden doet de wachtlijst de eerste jaren sterk afnemen, maar deze neemt vanaf 2003 opnieuw fors toe. De Treeknormen<sup>24</sup> zullen alleen in de

<sup>24</sup> De gestegen jaarlijkse opnamecapaciteit als gevolg van de capaciteitsuitbreiding leidt tot een verhoging van de Treeknormen tot ongeveer 9 900, 6 900 en 1 750 wachtenden in respectievelijk thuiszorg, verzorgings- en verpleeghuiszorg.

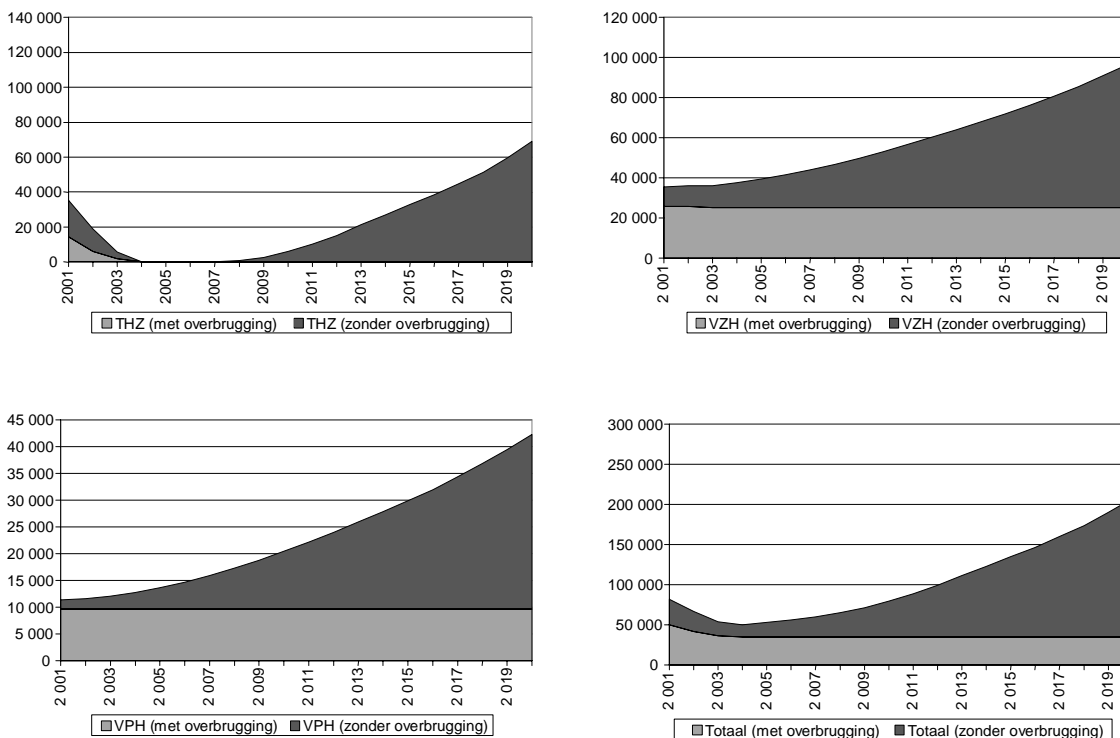
thuiszorg gehaald worden. Het aantal wachtenden in de verzorging en verpleging ligt zelfs op het voorspelde dieptepunt van de wachtlijst nog ongeveer vijf keer boven de norm.

#### 4.1.3 Uitbreiding van het persoonsgebonden budget

Sinds de introductie van persoonsgebonden budgetten (PGB) voor de sector verpleging en verzorging komt een verzekerde hiervoor in aanmerking indien hij niet verblijft in een instelling waarin aan personen duurzaam verblijf en verzorging wordt verschaft. Dit wil zeggen dat een PGB alleen een optie is voor thuiszorgeïndiceerden. In 2001 is een experiment gestart met een PGB voor intramurale verpleeghuis- en verzorgingshuiszorg. Aangezien de uitkomst van dit experiment nog onzeker is, wordt in het rekenmodel het PGB alleen toegekend aan thuiszorgeïndiceerden.

Voor 2001 is bekend dat 25% van de toegekende PGB's besteed wordt bij de reguliere thuiszorginstellingen. De overige 75% budgethouders maken gebruik van particuliere personen of particuliere thuiszorginstellingen. Dit betekent dat van de huidige 15 000 PGB-houders ruim 11 000 een beroep doen op het «informele circuit» en dus niet op een wachtlijst voor thuiszorg (hoeven te) staan. De uitbreiding van het aantal persoonsgebonden budgetten heeft daarom een gunstig effect op de lengte van de wachtlijst.

**Figuur 1.4: Wachtlijstontwikkeling met jaarlijkse capaciteitsuitbreiding met 10 000 PGB (aantal wachtenden per indicatie)**



Bron: Policy Research Corporation.

In het rekenmodel werd een hypothetische uitbreiding ingevoerd van 10 000 PGB op jaarbasis. Dit betekent dat elk jaar aan 10 000 van het totaal aantal thuiszorgeïndiceerden die op een wachtlijst zouden komen (ongeveer 75 000 in 2001) een persoonsgebonden budget zal worden toegekend. De relatieve besteding van het PGB wordt constant gehouden.

Dit betekent dat 7 500 budgethouders hun PGB zullen aanwenden in het informele circuit en 2 500 in de thuiszorg. Een dergelijke uitbreiding heeft aanzienlijke realiteitswaarde. Ten eerste is het aantal PGB tussen 1999 en 2000 met bijna 7 000 toegenomen<sup>25</sup>. Ten tweede zijn in de thuiszorg veel personen geïndiceerd voor of wachten zij op producten die ook door het informele circuit kunnen aangeboden worden (bijvoorbeeld huishoudelijke verzorging of alphahulp). Ten derde zou voor een dergelijke uitbreiding jaarlijks ongeveer 420 fte extra personeel in de thuiszorg nodig zijn. Dit betekent een toename met 0.7% van het huidig aantal arbeidsplaatsen, terwijl de gemiddelde jaarlijkse groei in de afgelopen vijf jaar ongeveer 1.6% bedroeg. Zelfs indien meer personeel ingezet zou moeten worden als gevolg van een eventuele daling van de arbeidsproductiviteit, valt dit dus nog op te vangen. Op budgettair vlak betekent een dergelijke uitbreiding een jaarlijkse overheidsuitgave van ongeveer € 68 miljoen (f 150 mln)<sup>26</sup>.

Het rekenmodel geeft aan dat de wachtlijsten in de thuiszorg sterk afnemen en tegen 2004 kunnen verdwijnen. Net als bij de vorige beleidsvariant dient wel dezelfde opmerking over de latente vraag en het theoretisch optimale substitutie-effect gemaakt te worden. Een interessante vaststelling is dat de wachtlijsten in de thuiszorg minder snel opnieuw zullen ontstaan dan in de vorige beleidsvariant. Dit valt te verklaren doordat de toekenning van PGB aan zorgbehoevenden jaar na jaar een meer structurele oplossing biedt dan een eenmalige uitbreiding van de capaciteit volgens de beschreven hoeveelheden. De wachtlijsten van de verzorgings- en verpleeghuizen ontwikkelen zich zoals bij de autonome ontwikkeling, omdat daar geen nieuwe capaciteit gecreëerd is en slechts in zeer beperkte mate overbruggingscapaciteit vrijkomt. De totale wachtlijst neemt af tot 2004 en stijgt daarna opnieuw. De Treeknormen worden alleen in de thuiszorg gehaald<sup>27</sup>. Het aantal wachtenden in de verzorgings- en verpleeghuiszorg ligt steeds ver boven de norm.

#### 4.1.4 *Uitbreiding van de verpleeghuiscapaciteit*

De intramurale instellingen kampen met een structurele wachtlijst. Capaciteitsuitbreiding is minder snel te realiseren dan in de thuiszorg omdat vele initiatieven gepaard gaan met bouw. Uitbreidingen worden hoe dan ook relatief minder snel operationeel. In de bestedingsvoorstellen zal een groot deel van de capaciteitsuitbreiding worden bereikt door de huidige gebouwen aan te passen of door geplande beddenreducties niet te realiseren.

Daarentegen is in deze beleidsvariant de hypothese dat de uitbreiding in 2001 met 5 000 nieuwe first best intramurale verpleeghuisplaatsen een effect op de wachtlijst zal hebben vanaf 2002. Ten opzichte van het huidige aantal plaatsen betekent dit een uitbreiding met 8,7%, terwijl de gemiddelde jaarlijkse groei in de afgelopen vijf jaar ongeveer een tiende daarvan (0,83%) bedroeg. 85% van de wachtende verpleeghuisgeïndiceerden ontvangt momenteel overbruggingszorg, veelal in de thuiszorg. Het uitbreiden van de verpleeghuiscapaciteit zal het vrijmaken van een deel van die overbruggingszorg tot gevolg hebben en een aanzienlijk doorstroomeffect genereren waardoor de totale wachtlijst met ongeveer 18 000 personen afneemt tegen 2004 (zie *Figuur 1.5*). Dit doorstroomeffect is duidelijk merkbaar in de wachtlijst voor de thuiszorggeïndiceerden, maar in mindere mate ook bij de verzorgingshuisgeïndiceerden. De Treeknormen worden in geen enkel zorgtype op geen enkel moment gehaald<sup>28</sup>.

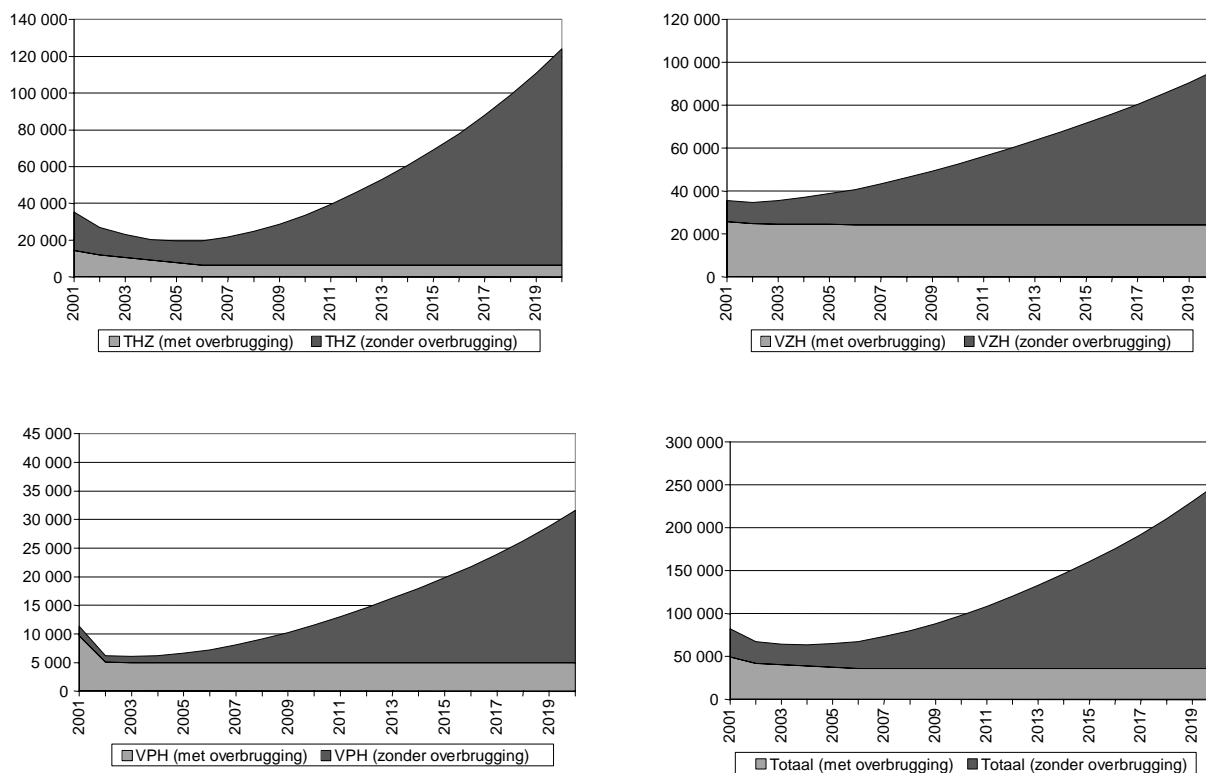
<sup>25</sup> TK, 2000–2001, 25 657, nr. 18.

<sup>26</sup> In 2000 ontving de houder van een PGB gemiddeld 15 000 NLG (€ 6 800).

<sup>27</sup> De capaciteitsuitbreiding resulteert in een Treeknorm van ongeveer 9 400, 6 700 en 1 650 wachtenden voor respectievelijk thuiszorg, verzorgings- en verpleeghuiszorg.

<sup>28</sup> De capaciteitsuitbreiding resulteert in een Treeknorm van ongeveer 9 300, 6 700 en 1 750 wachtenden voor respectievelijk thuiszorg, verzorgings- en verpleeghuiszorg.

**Figuur 1.5: Wachlijstontwikkeling bij capaciteitsuitbreiding verpleeghuizen met 5 000 plaatsen (aantal wachtenden per indicatie)**



Bron: Policy Research Corporation.

Een uitbreiding van 5 000 verpleeghuisplaatsen betekent dat ruim 6 100 voltijdse arbeidsplaatsen dienen ingevuld te worden. Dit is in feite een minimum, omdat de arbeidsproductiviteit in de zorg geen duidelijk stijgende trend vertoont. Ten opzichte van het huidige aantal arbeidsplaatsen zou dit een toename betekenen van 8%, terwijl de gemiddelde jaarlijkse groei in de afgelopen vijf jaar ongeveer 4% bedroeg. De jaarlijkse kostprijs van een dergelijke uitbreiding voor de overheidsbegroting kan op een € 227 miljoen (f 0,5 miljard) begroot worden. Deze variant maakt duidelijk dat om enige daling van de wachtlijsten te bewerkstelligen, niet volstaan kan worden met de gebruikelijke grootte van de uitbreidingen.

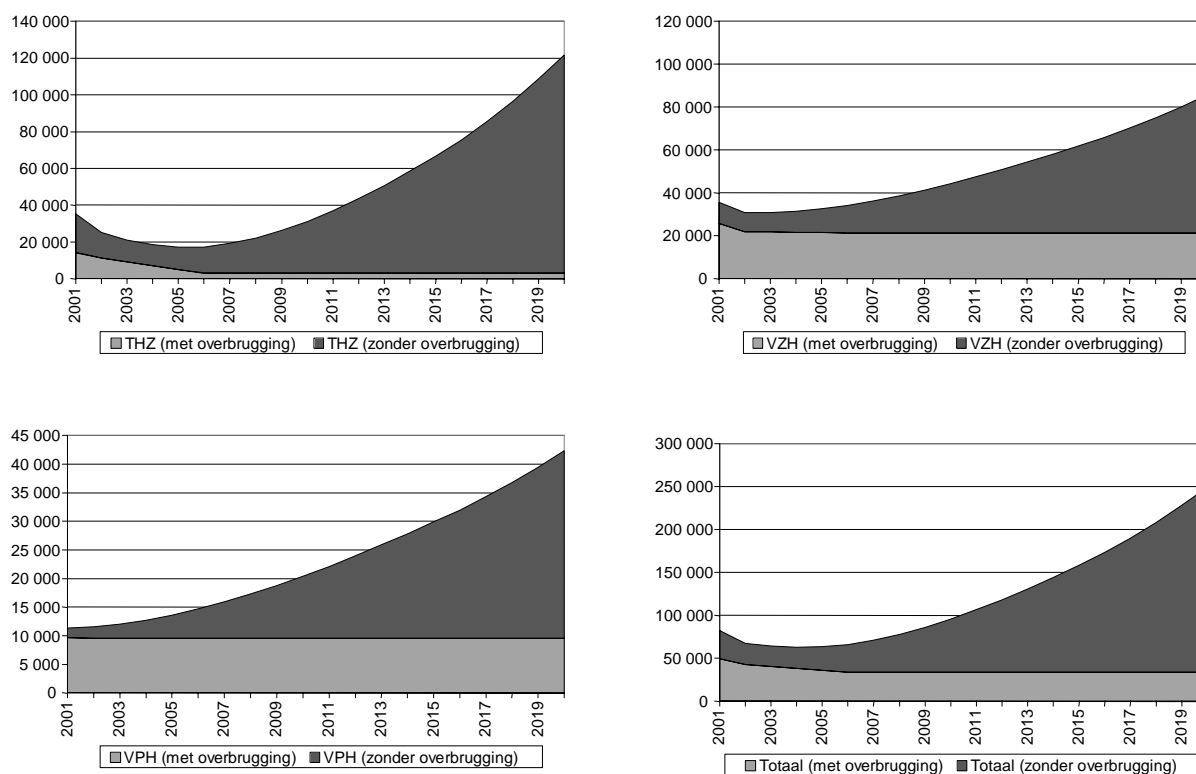
#### 4.1.5 Uitbreiding van de verzorgingshuiscapaciteit

In deze beleidsvariant worden eveneens 5 000 nieuwe first best plaatsen gecreëerd, maar nu in de intramurale verzorgingshuiszorg. Ten opzichte van het huidige aantal plaatsen betekent dit een uitbreiding met 4,5%, terwijl in de afgelopen vijf jaar het aantal plaatsen jaarlijks met gemiddeld 2,7% afgenomen is. De vereiste groei van het aantal voltijds equivalenten bedraagt eveneens 4,5%. Dat is een ondergrens, want bij een daling van de arbeidsproductiviteit zal een nog sterkere groei noodzakelijk zijn. De gemiddelde jaarlijkse groei van het aantal arbeidsplaatsen lag in de vorige vijf jaar drie keer lager, namelijk op 1,5%. De budgettaire kostprijs voor 5 000 plaatsen bedraagt jaarlijks ongeveer € 113,5 miljoen (f 0,25 miljard).

Ten opzichte van de wachtenden op verpleeghuiszorg zijn er relatief minder wachtenden op verzorgingshuiszorg die overbruggingszorg

krijgen (75%). Zij ontvangen echter deze zorg in veel ruimere mate bij de thuiszorginstellingen. Het gevolg is dat de wachtlijst voor thuiszorggeïndiceerden iets sneller daalt dan in de vorige beleidsvariant (zie *Figuur 1.6*). De daling in de totale wachtlijst is vergelijkbaar met de vorige variant. Het dieptepunt wordt ook in 2004 bereikt en de wachtlijst neemt daarna opnieuw toe. De Treeknormen worden evenmin gehaald<sup>29</sup>. De implementatie(tijd) van de hier voorgestelde uitbreiding is wellicht niet zo reëel, maar opnieuw wordt duidelijk dat om de wachtlijsten substantieel te laten dalen, alleen structurele uitbreidingen soelaas bieden.

**Figuur 1.6: Wachtlijstontwikkeling bij capaciteitsuitbreiding verzorgingshuizen met 5 000 plaatsen (aantal wachtenden per indicatie)**



Bron: Policy Research Corporation.

#### 4.1.6 Uitbreiding om Treeknormen te halen

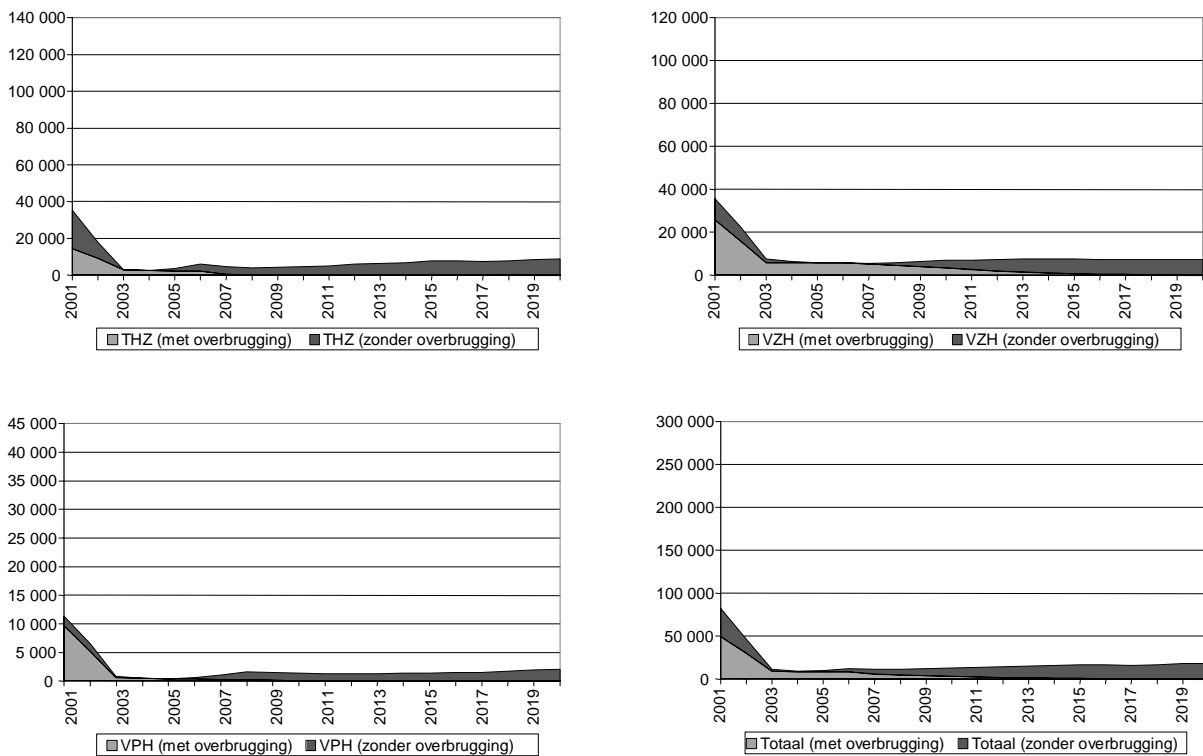
In april 2000 zijn door de koepelorganisaties van zorgaanbieders en zorgverzekeraars in het Treekoverleg<sup>30</sup> streefnormen opgesteld voor aanvaardbare wachttijden in de care-sector: 80% van de mensen ontvangt thuiszorg of verpleeghuiszorg binnen vier weken na de indicatiestelling. Na uiterlijk zes weken zal aan 100% de zorg worden geleverd. Voor verzorgingshuiszorg liggen de normen op respectievelijk acht en dertien weken. Deze normen zouden zo snel mogelijk, doch uiterlijk per 1 januari 2003 gerealiseerd moeten zijn.

<sup>29</sup> De capaciteitsuitbreiding resulteert in een Treeknorm van ongeveer 9 300, 6 900 en 1 650 wachtenden voor respectievelijk thuiszorg, verzorgings- en verpleeghuiszorg.

<sup>30</sup> In het Treekoverleg participeren KNMG, Orde van Medische Specialisten, LHV, VAZ, KNMP, het Paramedisch Verband, NMT, LVT, Arcares, GGZ-N, VGN en Zorgverzekeraars Nederland.

Uit de voorgaande beleidsvarianten is reeds gebleken dat de lengte van de huidige wachtlijsten en -tijden nog ver van de Treeknormen verwijderd zijn. In deze beleidsvariant wordt een mogelijke combinatie van uitbreidingsinvesteringen doorgerekend, die toelaat de Treeknorm te bereiken en te behouden (zie *Figuur 1.7*). In 2001 en 2002 dient uitsluitend verzorgings- en verpleeghuiscapaciteit gerealiseerd te worden, in totaal respectievelijk 24 500 en 9 500 plaatsen. Omdat vele verpleeg- en verzorgingshuisgeïndiceerden overbruggingszorg ontvangen in de thuiszorg, genereren zij een aanzienlijk doorstroomeffect. Daardoor kan de Treeknorm in de thuiszorg behaald worden zonder bijkomende uitbreidingsinvesteringen aldaar. Vanaf 2006 zal in de verzorgingshuiszorg en de thuiszorg opnieuw capaciteit gecreëerd moeten worden om de toegenomen vergrijzing te kunnen opvangen. In de verpleeghuiszorg is uitbreiding pas vanaf 2008 vereist. Gecumuleerd over de periode van 2001 tot 2020 zal in de ouderenzorg een totale capaciteitsuitbreiding noodzakelijk zijn van circa 74 000, 49 500 en 22 800 plaatsen in respectievelijk de thuiszorg, verzorgings- en verpleeghuiszorg. Ten opzichte van de bestaande capaciteit betekent dit een toename van respectievelijk 20%, 45% en 40%. In termen van gemiddelde jaarlijkse groei betekent dit groeiritmes van 1%, 2% en 2%.

**Figuur 1.7: Uitbreiding om Treeknormen te halen (aantal wachtenden per indicatie)**

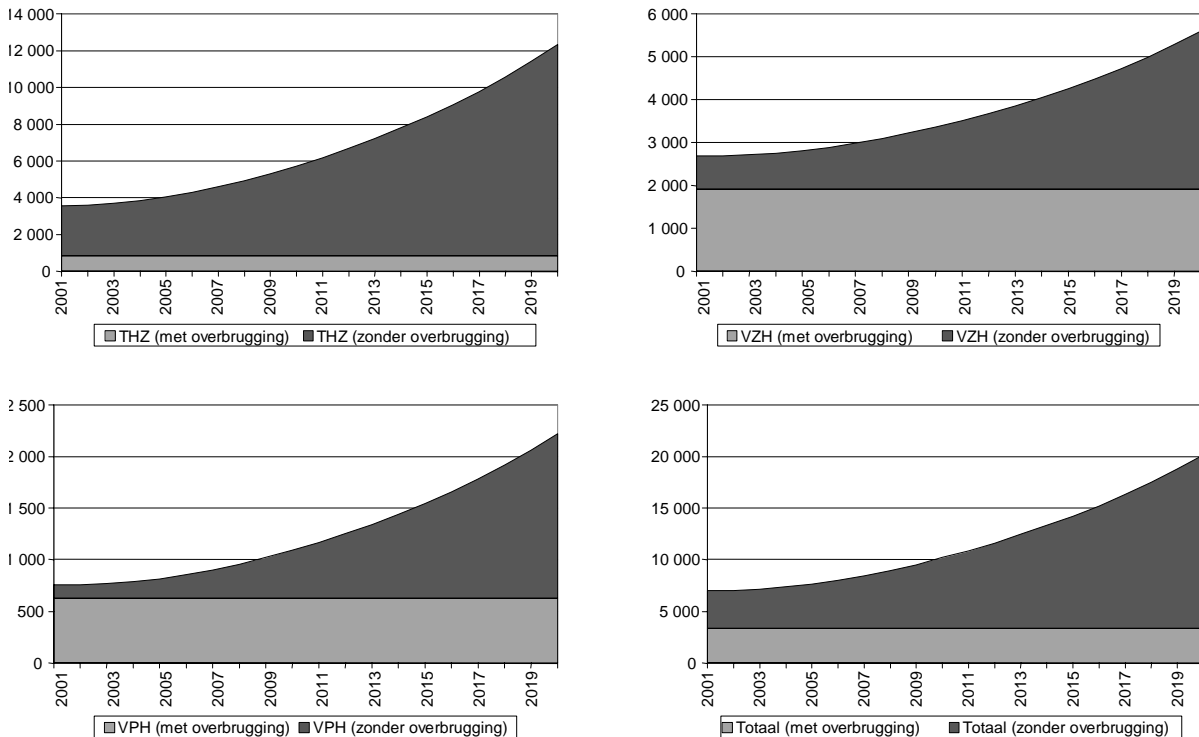


Bron: Policy Research Corporation.

## 4.2 Zorgkantoorregio Utrecht

Voor de regionale analyses werd een regionale versie van het rekenmodel opgesteld. De opzet van het model is hetzelfde, zij het dat vraag en aanbod nu de regionale verdeling naar de drie zorgtypes volgt. De capaciteitsuitbreiding in de verschillende beleidsvarianten is ook evenredig aangepast om een meer realistisch invoergegeven te gebruiken voor de inschatting van de ontwikkeling van de wachtlijsten. Aangezien de trends en verklaringen van de resultaten vaak gelijklopen met de beleidsvarianten op het landelijke niveau, worden alleen de manifeste verschillen ten opzichte van de landelijke resultaten aangeduid.

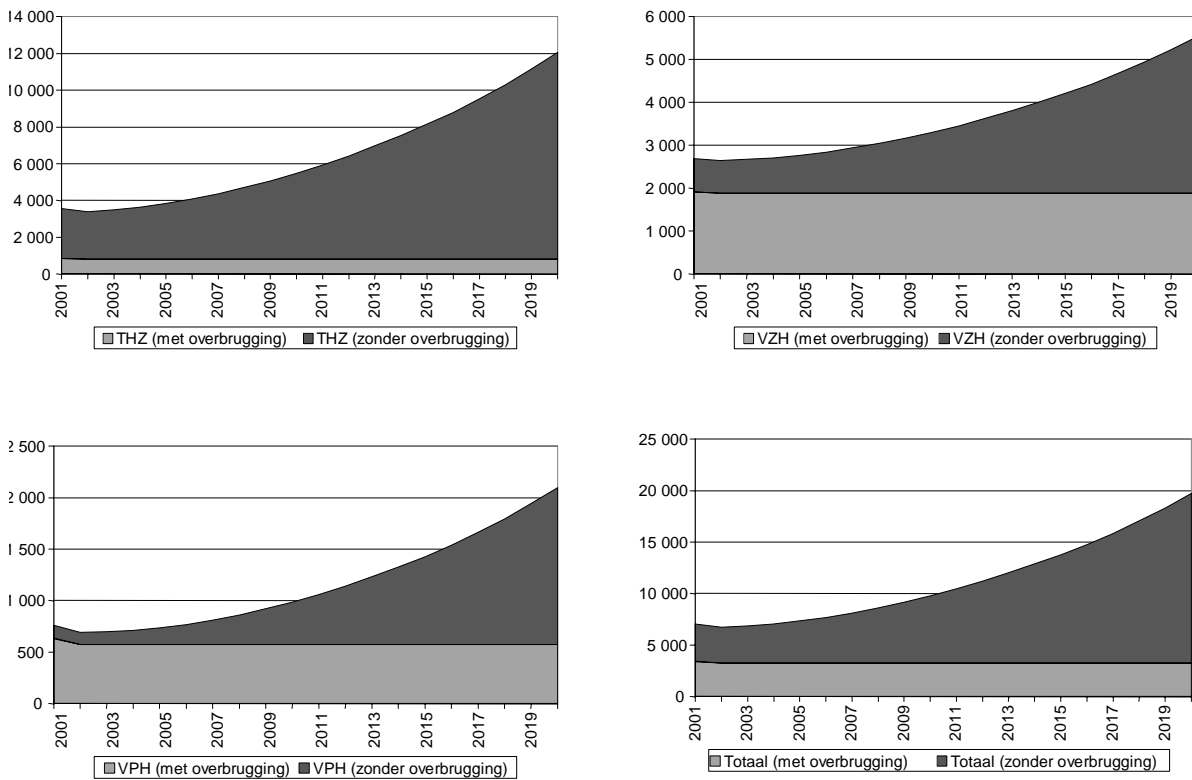
**Figuur 1.8: Autonome ontwikkeling (aantal wachtenden per indicatie)**



Bron: Policy Research Corporation.

De wachtlijsten in de regio Utrecht stijgen voor elk van de drie zorgtypes, in tegenstelling tot de initiële daling van de wachtlijst voor thuiszorg op landelijk niveau (zie *Figuur 1.8*). Dit is te verklaren doordat de jaarlijkse thuiszorgcapaciteit in Utrecht niet in dezelfde mate is gestegen als op landelijk vlak, tenminste niet boven de jaarlijkse toestroom aan thuiszorggeïndiceerden. De Treeknormen zullen niet gehaald worden. Op basis van de jaarlijkse opnamecapaciteit is berekend dat daarvoor slechts gemiddeld 500 thuiszorggeïndiceerden, 350 verzorgingshuisgeïndiceerden en 100 verpleeghuisgeïndiceerden mogen staan wachten.

**Figuur 1.9: Wachlijstontwikkeling bij continuering van het huidige beleid incl. bestedingsvoorstellen (aantal wachtenden per indicatie)**

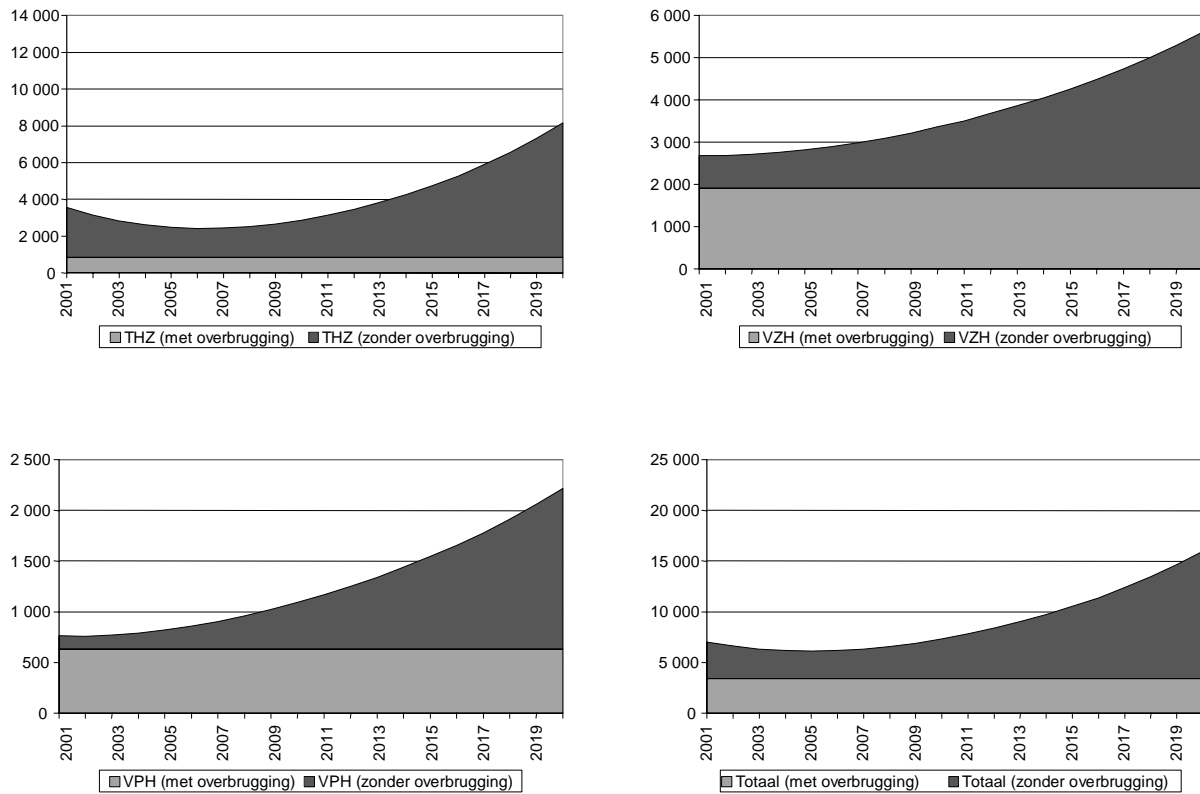


Bron: Policy Research Corporation.

Figuur 1.9 toont aan dat de bestedingsvoorstellen vooral van invloed zullen zijn op de wachtlijsten voor de verpleeghuiszorg. Dit volgt uit het feit dat de relatieve uitbreiding ten opzichte van de bestaande capaciteit in deze sector het grootst is (1,5%).



**Figuur 1.10: Wachlijstontwikkeling met jaarlijkse capaciteitsuitbreiding met 450 PGB (aantal wachtenden per indicatie)**

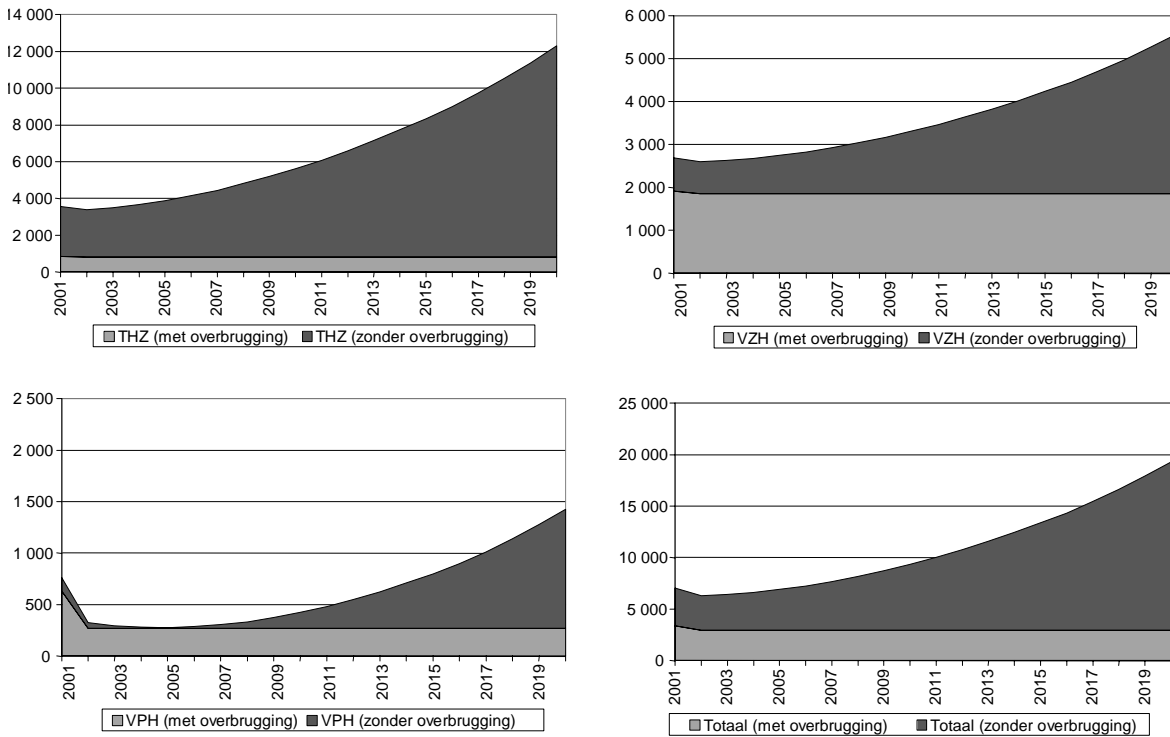


Bron: Policy Research Corporation.

In het rekenmodel werd een hypothetische uitbreiding ingevoerd van 450 PGB op jaarbasis. Dit betekent dat elk jaar aan 450 van het totaal aantal thuiszorgeïndiceerden die op een wachtlijst zouden komen (ongeveer 3 500 in 2001) een persoonsgebonden budget zal worden toegekend. Net zoals in de landelijke ontwikkeling zal deze maatregel vooral effect hebben in de thuiszorg en nauwelijks in de twee andere zorgtypes (zie *Figuur 1.10*). De Treeknormen worden voor geen enkel zorgtype gehaald.

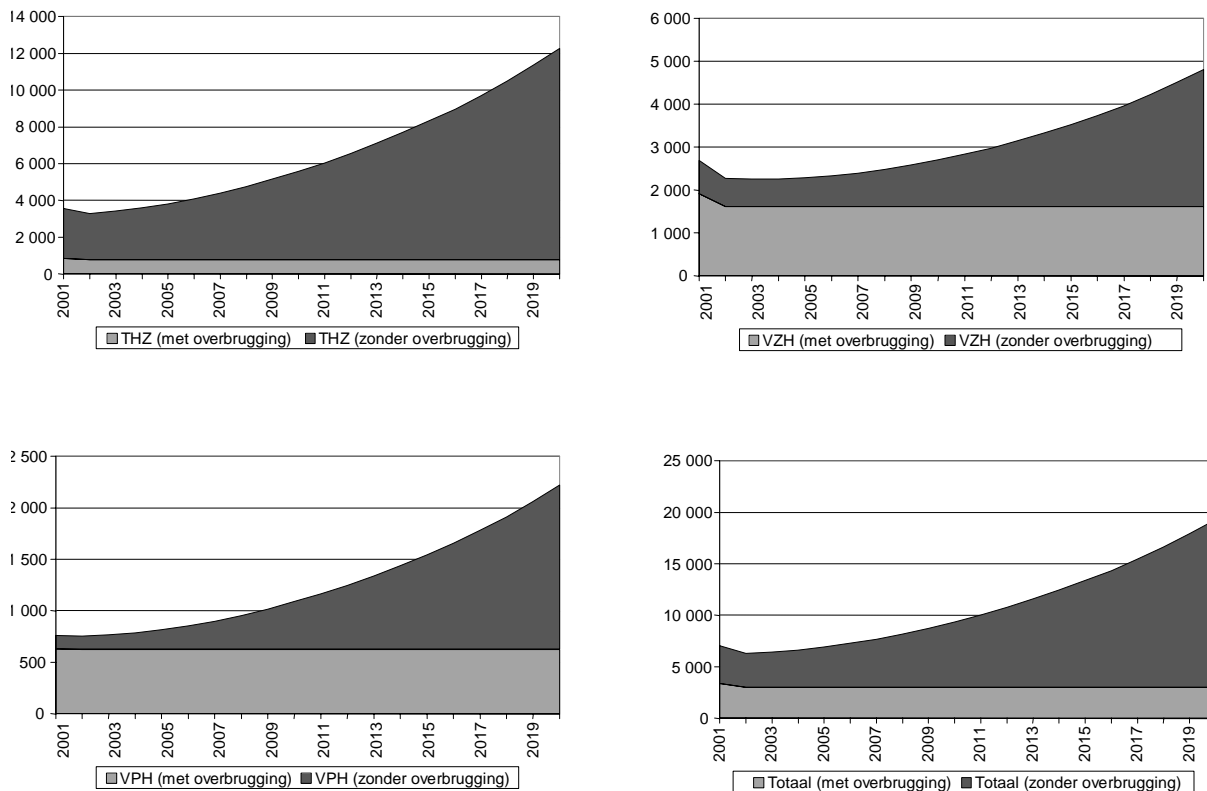
Een uitbreiding van het aantal verpleeghuiscapaciteit heeft vanzelfsprekend het grootste effect op de wachtlijst voor dit zorgtype. Daar nemen de wachtlijsten tegen 2004 meer dan de helft af (zie Figuur 1.11). Als gevolg van het doorstroomeffect is ook een lichte daling merkbaar in de wachtlijsten voor de twee andere zorgtypes. Desalniettemin wordt de Treeknorm niet gehaald.

**Figuur 1.11: Wachtlijstontwikkeling bij capaciteitsuitbreiding verpleeghuizen met 400 plaatsen (aantal wachtenden per indicatie)**



Bron: Policy Research Corporation.

**Figuur 1.12: Wachtlijstontwikkeling bij capaciteitsuitbreiding verzorgingshuizen met 400 plaatsen (aantal wachtenden per indicatie)**



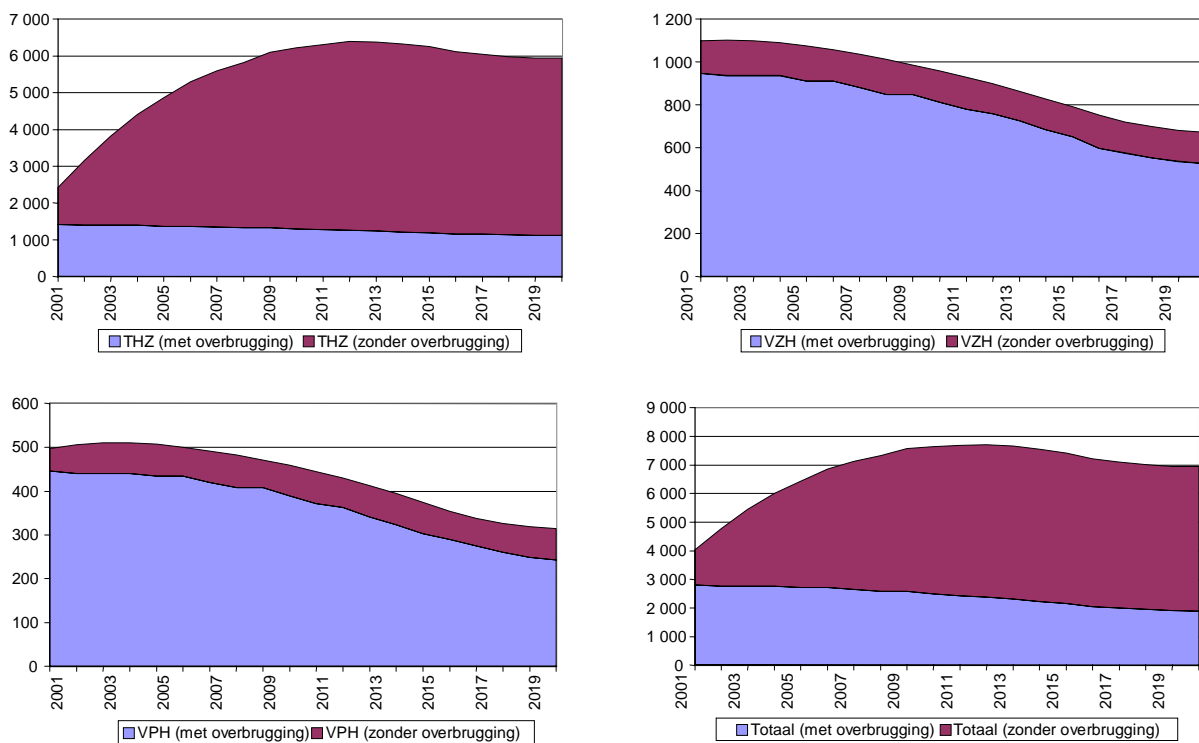
Bron: Policy Research Corporation.

Zoals bij de vorige beleidsvariant genereert een uitbreiding van het aantal plaatsen in de verzorgingshuiszorg het grootste effect op de wachtlijst voor dit zorgtype (zie *Figuur 1.12*). De effecten op de andere twee zorgtypes verschillen licht, omdat de verzorgingshuisgeïndiceerden relatief meer overbruggingszorg in de thuiszorg ontvangen dan de verpleeghuisgeïndiceerden. Er treedt geen daling op in de wachtlijst voor de verpleeghuiszorg, hoogstens een kortstondige stagnatie. De Treeknorm wordt niet gehaald.

#### 4.3 Zorgkantorregio Rotterdam

De zorgkantorregio Rotterdam is vrij bijzonder doordat de vergrijzingstrend zich hier niet algemeen voordoet. De bevolkingsprognose van het CBS voorziet zelfs dat de groep 75-plussers zal afnemen met 6% tegen 2010. Dit betekent dat, indien de bestaande opnamecapaciteit gehandhaafd wordt, de totale wachtlijst autonoom zal afnemen.

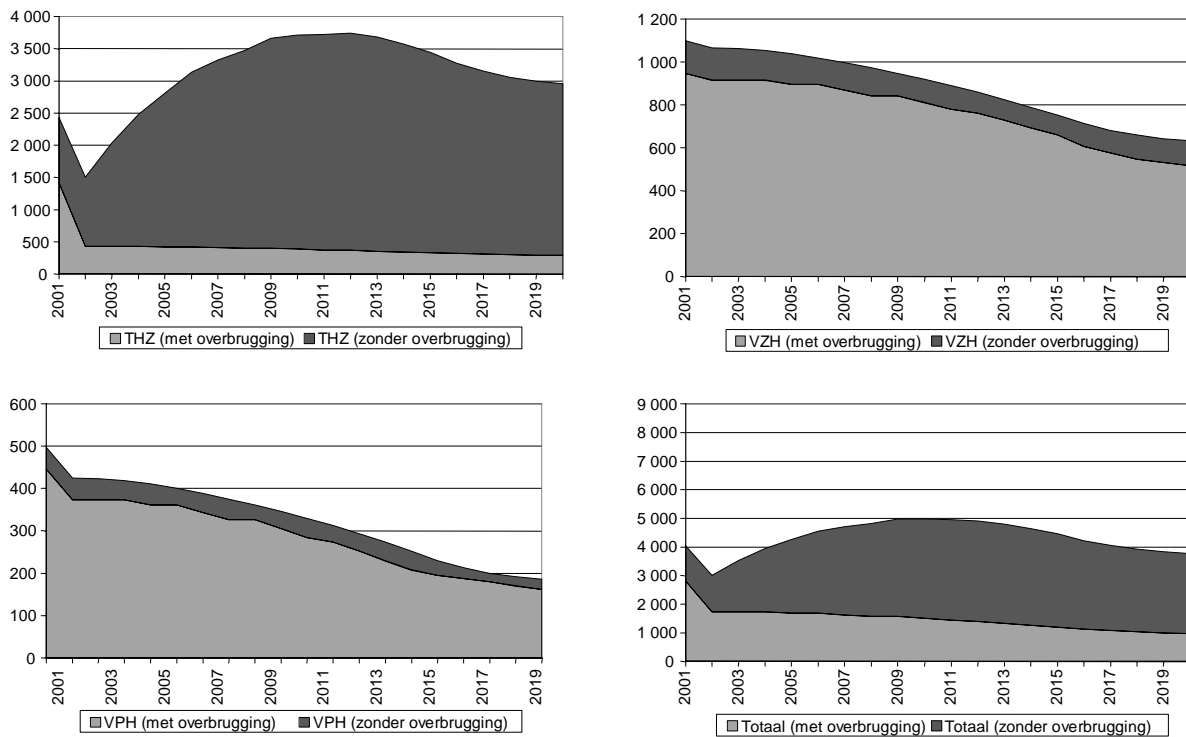
**Figuur 1.13: Autonome ontwikkeling (aantal wachtenden per indicatie)**



Bron: Policy Research Corporation.

Verschillen in aantallen geïndiceerden tussen thuiszorg, verzorgings- en verpleeghuiszorg resulteren in een stijging van de wachtlijst voor de thuiszorg en een daling voor de twee andere zorgtypes (zie *Figuur 1.13*). De stijging van de wachtlijst in de thuiszorg wordt vooral veroorzaakt doordat aan de nieuwe thuiszorggeïndiceerden overbruggingszorg in de thuiszorg wordt geleverd. Dit komt de facto meestal neer op rantsoenering. Het verstrekken van overbruggingszorg slurpt echter capaciteit op zonder dat het totaal aantal wachtenden daalt. De stijging van de wachtlijst voor de thuiszorg overtreft de daling van de wachtlijst voor de twee overige zorgtypes zodat de totale wachtlijst in beginsel stijgt en pas na 2012 afneemt. De Treeknorm wordt niet gehaald.

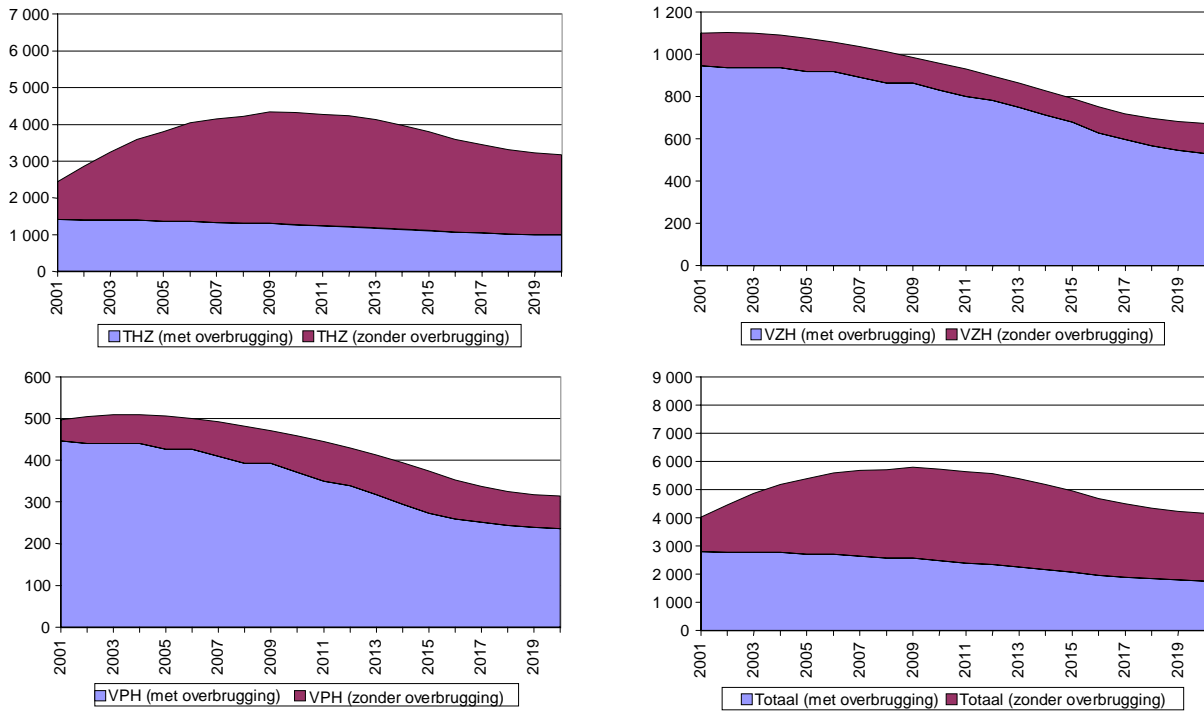
**Figuur 1.14: Wachlijstontwikkeling bij continuering van het huidige beleid incl. bestedingsvoorstellen (aantal wachtenden per indicatie)**



Bron: Policy Research Corporation.

De door de Taskforce goedgekeurde bestedingsvoorstellen voor de regio Rotterdam zullen respectievelijk 6,4%, 0,4% en 1,5% aan de bestaande capaciteit thuiszorg, verzorgings- en verpleeghuiszorg toevoegen. Het grootste effect is daarom merkbaar in de wachtlijst voor thuiszorgeïndiceerden (zie *Figuur 1.14*). Desalniettemin volstaan de uitbreidingen niet om de Treeknorm te halen.

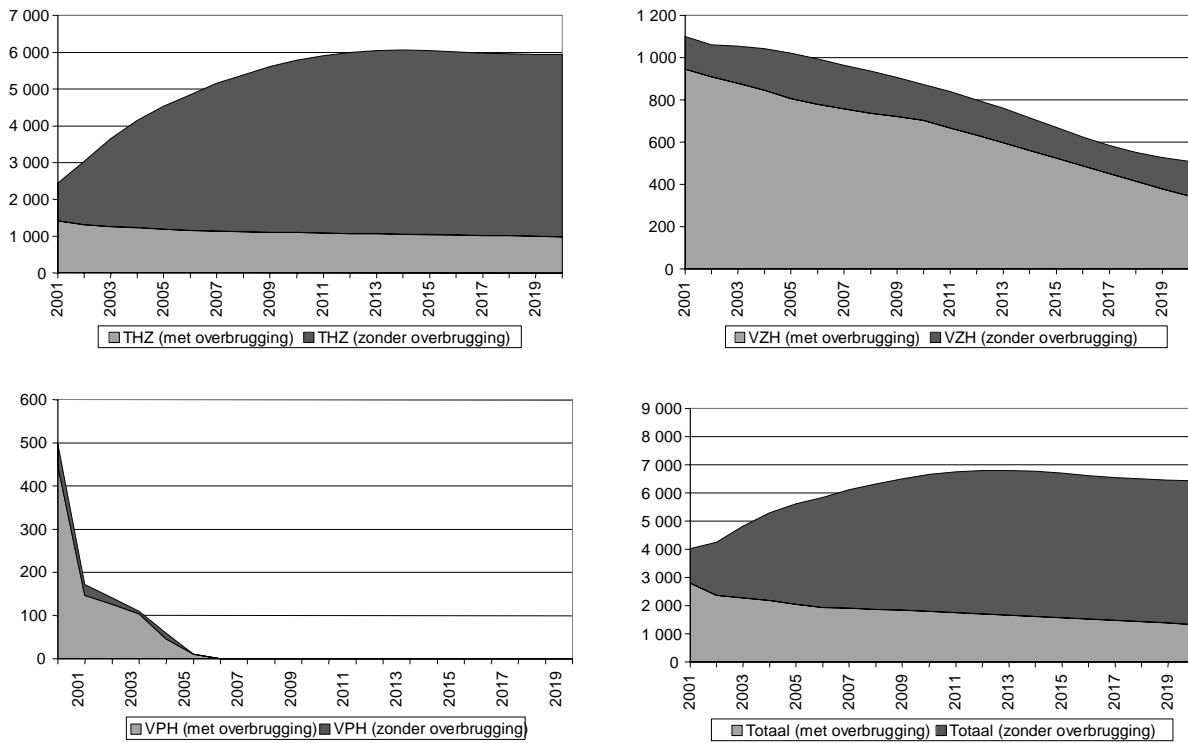
**Figuur 1.15: Wachtlijstontwikkeling met jaarlijkse capaciteitsuitbreiding met 450 PGB's (aantal wachtenden per indicatie)**



Bron: Policy Research Corporation.

De introductie van 450 PGB's heeft een sterk effect op de wachtlijst voor de thuiszorg. De wachtlijstcurve blijft ongeveer dezelfde vorm behouden als bij de autonome ontwikkeling, maar het hoogtepunt ligt ongeveer 2 000 wachtenden lager (zie *Figuur 1.15*). De Treeknormen worden niet gehaald.

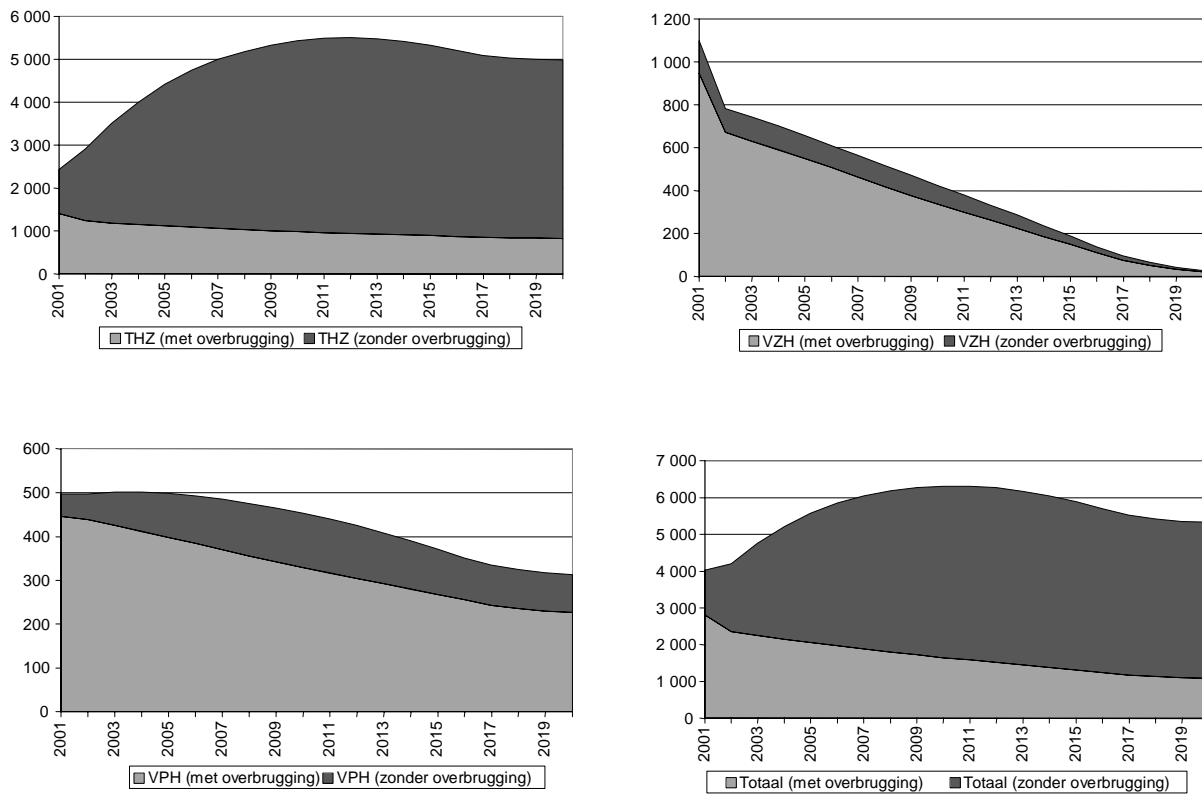
**Figuur 1.16: Wachlijstontwikkeling bij capaciteitsuitbreiding verpleeghuizen met 300 plaatsen (aantal wachtenden per indicatie)**



Bron: Policy Research Corporation.

Een capaciteitsuitbreiding van 300 plaatsen in de verpleeghuizen heeft samen met de afnemende toestroom aan zorgvragers een groot effect op de wachtlijst. Indien de latente vraag zich niet voordoet, zou vanaf 2005 de Treeknorm gehaald worden voor de verpleeghuiszorg en vanaf 2007 zou er geen wachtlijst meer zijn (zie *Figuur 1.16*).

**Figuur 1.17: Wachlijstontwikkeling bij capaciteitsuitbreiding verzorgingshuizen met 300 plaatsen (aantal wachtenden per indicatie)**



Bron: Policy Research Corporation.

Een capaciteitsuitbreiding van 300 plaatsen in de verzorgingshuizen heeft samen met de afnemende toestroom aan zorgvragers een sterke daling van de wachtlijst tot gevolg. Indien de latente vraag zich niet voordoet, zou vanaf 2014 de Treeknorm gehaald worden voor dit zorgtype, nadien daalt de wachtlijst nog verder (zie *Figuur 1.17*). De autonome daling van de wachtlijst in de verpleeghuiszorg en de stijging van de wachtlijst in de thuiszorg resulteren in een stijging van de totale wachtlijst die echter vanaf 2011 weer zal dalen.



## 5 SAMENVATTING EN CONCLUSIES

### 5.1 Methodische kanttekeningen

In deze bijlage is een prognose gemaakt van de toegang tot de AWBZ-voorzieningen voor verpleging en verzorging van ouderen aan de hand van het daartoe opgestelde rekenmodel. Omdat essentiële gegevens over de jaarlijkse vraag naar en aanbod van plaatsen in dergelijke voorzieningen ontbreken zijn de voornaamste parameters van het rekenmodel gebaseerd op secundaire gegevensbronnen. Er is met name gebruik gemaakt van de twee wachtlijstregistraties zoals deze in 2000 en 2001 in opdracht van de Taskforce zijn uitgevoerd. Dit houdt onder meer in dat zorgvragers die rechtstreeks hun geïndiceerde zorg ontvangen zonder op een wachtlijst gestaan te hebben, niet opgenomen zijn in het rekenmodel. Om de betrouwbaarheid van de wachtlijstgegevens te waarborgen zijn diverse controles uitgevoerd. De wachtlijst is opgeschoond voor dubbelstellingen en administratieve vervuiling. Desalniettemin is uit de gesprekken in de regio's gebleken dat er toch nog onjuiste gegevens in zijn opgenomen<sup>31</sup>.

Daarnaast is van enkele belangrijke veronderstellingen uitgegaan die echter eigen zijn aan het modelleren en voorspellen van de werkelijkheid. Zo is met een eventuele latente vraag<sup>32</sup> geen rekening gehouden bij de diverse projecties van de wachtlijsten en zijn bepaalde variabelen constant gehouden (verdeling van de vraag over de verschillende zorgtypes, verblijfsduur in de voorzieningen, enz.). Deze beperkingen zijn van invloed op de robuustheid van de conclusies. Toch geven de uitgevoerde simulaties duidelijk de potentiële gevolgen weer van bepaalde beleidsingen en dienen zij als een concrete illustratie van mogelijke beleidsmaatregelen.

### 5.2 Samenvatting van de resultaten

De analyses laten duidelijk zien dat de wachtlijsten nog steeds de neiging hebben toe te nemen. Alleen in de thuiszorg is de kans groot dat de wachtlijsten gedurende de eerstkomende jaren verder zullen afnemen. De wachtlijsten in de verzorgings- en verpleeghuiszorg zijn momenteel vrij structureel. Voor deze twee zorgtypes ligt de jaarlijkse opnamecapaciteit lager dan de jaarlijkse toestroom aan geïndiceerden. De moeilijkheid om op korte termijn de capaciteit in deze zorgtypes drastisch te verhogen heeft samen met de toenemende vergrijzing tot gevolg dat het aantal wachtenden verder zal stijgen.

De Treeknorm voor aanvaardbare wachttijden zal in de verzorgings- en verpleeghuiszorg niet gehaald worden. In de thuiszorg bestaat deze mogelijkheid wel, maar dan moeten op korte termijn nog belangrijke beleidsmaatregelen genomen worden om tijdig de gewenste uitwerking te hebben. De bij de Taskforce ingediende en goedgekeurde bestedingsvoorstellen zijn van die omvang dat ze de wachttijden voor thuiszorg gedurende enkele jaren onder de norm kunnen houden. Desalniettemin hangt nog veel af van de implementatietijd van de voorstellen en vooral van het zich manifesteren van de latente vraag. Een aanzienlijke uitbreiding van het persoonsgebonden budget kan eveneens zorgen voor het behalen van de Treeknorm voor de thuiszorg.

Ook in deze beleidsvariant moet gewezen worden op het mogelijke opduiken van de latente vraag. Om werkelijk voor alle zorgtypes de norm te behalen, zijn zeer grote uitbreidingen van de capaciteit noodzakelijk. De

<sup>31</sup> Aan de Taskforce werd gerapporteerd dat in 2000 in een zorgkantoorregio 2 800 thuiszorggeïndiceerden in de thuiszorg overbruggingszorg kregen. Het zorgkantoor en de betrokken thuiszorginstelling deelden echter aan de Algemene Rekenkamer mee dat het feitelijk slechts 300 wachtenden betrof.

<sup>32</sup> Met de latente vraag wordt de vraag bedoeld die tot uiting komt wanneer mensen die in eerste instantie geen indicatie aanvragen, bij daling van de wachtlijsten wel een kans zien om toch zorg te krijgen en zich als-nog laten indiceren.

beleidsvarianten tonen aan dat een hypothetische uitbreiding van 5 000 plaatsen in de verzorgings- of verpleeghuiszorg, wat overeenkomt met respectievelijk 4,5% en 8% van het huidige aanbod, niet volstaat om de wachtlijst structureel te laten afnemen. Om de normen wel te halen zal voor 2003 de verzorgingshuis- en verpleeghuis capaciteit uitgebreid dienen te worden met respectievelijk 24 500 en 9 500 plaatsen. Om de Treeknormen ook nadien te behouden is over de periode van 2001 tot 2020 een uitbreiding noodzakelijk in de thuiszorg, verzorgings- en verpleeghuiszorg van respectievelijk 20%, 45% en 40% ten opzichte van de bestaande capaciteit. In termen van gemiddelde jaarlijkse groei betekent dit groeiritmes van 1%, 2% en 2%. Een vergelijking hiervan met de groeiritmes van de afgelopen vijf jaren (0,83% voor de verpleeghuiszorg en – 2,7% voor de verzorgingshuiszorg) maakt duidelijk dat de Treeknormen alleen gerealiseerd kunnen worden met forse uitbreidingsinvesteringen in zowel verzorgings- als verpleeghuizen.

De uitkomsten van de regioanalyses verschillen in bepaalde opzichten betekenisvol van het landelijke beeld. In tegenstelling tot het landelijke niveau, stijgt de wachtlijst voor de thuiszorg in Utrecht continu bij de autonome ontwikkeling. Dit is te verklaren doordat de jaarlijkse thuiszorgcapaciteit in Utrecht niet in dezelfde mate is gestegen als op landelijk vlak, tenminste niet boven de jaarlijkse toestroom aan thuiszorggeïndiceerden. De regioanalyse voor Rotterdam geeft aan dat ook de uitgangspunten van het rekenmodel voor verschillen verantwoordelijk zijn. Zo zal door migratie de groep 75-plussers in Rotterdam in de toekomst afnemen, terwijl in Nederland de vergrijzing resulteert in een steeds grotere vraag naar zorg.

### **5.3 Conclusies**

Door het Treekoverleg is in april 2000 het begrip «toegankelijkheid» nader ingevuld en van meetbare doelstellingen (uiterlijk per 1 januari 2003) en normatiek voorzien:

Thuiszorg en verpleeghuiszorg zou 4 weken na indicatiestelling geleverd moeten kunnen worden aan 80% van de mensen en na uiterlijk 6 weken aan 100%. Aan een indicatie voor een plaats in een verzorgingshuis zou binnen 8 weken (80%) respectievelijk 13 weken (100%) gevolg gegeven moeten zijn.

Hoewel er regionale verschillen zijn in de ontwikkeling van de wachtlijsten en dus ook in de manier waarop de wachtlijsten aangepakt dienen te worden, kunnen een aantal algemene conclusies getrokken worden. Het huidige beleid inclusief bestedingsvoorstellen is vooral gericht op het verhogen van het aanbod van de thuiszorg; deels ten behoeve van wachtenden op thuiszorg, maar veelal ook ten behoeve van overbruggingszorg van wachtenden in het algemeen. Op deze manier kunnen de Treeknormen op korte termijn gehaald worden in de thuiszorg. Deze aanpak heeft als risico dat mogelijk teveel capaciteit wordt opgebouwd voor het verlenen van overbruggingszorg, die later wellicht niet meer nodig is als de first best zorg voldoende is uitgebreid. Ze leidt dus niet tot een structureel evenwicht van vraag en aanbod van de AWBZ-voorzieningen voor ouderen.

Om op lange termijn het aanbod af te stemmen op de vraag, is een uitbreiding van de verzorgingshuis- en verpleeghuis capaciteit onvermijdbaar. Ten eerste omdat in beginsel sommige wachtenden wellicht (d.m.v. overbruggingszorg) thuis geholpen kunnen worden, maar deze

mensen door een toename in hun zorgzwaarte later toch niet meer adequaat behandeld zullen kunnen worden in een thuiszorgsituatie. Ten tweede zal een uitbreiding van de intramurale capaciteit tot gevolg hebben dat verzorgings- en verpleeghuisgeïndiceerden kunnen doorstromen en op die manier overbruggingscapaciteit vrijgeven. Het doorstroom-effect zal zeer aanzienlijk zijn in de thuiszorg zodat de overbruggingszorg die daar beschikbaar komt ook de wachtlijst van de thuiszorg zal verkleinen.

#### **5.4 Aanbevelingen**

Met behulp van het model en de beschikbare gegevens heeft de Algemene Rekenkamer *indicatief* doorgerekend tot welke uitbreiding van voorzieningen de toegankelijkheid á la Treek aanleiding zou moeten geven.

Los van de uitkomsten van de berekening blijkt overduidelijk hoe behulpzaam een consistent model kan zijn bij het onder ogen zien van de samenhang tussen bepaalde ontwikkelingen en de invloed hierop van autonome factoren als de (regionaal verschillende!) wijzigingen in de aard en omvang van de vergrijzing en de verschillende invloed die te onderscheiden beleidsopties hebben.

Voor de verdere ontwikkeling en specificatie van rekenmodellen die de toegang tot de zorg beschrijven, verdient het aanbeveling om nader onderzoek te doen naar de primaire basisparameters van de AWBZ-zorgketen. Aan de vraagzijde dienen essentiële gegevens verzameld te worden over de omvang en de karakteristieken van de jaarlijkse toestroom aan zorgbehoefte en geïndiceerden. Aan de aanbodzijde dienen de omvang en de invloedsfactoren van de jaarlijkse opnamecapaciteit onderzocht te worden. In de toekomst zullen deze gegevens mogelijk uit het AWBZ-brede zorgregistratiesysteem kunnen gehaald worden.

Een niet te onderschatten factor is het doorstroomeffect, vanwege zijn invloed op zowel de vraag als het aanbod. Voor een integrale aanpak van de wachtlijsten is een beter inzicht noodzakelijk in de precieze werking van de doorstroom, aangezien de doorstroom de verbanden aangeeft tussen de verschillende wachtlijsten. Een beter inzicht in de doorstroom zal ook toelaten om beredeneerd te investeren in uitbreiding van de capaciteit, d.w.z. waar de (toekomstige) nood het hoogst is en met een minimaal risico op (toekomstige) overcapaciteit.

Conclusies	Aanbevelingen	Reactie staatssecretaris VWS
<p><i>Algemeen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Op landelijk en regionaal niveau zijn veel initiatieven genomen om de wachtlijsten in de ouderen- en gehandicaptenzorg te bestrijden. De minister van VWS heeft extra financiële middelen beschikbaar gesteld en een Taskforce Wachtlijsten in het leven geroepen. Tevens is gestart met het opzetten van een AWBZ-breed zorgregistratiesysteem. De koepelorganisaties van zorgaanbieders en zorgverzekeraars hebben in het Treekoverleg in 2000 streefnormen opgesteld welke uiterlijk per 1 januari 2003 gerealiseerd zouden moeten zijn. Ook op regionaal niveau zijn diverse actoren bezig met het zoeken naar en implementeren van oplossingen voor de wachtlijstproblemen.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>– De onderzochte sectoren maken in de periode die het onderzoek bestrijkt een transitieproces door van centrale aanbodssturing naar decentrale vraagsturing. Bij decentrale vraagsturing ligt de verantwoordelijkheid voor de aansluiting tussen vraag en aanbod primair bij het zorgkantoor dat voldoende zorg dient te contracteren.</li> <li>– Het systeem van aanbodssturing en aanbodbudgettering, waaronder bouwprioritering en ijskastclausule, zijn verlaten ten gunste van een systeem van decentrale vraagsturing met een geclausuleerde open einde financiering. Dat heeft geleid tot afspraken over extra productie voor € 545 miljoen.</li> </ul>
<p><i>Inzicht in vraag en aanbod</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– De Taskforce Wachtlijsten heeft in 2000 en 2001 inventarisaties gemaakt van de wachtlijsten in de ouderenzorg. Uit de wachtlijstgegevens kan geen informatie worden afgeleid over de werkelijke zorgvraag, het werkelijke zorgaanbod en de ontwikkelingen daarin. De informatie waarover de minister van VWS beschikt is niet voldoende om zicht te krijgen op de toegankelijkheid van de ouderenzorg op landelijk en regionaal niveau en de toekomstige ontwikkelingen hierin. Voor de zorg aan verstandelijk gehandicapten beschikt de minister over informatie over de zorgvraag en het zorgaanbod en over de ontwikkeling hierin op landelijk niveau. Voor de zorg voor lichamelijk en zintuiglijk gehandicapten is er wel informatie over de zorgvraag en het zorgaanbod, maar niet over de toekomstige ontwikkeling hiervan.</li> <li>– De minister heeft nog niet expliciet aangegeven welke informatie zij uit het AWBZ-breed zorgregistratiesysteem nodig heeft om haar verantwoordelijkheid voor de toegang tot de zorg waar te kunnen maken.</li> <li>– Er zijn nog geen activiteiten ondernomen die waarborgen bieden voor de betrouwbaarheid van de gegevens die via het zorgregistratiesysteem geleverd kunnen gaan worden.</li> <li>– Het zicht op de zorgvraag wordt «versluisd», bijvoorbeeld omdat indicatietellingen niet in alle gevallen onafhankelijk en objectief plaatsvinden en er sprake kan zijn van verborgen zorgvraag.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– De Algemene Rekenkamer beveelt de minister van VWS aan om aan te geven welke informatie uit het AWBZ-breed zorgregistratiesysteem zij nodig heeft om haar verantwoordelijkheid voor de huidige en de toekomstige toegankelijkheid van de zorg waar te kunnen maken en zich daarover te kunnen verantwoorden. Dit geldt zowel voor de informatie over de zorgvraag als het zorgaanbod.</li> <li>– De Algemene Rekenkamer acht het van belang dat de minister een analyse maakt van de totstandkoming van toegankelijkheid van de zorg in de regio's. Daarbij geeft zij in overweging in de analyse rekening te houden met instroom-, doorstroom- en uitstroom-effecten. Het blijkt dat het goed mogelijk is de voorliggende vraagstukken met behulp van modellen inzichtelijk te maken. Voor de verdere ontwikkeling en specificatie van rekenmodellen verdient het aanbeveling om nader onderzoek te doen naar de primaire basisparameters van de AWBZ-zorgketen.</li> <li>– De Algemene Rekenkamer benadrukt het belang van relevante, betrouwbare en volledige beleidsinformatie en beveelt de minister aan hiervoor waarborgen in het systeem van informatievoorziening aan te brengen.</li> </ul>	<p>De staatssecretaris zal haar informatie-behoefte nader bezien.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Voor de staatssecretaris is het de vraag wat de meerwaarde is van het door de Algemene Rekenkamer ontwikkelde model. Zij vraagt zij zich af of dit soort modelontwikkeling past bij de positie van de Algemene Rekenkamer.</li> <li>– Bij de implementatie van de AWBZ-brede zorgregistratie zullen in de komende jaren nog belangrijke kwaliteitsslagen worden gemaakt.</li> </ul>

Conclusies	Aanbevelingen	Reactie staatssecretaris VWS
<p><i>Werking zorgstelsel</i></p> <p>– Het zorgaanbod kan zich onvoldoende aanpassen wat betreft kwantiteit, samenstelling en regionale spreiding. Er zijn onvoldoende prikkels in het systeem om aanbieders er toe te bewegen productie uit te breiden. De minister heeft vooralsnog onvoldoende inzicht in de problemen die in de praktijk bestaan in de zorgketen van indicatiestelling-zorgtoewijzing-zorgverlening.</p>	<p>– De Algemene Rekenkamer vindt het belangrijk dat de minister structureel informatie verzamelt en analyseert over de werking en knelpunten van het zorgstelsel in de praktijk.</p> <p>– Op regionaal niveau dient onderzocht te worden wat de informatiebehoefte van de verschillende actoren is, zodat concrete stappen ondernomen kunnen worden om de informatieuitwisseling tussen actoren op regionaal niveau te verbeteren. Tevens acht de Algemene Rekenkamer het van belang aandacht te schenken aan de informatie-uitwisseling tussen het ministerie van VWS en actoren in de regio in verband met de middellange en lange termijn-planning van de zorg op regionaal niveau.</p>	<p>– De AWBZ-brede zorgregistratie zal na volledige implementatie ook inzicht bieden in de werking van de zorgketen.</p>
<p><i>Integrale analyse</i></p> <p>– De minister beschikt over een analyse van de Taskforce Wachtlijsten over de wachtlijstontwikkeling in de ouderenzorg en over een analyse van de ontwikkeling van de aansluiting tussen zorgvraag en zorgaanbod in de zorg voor verstandelijk gehandicapten. De minister beschikt niet over een structurele en integrale analyse van de aansluiting van het zorgaanbod op de zorgvraag waarbij het functioneren van het zorgstelsel in beschouwing is genomen.</p>	<p>– De Algemene Rekenkamer beveelt aan jaarlijks een integrale analyse te maken van de werking van vraag en aanbod en de randvoorwaarden die daaraan gesteld worden vanuit specifieke overheidsdoelstellingen. Op basis van een dergelijke analyse kan de minister de juiste maatregelen initiëren. Hierbij denkt de Algemene Rekenkamer aan maatregelen op het gebied van wet- en regelgeving, maar ook aan maatregelen die betrekking hebben op het functioneren van het stelsel in de praktijk, zoals het inbouwen van prikkels voor (nieuwe) zorgaanbieders om capaciteit zodanig aan te passen dat deze aansluit op de zorgvraag.</p> <p>– De Algemene Rekenkamer beveelt aan bij mogelijk te initiëren maatregelen rekening te houden met regionale verschillen.</p>	<p>– Met het flexibiliseren van de aanspraken op zorg en met het uitbreiden van de mogelijkheden van persoonsgebonden budgetten zijn belangrijke prikkels in het systeem ingebouwd om extra aanbod mogelijk te maken.</p>