

Vergaderjaar 2009–2010

30 597

Toekomst AWBZ

Nr. 154

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 17 augustus 2010

In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ bestond bij enkele fracties behoefte een aantal vragen en opmerkingen voor te leggen aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 2 juni 2010 inzake aanbieding afschrift van de brief aan de Nederlandse Zorgautoriteit inzake de voorlopige contracteerruimte AWBZ 2011 (Kamerstuk 30 597, nr. 145).

De op 9 juli 2010 toegezonden vragen en opmerkingen zijn met de door de minister bij brief van 16 augustus 2010 toegezonden antwoorden hieronder afgedrukt.

De fungerend voorzitter van de commissie,
Smeets

Adjunct-griffier van de commissie,
Clemens

¹ Samenstelling:

Leden: Staaij, C.G. van der (SGP), Ferrier, K.G. (CDA), Ham, B. van der (D66), Smeets, P.E. (PvdA), Fng voorzitter, Miltenburg, A. van (VVD), Schippers, E.I. (VVD), Smilde, M.C.A. (CDA), Veen, E. van der (PvdA), Gerven, H.P.J. van (SP), Zijlstra, H. (VVD), Ouwehand, E. (PvdD), Agema, M. (PVV), Leijten, R.M. (SP), Bouwmeester, L.T. (PvdA), Wolbert, A.G. (PvdA), Wiegman-van Meppelen Scheppink, E.E. (CU), Uitslag, A.S. (CDA), Harbers, M.G.J. (VVD), Dijkstra, P.A. (D66), Dille, W.R. (PVV), Gerbrands, K. (PVV), Voortman, L.G.J. (GL) en Klaver, J.F. (GL).

Plv. leden: Dijkgraaf, E. (SGP), Atsma, J.J. (CDA), vacature D66, Dekken, T.R. van (PvdA), Dezentjé Hamming-Bluemink, I. (VVD), Venrooy-van Ark, T. (VVD), Ormel, H.J. (CDA), Klijnsmas, J. (PvdA), Ulenbelt, P. (SP), Krom, P. de (VVD), Thieme, M.L. (PvdD), Sharpe, J.E.J.W. (PVV), Kooiman, C.J.E. (SP), Arib, K. (PvdA), Vermeij, R.A. (PvdA), Ortega-Martijn, C.A. (CU), Sterk, W.R.C. (CDA), Neppérus, H. (VVD), Koşer Kaya, F. (D66), Beertema, H.J. (PVV), Bosma, M. (PVV), Sap, J.C.M. (GL) en Halsema, F. (GL).

Inhoudsopgave	blz.
I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties	2
II. Reactie van de minister	6

I. VRAGEN EN OPMERKINGEN VANUIT DE FRACTIES

Vragen en opmerkingen van de VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie hebben met belangstelling kennis genomen van de Voorlopige contracteerruimte 2011. Naar aanleiding van het stuk hebben deze leden nog enkele vragen en opmerkingen. De hoofdvraag is hoe actueel het stuk op dit moment nog is, gelet op het feit dat, in het kader van de Voorjaarsnota de minister nog aanvullende maatregelen heeft genomen ter voorkoming van de overschrijdingen in de zorg. Hoe zit het precies met de politieke besluitvorming die dit najaar plaatsvindt, en op basis van welke informatie zal dit gebeuren?

Er wordt € 95 miljoen bezuinigd door financiering van best practices uit 2008. Hoe zit dit precies, en is dit het gevolg van efficiënter werken in de sector?

Bij de afrekening over 2008 en over 2009 is een overschrijding geconstateerd. Dit betekent dat per 2011 de basiscontracteerruimte met € 142 miljoen verlaagd wordt. Wat betekent dit precies? Op pagina 1 stelt de minister dat de zorg van 2010 in 2011 gecontinueerd kan worden, maar als er een forse overschrijding is geconstateerd en de contracteerruimte met hetzelfde bedrag wordt verlaagd betekent dit toch een forse inperking van de mogelijkheden van zorginstellingen?

De minister merkt op dat het bonus-malussysteem leidde tot meerkosten van € 60 miljoen. Het is de leden van de VVD-fractie niet duidelijk of er nu volgend jaar hierdoor voor € 60 miljoen goedkoper kan. Of wordt het netto $115 - 60 = € 55$ miljoen opgehoogd?

Kan de minister de € 57 miljoen voor de verlaging van de contracteerruimte en de € 58 miljoen voor de tariefskorting nader onderbouwen?

Hoe actueel zijn de groeicijfers nog gezien de ontwikkeling die zich in de Voorjaarsnota aftekenden? En als deze niet meer actueel zijn, is het mogelijk een zo actueel mogelijk beeld te geven van de stand van zaken?

Vragen en opmerkingen van de PvdA-fractie

De leden van de PvdA-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de brief van de minister aan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) inzake de voorlopige contracteerruimte AWBZ 2011.

De leden van de fractie van de PvdA merken op dat de brief aan de NZa op 2 juni gedateerd is en vragen in hoeverre nu al wijzigingen op de voorlopig vastgestelde contracteerruimte voor 2011 worden overwogen of zijn vastgesteld, gezien de recent bekend geworden extra overschrijdingen. Wat betekenen wijzigingen in de voorlopig vastgestelde contracteerruimte voor de (administratieve lasten van) zorgkantoren en zorgaanbieders?

De leden van de PvdA-fractie onderschrijven het uitgangspunt dat de zorg 2010 waarop ook in 2011 AWBZ aanspraken bestaan, kan worden gecontinueerd. Deze leden vragen in hoeverre de toenemende vraag naar zorg al in de contracteerruimte voor 2011 is verwerkt, en welke cijfers precies worden gebruikt om de contracteerruimte te bepalen.

Genoemde leden vragen wanneer meer inzicht zal bestaan in de effecten van de beperking van de aanspraak begeleiding. Welke effecten kunnen op dit moment al worden aangegeven?

De leden van de fractie van de PvdA lezen dat in totaal een verlaging van het kader voor 2011 ten opzichte van 2010 wordt opgelegd van € 287 miljoen. Deze leden vragen hoe de zorg voor de meest kwetsbaren nog gegarandeerd kan worden en kwalitatief goed kan zijn als er wéér in deze omvang moet worden bezuinigd. Zij vragen of het realistisch is te veronderstellen dat de zorgkantoren de korting kunnen verwerken in scherpere inkooprijzen, zodat de groeirimte beschikbaar blijft voor uitbreiding van het zorgvolume die nodig is voor nieuwe zorgvraag. Dit komt neer op 1,75% van de contracteerruimte die opgevangen moet worden door lagere prijzen. Welke gevolgen zullen de lagere prijzen hebben voor de zorgaanbieders? Deze leden vragen of het te verwachten is dat deze korting ten koste zal gaan van de groeirimte en waarom daar niet nu al rekening mee wordt gehouden.

De leden van de PvdA-fractie vragen op welke manier de € 95 miljoen die bespaard kan worden via financiering van best practices is berekend. Om welke best practices gaat het hier precies? In hoeverre kan gegarandeerd worden dat deze breder kunnen worden geïmplementeerd? Hoe wordt de beloning voor best practices vormgegeven? Wat zijn de resultaten van het programma «In voor zorg» om uitvoering van zorgprocessen te verbeteren en bureaucratie terug te dringen? Waarop is gebaseerd dat het mogelijk is € 50 miljoen extra te besparen? Kan aangegeven worden op welke manier de zorgkantoren € 57 miljoen kunnen besparen door zorg in redelijke mate laag in de klasse in te kopen? Wat wordt verstaan onder «redelijke mate»? Welke gevolgen kan dit voor cliënten met zich meebrengen?

Welke gevolgen kan de korting op de tarieven voor het basisgedeelte van de prestaties persoonlijke verzorging, verpleging, begeleiding individueel en behandeling hebben voor individuele cliënten en voor zorgverleners, en wat gaat dit concreet voor hen betekenen?

De leden van de PvdA-fractie menen dat de budgetoverschrijding van 2008 en 2009 voor een deel wordt veroorzaakt doordat een toelating voor de AWBZ-functie behandeling is verstrekt aan verzorgingshuizen, zodat de AWBZ-kosten voor behandeling zijn toegenomen. Hiermee zijn volgens deze leden mogelijk kosten voor behandeling uitgespaard in de Zorgverzekeringswet (Zvw). Kan aangegeven worden welk deel van de budgetoverschrijding AWBZ een besparing in de Zvw is geweest? Op welke wijze zou hiervoor gecorrigeerd kunnen worden?

De leden van de fractie van de PvdA kunnen zich niet vinden in het voorstel om de marge van de zzp-bandbreedtetarieven te verhogen van 2% naar 6%. Deze leden vragen waarom het verstandig zou zijn de bodem van 98% van het NZa-tarief te verlaten, terwijl deze juist als bescherming diende tegen te rigoureuze kortingen op de budgetten. Bovendien menen zij dat het vergroten van de onderhandelingsmarge in strijd is met eerder gemaakte afspraken met de sector en toezeggingen van de overheid dat de onderhandelingsruimte gelijk zou blijven gedurende de invoeringsfase van de zzp-financieringssysteematiek.

De leden van de PvdA-fractie vragen waarop de aanname is gebaseerd dat € 100 miljoen groeirimte ten behoeve van het persoonsgebonden budget (pgb) voldoende zal zijn om de vraag naar het pgb op te vangen. Welke concrete maatregelen, behalve die welke gecommuniceerd zijn in het meest recente algemeen overleg, worden genomen om ervoor te

zorgen dat niet opnieuw overschrijdingen op pgb's optreden? In hoeverre is de raming gebaseerd op de toenemende vraag naar pgb's?

Deze leden lezen dat de minister verwacht dat elk zorgkantoor meer middelen zal krijgen dan het bij de verdeling van de maatregelen moet inleveren; zij vragen of het ook in de lijn der verwachting ligt dat elk zorgkantoor voldoende middelen zal krijgen, met andere woorden of het reëel is te veronderstellen dat € 78 miljoen (vrije groeiruimte – beperking contracteerruimte) voldoende zal zijn om de zorgvraag op te vangen.

De leden van de PvdA-fractie vragen een reactie op de stelling dat met de verdeling van de landelijke contracteerruimte over de zorgkantoren en vervolgens via productieafspraken met zorgorganisaties, die gebonden zijn aan een productieplafond, geen sprake meer is van cliëntvolgende bekostiging. Cliënten kunnen in de loop van een jaar alleen nog kiezen voor zorgaanbieders waarbij de productieafpraak nog niet helemaal gevuld is. De knelpuntenprocedure voorziet in overheveling van onbenutte vrije ruimte maar pas na een wachttijd waarin de NZa vaststelt dat de cliënt echt nergens anders in de regio terecht kan. Deze leden vragen welke mogelijkheden er zijn om de vrije keuze van cliënten te versterken en de wachttijd te verkorten.

De leden van de fractie van de PvdA vragen of zorgaanbieders voldoende zekerheid krijgen om in de loop van 2011 afspraken te kunnen maken over capaciteitsuitbreidingen. De door de minister berekende € 175 miljoen wordt volgens de voorstellen van de NZa pas in november 2011 vrijgegeven. De minister wil vóór januari duidelijkheid over de contractering, maar zorgkantoren zullen het geld pas gaan besteden zodra zij het definitief hebben ontvangen. Deze leden vragen of het voor instellingen wel mogelijk is om in twee maanden tijd (november en december 2011) de intramurale productie voor de gerealiseerde capaciteitsuitbreiding ook daadwerkelijk te draaien. Kunnen de middelen voor capaciteitsmutaties eerder dan in november 2011 worden vrijgegeven?

Genoemde leden vragen of er op dit moment al sprake is van stagnatie in de nieuwbouw als gevolg van onzekerheid door wisselend beleid van de overheid. Welke invloed zullen de berichten over het vrijgeven van de contracteerplicht daarop gaan hebben?

De leden van de fractie van de Partij van de Arbeid vragen of de mening gedeeld wordt dat het op dit moment te vroeg is om over te gaan tot het opheffen van de contracteerplicht voor intramurale zorg. Het College voor zorgverzekeringen (CVZ) heeft in 2005 een aantal randvoorwaarden benoemd waaraan voldaan zou moeten worden om de contracteerplicht in de intramurale AWBZ-zorg verantwoord op te kunnen heffen. Kan van ieder van deze voorwaarden aangegeven worden in hoeverre daaraan op dit moment wordt voldaan of zal worden voldaan? Deze leden vragen of een nieuwe uitvoeringstoets kan bijdragen aan een zorgvuldige beslissing ten aanzien van het opheffen van de contracteerplicht.

Vragen en opmerkingen van de CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie vinden het vanzelfsprekend dat reeds in juni de voorlopige contracteerruimte voor 2011 bekend is gemaakt, omdat zo de administratieve lasten voor zorgkantoren en zorgaanbieders kunnen worden verminderd.

De zorgkantoren en zorgaanbieders kunnen zich zo tijdig voorbereiden op het maken van productieafspraken voor het komende jaar. In 2010 zijn de budgetrondes per jaar verminderd tot twee rondes. In deze brief wordt aangegeven dat dit ook voor 2011 het geval zal zijn. Deze leden nemen aan dat dit tot positieve geluiden leidt bij zorgkantoren en bij zorgaanbieders. Graag ontvangen zij hierop een reactie van de minister.

De aanvullende maatregelen betreffen een verlaging van de contracteer-ruimte van € 287 miljoen. Dit bedrag wordt op de bestaande contracteer-ruimte gekort. Dit impliceert dat de zorgkantoren scherp zullen moeten inkopen om aan de zorgvraag te kunnen voldoen. Waarop moeten en kunnen zorgkantoren sturen om de zorgvraag scherp in te kopen? Is er niet al sprake van regionale inkoopverschillen tussen zorgkantoren? Ziet de minister dat er voldoende bereidheid is van de zorgkantoren om met budgetten tussen de verschillende zorgkantoren te schuiven, en hoe stimuleert hij dit?

Welke gevolgen heeft het uitstel van het opheffen van de intramurale contracteerplicht voor de voorlopige contracteerruimte 2011?

De minister schetst in zijn brief dat contracten met slecht functionerende instellingen kunnen worden beëindigd als de intramurale contracteer-plicht wordt opgeheven. De leden van de CDA- fractie zijn voorstander van het sturen op basis van kwaliteit maar vragen hoe dit gewogen wordt. Wat is een slecht functionerende instelling en wie stelt hiervoor de criteria vast?

Voor de knelpuntenprocedure wordt ook in 2011 € 25 miljoen achterge-houden. Hoe vaak is er in 2009 en 2010 een beroep gedaan op de knelpuntenprocedure? Verwacht de minister dat de € 25 miljoen voor 2011 voldoende zal zijn?

Vragen en opmerkingen van de SP-fractie

De leden van de SP-fractie hebben kennisgenomen van de brief van de minister aan de NZa over de voorlopige contracteerruimte AWBZ voor 2011. Allereerst vragen zij of bij de verlaging van de contracteerruimte van € 32 miljoen als gevolg van de beperking van de AWBZ-aanspraak begeleiding is gerekend met de mogelijkheid dat door het wegvallen van de begeleiding een beroep wordt gedaan op andere vormen van AWBZ-zorg. Deze leden wensen een nadere toelichting van de minister en vernemen graag in hoeverre hij genoemde effecten heeft onderzocht en nog verder in kaart zal brengen.

De leden van de SP-fractie verlangen van de minister een toelichting op het verbeteren van de kwaliteit van zorg door middel van best practices. Zij vragen of de minister van mening is dat de kwaliteit van zorg in matig presterende instellingen wel gebaat is bij deze vorm van financiering, die feitelijk neerkomt op een strafkorting voor instellingen van mindere kwaliteit. Vreest de minister niet dat kwalitatief slechter presterende instellingen als gevolg van het hanteren van lagere tarieven door de zorgkantoren in een neerwaartse spiraal terechtkomen of zelfs failliet gaan? Kamerbreed leeft de opvatting dat sluiting van een instelling voor langdurige zorg doorgaans niet in het belang is van de bewoners en daarom zoveel mogelijk vermeden dient te worden. Het door het kabinet gehanteerde onderscheid tussen continuïteit van zorg enerzijds en continuïteit van een instelling anderzijds is naar het oordeel van de leden van de SP-fractie flinterdun, in het bijzonder in de langdurige zorg. Genoemde leden verzoeken de minister om in de gevraagde toelichting ook de rol van de Inspectie voor de Gezondheidszorg te betrekken. Zij vragen waarom de minister niet de voorkeur geeft aan het uitbreiden en versterken van de Inspectie in plaats van te vertrouwen op veronderstelde heilzame effecten van financiële prikkels. Met betrekking tot de best practices ontvangen de leden van de SP-fractie van de minister graag concrete praktijkvoorbeelden die verduidelijken hoe zorgaanbieders dankzij de negatieve financiële prikkels de kwaliteit van zorg weten te verbeteren.

De leden van de SP-fractie vernemen graag hoe de minister verklaart dat over 2008 en 2009 de groei van de intramurale capaciteit groter bleek dan geraamd. Zij verzoeken de minister om duidelijk te maken waardoor de onverwachte groei wordt veroorzaakt.

De leden van de SP-fractie constateren dat lage prijzen voor veel zorgorganisaties tot financiële problemen leiden. In zijn brief kondigt de minister een verlaging van de contracteerruimte aan van € 287 miljoen, waarbij hij de zorgkantoren de opdracht geeft om deze verlaging op te vangen door weer lagere prijzen te hanteren. Deze leden horen graag hoe de minister voorkomt dat een groter deel van de sector in de rode cijfers belandt.

De leden van de SP-fractie maken zich zorgen over het voornemen van de minister om de benedengrens van zzp-tarieven te verlagen tot 94%. De praktijk heeft inmiddels laten zien dat de zzp-financiering leidt tot een verschraving van de zorg en een wildgroei van eigen betalingen voor zaken variërend van een kopje koffie tot een wandeling of douchebeurt. Deze leden beschouwen genoemde voorbeelden niet als een buitensporige verwenning voor eigen rekening, maar als vanzelfsprekende voorzieningen, behorend bij een beschaafde en menswaardige behandeling van bewoners van zorginstellingen. De genoemde ontwikkelingen in zorginstellingen vervullen de leden van de SP-fractie met schaamte en woede en zij verzoeken de minister om afstand te nemen van deze ontwikkelingen en verdere verschraving als gevolg van kortingen op de budgetten te voorkomen.

Ten aanzien van het voornemen om per 1 januari 2011 de contracteerplicht af te schaffen vragen de leden van de SP-fractie waarom de minister het advies van het CVZ om deze maatregel uit te stellen negeert. Deze leden willen graag weten in welke mate de minister ervan overtuigd is dat zorginstellingen niet met grote financiële risico's worden opgepadeld ten aanzien van investeringen voor de lange termijn en de eisen van kredietverstrekkers en investeerders. Ook vragen zij hoe de minister tot deze handelwijze kan komen terwijl grote delen van de Kamer en een meerderheid in de samenleving meer marktwerking in de zorg in zijn algemeenheid en in de langdurige zorg in het bijzonder afwijzen. Waarom poogt de minister dit toch door te zetten terwijl de Kamer verdere introductie van marktwerking controversieel heeft verklaard? Genoemde leden gaan ervan uit dat de minister de mening van de Kamer respecteert en derhalve de contracteerplicht niet afschaft gezien de motie Leijten/Wolbert (Kamerstuk 32 123 XVI, nr. 145) die de Kamer heeft aangenomen.

Tot slot willen de leden van de SP-fractie graag van de minister weten waarom de aanpak van knelpunten blijft berusten op ingrijpen wanneer de normen voor wachtlijsten zijn overschreden, in plaats van op het voorkomen van wachtlijsten.

II. REACTIE VAN DE MINISTER

Graag wil ik ingaan op de door de verschillende fracties gestelde vragen. Ik zal daarbij de volgorde van de fracties aanhouden. Indien meerdere fracties vragen hebben gesteld over één onderwerp, zal ik de vragen in samenhang beantwoorden.

Antwoorden op vragen van de VVD-fractie.

(1) Zowel de leden van de VVD- als de PvdA-fractie vragen naar de relatie met de politieke besluitvorming in het najaar.

Ik heb de voorlopige contracteerruimte 2011 aan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) bekend gemaakt onder de nadrukkelijke voorwaarde dat nog aanpassingen kunnen plaatsvinden onder invloed van de najaarsbesluitvorming.

Bijvoorbeeld uit de afrekening AWBZ-uitgaven 2009 of de ontwikkeling van de AWBZ-uitgaven 2010 kunnen nog elementen naar voren komen die aanpassing noodzakelijk maken. Indien deze maatregelen kunnen worden ingepast, zal het reeds lopende inkoopproces niet worden verstoord. Indien bij de besluitvorming naar aanleiding van de begrotingsvoorbereiding 2011 meer ingrijpende maatregelen aan de orde zouden zijn, zal het inkoopproces wel worden verstoord en zal met de zorgkantoren overleg moeten plaatsvinden over de dan ontstane situatie. Dit zal ook leiden tot extra administratieve lasten voor zorgkantoren en zorgaanbieders

Op dit moment kan ik nog niet overzien of vergaande maatregelen in 2011 moeten worden doorgevoerd. Indien dit aan de orde is zal de Kamer hierover uiteraard geïnformeerd worden.

Overigens ontvangen de Eerste en Tweede Kamer zo spoedig mogelijk na Prinsjesdag de formele voorhangbrief in verband met mijn definitieve voornemens inzake de contracteerruimte AWBZ 2011.

(2) Een tweede vraag heeft betrekking op de best-practices. Gevraagd wordt naar de omvang van de ombuiging en de werking van de systematiek (VVD-, PvdA- en SP-fractie).

In 2008 heeft het kabinet besloten om te komen tot de introductie van een best-practice systeem in de AWBZ. Met zorgkantoren is overeengekomen dat zij sterker differentiëren in de vergoeding van zorgaanbieders afhankelijk van de geleverde kwaliteit. Zorgkantoren gaan veelal uit van een basisvergoeding die is afgeleid van de maximumtarieven van de NZa. Zo hanteren de zorgkantoren van verzekeraar CZ bij de extramurale zorg een tarief van 92% van het maximumtarief en zijn opslagen beschikbaar voor ketenzorg, kwaliteitsverbetering, innovatie en stimuleren van opleidingsplaatsen. De achterliggende criteria zijn vastgelegd in het inkoopdocument van de zorgkantoren. Door deze scherpere inkoop kunnen de AWBZ-kosten in twee stappen worden verlaagd. In 2010 is de tweede tranche van € 95 mln. in de contracteerruimte verwerkt (dit komt overeen met een gemiddelde prijsmutatie van circa 0,5%).

De leden van de SP-fractie zijn bezorgd dat met name voor slecht presterende instellingen de systematiek van best-practices ongewenste gevolgen kan hebben en de continuïteit van de zorg in gevaar kan komen.

Mijn oogmerk is juist om slecht presterende organisaties te motiveren ook te investeren in kwaliteitsverbetering. Door de systematiek van opslagen worden zij daar ook toe in de gelegenheid gesteld. Indien zij geen nieuwe initiatieven ondernemen, zal een zorgkantoor ook minder productieafspraken met een dergelijke instelling gaan maken. Omdat zorgkantoren een zorgplicht hebben en, met uitzondering van voorzieningen voor specifieke doelgroepen, er voldoende zorgaanbod aanwezig is, is de continuïteit van zorg niet in het geding.

Het door het kabinet gehanteerde onderscheid tussen continuïteit van zorg enerzijds en continuïteit van een instelling anderzijds is naar het oordeel van de leden van de SP-fractie flinterdun, in het bijzonder in de

langdurige zorg. Genoemde leden verzoeken de minister om in de gevraagde toelichting ook de rol van de Inspectie voor de Gezondheidszorg te betrekken. Zij vragen waarom de minister niet de voorkeur geeft aan het uitbreiden en versterken van de Inspectie in plaats van te vertrouwen op veronderstelde heilzame effecten van financiële prikkels.

De leden van de SP stellen dat het doorgaans niet in het belang van bewoners van een instelling voor langdurige zorg is dat een instelling sluit. Ik onderken dat en vind het daarom mijn verantwoordelijkheid om te zorgen dat cruciale zorgfuncties in beginsel ononderbroken geleverd moeten blijven worden, ook als de aanbieder ervan in financiële problemen verkeert.

In de brief «Ruimte en rekenschap voor zorg en Ondersteuning» (Kamerstukken II 2008/2009, 32 012, nr 1), heb ik aangegeven dat bij het vaststellen van cruciale zorg in de AWBZ rekening moet worden gehouden met het gegeven dat cliënten voor hun dagelijks leven vaak afhankelijk zijn van de geboden zorg.

Voor de intramurale langdurige zorg geldt daarenboven dat cliënten, soms al jarenlang, wonen in desbetreffende zorginstelling. In dat kader is het van belang dat, zoveel als mogelijk is, deze cliënten de zorg blijven ontvangen in de voor hen vertrouwde en veilige omgeving. De cruciale zorgfuncties en de eventueel daarbij behorende normen zullen worden vastgelegd in regelgeving. Zoals ik u eerder heb gemeld (Kamerstukken II, 2009/2010, 32 123 XVI, nr 133) zal deze regelgeving in verband met de demissionaire status niet door dit kabinet worden ingediend. De brief over cruciale zorgfuncties, die de reikwijdte van de wet de facto bepaalt, zal mede daarom ook door het volgende kabinet aan uw Kamer worden verzonden.

De leden van de SP vragen naar de rol van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) en vragen waarom de minister niet de voorkeur geeft aan het uitbreiden van de Inspectie in plaats van te vertrouwen op veronderstelde heilzame effecten van financiële prikkels. Het versterken van het toezicht door de IGZ blijft een belangrijk speerpunt van het kwaliteitsbeleid. De IGZ maakt in dit kader een omslag van een traditionele toezichthouder naar een moderne handavingsorganisatie. Onder meer door een beter risicogestuurd toezicht kan de IGZ effectiever opereren. De financiële prikkels door bekostiging te relateren aan best practices zijn aanvullend op de beschreven versterking van het toezicht door de IGZ.

(3) Gevraagd wordt wat het betekent dat de basiscontracteerruimte wordt verlaagd met € 142 mln.

Voor de zorg in natura is in 2010 circa € 18 mld. beschikbaar. De overschrijding uit 2008 en 2009 van € 142 mln. wordt alsnog ten laste gebracht van de sector. Het basisbedrag dat beschikbaar is voor zorg in natura en vervolgens door de NZa wordt verdeeld over de 32 zorgkantoorregio's, wordt voor 2011 met € 142 mln. verlaagd.

(4) De vervolgvraag gaat in op de kortingen die worden doorgevoerd en of deze niet een forse beperking inhouden van de mogelijkheden van de zorginstellingen. Ook de leden van de PvdA-fractie vragen zich af of er aan de toenemende zorgvraag kan worden voldaan en op welke wijze de contracteerruimte wordt bepaald. Specifiek wordt hierbij gevraagd naar de situatie per regio. Daarbij is ook de vraag of de groeicijfers nog wel actueel zijn gezien de ontwikkelingen die zich bij voorjaarsnota aftekenen.

Naast de mutaties op de contracteerruimte is er ook groeiruimte beschikbaar om aan de toenemende zorgvraag te kunnen voldoen. Per saldo zal het beschikbare budget voor zorg in natura met € 78 mln.

toenemen. Daarnaast zal door het scherper prijsbeleid van de zorgkantoren ruimte ontstaan om aan toenemende zorgvraag te kunnen voldoen. Vooraf wordt door de zorgkantoren en het kabinet een inschatting gemaakt welke zorgvraag mag worden verwacht in 2011.

De verwachting is dat met de nu ter beschikking gestelde middelen en de voorgenomen maatregelen aan deze zorgvraag kan worden voldaan. De NZa verdeelt de middelen over de 32 regio's. Hierbij wordt rekening gehouden met de uitgaven uit het voorgaande jaar en de verwachte indicaties. Ook per regio is de verwachting dat aan de zorgvraag kan worden voldaan. Indien zich gedurende het jaar onverwachte veranderingen voordoen, kunnen middelen van de ene naar de andere regio worden overgeheveld.

Opgemerkt wordt dat de kostenoverschrijdingen, die in het voorjaar zijn geconstateerd, niet zijn veroorzaakt door extra beroep op zorg in natura. Het gaat hierbij om toename van de pgb-uitgaven, kapitaallasten en de exploitatielasten van nieuw in gebruikgenomen capaciteit. De groeicijfers voor zorg in natura zijn daarom nog steeds actueel.

(5) Het is de leden van VVD-fractie niet duidelijk of er nu volgend jaar een kostenreductie van € 60 mln. zal optreden door de afschaffing van het bonus-malus systeem.

Dit is inderdaad het geval. Door alternatieve maatregelen (volumereductie en prijsmaatregelen) zal in 2011 het beoogde besparingsbedrag van € 115 mln. worden gerealiseerd. Daarnaast zal echter het bedrag dat wordt uitgekeerd aan bonussen (€ 60 mln) niet meer tot uitbetaling komen.

(6) In relatie tot de afschaffing het bonus-malussysteem is ook gevraagd naar een nadere onderbouwing van de € 57 mln. voor de verlaging van de contracteerruimte en de € 58 mln voor tariefkorting. De leden van de PvdA fractie vragen in het verlengde hiervan op welke wijze zorgkantoren de € 57 mln. kunnen besparen door in redelijk mate laag in de klasse zorg in te kopen en welke gevolgen dit heeft voor de cliënt en zorgaanbieder.

De € 57 mln. kostenreductie hangt samen met de zorginkoop in de klasse van extramurale zorg. Bij de introductie van het bonus-malussysteem is voorzien dat zorgaanbieders zorg leveren uitgaande van een grens van 35% binnen de klasse. Ook zorgkantoren hanteren dit criterium bij de zorginkoop van 2011, zodat de zorguitgaven worden beperkt en de contracteerruimte kan worden verlaagd. Omdat zorgaanbieders al gewend zijn geraakt laag in de klasse zorg te leveren kan deze praktijk door de zorgkantoren worden bestendigd. Ten opzichte van eerdere jaren leidt dit ook niet tot een lagere zorgintensiteit voor de cliënt en zijn de gevolgen voor cliënten beperkt.

Het bedrag van € 58 mln. hangt samen met het ongedaan maken van de tariefverlaging van 3,5% van de functies persoonlijke verzorging en begeleiding en vervolgens het doorvoeren van een tariefverlaging van alle extramurale functies. Omdat de vergoeding die door de zorgkantoren wordt vergoed, is gekoppeld aan de maximumtarieven van de NZa, zal dit doorwerken in het uitgavenniveau van de AWBZ.

Per saldo resulteert een beperkte toename van het tarief van begeleiding en persoonlijke verzorging en een verlaging van het tarief van de overige extramurale functies. Voor de zorgaanbieder leidt dit tot een beperkt lagere vergoeding, die zal moeten worden opgevangen door een verlaging van zijn kosten.

Antwoorden op vragen van de PvdA-fractie.

(7) De leden van de PvdA-fractie vragen wanneer meer inzicht zal bestaan in de effecten van de beperking van de aanspraak begeleiding. Welke effecten kunnen op dit moment al worden aangegeven.

Momenteel zijn vooral de effecten bekend van de indicatiestelling door CIZ. In de voortgangsrapportage Pakketmaatregelen die 21 juli jl. aan u is verzonden (inclusief het CIZ-rapport: «Pakketmaatregelen monitor»; VWS-DLZ-3009236). Korthedshalve wil ik naar de inhoud van de voortgangsrapportage verwijzen.

(8) In 2010 wordt een korting doorgevoerd van € 287 mln. De leden van de PvdA-fractie en de SP-fractie vragen zich af of het realistisch is om te veronderstellen dat de zorgkantoren de korting kunnen verwerken in scherpere inkooprijzen en welke gevolgen dit zal hebben op zorgaanbieders. De leden van de SP-fractie horen graag hoe de minister voorkomt dat een groter deel van de sector in de rode cijfers belandt.

Zoals aangegeven in het antwoord op vraag (4) zijn er ook groeimiddelen aanwezig zodat per saldo het inkoopbudget zal toenemen in 2011. Het is echter juist dat van de zorgkantoren een actief zorginkoopbeleid wordt gevraagd, waarbij een gemiddelde prijsreductie wordt voorzien. De verwachting is dat deze prijsreductie vooral bij de intramurale zorgverlening wordt gerealiseerd. Om dit mogelijk te maken wordt de bandbreedte van de ZZP-tarieven verruimd van 2% naar 6%. Ik acht het realistisch dat de zorgkantoren een aanvullende prijsreductie kunnen realiseren. Enerzijds blijkt onder meer uit het Gupta-rapport «Trouw aan de belofte» dat er nog grote kostenverschillen zitten tussen de zorgaanbieders. Verder blijkt onder meer uit het ActiZ rapport «AWBZ-zorgcontractering 2010» dat er nog grote verschillen zitten in de tarieven die de verschillende concessiehouders afspraken met de zorgaanbieders. Voor zorgaanbieders met een relatief hoog kostenniveau betekent dit een aanpassing van het werkproces, zodat de kosten worden gereduceerd zonder versraling van de zorgleverantie.

Hierbij kunnen zij ondersteund worden via het project «In voor zorg», waarbij effectieve werkwijzen binnen de sector worden geïmplementeerd bij individuele zorgaanbieders.

Uit de analyse, die PricewaterhouseCoopers (PWC) medio juli 2010 naar buiten heeft gebracht blijkt overigens dat het aantal instellingen in de VV&T-sector dat verlies leidt is gehalveerd (tot 15% van alle instellingen) en ook het rendement is verbeterd. Het gaat dus economisch gezien de goede kant op met de sector. Ik blijf dit jaarlijks volgen en deel de visie van PWC dat een verdergaande oriëntatie van de instellingen op hun kostenstructuur geboden blijft.

(9) In het verlengde hiervan wordt gevraagd naar de resultaten van «In voor zorg» en waarop de verwachting is gebaseerd dat het mogelijk is om € 50 mln. te besparen.

Uit het Gupta-rapport «Trouw aan de belofte» komt naar voren dat alleen al in de V&VT-sector op termijn een kostenreductie tussen € 1 en 2,8 miljard mogelijk is. Daarnaast is er ook ander onderzoek waaruit blijkt dat er een aanzienlijk doelmatigheidspotentieel is in de zorg. Enkele voorbeelden zijn de maatschappelijke businesscase Buurtzorg en de ZonMw inventarisatie naar kennis die kan helpen om meer doelmatigheid in de zorg te realiseren. Ook de cliëntenorganisaties hebben recent een perspectief op meer doelmatige zorglevering geschetst. Op basis van deze inzichten en voorbeelden wordt in 2011 een eerste beperkte prikkel van € 50 mln. in de contracteeruimte verwerkt. «In voor Zorg» helpt

zorgaanbieders die dat willen, om deze reeds bewezen kennis te implementeren. Aan «In voor Zorg» zelf is geen directe bezuinigingsdoelstelling verbonden.

Voor wat betreft de resultaten van het programma «In voor Zorg» tot dusverre het volgende. Het programma is op 5 juni 2009 aangekondigd. Inmiddels hebben 126 zorgaanbieders zich aangemeld voor deelname. Daarmee worden de verwachtingen rond het tempo van aanmelding aanzienlijk overtroffen.

Aangezien de eerste groep zorgaanbieders begin 2010 met de transitie van start is gegaan en de duur van de transitie circa 1,5 jaar is, zullen de eerste zorgaanbieders in de eerste helft van 2011 resultaten kunnen laten zien. Het gaat vooral om organisaties uit de VV&T-sector. De zorgaanbieders hebben vooral behoefte aan ondersteuning bij twee aspecten. Enerzijds het meer ruimte bieden aan de professional en anderzijds het tot stand brengen van meer doelmatigheid in de bedrijfsvoering. Ketenzorg en zorg op afstand komen tot nu toe minder voor. De resultaten die begin 2011 te zien zullen zijn, zullen zich dan ook daarop richten. Tussenresultaten laten zien dat de cliëntgerichtheid is toegenomen, de werkvreugde op de werkvloer groter is geworden en er minder «overhead» noodzakelijk blijkt te zijn.

Communicatie is een belangrijk middel om kennis rond de verbetermogelijkheden in de langdurige zorg uit te dragen. Op de website van «In voor Zorg» zijn inmiddels circa 60 instrumenten opgenomen waarmee verbeteringen tot stand gebracht kunnen worden.

Daarnaast zijn er vele voorbeelden van innovatie getoond, en zijn er diverse professionals geïnterviewd die hun visie op – en ervaringen met – de verbetermogelijkheden (in termen van kwaliteit en doelmatigheid) van de langdurige zorg geven. Wekelijks zullen er meer instrumenten en voorbeelden op de site komen, zodat er geleidelijk een vindplaats van verbetermogelijkheden komt. Ten behoeve van het actief uitdragen van deze kennis zijn (en worden) er diverse bijeenkomsten georganiseerd, waarbij de verbeterkennis (zowel de praktische als de meer theoretische kant) in lezingen, workshops en gesprekken wordt uitgedragen. Tot nu toe trekken deze bijeenkomsten steeds volle zalen.

(10) De leden van de PvdA-fractie menen dat de budgetoverschrijding van 2008 en 2009 voor een deel wordt veroorzaakt doordat een toelating voor de AWBZ-functie behandeling is verstrekt aan verzorgingshuizen, zodat de AWBZ-kosten voor behandeling zijn toegenomen. Hiermee zijn volgens deze leden mogelijk kosten voor behandeling uitgespaard in de Zorgverzekeringswet (Zvw). Kan aangegeven worden welk deel van de budgetoverschrijding AWBZ een besparing in de Zvw is geweest? Op welke wijze zou hiervoor gecorrigeerd kunnen worden?

De leden van de SP-fractie willen meer in algemene zin worden geïnformeerd over de oorzaken van de onverwachte groei van de intramurale capaciteit.

Voor verzorgingshuisplaatsen waarvoor in 2008 en 2009 de toelating is gewijzigd van verzorgingshuisplaats (toelating voor verblijf zonder behandeling) naar verpleeghuisplaats (verblijf met behandeling) geldt dat de bekostiging van deze plaatsen – buiten de contracteerruimte om – voor de betreffende jaren is aangepast.

Voor verpleeghuizen golden andere tarieven dan voor verzorgingshuizen.¹ In de tarieven van de verpleeghuizen zit ook een vergoeding opgenomen voor de behandeling en medicijnkosten. Bewoners van verpleeghuizen hebben ook niet langer hun eigen huisarts. De zorg die huisartsen gewoonlijk bieden, wordt in het verpleeghuis overgenomen door de

¹ In 2008 en 2009 was de «oude» bekostiging nog leidend. Per 2010 is de overstap gemaakt naar de zorgwaartebekostiging. Overigens geldt ook bij de ZZP's nog een verschil in bekostiging tussen verblijf met en zonder toelating voor behandeling.

verpleeghuisarts en bekostigd vanuit de AWBZ-tarieven.

Voor bewoners van verzorgingshuizen geldt dat zij hun eigen huisarts houden en deze samen met o.a. de medicijnkosten declareren via de Zvw. Het wijzigen van de toelating van een verzorgingshuisplaats naar een verpleeghuisplaats leidt tot meerkosten in de AWBZ. Het omzetten van verzorgingshuiscapaciteit in verpleeghuiscapaciteit hangt voor een deel ook samen met een verzwaring van de intramurale cliëntenpopulatie. Cliënten blijven steeds langer thuis wonen, waarmee de cliënten die naar een intramurale instelling gaan, gemiddeld genomen een steeds zwaardere zorgbehoefte hebben. Ik heb geen inzicht in welk deel van de budgetoverschrijdingen AWBZ een besparing in de Zvw is geweest. In algemene zin kan worden opgemerkt dat de capaciteitsoverschrijdingen zich vooral concentreren in de gehandicaptensector. In deze sector is sprake van een inhaalslag. Ik laat onderzoek verrichten naar de aard en omvang van de capaciteitsmutaties die hebben geleid tot de budgetoverschrijdingen. Eind 2010 verwacht ik de uitkomsten van het onderzoek beschikbaar te krijgen.

(11) De leden van de fractie van de PvdA kunnen zich niet vinden in het voorstel om de marge van de zzp-bandbreedtetarieven te verhogen van 2% naar 6%. Deze leden vragen waarom het verstandig zou zijn de bodem van 98% van het NZa-tarief te verlaten, terwijl deze juist als bescherming diende tegen te rigoureuze kortingen op de budgetten. Bovendien menen zij dat het vergroten van de onderhandelingsmarge in strijd is met eerder gemaakte afspraken met de sector en toezeggingen van de overheid dat de onderhandelingsruimte gelijk zou blijven gedurende de invoeringsfase van de zzp-financieringssystematiek.

Bij de invoering van de zorgzwaartebekostiging is als uitgangspunt gehanteerd dat gedurende de herallocatieperiode een bandbreedtetarief aan de ZZP-prestaties zou worden gekoppeld. In mijn aanwijzing van oktober 2008 heb ik de NZa gevraagd om vanaf 2010 een bandbreedte te hanteren van 98% tot 100% van de vast te stellen ZZP-tarieven. De introductie van een bandbreedtetarief had als reden om de zekerheid en duidelijkheid van een uniform vastgesteld herallocatiepercentage niet door de tariefonderhandelingen tussen zorgkantoor en zorgaanbieder grotendeels weer teniet te doen. De reden waarom ik de NZa op dit moment vraag om voor 2011 de bandbreedte te verruimen, is dat een aantal – in mijn brief van 2 juni 2010 (Kamerstuk 30 597, nr. 145) genoemde – aanvullende maatregelen per saldo een verlaging van de contracteerruimte betekenen van € 287 miljoen (circa 1,5%). Deze € 287 miljoen is naar mijn mening niet alleen te vinden binnen de extramurale zorg. Een deel zal naar mijn mening ook gevonden moeten worden binnen de intramurale zorg. In plaats van een vaste tariefkorting, kies ik voor het vergroten van de ruimte voor zorgkantoren om bij het maken van contractafspraken rekening te houden met het kwaliteitsbeleid van zorgaanbieders.

Ik verwacht overigens dat zorgkantoren prudent zullen omgaan met de verruiming van de onderhandelingsmarge op de ZZP-prijzen. De herallocatie bij de invoering van de zorgzwaartebekostiging is sneller verlopen dan van tevoren was voorzien. Het overgrote merendeel van de zorgaanbieders zit in 2010 al op het budget dat past bij de zorgzwaarte van de bij hen verblijvende cliënten. De NZa heeft aangegeven de vinger aan de pols te willen houden voor de groep instellingen die in 2011 nog een laatste stap moeten zetten in de herallocatie en de instellingen die onder de zogenoemde maatwerkregeling vallen. Ik heb in de richting van de NZa aangegeven dat ik graag op de hoogte blijf van haar bevindingen.

(12) De leden van de PvdA-fractie geven aan dat er € 100 miljoen groeirimte voor het pgb beschikbaar is en vragen zich af of dat voldoende zal zijn om de vraag naar pgb op te vangen. In hoeverre is de raming gebaseerd op de toenemende vraag naar pgb's? Daarnaast willen zij weten welke maatregelen worden genomen om de toekomstige overschrijding op pgb's tegen te gaan.

In de begroting 2009 is voor de periode 2009 tot en met 2012 bijna € 1,1 miljard toegevoegd aan de raming van de pgb-regeling. Dit bedrag komt bovenop het beschikbare bedrag dat vanuit de groeirimte voor pgb's beschikbaar wordt gesteld en waar de leden van de PvdA-fractie op doelen. Op basis van de realisatiecijfers van het CVZ en de inschatting die zij op basis daarvan maken voor de verwachte uitgaven het daaropvolgende jaar, verwacht ik dat het pgb-subsidieplafond in 2011 toereikend is om zowel de reguliere instroom van budgethouders als de budgethouders die in 2010 op een wachtlijst hebben plaatsgenomen te bekostigen. Daarbij is het wel noodzakelijk vanaf 2011 structurele maatregelen te nemen. Ik ben voornemens de pgb-tarieven te verlagen, een uniforme indicatiestelling BJJ en CIZ te bevorderen en een eerste stap te zetten bij het solide maken van de pgb-regeling. Voor wat betreft dit laatste punt kan worden gedacht aan het verbeteren van het traject van informatievoorziening aan de aspirant budgethouders, het formuleren van criteria op basis waarvan een pgb op juiste gronden kan worden toegekend en het intensiever controleren van budgethouders.

(13) De leden van de PvdA-fractie vragen zich af of er nog sprake is van cliëntvolgende bekostiging in een systeem van regiobudgetten. Zij geven aan dat cliënten in de loop van het jaar alleen nog kunnen kiezen voor zorgaanbieders waarbij de productieafspraken nog niet helemaal gevuld is. Ook de knelpuntenprocedure voorziet pas in overheveling van onbenutte ruimte na een wachttijd. Zij vragen welke mogelijkheden er zijn om de vrije keuze van cliënten te versterken en de wachttijd te verkorten?

In het AWBZ-systeem is meer ruimte dan de leden van de PvdA-fractie aangeven. Zo maken zorgaanbieders productieafspraken voor het gehele jaar, zodat cliënten kunnen blijven kiezen tussen zorgaanbieders. Ook de overheveling van gelden tussen zorgkantorregio's kan in alle gevallen plaatsvinden. Er hoeft niet eerst de knelpuntenprocedure met wachttijden te worden doorlopen.

De door deze leden geschetste situatie doet zich pas voor als meer dan verwacht cliënten zorg afnemen bij een bepaalde zorgaanbieder en deze zijn productieafspraken dreigt te overschrijden of overheveling van middelen tussen regio's niet kan plaatsvinden en gebruik moet worden gemaakt van de knelpuntenprocedure. Alleen in deze gevallen is sprake van een tijdelijke inperking van de keuzemogelijkheden van de cliënt. Dit kan worden voorkomen door een goede oriëntatie van het zorgkantoor op de aanbieders in zijn regio en de voorkeuren van de cliënten. Hierbij zal het zorgkantoor echter ook ruimte bieden aan nieuwe zorgaanbieders om de keuzemogelijkheden van cliënt te vergroten en innovatieve werkwijzen een kans te geven. Dit vraagt ook van de cliënt een brede oriëntatie op het zorgaanbod in de regio, om te voorkomen dat zonder meer voor de traditionele aanbieders wordt gekozen. In de experimenten met betrekking tot persoonsvolgende bekostiging die nu worden gehouden in Drenthe en het nieuwe experiment vouchers dat in 2010 van start gaat op initiatief van Actiz en LOC, is een centrale vraag hoe de cliënt het beste bij dit keuzeproses kan worden ondersteund.

Brede oriëntatie op de zorgvraag, waarbij ook de Zvw, Wmo en het eigen netwerk worden betrokken, hebben ook tot gevolg dat de wachttijden kunnen worden bekort.

(14) Een andere vraag van de leden van de PvdA-fractie heeft betrekking op het onder de contracteerruimte brengen van de exploitatielasten van nieuwe capaciteit. De vraag is of zorgaanbieders voldoende zekerheid krijgen om in de loop van 2011 afspraken te kunnen maken over capaciteitsuitbreiding. De door de minister berekende € 175 mln. wordt volgens de voorstellen van de NZa pas in november 2011 vrijgegeven. De zorgkantoren zullen het geld pas gaan besteden zodra ze het definitief hebben ontvangen. Is het wel mogelijk om in twee maanden tijd de intramurale productie voor de gerealiseerde capaciteitsuitbreiding ook daadwerkelijk te draaien. Kunnen de middelen voor de capaciteitsmutaties eerder dan in november worden vrijgegeven?

De beschikbare middelen zijn bestemd voor nieuwe capaciteit die vanaf begin 2011 in gebruik wordt genomen. Aanwending in twee maanden is dan ook niet de bedoeling. In overleg met de NZa en ZN is gezocht naar een proces waarbij duidelijkheid gaat ontstaan over de verdeling van de middelen over de zorgkantoren en het formele proces zorgvuldig wordt vastgelegd.

Het proces start met een onderzoek dat in het najaar van 2010 wordt afgerond naar de omvang en verdeling van de exploitatielasten van nieuwe capaciteit voor de jaren 2009 en 2010. Op basis daarvan kan ook een inschatting worden gemaakt voor 2011 en kan een voorlopige verdeling worden gemaakt van het beschikbare bedrag over de zorgkantorregio's. Met deze voorlopige verdeling kunnen de zorgkantoren al de afspraken met de zorgaanbieders vormgeven.

Vervolgens wordt in de eerste helft van 2011 door de NZa een integrale uitvraag gedaan om de feitelijke ontwikkelingen 2011 te inventariseren. Op basis van deze inventarisatie zal de NZa een advies uitbrengen over de definitieve verdeling van de middelen. Ik zal daarover een besluit nemen en de NZa opdragen de verdeling definitief te verwerken in de reguliere budgetronde van november 2011.

Dit proces moet het mogelijk maken dat al vanaf begin van het jaar afspraken gemaakt kunnen worden tussen zorgaanbieders en zorgkantoren.

(15) De leden van de fractie van de PvdA vroegen zich af of er sprake is van stagnatie in de nieuwbouw als gevolg van onzekerheid door wisselend beleid van de overheid. Bovendien vragen zij zich af of er sprake is van een relatie tussen dat feit en het voornemen om de contracteerplicht op te heffen.

In een redelijk recent overleg met een aantal grote banken die vaak leningen verstrekken aan zorginstellingen werd mij duidelijk gemaakt dat zij tot op dat moment geen beleidswijziging hebben doorgevoerd als gevolg van het «wisselend» overheidsbeleid. Het nog niet beschikbaar zijn van integrale tarieven is voor hen geen aanleiding om alleen op dat punt businessplannen van zorginstellingen negatief te beoordelen en te besluiten geen lening te verstrekken. Een voorbeeld kan dit adstrueren: de bouwimpulsmiddelen worden binnen de care aangewend voor het verbeteren van de privacy in verpleeghuizen en in de gehandicaptensector. Om in aanmerking te komen voor middelen heeft de NZa de voorwaarde gesteld dat er dit jaar daadwerkelijk gebouwd moet gaan worden en daaraan voorafgaand moeten banken de initiatieven hebben geaccordeerd. Alle initiatieven die door de NZa middelen toegedeeld hebben gekregen, zijn volop bezig hun plannen tot uitvoer te brengen. Enige correlatie tussen het voornemen de contracteerplicht af te schaffen en het om die reden niet verschaffen van leningen heb ik niet kunnen constateren.

(16) De leden van de fractie van de PvdA vroegen mij of het op dit moment niet te vroeg is om over te gaan tot het opheffen van de contracteerplicht voor intramurale zorg. Het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) heeft in 2005 een aantal randvoorwaarden benoemd waaraan voldaan zou moeten worden om de contracteerplicht in de intramurale AWBZ-zorg verantwoord op te kunnen heffen. Kan van ieder van de voorwaarden aangegeven worden in hoeverre daaraan op dit moment wordt voldaan of zal worden voldaan?

De leden van de SP-fractie stelden in dezelfde sfeer een vraag, namelijk waarom ik het advies van het CVZ negeer.

Genoemde leden gaan ervan uit dat de minister de mening van de Kamer respecteert en derhalve de contracteerplicht niet afschaft gezien de motie Leijten/Wolbert (Kamerstuk 32 123 XVI, nr. 145) die de Kamer heeft aangenomen.

Ik respecteer de wens van de Kamer en zal ik de motie Leijten/Wolbert uitvoeren, waardoor de contracteerplicht in 2011 wordt gecontinueerd. Wel wil ik nader ingaan op de overwegingen waarom ik de mening ben toegedaan dat het op dit moment verantwoord zou zijn geweest om de contracteerplicht af te schaffen. Het klopt dat in 2005 door het College voor zorgverzekeringen een uitvoeringstoets is uitgebracht over dit onderwerp en dat zij een aantal voorwaarden stelt aan het daadwerkelijk effectueren van de maatregel. Zij suggereerde een uitstel met een half jaar. In die periode, zo stelde het CVZ, kon meer duidelijkheid ontstaan over de bekostiging van zorg met verblijf. Inmiddels is het 2010 en zijn de integrale tarieven nog steeds niet geïntroduceerd. In dat opzicht zou het CVZ in retrospectief in het gelijk gesteld kunnen worden. Mogelijk zou de onduidelijkheid over de vergoeding van de kosten voor vastgoed in de AWBZ en de eveneens toen nog ontbrekende onduidelijkheid over de zorgzwaartepakketten hebben geleid tot onzekerheid voor zorgaanbieders.

Het afschaffen van de contracteerplicht hangt echter vooral samen met de veranderde verhoudingen van partijen in de zorg. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars moeten zich in hun handelwijze meer en meer richten naar hetgeen cliënten van hen verlangen. Door hen de nodige vrijheid te bieden daaraan naar eigen goeddunken invulling te geven in bijvoorbeeld het vastgoedbeleid en de onderhandelingen over de prijs van goede huisvesting wordt aan die nieuwe constellatie invulling gegeven. Op deze manier wordt in de langdurige zorg vorm gegeven aan modernisering en deregulering. Het gaat om kwaliteit en doelmatigheid die aanmerkelijk kunnen verbeteren door een andere focus op de wensen van de cliënt en een andere discussie tussen beiden.

In de periode 2005–2010 is inmiddels een groot aantal veranderingen doorgevoerd. De financiering van de AWBZ-zorg op basis van zorgzwaartepakketten is een feit en met ingang van 1 januari 2012 zal het tarief per zorgzwaartepakket (ZZP) worden verhoogd met een normatieve huisvestingscomponent. Ook is met ingang van 2009 het bouwregime WTZi afgeschaft en hebben zorgaanbieders niet langer een vergunning van de overheid nodig om hun gebouwenbestand op orde te houden of uit te breiden.

Zoals ik in antwoord op de vraag van de leden van de PvdA naar eventuele stagnatie in de bouw heb aangegeven heb ik niet de indruk dat dat feit, zelfs niet gekoppeld aan de financiële crisis, tot belemmeringen in de bouw heeft geleid. Een ander significant feit is dat voor de groepen cliënten waarvoor in de langdurige zorg nog sprake is van een wachtlijst en waarvoor zorgverzekeraars/zorgkantoren eveneens zorgplicht hebben, juist degenen zijn die zorg met verblijf van de zwaarste soort nodig hebben. Ook zonder contracteerplicht zal aan deze instellingen uiteraard

wel een contract worden aangeboden. Feit blijft dat het aantal cliënten met dementie de komende jaren alleen maar zal stijgen. Overigens betekent dit niet dat zorgkantoren/zorgverzekeraars alle huisvesting die hen in contractsonderhandelingen wordt aangeboden zullen willen afnemen op termijn. Slechte huisvesting zal aan de eisen van de cliënten moeten gaan voldoen om door verzekeraars gecontracteerd te blijven worden.

Wel geldt dat contracten tussen zorgaanbieders en zorgkantoren uitgaan van goede trouw en dat op grond daarvan niet van de ene op de andere dag een contract niet verlengd mag worden. Dit betekent dat er in 2011 geen grote wijzigingen optreden, maar wordt van zorgkantoren wel een meer alerte houding verwacht bij de ingebruikname van nieuwe of gewijzigde capaciteit.

Met ingang van 2012 zal er met integrale tarieven worden gewerkt en die zullen in een periode van zo'n zes jaar van volledige risicoloosheid naar volledig risico voor de zorgaanbieders worden geïntroduceerd. In die periode is het de bedoeling dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders beter leren besluiten ten aanzien van vastgoed. Vanaf 2017 zal de situatie zich gaan voordoen van volledige eigen verantwoordelijkheid voor vastgoedbeslissingen bij de aanbieders van zorg.

Van grootschalige leegstand, continuïteitsproblemen bij instellingen enkel en alleen als gevolg van de opheffing van de contractplicht zal geen sprake zijn, gelet op de zorgplicht aan de zijde van de verzekeraar en het nog steeds aanwezige tekort aan capaciteit in bepaalde sectoren zorg met verblijf.

De leden van de PvdA-fractie vragen of een nieuwe uitvoeringstoets kan bijdragen aan een zorgvuldige beslissing ten aanzien van het opheffen van de contracteerplicht.

Een nieuwe uitvoeringstoets op basis van de thans bekende ontwikkelingen op het terrein van de integrale tarieven zou kunnen bijdragen aan een zorgvuldige beslissing ten aanzien van het opheffen van de contracteerplicht. Maar dat neemt niet weg dat zonder een dergelijke toets opnieuw te hebben gevraagd er niet evengoed een goed besluit genomen kan worden.

Antwoorden op vragen van de CDA-fractie.

(17) In 2010 zijn de budgetrondes per jaar verminderd tot twee rondes. De leden van de CDA-fractie nemen aan dat dit tot positieve geluiden leidt bij zorgkantoren en bij zorgaanbieders. Graag ontvangen zij hierop een reactie van de minister.

In het verleden waren er drie budgetrondes. Drie keer per jaar moest een opgave worden gedaan hetgeen tot extra lasten bij zorgkantoor en zorgaanbieders leidt. Een ander groot voordeel van de nieuwe inkoopstelselmatiek is dat de budgetrondes zijn vervroegd. Hierdoor hebben zorgaanbieders voorafgaand aan het budgetjaar al inzicht in de omvang van de gemaakte zorgaanpakken. Zoals deze leden al verwachten wordt dit zeer gewaardeerd door zorgaanbieders en zorgkantoren.

(18) In het verlengde van de vragen van de leden van de VVD-fractie (onderwerp 4) en de PvdA-fractie (onderwerp 8) wordt een aantal aanvullende vragen gesteld over de korting op de contracteerruimte van € 287 mln. en het zorginkoopbeleid van de zorgkantoren.

Zo is de vraag waarop de zorgkantoren moeten sturen in het inkoopbeleid en of er al sprake is van regionale verschillen tussen zorgkantoren? Ook wordt gevraagd of er voldoende bereidheid is om te schuiven tussen de budgetten van de zorgkantoren en op welke wijze de minister deze regionale verschuivingen stimuleert.

De zorgkantoren zullen sturen op prijs, kwaliteit en productieomvang. Daarbij is het centrale uitgangspunt dat zorgaanbieders met een hoger kwaliteitsniveau een hogere prijs en/of productieaandeel krijgen. Er is al een sprake van regionale verschillen tussen zorgkantoren, bijvoorbeeld in de vergoedingen die worden gegeven bij extramurale zorg. Ook zijn er verschillen in de eisen die zorgkantoren stellen met betrekking tot de maximale zorgleverantie per geïndiceerde klasse. Het schuiven met budgetruimte tussen de regio's is aan de orde indien gedurende het jaar blijkt dat een bepaalde regio niet dreigt uit te komen met het toegemeten regiobudget. In de praktijk blijkt dat vooral tussen de regio's van één concessiehouder wordt geschoven. Aan het eind van de budgetjaar komen ook schuiven tussen concessiehouders voor. Ik stimuleer deze budgetschuiven door aan de NZa aan te geven, dat de knelpuntenprocedure kan worden voortgezet. In deze procedure is opgenomen dat eerst moet worden bezien of in andere regio's nog middelen beschikbaar zijn, voordat de NZa de aanvraag in behandeling neemt.

(19) Gevraagd wordt welke gevolgen het uitstel van het opheffen van de intramurale contracteerplicht heeft voor de voorlopige contracteerruimte 2011?

Het niveau van de voorlopige contracteerruimte blijft gelijk. Contracteerplicht is slechts één van de onderdelen van de maatregelen 2011. Veel belangrijker is het onder de contracteerruimte brengen van de exploitatiegevolgen van nieuwe capaciteit. Deze maatregel is onverminderd van kracht. Wel is het zo dat een extra instrument voor de zorgkantoren om de ontwikkeling van de intramurale capaciteit te kunnen beïnvloeden niet kan worden ingezet. Het is dan ook teleurstellend dat mijn voornemen om de contracteerplicht af te schaffen voor 2011 niet kan worden geëffectueerd. Bij onderwerp (16) ben ik nader ingegaan op het afschaffen van de contracteerplicht.

(20) De leden van de CDA- fractie zijn voorstander van het sturen op basis van kwaliteit maar vragen hoe dit gewogen wordt. Wat is een slecht functionerende instelling en wie stelt hiervoor de criteria vast?

Zorgkantoren kunnen langs de volgende wegen sturen op kwaliteit, namelijk via:

1) *Sturing op het proces:*

1. toetsen of de zorgaanbieder het geldende sectorale kwaliteitskader hanteert;
2. erop toezien dat de zorgaanbieder op basis van bevindingen tot verbetertrajecten komt (afgestemd op samenspraak van de zorgaanbieder met cliëntvertegenwoordigers);
3. afspraken maken over de voortgang van die trajecten, w.o. beknopte rapportages ten behoeve van periodiek overleg tussen zorgaanbieder en verzekeraar.

2) *Sturing op uitkomst:*

4. toepassen van het principe dat «goede kwaliteit» beloond moet worden;
5. op basis van bewezen valide metingen van kwaliteit tot differentiatie in betaling van zorg komen (aansluitend op beleidsregels van de NZa over bekostiging & kwaliteit); Zo is voor de inkoop van 2010 aan de zorgkantoren verzocht zowel voor de intra- als extramurale zorg bij het maken van productieafspraken rekening te houden met het kwaliteitsbeleid van aanbieders. Dit zal tot prijsdifferentiatie leiden waarbij in het traject zzp gebruik kan worden gemaakt van de 2 % tariefmarge.

In dit kader zijn slecht functionerende instellingen die instellingen, die ten aanzien van kwaliteit over de gehele linie beneden gemiddeld presteren op de indicatoren van de voor hun sector geldende kwaliteitskader verantwoorde zorg.

Deze indicatoren zijn of worden per sector vastgesteld door de stuurgroep kwaliteitskader verantwoorde zorg. In de sectorale stuurgroepen zijn cliëntenorganisaties, beroepsorganisaties, de koepels van aanbieders en van zorgverzekeraars, de Inspectie voor de gezondheidszorg en VWS vertegenwoordigd.

(21) Een laatste vraag van de leden van de CDA-fractie gaat over de reservering van € 25 mln. in het kader van de eventuele knelpunten in de uitvoering van de AWBZ. Gevraagd wordt hoe vaak in 2009 en 2010 een beroep is gedaan op de knelpuntenprocedure. Tevens wordt gevraagd of ik verwacht dat de € 25 mln. voor 2011 voldoende zal zijn. Tot slot willen de leden van de SP-fractie graag weten waarom de aanpak van knelpunten blijft berusten op ingrijpen wanneer de normen voor wachtlijsten zijn overschreden, in plaats van op het voorkomen van wachtlijsten.

In 2009 en 2010 is geen beroep gedaan op de knelpuntenprocedure. Op andere wijze zoals bijvoorbeeld via overheveling van budgetten of gebruikmaking van de margeregeling zijn knelpunten voorkomen of opgelost. Het beschikbare budget van € 25 mln. voor deze jaren is verdeeld over de zorgkantoorregio's op basis van een advies van de NZa dat in mei van de beide jaren is uitgebracht en waarin is aangegeven hoe de omvang van de beschikbare middelen zich verhoudt tot de verwachte zorgvraag.

Ook voor 2011 zal de NZa een advies uitbrengen over de ontwikkeling van de zorgvraag en de inzet van het budget van € 25 mln.. Naar aanleiding van de ervaringen in 2009 en 2010 verwacht ik dat er voldoende middelen zullen zijn om aan de zorgvraag tegemoet te komen (inclusief de inzet van de reservering van € 25 mln.).

Zoals hierboven geschetst worden alle instrumenten ingezet om wachtlijsten te voorkomen. De knelpuntenprocedure is het sluitstuk van deze procedure. Bij het doorlopen van de knelpuntenprocedure is vaak aan de orde of extra financiële middelen moeten worden vrijgemaakt. In deze afweging acht ik het verantwoord om rekening te houden met, ook door de sector redelijk geachte, normen voor wachttijden.

Antwoorden op vragen van de SP-fractie.

(22) De leden van de SP-fractie vragen of bij de verlaging van de contracteerruimte van € 32 mln. als gevolg van de AWBZ-aanspraak begeleiding is gerekend met de mogelijkheid dat door het wegvallen van begeleiding een beroep wordt gedaan op andere vormen van AWBZ-zorg. Deze leden wensen en andere toelichting van de minister en vernemen graag in hoeverre hij genoemde effecten heeft onderzocht en verder in kaart zal brengen.

Bij de berekening van de effecten van de pakketmaatregelen begeleiding is rekening gehouden met verschuivingen van het beroep op de functie begeleiding naar andere extramurale zorgfuncties binnen de AWBZ. Het gaat hier bijvoorbeeld om het vervallen van de functie activerende begeleiding, die deels is omgezet in de functie behandeling. Vooral bij zintuiglijk gehandicapten is dit veel voorgekomen. Daarnaast is sprake van een lichte verschuiving naar het beroep op persoonlijke verzorging. Deze feiten worden zichtbaar in de pakketmaatregelenmonitor van het CIZ die ik in de reactie op onderwerp (7) heb genoemd.

(23) De leden van de SP-fractie maken zich zorgen over het voornemen van de minister om de benedengrens van zzp-tarieven te verlagen tot 94%. De praktijk heeft inmiddels laten zien dat de zzp-financiering leidt tot een verschraling van de zorg en een wildgroei van eigen betalingen voor zaken variërend van een kopje koffie tot een wandeling of douchebeurt. Deze leden beschouwen genoemde voorbeelden niet als een buitensporige verwennerij voor eigen rekening, maar als vanzelfsprekende voorzieningen, behorend bij een beschaafde en menswaardige behandeling van bewoners van zorginstellingen.

De genoemde ontwikkelingen in zorginstellingen vervullen de leden van de SP-fractie met schaamte en woede en zij verzoeken de minister om afstand te nemen van deze ontwikkelingen en verdere verschraling als gevolg van kortingen op de budgetten te voorkomen.

In algemene zin ben ik bij onderwerp (11) ingegaan op de achtergrond van de verruiming van de bandbreedte bij de zzp-tarieven. Met betrekking tot de specifieke thema's die door de leden van de SP-fractie naar voren worden gebracht, wil ik afzonderlijk reageren.

Ik ben het niet eens met de stelling dat de zzp-bekostiging leidt tot een verschraling van de zorg. Met de invoering van de zorgzwaartebekostiging wordt dezelfde hoeveelheid geld op een andere eerlijker manier (naar zorgzwaarte) verdeeld over de instellingen. Er zijn in de V&V-sector en in de gehandicaptensector bij de invoering van de zorgzwaartebekostiging macro juist extra middelen beschikbaar gesteld voor zorg aan de zwaardere cliëntengroepen (vanaf ZP 5).

Instellingen zijn zich door de introductie van de zorgzwaartebekostiging wel bewuster geworden hoeveel middelen er beschikbaar zijn voor de (basis)zorg aan hun bewoners. De zorgzwaartebekostiging laat zien dat er grenzen zijn aan datgene wat uit de AWBZ-middelen kan worden betaald. De vraag van cliënten naar diensten kan groter zijn dan mogelijk is te bieden met de beschikbare financiële middelen. Voor de instelling bestaat dan de mogelijkheid, mits de basiszorg op orde is conform de normen van verantwoorde zorg, om de gewenste diensten door te berekenen naar de bewoners.

De NZa heeft onlangs in een brief aan alle zorgkantoren en alle zorginstellingen aandacht gevraagd voor het declareren van «aanvullende diensten». De NZa verzoekt de zorgkantoren om zeker te stellen dat voor aanvullende diensten geen onredelijk hoge bijbetalingen worden gevraagd. Het zorgkantoor kan verder eisen dat instellingen transparant zijn over in rekening gebrachte kosten en dat geen kosten worden berekend voor diensten die uit de AWBZ moeten worden bekostigd. Ook kunnen zorgkantoren nagaan of het betalingsbeleid in overleg met cliëntenraden tot stand is gekomen. Tot slot verzoekt de NZa de zorgkantoren actie te ondernemen als zij klachten ontvangen van patiënten over betalingen.

Alle zorginstellingen zijn door de NZa per brief nogmaals gewezen op de vigerende regels en richtlijnen. De brochure «Daar hebt u recht op in een AWBZ-instelling» van het College voor zorgverzekeringen (CVZ) biedt een goede basis voor het maken van afspraken tussen zorgkantoren en instellingen en voor cliëntenraden. Wanneer blijkt dat zorginstellingen de regelgeving niet naleven kan de NZa handhavend optreden, bijvoorbeeld door een aanwijzing te geven, al dan niet gekoppeld aan een last onder dwangsom.