

Vergaderjaar 2003–2004

26 631

Modernisering AWBZ

Nr. 105

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

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 15 september 2004

**Samenvatting en conclusies: € 111 miljoen extra beschikbaar
voor 2004**

De financiële positie van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) is zorgelijk. De uitgaven in 2004 dreigen het bedrag dat ik in de begroting beschikbaar heb gesteld, te overschrijden. Daarom heb ik dit voorjaar gekozen voor het beheersen van de uitgaven, onder meer door een aanwijzing aan het CTG/ZAio¹ dat geen verdere productieafspraken gemaakt mogen worden en dat knelpunten opgelost moeten worden door het optimaal verdelen van geld binnen de zorgregio's. Ik heb u daarover eerder geïnformeerd².

Dit mag niet betekenen dat mensen die echt zorg nodig hebben daarvan verstoken blijven. Daarom heb ik u tevens laten weten knelpunten goed in de gaten te houden, u daarover in september 2004 nader te berichten en zo nodig met oplossingen te komen. Op mijn verzoek heeft Zorgverzekeraars Nederland de situatie in de zorgregio's in kaart gebracht.

De inventarisatie laat een divers beeld zien van overschotten en tekorten. Zo blijkt een deel van de productieafspraken die afgelopen voorjaar zijn gemaakt met instellingen om zorg te leveren bij nader inzien in 2004 bij deze instellingen niet te leiden tot daadwerkelijke zorgproductie. Met deze onderuitputting is een bedrag gemoeid dat in beginsel voldoende is om aanwezige knelpunten bij andere instellingen (in regio's) op te lossen. Het optimaal herverdelen van productieafspraken tussen instellingen is hiervoor een vereiste. Ik heb, in de lijn met het convenant met de aanbieders voor 2005, de brancheorganisaties van de aanbieders verzocht hun leden aan te sporen de onderuitputting beschikbaar te stellen aan instellingen met knelpunten om op deze manier binnen het bestaande financiële kader de noodzakelijke zorg te kunnen leveren. Zij zijn daartoe bereid. Daarnaast is er dit jaar nog € 111 miljoen extra nodig om zorg in opgeleverde nieuwbouw te bekostigen, voor productieafspraken met nieuwe

¹ Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg/ Zorgautoriteit in oprichting.

² Op 21 juni 2004 heb ik u geïnformeerd over de voortgang van mijn beleid van beheerste productiegroei (TK 2003–2004, 26 631, nummer 96).

aanbieders en om specifieke knelpunten op te lossen. Ik zal dit bedrag beschikbaar stellen.

Deze brief gaat verder in op een inventarisatie van de productie, de knelpunten en andere ontwikkelingen om de groei in de uitgaven van de AWBZ te beheersen.

Meeste knelpunten bestaande productieafspraken regionaal op te lossen

Afgelopen voorjaar heb ik zowel het CTG (aanwijzing) als het CVZ (circulaire) gevraagd de zorgkantoren duidelijk te maken hoe zij moeten omgaan met verzoeken voor aanvullende productieafspraken voor het leveren van zorg. Deze verzoeken kunnen in eerste instantie alleen gehonoreerd worden wanneer bij andere instellingen in een regio geld over is of minder geld nodig is. Dat vraagt om een actueel en betrouwbaar overzicht van de geplande en gerealiseerde zorg in de regio's. Zorgverzekeraars Nederland (ZN) heeft dat overzicht gemaakt op basis van gegevens van de zorgkantoren. Alle zorgkantoren hebben ZN per 1 september 2004 een overzicht geleverd van de overeengekomen en de feitelijk gerealiseerde productie in hun regio voor de periode januari tot en met juni. Daarbij is ook bekeken welke instellingen in de regio de productieafspraken niet volledig gebruiken en welke instellingen problemen hebben omdat zij een te lage productieafpraak hebben gemaakt en daardoor onvoldoende zorg kunnen leveren.¹

De inventarisatie van ZN laat, zoals gezegd, een heel divers beeld zien. Er zijn weliswaar knelpunten, maar andere instellingen blijken vaak voor een deel van de gemaakte productieafspraken geen zorg te kunnen leveren in 2004. In veruit de meeste regio's is dat geld in principe voldoende om knelpunten op te lossen door het geld anders te verdelen over de instellingen. ZN heeft daarover in enkele regio's (Zwolle en Amsterdam) nog twijfels. Het algemene beeld is echter duidelijk: wanneer alle partijen zich inzetten om het bestaande (toegezegde) geld beter onderling te verdelen (herschikken) extra geld voor regionale knelpunten niet of nauwelijks nodig is.

Herschikken betekent dat zorginstellingen die niet alle overeengekomen productieafspraken aan zorg nodig hebben, die productieafspraken afstaan aan een zorginstelling die daarmee een knelpunt kan oplossen. Knelpunten bij de ene instelling kunnen op deze manier macrobudgettair neutraal weglopen tegen de onderproductie bij een andere instelling. Om dit te realiseren zijn praktisch twee handelingen nodig; het zorgkantoor moet met de instelling die ruimte over heeft afspreken dat de productieafspraken lager worden en kent deze ruimte vervolgens toe aan de instelling met een knelpunt.

Ik heb over het belang van het beter regionaal verdelen van het geld inmiddels gesproken met de brancheorganisaties van de zorgaanbieders. Zij spannen zich in om die noodzakelijke herverdeling vlot te laten verlopen.

¹ Dit betekent niet dat alle bestaande wachtlijsten verdwenen zijn. Extra productieafspraken blijken door het veranderende karakter van de wachtlijsten niet altijd direct te leiden tot het verdwijnen van wachtlijsten. Steeds meer wachtenden ontvangen toereikende overbruggingszorg en willen dit zo houden. Daarnaast is de vermindering van wachtlijsten ook vaak afhankelijk van externe factoren zoals het vertraagd gereed komen van huisvesting.

De zorgkantoren vervullen hierin uiteraard ook een actieve rol. Zij kunnen als geen ander de beschikbare ruimte en de knelpunten met elkaar verbinden. Ik heb hierover met de zorgkantoren en Zorgverzekeraars Nederland gesproken. Zorgkantoren zullen snel aan de slag gaan (of zijn dit al) om door het anders verdelen van productieafspraken de regionale knelpunten op te lossen. Eind september heb ik opnieuw overleg met de zorgkantoren om de resultaten te bespreken. Het CTG/ZAio levert een

actieve bijdrage in de herverdelingsoperatie door het snel aanpassen van de budgetten van instellingen.

Ruimte nodig voor uitgezonderde situaties en knelpunten

Ik heb u laten weten dat mijn maatregel voor het beheersen van de uitgaven niet gold voor productieafspraken vanwege nieuwbouw en het realiseren van zorginfrastructuur. Tevens heb ik gekeken naar de omvang van de aanvullende productieafspraken als gevolg van de toelating van nieuwe aanbieders en de ontwikkeling van de persoonsgebonden budgetten (pgb's). Ik heb uitgezocht welke bedragen hiermee in 2004 gemoeid zijn.

– Realiseren nieuwbouw

De inventarisatie van Zorgverzekeraars Nederland laat zien dat het realiseren van eerder overeengekomen nieuwbouw in 2004 leidt tot extra productieafspraken voor een bedrag van circa € 38 miljoen. Dit bedrag zit nog niet in de eerder gemaakte productieafspraken (per 5 april 2004).

– Nieuwe aanbieders

U weet dat mijn beleid ook gericht is op het stimuleren van dynamiek in de sector. Dit betekent onder meer het stimuleren van ruimte voor nieuwe aanbieders. De wet verplichtte tot voor kort om met alle aanbieders, dus ook nieuwe aanbieders, productieafspraken te maken. Deze verplichting (de zogenoemde contracteerplicht) bestaat sinds 31 augustus 2004 niet meer voor aanbieders van extramurale zorg (oud en nieuw). Ik verwacht dat dit jaar met nieuwe aanbieders voor ongeveer € 49 miljoen aan aanvullende productieafspraken gemaakt worden die vallen binnen de contracteerplicht en nog niet vallen onder de productieafspraken tot 5 april 2004, de datum waarop de aanwijzing van het CTG van kracht is geworden.

– Pgb's

Ik heb het verkrijgen van een persoonsgebonden budget in 2004 eveneens uitgezonderd van mijn beperkende maatregel van dit voorjaar. Wel heb ik u toegezegd de ontwikkeling nauwlettend te zullen volgen. Het CVZ heeft mij laten weten dat de verwachte uitgaven voor het persoonsgebonden budget in 2004 nog overeenkomen met de eerdere raming: € 889 miljoen.¹ De prognose is gebaseerd op cijfers van de Sociale Verzekeringsbank waar het pgb-oude-stijl betreft en op cijfers van de zorgkantoren waar het pgb-nieuwe-stijl betreft. Het CVZ heeft deze cijfers over de eerste twee kwartalen doorvertaald naar het gehele jaar. Dit betekent dat er voor 2004 geen specifieke maatregelen rond het PGB noodzakelijk zijn.

– Specifieke knelpunten

Er blijven op enkele specifieke terreinen, ook na het herverdelen van productieafspraken tussen instellingen, nog knelpunten bestaan. Die hebben betrekking op:

- Urgentieplan (ter voorkoming van) zorg in justitiële jeugdinrichtingen (JJI)
- Zorg bij het Leger des Heils
- Productieafspraken in kader van uitrustingswinkeltaken MEE
Voor het oplossen van deze knelpunten is € 24 miljoen nodig.
- Urgentieplan crisisplaatsingen van ernstig gedragsgestoorde jongeren in JJI's
Zoals u weet is er een tekortkoming in het hulpaanbod voor kinderen met ernstige gedragsproblemen. Deze kinderen met vaak een combinatie van psychische stoornissen, een licht verstandelijke handicap en

¹ Dit blijkt uit de kernmonitor PGB nieuwe stijl van CVZ van 26 augustus 2004.

problemen thuis komen vaak in een justitiële jeugdinrichting terecht in plaats van in een speciaal voor deze problematiek toegerust hulp-aanbod. De Minister van Justitie en ik hebben u toegezegd bereid te zijn een aparte oplossing te vinden voor deze problematiek. Dit heeft zich vertaald in het urgentieplan crisisplaatsingen van ernstig gedrags-gestoorde jongeren in justitiële jeugdinrichtingen (TK 2003–2004, 28 741, nummer 7). In het kader van dit urgentieplan stel ik € 7 miljoen beschikbaar. Dit geld is deels bestemd voor de inzet van extramurale jeugd-GGZ zodat jongeren die op een crisisplek in een justitiële jeugd-inrichting verblijven, sneller onderzocht zullen worden. Daarnaast is het geld bestemd voor uitbreiding van het aantal klinische plekken voor psychiatrische hulp en de versnelde uitbreiding van het aantal plaatsen crisisopvang in instellingen voor licht verstandelijk gehandicapte jeugdigen (Ivg-instellingen) om te voorkomen dat de doelgroep in een justitiële jeugdinrichting terecht komt. In 2004 zullen naar verwachting naast de reguliere uitbreiding versneld nog circa 100 extra Ivg-plaatsen gerealiseerd worden.

- **Leger des Heils**
Eén van de specifieke knelpunten betreft het Leger des Heils. Sinds de start van de modernisering van de AWBZ coördineert het Leger des Heils de RIO-geïndiceerde AWBZ-zorg voor haar cliënten. Omdat het aantal zorgindicaties stijgt, heeft het Leger des Heils besloten om vanaf 2004 deze zorg zelf op basis van een eigen toelating te gaan leveren. In overleg met het zorgkantoor en om doelmatigheidsredenen heeft het Leger des Heils er niet voor gekozen om voor iedere afdeling per zorgkantoorregio een nieuwe toelating te vragen. Er is voor gekozen om het Leger des Heils als landelijke zorgaanbieder met één zorgkantoor productieafspraken te laten maken via een al bestaande toelating. Omdat het een reeds bestaande toelating voor het Leger des Heils betreft valt de aanvraag niet onder de uitzondering die is gemaakt voor nieuwe toegelaten instellingen om toch productieafspraken na 1 maart te kunnen maken. Aangezien het zorg betreft voor cliënten die begin dit jaar al zijn geïndiceerd en waarvoor de personeelsformatie al is aangepast, stel ik het benodigde extra geld (€ 7 miljoen) alsnog beschikbaar.
- **Aanvullende productieafspraken overheveling zorgtaken van de MEE**
De inventarisatie van ZN noemt ook als knelpunt het maken van aanvullende productieafspraken van instellingen die zorgtaken overnemen die voorheen tot het domein van de MEE behoorden. Ik heb in mijn brief aan de Tweede Kamer van 15 april 2003 (TK 2002–2003, VWS 0300481) aangegeven dat de uitruil van enerzijds niet-geïndiceerde winkeltaken en anderzijds geïndiceerde zorgtaken tussen instellingen en de MEE-organisaties macrobudgettair gezien geen extra geld mag kosten. Hierover heb ik met MEE en de Vereniging Gehandicaptenzorginstellingen Nederland (VGN) afspraken gemaakt. Omdat ik instellingen de kans heb gegeven om het gehele jaar 2004 te gebruiken voor de afstoting van de winkeltaken en deze overdracht van winkeltaken nog maar minimaal op gang komt, terwijl de overdracht van zorgtaken wel plaatsvindt, ben ik bereid incidenteel € 10 miljoen beschikbaar te stellen aan de instellingen die MEE-taken overnemen en hiervoor nog geen productieafspraken hebben gemaakt. Daarnaast zal ik instellingen er nogmaals op wijzen dat het geld dat vrij komt door het afstoten van winkeltaken gebruikt moet worden voor taken die vroeger tot de zorgtaken van MEE behoorden.

ZN vraagt in de inventarisatie ook aandacht voor een aantal reeds bekende ontwikkelingen in de sector (indicatiestelling, afbakening van sectoren, zorgzwaarteproblematiek, bekostigingsproblematiek), die niet

direct met geld te maken hebben. Deze ontwikkelingen zijn reeds bij VWS bekend en worden in de reguliere trajecten van de herziening van de AWBZ en in het convenant met de aanbieders aangepakt.

Deels wel, deels geen extra geld nodig voor oplossen knelpunten

De inventarisatie laat zien dat de meeste knelpunten in principe op te lossen zijn door het anders verdelen van budgetten tussen instellingen in een regio. Naast de herverdeling is voor de specifieke knelpunten in totaal € 111 miljoen nodig. Ik zal dat bedrag en de structurele doorwerking hiervan beschikbaar stellen.

Ik heb dit voorjaar in het belang van de toegankelijkheid en betaalbaarheid van de AWBZ op lange termijn een ingrijpende maatregel genomen. Ik ben van mening dat door het optimaal inzetten en herverdelen van de ruimte voor productie het overgrote deel van de knelpunten binnen de regio opgelost kan worden. Dit is een resultaat dat is neergezet door partijen in de sector, ik heb het dan over de aanbieders en de zorgkantoren. Deze inzet van partijen geeft mij vertrouwen in de toekomst.

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
C. I. J. M. Ross-van Dorp