

Vergaderjaar 2007–2008

30 186

Regels inzake marktordening, doelmatigheid en beheerste kostenontwikkeling op het gebied van de gezondheidszorg (Wet marktordening gezondheidszorg)

Nr. 65

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 12 februari 2008

In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ bestond bij enkele fracties behoefte een aantal vragen en opmerkingen voor te leggen aan de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 4 december 2007 inzake experimenten met AWBZ-zorg (30 186, nr. 64).

De op 17 januari 2008 toegezonden vragen en opmerkingen zijn met de door de staatssecretaris bij brief van 12 februari 2008 toegezonden antwoorden hieronder afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,
Smeets

Adjunct-griffier van de commissie,
Clemens

¹ Samenstelling:

Leden: Van der Vlies (SGP), Halsema (GL), Kant (SP), Snijder-Hazelhoff (VVD), Ferrier (CDA), ondervoorzitter, Joldersma (CDA), De Vries (CDA), Smeets (PvdA), voorzitter, Van Miltenburg (VVD), Schippers (VVD), Omtzigt (CDA), Koşer Kaya (D66), Willemse-van der Ploeg (CDA), Van der Veen (PvdA), Schermers (CDA), Van Gerven (SP), Wolbert (PvdA), Heerts (PvdA), Zijlstra (VVD), Ouwehand (PvdD), Agema (PVV), Leijten (SP), Bouwmeester (PvdA), Wiegman-van Meppelen Scheppink (CU) en Vacature (algemeen).
Plv. leden: van der Staaij (SGP), Vendrik (GL), Van Velzen (SP), Neppéus (VVD), Vietsch (CDA), Sterk (CDA), Ormel (CDA), Van Dijken (PvdA), Verdonk (Verdonk), Dezentjé Hamming (VVD), Atsma (CDA), Van der Ham (D66), Çörüz (CDA), Gill'ard (PvdA), Smilde (CDA), Langkamp (SP), Vermeij (PvdA), Arib (PvdA), Kamp (VVD), Thieme (PvdD), Bosma (PVV), Luijben (SP), Hamer (PvdA), Ortega-Martijn (CU) en De Wit (SP).

Inhoudsopgave

I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties	2
II. Reactie van de staatssecretaris	4

I. VRAGEN EN OPMERKINGEN VANUIT DE FRACTIES

Vragen en opmerkingen van de CDA-fractie

1

Voor de leden van de CDA-fractie is het belangrijk dat burgers die in een instelling moeten verblijven keuzes kunnen maken tussen grootschalig of kleinschalig wonen. Welke mogelijkheden zijn er voor organisaties die op grotere schaal willen experimenteren met innovaties op dit gebied en op het gebied van scheiden van wonen en zorg?

2

Innovaties in de zorg zouden ook kunnen leiden tot nieuwe/andere «zorgvragen» waardoor de «druk» (contracteerruimte) op de zorg op lange termijn zal toenemen. Hoe ziet de staatssecretaris dit?

3

De staatssecretaris stelt in haar brief dat zij voornemens is de beleidsregel over het transitieprogramma te evalueren. Wanneer kan de Kamer deze evaluatie tegemoet zien?

4

Wat zijn de problemen die zich kunnen voordoen bij innovaties in de AWBZ?

5

Gaat de gereserveerde € 13 miljoen niet ten koste van het recht op geïndiceerde zorg, nu deze middelen worden geormerkt binnen de contracteerruimte 2008?

6

Kunnen experimenten zich ook uitstrekken tot nieuwe vormen van marktwerking? Zo ja, welke en onder welke voorwaarden?

7

In de brief wordt onder andere aangegeven dat de experimenten in de AWBZ kortdurend en kleinschalig moeten zijn. Hoe verhoudt zich dit tot het uitgangspunt dat de AWBZ-zorg betrekking heeft op langdurige zorg? Als een innovatie succesvol is, kan hier dan een vervolg aan worden gegeven?

Vragen en opmerkingen van de SP-fractie

8

Welke acties onderneemt het kabinet buiten deze experimenten verder om kleinschaligheid in de zorg te bevorderen?

9

Wat gebeurt er met de kortdurende projecten wanneer zij succesvol zijn? Is er zicht op structurele implementatie?

10

In hoeverre verminderen deze experimenten de drempel voor instellingen om kleinschalige projecten te starten?

11

Wanneer worden de experimenten geëvalueerd? Op basis van welke doelstellingen worden de experimenten geëvalueerd?

Vragen en opmerkingen van de VVD-fractie

12

Wat is precies afgesproken in het convenant AWBZ 2005–2007 over het stimuleren van innovatie?

13

Zijn er al resultaten van die afspraken bekend? Zo ja, welke? Zo neen, waarom niet?

14

Wat is precies het doel van de voorgestelde regeling?

15

Volgens de brief wordt «innovatie ingezet om een bijdrage te leveren aan de houdbaarheid van het systeem op de langere termijn, in het bijzonder in relatie tot de arbeidsmarkt». Betekent deze zin dat alle beoogde experimenten alleen dit specifieke doel mogen dienen en dat innovatie gericht op algemene kwaliteitsverbetering van de (patiënten)zorg geen doelstelling kan of mag zijn?

16

In het verleden zijn er verschillende experimenten en initiatieven geweest om de samenwerking tussen de cure en de care te verbeteren. Een aantal keren heeft dat geleid tot beschuldigingen en onderzoeken naar vermeende fraude. Hoe wordt voorkomen dat bij toekomstige experimenten dit opnieuw gebeurt?

17

Aan wat voor soort kleinschalige experimenten wordt momenteel gedacht?

18

Wie neemt het initiatief voor de experimenten (NZa, zorgverzekeraar, zorgkantoor, aanbieder of VWS) en op welke wijze worden aanvragen beoordeeld?

19

Bij samenwerking gefinancierd door deels privaat (verzekerings)geld en deels publiek (AWBZ-)geld schuilt altijd het gevaar van substitutie. Op welke manier wordt getracht dit bij de experimenten te voorkomen?

20

Voor de experimenten is voor dit jaar € 13 miljoen beschikbaar vanuit de AWBZ. Is dit bedrag omvangrijk genoeg om snelle en positieve resultaten te verwachten?

21

Staat de € 13 miljoen die beschikbaar is in verhouding tot het enorme probleem dat dreigt op de arbeidsmarkt? Deze vraag is relevant omdat wordt gesteld dat de experimenten primair tot doel hebben hiervoor een oplossing te zoeken.

22

Kan de Kamer jaarlijks worden geïnformeerd over de toegelaten experimenten en over de voortgang ervan?

Vragen en opmerkingen van de PVV-fractie

23

De leden van de PVV-fractie hebben met interesse kennisgenomen van de brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Met het oog op de berichten uit het verleden, waarbij snoepreises naar het buitenland (mogelijk) werden gefinancierd vanuit de AWBZ, willen deze leden de staatssecretaris vragen of zij bereid is experimenten met AWBZ-zorg in het buitenland uit te sluiten van deze kortdurende, kleinschalige experimenten voor uitsluitend AWBZ-zorg.

II. REACTIE VAN DE STAATSSECRETARIS

Vragen en reacties van de CDA-fractie

1

Voor de leden van de CDA-fractie is het belangrijk dat burgers die in een instelling moeten verblijven keuzes kunnen maken tussen grootschalig of kleinschalig wonen. Welke mogelijkheden zijn er voor organisaties die op grotere schaal willen experimenteren met innovaties op dit gebied en op het gebied van scheiden van wonen en zorg?

Met de CDA-fractie vind ik het van groot belang dat burgers met een verblijfsindicatie keuze hebben tussen grootschalig en kleinschalig wonen. Zorgaanbieders hebben binnen de bestaande wet- en regelgeving onlangs meer ruimte gekregen om zorg in combinaties met verschillende soorten wonen aan te bieden. Ik heb de mogelijkheden om te kiezen voor kleinschalige woonvormen, waarbij het bouwregime van de WTZi niet van toepassing is, per 1 januari 2008 aanzienlijk verruimd. Het maximaal aantal plaatsen licht verblijf per postcodegebied bij kleinschalige woonvormen is opgehoogd van 25 naar 50 plaatsen, en het maximaal aantal plaatsen zwaar verblijf is opgehoogd van 12 naar 24 plaatsen. Vanwege het woord «kleinschalig» worden de mogelijkheden voor kleinschalige wonen met zorg gemakkelijk verward met «kleinschalige experimenten» gericht op nieuwe meer doelmatige zorgproducten. De beoogde uitbreiding van de NZa-beleidsregel voor kortdurende kleinschalige experimenten betreft echter niet de bouw van instellingen, waarbij de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) relevant is, maar de vergoeding van nieuwe zorgproducten binnen de AWBZ. Bij deze kleinschalige experimenten gaat het om vernieuwing die meestal niet binnen bestaande regels kan worden bekostigd. Als deze kleinschalige experimenten slagen dan kunnen deze worden opgenomen in de reguliere bekostiging, zodat die doelmatiger manier van zorgen op grotere schaal kan worden toegepast.

2

Innovaties in de zorg zouden ook kunnen leiden tot nieuwe/andere «zorgvragen» waardoor de «druk» (contracteerruimte) op de zorg op lange termijn zal toenemen. Hoe ziet de staatssecretaris dit?

De CDA-fractie wijst op de mogelijkheid dat innovatie kan leiden tot nieuwe/andere zorgvragen. Deze zorgvraag zal alleen leiden tot (extra) druk op de zorg voor de lange termijn als die nieuwe/andere vraag stapelt op de «oude» zorgvraag en substitutie achterwege blijft. In beginsel vervangen nieuwe zorgvormen de oude.

De komende decennia zal de zorgvraag mede door de vergrijzing veranderen en groeien, waardoor de druk op de macro-lasten, de solidariteit en de arbeidsmarkt toeneemt. De regering ziet effectief en efficiënt innoveren juist als een belangrijk middel om aan die groeiende en veranderende

zorgvraag tegemoet te komen en heeft van innovatie daarom een speerpunt van haar beleid gemaakt. Innoveren betekent experimenteren en daarom worden de huidige mogelijkheden daarvoor binnen de Wmg uitgebreid door middel van mijn aanwijzing voor een NZa-beleidsregel. De betreffende NZa-beleidsregel geldt voor kortdurende kleinschalige experimenten, dat wil zeggen dat de looptijd van het experiment maximaal 3 jaar bedraagt en de omvang van het experiment beperkt is tot bijvoorbeeld een specifieke patiëntengroep of één of enkele zorgaanbieders of zorgkantoren. Ook zijn er in deze NZa-beleidsregel criteria opgenomen die de risico's met betrekking tot de beheersbaarheid van de contracteerruimte beperken, zoals criteria voor betere prijs/kwaliteitsverhoudingen. Daarnaast moeten de nieuwe zorgproducten vallen onder AWBZ aanspraken en daarvoor is een indicatie vereist.

Tenslotte heb ik via mijn aanwijzing inzake «Contracteerruimte AWBZ 2008» aan de NZa de financiële ruimte voor deze experimenten in 2008 beperkt tot maximaal € 13 miljoen (Staatscourant 24 december 2007, nr. 249).

Ik meen dat met deze voorwaarden het door de CDA-fractie gesignaleerde risico tot een minimum beperkt wordt.

3

De staatssecretaris stelt in haar brief dat zij voornemens is de beleidsregel over het transitieprogramma te evalueren. Wanneer kan de Kamer deze evaluatie tegemoet zien?

In mijn brief doel ik op de evaluatie van de beleidsregel kortdurende en kleinschalige experimenten. De NZa evalueert deze beleidsregel als voldoende aanmeldingen hebben plaatsgevonden en als er resultaten zijn behaald voor oordeelsvorming op basis van de toetsingscriteria. Deze toetsingscriteria betreffen onder andere het innovatie-effect, verzekeringskenmerken en betaalbaarheid en staan ook in de beleidsregel zelf vermeld. Zie ook mijn antwoord op vraag 22.

Aan het Transitieprogramma is een monitoringsinstrument verbonden waarmee informatie over leerpunten uit de experimenten regelmatig gedurende het hele programma beschikbaar komen. Over deze monitoringsresultaten zult u in de herfst van 2008 tussentijds worden geïnformeerd.

4

Wat zijn de problemen die zich kunnen voordoen bij innovaties in de AWBZ?

De bekostigingsregels van de AWBZ zijn geënt op de bestaande praktijk in de langdurige zorg en laten bekostiging van nieuwe zorgproducten vaak niet, of slechts zeer ten dele en met aanzienlijke administratieve inspanning toe. Met de voorgenomen beleidsregel wil ik dit probleem wegnemen.

5

Gaat de gereserveerde € 13 miljoen niet ten koste van het recht op geïndiceerde zorg, nu deze middelen worden geormerkt binnen de contracteerruimte 2008?

Nee. De gereserveerde € 13 miljoen gaat niet ten koste van het recht op geïndiceerde zorg. Ook bij de experimenten gaat het om geïndiceerde zorg. De € 13 miljoen biedt de ruimte deze zorg op een innovatieve manier vorm te geven via nieuwe zorgproducten.

6

Kunnen experimenten zich ook uitstrekken tot nieuwe vormen van marktwerking? Zo ja, welke en onder welke voorwaarden?

Het is niet mijn bedoeling met deze NZa beleidsregel nieuwe vormen van marktwerking te introduceren. De experimenten kunnen leiden tot vergoeding van nieuwe zorgproducten met een betere prijs/kwaliteitsverhouding al dan niet in samenhang met het toepassen van nieuwe instrumenten (o.a. behandeltechnieken en protocollen) en/of het efficiënter maken van de infrastructuur en organisaties in het zorgproces.

7

In de brief wordt onder andere aangegeven dat de experimenten in de AWBZ kortdurend en kleinschalig moeten zijn. Hoe verhoudt zich dit tot het uitgangpunt dat de AWBZ-zorg betrekking heeft op langdurige zorg? Als een innovatie succesvol is, kan hier dan een vervolg aan worden gegeven?

De zorgaanbieder zal de bij een experiment betrokken zorgvrager er op moeten wijzen dat het niet zeker is dat de (innovatieve) wijze van zorgverlening altijd op dezelfde wijze zal doorgaan. Als een innovatie niet succesvol blijkt te zijn, zal worden overgeschakeld op een meer traditioneel zorgconcept. Deze conclusie is in lijn met het belang van de zorgvrager. Een succesvolle innovatie kan daarentegen in het reguliere systeem worden opgenomen.

Vragen en opmerkingen van de SP-fractie

8

Welke acties onderneemt het kabinet buiten deze experimenten verder om kleinschaligheid in de zorg te bevorderen?

In de eerste plaats heb ik de mogelijkheden om kleinschalig te bouwen aanzienlijk verruimd zoals omschreven bij vraag 1. En in mijn brief «Zorg voor ouderen; om de kwaliteit van het bestaan» (30 800 XVI, nr. 146) heb ik een stimuleringsregeling «invoeren kleinschalig wonen met zorg» aangekondigd, die dit jaar in zal gaan.

9

Wat gebeurt er met de kortdurende projecten wanneer zij succesvol zijn? Is er zicht op structurele implementatie?

Zie het antwoord op vraag 7.

10

In hoeverre verminderen deze experimenten de drempel voor instellingen om kleinschalige projecten te starten?

De beleidsregel die ik de NZa vraag te ontwikkelen, beoogt dat op gezamenlijke initiatief van de zorgaanbieder en het zorgkantoor op eenvoudige wijze met zo weinig mogelijk bureaucratische procedures projecten kunnen worden gestart. Deze beleidsregel biedt dus ruimte aan instellingen om te kunnen innoveren. Deze experimenten moeten leiden tot nieuwe zorgproducten.

11

Wanneer worden de experimenten geëvalueerd? Op basis van welke doelstellingen worden de experimenten geëvalueerd?

Voor succesvolle experimenten beoordeelt de de NZa op grond van de bewezen kwaliteit en doelmatigheid of en hoe de nieuwe zorgproducten kunnen worden opgenomen in reguliere bekostiging.

Vragen en opmerkingen van de VVD-fractie

12

Wat is precies afgesproken in het convenant AWBZ 2005–2007 over het stimuleren van innovatie?

In het Convenant AWBZ 2005–2007, artikel 12 wordt over innovatie het volgende afgesproken.

«VWS stelt binnen het vastgestelde budgettaire kader een bedrag van € 15 miljoen in 2005 oplopend tot € 45 miljoen in 2007 beschikbaar ten behoeve van innovaties in de AWBZ. Aan deze bedragen zal nog worden toegevoegd de middelen die vrijvallen bij de hierboven genoemde projecten (artikel 11.4: betr. afbouw lopende zorgvernieuwingprojecten binnen 3 jaar; vrijvallende middelen toevoegen aan innovatie).

In nader overleg met de convenant partijen zal voor 1-11-2004 worden bezien hoe en via welke bestuurlijke weg deze middelen worden aangevend. Uitgangspunt hierbij is dat:

- het dient te gaan om innovaties op het terrein van bijvoorbeeld arbeidsproductiviteit of arbeidsinnovatie, nieuwe zorgmethodieken, cliënteninitiatieven en ICT ontwikkeling in de AWBZ zorg.
- de bijdrage wordt voor een periode van maximaal 3 jaar verleend.
- het betreft een bijdrage in de ontwikkeling van het product.
- het resultaat/product dient algemeen toepasbaar en doelmatig te zijn. De middelen worden met zo min mogelijk administratieve lasten toegekend.»

13

Zijn er al resultaten van die afspraken bekend? Zo ja, welke? Zo neen, waarom niet?

De in het antwoord op vraag 12 weergegeven convenantsafspraken zijn gedurende de convenantsperiode nader uitgewerkt. In het directeurenoverleg van het convenant AWBZ zijn twee programmalijnen opgezet. (1) Zorg voor Beter – Invoeren van Innovaties in de Care; (2) Het Transitieprogramma. Daarnaast is deelname aan het Europese Programma Ambient Assisted Living (AAL) voorbereid.

Zorg voor Beter – Invoeren van Innovaties in de Care is voor een belangrijk deel opgebouwd rond verkrijgen van effectkennis over bestaande innovaties en stimulering van innovatieprojecten waarbij effectmeting uitgevoerd wordt. Het implementatieprogramma heeft de volgende concrete resultaten bereikt:

- TNO Kwaliteit van Leven heeft in opdracht twee meetinstrumenten ontwikkeld die het voor managers op relatief eenvoudige wijze mogelijk maken effecten van innovaties in kaart te brengen. Het Meetinstrument Arbeidsinnovatie ondersteunt bij het doorrekenen van effecten op arbeidsintensiviteit en kwaliteit van de zorg, met de Kosten Baten Analyse worden daar financiële effecten en effecten op gebied van kwaliteit van arbeid en enkele organisatorische aspecten aan toegevoegd. Beide instrumenten zijn vrij toegankelijk via internet. Al meer dan 500 geïnteresseerde gebruikers hebben een account aangemaakt.
- 66 zorgorganisaties zijn in 2007 met een geringe subsidie gestart met een innovatieproject dat moet bijdragen aan vermindering van de

arbeidsintensiviteit van zorg bij behoud van kwaliteit van zorg en kwaliteit van arbeid. Deze projecten worden uiterlijk in mei 2008 afgerond.

- In 2008 hebben opnieuw 42 organisaties, waaronder dit keer ook een drietal cliëntenorganisaties subsidie toegezegd gekregen om een innovatieproject uit te voeren.
- In het eerste kwartaal van 2008 gaan de eerste rondes van verbetertrajecten innovatie ter optimalisering van arbeidsinzet van start. Het gaat hierbij om Verzorgend Wassen en Procesherinrichting. Aan beide trajecten kunnen enkele tientallen zorgorganisaties deelnemen.
- 10 zorgorganisaties uit de V&VT-sector starten vanaf 24 januari 2008 met begeleide implementatie van een Elektronisch Cliënten Dossier in hun organisatie. Dit aantal wordt in 2008 uitgebreid tot 50. Het project wordt inhoudelijk geleid door ActiZ en is een vervolg op een pilotproject dat VWS en ActiZ op dit onderwerp hebben uitgevoerd.

Het Transitieprogramma is in november 2007 gestart met 10 transitie-experimenten. In december 2007 is een oproep gedaan voor een tweede tranche experimenten. Deze zullen naar verwachting per 1 juli 2008 van start gaan. Kenmerkend voor het transitieprogramma is dat de deelnemende organisaties onderling en met andere partijen in de beleidsketen kennis en informatie zo effectief mogelijk delen. Het is nu echter nog te vroeg om iets te zeggen over de effecten van de experimenten. Zie ook mijn antwoord op vraag 3. Het innovatieprogramma is vooral gericht op producten en/of diensten voor mensen met een langdurige zorgvraag.

Het Europese programma *Ambiënt Assisted Living (AAL)* zal naar verwachting komend voorjaar van start gaan en lopen tot en met 2013. Het betreft een gemeenschappelijk onderzoeks- en ontwikkelingsprogramma dat is opgezet door verschillende lidstaten. Het programma is gericht op het verbeteren van de kwaliteit van leven van ouderen en het versterken van de industrie in Europa met behulp van informatie en communicatietechnologieën (ICT).

14

Wat is precies het doel van de voorgestelde regeling?

De beleidsregel NZa stimuleert initiatieven tot kleinschalige experimenten van instellingen om te komen tot nieuwe zorgproducten in de AWBZ met een betere prijs/kwaliteit verhouding.

15

Volgens de brief wordt «innovatie ingezet om een bijdrage te leveren aan de houdbaarheid van het systeem op de langere termijn, in het bijzonder in relatie tot de arbeidsmarkt». Betekent deze zin dat alle beoogde experimenten alleen dit specifieke doel mogen dienen en dat innovatie gericht op algemene kwaliteitsverbetering van de (patiënten)zorg geen doelstelling kan of mag zijn?

Neen. De experimenten mogen ook gericht zijn op algemene kwaliteitsverbetering. Zie ook het antwoord op vraag 2.

16

In het verleden zijn er verschillende experimenten en initiatieven geweest om de samenwerking tussen de cure en de care te verbeteren. Een aantal keren heeft dat geleid tot beschuldigingen en onderzoeken naar vermeende fraude. Hoe wordt voorkomen dat bij toekomstige experimenten dit opnieuw gebeurt?

Bij samenwerking tussen de cure en de care spelen de verschillende financieringsystemen van de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de AWBZ een rol. Bij nieuwe zorgproducten is het van belang dat deze op een juiste wijze worden toegeedeeld aan de betreffende wet, dus welk deel van het nieuwe zorgproduct valt onder de Zvw en/of welk deel valt onder de AWBZ en/of welk deel valt er buiten. Met name deze toedeling luistert nauw zodat ook de financiering ten laste van de juiste verzekering (en dus rechtmatig) kan plaatsvinden. In de beoogde NZa-beleidsregel is toetsing op de verzekeringskenmerken expliciet opgenomen en er zijn nadere declaratievoorschriften opgesteld om oneigenlijke financiering te voorkomen.

17 en 18

Aan wat voor soort kleinschalige experimenten wordt momenteel gedacht?

Wie neemt het initiatief voor de experimenten (NZa, zorgverzekeraar, zorgkantoor, aanbieder of VWS) en op welke wijze worden aanvragen beoordeeld?

Op dit moment kan ik nog niet aangeven welke kleinschalige experimenten de zorgaanbieders en de zorgkantoren zullen gaan voorstellen, omdat het initiatief daarvoor bij hen zelf ligt. In de praktijk lijken bijvoorbeeld zorgcoördinatie en ICT-toepassingen te kunnen leiden tot een betere prijs/kwaliteitverhouding.

Zorgaanbieders en zorgkantoren dienen hun aanvraag voor de prestatie innovatie in bij de NZa overeenkomstig de criteria daarvoor in de beleidsregel. De NZa toetst of de voorstellen aan de voorwaarden voldoen. Nieuwe zorgproducten in het kader van de AWBZ worden daarbij getoetst aan de maximaal beschikbaar gestelde € 13 miljoen voor innovatie.

19

Bij samenwerking gefinancierd door deels privaat (verzekerings)geld en deels publiek (AWBZ-)geld schuilt altijd het gevaar van substitutie. Op welke manier wordt getracht dit bij de experimenten te voorkomen?

Zie het antwoord op vraag 16.

20

Voor de experimenten is voor dit jaar € 13 miljoen beschikbaar vanuit de AWBZ. Is dit bedrag omvangrijk genoeg om snelle en positieve resultaten te verwachten?

Met de functioneel omschreven zorgaanspraken en de afzonderlijke Transitie-experimenten is al de nodige ruimte gecreëerd binnen de zorg. Het aanvullende bedrag van € 13 miljoen geeft de sector een extra kans om het aanwezige innovatieve vermogen te benutten, terwijl tegelijkertijd de financiële beheersbaarheid in het oog wordt gehouden.

21

Staat de € 13 miljoen die beschikbaar is in verhouding tot het enorme probleem dat dreigt op de arbeidsmarkt? Deze vraag is relevant omdat wordt gesteld dat de experimenten primair tot doel hebben hiervoor een oplossing te zoeken.

Het bieden van ruimte voor experimenten is één van de maatregelen die worden genomen in het licht van voorkomen van tekorten op de arbeidsmarkt. Door te bezien wat de problemen zijn die zich voordoen bij innovaties in de AWBZ en hiervan te leren kan er een belangrijke bijdrage worden geleverd aan het bevorderen van innovaties. Hiertoe behoren ook arbeidsbesparende innovaties en innovaties gericht op innovatieve zorg-

processen. Naast beleid gericht op innovaties richt het arbeidsmarktbeleid zich ook op twee andere sporen te weten het investeren in het behoud van personeel en het vergroten van instroom van nieuw personeel. Inzet op al deze terreinen zal noodzakelijk zijn om knelpunten op de arbeidsmarkt zo veel mogelijk te voorkomen. In de arbeidsmarktbrief die ik in november 2007 aan de Kamer heb verzonden (Tweede Kamer, vergaderjaar 2007–2008, 29 282, nr. 46) wordt hier uitgebreider op ingegaan.

22

Kan de Kamer jaarlijks worden geïnformeerd over de toegelaten experimenten en over de voortgang ervan?

Over de transitie-experimenten, waarbij de zorgaanbieders bewust hebben gekozen voor het intensief delen van informatie, zult u periodiek worden geïnformeerd.

De beoogde NZa-beleidsregel betreft een uitbreiding van de bestaande beleidsregel voor «Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties», die met ingang van 1 januari 2007 geldt voor de cure en ketenzorg. Daarbij is afgesproken dat er een evaluatie van de beleidsregel zal plaatsvinden. Uit oogpunt van beperking van de administratieve lasten wil ik voor de uitbreiding van de NZa-beleidsregel voor de AWBZ hierbij aan sluiten. (zie ook mijn antwoord op vraag 3) Daarnaast zal ik de NZa vragen of ik jaarlijks een overzicht van de stand van zaken kan ontvangen met betrekking tot deze beleidsregel. Dat overzicht zal ik dan aan de Kamer sturen.

Vragen en opmerkingen van de PVV-fractie

23

De leden van de PVV-fractie hebben met interesse kennisgenomen van de brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Met het oog op de berichten uit het verleden, waarbij snoepreisjes naar het buitenland (mogelijk) werden gefinancierd vanuit de AWBZ, willen deze leden de staatssecretaris vragen of zij bereid is experimenten met AWBZ-zorg in het buitenland uit te sluiten van deze kortdurende, kleinschalige experimenten voor uitsluitend AWBZ-zorg.

De WMG heeft zogenaamd een territoriale werking. Dat betekent dat de werkingsfeer van de WMG beperkt is tot de gebiedsdelen van het Koninkrijk der Nederlanden in Europa. Dat geldt dus ook voor de kortdurende kleinschalige experimenten, die door middel van mijn beoogde aanwijzing aan de NZa onder de WMG worden gebracht. Met andere woorden kortdurende, kleinschalige experimenten op grond van de WMG zijn in het buitenland niet rechtsgeldig.