

Vergaderjaar 2009–2010

30 597

Toekomst AWBZ

Nr. 107

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

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 9 oktober 2009

1. Inleiding

In het algemeen overleg van 17 juni 2009 (kamerstuk 30 597, nr. 98) inzake AWBZ dossiers is de invoering van een eigen bijdrage voor begeleiding op grond van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) aan de orde geweest. Diverse Kamerleden hebben daarbij gewezen op de discussie in 2004 over invoering van een eigen bijdrage voor begeleiding. In het algemeen overleg heb ik aangegeven dat de situatie thans anders is. Ik heb daarbij cijfers genoemd en toegezegd u over die cijfers nog uitgebreide argumentatie toe te zenden.

Tevens heb ik toegezegd de uitvoeringstoetsen van het CAK en het College voor zorgverzekeringen (CVZ) over de invoering van de eigen bijdrage voor begeleiding met een standpunt te voorzien en de Kamer te doen toekomen.

Met deze brief voldoe ik aan de gedane toezeggingen.

2. 2004 en heden

Het invoeren van een eigen bijdrage voor begeleiding is een van de maatregelen die het kabinet op 13 juni 2008 in de brief «Zeker van zorg nu en straks» heeft aangekondigd (Kamerstukken II 2007/08, nr. 30 597, nr. 15). Een eigen bijdrage voor begeleiding is aangewezen omdat ook voor andere op grond van de AWBZ geregelde aanspraken een eigen bijdrage verschuldigd is. Daarnaast is een belangrijk doel van deze eigen bijdrage het tegengaan van al te lichtzinnig gebruik van begeleiding. De opbrengsten zijn geraamd op € 87 miljoen in 2010.

Zoals de Kamer terecht heeft opgemerkt, is een eigen bijdrage voor begeleiding eerder ook aan de orde geweest. In verband hiermee ga ik eerst terug in de tijd, maak ik vervolgens een vergelijking met de huidige situatie en ga ik ook in op de cijfers.

Voor begeleiding gold sinds 1 januari 1997 al een eigen bijdrage indien deze werd geleverd door de thuiszorginstellingen. Begeleiding was immers een onderdeel van de thuiszorg die met ingang van genoemde datum in het AWBZ-pakket was opgenomen. Vanwege de invoering per 1 april 2003 van de zorgbrede functies in de AWBZ, waarbij ook begeleiding derhalve als losse zorgfunctie voor alle doelgroepen in de AWBZ is ingevoerd, is er een AWBZ-brede eigen bijdragesystematiek voor zorg zonder verblijf ontwikkeld. Deze betrof ook begeleiding. Zorgkantoren zouden de nieuwe eigen bijdragesystematiek gaan uitvoeren. Om zorgkantoren niet te zwaar te belasten, is besloten de nieuwe eigen bijdragesystematiek op een later tijdstip in te voeren dan de AWBZ-brede functiegerichte zorgaanspraken. Voorlopig bleef de oude systematiek, uit te voeren door het CAK, gehandhaafd en gold de eigen bijdrage voor begeleiding alleen voor die verzekerden van 18 jaar en ouder die ook onder de tot dan geldende bijdrageregeling een eigen bijdrage verschuldigd geweest zouden zijn. Dat lag anders indien de verzekerde koos voor het persoonsgebonden budget (pgb). Met ingang van 1 april 2003 werd in alle gevallen een eigen bijdrage geheven die 27% bedroeg van het bruto pgb voor begeleiding. Daarbij gold het inkomensafhankelijke maximum dat ook van toepassing was bij de naturazorg.

In verband met noodzakelijke bezuinigingen in de AWBZ is per 1 januari 2004 geheel afgezien van invoering van de in 2003 beoogde nieuwe eigen bijdragesystematiek voor zorg zonder verblijf in natura. Tevens is de uitvoering van de eigen bijdragen bij het CAK gebleven, omdat een decentrale uitvoering inmiddels niet strookte met de afspraak in het Hoofdlijnen Akkoord van het toenmalige kabinet dat inkomensafhankelijk regelingen door een aan de Belastingdienst gelieerde instelling worden uitgevoerd. Besloten werd de verdere invoering van de eigen bijdrage voor begeleiding wel door te zetten, maar om uitvoeringstechnische problemen te voorkomen, te regelen dat de eigen bijdrage voor begeleiding in het kader van de gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg pas geheven zou worden met ingang van 12 juli 2004.

Op 29 maart 2004, UITV/24029688, heeft het CVZ gerapporteerd over de implementatie van de eigen bijdrage voor begeleiding in natura in de gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg. Voor patiënten die aangewezen waren op instellingen die verpleging, verzorging en – in dat kader – begeleiding leverden, bestond op dat moment al een eigen bijdrage. Deze eigen bijdrage was de voortzetting van de eigen bijdrage, zoals die voorheen verschuldigd was voor de zorg van instellingen voor thuiszorg.

In de rapportage van 29 maart 2004 heeft het CVZ, op verzoek van de toenmalige staatssecretaris, tevens aandacht besteed aan de uitvoeringskosten in relatie tot de opbrengsten. Het CVZ wees er op dat het CVZ, het CAK, noch het toenmalige College tarieven gezondheidszorg over gegevens beschikten die een nauwkeurige berekening voor de uitvoeringskosten in de gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg mogelijk maakte. Dat gold ook voor de opbrengsten in die sectoren. Bij de gehandicaptenzorg, zo stelde het CVZ, gaat het vooral om verzekerden die een Wajonguitkering ontvangen en dus meestal al het maximale bedrag van € 16 per vier weken aan eigen bijdrage voor verpleging en persoonlijke verzorging betalen. Er zou dus geen opbrengst en remwerking zijn. Bij de gehandicaptenzorg vond verder papieren gegevensuitwisseling plaats. Het CVZ schatte daarom in dat de uitvoeringskosten hoog zouden zijn. De opbrengsten wogen naar de mening van het CVZ niet op tegen de uitvoeringskosten. Een soortgelijke conclusie trok het CVZ met betrekking tot de geestelijke gezondheidszorg omdat het hier voornamelijk ging om verzekerden met een inkomen op minimumniveau die ook al het maximum betalen. Ook hier waren de

exacte cijfers moeilijk in te schatten. Het CVZ noemde verder de plannen van het toenmalige kabinet om de geestelijke gezondheidszorg over te hevelen naar de Zorgverzekeringswet en de begeleiding naar de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo).

Het toenmalige kabinet heeft vervolgens op grond van praktische overwegingen besloten af te zien van een eigen bijdrage voor begeleiding in natura per 12 juli 2004. De eigen bijdrage voor begeleiding bij een pgb bleef wel bestaan omdat die al sinds 1 april 2003 bestond, makkelijk is uit te voeren en afschaffing tot een reëel besparingsverlies zou leiden. Met ingang van 1 januari 2006 is ook deze eigen bijdrage afgeschaft, ter uitvoering van de motie Vietsch (Kamerstukken II 2004/05, 26 631, nr. 124 en nr. 135).

Zoals hiervoor is aangegeven, worden de opbrengsten van de invoering van de eigen bijdrage voor begeleiding geraamd op € 87 miljoen in 2010. Deze bestaat uit een opbrengst aan eigen bijdragen van € 20 mln en een vermindering van de uitgave aan begeleiding van € 67 mln (remgeld). 65% van die opbrengst wordt binnengehaald via de eigen bijdrage voor begeleiding bij het pgb. De rest betreft de eigen bijdrage bij de natura-zorg. De uitvoeringskosten voor het CAK zijn op basis van schatting van het CAK te ramen op ongeveer € 2 miljoen structureel per jaar en ongeveer € 1 miljoen incidenteel bij de invoering. Voor de aanbieders zullen de uitvoeringskosten eveneens gering zijn omdat dezelfde systematiek wordt gehanteerd als ook voor de verpleging en persoonlijke verzorging geldt.

De situatie is nu anders dan in 2004. In 2004 ging de discussie over de opbrengst versus inning van de eigen bijdrage voor begeleiding alleen over begeleiding in natura als onderdeel van de gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg. Voor de overige begeleiding in natura was die discussie er niet en voor het pgb gold wel een eigen bijdrage voor begeleiding. In 2004 was de vraag naar begeleiding verder veel geringer dan nu. Het was immers een nieuwe losse zorgfunctie voor alle AWBZ-doelgroepen. Anders dan in 2004 aan de Tweede Kamer was meegedeeld is begeleiding verder niet naar de Wmo overgeheveld.

De papieren gegevensuitwisseling vindt nu nog wel in beperkte mate plaats, maar behoort met ingang van 1 januari 2010 tot het verleden. Dan vindt de gegevensuitwisseling tussen zorgaanbieders en het CAK geheel geautomatiseerd plaats.

Naast medefinanciering is een eigen bijdrage voor begeleiding noodzakelijk om te voorkomen dat de uitgaven voor begeleiding nog meer gaan stijgen dan nu al het geval is. Dat geldt vooral voor het pgb. De vraag naar begeleiding en het aantal daarvoor geïndiceerde uren is de afgelopen jaren sterk gestegen zonder dat sprake is van een toename van de beperkingen. Dat blijkt uit de analyse van het CIZ en onderzoeksbureau HHM, waarover ik de Kamer bij brief van 16 september 2008 (Kamerstukken II 2008/0930957, nr. 29) heb geïnformeerd. Om deze groei te beperken, is het aangewezen een eigen bijdrage voor de functie begeleiding te heffen. Bovendien geldt voor alle andere functies ook een eigen bijdrage. Het invoeren van een eigen bijdrage zorgt er voor dat mensen nog eens kritisch kijken naar hun zorggebruik en hun eigen verantwoordelijkheid. De extra financiële prikkel kan er toe leiden dat een deel van de cliënten minder zorguren zal gaan afnemen. Dit effect leidt niet tot extra opbrengsten bij de eigen bijdrage, maar wel tot een besparing op de zorgkosten doordat er minder uren zorg worden afgenomen.

3. Uitvoeringstoets CAK

Het CAK heeft op 16 april 2009, FW.VWS.160409, zijn uitvoeringstoets uitgebracht.¹

Het CAK heeft daarin aangegeven welke voorwaarden en eisen het CAK stelt aan de gegevens die aan het CAK moeten worden aangeleverd om de eigen bijdrage te kunnen uitvoeren en welke risico's het CAK ziet voor de uitvoering. Ook de impact op de organisatie is aangegeven. Het CAK zet vraagtekens bij de overwegingen die ten grondslag hebben gelegen aan het besluit om een eigen bijdrage voor begeleiding in te voeren. Het CAK verwijst naar de bevindingen van het CVZ uit 2004. Hierop ben ik in het vorenstaande al ingegaan.

Het CAK stelt uitvoeringstechnisch in staat te zijn de eigen bijdrage uit te voeren, maar dat de instellingen dan wel in staat moeten zijn de benodigde gegevens aan te leveren. Het CAK geeft aan op dat laatste geen antwoord te kunnen geven.

Het CAK geeft verder aan voor de uitvoering van de maatregel circa 39 tot 63 fte's nodig te hebben en gedurende de implementatie nog een projectteam van 14 fte's. De communicatie richting instellingen ziet het CAK als taak voor VWS en de communicatie richting cliënt als een gezamenlijke taak van CAK en VWS.

4. Uitvoeringstoets CVZ

Het CVZ heeft op 24 juli 2009, VZU-29050484, gerapporteerd. Het CVZ komt tot de conclusie dat gegeven de nu beschikbare informatie, de uitkomsten van de projectreview van het CAK-plan, de ervaringen die er zijn met de uitvoering van de eigen bijdrageregeling en het onderzoek van Berenschot er te veel risico's zijn voor een succesvolle implementatie van de eigen bijdrage begeleiding per 1 januari 2010 in de uitvoeringsketen. Het CVZ stelt dat het CAK de extramurale eigen bijdrage uitvoert en dat de regeling voor de eigen bijdrage voor begeleiding volledig daarop geënt is. Voor de extramurale eigen bijdrage communiceert het CAK al met alle partijen. Het CAK kan dus, zo stelt het CVZ, als regisseur voor de uitvoering in de keten optreden. Het CVZ acht zijn rol hierin marginaal. Het CVZ adviseert om eerst bij de zorginstellingen verder onderzoek plaats te laten vinden naar de uitvoeringsconsequenties en samen met het CAK het plan verder uit te werken om te komen tot een beheerste invoering.

5. Standpunt

Uit beide uitvoeringstoetsen blijkt dat de termijn van invoering voor een eigen bijdrage voor begeleiding per 1 januari 2010 risicovol is. Teneinde duidelijkheid te krijgen over de implementatietermijn voor de zorgaanbieders is de invoering van de eigen bijdrage per 1 januari 2010 in de Stuurgroep ketenoverleg CAK besproken. De ketenpartners achten de datum van 1 januari 2010 eveneens te risicovol. De ketenpartners geven aan een invoeringstermijn van een half jaar voor de naturazorg nodig te hebben. Dat is niet het geval bij het pgb. Bij het pgb is invoering per 1 januari 2010 wel mogelijk. De eigen bijdrage houdt bij het pgb een korting van een percentage op het pgb in en wordt uitgevoerd door de zorgkantoren.

Gelet op de conclusies in de uitvoeringstoetsen en het overleg met de ketenpartners heb ik besloten de invoering van de eigen bijdrage bij begeleiding in natura met een half jaar uit te stellen. Vanwege de vierweekeperiode betekent dat een uitstel tot 21 juni 2010. Bij het pgb handhaaf ik de datum van 1 januari 2010. Op die wijze kan de eigen bijdrage meteen per 1 januari 2010 over het pgb 2010 worden berekend. Door deze fasege-

¹ Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

wijze invoering is het opbrengstverlies beperkt tot € 15 mln. Wel betekent deze fasegewijze invoering dat verzekerden die een pgb ontvangen een half jaar eerder een eigen bijdrage voor begeleiding betalen dan de verzekerden die naturazorg ontvangen. De pgb-houders hebben echter in 2009 een voordeel gehad ten opzichte van verzekerden die zorg in natura hebben ontvangen. De pgb-tarieven zijn namelijk vastgesteld op de ramingen van het CBP in het najaar 2008. Ten tijde van de vaststelling van de pgb-tarieven bedroeg de raming voor de nominale ontwikkeling 3,9%. De raming is begin 2009 door het CBP naar beneden bijgesteld op 3,17%. Bij naturazorg wordt voor de nominale bijstellingen gewerkt met een systeem van voor- en nacalculatie. Indien er te veel of te weinig is uitgedeeld, wordt dit voor de instellingen achteraf rechtgetrokken. De pgb-regeling kent een dergelijke systematiek niet. Hetgeen de pgb-houders in 2009 teveel hebben ontvangen, zal niet worden terug gevorderd. De pgb-houders mogen dat voordeel houden.

Met het CAK heb ik afgesproken dat het CAK het voortouw neemt in de afstemming in de keten. De systematiek van de eigen bijdrage voor begeleiding is immers dezelfde als voor verpleging en persoonlijke verzorging, die ook door het CAK wordt uitgevoerd. Daarvoor communiceert het CAK al rechtstreeks met de zorgaanbieders.

De staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
M. Bussemaker