

Antwoorden op Kamervragen van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 21 december 2007 inzake aanvullende toeslagen, herindicatie en knelpuntenprocedure met betrekking tot de contracteerruimte AWBZ 2007 (26 631, nr. 235).

Vragen en opmerkingen van de CDA-fractie

Vraag 1:

De leden van de CDA-fractie begrijpen dat de aanvullende toeslag niet één op één gekoppeld wordt aan de zorg voor een cliënt. Maar is het niet zo dat, wanneer er op objectieve gronden voor meerdere cliënten een toeslag nodig zou zijn en die niet wordt verleend, er toch sprake kan zijn van een budgettaire problematiek en/of onvoldoende zorg?

Vraag 2:

Doet het landelijke gemiddelde recht aan de regionale verschillen in het aanbod en in de bevolkingsopbouw? Worden instellingen in dat geval niet onevenredig gestraft voor een contractering op of boven het landelijke gemiddelde?

Antwoord 1 en 2:

De door de CDA-fractie gesignaleerde punten zijn juist de argumenten om van een budgetsysteem over te stappen op een op zorgzwaarte toegesneden cliëntgebonden systeem. In het budgetsysteem is het ten principale de instelling die de plussen en de minnen als gevolg van de samenstelling van het cliëntenbestand moet opvangen. Soms kan dat inderdaad tot budgettaire krapte leiden. De landelijke norm van 33,9% doet geen onrecht aan de bevolkingsopbouw. Immers in een sterk vergrijsd gebied zal doorgaans ook de capaciteit van verzorgingshuizen hoger liggen en leidt een percentage daarom ook tot een navenant hoger aantal toeslagen.

Vraag 3:

Kan het kabinet nader toelichten of er een beleidsregel komt die het mogelijk maakt om een verplichte herverdeling tussen regio's te bewerkstelligen. Zo niet, waarom niet en wat zijn de alternatieven waarmee het kabinet en de NZa een herhaling van de situatie uit 2007 voorkomen?

Antwoord 3:

Er komt geen beleidsregel die het mogelijk maakt om een verplichte herverdeling tussen regio's te bewerkstelligen. Dit zou te zeer ingrijpen op de afspraken die regionaal tussen zorgkantoren en instellingen voor het hele jaar worden gemaakt. Wel zijn in 2008 instrumenten geïntroduceerd om in beperkte mate regionale knelpunten te kunnen opvangen. Enerzijds is de groei ruimte verdeeld op basis van regionale indicatoren (aantal indicaties en aantal 75-plussers), waardoor de initiële verdeling beter aansluit op de zorgvraag. Anderzijds is een budget van € 25 miljoen centraal gereserveerd, dat in de julironde kan worden ingezet indien uit de productieafspraken van april knelpunten naar voren komen.

Vraag 4:

Hoe meet het kabinet objectief of een zorgaanbieder een adequaat zorgpakket aanbiedt met een lager aantal zorguren, waarna de tariefkorting ongedaan wordt gemaakt?

Antwoord 4:

De NZa zal bij de nacalculatie nagaan in hoeverre de zorgaanbieder heeft voldaan aan de voorwaarden om in aanmerking te komen voor een tariefverhoging. De NZa zal daarbij kijken naar het aantal uren zorg dat per geïndiceerde klasse is geleverd. Het zorgkantoor heeft de zorgplicht en zal met de zorgaanbieder afspraken maken over de zorgverlening aan de cliënt.

Onderdeel van deze afspraak is dat de zorgaanbieder moet voldoen aan bepaalde kwaliteitseisen. Vanaf 2008 worden deze eisen vastgelegd in de indicatoren verantwoorde zorg, die in de sector zijn afgesproken.

Vraag 5:

Leidt de voorgestelde procedure niet tot teveel bureaucratie bij zorgaanbieders, de NZa of VWS?

Antwoord 5:

Voor de NZa zal deze procedure tot extra handelingen leiden bij de nacalculatie 2008. Deze handelingen kunnen echter worden meegenomen bij de beoordeling van de ingediende productieopgaven. Voor de zorgaanbieders levert dit geen extra administratieve lasten op omdat zij ook in de huidige situatie de productiegegevens moeten opleveren. VWS is niet betrokken bij dit onderdeel van het uitvoeringsproces. Dit proces heeft dan ook geen gevolgen voor de administratieve handelingen van VWS.

Vraag 6:

Kan de uitkomst zijn dat geen enkele zorgaanbieder erop achteruit gaat? Zo ja, wat zijn dan de budgettaire consequenties?

Antwoord 6:

Het kan zijn dat geen enkele zorgaanbieder erop achteruit gaat. Dit betekent dat alle zorgaanbieders er voor kiezen om in beperkte mate minder zorg te leveren per geïndiceerde cliënt. Hierdoor daalt het totale zorgvolume en wordt op deze wijze de beoogde ombuiging gerealiseerd. Ook door een meer efficiënte werkwijze kan de kostenreductie worden gerealiseerd.

Vraag 7:

Als de tariefkorting ongedaan wordt gemaakt of verhoogd, wordt dit dan met terugwerkende kracht doorgevoerd en verrekend in de tarieven van het lopende jaar? Kan dit niet tot exploitatieproblemen bij zorgaanbieders leiden?

Antwoord 7:

De tariefmutatie wordt bij de nacalculaties verwerkt en is bepalend voor de uiteindelijke vergoeding over 2008. Dit kan tot verhoging of verlaging van het eerder toegekende budget leiden. Zorgaanbieders zijn vooraf op de hoogte van de gestelde criteria en weten daarom vooraf of hun budget zal worden verlaagd dan wel verhoogd afhankelijk van de door hen geleverde inspanning. Hierdoor is het mogelijk dat zij vooraf anticiperen en exploitatiegevolgen voorkomen. Mochten alsnog exploitatiegevolgen ontstaan dan kunnen deze worden verrekend met de risicoreserve aanvaardbare kosten (RAK).

Vraag 8:

Klopt het dat de beleidsregel van de NZa geen correctie naar rato doorvoert? Waarom niet?

Antwoord 8:

Het is juist dat de huidige beleidsregel van de NZa geen correctie naar rato uitvoert. De NZa acht het niet mogelijk om een relatief complexe invulling van de beleidsmaatregel vorm te geven. Om uitvoeringstechnische redenen is door de NZa gekozen voor een bonus dan wel malus die wordt verrekend indien het vaste ijkpunt al dan niet is gerealiseerd. De uitvoering van de maatregel zal geschieden bij de afrekening 2008.

Vraag 9:

Kan het kabinet nog eens toelichten waarom er bij een tariefkorting van 3,5% of zelfs 7% voor de cliënten maar in beperkte mate effecten ervaren zullen worden? Is daarvoor het indicatiebesluit veelal scherp en helder genoeg?

Antwoord 9:

In het indicatiebesluit van het CIZ wordt de zorg uitgedrukt in klassen. De cliënt heeft bij een indicatie van bijvoorbeeld 7-10 uur recht op minimaal 7 en maximaal 10 uur zorg. De huidige maatregel heeft geen invloed op deze klasse-aanduiding en doet daarmee ook niets af aan de indicatiewerkzaamheden of het indicatiebesluit van het CIZ, noch aan het geïndiceerde recht op zorg voor de cliënt.

Ook in de nieuwe situatie krijgen de cliënten een aanbod dat voldoet aan het indicatiebesluit. Wel kan het zijn dat de zorgaanbieder door de tariefkorting of het beperkter aantal uren het zorgaanbod anders inricht. Ook dit nieuwe zorgaanbod moet voldoen aan de algemene kwaliteitseisen die door het IGZ en in het verlengde daarvan het zorgkantoor worden gesteld. Ten slotte kan de zorgaanbieder door een effectievere inzet van middelen het huidige zorgaanbod continueren. In dat geval zal de cliënt geen gevolgen ondervinden van de beleidsmaatregel.

Wellicht ten overvloede kan nog worden opgemerkt dat de tariefmaatregel alleen van toepassing is op de functies Persoonlijke Verzorging en Ondersteunende Begeleiding algemeen. Voor de overige functies is deze maatregel niet van kracht.

Vragen en opmerkingen van de PvdA-fractie

Vraag 10:

Kan de staatssecretaris toelichten hoe de aanvullende regeling die het mogelijk maakt voor aanbieders om de tariefkorting weer ongedaan te maken eruit komt te zien?

Antwoord 10:

Bij de aanvullende regeling wordt een relatie gelegd met het aantal uren zorg dat de zorgaanbieder levert binnen de geïndiceerde klasse. Indien dit aantal uren ligt beneden 35% van de klasse dan ontvangt de zorgaanbieder bij de nacalculatie een bonus van 3,5% van het maximumtarief voor de betreffende functie (PV of OB-algemeen). Indien dit aantal uren boven deze norm ligt volgt een malus van 3,5%.

Vraag 11:

Hoe wordt de doelmatigheid van instellingen gemonitord? Wat zijn de criteria voor het verkrijgen van een bonus dan wel malus?

Antwoord 11:

Ten behoeve van de nacalculatie moeten de zorgaanbieders de productiecijfers aanleveren aan de NZa. De NZa kan aan de hand van deze productiecijfers bezien of de gestelde norm met betrekking tot het aantal uren zorg per klasse is gerealiseerd. Vervolgens wordt conform de methodiek zoals weergegeven bij het antwoord op vraag 10 een bonus dan wel malus verstrekt.

Vraag 12:

Indien een zorgaanbieder geen extra inspanning levert zal de tariefkorting alsnog worden verhoogd tot 7%. In hoeverre zal de individuele cliënt hiervan de gevolgen merken?

Antwoord 12:

De correctie zal plaatsvinden bij de nacalculatie. De cliënt heeft dan al de zorg ontvangen en zal dan geen gevolgen meer ondervinden van deze correctie. Wel is het mogelijk dat de zorgaanbieder anticipeert op een mogelijke verhoging van de tariefkorting. In het antwoord op vraag 9 is op deze situatie ingegaan.

Vraag 13:

Wat verstaat de staatssecretaris precies onder 'beperkte mate' als het gaat om de mogelijke effecten van kostenreductie en beperking van uren voor de individuele cliënt?

Antwoord 13:

Voor dit antwoord verwijst ik graag naar het antwoord op vraag 9.

Vraag 14:

Hoe gaat de staatssecretaris ervoor zorgen dat tussen nu en 2009 het zelfoplossend vermogen van instellingen op enigerwijze wordt gestimuleerd?

Antwoord 14:

In het kader van deze maatregel wordt een beroep gedaan op de zorgaanbieders om het zorgproces effectiever in te richten. Om dit proces te ondersteunen is het van belang dat instellingen de ruimte krijgen en onnodige administratieve belasting wordt voorkomen. In het rapport "AWBZ: Naar eenvoud in de uitvoering" dat ik u in augustus 2007 heb doen toekomen, heb ik een aantal maatregelen genoemd dat daaraan kan bijdragen. Dit betreft onder meer de vereenvoudiging van de verantwoording via het jaardocument "Maatschappelijke verantwoording".

Vragen en opmerkingen van de SP-fractie

Vraag 15:

Indien een cliënt een hogere zorgvraag krijgt terwijl hij of zij al in zorg is, is er volgens u geen sprake van een knelpunt. Hoe kunt u echter garanderen dat deze toename van de zorgzwaarte geen knelpunten veroorzaakt in het zorgaanbod en op het instellingsbudget?

Antwoord 15:

De zorgplicht voor cliënten die in zorg zijn genomen ligt bij de zorgaanbieder. Deze zorg moet voldoen aan de "normen verantwoorde zorg". De IGZ ziet hierop toe. In extreme gevallen kan er inderdaad sprake zijn van een budgettaire krapte. Dit is inherent aan het huidige systeem. Mede om deze redenen wil ik aanpassingen aanbrengen aan het huidige systeem (zie ook het antwoord op vraag 1).

Vraag 16:

Acht u het mogelijk dat zorginstellingen, omdat deze werken met een gemiddeld tarief per bewoner, het personeelsbestand afstemmen op de gemiddelde zorgvraag? Zo ja, is het dan niet redelijk te veronderstellen dat bij toename van de zorgvraag en zorgzwaarte er sowieso extra handen aan het bed, dus personeel, moet komen? Waarop baseert u uw aanname dat instellingen daarvoor met de huidige tarieven over voldoende financiële armslag beschikken?

Antwoord 16:

Zorginstellingen maken jaarlijks een inschatting van de zorg die zij gaan leveren in het komende jaar. Daarbij houden zij rekening met een eventuele toename van het aantal cliënten met een eventueel lichtere zorgvraag en de toenemende zorgvraag per cliënt. Instellingen leveren zorg aan een mix van cliënten met zowel een lichte als een zware zorgvraag. Op basis van deze prognose maken zij afspraken met het zorgkantoor.

Zoals ik in mijn brief heb aangegeven sta ik open voor onverwachte knellende situaties die samenhangen met de bekostiging van hogere zorgzwaartes, onder meer door het verhogen van middelen die beschikbaar zijn voor het toekennen van toeslagen.

Vraag 17:

Beschikken instellingen over voldoende personeel om wisselingen en een toename van de zorgvraag adequaat te kunnen beantwoorden? Zo ja, waarop baseert u deze aanname? Zo neen, welke maatregelen gaat u treffen om ervoor te zorgen dat in instellingen het personeelsbestand dusdanig kan worden samengesteld dat snel en adequaat kan worden ingespeeld op de vraag naar meer en complexere zorg?

Antwoord 17:

Wisselingen in zorgvraag van bewoners vinden altijd plaats. Het is primair de verantwoordelijkheid van het instellingsmanagement om wisselingen in en een toename van de zorgvraag op te vangen en daar in hun personeelsbeleid rekening mee te houden. Omdat het hier om een geleidelijk trendmatig proces gaat kunnen de instellingen op deze ontwikkelingen inspelen. Daarbij zal de introductie van de ZZP-systematiek waarbij de zorgzwaarte expliciet in beeld wordt gebracht een ondersteunende rol kunnen spelen. Door zorgzwaarte inzichtelijk te hebben, is het eenvoudiger hier het personeelsbestand op af te stemmen. Indien zich specifieke knelpunten voordoen in bepaalde deelsectoren dan kan ik een faciliterende rol spelen. Hierbij wil ik u wijzen op de extra middelen die in het kader van mijn beleidsvisie "Zorg voor ouderen: Om de kwaliteit van het bestaan" (31 mei 2007) ter beschikking zijn gesteld om meer handen aan het bed te kunnen realiseren.

Vraag 18:

Wordt het budget van een instelling altijd verhoogd bij een volgende contracteerronde indien blijkt dat er in de afgelopen periode boven het afgesproken totale budget is geleverd? Zo neen, waarom niet?

Antwoord 18:

Dit is niet altijd het geval. Jaarlijks maken de zorgkantoren afspraken met de zorgaanbieders over de omvang van de te leveren zorg. Hierbij houden zorgkantoren ook rekening met nieuwe aanbieders in de regio en de offertes van andere bestaande zorgaanbieders. Indien deze andere zorgaanbieders zorg kunnen leveren tegen betere condities dan de betreffende aanbieder met overproductie dan zal geen hoger contractvolume worden afgesproken.

Vraag 19:

Wat is de prikkel voor instellingen om toch meer zorg te leveren indien deze niet vergoed wordt via een aanvullende toeslag omdat er geen knelpunt wordt geconstateerd en niet in een verhoging van het budget in de volgende contracteerronde?

Antwoord 19:

Het uitgangspunt is dat instellingen vergoed worden voor de zorg die zij hebben afgesproken met het zorgkantoor en hebben geleverd aan de cliënt. Ik wens geen prikkels in te voeren voor omzetmaximalisatie. De zorgplicht in de regio berust bij het zorgkantoor. Als de ontwikkeling van de zorgvraag daar aanleiding toe geeft en die niet binnen het regiobudget kan worden opgevangen, zullen met in acht name van de geldende spelregels, ook aanvullende contractafspraken kunnen worden gemaakt.

Vraag 20:

Welke maatregelen gaat u treffen, buiten de invoering van een zorgplan en de invoering van de ZZP's, om er zorg voor te dragen dat alle geïndiceerde zorg ook daadwerkelijk gegeven kan worden in de AWBZ-instellingen in 2008, zowel extra- als intramuraal?

Antwoord 20:

Jaarlijks wordt een inschatting gemaakt van de zorgvraag. Rekening houdend met deze prognose wordt de contracteerruimte bepaald, waarmee de zorg kan worden ingekocht. Dit bedrag is dan ook voldoende om alle geïndiceerde zorg te kunnen betalen. Omdat het een prognose betreft kunnen in de loop van het jaar zich afwijkende ontwikkelingen voordoen. Om deze ontwikkelingen in beeld te brengen, brengt de NZa in mei een rapport uit waarin het aantal indicaties wordt geconfronteerd met het budget dat ter beschikking is gesteld. Dat geeft een aanduiding van mogelijke knelpunten. Daarnaast is er de knelpuntenprocedure waarbij regionale knelpunten kunnen worden aangemeld. De NZa beoordeelt deze knelpunten en zal mij adviseren of extra middelen moeten worden vrijgemaakt om eventuele knelpunten weg te nemen.

Vraag 21:

Waarom komen alleen zorgaanbieders die terughoudend zijn geweest in aanmerking voor de extra middelen? Hebt u onderzocht waarom een instelling onder het landelijke gemiddelde zat bij contractering of waarom deze erboven zat? Zo ja, wat waren de uitkomsten van dit onderzoek? Zo neen, waarom niet?

Antwoord 21:

Voor dit antwoord verwijs ik graag naar het antwoord op vraag 1 en 2.

Vraag 22:

Indien een instelling al veel zware cliënten verzorgt en nu geconfronteerd wordt met een toename van de zorgvraag bij de cliënten die eerder een relatief lage zorgvraag hadden, komt deze instelling niet in aanmerking voor de toeslag. Klopt deze aanname? Zo ja, acht u dit wenselijk en hoe kunt u in deze situatie garanderen dat er voldoende extra personeel kan worden aangenomen om iedereen binnen de instelling de geïndiceerde zorg te geven? Zo neen, waarom niet en hoe kunt u garanderen dat deze instellingen over voldoende financiële middelen beschikken om de zorg die nodig is te organiseren en te financieren?

Antwoord 22:

Voor dit antwoord verwijs ik graag naar het antwoord op vraag 15 en 17.

Vraag 23:

U ziet geen reden om bij cliënten in de extramurale zorg die al in zorg zijn genomen, een hogere indicatie als knelpunt te zien. Waarop baseert u de veronderstelling dat het zelfoplossend vermogen van de instellingen groot genoeg is?

Vraag 24:

Welke maatregelen gaat u treffen indien blijkt dat het zelfoplossend vermogen niet groot genoeg is?

Antwoord 23 en 24:

Voor het antwoord op deze vragen verwijs ik u graag naar het antwoord op vraag 14 en 15.

Vraag 25:

Welke maatregelen gaat u treffen indien instellingen aangeven op deze wijze het financieel niet langer te kunnen volhouden?

Antwoord 25:

Indien een faillissement dreigt liggen hier veelal meerdere oorzaken aan ten grondslag. Deze instellingen kunnen in overleg treden met het zorgkantoor dan wel de NZa waarbij wordt bezien of in overleg gezocht kan worden naar oplossingen voor de financiële problematiek. Dit is de gebruikelijke procedure, die gelukkig niet vaak, maar wel regelmatig voorkomt.

Vraag 26:

Is bekend hoeveel instellingen hierdoor in de problemen kunnen komen? Zo ja, hoeveel en welke instellingen zijn dit? Zo neen, bent u bereid dit te onderzoeken?

Antwoord 26:

Zoals ik heb aangegeven in het antwoord op vraag 25 is niet de verwachting dat instellingen alleen door de nu voorgestelde maatregelen in de financiële problemen komen. Wel heeft een aantal instellingen aangegeven meer druk te ervaren door de minder ruime financiële kaders. Ik zie hier echter geen aanleiding in om nu een onderzoek uit te voeren. Zoals aangegeven bij vraag 25 kan een individuele instelling zich wenden tot de NZa. Daarnaast komt in mei een rapportage van de NZa beschikbaar over de geïndiceerde zorg in relatie tot het beschikbare budget en de bestaat inzicht in de contractafspraken die in april worden gemaakt.

Vraag 27:

Is het mogelijk dat deze zorginstellingen hierdoor in 2008 in dusdanige financiële moeilijkheden geraken dat zij failliet gaan? Zo ja, welke effecten heeft dit op het landelijke en regionale zorgaanbod, de keuzevrijheid van cliënten en de wachtlijsten?

Antwoord 27:

Voor het antwoord op deze vraag verwijs ik u naar het antwoord op vraag 25. In aanvulling daarop merk ik op dat de continuïteit van zorg altijd centraal staat en het uitgangspunt vormt bij de te kiezen oplossing.

Vraag 28:

Zijn bij u al instellingen bekend die dreigen failliet te gaan? Zo ja, hoeveel en welke? Zo neen, bent u bereid onderzoek hiernaar te doen?

Antwoord 28:

Voor het antwoord op deze vraag verwijs ik u graag naar het antwoord op vraag 26.

Vraag 29:

Wat zijn de effecten van de tariefmaatregel en de hele knelpuntendiscussie op de keuzevrijheid en het totale zorgaanbod in de AWBZ voor cliënten?

Antwoord 29:

Voor het antwoord op deze vraag verwijs ik u graag naar het antwoord op vraag 9.

Vraag 30:

U stelt dat in 2009 de extramurale bekostiging op een nieuwe leest moet worden geschoeid. Welke plannen heeft u daartoe en wanneer wordt de Kamer hierover geïnformeerd?

Antwoord 30:

De eerste stappen zullen voor de behandeling van de begroting 2009 bekend worden gemaakt. Het gaat hierbij om een verkenning van de mogelijkheden om het huidige systeem van functies en klassen om te zetten in extramurale zorgpakketten. Een volledige inwerkingtreding per 1 januari 2009 is niet realistisch bij zo'n complex proces. Dat heeft de introductie van de intramurale zorgzwaartebekostiging ons wel geleerd. Het is van belang dat de introductie zorgvuldig en geleidelijk verloopt.

Vraag 31:

Indien een zorgaanbieder in de extramurale zorg te maken gaat krijgen met een toename van de zorgvraag en er ontstaan wachtlijsten, definieert u dit dan als het kunstmatig in stand houden van een wachtlijst of als zijnde een knelpunt?

Antwoord 31:

Indien door toename van de zorgvraag in de regio een problematische wachtlijst gaat ontstaan is sprake van een knelpunt. Hierbij is niet de individuele zorgaanbieder van belang maar het totaal aan gecontracteerde zorgaanbieders die zorg aan de AWBZ-cliënten kunnen leveren.

Vraag 32:

Waarom is pas zo laat extra budget toegekend aan de regio Friesland? Hoe gaat u in de toekomst voorkomen dat er over dit soort situaties heel lang gedebatteerd moet worden in de Kamer?

Antwoord 32:

De regio Friesland heeft tot het laatste moment geprobeerd zelf de problemen op te lossen. Dat waardeer ik zeer. Toen dat niet mogelijk bleek heeft men in december 2007 een beroep gedaan op de spoedprocedure bij de NZa. De NZa heeft deze aanvraag beoordeeld en geadviseerd een beperkt bedrag aan Friesland tot te kennen. Ik heb dit advies overgenomen en medio december 2007 is het aanvullende bedrag aan Friesland ter beschikking gesteld. Deze snelle procedure geeft aan dat indien alle informatie transparant aanwezig is, de NZa snel een advies kan uitbrengen en zicht bestaat in de omvang van de problematiek.

Vraag 33:

Hoe gaat u voorkomen dat de tariefmaatregel OB en PV, het aftoppen van de aanvullende toeslagen voor verpleeghuiszorg/extreme zorgzwaarte, het ontkennen van knelpunten die ontstaan indien de zorgzwaarte van de bestaande cliëntenpopulatie toeneemt, als effect gaan hebben dat er onvoldoende gekwalificeerd personeel in de instellingen werkzaam is om de juiste geïndiceerde zorg te geven?

Antwoord 33:

De premisse die in de vraag besloten ligt, dat instellingen geheel afhankelijk zijn van de bijdrage van de overheid over de vergroting van de doelmatigheid, deel ik niet.

Vraag 34:

Zowel Actiz als de VGN geven aan dat er geen overleg is geweest met de sector over de tariefkorting op PV en OB. Waarom hebt u niet met de sector overlegd?

Vraag 35:

Er is volgens u overlegd met de sector over de bonus-malusregeling die vervolgens is ingevoerd. Zowel de VGN als Actiz geven in hun berichtgeving een ander beeld. De VGN zegt helemaal niet te hebben meegewerkt aan deze afspraak en Actiz geeft aan zich niet te herkennen in de definitieve regeling die door de NZa is vormgegeven. Wat is uw verklaring voor deze tegenstrijdige geluiden?

Antwoord 34 en 35:

Het is onjuist dat er geen overleg is geweest met de sector. Naar aanleiding van het oorspronkelijke voorstel om te komen tot een korting van de maximumtarieven met 7% is door de sector kritiek geuit. Vervolgens heeft naar aanleiding van deze kritiek een heroverweging plaats gevonden. Met Actiz is intensief overleg geweest. De VGN wilde zelf niet aan dit overleg deelnemen. Om uitvoeringstechnische redenen heeft de NZa een relatief eenvoudig bonus-malussysteem in de beleidsregel opgenomen (zie vraag 8).

Actiz heeft aangegeven dat dit niet overeenkomt met haar voorkeur om een glijdende schaal te hanteren bij de toepassing van het bonus-malussysteem.

Vraag 36:

Waarom bent u van mening dat cliënten geen gevolgen gaan ondervinden van de tariefmaatregel terwijl de VGN en Actiz krachtig protesteren en waarschuwen voor de effecten op de kwaliteit en continuïteit van zorg?

Antwoord 36:

Voor het antwoord op deze vraag verwijs ik u naar het antwoord op vraag 9. Het valt overigens te verwachten dat, van de kant van diegenen van wie een inspanning wordt gevraagd, dergelijke geluiden te horen zijn. Uiteraard is men er niet blij mee. Ik heb echter genoeg vertrouwen in de veerkracht van de sector.

Vraag 37:

In de gehandicaptenzorg komt volgens de VGN de kwaliteit van de zorg in gevaar door de tariefkorting op OB in combinatie met de stapeling van andere kortingen door het zorgkantoor. Er kan onvoldoende personeel ingezet worden. Wat is uw reactie op deze bewering van de VGN? En hoe verhoudt zich dit met ander beleid dat gericht is snel de kwaliteit van de gehandicaptenzorg naar een hoger plan te brengen?

Antwoord 37:

De benchmark van de gehandicaptenzorg (het rapport 'Weten voor Beter' heeft uw Kamer van mij ontvangen) toont aan dat zorginstellingen binnen het huidige budget uitstekende zorg kunnen bieden. Dit uit zich in een hoge klantwaardering en hoge kwaliteit van de medewerkers. De conclusie dat er dus met de huidige beschikbare middelen geen goede zorg geboden kan worden is niet juist. Het leveren van kwaliteit van zorg is bovenal een kwestie van een heldere visie en goed management.

Bovendien merk ik op dat het saldo van besparingen en intensiveringen voor de gehandicaptensector juist positief uitvalt. Het gaat hierbij ondermeer om extra middelen die beschikbaar zijn gekomen voor tarieven dagbesteding van gehandicapten en de dagbesteding van kinderen met een meervoudige handicap. Ik kan de suggestie dan ook niet volgen.

Vraag 38:

Wanneer kan het deltaplan gehandicaptenzorg tegemoet worden gezien? Zijn de effecten van de bezuinigingen op OB en PV hierin meegenomen?

Antwoord 38:

De brief over het 'verbeterplan kwaliteit gehandicaptenzorg' zal in maart naar uw Kamer worden gezonden. Dit verbeterplan richt zich op drie thema's:

- de implementatie van het ondersteuningsplan
- prevalentie van seksueel misbruik
- vergroten van professionaliteit van de medewerker.

De effecten van de maatregelen rondom ondersteunende begeleiding en persoonlijke verzorging staan los van dit plan.

Vraag 39:

Hoe gaat u voorkomen dat bij sturing op doelmatigheid er in de hele AWBZ voornamelijk gestuurd gaat worden op personeelskosten?

Vraag 40:

Welke effecten zal deze maatregel volgens u hebben op de arbeidsmarkt in de zorg? Acht u het mogelijk dat het door deze maatregel moeilijker wordt voor mensen om een fulltime of groot parttime contract te krijgen in de zorg omdat de zorgaanbieders enkel nog korte dienst, parttime- en oproepcontracten gaan aanbieden?

Zo ja, is dit een gewenst effect van uw beleid? Zo neen, hoe gaat u voorkomen dat de tariefkortingen dit effect gaan hebben op de arbeidsmarkt?

Antwoord 39 en 40:

Zoals in het antwoord op vraag 7 is aangegeven kunnen instellingen de aftopping van het maximumtarief zelf compenseren via een aanvullende regeling. Gelet op de toekomstige schaarste op de arbeidsmarkt zouden zorgaanbieders beter personeel zoveel mogelijk aan zich moeten zien te binden in plaats van kleine parttime- of oproepcontracten af te sluiten. Ik deel de zienswijze niet dat een eenmalige tariefkorting een verschuiving naar kortere contracten veroorzaakt of leidt tot een eenzijdig focus op de beperking van personeelslasten. Wat wel nodig is, is een meer flexibele inzet van het personeel binnen een instelling. Afhankelijk van de zorgzwaarte van de cliënten zullen medewerkers wellicht (tijdelijk) op andere afdelingen worden ingezet.

Vraag 41:

Hebt u overleg gehad met de vakbonden over de effecten van deze tariefmaatregel? Zo ja, wat was de reactie van de bonden? Zo neen, waarom niet?

Antwoord 41:

Er is geen overleg geweest met de vakbonden. Het effect van de maatregelen is niet dusdanig dat een overleg met de vakbonden in de rede lag.

Vraag 42:

U stelt dat zorgaanbieders zelf kunnen kiezen voor kostenreducties die niet direct van invloed zijn op de zorgverlening aan cliënten, zoals huisvesting en overhead. Hoe definieert u overhead? Hoe gaat u voorkomen dat zorgaanbieders gaan bezuinigen op de functies en werkzaamheden die de mensen die in de directe cliëntenzorg werken ondersteunen? Zoals de praktijkopleiders die leerlingen begeleiden in de praktijk, werkplanners, meewerkende voorvrouwen en mannen als zorgcoördinatoren en EVE-ers?

Vraag 43:

Hoe gaat u voorkomen dat er niet wordt bezuinigd op (bij)scholingen, trainingen en werkoverleg van de mensen die direct werkzaam zijn in de cliëntenzorg?

Antwoord 42 en 43:

In dit kader zie ik overhead als de kosten van taken die niet direct verbonden zijn aan de zorgverlening aan cliënten. Het gaat hierbij onder meer om administratieve taken. In het kader van administratieve lastenverlichting worden initiatieven ontplooid om deze belasting en daarmee te kosten te verminderen.

In het kader van het kwaliteitsbeleid worden extra middelen ter beschikking gesteld om de zorgverlener te ondersteunen (onder meer opleiding). Dit geeft een stimulans om juist in personeel te investeren.

Vraag 44:

Hoe gaat u voorkomen dat door deze kostenreductie de carrière- en doorstroommogelijkheden van verzorgenden en verplegenden in de zorg verminderen en het minder aantrekkelijk wordt om in de zorg te blijven werken of meer te gaan werken?

Antwoord 44:

Besturen van instellingen kunnen op verschillende manieren kosten beperken. Ik wil niet op hun stoel gaan zitten. In het arbeidsmarktbeleid stimuleren wij instellingen om personeel te werven en te laten doorstromen. In de praktijk zie ik dat instellingen daar ook extra in investeren zoals in het JAZO-project van Actiz.

Vraag 45:

Waarom denkt u dat kostenreductie nodig en haalbaar is op huisvesting bij AWBZ-instellingen? Hoe verhoudt deze opvatting zich met uw wens voor meer kleinschalige woonvoorzieningen voor ouderen en een grotere keuzevrijheid voor mensen met een beperking wanneer het gaat om wonen in de wijk of wonen op een instellingsterrein?

Antwoord 45:

Het gaat hier niet om de huisvesting van intramurale AWBZ-instellingen en daarmee ook niet over de keuzevrijheid van cliënten.

De maatregelen hebben betrekking op extramurale zorgverlening. In mijn brief gaat het daarom onder meer om de kantoren van extramurale instellingen. Besturen van deze instellingen hebben de mogelijkheid keuzes te maken bij de locatie en inrichting van hun panden.

Vraag 46:

Ook in de geestelijke gezondheidszorg is sprake van knelpunten, de extra middelen die hiervoor beschikbaar zijn gesteld betreffen de jeugd-GGZ. U bent niet bereid, zo blijkt uit een brief aan GGZ Dijk en Duin te Castricum, om overproductie te vergoeden omdat u andere zorgaanbieders een kans wilt geven. Hoe kunt u in dezen garanderen dat er voldoende andere zorgaanbieders in de regio's actief zijn? Vooral in de GGZ is er vaak sprake van één grote aanbieder in een regio. Is het uw bedoeling dat cliënten in een andere regio geplaatst gaan worden en hoe verhoudt dit beleid zich met de keuzevrijheid die u cliënten wilt geven?

Antwoord 46:

De zorgplicht voor AWBZ-zorg, waaronder ook de langdurige GGZ, ligt bij het zorgkantoor. Het zorgkantoor koopt de zorg bij zorgaanbieders in. Het zorgkantoor zal daarbij ook, indien mogelijk, (kleine) aanbieders in de regio een kans geven. Het plaatsen van een cliënt buiten de regio zal het zorgkantoor zoveel mogelijk voorkomen. Indien er knelpunten zijn geldt hiervoor de knelpunten procedure van de NZa. De NMa en NZa hebben taken en bevoegdheden op het gebied van marktverhoudingen waardoor zo veel mogelijk wordt voorkomen dat zorgaanbieders een te groot marktaandeel verwerven.

Vraag 47:

U stelt dat zorgaanbieders in de AWBZ niet altijd voldoende anticiperen op de te verwachten vraagontwikkeling. Volgens u is dat een reden dat niet voor iedereen de toegankelijkheid van de AWBZ is gegarandeerd. In hoeverre blijft er volgens u voldoende ruimte voor zorgaanbieders in de AWBZ om te anticiperen op de zorgvraag in combinatie met deze maatregelen die een beperking van het aantal uren zorg en kostenreductie tot doel hebben?

Antwoord 47:

Voor het antwoord op deze vraag verwijs ik u graag naar het antwoord op vraag 15 en 17

Vraag 48:

De zorgaanbieders moeten het gemiddelde aantal uren beperken en een kostenreductie doorvoeren. Bent u bereid dit te koppelen aan een onderzoek naar de effecten van deze kostenreductie op de kwaliteit en continuïteit van zorg en wat dit voor effect heeft op de mate waarin mensen de geïndiceerde zorg ontvangen?

En kunt u in dit onderzoek ook nagaan of mensen en/of hun familie/belangenbehartigers tevreden zijn over de kwaliteit en continuïteit van zorg? Zo ja, wanneer kan de Kamer over de uitkomsten van dit onderzoek geïnformeerd worden? Zo neen, waarom niet?

Antwoord 48:

Een dergelijk onderzoek vind ik niet zinvol gezien de activiteiten op het terrein van het kwaliteitsbeleid. Op dit moment zijn de zorginstellingen in alle sectoren bezig met het meten van de indicatoren verantwoorde zorg of de prestatie-indicatoren. Deze uitkomsten zullen, in 2008 in de sector verpleging, verzorging en thuiszorg en in 2009 in de gehandicaptenzorg, goed laten zien wat de stand van de kwaliteit van zorg is. Hiermee hebben we bovendien dan een eerste alomvattende nulmeting. Meting in de jaren daarna zal beleidseffecten laten zien. Om op dit moment een nieuwe meting op te leggen aan de sector is te veel belasting en niet zinvol.

Vragen en opmerkingen van de VVD-fractie

Vraag 49:

Op welke termijn wordt de Kamer nader geïnformeerd over de invoering van de ZZP's voor extramurale cliënten?

Antwoord 49:

De eerste stappen zullen voor de behandeling van de begroting 2009 bekend worden gemaakt. (zie ook het antwoord op vraag 30).

Vraag 50:

Is er concreet werk gemaakt van herverdelingsmogelijkheden van budgetoverschot tussen aanbieders onderling, en niet alleen (zoals nu) tussen zorgkantoren onderling? Zo ja, hoe en met welk effect? Zo neen, waarom niet?

Antwoord 50:

Herverdeling tussen zorgaanbieders heeft betrekking op de wijziging van de verdeling in de regio. Het zorgkantoor heeft hier een centrale rol. Zowel ZN als de Nza heb ik gewezen op de wenselijkheid om actiever met dit onderwerp om te gaan als blijkt dat in de regio aanbieders aantoonbaar budget gaan overhouden terwijl andere aanbieders budget tekort komen. Gedurende het jaar moet blijken of dit tot een meer vloeiende zorgverlening leidt. Daarnaast heb ik in de aanwijzing aan de NZa, mede naar aanleiding van suggesties van uw Kamer, gevraagd een apart herverdelingsbudget te reserveren van 25 mln. waarmee knelpunten in de verdeling kunnen worden opgevangen.

Vraag 51:

De leden van de VVD-fractie zijn voorstander van het bonus-malussysteem, waarmee aanbieders beloond kunnen worden voor goede prijs-kwaliteitverhoudingen. Wel vragen deze leden de staatssecretaris om transparante regels rondom de toekenning van de bonussen of toepassing van de (straf)kortingen. Wanneer komen instellingen in aanmerking voor kortingen of juist bonussen? Wordt hierbij alleen gekeken naar doelmatigheid of ook naar de kwaliteit van de geleverde zorg? Met andere woorden kan een instelling, die wellicht wat duurder is dan gemiddeld maar dit kan motiveren doordat zij bijvoorbeeld een extreem moeilijke doelgroep bedient, in aanmerking komen voor een bonus, of krijgt de instelling een korting omdat de doelmatigheid niet gehaald is?

Antwoord 51:

In 2009 wil ik de eerste stappen zetten in de bekostiging zodat beter presterende zorgaanbieders worden beloond voor een hoger kwaliteitsniveau. Daarbij wordt juist niet alleen gekeken naar de doelmatigheid.

In 2007 heb ik een extern bureau opdracht gegeven om te bezien aan welke voorwaarden een dergelijk systeem zou moeten voldoen. Een van deze voorwaarden is om bij de bepaling van het kwaliteitsniveau rekening te houden met de zorgzwaarte van de doelgroep. In overleg met de sector ben ik momenteel aan het verkennen op welke wijze en met welke fasering introductie van een dergelijk systeem mogelijk is. Hierbij wil ik aansluiten op de activiteiten dit in het kader van de normen verantwoorde zorg door de sector zijn ontwikkeld.

Vraag 52:

Is het in de ogen van het kabinet wenselijk om alleen te sturen op doelmatigheid? Zo ja, waarom?

Antwoord 52:

Zoals ik heb aangegeven in mijn antwoord op vraag 51 vind ik het niet wenselijk alleen te sturen op doelmatigheid. Het kwaliteitsaspect is eveneens een belangrijk beoordelingscriterium.

Vraag 53:

Hoe wordt voorkomen dat instellingen in hun streven naar doelmatigheid aan kwaliteit inleveren? Immers, kwaliteit is bij de bonus-malusregeling geen issue.

Antwoord 53:

Op dit moment zijn de zorginstellingen in alle sectoren bezig met het meten van de indicatoren verantwoorde zorg of de prestatie-indicatoren. Deze uitkomsten zullen, in 2008 in de sector verpleging, verzorging en thuiszorg en in 2009 in de gehandicaptenzorg, goed laten zien wat de stand van de kwaliteit van zorg is. Daarnaast stel ik extra middelen ter beschikking op de kwaliteit op peil te houden.

Vraag 54:

De knelpuntenprocedure richt zich alleen op mensen die nog niet 'in zorg zijn genomen'. Wanneer de (hogere) indicatie van iemand die extramurale zorg krijgt de bandbreedte van de oude indicatie overschrijdt is er in de ogen van de leden van de VVD-fractie wel degelijk sprake van een afdwingbaar recht op zorg. Blijft u ook in deze situatie van mening dat de zorginstelling verantwoordelijk is voor de invulling van dat recht zelfs wanneer zij kan aantonen dat de totaal geleverde zorg de productieafspraken en het daarbij behorende budget overstijgt?

Antwoord 54:

De leden van de VVD-fractie zien het juist dat indien bij herindicatie een recht op meer zorg ontstaat deze zorg ook moet worden geleverd. Zoals ik in mijn brief heb aangegeven biedt de bandbreedte in de indicatiestelling de zorglevering ruimte om deze extra zorgvraag op te vangen. Daarbij wordt de zorgaanbieder elk jaar geconfronteerd met een wisselende zorgvraag (jaarlijks melden zich nieuwe cliënten en wordt de zorg aan andere cliënt beëindigd). Het systeem is dus flexibel genoeg om dergelijke ontwikkelingen op te vangen. Overigens kunnen, zeker bij indicatie van aanvullende functies, ook andere zorgaanbieders in de zorgverlening voorzien. Het recht op zorg is niet gekoppeld aan de individuele zorgaanbieder.

Vragen en opmerkingen van de PVV-fractie

Vraag 55:

De leden van de PVV-fractie vinden het onacceptabel dat bewoners met een hoge zorgzwaarte bijvoorbeeld vastgebonden worden omdat er geen (voldoende) budget is en zij vragen de staatssecretaris dan ook hoe zij garandeert dat er geen onacceptabele situaties ontstaan bij bewoners met een hoge zorgzwaarte doordat er onvoldoende budget is.

Antwoord 55:

Onderzoek door de Universiteit van Maastricht en maar recent door de Inspectie voor de Gezondheidszorg, tonen aan dat er géén verband is tussen het toepassen van vrijheidsbeperkingen en de beschikbare financiële middelen, de hoeveelheid aanwezige medewerkers en de scholing van deze medewerkers. Ik werp uw conclusie dan ook verre van me dat er vanwege geldgebrek in de hoge zzp's vrijheidsbeperkingen moeten worden toegepast.

Vraag 56:

Hoe zorgt de staatssecretaris ervoor dat bij de bonus-malusregeling kwalitatief goede zorgverlening aan de individuele cliënt wordt gegarandeerd?

Antwoord 56:

Voor dit antwoord verwijs ik graag naar het antwoord op vraag 9.