

Vragen CDA-fractie

1.

Hoeveel mensen zijn er die geen zorg krijgen terwijl ze er wel voor geïndiceerd waren?

1.

De meest recente wachtlijstinformatie gaat uit van de situatie op 1 januari 2006 en staat in een rapport van het College voor Zorgverzekeringen dat ik recent heb ontvangen. In dit rapport staat dat er geen wachtlijst is voor thuiszorg. Bijna iedereen op de wachtlijst voor AWBZ-verblijf krijgt overbruggingszorg aangeboden en is daarover tevreden. Meer recente wachtlijstinformatie uit de AZR is op dit moment niet beschikbaar. Voor de achtergronden hiervan verwijs ik naar de tiende voortgangsrapportage groot project Modernisering AWBZ (DLZ/KZ-2667269) en de aanvulling op deze rapportage (DLZ-2691977).

2.

Hoeveel instellingen en hoeveel zorgkantoren hebben zich inmiddels gemeld bij het meldpunt van het Ctg/ZAio? Wat is er met deze meldingen gedaan en welke conclusies zijn uit deze meldingen te trekken?

2.

Uiteindelijk heeft Ctg/ZAio er in overleg met ZN voor gekozen om de signalen te laten bundelen door ZN. Op grond van het aangeleverde overzicht van ZN kan helaas geen eindtotaal worden gegeven. In sommige regio's is aangegeven dat alle instellingen problemen hebben. Dat kan door Ctg/ZAio niet logisch worden verklaard.

De conclusie die ik uit de meldingen trek is dat ik circa € 95 miljoen beschikbaar stel voor volumegroei in de extramurale AWBZ.

3.

Is de keuze van het zorgkantoor maatgevend en kan dus de cliënt gedwongen worden om naar een andere instelling te gaan of is de keuze van de cliënt maatgevend en moet het budget worden overgeheveld?

3.

De keuze van de cliënt is in principe maatgevend. Een zorgkantoor maakt productieafspraken met zorgaanbieders in de regio en houdt daarbij vanzelfsprekend zoveel mogelijk rekening met wensen en behoeften van cliënten. Een cliënt kan bij de indicatiestelling zijn aanbieder van voorkeur opgeven. Wanneer er om welke reden dan ook niet direct plaats is voor deze cliënt, zijn er twee opties. De cliënt geeft aan vast te houden aan zijn oorspronkelijke voorkeur. Hij komt op de wachtlijst en het zorgkantoor is in de tussentijd verantwoordelijk voor overbruggingszorg. De andere optie is dat de cliënt kiest voor een andere aanbieder dan zijn aanbieder van voorkeur. Er is geen sprake van dwang om naar een andere aanbieder te gaan.

4.

In hoeverre hebben de instellingen voldaan aan het convenant om meer mensen te helpen?

4.

De doelmatigheidsdoelstelling van 1,25% wordt gemeten door het onderzoeksbureau KPMG gezondheidszorg. De afgelopen maanden zijn tal van gegevens verzameld uit verschillende databases over de realisatie van AWBZ-zorg in 2005. Op dit moment is de KPMG bezig met de analyse. Zodra deze gegevens bekend zijn, kunnen zij worden vergeleken met de gegevens van 1 januari 2005 en kan worden vastgesteld of de doelmatigheidsdoelstelling is gehaald. Dit is op korte termijn bekend.

5.

Wat is de invloed van nieuwe toetreders op de productie en de knelpunten?

5.

Het zorgkantoor verdeelt de totale zorgvraag in een regio over meerdere zorgaanbieders. Wanneer zorgkantoren productieafspraken maken met nieuwe toetreders zullen bestaande zorgaanbieders dit merken in de omvang van hun productieafspraken. Op de totale productie en de knelpunten hebben nieuwe toetreders geen invloed. Wel is het voorgekomen dat bestaande, grote, zorgaanbieders via de media hebben laten weten dat er in een bepaalde regio knelpunten zijn terwijl dat feitelijk niet zo bleek te zijn. Bij andere aanbieders was nog ruimte.

6.

Wordt in het aangekondigde onderzoek onderzocht of het aantal uren binnen een indicatie is toegenomen en waardoor dit wordt veroorzaakt?

6.

CIZ heeft onderzocht of het aantal uren binnen een indicatie is toegenomen. Voor de verklaring heeft CIZ gekeken naar het aantal functies per indicatiebesluit.

7.

Wordt in het aangekondigde onderzoek nagegaan of er meer of minder herindicaties zijn van cliënten bij extramurale instellingen die gemandateerd zijn door het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) om zelf indicaties te stellen en indien er verschillen zijn, waardoor dit wordt veroorzaakt? Zo neen, waarom niet?

7.

CIZ heeft in het onderzoek gekeken naar de landelijke ontwikkeling van het aantal gemandateerde indicaties (SIP's) vanaf mei 2005. Daarbij is ook gekeken naar regionale verschillen en de relatie met de geïndiceerde functies.

8.

Is er een directe samenhang tussen de beschikbaarheid van personeel en de omzet van de thuiszorg? Zo ja, kunt u dit toelichten?

8.

De thuiszorg wordt afgerekend op de daadwerkelijk door haar personeel geleverde zorguren. In die zin is de omzet van de thuiszorg afhankelijk van het aantal personeelsleden. Er zijn op dit moment geen signalen dat binnen de thuiszorg sprake is van algemene tekorten aan personeel. In die zin vormt beschikbaarheid van personeel op dit moment geen beperking voor thuiszorgorganisaties om omzet te genereren.

9.

Wordt in het aangekondigde onderzoek onderzocht wat het verschil is tussen de onderproductie van instellingen in een regio en de overproductie van andere instellingen en waardoor dit verschil wordt veroorzaakt? Zo neen, wilt u dat dan alsnog laten doen?

9.

In het onderzoek zijn door Ctg/ZAio en ZN nadere analyses uitgevoerd met betrekking tot de productieafspraken die zijn gemaakt en de feitelijke productie in het eerste halfjaar van 2006. Daarbij is zowel de over- als onderproductie aan de orde gekomen. Ctg/ZAio is daarbij vooral ingegaan op de landelijke productieontwikkeling in relatie tot de landelijke trends.

Vragen PvdA-fractie

10.

In de brief wordt toegelicht dat in 2005 een volumegroei mogelijk was van 1,7 % en in 2006 1,5%. Daarbovenop komt dan nog de 1,25 % volumegroei die mogelijk zou zijn gemaakt door het convenant AWBZ. In 2005 en 2006 gaat het derhalve om een theoretische beschikbare ruimte van 2,95% en 2,75%. De demografische groei is ruim 1 procent zodat minder dan 1,95% en 1,75 % resteert voor additionele volumegroei. Is inmiddels duidelijk of de veronderstelde extra productie van 1,25 % zoals overeengekomen in het convenant ook daadwerkelijk gerealiseerd is in 2005 en 2006? Hoe is dit nagegaan? Als partijen er niet in zijn geslaagd de doelmatigheidskortingen te realiseren, wat betekent dit dan voor bovengenoemde aannames?

10.

Het onderzoeksbureau KPMG gezondheidszorg onderzoekt of de convenantdoelstelling is gehaald door bestaande gegevens uit meerdere bestanden te analyseren en via steekproeven. Of de doelstelling van 1,25% is gehaald is in de tweede helft van augustus bekend. Op dit moment worden de data geanalyseerd. Zie verder het antwoord op vraag 4. Indien een grotere of kleinere doelmatigheid is behaald, dan betekent dit dat de realisatie verschilt van de raming en de aannames.

11.

Is inmiddels bekend of CAO-loonstijging en prijsstijging hoger zijn geweest dan vooraf aangenomen en kan het zijn dat deze hogere prijsstijgingen hebben geleid tot de facto minder ruimte voor volumegroei? Zo ja, hoeveel?

11.

Ctg/ZAio stelt de maximale tarieven vast op grond van de door VWS aan hen kenbaar gemaakte loon- en prijsbijstelling. Over de hoogte van te calculeren loon- en prijsstijging zijn afspraken gemaakt. De prijsstijging die wordt verdisconteerd, is een gewogen gemiddelde prijsstijging van het materieel van de vrije beroepers, huisartsen en instellingen die wordt afgeleid van CPB ramingen. De loonstijging die wordt verdisconteerd is de marktgemiddelde stijging afgeleid van de CPB-ramingen.

Er wordt niet nagecalculeerd, noch op de gerealiseerde prijsstijging, noch op de gerealiseerde loonstijging. Verschillen tussen realisatie en tarief moet de instelling zelf opvangen in de exploitatie. Dat leidt echter niet automatisch tot een mindere volumegroei.

De instelling en het zorgkantoor maken een afspraak over een bepaald volume en een bepaalde prijs (ten hoogste het maximum tarief). Vervolgens krijgt de instelling de daadwerkelijk geleverde productie vergoed tegen de afgesproken prijs. Een hogere loon- en/of prijsstijging dan de uitgedeelde leidt zo dus niet tot lagere volumegroei, maar tot een prikkel om efficiënter te werken. Eventueel moet de instelling dan interen op zijn Reserve Aanvaardbare Kosten.

12.

Wat is op lange termijn de demografische groei in de vraag naar AWBZ-zorg, en meer specifiek de thuiszorg? Is hierin rekening gehouden met de trend naar meer en intensiever extramurale zorg voor cliënten die voorheen in aanmerking wilden komen voor verblijf, gecombineerd met een afname van mantelzorg?

12.

Op langere termijn (2010) is de demografische groei in de AWBZ circa 1,2%. Voor de thuiszorg wordt een vergelijkbaar percentage verwacht. Dit is exclusief het effect van intensivering van de zorg en de verwachte extramuralisering.

13.

In de trendrapportage van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) wordt aangegeven dat er sprake is van een snelle stijging van het aantal indicaties en dat die deels zijn toe te schrijven aan administratief-organisatorische verschuivingen die met een groei van zorgvraag op zichzelf niet zoveel te maken hebben. Inmiddels beschikt het CIZ over meer recente gegevens van de groei

van het aantal indicaties en is een voorlopige analyse gemaakt. Ook zijn inmiddels gegevens bekend over het eerste kwartaal van 2006. Op nieuw blijkt sprake van een voortgaande snelle groei, van 8 % over dat eerste kwartaal, een groei die zich vooral voordoet bij de functies ondersteunende begeleiding voor ouderen. Ook is het gebleken dat administratieve verschuivingen in dat eerste kwartaal geen rol van betekenis meer spelen. Het is voorts gebleken dat het CIZ heeft gesignaleerd dat een grote invloed is uitgegaan van een uitspraak van de Centrale Raad van Beroep die aangaf dat bij indicatie voor ondersteunende begeleiding van ouderen niet per definitie een maximum mocht worden gesteld maar dat per individu de behoefte aan ondersteunende begeleiding moet worden vastgesteld. Voorts kan worden vastgesteld dat bij veel ouderen die thuiszorg ontvangen en bij wie de zorgbehoefte intensiever wordt er vaker wordt gekozen voor uitbreiding van de extramurale hulp omdat een opname in een verpleeghuis enerzijds onwenselijk wordt geacht of anderzijds onmogelijk is vanwege wachtlijsten. Kan de regering al deze gegevens bevestigen en aangeven wat het aandeel van die factoren is in de groei van het beroep op AWBZ-zorg?

13.

Het is mij bekend dat het CIZ beschikt over gegevens over het eerste kwartaal. Hieruit blijkt een toename van het aantal indicatiebesluiten ten opzichte van het eerste kwartaal van 2005. Uit deze informatie blijkt verder een toename van het aantal indicaties voor de functies ondersteunende begeleiding en huishoudelijke verzorging.

CIZ is nader ingegaan op de oorzaken van deze toename. Administratieve redenen blijken daarbij een rol spelen (zoals de activiteiten in het kader van de non-indicaties en de legitimatielijst). CIZ kan deels aangegeven welke invloed dit heeft op de groei van het aantal indicaties. CIZ kan niet aangeven wat het aandeel van de genoemde factoren is in de groei van het beroep op de AWBZ, omdat het geen inzicht heeft in het feitelijk zorggebruik nadat de indicatie is gesteld.

14.

Het CIZ onderzoekt de effecten van het gebruik van de standaard indicatieprotocollen (SIP's). Gebeurt dit vanuit de suggestie dat gesjoemeld wordt met SIP's door zorgaanbieders die via het zelf indiceren een groter marktaandeel naar zich toehalen en zich sterker positioneren in de markt met het oog op de komst van de WMO? Zo ja, wat betekent dit voor het systeem van mandateren van indicatiestelling en de controle door het CIZ of de positie van zorgkantoren? Wat betekent dit overigens voor de overdracht van het budget van AWBZ-zorg naar gemeenten in het kader van de WMO? Kunt u garanderen dat gemeenten niet bij voorbaat een te laag budget meekrijgen voor het realiseren van voldoende thuiszorg?

14.

CIZ heeft op verzoek van VWS de effecten van het gebruik van de standaard indicatieprotocollen onderzocht. De achterliggende reden hiervoor is dat VWS inzicht wil krijgen of er afwijkende trends zichtbaar zijn bij het vaststellen van indicatiebesluiten. In mijn brief van 21 juli 2006 (DLZ/KZ-U-2702602) aan de Tweede Kamer zijn de SIP's expliciet genoemd, om aan te geven dat het onderzoek zich niet beperkt tot de indicatiebesluiten van de eigen medewerkers van het CIZ. Met de VNG zijn afspraken gemaakt over het budget dat wordt overgeheveld. Dit moet voldoende zijn voor het realiseren van huishoudelijke verzorging via de Wmo. Het onderzoek naar de effecten van het gebruik van de standaard indicatieprotocollen staat los van de komst van de Wmo.

15.

In de brief wordt toegelicht dat het Centraal Administratie Kantoor (CAK) aan de hand van de meest recente gegevens (2005 en 2006) over de geïnde eigen bijdrage voor de functies huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging en verpleging bekijkt of er inderdaad sprake is van een bijzondere ontwikkeling. Gebeurt dit vanuit de suggestie dat bij indicatiestelling vooral functies worden geïndiceerd waarvoor geen aanvullende eigen bijdrage wordt geïnd? Gaat u ervan uit dat dat werkelijk van invloed is op de groei van het aantal indicaties? Zo ja kunt u precies aangeven in welke mate dat het geval is en daarbij in ieder geval aangeven of het cliënten betreft die ook huishoudelijke hulp ontvangen en derhalve al gewoon een eigen bijdrage betalen die afhankelijk is van het inkomen?

15.

Er ligt geen inhoudelijke reden ten grondslag aan mijn informatieverzoek aan het CAK. Het verzoek beperkt zich tot de functies waarvoor een eigen bijdrage is verschuldigd, omdat alleen deze informatie over 2006 bij het CAK beschikbaar is. Vanaf 2006 hoeven enkel nog de eigen bijdrageplichtige producten te worden aangeleverd bij het CAK.

16.

Indien bij de analyse van de groei van het aantal indicaties en de omvang van indicaties wordt vastgesteld dat van gesjoemel en misbruik geen sprake is, bent u dan ten volle bereid voldoende budget ter beschikking te stellen? Bent u bekend met de schatting van de zorgverzekeraars dat er €500 miljoen extra nodig is om voldoende zorg te realiseren? Deelt u deze inschatting? Zo neen, wat is de uwe? Herinnert de staatssecretaris zich nog haar toezegging in het overleg met de Kamer vlak voor het zomerreces om voldoende budget los te krijgen bij de minister van Financiën voor het verbeteren van de kwaliteit van zorg in verpleeghuizen?

16.

ZN heeft een bijgewerkt overzicht van knelpunten aangeleverd aan Ctg/ZAIo. Daarin is sprake van een veel lager bedrag dan de eerder genoemde € 500 miljoen. Ctg/ZAIo concludeert dat de cijfermatige onderbouwing van de aangeleverde punten door ZN niet altijd sluitend is. Mede om die reden heeft Ctg/ZAIo ook naar aanvullende feiten en cijfers gekeken.

Ik neem het advies over van Ctg/ZAIo om € 95 miljoen toe te voegen aan de contracteerruimte AWBZ voor 2006.

Naast de knelpunten met betrekking tot de contracteerruimte 2006 speelt het vraagstuk rond de kwaliteit van de verpleeghuizen. In lijn met mijn eerdere toezeggingen zet ik mij in om extra middelen beschikbaar te krijgen om de kwaliteit van verpleeghuizen te kunnen verhogen.

17.

Hoe is het inmiddels gesteld met uw analyse van het CTG-rapport over de tarieven in de verpleeghuiszorg? Deelt u de inschatting dat er rond de €250 miljoen minimaal nodig is om de tarieven op zodanig redelijk peil te brengen dat weer alle geïndiceerde zorg van goede kwaliteit kan worden geleverd in verpleeghuizen? Kunt u de benodigde €500 miljoen voor extra volumegroei en €250 miljoen voor afdoende kwaliteit deze zomer loskrijgen van de minister van Financiën? Indien het niet mogelijk blijkt voldoende extra budget voor zowel volume als kwaliteit los te krijgen, wat krijgt dan prioriteit?

17.

Zoals eerder aangekondigd heb ik twee vervolgvragen aan Ctg/ZAIo gesteld. Ik wil weten wat de inhoudelijke onderbouwing is van de 3,9 uur zorg die volgens het rapport niet wordt geleverd. Daarnaast wil ik weten of het technisch mogelijk is om eventuele extra middelen daar te laten neerslaan waar de behoefte het grootst is. Daarvan weet ik inmiddels dat het technisch mogelijk is om de middelen per regio en per doelgroep te verdelen.

Zolang ik nog geen definitief antwoord heb gekregen van Ctg/ZAIo op mijn vervolgvragen doe ik geen uitspraak over de hoogte van het benodigde bedrag. De inzet op kwaliteit zal de regering op de derde dinsdag bekend maken.

18.

De PvdA-fractie is op de hoogte gesteld over bevindingen van de consumentenbond. Kent de regering de bevindingen van de consumentenbond over de onduidelijke informatie met betrekking tot de beschikbaarheid van thuiszorg?

18.

Ja, de bevindingen van de Consumentenbond zijn mij intussen toegezonden.

19.

Wilt u de Kamer binnen één week op de hoogte stellen van het risico op wachtlijsten voor thuiszorg in Noord-Brabant, Rotterdam, Gouda en de regio Haaglanden, en zo mogelijk maatregelen treffen?

19.

Ik neem het advies over van Ctg/ZAio om € 95 miljoen toe te voegen aan de contracteerruimte AWBZ voor 2006. Naast de resterende contracteerruimte van circa € 30 miljoen moet dit voor zorgkantoren en zorgaanbieders voldoende zijn om de AWBZ-zorg tot 1 januari 2007 te kunnen leveren.

20.

Wie is verantwoordelijk voor de informatievoorziening aan cliënten die niet weten of en hoe aan thuiszorg te komen?

20.

Het zorgkantoor is hiervoor verantwoordelijk.

Vragen VVD-fractie

21.

Uit de brief van 21 juli jl. blijkt dat er macro gezien voldoende budget is voor de zorgkantoren om voldoende zorg te kunnen contracteren. Is het dan juist te veronderstellen dat het geld niet op de juiste manier is verdeeld?

21.

De verdeling van de middelen is gebaseerd op de verdeling in 2005. In 2005 hebben zorgaanbieders en zorgkantoren vrijwel probleemloos productieafspraken met elkaar gemaakt en waren er geen noemenswaardige problemen. In de eerste vier maanden van 2006 waren er eveneens nauwelijks signalen dat de contracteerruimte te beperkt zou zijn. Bovendien hebben de zorgkantoren en aanbieders de mogelijkheid om knelpunten binnen de regio op te lossen en ook om dat over de regiogrens heen te doen. Ik ga ervan uit dat deze partijen de komende tijd oplossingen kunnen vinden voor hun cliënten. Dit neemt niet weg dat er regionale verschillen kunnen zijn ontstaan.

22.

U stelt dat er een jaarlijkse volumegroei is ingeboekt, zo ook voor 2006. Er zijn echter halverwege het jaar al knelpunten. U schrijft dat u onderzoek laat doen naar de achtergronden. U stelde in eerdere overleggen met de Kamer dat AWBZ-zorgregistratie (AZR) AWBZ-breed is ingevoerd. Kunt u toelichten wat de gegevens zijn die door middel van het AZR bekend (zouden moeten) zijn?

23.

In uw onderzoek betreft u ook het CIZ om eventueel afwijkende trends zichtbaar te krijgen. Kunt u melden welke gegevens het AZR al biedt.

22 en 23

In de tiende voortgangsrapportage groot project Modernisering AWBZ (DLZ/KZ-2667269) en de aanvulling op deze rapportage (DLZ/KZ-2691977) is de actuele stand van zaken met betrekking tot de invoering van de AZR beschreven. Hieruit blijkt dat er sprake van een landelijk dekkende berichtenuitwisseling (van indicatiebesluiten) tussen CIZ en zorgkantoren en niet volledige berichtenuitwisseling tussen zorgaanbieders en zorgkantoor. Vooral de melding van een nieuw in zorg genomen cliënt is niet compleet, waardoor er op dit moment geen recente, betrouwbare wachtlijstinformatie uit AZR beschikbaar is. Na invoering van de nieuwe, verbeterde versie van AZR dit jaar is vanaf voorjaar 2007 periodiek wachtlijstinformatie beschikbaar. Uit de AZR zijn indicatiegegevens over 2005 en begin 2006 beschikbaar die het CIZ momenteel analyseert. Voor de eerste uitkomsten van deze analyse wil ik verwijzen naar het antwoord op vraag 13.

24.

Kunt u aangeven waarom het tot 15 augustus duurt voordat er meer informatie beschikbaar is?

24.

Om inzicht te krijgen in de achtergronden van de knelpunten is het noodzakelijk een groot aantal nadere analyses uit te voeren. Hierbij dient onder meer informatie over de zorgindicatie in verband te worden gebracht met informatie over het zorggebruik. Het maken van deze analyses, die door verschillende partijen werden uitgevoerd, nam enige tijd in beslag.

25.

Zorgkantoren stellen dat het aantal indicaties is toegenomen door middel van het indiceren door zorgaanbieders (mandatering). Deelt u deze mening?

25.

De mening van zorgkantoren deel ik niet zonder meer. Het CIZ heeft nader verkend welke invloed het mandateren heeft op de toename van het aantal indicaties. CIZ heeft in het onderzoek gekeken naar de landelijke ontwikkeling van het aantal gemandateerde indicaties (SIP's) vanaf mei 2005. Daarbij is ook gekeken naar regionale verschillen en de relatie met de geïndiceerde functies. Gezien de geringe omvang van het aantal SIP's ten opzichte van het totaal aantal indicatiebesluiten is de invloed van de SIP's beperkt.

26.

Het CVZ controleert de standaard indicatieprotocollen (SIP's) op de juistheid op basis van gegevens van de zorgaanbieders. Is deze veronderstelling juist? Zo neen, waarom niet?

26.

Het CVZ controleert de toepassing van de SIP's niet. Het CIZ heeft zijn bevoegdheid tot het stellen van indicaties door middel van de SIP's aan de aanbieders gemandateerd, en ziet zelf toe op de juiste toepassing ervan.

27.

De modernisering van de AWBZ is vooral bedoeld om de keuzevrijheid voor de cliënt te vergroten. Is het waar dat zorgkantoren daarom alleen mogen onderhandelen over het tarief en niet over het volume van de aanbieders omdat het dan om aanbodsturing gaat en niet om vraagsturing?

27.

Dat is niet waar. In het licht van de geïndiceerde zorgvraag en rekening houdend met voorkeuren van cliënten onderhandelen zorgkantoren op basis van drie factoren: kwaliteit, volume en tarief.

28.

In antwoord op vragen van het kamerlid Smits (PvdA) van 21 juli jl. stelt u dat er door het uitbreiden van het budget voor de instelling er geen sprake is van het door het zorgkantoor doorverwijzen van een lichamelijk gehandicapte naar een zorginstelling voor verstandelijk gehandicapten. Ook de VVD-fractie heeft geluiden ontvangen dat dit toch gebeurd zou zijn. Waar zou in een dergelijke situatie de cliënt zich kunnen melden gezien het feit dat de cliënt toch de vrijheid heeft om een aanbieder te kiezen?

28.

Een cliënt heeft de vrijheid om zich te melden bij iedere zorgaanbieder waarmee het zorgkantoor productieafspraken heeft gemaakt. Bij de indicatiestelling kan de cliënt zijn voorkeur voor een zorgaanbieder uitspreken en zich daar melden. Wanneer deze zorgaanbieder een wachtlijst heeft, zal het zorgkantoor, in overleg met de cliënt, deze een passend alternatief voorstellen. Als de cliënt hiermee niet akkoord gaat, kan de cliënt bezwaar maken bij het zorgkantoor. Tegen een schriftelijke afwijzing van dit bezwaar door het zorgkantoor kan de cliënt in beroep gaan bij de rechter.

29.

In uw brief stelt u dat zorgkantoren de mogelijkheid hebben om geld te herverdelen binnen hun regio maar ook tussen regio's. Is het ook mogelijk om zorgkantoren hiertoe te verplichten? Zo nee, waarom niet?

29.

Zorgkantoren zijn als geen andere partij in staat om de vraag en het aanbod naar zorg in de regio te beoordelen. Zij hebben de mogelijkheid en zijn bevoegd overhevelingen te maken. Het is de rol van zorgkantoren om op een doelmatige wijze zorg in te kopen. Onder de WVG is het niet mogelijk zorgkantoren te verplichten tot overhevelen.

30.

Kunt u toelichten of de problematiek zich beperkt tot de ouderenzorg, zorg thuis of dat de problematiek ook de lichamelijk en/of verstandelijk gehandicapten sector en de psychiatrie raakt?

30.

Volgens de tot nu toe verzamelde knelpunten door Ctg/ZAio hebben onder andere thuiszorginstellingen zich gemeld die meer productieafspraken willen maken dan ze tot nu toe met het zorgkantoor hebben gemaakt. Daarnaast is er sprake van instellingen uit de GGZ en enkele instellingen die zorg verlenen aan gehandicapten.

31.

Wat is de stand van zaken betreffende de afhandeling van de bezwaren die zijn ingediend naar aanleiding van indicaties, zijn de bezwaren gegrond?

31.

In het tweede kwartaal van 2006 zijn bij het CIZ 1.218 bezwaren ingediend op een totaal van ruim 200.000 afgegeven indicatiebesluiten. Het grootste deel (65%) van de bezwaren richt zich tegen de omvang van de zorg en/of het feit dat geen zorg wordt geïndiceerd. In datzelfde kwartaal zijn 1.634 bezwaren afgehandeld. Een minderheid van de afgehandelde bezwaren bleek gegrond (in totaal 695).

32.

Welke procedure hanteert het College voor zorgverzekeringen (CVZ) rondom de advisering betreffende "oude" bezwaren, met andere woorden wordt er gewerkt vanuit achterstanden of worden nieuwe bezwaren direct afgehandeld?

32.

Het CVZ werkt de adviezen af op volgorde van datum van binnenkomst. Omdat de toestroom van adviesaanvragen veel groter was dan verwacht liep de doorlooptermijn van de advisering op. Voor 400 adviesaanvragen heeft het CVZ op grond van artikel 58 AWBZ afgezien van het geven van advies. Vanaf 1 mei 2006 worden alle adviezen binnen de wettelijke termijn afgehandeld.

33.

Wat is het effect van de uitspraken op het aantal indicaties?

33.

Het aantal indicaties wordt vooral bepaald door het aantal aanvragen. Het CVZ is alleen betrokken in die gevallen waarin de verzekerde bezwaar maakt en het CIZ dat bezwaar geheel of gedeeltelijk wil afwijzen. Het CVZ heeft geen zicht op die gevallen waarin de verzekerde een positieve indicatie krijgt waarmee hij tevreden is. Overigens ook niet op de negatieve indicaties waarbij de verzekerde zich neerlegt.

De uitspraken van het CVZ hebben vooral inhoudelijke verduidelijking van de aanspraken tot gevolg en hebben een zeef functie naar de rechterlijke macht. Ook biedt het de mogelijkheid om te signaleren waar onduidelijkheid over de aard en omvang van de aanspraken bestaat. Op het

aantal indicaties is er geen direct effect.

34.

Welke consequenties heeft dit in relatie tot de huidige problematiek “knelpunten AWBZ”?

34.

De consequenties zijn te verwaarlozen. Voorzover deze er zijn, gaat het eerder om een aanscherping van de aanspraken (en dus een neerwaarts effect) dan om een opwaarts effect.

35.

In hoeverre heeft de naderende invoering van de WMO invloed op de huidige problematiek? In de huidige situatie is het zo dat veel mensen geïndiceerd zijn voor duurdere zorg maar genoeg nemen (tevreden zijn) met goedkopere zorg. Het zou kunnen zijn dat er alsnog een versnelde overheveling plaatsvindt naar een duurdere vorm van zorg. Kunt u toelichten of hier inderdaad sprake van is? Zo ja, is hier sprake van een éénmalige inhaalslag? Zo neen, waarom niet?

35.

Uit de huidige gegevens kan geen algemene trend van substitutie naar duurdere zorgvormen worden afgeleid. Ondersteunende begeleiding kan in een aantal gevallen als alternatief voor huishoudelijke verzorging worden gezien. De omvang daarvan neemt weliswaar toe, maar er is geen sprake van afname van huishoudelijke verzorging. Het tegendeel is waar. De omvang van de verleende huishoudelijke verzorging is in de eerste perioden van 2006 met circa 10% toegenomen.

Vragen SP-fractie

36.

Wanneer mensen door de knelpunten tijdelijk geen thuiszorg krijgen, klopt het dat zij dan toch de eigen bijdrage thuiszorg moeten door blijven betalen? Zo ja, deelt u de mening dat dit niet acceptabel is en dat deze mensen de eigen bijdrage niet hoeven te betalen voor de periode waarover zij geen thuiszorg hebben gehad?

36.

Als iemand door knelpunten tijdelijk geen thuiszorg ontvangt, betaalt deze persoon geen eigen bijdrage. De eigen bijdrage wordt opgelegd op basis van het gerealiseerde aantal uren thuiszorg en niet op basis van het geïndiceerde aantal uren.

Wel kan het zo zijn dat deze persoon naast de thuiszorg andere AWBZ-zorg gebruikt waarvoor een eigen bijdrage verschuldigd is. Wanneer deze persoon op basis van het overige zorggebruik de maximum eigen bijdrage betaalt, kan het zo zijn dat het wegvallen van de thuiszorg geen effect heeft op de te betalen eigen bijdrage.

37.

Deelt u de mening dat onderstaande mensen niet tot 1 september kunnen wachten? Hoe gaat u de problemen oplossen van de volgende mensen (staccato):

- a. Meneer van 73 jaar in Deventer zou huishoudelijke verzorging moeten ontvangen vanwege het niet kunnen uitvoeren van zware werkzaamheden door artrose.
- b. Mevrouw van 64 jaar in Dedemsvaart zou huishoudelijke verzorging moeten ontvangen vanwege ziekte van botspierstelsel en bindweefsel.
- c. Mevrouw van 87 jaar in Ommen ernstig ziek, terminaal met de wens thuis te sterven blijft in het ziekenhuis vanwege de productiestop en overlijdt daar de volgende dag. Huisarts is woedend dat in Nederland dit soort zaken voorkomen en haar wens niet gerespecteerd kon worden.
- d. Jong gezin uit Hoogeveen met drie kleine kinderen (jongste kind zes weken) heeft volledige hulp nodig, ondersteunend, verzorgend/verplegend en huishoudelijke verzorging omdat de moeder een zwangerschapspsychose ontwikkelt. Wij moeten uitleggen een wachtlijst te hebben, de grote organisaties kunnen pas een week later iemand leveren. Vader is

vertwijfeld en smeekt ons om hulp. Uiteindelijk is het gelukt toch een grote organisatie dezelfde dag nog hulp in te laten zetten.

- e. Mevrouw van 67 met knieoperatie uit Ruinen gedurende 6 weken heeft deze mevrouw nog hulp nodig bij de Huishoudelijke Verzorging, deze mevrouw blijft nu verstoken van hulp.
- f. Meneer van 84 jaar die in het voorjaar reeds een zorgovereenkomst heeft afgesloten, reden hiervoor is dat meneer is verhuisd naar Hardenberg en is geïndiceerd voor Persoonlijke Verzorging en Huishoudelijke Verzorging geïndiceerd. Deze meneer krijgt momenteel geen zorg.
- g. Mevrouw van 89 jaar uit Deventer heeft zowel een indicatie voor Persoonlijke Verzorging als Huishoudelijke Verzorging. Kinderen zijn wanhopig want alles komt nu op hun schouders neer. Vakanties moeten afzeggen etc.
- h. Mevrouw van 78 jaar uit Hoogeveen heeft na een operatie een steunpanty gekregen die zij dagelijks moet dragen. Mevrouw krijgt reeds Huishoudelijke Verzorging, alleen de indicatie is tijdelijk uitgebreid. Ook dit wordt niet vergoed door het Zorgkantoor. De twee dagen dat mevrouw Huishoudelijke Verzorging krijgt kan de panty aan getrokken worden, mevrouw heeft zelf de kracht niet het de resterende dagen te doen. Zij heeft er zelf voor besloten de panty niet te dragen omdat zij geen hulp van een andere organisatie wil en zij niets begrijpt van de beweegredenen van het Zorgkantoor. Mevrouw loopt hiermee een risico op andere gezondheidsproblemen.
- i. Familie uit Dedemsvaart, meneer heeft kanker en is gestart met chemokuren (54 jaar) omdat wij een stop moesten inlasten heeft deze familie besloten de zorg zelf te bekostigen.
- j. Mevrouw van 56 uit Boxmeer met MS ligt in ziekenhuis en is terminaal. Ze wil graag naar huis om daar te sterven. Dit kan niet omdat er geen thuiszorg is.
- k. Een 45 jarige vrouw met een progressieve zeldzame longziekte met indicatie voor 5 uur verpleging. Ze staat op de wachtlijst.

37.

Het is in elk van deze voorbeelden aan de regionale partners en niet aan mij om te beslissen of er sprake is van acute en schrijnende situaties. Als dat het geval is, zoeken zorgkantoren en zorgaanbieders samen naar adequate oplossingen. Hiervoor heb ik € 95 miljoen toegevoegd aan de contracteerruimte AWBZ voor 2006. Naast de resterende contracteerruimte van circa € 30 miljoen moet dit voor zorgkantoren en zorgaanbieders voldoende zijn om de AWBZ-zorg tot 1 januari 2007 te kunnen leveren.

38.

Vindt u het gewenst dat indicaties niet uitgebreid mogen of kunnen worden, ondanks dat door de hitte met name ouderen op dit moment meer zorg nodig hebben?

38.

Het indicatiebesluit is zodanig vorm gegeven dat het mogelijk is dat aan cliënten, die tijdelijk meer zorg nodig hebben, deze zorg kan worden geleverd.

39.

Bij de het meldpunt van de SP-fractie zijn vanuit de thuiszorg zelf de volgende meldingen binnengekomen (staccato). Wat is uw reactie hierop?

- a. Regio Drechtsteden (Zwijndrecht/Dordrecht etc.): Thuiszorgorganisatie Opmaat redden het nog tot oktober. Nu een tekort van 500.000. Heeft dit jaar 1,3 miljoen meer nodig dan verwacht. Thuiszorgorganisatie Internos heeft nu geen tekorten, maar als er in oktober niets bij komt wel.
- b. Zuid Limburg: cliëntenstops bij de thuiszorg, maar proberen zo veel mogelijk cliënten via PGB toch de benodigde zorg te leveren.
- c. Zuid-Hollandse eilanden: Zorgaanbieder Zorg en welzijn. Sinds half juni geen budget meer voor huishoudelijke zorg en is er een cliëntenstop ingesteld
- d. Provincie Utrecht, regio Zuidoost (omgeving De Bilt en Zeist): De Nieuwegeinse organisatie Vitras kampt met problemen. Vooralsnog geen cliëntenstop
- e. Sensire/Thuiszorg Groningen in Groningen/ Gelderland: vanaf 15 juli cliëntenstop.

- f. Thuiszorg Noordoost-Brabant: vanaf 1 juli alleen verplegende zorg voor de zwaarste gevallen, dus geen huishoudelijke zorg of thuiszorg voor "lichtere gevallen". Ook Land van Cuyk
- g. Gelderland en Overijssel: Zorgkantoor in Zwolle heeft de kraan dichtgedraaid, vanaf 15 juli cliëntenstop
- h. Zorggroep Zuid-Gelderland (zorgkantoor Nijmegen): al vanaf 1 mei geen nieuwe cliënten huishoudelijke zorg meer, vanaf 10 juli is de gehele huishoudelijke zorg stopgezet, bestaande indicaties van verplegende zorg gaat door, nieuwe indicaties voor pleegzorg komen op de wachtlijst te staan
- i. In Deventer loopt momenteel een allochtonenproject van VTE (Verpleegkundige Thuiszorg Emst) Ook hier inmiddels een aantal casussen van zorg die niet gestart kunnen worden, dit project loopt gevaar te mislukken.

39.

Het is in elk van deze voorbeelden aan de regionale partners en niet aan mij om te beslissen of er hier sprake is van acute en schrijnende situaties. Als dat het geval is, zoeken zorgkantoren en zorgaanbieders samen naar adequate oplossingen. Hiervoor heb ik € 95 miljoen toegevoegd aan de contracteerruimte AWBZ voor 2006. Naast de resterende contracteerruimte van circa € 30 miljoen moet dit voor zorgkantoren en zorgaanbieders voldoende zijn om de AWBZ-zorg tot 1 januari 2007 te kunnen leveren. Cliëntenstops zijn maatschappelijk zeer onwenselijk en door deze extra impuls ook onnodig.

40.

Wat is uw reactie op de cliëntenstop van Regionale Instelling Beschermd Wonen Heuvelland en Maasvallei voor de begeleiding van zelfstandig wonende psychiatrische patiënten?

40.

Ik neem het advies over van Ctg/ZAio om € 95 miljoen toe te voegen aan de contracteerruimte AWBZ voor 2006. Naast de resterende contracteerruimte van circa € 30 miljoen moet dit ook voor dit zorgkantoor en het RIBW Heuvelland en Maasvallei voldoende zijn om de AWBZ-zorg tot 1 januari 2007 te kunnen leveren.

41.

Hoe verklaart u dat zorgkantoren, zorgverzekeraars en zorgaanbieders aangeven dat de €197 miljoen al vergeven is, terwijl u in de brief toelicht dat dat niet zo is?

41.

De zorginkoop in de AWBZ vindt plaats in drie contracteerrondes: in maart, juli en oktober. Na de eerste contracteerronde bleek uit de gegevens van Ctg/ZAio dat van de beschikbare € 17,85 miljard nog € 197 miljoen niet gecontracteerd was. De zorgkantoren gaven aan wel een idee te hebben over de manier waarop zij dit bedrag zouden inzetten in de volgende contracteerronde(s) maar ik ben uitgegaan van de officiële gegevens die ik toen ter beschikking had.

Uit informatie van Ctg/ZAio blijkt dat in de tweede contracteerronde niet de hele € 197 miljoen is gecontracteerd. Er is nog circa € 30 miljoen over voor de derde contracteerronde.

42.

Is al bekend welke zorg er is gecontracteerd in de tweede contracteerronde van 15 juli?

42.

Na verwerking van de maartronde 2006 resteerde een bedrag van € 197 miljoen en na de julironde 2006 is er nog circa € 30 miljoen aan reguliere contracteerruimte (op landelijk niveau) voor de AWBZ beschikbaar.

43.

Hebben de knelpunten in de AWBZ gevolgen voor de invoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO)?

43.
Nee.

44.
Zorgkantoren hebben de mogelijkheid om zowel binnen de regio als met regio's onderling het budget te herverdelen. Zijn er regio's of instellingen die momenteel een onderproductie hebben?

44.
De productieafspraken van een zorgaanbieder of een cluster van zorgaanbieders op regioniveau loopt over een heel jaar. Gedurende het jaar is de totale productieafspraken een variabele waarop aanvullende afspraken van invloed zijn. Daarnaast is de werkelijke productie een variabele. Pas als voor het hele jaar de feitelijke productie is opgemaakt en als duidelijkheid bestaat over verder in het jaar gemaakte aanvullende afspraken is er sprake van een statische situatie waarin kan worden beoordeeld of er sprake is van onderproductie bij een instelling of een regio. Ctg/ZAio besteedt hieraan aandacht in haar analyse.

45.
Waarop baseert u het vertrouwen "dat zorgaanbieders en zorgkantoren op regionaal niveau oplossingen kunnen vinden voor schrijnende gevallen en acute situaties"?

45.
Ik baseer dat vertrouwen op gesprekken met het bestuur van ActiZ en met vertegenwoordigers van Zorgverzekeraars Nederland.

46.
Wat gaat u doen om de situatie voor mensen transparanter te maken zodat zij weten op welke zorg zij recht hebben?

46.
Het CVZ maakt brochures die inzicht geven in de wijze/procedure waarop AWBZ zorg kan worden aangevraagd. De bureaus van het CIZ, de zorgkantoren en de zorgaanbieders beschikken over deze folders en vaak ook over eigen informatiemateriaal. Ook via Internet is deze informatie beschikbaar.

Vragen GroenLinks-fractie

47.
Tijdens het algemeen overleg op 22 juni jl. is reeds naar voren gebracht dat er een grote spanning is ontstaan tussen het recht op zorg, het budget en de regionale contracteerruimte. In uw brief d.d. 21 juli jl. geeft u aan een brief vanuit Ctg/ZAio naar zorgkantoren te hebben laten versturen, Centrum Indicatiestelling Zorg onderzoekt tevens of er afwijkende trends zichtbaar zijn bij het vaststellen van indicatiebesluiten. En het CAK bekijkt of er inderdaad sprake is van een bijzondere ontwikkeling. Zijn deze maatregelen geen reguliere maatregelen? Is het niet zo dat CIZ altijd dient te bezien of er sprake is van bijzondere ontwikkelingen in het gehele proces? Zo nee, waarom niet?

47.
De verschillende organisaties rapporteren periodiek over de ontwikkelingen in de AWBZ. Daarbij is het gebruikelijk dat zij aangeven welke (opvallende) ontwikkelingen zij signaleren. Afhankelijk van de aard van deze ontwikkelingen zal nader onderzoek plaatsvinden naar de oorzaken ervan. Deze fase is nu ingetreden.

48.
Wat heeft u in de tussenliggende weken verder gedaan om deze spanning en de daaruit volgende knelpunten helder in beeld te krijgen?

48.

Voor een goede beoordeling van de situatie vind ik het van groot belang om over de juiste informatie te beschikken over de omvang van het probleem en de achtergronden van dit probleem. In de afgelopen periode ben ik daarom in overleg getreden met verschillende partijen, zoals Zorgverzekeraars Nederland, Ctg/ZAio, de brancheorganisaties van zorgaanbieders, het CIZ en het CAK. Hierbij is zoveel mogelijk gebruikt gemaakt van kwantitatieve gegevens. Daarnaast heb ik gesprekken gevoerd met een aantal zorgkantoren en met individuele aanbieders.

49.

Bent u zelf in contact getreden met de diverse zorgaanbieders en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) die via brandbrieven aan uw ministerie en de commissie VWS hun urgente zorgen kenbaar maakten? Zo neen, waarom niet?

49.

Zoals in vraag 48 is toegelicht heb ik een aantal zorgaanbieders en zorgkantoren gesproken over de zorgen die zij in brieven aan u of mij of rechtstreeks in de media hebben geuit.

50.

In uw brief geeft u aan dat er een ruimte van een kleine 2% voor additionele groei van het zorgvolume resteert afgezet tegen de demografische groei van de zorgvraag van ruim 1% per jaar. Heeft u daarbij rekening gehouden met het feit dat de zorgvraag alleen al het eerste kwartaal van dit jaar met acht procent is gestegen?

50.

De ruimte die voor volume is gereserveerd is gebaseerd op een reëel te verwachten ontwikkeling. Ook voor 2005 kon binnen deze ruimte aan de zorgvraag worden voldaan. Ik vind het opmerkelijk dat in 2006 het zorggebruik zeer snel toeneemt en knelpunten ontstaan. Tegen deze achtergrond is het onderzoek gestart naar de oorzaken van deze snelle groei die slechts in zeer beperkte mate kan worden verklaard door demografische factoren.

51.

Heeft u in het knelpuntenbudget rekening gehouden met het feit dat de indicatie voor ondersteunende begeleiding oploopt waardoor het voorspelbaar was dat zowel de zorgvraag als de geleverde zorg zou toenemen?

51.

Het is zeer opmerkelijk en niet op voorhand voorzien, dat het aantal indicaties voor ondersteunende begeleiding zo sterk is toegenomen in de eerste maanden van 2006. Het CIZ is in zijn analyse nader ingegaan op de ontwikkeling van het aantal indicatiebesluiten voor ondersteunende begeleiding. De aanbeveling van Ctg/ZAio om over te gaan tot verruiming van de budgettaire middelen is mede ingegeven vanwege de knelpunten die zijn gesignaleerd bij de toename van de zorg in het kader van ondersteunende begeleiding.

52.

Waarom heeft het zo lang geduurd voor u enig onderzoek gelaste, terwijl de eerste concrete signalen over de kloof tussen vraag en aanbod u al begin mei jl. vanuit diverse zorgkantoren hebben bereikt?

52.

Vanaf mei is door zorgkantoren en zorgaanbieders aandacht gevraagd voor mogelijke knelpunten in de AWBZ. Uit overleg met deze partijen kwam naar voren dat het accent bij deze signalen vooral lag op de regionale component. Omdat concrete onderbouwing van deze signalen niet voorhanden was, was de verwachting dat door herverdeling en inzet van nog beschikbare middelen in de tweede contracteerruimte, de knelpunten konden worden ondervangen. Eind juni is aanvullende informatie beschikbaar gekomen van onder meer ZN. Mede op basis van deze informatie, die ook is besproken in het Algemeen Overleg van 22 juni, is besloten tot het uitvoeren van nader onderzoek.

53.

U stelt dat er een budget van €197 miljoen nog vrij beschikbaar is aangezien dit nog niet gecontracteerd zou zijn. Hoe is het echter mogelijk dat tussen u en ZN verschil van mening bestaat over de beschikbaarheid van dit bedrag?

54.

Is het niet zo dat ZN over de laatste informatie beschikt en reeds op basis van een inventarisatie onder alle zorgkantoren een eerste overzicht heeft gemaakt van knelpunten in de contracteerruimte 2006 voor de AWBZ? ZN stelt op grond van deze inventarisatie dat het eerder genoemde budget niet meer vrij beschikbaar zou zijn en al nagenoeg geheel een concrete bestemming heeft. Op basis van welke feiten komt u tot de conclusie dat het budget nog wel beschikbaar zou zijn geweest? Welke maatregelen neemt u mocht u uiteindelijk tot de conclusie komen dat het budget er inderdaad niet is en de genoemde knelpunten ondertussen in de tweede contracteerronde niet opgelost zijn?

53 en 54.

De zorginkoop in de AWBZ vindt plaats in drie contracteerrondes: in maart, juli en oktober. Na de eerste contracteerronde bleek uit de gegevens van Ctg/ZAio dat van de beschikbare € 17,85 miljard nog € 197 miljoen niet gecontracteerd was. De zorgkantoren gaven aan wel een idee te hebben over de manier waarop zij dit bedrag zouden inzetten in de volgende contracteerronde(s) maar ik ben uitgegaan van de officiële gegevens die ik toen ter beschikking had. Inmiddels is de tweede contracteerronde overigens achter de rug. Voor een derde contracteerronde is nog circa € 30 miljoen over. Daarnaast neem ik het advies over van Ctg/ZAio om € 95 miljoen toe te voegen aan de contracteerruimte AWBZ voor 2006. Samen moet dit voor zorgkantoren en zorgaanbieders voldoende zijn om de AWBZ-zorg tot 1 januari 2007 te kunnen leveren.

55.

Hoe beoordeelt u het feit dat er enerzijds een begrensde ABWZ is door het plafond dat u heeft ingesteld en anderzijds het aantal indicaties meer toeneemt dan verwacht was? Betekent dat niet dat zorgkantoren en vervolgens zorgaanbieders feitelijk klem worden gezet? Zo neen, waarom niet?

55.

De AWBZ wordt gefinancierd uit collectieve middelen. Bij het beschikbaar stellen van kader dient altijd de afweging gemaakt te worden tussen de belangen van de zorgbehoevende burger en van de premiebetalende burger. Bij frictie tussen de geïndiceerde zorg en het beschikbare kader zijn beide aspecten van belang. Door analyse van de cijfers over de indicatiestelling door het Ctg/Zaio is ingegaan op de achtergronden van deze frictie.

56.

Deelt u de mening dat de huidige ontwikkelingen tot de conclusie moeten leiden dat het convenant met de ABWZ sectoren niet langer houdbaar is? Zo neen, waarom niet?

56.

Ik deel uw mening niet. In het convenant AWBZ 2005 - 2007 is voor de groei van de AWBZ uitgegaan van de ramingen uit het hoofdlijnenakkoord. De convenantpartners hebben deze als uitgangspunt genomen. Ook zonder convenant zouden dit gelden.

57.

Door meerdere thuiszorginstellingen is een klantenstop afgekondigd aangezien overproductie aan zorgverlening zonder bijbehorend budget tot onverantwoorde financiële risico's leidt. Hoe serieus neemt u deze cliëntenstops als u stelt ze maatschappelijk zeer onwenselijk te vinden, maar u verder geen maatregelen neemt om de oorzaken van de klantenstops op te lossen?

57.

Uit mijn brief van 21 juli, antwoorden op eerdere Kamervragen van mevrouw Vietsch, mevrouw Smits en mevrouw Kant en de antwoorden op deze Kamervragen blijkt dat ik wel degelijk bezig ben om de oorzaken van de cliëntenstops op te lossen.

58.

Deelt u de mening dat voor zorgvragers duidelijk en transparant moet zijn welke rechten een consument met een indicatiebesluit heeft, waar men terecht kan voor bemiddeling naar passende zorg en wie er eindverantwoordelijk is voor het bieden van passend aanbod? Zo ja, hoe garandeert u deze transparantie gezien de onduidelijkheid die er in het veld is ontstaan over bij wie de zorgvrager moet aankloppen voor het recht op noodzakelijke ABWZ zorg? Welke maatregelen bent u bereid te nemen om direct de verschillende verantwoordelijkheden van de diverse ketenpartijen transparant te maken en duidelijkheid voor de zorgvrager te bewerkstelligen?

58.

Mijn beleid is erop gericht om transparantie in de zorgketen voor alle partijen, waaronder ook de zorgvrager, te realiseren. Deze taak heb ik belegd bij het College voor Zorgverzekeringen. Het CVZ geeft onder meer invulling aan deze taak door publieksfolders te ontwikkelen, zoals de folder "Verzorging, verpleging, behandeling nodig? De AWBZ helpt". In deze folder wordt de rolverdeling en verantwoordelijkheden van ketenpartijen geschetst. Het CIZ en zorgkantoren reiken deze folder uit aan verzekerden. Het CVZ heeft geen signalen ontvangen over onduidelijkheden in de folder en het niet verspreiden van de folder via de genoemde ketenpartijen.

59.

Is het waar dat de zogenaamde kaasschaafmethode wordt toegepast om het aanwezige zorgaanbod over zoveel mogelijk zorgvragers te verdelen? Deelt u de mening dat dit zeer onwenselijk is, omdat dit er enerzijds toe leidt dat de zorgvrager vervolgens niet meer zichtbaar is als wachtende of rechthebbende en anderzijds er toe leidt dat zorgvragers slechts een deel van de zorg krijgen waar ze recht op hebben? Zo ja, welke maatregelen bent u van plan te nemen om gebruik van deze "kaasschaafmethode" tegen te gaan? Zo neen, waarom niet?

59.

De hoeveelheid geleverde zorg hoeft niet automatisch gelijk te zijn aan het maximum van de klasse. Cliënt en aanbieder maken samen afspraken over de te leveren zorg binnen het indicatiebesluit. Ik deel uw mening dus niet dat dat onwenselijk zou zijn. De benodigde zorg voor een AWBZ-cliënt wordt geïndiceerd door het CIZ. Daarbij wordt bekeken welk type zorg (in functies) van toepassing is en tevens wordt de omvang van de zorg weergegeven in een klasse (met een bandbreedte). Het zorgkantoor is ervoor verantwoordelijk dat de cliënt binnen de gestelde functie en klasse zorg ontvangt.

60.

In uw brief d.d. 21 juli jl. gaat u niet in op het effect dat de tekorten bij diverse thuiszorginstellingen teweegbrengt op de totale keten in het zorgveld. Deelt u de mening dat het uitblijven van zorg thuis leidt tot het niet tijdig de juiste zorg leveren aan de juiste zorgvrager? Uit diverse signalen blijkt dat mensen langer in het ziekenhuis wachten of in het verzorgingshuis omdat er geen zorg thuis geboden wordt. Bent u bekend met deze reële signalen? Zo neen, waarom niet? Bent u het met ons eens dat deze verkeerde-bedproblematiek uiteindelijk leidt tot een aaneenschakeling van problemen bij ziekenhuizen en V&V-instellingen? Deelt u de mening dat dit uitermate onwenselijk is en met de nodige maatregelen voorkomen moet worden? Zo neen, waarom niet?

60.

Indien personen die op korte termijn thuiszorg nodig hebben, deze niet tijdig krijgen geleverd, ontstaat een ongewenste situatie. In mijn brief van 21 juli heb ik aangegeven dat onder meer overleg met Actiz er toe heeft geleid dat voor deze groep de zorg beschikbaar blijft.

Het is mij bekend dat ook ziekenhuizen aangaven patiënten langer te verzorgen, indien thuiszorg niet direct voor handen is.

Ik neem het advies over van Ctg/ZAio om € 95 miljoen toe te voegen aan de contracteerruimte AWBZ voor 2006. Naast de resterende contracteerruimte van circa € 30 miljoen moet dit voor zorgkantoren en zorgaanbieders voldoende zijn om de AWBZ-zorg tot 1 januari 2007 te kunnen leveren.

61.

Bent u nog steeds van mening dat geïndiceerde zorg ook een recht op zorg betekent zoals u tijdens het algemeen overleg op 22 juni jl. naar voren bracht? Zo ja, hoe brengt u dit individuele recht in overeenstemming met het algemene budgetplafond in de AWBZ?

61.

Mijn uitspraak gedaan op het Algemeen Overleg van 22 juni blijft van kracht.

De AWBZ wordt gefinancierd uit collectieve middelen. Bij het beschikbaar stellen van kader dient altijd de afweging gemaakt te worden tussen de belangen van de zorgbehoevende burger en van de premiebetalende burger. Bij frictie tussen de geïndiceerde zorg en het beschikbare kader zijn beide aspecten van belang. Door analyse van de cijfers over de indicatiestelling door het Ctg/Zaio is ingegaan op de achtergronden van deze frictie.

62.

Kunnen de tekorten in de budgetten zodanig op lopen dat duizenden zorgconsumenten in 2006 hun aanspraak op AWBZ zorg niet tijdig - binnen de geaccepteerde wachttijden; Treeknormen - ingevuld zullen zien met een passend zorgaanbod? Zo ja, welke verantwoordelijkheid neemt u hiervoor en welke maatregelen bent u bereid te nemen?

62.

Ik neem het advies over van Ctg/ZAio om € 95 miljoen toe te voegen aan de contracteerruimte AWBZ voor 2006. Naast de resterende contracteerruimte van circa € 30 miljoen moet dit voor zorgkantoren en zorgaanbieders voldoende zijn om de AWBZ-zorg tot 1 januari 2007 te kunnen leveren.

63.

Vindt u het toelaatbaar dat ouderen en zieke patiënten langer moeten wachten in het ziekenhuis of het verzorgingshuis voor ze naar huis mogen? Vindt u het wenselijk dat hierdoor extra wachtlijsten kunnen ontstaan voor de betreffende verzorgingshuizen en ziekenhuizen? Zo neen, wat gaat u doen aan concrete gevallen die zich nu reeds voordoen?

63.

Door het op een doelmatige wijze oplossen van deze knelpunten kan de thuiszorgproblematiek worden verlicht en zal de druk op de ziekenhuizen en verpleeghuizen verminderen. Voor het oplossen van de knelpunten neem ik het advies over van Ctg/ZAio om € 95 miljoen toe te voegen aan de contracteerruimte AWBZ voor 2006. Naast de resterende contracteerruimte van circa € 30 miljoen moet dit voor zorgkantoren en zorgaanbieders voldoende zijn om de AWBZ-zorg tot 1 januari 2007 te kunnen leveren.

64.

Deelt u de mening dat u eindverantwoordelijk bent voor schrijnende situaties die ontstaan door niet afdoende aanpak van de knelpunten en onvoldoende middelen? Hoe definieert u deze eindverantwoordelijkheid?

64.

Ik deel uw mening niet. In de AWBZ heeft het zorgkantoor de plicht om voldoende zorg in te kopen. De aanbieder heeft op grond van de Kwaliteitswet zorginstellingen de plicht om verantwoorde zorg te leveren. Ik ben verantwoordelijk voor het goed functioneren van het systeem van de AWBZ. Het nu extra ter beschikking gestelde budget moet voldoende zijn om de AWBZ-zorg tot 1 januari 2007 te kunnen leveren.