

Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

De Voorzitter van de Tweede Kamer  
der Staten-Generaal  
Postbus 20018  
2500 EA DEN HAAG

Bezoekadres:  
Parnassusplein 5  
2511 VX Den Haag  
T 070 340 79 11  
F 070 340 78 34  
www.minvws.nl

**Ons kenmerk**  
DLZ//CB-U-2961770

**Bijlagen**  
1

**Uw brief**  
14 september 2009

*Correspondentie uitsluitend  
richten aan het retouradres  
met vermelding van de datum  
en het kenmerk van deze  
brief.*

Datum: 29 oktober 2009

Betreft: Vragen verslag schriftelijk overleg betreffende de voorgenomen  
aanwijzing aan de NZa inzake de contracteerruimte AWBZ

Geachte voorzitter,

Hierbij zend ik u de antwoorden op de vragen van de vaste Commissie voor  
Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 14 september 2009  
betreffende de voorgenomen aanwijzing aan de Nederlandse Zorgautoriteit inzake  
de contracteerruimte AWBZ 2010.

Hoogachtend,

de Staatssecretaris van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport,

mw. dr. J. Bussemaker

De leden van de CDA-fractie vinden het naar voren halen van de contracteerronde normaal en vinden het positief dat het aantal budgettronden is verminderd van drie naar twee.

Deze positieve terugkoppeling krijg ik ook van de zorgkantoren. Eenmalig is er extra werk want na de 1<sup>e</sup> ronde 2009 in maart moest het proces in juli al weer gestart worden voor de 1<sup>e</sup> ronde 2010 en de 2<sup>e</sup> ronde 2009. Structureel is er administratieve winst, want pas in juli 2010 moet het proces weer gestart worden voor de 1<sup>e</sup> ronde 2011 en de 2<sup>e</sup> ronde 2010. De zorgkantoren hebben dan een ruime voorbereidingstijd waarin ze zich kunnen oriënteren op de kwaliteit van de inkoop van zorg.

Daarnaast heeft deze fractie nog een aantal vragen waarop ik nader in ga:

1

Het bedrag van € 91 miljoen wordt op de bestaande contracteerruimte gekort. Dit impliceert dat de zorgkantoren scherp zullen moeten inkopen om aan de zorgvraag te kunnen voldoen. Waarop moeten zorgkantoren sturen om de zorgvraag scherp in te kopen?

1

De zorgkantoren sturen op kwaliteit van zorg. Het is bekend dat de ene aanbieder met hetzelfde geld betere zorg levert dan de andere. Het zorgkantoor kan de aanbieders zo stimuleren dat een groter aantal aanbieders betere zorg gaat leveren. De normen van verantwoorde zorg zijn daarbij leidend.

2

Hoe worden de € 30 miljoen extra middelen voor de kwaliteit van de gehandicaptenzorg ingezet en hoe wordt gemeten dat de kwaliteit van de gehandicaptenzorg wordt verbeterd?

2

Deze extra middelen ad € 30 miljoen in 2010 en structureel ad € 72 miljoen, zijn bestemd voor cliënten met een verstandelijke of lichamelijke beperking met een hoge zorgwaarde. Dit gebeurt door deze middelen te verrekenen in zorgzwaartepakket ZZP-5 tot en met ZZP-7 voor lichamenlijk gehandicapten en in ZZP-5 tot en met ZZP-7 voor verstandelijk gehandicapten. Door de inzet van deze extra middelen worden meer medewerkers of beter opgeleide medewerkers (hogere deskundigheid) ingezet. De meting van verbetering van kwaliteit is onderdeel van het reguliere werk van de Inspectie voor Gezondheidszorg en onderdeel van de cliëntenraadpleging.

3

Deze leden vragen of het wel verstandig is slechts € 25 miljoen niet te verdelen over de zorgkantoren in verband met mogelijke knelpunten. Verwacht de staatssecretaris dat € 25 miljoen dit jaar voldoende zal zijn?

3

Ja, dat verwacht ik wel. Mijn afweging hoeveel groei in eerste instantie uitgezet kan worden en hoeveel groei achtergehouden moet worden om in te spelen op de specifieke vraagontwikkeling in bepaalde regio's bleek de afgelopen jaren correct te zijn. Tot op dit moment lijken zich nog geen knelpunten voor te doen.

4

Zij vragen ook hoe het staat met het onderling schuiven van zorgkantoren in vergelijking met een paar jaar geleden.

4

Het schuiven tussen zorgkantoren bij dezelfde concessiehouder gaat soepeler dan een aantal jaren geleden. Tussen zorgkantoren met een verschillende concessiehouder komt het schuiven minder voor. Dit is niet veranderd ten opzichte van een paar jaar geleden.

5

De staatssecretaris geeft aan dat zij de contracteerruimte 2010 met € 17 miljoen verhoogt in verband met de kosten van de AWBZ-zorg in het buitenland. In de brief van 18 september 2007 is aangekondigd dat maatregelen zouden worden getroffen ter beheersing van de kosten van de AWBZ-zorg in het buitenland (Kamerstuk 30 597, nr. 13). Welke maatregelen heeft het kabinet de afgelopen twee jaar genomen om de kosten van de AWBZ-zorg in het buitenland te verminderen? Verder willen de leden van de CDA-fractie graag weten of en zo ja welke maatregelen het kabinet nog van plan is te nemen en wanneer deze maatregelen zijn te verwachten. Indien het kabinet niet van plan is aanvullende maatregelen te nemen, willen zij graag weten waarom niet.

5

Het kabinet heeft behalve het vergroten van de verantwoordelijkheid van verzekeraars onlangs een wetsvoorstel ingediend waardoor ook de aanspraken in het buitenland beperkt zullen worden (Kamerstukken II, 2009/10, nr. 32154). Daarnaast wordt aan de kosten van de AWBZ-zorg in het buitenland een plafond gesteld, dat de NZa bewaakt. Voorshands gaat zij er vanuit dat dit voldoende is.

6

De leden van de CDA-fractie vragen of het kabinet de effecten van de innovatiemiddelen, het transitieprogramma, de middelen ketenzorg dementie en de middelen nationaal programma ouderenzorg inzichtelijk kan maken nu wordt besloten deze te handhaven. Welke kosten- batencriteria legt het kabinet aan bij keuzes van de aanwending van financiële middelen?

6

De middelen ten behoeve van innovatie, het transitieprogramma, de ketenzorg dementie en het nationaal programma ouderenzorg zijn relatief klein en bedoeld om gewenste ontwikkelingen aan te jagen. Bij de beoordeling van de ingediende plannen wordt beoordeeld in hoeverre de verwachte baten zullen optreden. Pas dan komt men in aanmerking voor vergoeding van de kosten.

## PVDA

Ons kenmerk  
DLZ//CB-U-2961770

1

De leden van de fractie van de PvdA vragen in hoeverre met de te hanteren systematiek rekening is gehouden met de toezegging van de staatssecretaris dat de historisch gegroeide verdeling van de budgetten tegen het licht gehouden zou worden, en dat hierbij een meer adequate verdeling van de budgetten over de regio's gewenst zou zijn. Genoemde leden refereren daarbij met name aan de situatie in Drenthe en Flevoland in de zomer van 2007.

1

Ik acht een meer adequate verdeling gewenst. De verdeling van middelen is niet meer alleen maar historisch bepaald. Vanaf 2008 wordt de groei van de contracteerruimte op basis van de CIZ-indicaties verdeeld. Dit proces wordt versterkt door invoering van cliëntvolgende bekostiging door middel van ZZP's. Noch Drenthe noch Flevoland hadden in 2008 of 2009 overigens een knelpunt volgens de NZa.

2

Deze leden lezen dat de financiële effecten in de basiscontracteerruimte verwerkt dienen te worden. Zij vragen of aangegeven kan worden hoeveel budget (macro gezien) gemoeid is met een tariefkorting van 2% in de V&V-sector.

2

Het gaat bij de zzp's in alle sectoren om circa € 12,9 miljard, waarvan € 7 miljard bij de verpleging en verzorging. Er is echter geen sprake van een tariefkorting van 2%. De zorgkantoren mogen bij de inkoop van zorg prijzen hanteren, die maximaal 2% onder de NZa-tarieven voor ZZP's liggen.

3

Voorts merken de leden van de PvdA-fractie op dat ten aanzien van de herverdeling over de regio's en hierbij de gedeeltelijke invoering er veel verwarring optreedt. Zij vragen of het mogelijk is om door middel van een tabel aan te geven wat nu wel en niet regionaal en bovenregionaal moet worden herverdeeld en per wanneer.

3

De verkregen gegevens 2009 gaven de NZa aanleiding in 2010 nog niet tot het corrigeren van bovenregionale zorg over te gaan omdat zorgkantoren niet gezamenlijk konden bepalen hoeveel zorg bovenregionaal was. De NZa heeft gevraagd in 2010 aan te geven wat de betrokken zorgkantoren gezamenlijk bovenregionale zorg vinden ten einde de door u genoemde correctie in 2011 te kunnen verwerken.

4

De leden van de fractie van de PvdA lezen in het advies van de NZa over de verdeelsystematiek contracteerruimte 2010 dat het de voorkeur verdient om de verdeling van de extramurale basiscontracteerruimte beter te laten aansluiten op de reële zorgvraag in een zorgkantorregio. De NZa geeft hierbij aan dat zij de verdeling liever baseert op reële parameters in plaats van historische productie-

afspraken. Volgens de NZa kan de meest reële parameter gegeven worden door het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ). Genoemde leden vragen hoe de staatssecretaris tegen deze uitspraak aankijkt. In hoeverre verhoudt deze zich tot het voornemen meer indicatievrije afspraken mogelijk te maken en tot het voornemen om indicaties meer door aanbieders en professionals te laten uitvoeren? Is de staatssecretaris van mening dat deze vormen ook reële parameters kunnen zijn?

4

De NZa heeft bij nader inziens besloten in 2010 de parameter van de indicaties nog niet te gebruiken omdat ook de herverdeling van bovenregionale zorg nog niet mogelijk was. Ik heb deze lijn van de NZa gevolgd omdat beide herverdelingen samen genomen moeten worden teneinde mogelijke tegenstrijdige effecten van de ene op de andere herverdeling tegen te gaan. Ik acht het hanteren van indicaties als verdelingsmaatstaf in overeenstemming met mijn beleid ten aanzien van de indicatiestelling voor AWBZ-zorg. In dit indicatiestellingsbeleid zit voldoende waarborg voor objectiviteit. Zorgaanbieders en zorgprofessionals krijgen een actieve rol bij de indicatiestelling voor AWBZ-zorg. Zij kennen niet alleen de patiënt, maar hebben ook hun (medische) gegevens. Door van die aanwezige kennis actief gebruik te maken via "slimme" automatiseringssystemen kunnen zorgaanbieders en -professionals indicatieadviezen afgeven voor de eenvoudige cliëntsituaties en kan het CIZ zich concentreren op de meer complexe cliëntsituaties. Wanneer geleidelijk aan de indicatieadviezen van de aanbieders en professionals in kwaliteit toenemen (de minimale gegevensset volledig en juist aangeleverd) kan het CIZ voor die zorgaanbieders en -professionals ("trusted partners") het advies direct omzetten in een rechtsgeldig indicatiebesluit en verder volstaan met een steekproefsgewijze toetsing achteraf.

5

De leden van de PvdA-fractie begrijpen dat de regionale herverdeling een complexe operatie is. Deze leden vragen of de constatering klopt dat voor slechts 5% van het totale bovenregionale budget herverdeling mogelijk is. En zo ja, is dit dan per 2011? Wat gebeurt er als er eigenlijk meer herverdeeld zou moeten worden? Zij vragen of hierdoor de continuïteit van zorginstellingen niet in het gedrang komt wegens het vervallen van budgetgaranties.

5

Bij bovenregionale zorg gaat het erom dat betrokkenen het met elkaar eens zijn over de overheveling van de hoeveelheden middelen. Het zorgkantoor kan dan voor de verzekerden in hun regio zorg inkopen. Indien de gegevens voor alle betrokkenen acceptabel zijn hoeft er geen grens van 5% gehanteerd te worden. Zorgaanbieders hoeven er bij het herschikken van bovenregionale zorg niet in budget op achteruit te gaan als ze bij de diverse zorgkantoren kunnen aantonen een goede en herkenbare aanbieder van zorg in hun regio te zijn.

1

De leden van de SP-fractie hebben kennisgenomen van de voorgenomen aanwijzing aan de Nederlandse Zorgautoriteit inzake de contracteerruimte voor 2010. Deze leden vragen waarom wordt gekozen voor productieafspraken als de zorgzwaartepakketten (zzp's) leidend kunnen zijn voor de inschatting van de benodigde middelen in een regio.

1

Binnen de regionale contracteerruimte moet het zorgkantoor met zorgaanbieders productieafspraken maken teneinde aan haar zorgplicht te voldoen. Bij de verdeling van de contracteerruimte wordt uitgegaan van het bestaande zorgaanbod plus groei minus maatregelen. Nieuw hierbij is dat in 2010 de zzp's leidend zijn voor de instellingsbekostiging.

2

Genoemde leden vragen ook op welke wijze de best practices worden ingevuld. Gaat het hier niet feitelijk over een efficiëntiekorting?

2

Nee, bij een efficiëntiekorting wordt iedere instelling met hetzelfde percentage gekort. Bij "best practices" houdt het zorgkantoor bij het hanteren van de inkooprijzen rekening met de kwaliteit van zorg bij elke aanbieder.

3

Het scherp inkopen van de zorgkantoren kan ertoe leiden dat zorginstellingen die geconfronteerd worden met minder budget in verband met de invoering van de zzp's ook nog een korting daar overheen krijgen. Hoe gaat de staatssecretaris om met instellingen die hierdoor strategisch patiëntengroepen gaan afstoten? Hoe gaat de staatssecretaris om met instellingen die hierdoor in financiële problemen geraken?

3

Het zorgkantoor dient zorg in te kopen voor alle cliëntgroepen. Als een aanbieder bepaalde cliëntgroepen niet mee zou willen nemen is dit een element in de onderhandeling met zijn zorgkantoor. De NZa heeft in haar voortgangsrapportage invoering zzp's niet waargenomen dat instellingen cliëntengroepen werven. De NZa blijft dit monitoren.

Door bij de "best practices" kwaliteitscriteria te hanteren ten aanzien van de inkooprijzen van de zorg en door het gematigde herallocatietempo bij de zzp's zal geen enkele instelling in financiële problemen komen. Indien er sprake zou zijn van een te fors tempo van afbouw in 2011 is er ruimte voor maatwerk ad 0,25% uit de 1% marge op de contracteerruimte.

4

Het is de leden van de SP-fractie onduidelijk hoe de extreme zorgzwaarte wordt geïntegreerd in de zzp's. Kan de staatssecretaris dat uitleggen? Wat is de verschuiving van de middelen? Hoe hoog was de extreme zorgzwaarte die werd

toegevoegd en hoe hoog is de vergoeding van de zzp? Hoe wordt voorkomen dat extreme zorgzwaarte voor bijvoorbeeld de sterk gedragsgestoorde licht verstandelijk gehandicapten (SGLVG) tekortschiet en er kwaliteitsproblemen ontstaan?

**Ons kenmerk**  
DLZ//CB-U-2961770

4

Extreme zorgzwaarte is niet geïntegreerd in de zzp's, maar komt bovenop de zzp's. Voor cliënten die qua zorgbehoefte uitstijgen boven de hoeveelheid zorg, zoals die in het hoogste zzp is opgenomen, geldt voor de sterk gedragsgestoorde licht verstandelijk gehandicapten de regeling van extreme zorgzwaarte.

5

De leden van de SP-fractie vragen tot slot of de groei van zorg wel opgevangen kan worden als de groeiruimte van de AWBZ wordt beperkt. Kan de staatssecretaris garanderen dat niemand die zorg nodig heeft, zonder zorg blijft?

5

Naar die garantie streef ik rekening houdend met de Treeknormen. Ik onderken daarbij wel dat er beperkte wachtlijsten bestaan voor bepaalde groepen omdat er nog onvoldoende intramurale capaciteit is.