

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-2964352

Bijlagen
1

Uw brief
30597-104

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

Datum: 30 november 2009
Betreft: Kamervragen

Geachte voorzitter,

Hierbij zend ik u de antwoorden op de vragen van de commissie Volksgezondheid,
Welzijn en Sport over mijn brief van 11 september 2009 met de onderwerpen
'*contracteerruimte AWBZ 2009, belonen zorgaanbieders voor leveren kwaliteit en
beter, samenvattend inzicht in de AWBZ.*'

Hoogachtend,
de Staatssecretaris van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

mw. dr. J. Bussemaker

Antwoorden op kamervragen van de commissie Volksgezondheid, Welzijn en Sport over mijn brief van 11 september 2009 met de onderwerpen *'contracteerruimte AWBZ 2009, belonen zorgaanbieders voor leveren kwaliteit en beter, samenvattend inzicht in de AWBZ.'*

1

Waaraan worden de overige middelen (€ 4,2 miljard) van de AWBZ die niet ingezet worden voor zorginkoop besteed?

1

Deze overige middelen worden voornamelijk besteed aan de persoonsgebonden budgetten, kapitaallasten, beheerkosten en subsidies.

2

Hoe groot schat de staatssecretaris de ruimte voor prijsonderhandeling bovenop de bestaande prijsafspraken in het kader van kwaliteit?

2

Het element kwaliteit maakt onderdeel uit van de prijsonderhandelingen met de zorgaanbieders. In de intramurale zorg is hiervoor een marge van 2% beschikbaar. In de extramurale zorg is deze marge niet gelimiteerd.

3

Welke regio's ontvangen meer herverdelingsmiddelen om in te zetten bij eventuele knelpunten en is er een relatie met de wachtlijsten in de verzorgings-/verpleeghuizen en de gehandicaptenzorg?

3

De NZa heeft geadviseerd om de herverdelingsmiddelen (€ 20,9 mln.) die voor 2009 beschikbaar zijn te verdelen over de zorgkantoren. Ik heb dit advies overgenomen. De middelen zijn verdeeld rekening houdend met de indicatieontwikkeling in 2009. Onder meer Zorgkantoren Groningen, Twente en Amsterdam krijgen hierdoor een relatief grote bijdrage uit de herverdelingsmiddelen (de totale verdeling is opgenomen in de brief van de NZa aan VWS (NZa-18041; 26 mei 2009), die als bijlage is gevoegd bij de brief aan uw Kamer).

De middelen worden juist ingezet om wachtlijsten in de reguliere zorgverlening te voorkomen en hebben daarom een beperkte relatie met de problematische wachtlijsten in de VV&T- en gehandicaptensector. Deze problemen worden vooral opgelost door (meerjarige) investeringen in extra capaciteit.

4

Wat is de relatie van de ontwikkeling van de contracteerruimte 2009 tot de ontwikkeling van het PGB-budget dat naar beneden wordt vastgesteld in 2009?

4

De keuze voor een pgb of zorg in natura wordt gemaakt na de indicatiestelling. Zowel de ontwikkeling van de contracteerruimte als de ontwikkeling van het pgb-budget wordt bepaald door het aantal indicaties. De NZa laat weten dat de indicatieontwikkeling rustig verloopt met een stabiele of dalende groei voor alle functies. Dit beeld vertaalt zich door in de ontwikkeling van zowel de contracteerruimte als het pgb-budget.

5

Hoe kan de staatssecretaris in dat licht verklaren dat het verantwoord is om voor het bedrag van de totale taakstelling de contracteerruimte te korten in de begroting voor 2010 (Kamerstuk 32 123 XVI, nr. 2, blz. 202, eerste mutatie)?

5

Jaarlijks wordt de AWBZ-contracteerruimte verhoogd met de zogenaamde groeiruimte. Deze groeiruimte is bedoeld om de extra uitgaven te kunnen opvangen voor het toenemend zorggebruik. Daarnaast worden in de totale contracteerruimte de effecten verwerkt van het kabinetsbeleid, zoals de pakketmaatregelen begeleiding of zoals in dit geval de compensatie voor de extra capaciteit 2008 (€ 91 miljoen). Deze laatste post wordt verbonden aan het inkoopbeleid van de zorgkantoren (de best practices).

Voor 2010 resulteert een contracteerruimte die naar verwachting voldoende is om zorg te kunnen verlenen aan cliënten met een geldige AWBZ-indicatie. Tegen deze achtergrond en het actieve beleid van zorgkantoren in het kader van de best practices is het daarom verantwoord om de korting door te voeren.

6

Leidt de werkwijze van een tariefsverlaging die bij goede kwaliteitsprestaties van de aanbieder gevolgd wordt door het aanbieden van een tariefsopslag niet tot extra administratieve lasten voor de instellingen?

6

Zoals in het antwoord op vraag 2 is aangegeven, maakt het element kwaliteit onderdeel uit van de prijsonderhandelingen met de zorgaanbieders. Hierbij wordt zoveel mogelijk gebruik gemaakt van de kwaliteitsindicatoren verantwoorde zorg, die reeds door de zorgaanbieders zijn opgeleverd. Inzet is dan ook de administratieve belasting voor zorgaanbieders zoveel mogelijk te beperken. Voor de gehandicaptenzorg zijn wij bezig om via het kwaliteitskader normen op te stellen. Dit moet betekenen dat een heleboel andere manieren waarop steeds informatie wordt opgevraagd, sterk vermindert. Bovendien heb ik u toegezegd in het begrotingsdebat van 17 november jl. dat ik een vinger aan de pols zal houden met betrekking tot de bureaucratie bij zorgkantoren die eventueel kan ontstaan. Het is niet de bedoeling om meer bureaucratie te genereren, maar om meer kwaliteit te belonen.

7

Kan worden toegelicht welke vergelijkbare kwaliteitscriteria in vergelijking met de V&V-sector voorhanden zijn voor de gehandicaptensector?

16

Wie ontwikkelt criteria voor de beoordeling van de kwaliteitsprestaties, gegeven dat deze bijvoorbeeld voor de gehandicaptenzorg nog niet beschikbaar zijn?

7 en 16

Bij het opstellen van de kwaliteitsindicatoren/normen verantwoorde zorg wordt primair gekeken naar het specifieke karakter van de sectoren. Dit heeft tot gevolg dat er voor elke sector (VV&T, GZ en GGZ) unieke indicatoren zijn ontwikkeld, die ook binnen de respectievelijke sectoren kunnen verschillen, bijvoorbeeld voor de verschillende subsectoren binnen de GZ.

Uiteraard is er op een aantal gemeenschappelijke thema's sprake van overlap tussen VV&T en de GZ, zoals medicatieveiligheid en vrijheidsbeperking. In de VV&T wordt sinds 2 jaar gemeten aan de hand van de kwaliteitsindicatoren. In het kader van het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg is voor de GZ inmiddels een set zorginhoudelijke indicatoren VG ontwikkeld. Instellingen gaan hiermee in november 2009 aan de eerste meting beginnen. Naar verwachting zal in december de set indicatoren voor een aantal subsectoren (ZG, LG, tijdelijke opvang, en LVG jeugd in behandelcentra) afgerond worden. Begin 2010 kunnen deze sectoren ook aan de slag met de kwaliteitsmeting. De uitkomsten van de zorginhoudelijke meting komen in juni 2010 beschikbaar. Begin 2010 komt dan vervolgens ook het totaal vernieuwde CQ-instrument beschikbaar. Deze instrumenten kunnen dan ook nog in dezelfde meetperiode meegenomen worden om de ervaringen van cliënten in kaart te brengen. De uitkomsten van deze meting komen in de zomer 2010 beschikbaar.

8

Hoe verhoudt de tariefsverlaging zich tot het uitgangspunt dat zorgkantoren niet beneden de 2% van de ZP-tarieven mogen uitbetalen?

8

Het is exact deze marge van 2% die zorgkantoren benutten om te kunnen differentiëren in de vergoeding aan intramurale zorginstellingen. Daarnaast zal differentiatie ontstaan in de extramurale zorgtarieven die alleen aan een maximum zijn gebonden.

9

Is er sprake van een tariefsverlaging van 1%?

9

Er is geen sprake van een landelijke verlaging van de (maximum)tarieven met 1%. Wel zal bij de prijsonderhandelingen tussen zorgkantoren en zorgaanbieders sprake zijn van differentiatie de tarieven, waarbij zorgaanbieders die een lagere kwaliteit garanderen een lager tarief krijgen aangeboden.

10

Hoeveel geld is er te verdelen in november en heeft de staatssecretaris redenen om aan te nemen dat er nog knelpunten te verwachten zijn bij zorgkantoren?

10

De NZa laat weten dat na de maartronde 2009 de niet-benutte ruimte € 561 miljoen bedraagt. Dit is het bedrag wat nog te contracteren is in de novemberronde van dit jaar. Door niet alle middelen in de eerste contracteeronde weg te zetten, hebben de zorgkantoren bij de volgende contractronde de mogelijkheid om optimaal te kunnen inspelen op de ontwikkelingen bij de zorgaanbieders. Vooralsnog zijn er geen redenen om aan te nemen dat er zich ondanks deze speelruimte knelpunten zullen voordoen.

11

Kan de staatssecretaris voorbeelden geven van 'best practices' die leiden tot tariefsverlaging? Is hier sprake van vrijwillige 'best practices' of noodgedwongen door een korting?

11

Zorgkantoren spannen zich in om te komen tot een doelmatige uitvoering van de AWBZ. Onderdeel van dit uitvoeringsproces is dat zij prijsafspraken maken met de zorgaanbieders die liggen onder de maximumtarieven die door de NZa zijn vastgesteld. Om rekening te kunnen houden met verschillen in de kwaliteit van de dienstverlening hanteren zorgkantoren een basistarief dat vervolgens kan worden verhoogd als aan een aantal kwaliteitscriteria is voldaan. Omdat bij de betreffende zorgkantoren deze systematiek wordt toegepast op alle zorgaanbieders in de regio is het geen vrijwillige regeling en dienen zorgaanbieders zich in te spannen om voor een hogere vergoeding in aanmerking te kunnen komen.

12

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft geconcludeerd dat de contracteerruimte in 2009 voldoende is om aan de zorgvraag te kunnen voldoen. Is er dan mogelijk ook sprake van onderbesteding? En zo ja, wat gebeurt er met die middelen?

12

Uit nacalculatie kan blijken dat er minder is uitgegeven dan er is gepland. De resterende middelen worden in dat geval niet uitgekeerd en blijven dus in het AWBZ-fonds.

13

Op landelijk niveau zijn er vanaf 2007 geen grote veranderingen te zien in de indicatieontwikkeling. Loopt de groei in de begroting die voor de komende jaren ingeboekt staat gelijk op met deze ontwikkeling?

13

De groeiruimte voor de AWBZ die in de begroting is vermeld, is bepaald aan het begin van deze kabinetperiode voor de jaren 2007-2011. Gezien de gematigde ontwikkelingen in de indicatiestelling is de verwachting dat deze groeiruimte zal volstaan om aan de langzaam toenemende zorgvraag te voldoen en tegelijkertijd een aantal kwaliteitsimpulsen door te voeren in de sector (bouwimpuls, meer handen aan het bed).

14

Wat zijn de oorzaken van de verschillen tussen de stijgingen van zorgkantoren in verschillende regio's? Kan de staatssecretaris garanderen dat er hier geen 'slecht gedrag' beloond wordt?

14

Een stijging in groeiruimte wordt veroorzaakt door een daadwerkelijke stijging in indicaties vanuit het CIZ. Een stijging van de reguliere contracteerruimte wordt veroorzaakt door capaciteitsmutaties en de herallocatie ZZP's. Van het belonen van slecht gedrag is dan ook geen sprake.

15

De staatssecretaris is voornemens om aanbieders te belonen voor het leveren van kwaliteit. De gekozen methode is een tariefsverlaging, waarbij goede kwaliteitsprestaties worden gevolgd door een tariefsopslag. Kan de staatssecretaris dit systeem nader uitleggen?

15

In het kader van het stimuleren van best practices worden zorgkantoren geprikkeld om bij de zorginkoop rekening te houden met de kwaliteit van de geleverde zorg. Het uitgangspunt van de methode is het uitgaan van een tariefsverlaging. Indien een aanbieder een goede prijs-kwaliteitverhouding hanteert zal de aanbieder worden beloond met een tariefsopslag. Om te bepalen of er sprake is van een goede prijs-kwaliteitverhouding zullen zorgkantoren zo veel mogelijk gebruik maken van de kwaliteitsindicatoren verantwoorde zorg die zijn ontwikkeld. Zorgaanbieders die een hogere score hebben op de kwaliteitsindicatoren zullen een hogere vergoeding ontvangen dan zorgaanbieders met een lagere kwaliteitsscore.

16

Zie het antwoord bij vraag 7.

17

Op welke wijze is het belonen van kwaliteit in de begroting voor 2010 verwerkt?

17

Het belonen van kwaliteit zal tot uiting komen in een beperking van de uitgaven AWBZ en is verwerkt in een correctie op de contracteerruimte 2010. De AWBZ is een premiegefinancierde regeling, zodat mutaties in deze uitgaven niet in de begrotingbedragen van VWS tot uitdrukking komen.

18

Op welke wijze gaan de zorgkantoren of de staatssecretaris de instellingen die slecht presteren op het gebied van kwaliteit aanspreken? Of blijft het alleen bij financiële prikkels?

18

Als basis voor het afrekenen op geleverde kwaliteit van zorg is het noodzakelijk dat de uitkomsten van de kwaliteitsmetingen worden verwoord in absolute normen. De V&V-sector werkt nog met relatieve normen, maar zal in 2010 absolute normen gaan ontwikkelen. In de GZ zal gewerkt worden met absolute normen.

Uitkomsten van de metingen worden openbaar gemaakt in het jaardocument zorginstellingen en op www.kiesbeter.nl. Deze publicaties maken publiekelijk zichtbaar welke instellingen goede kwaliteit van zorg levert en welke niet of minder (vorm van naming and shaming).

Indien de metingen uitwijzen dat instellingen slecht presteren t.a.v. de kwaliteit van zorg dan is er voor de zorgkantoren een tweetal mogelijkheden: 1) instellingen die slechte resultaten boeken, kunnen worden gekort bij de zorginkoop en verliezen hierdoor 'marktaandeel'; en 2) instellingen die goede resultaten boeken, kunnen worden beloond met een financiële bonus/kwijtschelding financiële korting of uitbreiding aandeel zorgmarkt.

In het toezicht van de Inspectie zijn dezelfde kwaliteitsindicatoren en vragenlijsten verwerkt. Aan de hand van de uitkomsten van de kwaliteitsmetingen, zal de Inspectie slecht scorende instellingen aan toezicht onderwerpen en waar nodig het beschikbare toezicht instrumentarium inzetten.

19

Wat is de verhouding van het plan van de staatssecretaris ten opzichte van de Inspectie voor de Gezondheidszorg; is deze niet juist de aangewezen instantie om de kwaliteit te controleren? Hoort de basiskwaliteit niet per definitie op orde te zijn?

19

Iedere burger die gebruik maakt van zorg moet er vanuit kunnen gaan dat de geleverde zorg van een goede kwaliteit is. De afgelopen jaren hebben alle partijen (branche, cliënten- en beroepsorganisaties, ZN, IGZ en VWS) van de verschillende sectoren (VV&T, GZ, GGZ) gezamenlijk gewerkt aan het ontwikkelen van een instrument waarmee de kwaliteit van zorg transparant te maken is. Daarom hanteert de IGZ de ontwikkelde kwaliteitsindicatoren in het toezicht. Met de Inspectie zijn afspraken gemaakt waarop de IGZ in 2010 extra gaat letten. Als de IGZ constateert dat de kwaliteit van een organisatie niet voldoende is, ontvangt de organisatie hier een bericht over en krijgen zij tijd om te verbeteren. Lukt dit niet binnen de afgesproken tijd, dan volgt de normale procedure van de IGZ.

20

Wanneer kan de Kamer de samenvattende presentatie op het belangrijke thema kwaliteit van zorg ontvangen? Wanneer verwacht de staatssecretaris dat de betreffende jaargegevens uit de lopende kwaliteitstrajecten in de verschillende AWBZ-sectoren beschikbaar zijn?

20

Binnenkort komt van de VV&T het branchebeeld uit. Zodra deze gegevens bekend zijn wordt de Kamer geïnformeerd. De gehandicaptensector start in november 2009 met het meten van de kwaliteitsindicatoren. Uitkomsten hiervan zijn in de zomer 2010 beschikbaar (kiesbeter en jaardocument).

21

In de brief geeft de staatssecretaris aan dat er een onderzoek komt naar de kostenstructuur van zorginstellingen op macroniveau. Wat kost dit onderzoek in tijd (fte) en financiële middelen? Wat is de toegevoegde waarde in de ogen van de staatssecretaris?

21

In dit onderzoek wordt de besteding van AWBZ-middelen in zorginstellingen in de sector verpleging en verzorging en de kwaliteit van zorg met elkaar in verband gebracht om te kijken tot welke nieuwe inzichten dit leidt voor zowel het landelijk beleid als voor zorginstellingen. In het onderzoek wordt gebruik gemaakt van gegevens van zorginstellingen die reeds zijn verzameld, bijvoorbeeld voor het benchmarktraject van ActiZ en gegevens uit de jaardocumenten maatschappelijke verantwoording. In dit onderzoek worden deze bronnen voor het eerst systematisch met elkaar in verband gebracht.

Er vindt in dit onderzoek geen aanvullende gegevensverzameling in zorginstellingen plaats, behalve dat de resultaten van de uitgevoerde analyses worden voorgelegd aan vertegenwoordigers van de in het onderzoek betrokken zorginstellingen. Dit naar mijn mening beleidsrelevante onderzoek wordt uitgevoerd door bureau PricewaterhouseCoopers, kost € 84.500,- en zal naar verwachting nog dit jaar worden afgerond.

22

Hoe zit het met het budget als de totale ZZP's van instellingen bij herindicatie lager of hoger worden vastgesteld? Wanneer vertaalt een hoger ZZP in het lopende kalenderjaar zich in een hoger budget?

22

De invoering van de zorgzwaartebekostiging geschiedt binnen de huidige kaders van de AWBZ; dat wil zeggen met contracteerplicht voor de intramurale zorg, zorgplicht bij het zorgkantoor en een regionaal begrensde contracteerruimte. Binnen de grenzen van de productieafspraken die zorgkantoren en zorginstellingen met elkaar maken leidt een verhoging van de indicaties tot een verhoging van het budget van een instelling. Voor lagere indicaties geldt het omgekeerde.

23

Is het mogelijk om voor de begroting voor 2011 vooraf met de Kamer te spreken over de wijze van de presentatie van informatie over de AWBZ-uitgaven, omdat het begrotingshoofdstuk nog de nodige feitelijke vragen oproept?

23

Zoals vermeld in de begroting gaat het om een eerste samenvattend overzicht over de AWBZ. Ik ben natuurlijk bereid om op basis van uw reactie op dit overzicht na te gaan hoe een volgende presentatie meer tegemoet kan komen aan uw wensen. Hierbij blijf ik als uitgangspunt hanteren dat het gaat om een beknopte en beleidsrelevante presentatie van de AWBZ op hoofdlijn.

24

Is de staatssecretaris voornemens nog met de Kamer te spreken over de opdrachtverlening voor het onderzoek naar de kostenstructuur van instellingen op macroniveau?

24

Dit onderzoek is in juni gestart en zal binnenkort zijn afgerond. Ik zal het u, met een reactie, toesturen. Dan is het aan u om te beslissen om daar al dan niet met mij over te spreken.