

Vergaderjaar 2008–2009

26 631

Modernisering AWBZ

Nr. 277

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 28 oktober 2008

In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ bestond er bij enkele fracties behoefte een aantal vragen ter beantwoording voor te leggen aan de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 22 september 2008 inzake een nieuwe bekostigings-systematiek (zorgzwaartebekostiging) (Kamerstuk 26 631, nr. 273). De op 1 oktober 2008 toegezonden vragen zijn met de door de staatssecretaris bij brief van 27 oktober 2008 toegezonden antwoorden hieronder afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,
Smeets

De griffier van de commissie,
Teunissen

¹ Samenstelling:

Leden: Van der Vlies (SGP), Kant (SP), Snijder-Hazelhoff (VVD), Ferrier (CDA), ondervoorzitter, Joldersma (CDA), De Vries (CDA), Smeets (PvdA), voorzitter, Van Miltenburg (VVD), Schippers (VVD), Smilde (CDA), Koşer Kaya (D66), Willemse-van der Ploeg (CDA), Van der Veen (PvdA), Schermers (CDA), Van Gerven (SP), Wolbert (PvdA), Heerts (PvdA), Zijlstra (VVD), Ouwehand (PvdD), Agema (PVV), Leijten (SP), Bouwmeester (PvdA), Wiegman-van Meppelen Scheppink (CU), Sap (GL) en Vacature (SP).

Plv. leden: Van der Staaij (SGP), Van Velzen (SP), Neppérus (VVD), Atsma (CDA), Aasted-Madsen-van Stiphout (CDA), Ormel (CDA), Van Dijken (PvdA), Verdonk (Verdonk), Dezentjé Hamming-Bluemink (VVD), Vietsch (CDA), Van der Ham (D66), Uitslag (CDA), Gill'ard (PvdA), Omtzigt (CDA), Langkamp (SP), Vermeij (PvdA), Arib (PvdA), Kamp (VVD), Thieme (PvdD), Bosma (PVV), Luijben (SP), Tichelaar (PvdA), Ortega-Martijn (CU), Halsema (GL) en De Wit (SP).

I. VRAGEN EN OPMERKINGEN VANUIT DE FRACTIES

Inbreng PvdA-fractie

De leden van de fractie van de PvdA hebben met belangstelling kennisgenomen van de nadere informatie over de invoering van de zorgzwaarte-financiering in de brief van 22 september jl.

Het valt hen op dat verschillende onderzoeken nog plaats moeten vinden en regelingen moeten worden ontwikkeld (GGZ, extreme zorgzwaarte, kinderen en jeugdigen in de GGZ, observatieplaatsen, intensieve behandeling, gespecialiseerde centra voor cliënten met verstandelijke of lichamelijke handicap met epilepsie, normering aan- en afwezigheidsdagen, logeedagen, SGLVG verblijf, MFC's). Zij vragen voor ieder van deze onderzoeken/regelingen aan te geven wanneer precieze resultaten bekend kunnen zijn. Zij vragen voorts of het theoretisch mogelijk zou kunnen zijn dat de onderzoeksresultaten aan geven dat het budget niet toereikend is. Kan een overzicht gegeven worden van aantallen opbouwers en afbouwers waarbij de mate van opbouw en afbouw tevens wordt aangegeven?

Herallocatie

De leden van de fractie van de PvdA hebben begrepen dat de totale opbouw gelijk is aan de totale afbouw binnen elk van de sectoren. Zal ook in de toekomst, na 2010 alleen verevening binnen een sector mogen plaatsvinden?

Zij vragen voorts of de herallocatie invloed kan hebben op de capaciteit van de instellingen. Wanneer een afbouwer geconfronteerd wordt met een sterke vermindering van het budget, en de capaciteit gelijk moet blijven zou dit toch gevolgen kunnen hebben voor de kwaliteit van de zorg. In hoeverre kan de kwaliteit van de zorg gewaarborgd worden bij instellingen die in 3 jaar tijd 13% moeten bezuinigen?

De leden van de fractie van de PvdA vragen of instellingen intern mogen substitueren; bijvoorbeeld tussen verpleeghuis en thuiszorg. Gebeurt het nu al dat tekorten in een verpleeghuis gedekt worden met thuiszorg-budgetten, zodat het personeel in de thuiszorg opdraait voor de problemen in de verpleeghuiszorg? Hoe is de controle hierop? Is er enig inzicht in de omvang waarin dit nu al gebeurt c.q. straks zou kunnen gaan gebeuren.

De leden van de fractie van de PvdA vragen of aangegeven kan worden hoe het aantal opbouwers en het aantal afbouwers zich tot elkaar verhouden, en welke gevolgen dit heeft voor individuele instellingen, bij gelijkblijvend totaal budget. Welke gevolgen kan dit hebben voor de kwaliteit van de zorg, voor afbouwers, bijvoorbeeld een instelling met hoge kapitaallasten, die ten gevolge van de herallocatie verder moet bezuinigen? In hoeverre zou zich een kanteling kunnen voordoen, waarbij instellingen die nu een krap budget hebben, opeens meer geld krijgen (opbouwers) en kunnen investeren in meer kwaliteit, terwijl anderzijds instellingen die nu beschikken over een ruim budget, waarmee zij een goede kwaliteit van zorg kunnen leveren, achteruitgaan in budget en dus zullen moeten gaan bezuinigen, met gevolgen voor de kwaliteit van zorg in deze instellingen.

De leden van de fractie van de PvdA vragen waarop de termijn van 8 weken voor toeslag voor CVA patiënten is gebaseerd.

De leden van de fractie van de PvdA wensen graag te vernemen hoe groot de verschillen tussen huidige bekostiging en ZZP-bekostiging zijn bij de klinieken voor intensieve behandeling.

Hoe wordt gegarandeerd dat instellingen in de V&V-sector die gespecialiseerde zorg geven aan bijvoorbeeld jong-dementerenden of aan Korsakov-patiënten, deze zorg kunnen blijven geven?

Inbreng SP-fractie

De leden van de SP-fractie ontvangen graag antwoord op de volgende vragen.

1

Waar is de keuze van regionale budgetten op gebaseerd? Bent u van mening dat mensen met een ZZP altijd in de eigen regio de zorg moeten zoeken?

2

Waar gaan de bandbreedtetarieven van de ZZP's toe leiden? Welke opdracht hebben de zorgkantoren over het uitgeven van «efficiëntiekortingen» op de ZZP-tarieven? Als zij geen kortingen behoren te bedingen, waarom worden bandbreedtetarieven in de WMG opgenomen?

3

In 2009 kunnen de instellingen de ZZP's declareren bij de zorgkantoren. Hoe verhouden de ZZP's zich tot de contracteerruimte. Kan het zijn dat een instelling geen declaraties meer kan indienen als zij over hun budget heen gaan? Zo ja, wat heeft de ZZP dan te maken met het cliëntvolgende financieringsprincipe?

4

Hoeveel afbouwers en hoeveel opbouwers zijn er te verwachten? Hoe groot zijn de verschillen en worden de financiële klappen met vooral de afbouw vooruitgeschoven? Voelt u zich verantwoordelijke voor de gevolgen die in 2011 te verwachten zijn bij instellingen die dalen

5

Waarom moeten de zorginstellingen productie opgeven? Een ZZP volgt toch de zorgvrager?

6

Waarom is, gezien het onderzoek dat gedaan wordt naar de gevolgen van de invoering van de ZZP in de GGZ, besloten dat in deze sector wel vanaf 1 januari 2009 de pakketten ingevoerd worden? Bent u met ons van mening gezien de recente onrust in de GGZ-sector, het onverantwoord is om nu met een financieringswijziging te komen?

7

Kunt u garanderen dat de harmonisatie van intra- en extramurale dagbesteding, na het jaar uitstel, wel dusdanig verloopt dat hier geen kaalslag van het aanbod plaats zal vinden van de extramurale dagbesteding?

8

Waarom is de regeling extreme zorgzwaarte nog niet ontwikkeld? Vindt u het verantwoord om hier zo lang mee te wachten? Zeker in het kader van de ontoereikende ZZP's voor mensen met meervoudige problematiek en een zeer zware zorgbehoefte?

9

Is de noodzaak voor een extra regeling voor de multifunctionele centra voor verblijf en behandeling van mensen die in samenwerkingsverband tussen verschillende disciplines, voor u geen teken dat de bepaling van

een ZZP op één enkele grondslag geen recht doet aan multiproblematiek, waar vaak sprake van is bij mensen die gebruik maken van de AWBZ zorg? Zo neen, kunt u dat toelichten? Zo ja, wilt u de invoering van de ZZP's heroverwegen, omdat de pakketten geen recht doen aan de persoonlijke situatie van mensen?

10

Is de noodzaak voor een extra regeling voor de Klinieken voor intensieve Behandeling in de GGZ, voor u geen teken dat de bepaling van een ZZP op één enkele grondslag geen recht doet aan de multiproblematiek, waar vaak sprake van is bij mensen die gebruik maken van de AWBZ-zorg? Zo neen, vindt u het niet dat de regelingen nodeloos ingewikkeld en mogelijk ook willekeurig worden met alle uitzonderingsbepalingen? Zo ja, hoe gaat u de ZZP's aanpassen dat er ruimte is voor meerdere grondslagen?

11

Welke extra middelen worden bedoeld in de laatste alinea van de brief?

12

Bent u van mening dat beloofde extra middelen van de sector naar heel de sector moeten gaan en niet enkel naar de stijgers? Zo neen, bent u van mening dat een overheid die extra middelen belooft haar belofte moet nakomen? Zo ja, kunt u er voor zorgen dat de middelen eerlijk verdeeld worden?

13

Waarom wordt met geen woord gerept over het PGB in de voorhangbrief?

Inbreng VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie zijn voorstander van het loslaten van de beprijzing in de intramurale zorg per bed, en behoefte van een individuele bekostiging per persoon en diens zorgwaarte. Wij zijn dan ook verheugd dat het er nu eindelijk gaat komen. Wel hebben zij grote zorgen over het invoeringsproces. De zorgwaartebekostiging geldt voor de zorg binnen een instelling van mensen met een altijd zware zorgvraag. Deze leden willen graag benadrukken dat deze zorg nooit onder druk mag komen te staan als gevolg van de invoering van een nieuw bekostigingssysteem. Immers, de hele exercitie is ingegeven door onze wens om de cliënt in de zorg een steviger positie te verschaffen en vooral ook meer invloed op het zorgaanbod. Op grond waarvan denkt de staatssecretaris dat het systeem van zorgwaartebekostiging stabiel genoeg is om dit te doen? Welke maatregelen zijn er mogelijk wanneer mocht blijken dat er toch onaanvaardbare risico's ontstaan? Kunnen er voorbeelden worden gegeven van risico's waar de staatssecretaris rekening mee houdt en wat zijn volgens u onaanvaardbare risico's? Hoe lang schat de staatssecretaris in dat het zal duren voordat het nieuwe systeem stabiel is?

De ZZB vindt plaats binnen de bestaande uitvoeringsstructuur van de AWBZ. Zijn er voor het invoeringsjaar afspraken gemaakt met de zorgkantoren over terughoudend onderhandelingsbeleid? De leden van de VVD-fractie krijgen signalen dat nu reeds wordt aangekondigd in de richting van instellingen dat zij rekening moeten houden met krappe onderhandelingen, omdat het regiobudget onvoldoende voorziet in de autonome groei van de gehele AWBZ in bepaalde regio's. Dit inkoopbeleid kan ertoe leiden dat instellingen dubbel getroffen worden. Namelijk aan de ene kan door de herverdeling van middelen die het gevolg zijn van de invoering van de ZZB, aan de andere kant door zorgkantoren die sturen op krappe regiobudgetten. Is de staatssecretaris bereid om zorgkantoren

extra spelregels mee te geven voor de onderhandelingen dit eerste jaar? Zo nee, waarom niet? Zo ja, welke?

Instellingen die belast zijn met de zorg voor kinderen hebben altijd kunnen rekenen op extra middelen vanwege hun bijzondere populatie. Klopt het dat er bij de ZZB geen kindmodule bestaat? Waarom niet? Is de regering ook van mening dat de zorg voor kinderen extra last met zich mee brengt die niet in reguliere zorgzwaarte is uit te drukken?

Kleine woonvormen en initiatieven die de zorg nu nog financieren vanuit een PGB geven aan dat zij dit niet meer kunnen bekostigen met het nieuwe budget. Zijn er garanties dat ook voor hen de zorg op geen enkel moment in gevaar komt? Zo ja, welke? Zo nee, waarom niet? De leden van de VVD-fractie zijn steeds van mening dat gehandicapten niet de prijs van de vergrijzing mogen betalen. Is de staatssecretaris het met deze stelling eens? Op welke wijze ziet de staatssecretaris erop toe dat er geen zorg voor gehandicapten (verstandelijk en lichamelijk) verloren gaat ten behoeve van ouderenzorg?

Inbreng PVV-fractie

De leden van de PVV-fractie hebben met interesse kennisgenomen van de brief de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, waarover zij nog wel enkele vragen hebben.

Kan de staatssecretaris aangeven waarom zij niet kiest voor een vast ZZP-tarief. Deze leden zijn namelijk van mening dat een maximumtarief niet het middel is om vraaggestuurde bekostiging te bereiken om twee redenen. De eerste reden is dat er wachtlijsten zijn, waardoor een cliënt niet altijd te kiezen heeft. De tweede reden is dat het maximumtarief al onder de kostprijs ligt omdat de invoering van de zorgzwaartebekostiging budgettair neutraal dient te zijn. Wat de staatssecretaris dus zegt tegen instellingen is: hier heb je geld, het is minder dan dat je eigenlijk nodig hebt. Daar komt bij dat het zorgkantoor daar nog eens overheen kan door te zeggen: je hebt te weinig geld, dat weten wij, maar omdat je het niet goed doet, krijg je nog minder. De leden van de PVV-fractie zouden graag een reactie hierop van de staatssecretaris willen.

Tevens willen de leden van de PVV-fractie weten waar zorgkantoren de financiële middelen die het zorgkantoor minder uitgeeft indien zij onder de maximumprijs contracteren aan kunnen besteden.

II. REACTIE VAN DE BEWINDSPERSOON

Met interesse heb ik kennis genomen van uw vragen over mijn brief van 22 september 2008 inzake het ontwerpbesluit Invoering Zorgzwaartebekostiging. Hierbij doe ik u mijn antwoorden toekomen.

De PvdA-fractie vraagt mij een overzicht te geven van de regelingen en wijzigingen die nog zullen plaatsvinden voor 1 januari 2009 en welke effecten dit heeft op de invoering. Een overzicht hiervan heb ik in de bijlage toegevoegd. De invoering van de zorgzwaartebekostiging is budgettair neutraal. De regelingen en wijzigingen zoals in de bijlage opgenomen worden allen uitgevoerd met de beschikbare middelen per sector. Overigens zijn er aanvullende gelden voor verpleeghuiszorg (248 mln.) en gehandicaptenzorg (42 in 2009 en vervolgens 72 mln. in de daaropvolgende jaren)

De leden van de VVD-fractie vragen mij of ik vind dat het systeem voldoende stabiel is om tot invoering over te gaan. Over het algemeen is het systeem voldoende stabiel. Stabiel betekent dat de omschrijving en afbakening van de zorgzwaartepakketten voldoende is, de prijs voor een ZZP realistisch is gezien de prestatie die daarvoor geleverd moet worden en er tenslotte sprake is van een betrouwbaar en gedragen beeld van de zorgzwaarte van cliënten die nu verblijven in een instelling. Daar waar ik vind dat dat niet zo is, ga ik niet over tot bekostiging middels zorgzwaartepakketten en laat ik extra onderzoek doen. Dit geldt bijvoorbeeld voor de kindercentra en de klinieken voor intensieve behandeling in de GGZ. Ik kom hier later in mijn reactie op terug.

In de toekomst krijgen instellingen een budget dat is gebaseerd op de zorgzwaarte van de bij hen verblijvende cliënten. De overgang gaat zorgvuldig en geleidelijk. Een en ander gebeurt over een periode van drie jaar. Er zijn instellingen zijn die er in budget op vooruit gaan en instellingen die er op achteruit gaan. Dit is precies wat beoogd wordt met de invoering van de zorgzwaartebekostiging, namelijk een eerlijker (op zorgzwaarte) gebaseerde verdeling van de beschikbare middelen. Iedere instelling krijgt daarmee een budget dat past bij de kenmerken van en de benodigde zorg voor de bij hen verblijvende cliënten. Voor de instellingen die er in budget op achteruitgaan, is voorzien in een voorzichtig herallocatietraject, waarbij de middelen met voorzichtige stappen worden afgebouwd.

De PvdA vraagt mij naar het vereveningstraject tot aan 2011. De definitieve prijzen zijn een afgeleide van de huidige beschikbare middelen per sector; het geld dat nu beschikbaar is voor de zorg blijft dus beschikbaar. Verevening van de centraal vastgestelde herallocatiebedragen in 2009 en 2010 gebeurt ook binnen de sector; er zijn geen overhevelingen tussen sectoren. In 2011 geschiedt het restant van de herallocatie binnen het regionale budget in overleg tussen zorgkantoor en zorgaanbieders. Alle groeiers kunnen volgens de huidige inzichten in 2011 beschikken over het volledige budget dat past bij de zorgzwaarte van de bij hen verblijvende cliënten. Alleen een beperkt aantal afbouwers zal buiten de regionale contracteerruimte om nog aanvullende middelen ontvangen uit de maatwerkregeling. Mijns inziens is een afbouwpercentage van 13% in drie jaar verantwoord. De afbouw gaat gefaseerd (maximaal 2% in 2009, maximaal 6% in 2010 en maximaal 13% in 2011). Een instelling heeft voldoende tijd om deze afbouw te realiseren en zijn instelling hierop in te richten.

Eind juli heeft de NZa mij informatie gegeven over het aantal opbouwers en afbouwers. Het op en afbouwen gaat niet in een keer. In 2009 bouwt een aanbieder maximaal 2% van het basisbudget af. De cijfers zijn indicatief.

Verpleging & Verzorging

Afbouwer	Aantallen	Bedragen	Opbouwer	Aantallen	Bedragen
0-2,5%	90	- 21,3	0-2,5%	82	16,0
2,5%-5%	61	- 57,7	2,5%-5%	63	36,2
5%-10%	48	- 50,6	5%-10%	66	33,9
10%-15%	10	- 6,5	10%-15%	36	26,5
15%-20%	5	- 1,6	15%-20%	27	13,2
>20%	8	- 4,8	>20%	31	16,8
Totaal	222	- 142,6	Totaal	305	142,6

Bedragen in miljoen €

Uit bovenstaande tabel blijkt dat er in de V&V 222 instellingen zijn die in totaal € 142,6 miljoen moeten afbouwen. Tegenover deze afbouwers staan 305 instellingen die in totaal eveneens € 142,6 miljoen opbouwen. Het totaal beschikbare macrokader bedraagt ongeveer € 7,2 miljard. Er zijn in de V&V sector 23 (van de 527) instellingen die meer dan 10% in budget moeten afbouwen.

Uit gegevens van de NZa blijkt dat in 2010 van de afbouw van € 142,6 miljoen € 129,5 miljoen al is gheralloceerd met de voorziene herallocatie van maximaal 6% in 2010.

Gehandicaptenzorg

Afbouwer	Aantallen	Bedragen	Opbouwer	Aantallen	Bedragen
0-2,5%	29	- € 9,8	0-2,5%	12	€ 0,5
2,5%-5%	22	- € 14,4	2,5%-5%	18	€ 9,6
5%-10%	38	- € 61,0	5%-10%	18	€ 15,5
10%-15%	21	- € 38,5	10%-15%	20	€ 17,8
15%-20%	15	- € 38,3	15%-20%	17	€ 9,2
>20%	20	- € 18,0	>20%	31	€ 46,1
Totaal	145	- € 180,0	Totaal	116	€ 98,8

Bedragen in miljoen €

Uit bovenstaande tabel blijkt dat er in de gehandicaptenzorg 145 instellingen zijn die in totaal € 180 miljoen moeten afbouwen. Tegenover deze afbouwers staan 116 instellingen die in totaal € 98,8 miljoen opbouwen. Dat het totaal van afbouw niet gelijk is aan het totaal van de opbouw is dat er ook € 81 miljoen via de regeling extreme zorgzwaarte (bovenop de ZZP-bekostiging) ter beschikking wordt gesteld. Het totaal beschikbare macro-kader bedraagt ongeveer € 3,7 miljard. Er zijn in de gehandicaptensector 56 (van de 261) instellingen die meer dan 10% in budget moeten afbouwen.

Uit gegevens van de NZa blijkt dat in 2010 van de afbouw van € 180 miljoen € 108,2 miljoen al is gheralloceerd met de voorziene herallocatie van maximaal 6% in 2010.

GGZ

Afbouwer	Aantallen	Bedragen	Opbouwer	Aantallen	Bedragen
0-2,5%	9	- 1,1	0-2,5%	6	0,7
2,5%-5%	3	- 0,8	2,5%-5%	1	0,8
5%-10%	11	- 11,9	5%-10%	8	5,0
10%-15%	9	- 14,7	10%-15%	4	3,3
15%-20%	8	- 21,1	15%-20%	8	7,3
>20%	11	- 8,1	>20%	21	40,7
Totaal	51	- 57,8	Totaal	48	57,8

Bedragen in miljoen €

Uit bovenstaande tabel blijkt dat er in de geestelijke gezondheidszorg 51 instellingen zijn die in totaal € 57,8 miljoen moeten afbouwen. Tegenover deze afbouwers staan 48 instellingen die in totaal eveneens € 57,8 miljoen opbouwen. Het totaal beschikbare macrokader bedraagt ongeveer € 0,9 miljard.

Er zijn in de geestelijke gezondheidszorg 28 (van de 99) instellingen die meer dan 10% in budget moeten afbouwen.

Uit gegevens van de NZa blijkt dat in 2010 van de afbouw van € 57,8 miljoen € 27,9 miljoen al is geheralloceerd met de voorziene herallocatie van maximaal 6% in 2010.

De leden van de fractie van de PvdA vragen of instellingen in het huidige systeem intern mogen substitueren; bijvoorbeeld tussen verpleeghuis en thuiszorg. Er zijn instellingen die zowel verpleeghuiszorg als thuiszorg leveren. Voor beide activiteiten worden afzonderlijke afspraken gemaakt met het zorgkantoor. Eventuele overschotten of tekorten hebben invloed op het eigen vermogen van de instelling. Een overschot doet zich overigens alleen voor als de thuiszorgactiviteiten worden verricht tegen lagere kosten dan de afgesproken vergoeding met het zorgkantoor. Het zorgkantoor ziet erop toe dat beide activiteiten kwalitatief hoogwaardig worden verricht. Binnen de randvoorwaarde van het leveren van kwalitatief goede zorg is er dus een mogelijkheid om via het eigen vermogen te substitueren tussen thuiszorg en zorg in een verpleeghuis. Het is echter niet zo dat het personeel van de thuiszorg opdraait voor eventuele problemen in de verpleeghuiszorg.

Spelregels bij de invoering

De invoering van de zorgzwaartebekostiging gebeurt binnen de bestaande spelregels, met onder andere een regionale contracteerruimte en een zorgplicht van het zorgkantoor. Deze systematiek verandert tijdens de invoering van de zorgzwaartebekostiging niet. Wel zal de bepaling van de hoogte van de regionale budgetten meer worden gebaseerd op objectieve kenmerken (zoals indicatie, de zorgzwaarte van cliënten en de bevolkingsamenstelling) binnen een regio. Mensen kunnen de geïndiceerde zorg ook buiten de regio ontvangen. Voor de ouderenzorg gebeurt dat nog in beperkte mate, maar er zijn ouderen die bijvoorbeeld kiezen voor een zorginstelling in de buurt van hun kinderen. Voor de meer gespecialiseerde zorg geldt dat niet in elke regio de gespecialiseerde zorg geleverd kan worden en dat cliënten vaker buiten hun eigen regio de zorg krijgen. Denk hierbij aan zorg voor mensen met een zintuigelijke beperking.

Binnen de AWBZ gelden maximumtarieven. Dit geldt zowel voor de intramurale zorg als voor de extramurale zorg. Omdat 2009 een invoeringsjaar is en er voor aanbieders en zorgkantoren sprake is van veel veranderingen heb ik besloten voor 2009 een uitzondering te maken. Ik zal in 2009 vaste prijzen hanteren. Dit betekent dat de prijzen in 2009 niet onderhandelbaar zijn. In 2010 en 2011 zijn de tarieven wel weer onderhandelbaar. Omdat de werkdruk en veranderdruk op aanbieders en zorgkantoren dan nog steeds hoog is, is het onderhandelingsperscentage niet hoger dan 2%. Met deze bandbreedte van 2% is er voor de zorgkantoren ruimte om bij de zorginkoop en contractering rekening te houden met de geboden kwaliteit van zorg door instellingen. Zorgkantoren hebben geen opdracht gekregen om efficiencykortingen te bedingen.

De beschikbare hoeveelheid geld wordt met de invoering van de zorgzwaartebekostiging op een andere wijze verdeeld en is gebaseerd op de zorgzwaarte van de cliënten. Er vindt geen korting plaats op de beschikbare hoeveelheid middelen. Er wordt zelfs extra geld uitgetrokken voor kwaliteitsverbetering in de verpleeghuiszorg (structureel € 248 miljoen) en in de gehandicaptenzorg (€ 40 miljoen structureel voor de dagbesteding en € 42 miljoen oplopend tot € 72 miljoen voor de ZZP's vanaf ZZP5). Dit zijn ook de extra middelen waarover geschreven wordt in de laatste paragraaf van de brief.

Naast deze middelen zijn er in de komende jaren ook middelen beschikbaar voor de groei in de zorgvraag. De middelen die het zorgkantoor

minder uitgeeft indien zij onder de maximumprijs inkopen, blijven beschikbaar voor het inkopen van zorg in de regio.

Een ZZP volgt de zorgvrager doordat de bekostiging van de instelling afhankelijk is van de (zorgzwaarte) van de cliënten die in de instelling verblijven (en niet meer is gebaseerd op een gemiddelde prijs per cliënt). De invoering van de zorgzwaartebekostiging geschiedt binnen de geldende spelregels van de AWBZ met onder andere een regionale contracteerruimte en een zorgplicht door het zorgkantoor. Dit maakt dat zorgkantoren en zorgaanbieders voorafgaand aan het jaar afspraken maken over de te leveren productie.

Ik ben het niet eens met de stelling dat het onverantwoord is om ook in de GGZ te starten met het laten ondervinden van de eerste voorzichtige financiële effecten van de invoering van de zorgzwaartebekostiging. Indien uit het aangekondigde onderzoek zou blijken dat invoering onverantwoord is, kan voor de GGZ mogelijk voor een ander (tempo van het) invoeringsscenario worden gekozen.

Toeslag CVA

De termijn van 8 weken voor een toeslag komt overeen met de toeslag zoals die ook nu in de bekostigingsregels geldt voor CVA-revalidanten. In die zin sluit ik aan bij de bestaande praktijk. Ook blijkt uit een onderzoek van Tangram en het LUMC dat de extra kosten van de behandeling van CVA-revalidanten zich vooral voordoen in de eerste 8 weken. Na deze 8 weken zijn de kosten vergelijkbaar met de kosten die worden gemaakt voor de overige revalidatie-cliënten.

Klinieken voor intensieve behandeling

De bekostiging van de klinieken voor intensieve behandeling (KIB's) vallen vooralsnog buiten de invoering van de zorgzwaartebekostiging. Het gaat om een beperkt aantal plaatsen (ongeveer 75 in totaal) waar cliënten kortdurend zeer intensief worden behandeld. Het gaat meestal om cliënten die al in een andere GGZ-instelling verblijven en die tijdelijk extra intensief behandeld moeten worden in een daarvoor gespecialiseerde instelling. Ik vind de verschillen tussen de huidige tarieven voor deze plaatsen en de prijs voor het hoogste GGZ-ZZP te groot. De huidige bekostiging van een KIB-plaats bedraagt ongeveer € 170 000 per jaar. Het prijs van het hoogste ZZP in de GGZ (ZZP 7B) bedraagt ongeveer € 98 000 per jaar (prijzen juni 2008).

Voor dit beperkt aantal plaatsen – voor cliënten met een kortdurende extra intensieve behandeling – is vooralsnog besloten om deze buiten de zorgzwaartebekostiging te houden. In 2009 zal ik hiervoor een passende maatregel nemen.

Jong dementerenden en Korsakov-patiënten

Jong dementerenden en Korsakov-patiënten zullen net als andere cliënten op basis van hun beperkingen en op basis van hun profiel ingedeeld worden in een zorgzwaartepakket. Deze cliënten zullen vaak in pakket 7 in de V&V terecht komen. Bij de ontwikkeling van de zorgzwaartepakketten is rekening gehouden met gespecialiseerde zorg voor specifieke cliëntgroepen. Met de prijs van pakket 7 kan op een verantwoorde wijze zorg worden geleverd aan de genoemde doelgroepen. De NZa heeft voor elk van de bestaande zorgzwaartetoeslagen bepaald of deze kunnen vervallen met de invoering van de zorgzwaartebekostiging. Onder meer is besloten om de toeslagen voor deze twee groepen cliënten niet te continueren in de zorgzwaartebekostiging.

Dagbesteding

De harmonisatie van intra- en extramurale dagbesteding zal, net als de invoering van de overige onderdelen van de zorgzwaartebekostiging, met een zorgvuldig traject worden ingevuld. Ik doel dan met name op de mogelijke effecten voor dagbesteding die via de extramurale bekostiging gebeurt. Van de door de SP-fractie genoemde kaalslag zal mijns inziens geen sprake zijn. Tarieven voor dagbesteding zullen differentiëren in licht, middel en zwaar, zodat voor zwaardere klanten een hoger tarief geldt. De NZa heeft mij daarbij bericht dat zij – vanwege de intensievere begeleiding van kinderen tijdens de dagbesteding – een kindtoeslag ontwikkelt. Invoering van deze kindtoeslag loopt parallel aan het hiervoor beschreven invoeringstraject voor de geharmoniseerde prijzen voor dagbesteding. Het kan zo zijn dat in een individueel geval een extramuraal dagbestedingscentrum minder middelen tot zijn beschikking krijgt. Dit zal dan via een zorgvuldig herallocatietraject nader worden bekeken.

Kinderen in de zorgzwaartebekostiging

In het systeem van zorgzwaartebekostiging wordt zorgzwaarte bekostigd. Ook de bijzondere expertise die nodig is om kinderen te verzorgen wordt bekostigd.

In dit systeem is dat niet via een leeftijdsgebonden financiële module, maar gebeurt dat door bij het beschrijven van de beperkingen van de cliënt rekening te houden met het feit dat het gaat om een (jong) het kind en de aanvullende ondersteuning die daarbij hoort. Een cliënt van boven de 18 met dezelfde beperkingen als een kind komt in een lichter pakket terecht. Het feit dat het kind jonger is en ontwikkelingsbehoefte heeft, betekent dat er sprake is van een hogere zorgzwaarte en daarmee een hoger tarief beschikbaar is voor het leveren van zorg. Ik ben dan ook van mening dat in dit systeem van zorgzwaarte voldoende waarborgen bestaan voor kinderen en de extra zorg die nodig is door de ontwikkelingsbehoefte van kinderen. Zoals ik hierboven al heb gemeld zal er voor dagbesteding een kindtoeslag worden ontwikkeld.

Pgbhouders

In het ontwerp-besluit invoering zorgzwaartebekostiging heb ik niet gesproken over de pgbhouders omdat het pgb via een subsidieregeling wordt verstrekt. Het ontwerp besluit betreft in natura zorg. Ik ga uitgebreid in over de effecten van de zorgzwaartebekostiging voor pgbhouder in mijn reactie op het schriftelijk overleg inzake de herallocatie en het algemeen overleg. Korthedshalve verwijs ik u naar deze bijdrage.

De invoering van zorgzwaartebekostiging is geen eenmalige maatregel, waarbij alle aspecten van indicatiestelling en bekostiging tot in detail zijn geregeld. Ik heb het volste vertrouwen dat we samen met alle betrokken partijen een goed, stabiel en betrouwbaar systeem neer zetten. Tegelijk sluit ik niet uit dat de komende jaren aanpassingen en verbeteringen nodig zijn. Om die reden heb ik recent afspraken gemaakt met zorgaanbieders, cliëntorganisaties en zorgkantoren over de monitoring van de effecten van de invoering. Ontstaan er knelpunten binnen instellingen of lopen cliënten aan tegen problemen in de zorglevering, dan krijg ik dat samen met partijen snel in beeld en kunnen gerichte maatregelen worden genomen. In dat kader vermeld ik nogmaals dat elk jaar de gehele systematiek van ZZP's wordt getoetst en waar nodig bijgesteld in de jaarlijkse onderhoudsronde van de ZZP's.

Overzicht van lopende zaken en hun consequenties voor de invoering per januari 2009

1. *GGZ-indeling indeling in B en C pakketten*. Het onderzoek zal in 2008 nog worden afgerond. De NZa beleidsregels behoeven geen aanpassing.
2. *GGZ-splitsing Zvw en AWBZ*. Een onderzoek naar de knip in de GGZ is niet nodig. De NZa heeft in 2008 instellingen ruimschoots de mogelijkheid gegeven om goed te splitsen. Het was echter niet de bedoeling dat de splitsing een open einde regeling werd. In paragraaf 4 «Hersteloperaties KNIP in de GGZ» van de circulaire van 10 juli 2008 heeft de NZa daarom aangegeven dat er geen correcties op de overheveling meer in de budgetten worden verwerkt.
3. *extreme zorgzwaarte*. Momenteel wordt de laatste hand gelegd aan de regeling extreme zorgzwaarte als vangnetregeling binnen het systeem van ZP-bekostiging. Gebleken is dat voor de sectoren V&V en GGZ deze vangnetregeling niet noodzakelijk is. De bekostiging voor bepaalde cliëntengroepen binnen deze sectoren kan worden opgevangen via de toelatingen en toeslagen. Voor de gehandicaptenzorg is er vanaf 1-1-2005 al een soortgelijke regeling in gebruik. Deze regeling compenseert zorgaanbieders onder bepaalde voorwaarden voor de meerkosten die gepaard gaan met extreme zorgzwaarte. De nieuwe regeling is afgeleid van deze regeling, maar wel toegespitst op het systeem van de ZP-bekostiging.
Het aantal cliënten dat mogelijk in aanmerking komt voor deze toeslag bedraagt ongeveer 2350 en is afgeleid uit enerzijds de ZP-scores van de zorgaanbieders en anderzijds uit de resultaten van de CIZ-rapportage inzake de validiteit van de gescoorde ZP's. Ten opzichte van de huidige cliënten met een toegekende toeslag extreme zorgbehoefte betekent dit een verhoging van het aantal cliënten met ongeveer 1350. Met deze aantallen en de wijze waarop de toeslag in eerste instantie werd vastgesteld zouden de beschikbare financiële middelen overschreden worden. Daarom wordt er door de NZa nagedacht over een aantal maatregelen die ervoor moeten zorgen dat de nieuwe regeling extreme zorgzwaarte uitkomt met de beschikbare macromiddelen.
4. *kinderen en jeugdigen in de GGZ*. Een onderzoek naar de kinderen en jeugdigen voor een goede herallocatie is niet noodzakelijk omdat de NZa al heeft aangegeven de kinderen en jeugdigen buiten de herallocatie te houden. In oktober 2008 stelt de NZa de beleidsregels vast. Wel zal er onderzoek plaatsvinden naar de wijze dat kinderen en jeugdigen in de toekomst op basis van ZP's worden bekostigd. Dit onderzoek vindt plaats in 2009.
5. *observatieplaats*. Hier is geen extra onderzoek meer voor nodig. De NZa stelt eind oktober 2008 een toeslag vast.
6. *Kliniek voor intensieve behandeling*. Hier is geen extra onderzoek voor noodzakelijk. De NZa stelt een prestatie en prijs vast eind oktober 2008.
7. *gespecialiseerde centra voor cliënten met verstandelijke of lichamelijke handicap met epilepsie*. Momenteel zijn er 2 zorgaanbieders die gespecialiseerd zijn in de zorgverlening aan verstandelijk gehandicapten met epilepsie. Onderzoeksbureau HHM heeft op verzoek van het ministerie van VWS onderzoek gedaan naar de wijze waarop binnen de huidige ZP-bekostiging rekening gehouden wordt met epilepsie. De conclusie van HHM is dat epilepsiezorg onvoldoende tot uiting komt in de bestaande ZP-profielen en de omvang van de ZP's. Beide instellingen zijn miv 1-1-2008 afgesplitst van de ziekenhuisbekostiging. Het budget is miv 2008 vastgesteld op basis van de beleidsregels voor de gehandicaptenzorg. Daarnaast hebben beide instellingen een op historische kosten gebaseerde epilepsiecomponent in hun budget opgenomen gekregen. Het jaar 2009 zal gebruikt gaan worden om de epilepsiezorg goed in de ZP-systematiek op te nemen. Hiervoor zijn

een tweetal methodes denkbaar. Het is denkbaar dat er een aparte ZZP te ontwikkelen is, die recht doet aan de zorgzwaarte van epilepsiepatiënten. Ook kan er gekozen worden voor een toeslag bovenop de geïndiceerde ZZP. De keuze hiervoor is nog niet gemaakt. Totdat er een besluit genomen is over de wijze waarop in de ZZP-systematiek met de epilepsiezorg wordt omgegaan, zullen beide instellingen bij wijze van overgangsregeling hun huidige epilepsiecomponent behouden. De verwachting is dat deze overgangsregeling alleen voor 2009 noodzakelijk is.

8. *normering aan- en afwezigheidsdagen*. Voor de GHZ en GGZ is deze harmonisatie gezien de onderscheiden zorgvormen niet per 2009 noodzakelijk. Later kan bezien worden of de gekozen aanen afwezigheidsdagen passen. Dat deze check nu nog niet kan worden gemaakt, is ook toe te schrijven aan het feit dat instellingen deze opgave nu niet kunnen doen. Voor de V&V wordt nu nog bezien of een nieuwe normering kan worden ingevoerd. Indien dit mogelijk is zal de NZa eind oktober 2008 deze nog bekend maken.
9. *logeerdagen*. Extra onderzoek is niet nodig. De NZa stelt eind oktober 2008 de beleidsregels vast.
10. *MFC's*. Extra onderzoek is niet nodig. De NZa stelt een prestatie en toeslag vast eind oktober 2008.