

Vergaderjaar 2007–2008

26 631

Modernisering AWBZ

Nr. 270

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 24 juli 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 8 juli 2008 inzake contracteerruimte AWBZ en de stand van zaken in de thuiszorg (Kamerstuk 26 631, nr. 267).

De op 11 juli 2008 toegezonden vragen zijn met de door de staatssecretaris bij brief van 23 juli 2008 toegezonden antwoorden hieronder afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,
Smeets

De griffier van de commissie,
Teunissen

¹ Samenstelling:

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

Plv. leden: Vacature (algemeen), Van der Staaij (SGP), Vendrik (GL), Van Velzen (SP), Neppéus (VVD), Vietsch (CDA), Uitslag (CDA), Ormel (CDA), Van Dijken (PvdA), Verdonk (Verdonk), Dezentjé Hamming-Bluemink (VVD), Atsma (CDA), Van der Ham (D66), Çörüz (CDA), Gill'ard (PvdA), Smilde (CDA), Langkamp (SP), Vermeij (PvdA), Arib (PvdA), Kamp (VVD), Thieme (PvdD), Bosma (PVV), Luijben (SP), Tichelaar (PvdA), Ortega-Martijn (CU) en De Wit (SP).

Vragen CDA-fractie

1

Sommige aanbieders stellen dat er in 2007 sprake was van overproductie die niet wordt vergoed, terwijl er ook sprake was van een onderuitputting (in 2007 is een bedrag van €177 mln. niet besteed). Hoe verhoudt zich dit tot elkaar? Lopen hierover nog juridische procedures die eventueel tot een nieuwe eindafrekening kunnen leiden?

Bij de afrekening wordt per zorgaanbieder gezien hoe de productieafsprak sprak zich verhoudt tot de feitelijk gerealiseerde zorg. Indien minder zorg is geleverd dan de productieafsprak wordt een lagere vergoeding vastgesteld. Vooraf is door de NZa aangegeven dat overproductie niet zal worden vergoed. Indien meer zorg is geleverd dan de productieafsprak zal dit meerdere dan ook niet worden vergoed. Een aantal zorgaanbieders is nog in overleg met de NZa over de hoogte van de eindafrekening.

2

Heeft de staatssecretaris al een overzicht van de wachtlijsten per zorgkantoorregio? Zo ja, kan dat overzicht aan de Kamer worden gezonden?

Op dit moment loopt het onderzoek dat inzicht moet bieden in de omvang van de (regionale) problematische wachtlijst. Naar verwachting zal ik de Kamer in september informeren over de uitkomsten van dit onderzoek.

3

De NZa ziet geen uitzonderlijke verschillen tussen zorgkantoorregio's. Waarop baseert de NZa deze conclusie, zonder dat zij inzicht heeft in de wachtlijsten en niet gefinancierde overproductie bij zorgaanbieders?

Deze constatering van de NZa is gebaseerd op de indicatieontwikkeling in 2008 uitgesplitst naar zorgkantoorregio.

4

Zorgkantoren mogen anticiperen op de jaarlijkse onderuitputting door contractafspraken te maken tot 100,5% van de contracteerruimte. Hoe wordt gewaarborgd dat zorgkantoren deze ruimte ook werkelijk gaan gebruiken?

De NZa heeft voor afsluiting van de julironde een beleidsregel gepubliceerd waarin deze mogelijkheid is verwoord. Op 13 juni jl. heeft reeds overleg plaatsgevonden tussen VWS, NZa en zorgkantoren waarin dit voornemen is aangekondigd. Zorgkantoren hebben bij de afspraken met de zorgaanbieders ten behoeve van de julironde geanticipeerd op de mogelijkheid om in ruimere mate productieafspraken te kunnen maken.

5

De NZa stelt dat voor 2008 (juli- en oktoberronde) nog €171 mln. is te besteden. Kan een overzicht per zorgkantoorregio worden verstrekt? Hoe beoordeelt de staatssecretaris de verschillen tussen de regio's?

In bijlage 1 wordt een overzicht gegeven van de bestedingsruimte april 2008 per zorgkantoorregio¹. Deze verschillen zijn sterk verbonden met het zorginkoopbeleid van het zorgkantoor. Het ene zorgkantoor kiest er voor het volledige bedrag reeds in april om te zetten in productieafspraken. Het andere zorgkantoor reserveert een deel van het budget voor aanvullende afspraken tijdens de julironde. Aan deze verschillen kunnen dus op dit moment geen conclusies worden verbonden.

¹ Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

6

Deelt u de mening dat een volledige transparantie over de ontwikkeling van het jaarlijkse budget door het zorgkantoor richting de zorgaanbieders gewenst is? Zo ja, hoe garandeert u die transparantie?

Transparantie over de ontwikkeling van het regiobudget is inderdaad gewenst richting zorgaanbieders. Uit de publicaties van de NZa is op te maken hoe hoog en op welke wijze het regiobudget is vastgesteld.

7

Bij de knelpuntenprocedure hanteert de NZa een bovengrens van 33,9% voor aanvullende verpleeghuiszorg. Kunnen zorgkantoren hiervan afwijken om bijvoorbeeld op deze manier te voorkomen dat er langere wachtlijsten bij verpleeghuizen ontstaan, de cliënt moet verhuizen of er gebruik moet worden gemaakt van een duurder verpleeghuisbed?

Het percentage van 33,9 heeft betrekking op een regionaal gemiddelde. Ten aanzien van individuele zorginstellingen kan het zorgkantoor hiervan afwijken om in te kunnen spelen op wachtlijsten of ongewenste verhuizingen.

8

Kunnen gegevens worden verstrekt over de onder- en overproductie in 2007 en 2008 per zorgkantoorregio?

In bijlage 1 is een overzicht opgenomen van de onderproductie 2007 en de budgetruimte 2008. Er is geen informatie beschikbaar over mogelijke overproductie van zorginstellingen.

9

Is er een relatie tussen de zorgverzekeraar, het bijbehorende Zorgkantoor en de mate van over- en onderproductie?

Er is geen relatie zichtbaar tussen zorgkantoor en de mate van onderproductie 2007 en niet besteed bedrag 2008. Bedacht dient te worden dat de mate van afwijking gemiddeld 1% betreft van de totale contracteeruimte. Bij alle zorgkantoren is in 2007 sprake geweest van onderproductie en bij bijna alle zorgkantoren is nog sprake van een niet besteed bedrag. Zoals in het antwoord op vraag 5 is aangegeven hangt dit niet zozeer samen met het zorggebruik maar met het zorginkoopbeleid van zorgkantoren.

10

In de brief wordt aangegeven dat de NZa constateert dat de zorgkantoren meer moeite hebben om verdergaande prijsafspraken te maken met zorgaanbieders. Hoe kan dit worden verklaard?

In de afgelopen jaren zijn door de zorgkantoren afspraken gemaakt onder de maximum tarieven van de NZa. Daarnaast is door de NZa op mijn verzoek een aantal maximumtarieven verlaagd. Door deze ontwikkelingen is het voor zorgkantoren moeilijker om aanvullend nog verdergaande tariefsverlagingen te realiseren.

11

Er zijn zorgkantoren die eisen van de zorgaanbieders in hun regio dat zij overbruggingszorg leveren ook al is hun productieplafond bereikt. Hoe beoordeelt u het feit dat voor die overbruggingszorg dan geen extra budgettaire ruimte aan de zorgaanbieders wordt verleend?

Overbruggingszorg wordt geleverd als niet direct een plaats is in een instelling of de geïndiceerde zorg niet direct volledig geleverd kan

worden. Dat hierover afspraken worden gemaakt met zorgaanbieders is inhoudelijk voor de cliënt wenselijk. Bij de prognose over de zorgleverantie en de productieafspraken kan met deze afspraak vooraf rekening worden gehouden en kan het budget worden aangepast. Het zorgkantoor zal de zorgaanbieder houden aan de gemaakte afspraken. Wel zal opnieuw overleg kunnen plaatsvinden tussen het zorgkantoor en de zorgaanbieder indien de zorgprognose sterk afwijkt van de feitelijke zorgvraag. Het zorgkantoor zal daarbij echter ook rekening houden met de afspraken die met andere zorgaanbieders zijn gemaakt.

12

Zorgkantoren stellen bovenop de voorwaarden van de NZa een groot aantal eigen voorwaarden bij de inkoop van zorg. Leiden deze extra voorwaarden niet tot meer bureaucratie, vertraging, wachtlijsten en mogelijk ook onbedoelde onderuitputting ten nadele van de cliënten?

Het kan zijn dat deze voorwaarden leiden tot extra bureaucratie. Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn ten aanzien van extra kwaliteitseisen. Dit vind ik een ongewenste ontwikkeling. Met ingang van 1 januari 2009, bij de nieuwe concessieverlening aan de zorgverzekeraars voor de uitvoering van de AWBZ, wil ik dan ook als voorwaarde stellen dat gebruik wordt gemaakt van uniforme kwaliteitscriteria gebaseerd op het kwaliteitskader verantwoorde zorg.

Naar mijn mening hebben de verschillende voorwaarden door zorgkantoren geen invloed op de wachtlijsten en onbedoelde onderuitputting.

13

Zorgkantoren reserveren budgetruimte voor nieuwe aanbieders. Wordt daarbij voldoende rekening gehouden met de voorkeur van cliënten? Zo niet, leidt dat in veel gevallen dan niet tot onderaannemerschap met als gevolg extra bureaucratie en vergoedingen van administratie en overhead die niet de kwaliteit van zorg ten goede komen?

Op mijn verzoek wordt ook budgetruimte gecreëerd voor nieuwe aanbieders. Dit is ook in het zorginkoopkader van Zorgverzekeraars Nederland opgenomen. Achtergrond hierbij is dat de keuzemogelijkheden voor cliënten worden vergroot, nieuwe zorgconcepten een kans krijgen en nieuwe zorgaanbieders vaak efficiënter opereren. Indien het aantal nieuwe aanbieders wordt beperkt bestaat het risico dat uiteindelijk een zeer beperkt aantal aanbieders de regionale zorgmarkt domineert en de cliënt geen keuzevrijheid meer heeft.

In de thuiszorgmarkt wordt al veelal met onderaannemerschap gewerkt. Door het vergroten van het aantal zelfstandig opererende zorgaanbieders zal het onderaannemerschap juist kunnen afnemen. Ik deel dan ook niet uw visie dat het bieden van ruimte aan nieuwe zorgaanbieders de bureaucratie en overhead zal doen toenemen.

Vragen PvdA-fractie

14

De NZa constateert een verschuiving van de functies verpleging (VP) en Ondersteunende Begeleiding (OB) naar Persoonlijke Verzorging (PV). Welke oorzaken zouden hieraan ten grondslag kunnen liggen? Is het mogelijk dat indiceerders vaker PV hebben geïndiceerd om daarmee te anticiperen op mogelijke veranderingen in de OB?

De verschuiving van de functie verpleging naar de functie persoonlijke verzorging is vanaf 1 januari 2007 reeds gaande. De aanspraken zijn toen helder omschreven enerzijds in het kompas AWBZ van het CVZ, anderzijds in de beleidsregels van het CIZ, die per 1 januari 2007 inwerking zijn

getreden. In dit traject bleek dat er een aantal zorghandelingen die behoren tot de functie persoonlijke verzorging onder de functie Verpleging werden geïndiceerd.

Een verklaring voor de door de NZa gesignaleerde verschuiving van de functie Ondersteunende Begeleiding naar Persoonlijke verzorging kan nog niet worden gegeven: per 1 januari 2008 is de functie OB-Algemeen voor de grondslag somatisch niet meer beschikbaar. Wij beschikken tot nu toe alleen over de cijfers van het CIZ van het eerste kwartaal 2008. Omdat er geen eigen bijdrage wordt gevraagd voor de functie ondersteunende begeleiding, zijn er geen cijfers van het CAK voor deze functie beschikbaar.

15

Op basis van welke waarneming constateert de staatsecretaris dat de prijsaanpassing bij OB en PV zichtbaar is?

In het rapport van de NZa van 11 juni jl. (NZa; IBON/08/418) is een tabel 5 opgenomen met de inkooprijzen 2008 per functie. Uit deze tabel blijkt dat bij de functie PV sprake is van een stijging van de gemiddelde prijs van 0,51% en bij OB een prijsdaling van 2,51%. In 2008 is ook sprake geweest van een indexering van 3,5% tot 4% van de tarieven in verband met gestegen prijzen en lonen. Rekening houdend met deze indexering kan worden geconstateerd dat het gecontracteerde tarief voor PV en OB naar beneden is bijgesteld van 2007 op 2008.

16

Welke verwachting lag er ten aanzien van het effect van de prijsaanpassing bij de functies OB en PV?

Bij de functie PV werd een stabilisatie van de prijs verwacht (iets lager dan de realisatie), bij OB werd een daling van de prijs verwacht met name door het verlagen van het maximumtarief bij OB-algemeen bij de grondslag somatisch met € 10. De feitelijk prijsdaling van 2,5% is iets minder dan verwacht.

17

Wat is de verklaring voor de sterke groei in aanmeldingen bij het CCE?

De NZa geeft in de brief van 11 juni jl. als verklaring dat deze toename het gevolg is van het beleid om geen nieuwe SGLVG-toelatingen af te geven aan zorginstellingen. Deze toelating is gekoppeld aan een plaats en niet aan individuele cliënten. Via de regeling «toeslag extreme zorgbehoefte» wordt hetzelfde beoogd (namelijk extra zorgbudget voor cliënten voor wie dit nodig is) met als voordeel dat deze extra middelen wel zijn gekoppeld aan individuele cliënten. Daarmee is deze regeling meer cliëntgebonden. De beoordeling van de CCE geldt als extra waarborg dat de middelen ook op de juiste plaats terecht komen. Ik heb de CCEN (de koepelorganisatie van de CCE's) gevraagd of zij een verklaring hebben voor de stijging van het aantal aanmeldingen van cliënten met een bijzondere zorgzwaarte. Over de uitkomsten hiervan wordt u geïnformeerd.

18

Om welke redenen zouden de zorgkantoren niet in staat kunnen zijn om een lager zorgvolume per klasse af te spreken bij de functies OB en PV?

Het zorgkantoor heeft geen directe instrumenten om af te dwingen dat zorgaanbieders een lager zorgvolume per klasse leveren. De prikkel die zorgaanbieders ondervinden loopt via de NZa. Bij de eindafrekening zullen aanbieders een bonus van 3,5% van het maximumtarief ontvangen

als de zorgleverantie gemiddeld beneden 35% van de klasse ligt en een malus indien de zorgleverantie daarboven ligt.

19

De NZa adviseert beter te sturen op onderproductie. Wat wordt hiermee bedoeld?

Jaarlijks maakt het zorgkantoor productieafspraken met de zorgaanbieders. Een deel van de zorgaanbieders levert minder zorg dan afgesproken. Indien dit het geval is, zal na afloop van het jaar een eventueel voorschot worden teruggevorderd. Omdat deze actie plaatsvindt nadat het jaar is verstreken, zijn deze middelen niet meer inzetbaar voor de zorgverlening van het voorgaande jaar. De NZa adviseert de zorgkantoren om gedurende het jaar actief te monitoren bij zorgaanbieders of de productie zal worden gerealiseerd. Indien sprake is van onderproductie kunnen gedurende het jaar gelden worden overgeheveld naar andere zorgaanbieders die meer zorg willen leveren.

20

Klopt de redenering, dat als alle contractanten in de nieuwe beleidsregel de ruimte van 100,5% volledig benutten, er een tekort van € 80 mln. ontstaat?

In de afgelopen jaren is van de beschikbare € 15,9 mld. een bedrag van € 100–200 mln. niet tot besteding gekomen. Indien deze ontwikkeling zich voortzet, zal ook in 2008 een dergelijk bedrag resteren. Nu zorgkantoren ruimte wordt geboden om extra productieafspraken te maken is de verwachting dat dit overschot zal afnemen en het beschikbare bedrag van € 15,9 mld. nog in 2008 volledig tot besteding kan komen.

21

Kan men naar aanleiding van de stijging van de aanspraken PV constateren dat er een «waterbed – effect» is tussen de functies OB, PV en VP? Bedoelt de NZa dit verschijnsel waar ze het heeft over «substitutie»?

De NZa doelt op het feit dat bij de inwerkingtreding van de beleidsregels CIZ per 1-1-2007 bleek dat voor bepaalde onderdelen van de aanspraak/functie persoonlijke verzorging tot dan toe voor deze onderdelen werd geïndiceerd voor de aanspraak/functie verpleging. Met de inwerkingtreding van de beleidsregels is dit in regelgeving nog eens helder uiteengezet. Zowel in het AWBZ-kompas van het College voor Zorgverzekeringen, als in de beleidsregels van het CIZ staat dit nu goed omschreven.

22

Als er inderdaad sprake is van een waterbed – effect, wat zegt dat dan over de onafhankelijke, objectieve indicatiestelling door het CIZ en door de aanbieders zelf?

Zoals hierboven uiteengezet is nu duidelijk omschreven welke activiteiten tot de functie persoonlijke verzorging behoren en welke activiteiten tot de functie verpleging. In het AWBZ kompas van het CVZ wordt met name op dit onderdeel een goede toelichting – tot in detail – gegeven over de doelstelling van deze functies en welke activiteiten tot welke functie behoren. In het kader van de glasheldere polis voor de AWBZ zal ik de komende periode werken aan het goed omschrijven en afbakenen van de aanspraken in de AWBZ.

23

Komt Meavita voor de regio Groningen in aanmerking voor extra budget uit het knelpuntenbudget, of valt ze onder de regeling dat het herver-

delingsbudget van € 25 mln. wordt verdeeld volgens het verdeelmodel groeiruinimte.

Op advies van de NZa is het herverdelingsbudget verdeeld op basis van het verdeelmodel groeiruinimte. Het is niet gebruikt voor specifieke knelpunten. Meavita heeft dan ook bijzonderlijk geen extra budget uit de € 25 mln. ontvangen. Met de € 25 mln. zijn de regionale budgetten verhoogd. Voor de regio Groningen gaat het om een bedrag van ruim € 1 mln. Het is aan het zorgkantoor Groningen of zij aanleiding ziet om de productieafspraken met Meavita te verhogen.

24

Wanneer had het jaarverslag 2007 van Meavita beschikbaar moeten zijn? Weet de staatsecretaris waarom het er nog niet is?

Op grond van de Regeling Jaarverslaggeving Zorginstellingen WTZi had Meavita op 1 juni hun jaarverslag moeten deponeren bij het CIBG. Op verzoek van de instelling heeft het CIBG Meavita uitstel van 3 maanden verleend.

25

Beschikt de staatsecretaris over een overzicht van de grootte van de zorgaanbieders in de thuiszorg en de respectievelijke salarissen van de Raden van Bestuur?

Deze informatie is op grond van de Wet Openbaarmaking uit de publieke financiële middelen gefinancierde topinkomens (WOPT) openbaar en onderdeel van de jaarverslaglegging van de instelling. De informatie is beschikbaar op website van het CIBG (www.cibg.nl/zorgaanbieders/jaarverslagenzorg).

26

Is bekend hoeveel budget Meavita heeft besteed aan het vertrek van de vorige Voorzitter van de Raad van Bestuur en weet de staatsecretaris hoeveel de organisatie heeft ingeboekt aan frictie- en organisatiekosten als gevolg van de laatste schaalvergrotingsoperatie?

Voor zover deze informatie onderdeel is van de jaarverslaglegging van Meavita is deze nog niet openbaar en beschikbaar (zie ook het antwoord op vraag 24).

27

De NZA geeft aan in 2008 voor het eerst te hebben gewerkt met reële parameters zoals de indicatieontwikkeling en de vergrijzingscijfers. Is er een overzicht beschikbaar met de verschillen in regiobudgetten 2007 en 2008?

Van belang is dat de reële parameters alleen betrekking hebben op de groeiruinimte 2008 (€ 200 mln.) en niet op de basiscontracteerruimte (€ 15,7 mld). Het is minder zinvol om de budgetten 2007 te vergelijken met 2008 omdat de totale contracteerruimte ongeveer € 2 mld. lager is onder invloed van de overheveling van de kortdurende GGZ naar de ZVW. De invloed van de reële parameters blijkt uit de bijlage bij de brief van de NZa van 11 juni jl. (IBON 8/418). Zo ontvangt de regio Haaglanden op historische gronden een basisbudget van 4,4% van het totaal, terwijl op basis van de indicaties en de demografie 4,8% van de groeiruinimte aan Haaglanden wordt toebedeeld.

Bij het zorgkantoor Midden-Brabant is een omgekeerde beweging zichtbaar (minder groeiruinimte dan het historische aandeel).

28

Wat betreft de groeiruumte stelt de NZa dat deze is bedoeld voor extramurale AWBZ en dat uitbreiding van intramurale capaciteit automatisch van overheidswege buiten de contracteerruimte wordt bekostigd. Hoe verhoudt deze uitspraak zich tot de constatering dat er wachtlijsten zijn voor de intramurale (verpleeghuis) zorg?

Het is mijn beleid dat uitbreidingen van het aantal verblijfsplaatsen financieel worden geacommodeerd. In mijn brief van 26 juni jl. (dlz/sfi-u-2845700) heb ik u geïnformeerd over het ambitieuze bouwprogramma van de langdurige zorg voor de komende jaren. Om wachtlijsten te verminderen zijn er geen financiële belemmeringen om verblijfsplaatsen te realiseren. Het realiseren van nieuwe voorzieningen kost uiteraard tijd. In mijn brief van 28 februari jl. (naar aanleiding van kamervragen over de wachtlijstbrief, dlz-cb-u-2835924) heb ik toegelicht dat de wachtlijsten voor verblijfszorg (waaronder voor verpleeghuizen) zijn veroorzaakt door dat in het verleden in de regio onvoldoende rekening is gehouden met ontwikkelingen in de vraag en de bouwtijd (van drie tot vijf jaar) die nodig is om nieuwe voorzieningen te realiseren.

29

Was Meavita/Thuiszorg Groningen één van de 10 organisaties die een eenzijdig verzoek heeft ingediend tijdens de aprilronde 2008 en zo ja, wat was het resultaat? Zo nee, wat kan op grond van die constatering geconcludeerd worden over het gebrek aan capaciteit voor nieuwe cliënten van Meavita?

Nee, Meavita was niet een van de tien organisaties die een eenzijdig verzoek heeft ingediend tijdens de aprilronde 2008.

30

De bezuinigingstaakstelling wordt niet gerealiseerd als gevolg van de daling van de inkoopkorting en het niet realiseren van de instroombeperking OB. Welke mogelijkheden heeft de staatssecretaris nu nog om de taakstelling alsnog gerealiseerd te krijgen?

Het bedrag van de beoogde ombuiging is gecorrigeerd op de totale contracteerruimte. In financiële zin is de ombuiging daarom gerealiseerd. Indien de maatregelen onvoldoende worden doorvertaald naar de uitvoeringspraktijk kan echter wel druk geven op de contracteerruimte om de volumegroei te kunnen opvangen. Tegen deze achtergrond is ook besloten het herverdelingsbudget vrij te geven en extra financiële speelruimte van 0,5% in te bouwen.

Het is overigens niet zo dat de boogde veranderingen in de uitvoeringspraktijk helemaal niet tot stand zijn gekomen. De huidige constatering is dat de inkoopkorting beperkter is dan verwacht (zie ook antwoord 16). De instroombeperking OB zal moeten blijken uit de indicaties OB die in de loop van 2008 worden afgegeven door het CIZ. Gezien de aanpassingen van de aanspraken is de verwachting dat de instroombeperking gerealiseerd wordt.

31

Wanneer moeten maatregelen en wijzigingen bekend zijn, willen zorgkantoren en instellingen ze nog goed kunnen verwerken?

In algemene zin wordt een termijn van een half jaar aan voorbereidings-tijd aangehouden voor de zorgkantoren en instellingen voordat maatregelen van kracht worden. Deze termijn kan worden verkort door deze organisaties bij de verdere uitwerking van de maatregelen intensief te betrekken.

Vragen SP-fractie

32

Erkent u dat mensen recht hebben op geïndiceerde zorg? Zo ja, is dat recht gegarandeerd? Zo neen, kunt u dat uitleggen?

Mijn uitgangspunt is dat mensen met een AWBZ-indicatie recht hebben op adequate zorg. Dat recht is gegarandeerd. In een aantal gevallen kan echter sprake zijn van onvoldoende zorgaanbod. In dat geval wordt overbruggingszorg aangeboden.

33

Kunt u garanderen dat in heel Nederland alle geïndiceerde thuiszorg in 2008 wordt gegeven? Zo neen, waarom niet?

Er zijn in principe voldoende middelen beschikbaar om aan de zorgvraag in 2008 tegemoet te komen. Het is vervolgens aan zorgkantoren en zorgaanbieders om de zorg te verlenen. Indien zich hierbij knelpunten voordoen kunnen zij dit melden bij de NZa. Indien is vastgesteld dat sprake is van terechte knelpunten dan zal ik aanvullende middelen ter beschikking stellen om alsnog de zorgverlening mogelijk te maken.

34

Wat is uw reactie op het eigen onderzoek van het ziekenhuis SKB in Winterswijk, waaruit blijkt dat er onvoldoende thuiszorgaanbod aanwezig is in de regio om mensen die uitbehandeld zijn in het ziekenhuis te kunnen ontslaan?

Ik baseer mijn oordeel op het onderzoek van de NZa in deze regio. De NZa heeft vastgesteld dat de situatie in deze regio niet problematisch is en dat er voldoende thuiszorg beschikbaar is. Daarnaast heeft het zorgkantoor (Menzis) verklaard dat zij zich maximaal zal inspannen om cliënten met recht op thuiszorg tijdig van deze zorg te voorzien. Zoals u inmiddels uit de media heeft kunnen vernemen is de aangekondigde cliëntenstop (ook) in deze regio opgeheven.

35

Bent u van mening dat het aanbod van de thuiszorg is vergroot door de marktwerking of dat enkel de markt onderling (her)verdeeld is? Kunt u uw antwoord toelichten?

De NZa brengt jaarlijks een monitor uit over de ontwikkelingen in extramurale AWBZ-zorg. Uit deze monitor blijkt dat het aantal zorgaanbieders licht is gedaald. Wel zijn er veel nieuwe aanbieders bijgekomen (20% van het totaal) waardoor de concentratie aan de aanbodzijde licht is gedaald. Het totale aanbod is derhalve niet toegenomen, wel is de diversiteit onder de aanbieders vergroot en is de daarmee dus de keuzevrijheid voor cliënt vergroot.

36

Is het waar dat de thuiszorginstelling Thebe in Brabant een patiëntenstop hanteert? Zo ja, wat is hiervan de oorzaak en zijn er voldoende andere aanbieders in de regio die nieuwe zorgvragen kunnen beantwoorden? Zo neen, wat is de reden dat Thebe geen patiëntenstop (meer) hanteert?

Volgens opgave van het zorgkantoor is er geen sprake (geweest) van een patiëntenstop bij deze zorginstelling.

37

Erkent u dat uw verantwoording verder gaat dan enkel de financiële speelruimte te bepalen waarmee de zorgaanbieders en zorgkantoren de zorg moeten geven en organiseren? Zo neen, waarom niet? Zo ja, hoe gaat u uw verantwoordelijkheid nemen om iedereen thuiszorg te garanderen?

Het is mijn verantwoordelijkheid is dat cliënten met een AWBZ-indicatie adequate zorg krijgen. Zorgaanbieders en zorgkantoren voeren deze opdracht uit en de NZa houdt toezicht op dit proces. Indien mij signalen bereiken dat de zorgverlening niet adequaat verloopt zal ik daar de verschillende actoren op aanspreken en zonodig maatregelen nemen.

38

Erkent u dat door enkel budget en de financiële speelruimte vast te stellen u hiermee ook carte blanche geeft aan de marktwerking binnen de AWBZ omdat het budget via een marktwerkingmechanisme wordt verdeeld? Zo neen, waarom niet? Zo ja, waarom denkt u dat dit gaat werken?

Zoals ik in het antwoord op vraag 37 heb aangegeven is mijn taak niet beperkt tot het verstrekken van middelen. Er is sprake van een gestructureerd proces dat leidt tot adequate zorgverlening binnen een vooraf vastgesteld kwaliteitskader en volgens vooraf vastgestelde spelregels. Het geld wordt bovendien niet door een marktmechanisme verdeeld, maar op grond van de behoefte van cliënten en doelmatigheid.

39

Erkent u dat door het huidige systeem van budgetverdeling het strategisch handelen van de zorgaanbieders wordt gestimuleerd en dat dit leidt fusies en schaalvergroting, in plaats van de gewenste onderlinge samenwerking in een regio? Kunt u uw antwoord toelichten?

Zoals ik in het antwoord op vraag 35 heb aangegeven is de concentratie in de thuiszorg juist iets afgenomen in de periode 2005–2007.

Omdat partijen zelfstandig contracten moeten afsluiten met zorgkantoren bestaat er een spanning tussen het verwerven van marktaandeel en het samenwerken met andere zorgaanbieders. Indien samenwerking echter tot wederzijds voordeel leidt, of het zorgkantoor expliciet ruimte biedt om tot (keten) zorgverlening over te gaan (zoals bij ketenzorg dementie vanaf 2009) zijn ook in het huidige systeem samenwerkingverbanden mogelijk. In die zin maak ik onderscheid tussen enerzijds samenwerking, op basis van wederzijds toegevoegde waarde, tussen instellingen in de keten, en anderzijds samenwerking tussen gelijksoortige aanbieders gericht op schaalvergroting. Juist door samenwerking in de keten kunnen initiatieven zoals Buurtzorg van de grond komen.

40

Hoe gaat u de samenwerking tussen zorgaanbieders en zorgkantoren stimuleren die tot doel heeft de continuïteit en kwaliteit van zorg in Nederland te waarborgen? Erkent u dat onderlinge concurrentie deze samenwerking in de weg staat? Zo nee, waarom niet?

Niet concurrentie maar met name ketensamenwerking is voor mij een centraal thema in de ontwikkeling van de AWBZ in de komende jaren. Bij de concessieverlening 2009 krijgen zorgkantoren dan ook expliciet de opdracht mee om ketensamenwerking te bevorderen. Concreet zal vanaf 2009 integraal inkoop plaatsvinden van ketenzorg dementie. Hierbij is ketensamenwerking een vereiste.

41

Bent u van mening dat mensen in een regio gebaat zijn bij juridisch conflict tussen het zorgkantoor en de zorgaanbieder? Hoe gaat u voorkomen dat de thuiszorg een vechtmarkt wordt waar de diverse partijen lijnrecht tegenover elkaar staan in plaats van gezamenlijk verantwoordelijkheid te dragen voor de zorg aan de mensen die zorg nodig hebben? Kunt u uw antwoord toelichten?

Het ontstemt mij zeer dat regelmatig sprake is van juridische procedures tussen verschillende partijen over zorgverlening in het kader van de AWBZ. Vooral omdat dit onzekerheid kan veroorzaken bij cliënten die afhankelijk zijn van deze zorg. Mijn inzet is om het proces van budgettoewijzing optimaal te laten verlopen, zodat op de juiste plaats voldoende middelen beschikbaar zijn. Tevens zal ik in het overleg met de verschillende partijen benadrukken dat onderling overleg zonder juridische procedures de aangewezen aanpak is. Ook in de Meavita casus is immers gebleken dat het juridisch proces niet leidt tot toekenning van bepaalde vorderingen, maar dat partijen worden opgeroepen nader overleg te voeren. De thuiszorg is geen vechtmarkt. Dat heb ik in een eerdere brief ook benadrukt.

42

Wat is het gevolg voor de kwaliteit van zorg van de verschuiving Verpleging (VP) naar de functie Persoonlijke Verzorging? Waarom gaat het volgens u hier dan niet langer over verpleegkundige zorg en wat zijn volgens de VenVN de gevolgen op de kwaliteit van zorg op deze ontwikkeling?

Alle zorg die geleverd wordt behoort te voldoen aan de daarvoor gestelde kwaliteitseisen. Er bestaat geen verschil in kwaliteitseisen voor de verschillende functies/aanspraken van de AWBZ. Het is aan de aanbieders om te beslissen welke medewerker voor het uitvoeren van een bepaalde activiteit wordt ingezet.

Men blijkt het beroep van verpleegkundige en de functie verpleging nogal eens met elkaar te verwarren. Daarom heeft het CVZ met name dit aspect ook in het Kompas eruit gelicht en nader verklaard.

De IGZ ziet daarnaast toe op de zorgverlening door de zorgaanbieder.

43

Wat zijn de gevolgen van de verschuiving VP naar PV op de arbeidsmarkt in de thuiszorg? Bij hoeveel thuiszorgorganisaties verdwijnen op dit moment de banen van verpleegkundigen en hoe en door welke zorgverleners wordt het gat dat ontstaat opgevangen?

De zorgaanbieder is verantwoordelijk om de gecontracteerde zorg te leveren binnen de kwalitatieve en budgettaire normen die daarvoor gelden. Hij beslist dan ook binnen die kaders welke medewerker voor welke functie wordt ingezet.

Er zijn geen landelijke cijfers bekend over andere inzet van personeel vanwege de verschuiving van delen van VP naar PV. Evenmin zijn er op dit moment al gegevens bekend over veranderingen op arbeidsmarktgebied in de loop van 2008. Het rapport regiomarge 2008 is nog niet verschenen.

44

Vindt u het wenselijk dat verpleegkundigen in de thuiszorg in een lagere loonschaal en functie worden ingedeeld omdat het werk dat zij tot nu deden niet langer onder verpleging wordt geschaard maar onder persoonlijke verzorging valt? Zo ja, waarom? Zo nee, welke maatregelen gaat u treffen om ervoor te zorgen dat verpleegkundigen in de thuiszorg geen loon in hoeven leveren?

De salarisschalen en de koppeling aan functies zijn in CAO-onderhandelingen afgesproken tussen werkgevers en werknemers. Als een werkgever zich niet aan die afspraken houdt door niet het CAO-loon te betalen dat bij een functie hoort, acht ik dat onwenselijk en kan een werknemer altijd naleving vorderen van de CAO-afspraken.

In het algemeen geldt dat thuiszorginstellingen moeite hebben gediplomeerd personeel te werven en in dienst te houden. Verpleegkundigen zullen daarom altijd in de zorg aan de slag kunnen in voor hen bevredigende functies. Daarom is de kans klein dat zorgaanbieders verpleegkundigen onder hun niveau inzetten.

45

Acht u het wenselijk dat de zorgkantoren verdergaande prijsafspraken maken met zorgaanbieders dan de door de overheid opgelegde prijsaanpassingen bij de functies OB en PV? Zo ja, waarom? Zo neen, waarom niet?

Zorgkantoren hebben ook tot taak om te komen tot een doelmatige uitvoering van de AWBZ. Daarbij hoort een onderhandeling over het prijsniveau. Indien het mogelijk blijkt om een lagere prijs af te spreken met in acht name van de kwaliteitsvereisten, vind ik dit een goede zaak. Dit kan verder gaan dan de aanpassingen die de NZa op verzoek van de overheid heeft aangebracht in de maximumtarieven bij OB en PV.

46

Bent u het met de NZa eens dat bezuinigingen via aanspraken in de AWBZ leiden tot een groeiende vraag elders in de AWBZ? Zo ja, wat is uw analyse over de bezuinigingen op OB? Zo neen, hoe verklaart u de stijgende vraag naar PV?

De bezuiniging voor OB is dit jaar ingegaan. De cijfers over 2008 van het CIZ zijn tot nu toe alleen voor het eerste kwartaal 2008 bekend. Op basis van dat materiaal kan ik nog geen analyse geven voor de ontwikkeling dit jaar. De stijging van de vraag naar persoonlijke verzorging in 2007 is te verklaren uit de verduidelijking van de beleidsregels van het CIZ en gaat gepaard met een vergelijkbare afname van de vraag naar de functie verpleging. Dit betreft geen bezuiniging. Zie hiervoor ook mijn antwoord op vraag 14 en 21.

47

Onderbesteding wordt deels veroorzaakt doordat zorgaanbieder zorg niet geleverd hebben. Waarom hebben de aanbieders de zorg niet geleverd?

Hiervoor zijn meerdere oorzaken aan te wijzen. Het kan zijn dat minder cliënten dan verwacht zich hebben gewend tot de betreffende zorgaanbieder. Het is ook mogelijk dat door omstandigheden bij de zorgaanbieders (personeel, reorganisatie) minder zorg kon worden geleverd dan verwacht.

48

Waar wordt onderbesteding verder door veroorzaakt? Wordt bij onderbesteding wel alle geïndiceerde zorg in de regio geleverd? Zo neen, waarom niet?

Onderbesteding wordt verder veroorzaakt omdat zorgkantoren niet tijdig genoeg op de hoogte zijn van de lager dan verwachte productie bij aanbieders. Dit blijkt na afloop van het jaar en bij de materiële controle door de zorgkantoren. Zorgkantoren kunnen hierdoor niet de gelden herverdelen onder andere zorgaanbieders die nog wel extra zorg zouden kunnen leveren indien dit nodig zou zijn.

Zorgkantoren zijn gehouden om erin te voorzien dat alle geïndiceerde zorg wordt geleverd. Met uitzondering van de regio Friesland heeft de NZa geen aanvraag ontvangen voor extra middelen om knelpunten in de zorgverlening op te lossen. Zoals u weet zijn voor de regio Friesland in december 2007 alsnog extra middelen ter beschikking gekomen.

49

Waarom acht u het noodzakelijk om een lager zorgvolume af te spreken om aan groeiende zorgvraag te kunnen voldoen? Erkent u dat dit een effect heeft op de zorg die mensen krijgen, namelijk in allebei de gevallen minder zorg dan dat er geïndiceerd wordt? Hoe verhoudt dit zich met het recht op zorg? Hoe gaat u waarborgen dat mensen nog de zorg krijgen die in hun situatie de zorgbehoefte dekt?

De insteek van mijn beleid is niet om een lager zorgvolume af te spreken om aan de groeiende zorgvraag te kunnen voldoen. Vanaf 2008 is aan de zorgaanbieders gevraagd om bij de functies OB-algemeen en PV actief te bezien of binnen de geïndiceerde klasse kan worden volstaan met een lager aantal uren. Er bestaan per zorgkantorregio grote verschillen in de zorgverlening per klasse. Ook met een lager aantal uren blijkt sprake te kunne zijn van een adequaat zorgaanbod.

Anders dan in de vraag is gesteld krijgen de mensen niet minder zorg dan geïndiceerd. Er wordt dan ook niet getornd aan hun recht op zorg en zij krijgen dan ook de zorg die hun zorgbehoefte dekt.

50

Erkent u dat het sturen op onderbesteding tot verschraving van de zorg leidt, dan wel van de arbeidsvoorwaarden van de mensen die het werk doen? Kunt u uw antwoord toelichten?

Het in de vraag gestelde is onjuist. Ik stuur niet op onderbesteding. Zoals ik in mijn brief van 8 juli heb aangegeven heb ik juist de bestedingsmogelijkheden verruimd tot 100,5% van de contracteerruimte om de volledige benutting van de beschikbare middelen mogelijk te maken. Omdat de veronderstelling onjuist is, is er ook geen effect op de arbeidsvoorwaarden van mensen die werken in de langdurige zorg.

51

Wat is de reden dat u het budget 2008 voor de extreme zorgbehoefte gehandicaptenzorg pas in het najaar eventueel wilt verhogen indien dit na beoordeling van het CCE boven de €10 mln. uit komt? Kunt u garanderen dat de zorg aan deze zwakke groep niet in gevaar komt? Zo ja, wilt u dat toelichten?

De NZa heeft op basis van ervaringsgegevens een eerste prognose gemaakt van het benodigde budget voor 2008. Zoals in mijn brief van 8 juli jl. aangegeven zal ik het budget voor de regeling «toeslag extreme zorgbehoefte» ophogen als ik een meer precies beeld heb van de overschrijding van het budget (op basis van de door CCE's gehonoreerde toeslagen). Ik heb dan ook de NZa gevraagd om deze ontwikkeling te volgen en mij in het najaar over de stand van zaken te informeren. Met deze procedure komt de directe zorgverlening niet in gevaar, omdat cliënten voor wie de zorginstelling een toeslag heeft aangevraagd in zorg zijn. De verhoging van het budget voor deze regeling met € 10 miljoen heeft betrekking op het jaar 2007 en staat los van de eventuele verhoging van het budget voor dit jaar.

52

Heeft u inzicht in hoeveel mensen er wachten op zorg? Zowel korter als langer dan de Treeknormen?

Op dit moment loopt er een onderzoek naar de wachtlijstsituatie op 1 januari 2008. Naar verwachting zal ik de Kamer in september over de uitkomsten van dit onderzoek informeren.

53

Bent u bereid de vragenseries 2070824470, 2070824100 en 2070824110 gelijktijdig met deze vragen te beantwoorden?

De antwoorden op de gestelde vragen treft u bijgaand aan.

Vragen VVD-fractie

54

Is het zeker dat in de regio's waar de organisaties met een cliëntenstop actief zijn, voldoende ander aanbod is? Zo ja, hoe weet de staatssecretaris dat?

De NZa toetst of het zorgkantoor aan zijn zorgplicht voldoet. Indien een cliëntenstop wordt aangekondigd, zoals bijvoorbeeld bij Meavita neemt de Nza contact op met het zorgkantoor om te bezien op welke wijze een oplossing kan worden gevonden voor de ontstane situatie. In een regio waar de zorgaanbieder een beperkt marktaandeel heeft, schakelt het zorgkantoor andere zorgaanbieders in. In de regio Groningen waar sprake is van een groot marktaandeel wordt overgelegd gevoerd tussen het zorgkantoor en Meavita zodat Meavita de zorgverlening weer kan continueren.

55

Worden patiënten door het Zorgkantoor en het CIZ actief benaderd over feit dat niet alle aanbieders nieuwe klanten aannemen maar dat dit niet betekent dat er voor hen geen zorg beschikbaar is bij een andere aanbieder?

Is het mogelijk een klachtenlijn voor cliënten te openen waar zij problemen als cliëntenstops, minder zorg, na herindicatie weigeren een langlopende zorgovereenkomst te verlengen, kunnen melden? Is de staatssecretaris voornemens deze klachtenlijn te (laten) openen? Zo ja, op welke termijn en hoe gaat u dit opzetten? Zo nee, waarom ziet de staatssecretaris hiervan af?

Het CIZ geeft aan via welk zorgkantoor de zorg kan worden verkregen. Het zorgkantoor heeft vervolgens een overzicht van het zorgaanbod in de regio. Deze informatie komt beschikbaar na een verzoek om ondersteuning van de cliënt. Het zorgkantoor is hierbij reactief en niet zozeer proactief.

Proactieve benadering van alle cliënten is overigens niet zinvol omdat het merendeel van de cliënten (of de naaste) zonder tussenkomst van het zorgkantoor contact opneemt met een gecontracteerde zorgaanbieder en zelf afspraken maakt over de zorgleverantie.

Indien de men klachten heeft over de zorgleverantie kan men terecht bij de zorgverlener en het zorgkantoor. Met algemene klachten over de zorgverlening kan men terecht bij de regionale afdelingen van Zorgbelang Nederland. Gezien deze bestaande mogelijkheden zie ik geen aanleiding om een nieuwe klachtenlijn te openen.

Vragen PVV-fractie

56

Er wordt gesteld dat de druk op de functie persoonlijke verzorging toeneemt, is bekend waarom de druk op de functie toeneemt? Zo neen, is de staatssecretaris voornemens dit te achterhalen, alvorens de aanspraak aan te scherpen, daar het voor deze leden het namelijk onacceptabel is dat

de aanspraken worden aangescherpt indien er geen misbruik of oneigenlijk gebruik van de functie wordt gemaakt?

De vraag naar persoonlijke verzorging neemt toe omdat de beleidsregels van het CIZ met ingang van 2007 duidelijkheid hebben gegeven welke activiteiten tot de functie persoonlijke verzorging behoren en welke activiteiten tot de functie verpleging. Het betreft overigens alleen het herordenen van bepaalde zorghandelingen onder de goede functie. Aanscherpen is niet aan de orde.

57

De staatssecretaris geeft aan de €13,5 mln. nog niet toe te kennen voor de extreme zorgbehoefte gehandicaptenzorg. Kan dit gemotiveerd worden?

Zie het antwoord op vraag 51.

58

De staatssecretaris stelt dat andere aanbieders in de noodzakelijke zorgverlening kunnen voorzien indien een bepaalde aanbieder een klantenstop invoert. Deze leden zijn van mening dat, indien de regiobudgetten samengaan met klantenstops bij bepaalde aanbieders, dit de keuzevrijheid van de cliënt inperkt. Hoe ziet de staatssecretaris de keuzevrijheid van de cliënt in dit licht?

Voorop staat dat de geïndiceerde zorg moet worden geleverd. Om dit mogelijk te maken sluit het zorgkantoor contracten af met meerdere zorgaanbieders. Hierdoor hebben cliënten ook de mogelijkheid om te kiezen uit verschillende zorgaanbieders. Een aantal zorgaanbieders benadert actief de cliënten in de regio waardoor het mogelijk is dat op enig moment meer cliënten zorg afnemen van deze aanbieders dan de productieafspraken toelaten. Indien andere zorgaanbieders deze zorg niet (kunnen) leveren kan het zorgkantoor alsnog besluiten (in het lopende of komende jaar) meer productie aan de actieve zorgaanbieders toe te kennen. Het zorgkantoor zal hier echter voorzichtig mee om gaan om te voorkomen dat een beperkt aantal aanbieders de regionale markt gaat domineren. Het zorgkantoor maakt derhalve de afweging om in het lopende jaar een lichte beperking toe te staan van de keuzevrijheid van cliënt ten gunste de structurele handhaving van de keuzemogelijkheden van de cliënt.

Vragen GroenLinksfractie

59

Kan de staatssecretaris haar mening geven over de aankondiging van klantenstops in de thuiszorg, die jaarlijks terug lijken te keren?

Sinds 2006 is er jaarlijks sprake van een aankondiging van klantenstops in de thuiszorg. Deels is dit inherent aan het systeem omdat er altijd aanbieders zijn, die een groter marktaandeel willen verwerven dan is afgesproken met het zorgkantoor en zich in hun activiteiten beperkt voelen. Het is onwenselijk als aanbieders dit via de media onder de aandacht brengen en niet de daarvoor beschikbare procedures gebruiken. Het is ongewenst dat hierdoor het beeld kan ontstaan dat de zorgverlening aan AWBZ-cliënten in gevaar komt. Uit de rapportage van de NZa blijkt immers dat voldoende middelen en zorgaanbod in de regio aanwezig is om in de zorgvraag te voorzien.

60

De staatssecretaris probeert met haar brief terecht te voorkomen dat er onrust ontstaat bij burgers. Welke maatregelen gaat u nemen om te voorkomen dat deze situatie zich volgende jaren weer voordoet?

Om te voorkomen dat in de zomermaanden onrust in de thuiszorg zou gaan ontstaan heeft in het voorjaar van 2008 al afstemming plaats gevonden met zorgkantoren en NZa om na te gaan in hoe de zorgvraag zich ontwikkelt. Dit heeft tot goede afspraken geleid over de beschikbaarstelling van het herverdelingsbudget en de verruiming van de financiële speelruimte voor zorgkantoren. Ook naar de mening van de zorgkantoren kan door deze maatregelen op een adequate wijze worden voldaan aan de zorgvraag en kan het gebruik van de knelpuntenregeling zoveel mogelijk worden voorkomen. De zorgaanbieders zijn bij de afspraken slechts beperkt betrokken. In 2009 wil ik de afstemming met NZa en zorgkantoren continueren. Ik wil zorgaanbieders dan intensiever bij deze afstemming betrekken.

61

In de brief geeft de staatssecretaris aan dat in 2007 dat €177 mln. niet tot besteding is gekomen, veroorzaakt door de controle na afloop van het jaar. Wat gebeurt er met deze middelen? Worden deze toegevoegd aan het budget voor het volgende jaar?

Indien er sprake is van niet bestede middelen in het kader van de contracteerruimte AWBZ dan leidt dit tot een verlaging van de uitgaven van het AWBZ-fonds. Bij de afsluiting van 2007 wordt ook gekeken naar de overige uitgaven in het kader van de AWBZ die buiten de contracteerruimte vallen (bijvoorbeeld de pgb-uitgaven). Indien een positief saldo resteert en er aanleiding toe is, kan het kabinet besluiten om (een deel) van dit saldo toe te voegen aan het AWBZ-budget van het volgende jaar.

62

Deze leden vinden het zorgwekkend dat ziekenhuizen naar aanleiding van de aankondiging van een klantenstop hebben aangekondigd geen patiënten meer op te nemen. Welke maatregelen kan en wil de staatssecretaris nemen wanneer ziekenhuizen hier inderdaad toe over gaan?

Het betreft hier een zeer beperkt aantal ziekenhuizen dat overweegt om geen patiënten meer aan te nemen, indien onvoldoende garanties bestaan dat thuiszorg voorhanden is bij ontslag van de patiënt. Dit speelt bijvoorbeeld in de regio waar Meavita actief is. Het zorgkantoor heeft actief andere zorgaanbieders benadert zodat in de thuiszorgvraag kan worden voorzien. Door dit actieve beleid van zorgkantoren kan worden voorkomen dat de een tekort aan thuiszorg ontstaat. Hiermee wordt de door deze ziekenhuizen voorziene belemmering weggenomen en is er geen reden meer om een terughoudend beleid richting patiënten te voeren. (zie ook mijn antwoord op vraag 34).

Vragen ChristenUnie-fractie

63

De continuïteit van de zorg wordt centraal gesteld bij het oplossen van de regionale knelpunten in de thuiszorg. Indien nodig kunnen andere zorgaanbieders in de noodzakelijke zorgverlening voorzien. Op welke wijze wordt de keuzevrijheid van cliënten in deze constructie gewaarborgd? Welke mogelijkheden hebben cliënten nog om te kiezen voor een zorgaanbieder op grond van kwaliteit en/of identiteit?

In mijn antwoord op vraag 58 ben ik reeds op dit vraagstuk ingegaan. Aanvullend hierop kan ik nog aangeven dat het zorgkantoor bij het maken van de productieafspraken rekening moet houden met de diversiteit van de zorgvraag, waarbij ook de identiteit van de instelling een rol kan spelen. Het zorgkantoor zal dan ook in voldoende mate vooraf productieafspraken moeten maken, zodat met de specifieke voorkeur van cliënten rekening kan worden gehouden.

In algemene zin zal het zorgkantoor rekening houden met de kwaliteit van het zorgaanbod. Leidend hierin zijn de uitgangspunten die zijn geformuleerd in het kwaliteitskader verantwoorde zorg. De cliënt moet er immers op kunnen vertrouwen dat de gecontracteerde zorgaanbieders zorg leveren met een goed kwaliteitsniveau.

64

Bij de thuiszorg is sprake van een toename van het aantal instellingen met een negatief exploitatieresultaat. Wat is hiervan de oorzaak? Hoe kan worden voorkomen dat door de financiële problemen bij de thuiszorginstellingen de sector wordt uitgedund, waardoor de mogelijkheden van cliënten om op grond van kwaliteit en/of identiteit een keuze te maken voor een bepaalde zorgaanbieder worden beperkt?

Op 3 juli heb ik van Actiz een rapportage ontvangen waarin een beeld wordt geschetst van de exploitatieresultaten en vermogenspositie van negentig zorginstellingen. Deze instellingen leveren zowel thuiszorg (AWBZ/Wmo/Kraamzorg) als intramurale AWBZ-zorg. In 2007 hebben deze instellingen een beperkt negatief exploitatieresultaat behaald. In het rapport is ook een prognose opgenomen voor 2008. In deze prognose verwachten deze instellingen dat het exploitatieresultaat zal verslechteren. Dit is echter nog zonder de aanvullende contractafspraken die in de loop van 2008 worden gemaakt met de zorgkantoren en de middelen die door de NZa nog ter beschikking zal stellen (€ 246 mln voor meer handen aan het bed).

In mijn brief van 8 juli over de contracteerruimte 2008 en de positie van de thuiszorg heb ik aangegeven dat ik in overleg zal treden over de achtergrond van de cijfers. Daarbij vind ik het van belang dat niet alleen de cijfers centraal staan maar wil ik van Actiz ook vernemen hoe de sector omgaat met de veranderingen in de thuiszorg. Daarbij speelt een rol hoe de sector is georganiseerd en hoe de kostenstructuur is opgebouwd inclusief de salarissen van medewerkers, management en de overhead. Met name de topsalarissen van het management baren mij daarbij zorgen mede gezien de recente casus van Amsterdam Thuiszorg en Stichting Zorgbalans uit Haarlem. Ik wil graag expliciet van Actiz vernemen hoe men aankijkt tegen deze topsalarissen en vertrekpremies, mede gezien het recente standpunt van het kabinet over de topsalarissen in de semi-publieke sector (Tweede Kamer 28 479, nr. 36).

Ik verwacht niet dat de sector ernstig zal worden uitgedund door de ontwikkelingen in de thuiszorg. Daarbij speelt ook de structuur van de thuiszorg een rol. Al enige jaren is sprake van een beperkt aantal grote aanbieders met een groot marktaandeel. Daarnaast is sprake van een groot aantal kleinere aanbieders, waarbij jaarlijks een aantal nieuwe aanbieders haar diensten aanbiedt (ca 20% van het totaal aantal aanbieders) en een vergelijkbaar aandeel haar activiteiten beëindigt. Gezien deze stabiele marktstructuur en de gemiddelde vermogenspositie van de huidige zorgaanbieders betekent dit ook dat ik verwacht dat de keuzevrijheid van cliënten niet in het gedrang zal komen.