

Vergaderjaar 2012–2013

**30 597**

**Toekomst AWBZ**

**Nr. 334**

**VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG**

Vastgesteld 4 juni 2013

In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport bestond er bij enkele fracties behoefte een aantal vragen en opmerkingen voor te leggen aan de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over zijn brief van 7 maart 2013 inzake Tariefkorting ZZP 2011–2012 (Kamerstuk 30 597, nr. 287).

De op 8 april 2013 toegezonden vragen en opmerkingen zijn met de door de staatssecretaris bij brief van 3 juni 2013 toegezonden antwoorden hieronder afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,  
Neppérus

De griffier van de commissie,  
Teunissen

## Inbreng PvdA-fractie

De leden van de fractie van de PvdA hebben met belangstelling kennis genomen van de brief van de staatssecretaris ten aanzien van de tariefkorting ZZP 2011–2012. De aanleiding voor de brief was de bezetting van het verpleeghuis Sarphati van zorginstelling Amsta, waar de bestuurder van Amsta, naar verluidt, heeft gesteld dat de instelling voor hetzelfde bedrag wordt gekort als waarvoor zij extra middelen heeft ontvangen om meer personeel in te huren. Deze leden lezen in de brief dat het een onjuiste voorstelling van zaken is dat de tariefkorting van de zorgkantoren de verhoging van de maximumtarieven weer ongedaan heeft gemaakt. Ze kunnen verder namelijk lezen dat deze zorgkantoren op basis van jaarlijkse onderhandelingen tussen de zorgkantoren en de zorginstellingen, samenhangend met de kwaliteit van de geleverde zorg door de verschillende instellingen en het beleid van het zorgkantoor, kortingen doorvoeren ten opzichte van de maximumtarieven voor zorg van 0,6 tot 2,1 procent, maar dat deze kortingen echter niet opwegen tegen de verhoging van de maximumtarieven met 4,8% naar aanleiding van de intensiveringmiddelen die in 2012 aan de AWBZ werden toegevoegd om meer handen aan het bed beschikbaar te maken. Het is dan ook geen terecht argument van de zorginstelling dat dit de reden zou zijn dat zij minder konden investeren in handen aan het bed. De leden van de fractie van de PvdA delen deze visie met de staatssecretaris, maar hebben nog wel enkele vragen over dit onderwerp.

1)

De leden van de fractie van de PvdA lezen dat de tariefkortingen gemiddeld 1,4% zijn, maar dat er verschillen zijn tussen de zorgkantoren op basis van onderhandelingen, kwaliteit van de geleverde zorg en beleid van de zorgkantoren. Deze leden zouden graag willen dat de staatssecretaris dit specificeert. Waar zijn de verschillen specifiek op gebaseerd per zorgkantoor? In hoeverre, en op welke wijze, heeft beleid van het zorgkantoor hier invloed op? In hoeverre zijn verschillen in kwaliteit bij zorginstellingen debet aan de korting? Deze leden ontvangen graag een toelichting. Genoemde leden delen de visie van de staatssecretaris, kenbaar gemaakt in het algemeen overleg over contracteerruimte in de AWBZ (30 597, nr. 276), dat er maximumtarieven zijn, en er ruimte is om daarbinnen afspraken te maken over kwaliteit en prijs, afhankelijk van aanbod en onderhandelingsresultaat, maar zouden wel graag meer inzicht verwerven in de wijze waarop het resultaat uiteindelijk tot stand komt en welke factoren daar invloed op hebben.

2)

Ook hebben de leden van de fractie van de PvdA enkele vragen over de besteding van de intensiveringmiddelen in de AWBZ. De casus op basis waarvan de staatssecretaris zijn brief naar de Kamer stuurde laat zien dat het moeilijk te traceren is hoe en waaraan de intensiveringmiddelen besteed zijn. De middelen waren vrijgemaakt om voor extra handen aan het bed te zorgen. Deze leden zouden graag willen weten hoe de intensiveringmiddelen bij zorginstellingen zijn ingezet. Kan een overzicht worden gegeven van het aantal fte's dat per instelling is aangetrokken en opgeleid met behulp van de intensiveringmiddelen? Kan de staatssecretaris zorginstellingen stimuleren deze gelden te gebruiken zoals ze bedoeld zijn, nl. extra handen aan het bed? Hoe kan de staatssecretaris dit doen, en is hij hiertoe bereid? Deze leden ontvangen graag toelichting ter zake.

3)

De leden van de fractie van de PvdA hebben nog enkele vragen met betrekking tot het inkoopbeleid van zorgkantoren. Kopen zorgkantoren

nog voldoende capaciteit voor huidige gevallen ZZZ 1 en 2 in? Kan hiervoor een overzicht gegeven worden per zorgkantoor? Is er nog voldoende capaciteit voor bestaande gevallen? In welke regio's is de staatssecretaris op de hoogte van capaciteitsproblemen? Tevens zouden deze leden graag willen weten in hoeverre de zorgkantoren momenteel anticiperen op beleid met betrekking tot ZZZ 3 en 4 en mogelijke extramuralisering. Wordt er nog voldoende capaciteit ingekocht voor nieuwe gevallen ZZZ 3 en 4? Graag ontvangen deze leden per sector en per zorgkantoor (GGZ, VG en V&V) of er gegevens bekend zijn over tekorten qua capaciteit. Zij zouden graag toelichting willen ontvangen op het beleid dat zorgkantoren toepassen op dit gebied.

### **Beantwoording vragen PvdA-fractie**

1)

Het algemene beleid ten aanzien van de beoordeling van kwaliteit van zorgaanbieders wordt vastgelegd in de inkoopleidraad van Zorgverzekeraars Nederland (ZN). De zorgkantoren kunnen hier vervolgens individuele nuances in aanbrengen. Het beleid van het zorgkantoor bepaalt derhalve de doorgevoerde kortingen en opslagen in het kader van kwaliteit. Om meer inzicht te bieden in de aard van de kwaliteitsaspecten die door het zorgkantoor worden meegewogen, neem ik de zorgkantoren van Menzis als voorbeeld. Menzis hanteert in de V&V-sector een basistarief van 94% van de maximum ZZZ-tarieven van de NZa. De aanbieders kunnen maximaal een opslag van 5% op het basistarief verkrijgen. De volgende opslagen zijn mogelijk:

- Een opslag van 1% is verbonden aan goede scores op de CQ-index.
- Een opslag van 0,5% voor het aanbieden van gevarieerde welzijnsactiviteiten aan bewoners.
- Een opslag van 0,5% voor ondersteuning door de cliëntenraad.
- Een opslag van 1% voor vast personeel in niveaus 3,4, en 5.
- Een opslag van 1% voor aansluiting bij ketenzorg dementie.
- Een opslag van 1% voor aansluiting bij specifieke lokale projecten.

2)

De leden van de PvdA-fractie stellen ook vragen met betrekking tot de intensiveringsmiddelen. Het meten van de doelstellingen van de intensiveringsmiddelen is als volgt ingericht. In opdracht van mijn ministerie wordt de realisatie van de doelstelling gemeten op macro-niveau. De nulmeting heb ik vorig jaar oktober aan uw Kamer aangeboden. De 1-meting zal ik voor de zomer aan uw Kamer aanbieden. Op basis van deze 1-meting geef ik een beeld van de realisatie van de doelstelling op macroniveau over het jaar 2012. Naast deze meting op macro-niveau zien de zorgkantoren toe op een doelmatige aanwending van de middelen op het niveau van de individuele zorginstellingen. Een overzicht van het aantal extra fte per zorginstelling is niet voorhanden. Uiteraard dienen zorginstellingen de middelen te gebruiken voor de doelstellingen waarvoor zij bedoeld zijn. Zorgkantoren betrekken de intensiveringsmiddelen ook in de reguliere gesprekken die zij voeren met de zorginstellingen, waar het belang van een juiste en doelmatige aanwending nogmaals wordt benadrukt.

3)

Tot slot worden vragen gesteld ten aanzien van het inkoopbeleid bij zorgkantoren. Zorgkantoren houden bij hun zorginkoop in 2013 rekening met het feit dat nieuwe cliënten in plaats van een ZZZ 1 of 2 een indicatie krijgen voor extramurale zorg. Het aantal cliënten dat intramuraal in een instelling verblijft zal daardoor geleidelijk afnemen. Bestaande cliënten die in het bezit zijn van een indicatie voor ZZZ 1 of 2 behouden hun rechten (ook bij een eventuele herindicatie). Voor cliënten die met een indicatie

voor ZZP 1 of 2 in een instelling verblijven verandert er niets; het zorgkantoor dient voor bestaande cliënten de zorg in blijven kopen op basis van de ZZP's.

Cliënten die een indicatie hebben voor ZZP 1 of 2, maar (nog) niet in een instelling verblijven, kunnen vaak (ook nu al) veelal tot tevredenheid in de thuissituatie worden geholpen. In een dergelijk geval hoeft het zorgkantoor geen intramurale zorg in te kopen. Indien een cliënt met ZZP 1 of 2 toch naar een instelling wenst te verhuizen, dan geldt dat het zorgkantoor ook voor deze cliëntengroep (net als voor alle andere intramurale en extramurale cliënten) binnen de regionale contracteerruimte op een doelmatige wijze voldoende zorg moet inkopen.

Met betrekking tot ZZP 3 en 4 verandert er in 2013 (nog) niets. Ook voor deze doelgroep heeft het zorgkantoor als taak om binnen de regionale contracteerruimte op een doelmatige manier zorg in te kopen die aansluit op de wensen van de cliënt. Bij de zorginkoop houden zorgkantoren rekening met de specifieke situatie in de regio. Het is een taak van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) om toezicht te houden op de doelmatige en rechtmatige uitvoering van de AWBZ door de zorgkantoren.

Ik heb geen inzicht in eventuele tekorten per sector of per regio. In mijn visie op de hervorming van de langdurige zorg, ga ik ervan uit dat mensen in de toekomst langer thuis kunnen (en willen) blijven wonen en dat de zorg meer aan huis geleverd zal gaan worden. Daarmee is in algemene zin naar mijn idee eerder sprake van een overschot dan van een tekort aan capaciteit.

### **Inbreng SP-fractie**

1)

De leden van de SP-fractie zijn teleurgesteld dat er nog steeds geen beeld is hoe zorgkantoren apart omgaan met tariefskortingen. Kan de staatssecretaris het overzicht geven van de aparte zorgkantoren? Hanteren de zorgkantoren beleid ten opzichte van bijvoorbeeld grote of kleine instellingen? Zo ja, wat is hun beleid dan precies?

2)

De staatssecretaris laat weten dat het om een gemiddelde tariefskorting van 1,4% gaat ten opzichte van het maximumtarief van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Kan de staatssecretaris inzicht geven in alle kortingen? Erkent hij dat het geven van gemiddelden niet de discussie stopt met individuele zorginstellingen die stellen dat de tariefskorting bij hen hoger is, en bijvoorbeeld de investering voor extra personeel teniet doet? Graag ontvangen deze leden het overzicht van tariefskortingen. Zij vragen of er zorginstellingen zijn die 100% financiering ontvangen.

3)

Hoe houdt de NZa toezicht op de zorgkantoren en hun beleid met kortingen? Hanteert zij een richtlijn, en zo ja welke? Hoe controleert zij afwijkingen? Erkent de staatssecretaris dat zorgkantoren uitvoeringsorganen zijn, en geen eigen beleid mogen maken? Kan de staatssecretaris zijn antwoord toelichten?

### **Beantwoording vragen SP-fractie**

1)

De zorgkantoren stellen een beleid vast voor alle zorgaanbieders. Bij de kwaliteitswaardering wordt geen onderscheid gemaakt in grote of kleine zorgaanbieders. De zorgkantoren stellen een beleid vast op concessieniveau. Dit betekent dat Menzis een gelijk beleid heeft voor haar drie zorgkantoren. Een overzicht per zorgkantoor biedt derhalve geen aanvullende informatie. Bij het antwoord op de vragen van de

PvdA-fractie heb ik inzicht geboden in de tariefopbouw en de opslagen die – bij voorbeeld – door de concessiehouder Menzis worden gehanteerd. De overige concessiehouders houden rekening met vergelijkbare aspecten.

2)

Het is juist dat een gemiddelde korting geen inzicht biedt in de individuele situatie bij zorgaanbieders. De maximale korting is gelimiteerd in de inkooprichtlijn. Bij Menzis is dit maximaal 5%. Bij Menzis is de standaard korting 1% ten opzichte van het maximum tarief. Een vergoeding op basis van 100% van het maximumtarief is derhalve bij Menzis niet mogelijk. De tariefverhoging die samenhangt met de intensiveringmiddelen kan niet rechtstreeks worden vergeleken met de tariefskorting in het kader van kwaliteit. De tariefverhoging in het kader van de intensiveringmiddelen is een gerichte investeringsimpuls vanaf 2012, terwijl in de afgelopen jaren steeds een lager bedrag is vergoed dan het maximumtarief in het kader van de kwaliteit.

3)

De NZa houdt toezicht op de zorgkantoren en de prijsstelling in het kader van de doelmatigheid. Zij kijkt daarbij ook in hoeverre het zorgkantoren lukt om een lager prijsniveau met de zorgaanbieders af te spreken. De uitgangspunten bij de vergoeding aan zorgaanbieders is vastgelegd in de beleidsregels van de NZa. Bij de introductie van het ZZP-systeem zijn grenzen gesteld aan de maximale bandbreedte van de ZZP-vergoeding. Zo gold voor 2012 een maximale korting van 6% op het maximale ZZP-tarief. Om meer ruimte te bieden aan de zorgkantoren is deze bandbreedte in 2013 losgelaten. Zorgkantoren zijn uitvoeringsorganen maar zij hebben juist ruimte nodig om lokaal beleid te kunnen voeren.

### **Inbreng D66-fractie**

De leden van de D66-fractie hebben met interesse kennisgenomen van de brief van de staatssecretaris, waarin hij uiteen zet hoe 27 zorgkantoren omgaan met tariefkortingen binnen de bandbreedte van de contracteer-ruimte. De staatssecretaris geeft hierbij ook een overzicht van de tariefkortingen AWBZ voor intramurale zorg voor 2011 en 2012. Deze leden hebben ook de brief van de Raad van Bestuur (RvB) van Amsta gelezen, de dato 11 maart 2013. Hierin stelt de RvB dat de zorgtariefkortingen, samen met andere kortingen op het budget zoals neergelegd in het Regeerakkoord, van vergelijkbare omvang zijn als de verhoging van de maximumtarieven. Hierdoor kunnen zij in praktijk de verhoging van de maximumtarieven niet inzetten voor het aannemen en opleiden van extra personeel.

1)

De leden van de D66-fractie hebben verscheidene vragen en opmerkingen. Zij vragen de staatssecretaris naar zijn reactie op de brief van de RvB van Amsta.

2)

Ook vragen zij een overzicht van de kortingen voor 2013. Kan de staatssecretaris de gevolgen van de tariefkortingen uiteenzetten voor 2013, en de verwachte gevolgen op de langere termijn? Hoe ziet de staatssecretaris de tariefkortingen in verhouding tot de verhoging van de maximumtarieven, en tot de andere bezuinigingen op de intramurale langdurige zorg, zoals uiteengezet in het Regeerakkoord?

3)

Tot slot vragen zij naar de omvang van het probleem. Wil de staatssecretaris onderzoeken hoeveel zorginstellingen de verhoging van de maximumtarieven gebruiken om bestaande kosten te dekken in plaats van extra personeel in te huren en op te leiden?

### **Beantwoording vragen D66-fractie**

1)

De leden van de D66-fractie vragen naar een reactie op de brief van de Raad van Bestuur van Amsta. Zoals eerder aangegeven, kan de tariefverhoging die samenhangt met de intensiveringmiddelen niet rechtsreeks worden vergeleken met de tariefskorting in het kader van kwaliteit. De tariefverhoging in het kader van de intensiveringmiddelen is een gerichte investeringsimpuls met een specifiek doel. Naar aanleiding van de brief van Amsta is er contact geweest tussen mijn medewerkers, de Raad van Bestuur van Amsta en het betrokken zorgkantoor. Naar aanleiding van dit contact heeft Amsta aangegeven de intensiveringmiddelen in te zetten conform de doelstellingen die hier mee samenhangen. Ook heeft het betrokken zorgkantoor aangegeven dit te zullen toetsen.

2)

Momenteel heb ik nog geen inzicht in de doorgevoerde kortingen voor het jaar 2013. Zoals gesteld in de beantwoording van de vragen van de SP-fractie is in 2013 de bandbreedte van 6% losgelaten. De concessiehouder Menzis hanteert echter ook voor 2013 de ondergrens van 6% bij het vaststellen van het basistarief.

Voor de bepaling van de omvang van de budgetten in de komende jaren is het totale uitgavenniveau van belang (prijs en volume). Uitgangspunt is de totaal vastgestelde en gemaximeerde contracteerruimte van de AWBZ. Tegen deze meeteenheid worden ook de voorgestelde maatregelen en bezuinigingen afgezet.

3)

Als laatste vragen de leden van de D66-fractie naar de omvang van het probleem dat instellingen de intensiveringmiddelen inzetten om tekorten te dekken. Dit probleem lijkt gering. Immers ten aanzien van de intensiveringmiddelen zijn afzonderlijke afspraken gemaakt tussen de zorgkantoren en de zorgaanbieders. Indien zorgaanbieders geen invulling geven aan deze aanvullende afspraken zullen de zorgkantoren de intensiveringmiddelen terugvorderen.

### **Inbreng PVV-fractie**

De leden van de PVV-fractie hebben kennis genomen van de brief van de staatssecretaris die betrekking heeft op de tariefkorting in de AWBZ. Voor deze leden staat als een paal boven water dat elke cent die bedoeld is om extra personeel aan te trekken en te scholen, daar ook aan moet worden besteed. Het is onacceptabel en ontoelaatbaar wanneer instellingen (een deel van) de zgn. Agema-gelden gebruiken voor andere zaken.

1)

Deelt de staatssecretaris deze mening? Heeft de staatssecretaris al enige resultaten binnen van het onderzoek dat Panteia uitvoert naar de besteding van deze gelden? Heeft de staatssecretaris inmiddels meer signalen ontvangen van verkeerde besteding van deze gelden? Zo ja, wat heeft hij met deze signalen gedaan?

2)

In zijn brief schrijft de staatssecretaris dat de kortingen op de tarieven variëren van 0,6% tot 2,1%. Wat vindt hij van deze bandbreedte? Waarop zijn deze kortingen gebaseerd? Hoe geven instellingen invulling aan de opgelegde korting?

### **Beantwoording vragen PVV-fractie**

1)

Ik deel de mening dat de intensiveringsmiddelen dienen te worden aangewend voor hetzelfde doel als waarvoor ze beschikbaar zijn gesteld, namelijk het extra aannemen en opleiden van personeel en het daardoor verbeteren van de kwaliteit. De resultaten van de 1-meting zal ik u voor de zomer doen toekomen. Over de mogelijke onterechte aanwending van de intensiveringsmiddelen hebben wij op 11 april 2013 een interpellatiedebat gevoerd in uw Kamer. In dit debat en in de beantwoording op de vragen die ik u op 11 april ter voorbereiding op dit debat heb doen toekomen (kenmerk 110947-102229-LZ) heb ik aangegeven dat mij, op basis van een inventarisatie door de zorgkantoren, een geval bekend is waar sprake is van onterechte aanwending. Ik heb nadien geen andere signalen hierover ontvangen.

2)

Zoals in de beantwoording aan de leden van de PvdA-fractie is aangegeven, zijn de kortingen gebaseerd op de inkoopcriteria van de zorgkantoren. Vervolgens zullen de instellingen met de verkregen vergoeding adequate zorg leveren aan de aan hen toegewezen cliënten. In algemene zin zijn zorgaanbieders hier goed toe in staat gezien de ontwikkeling van de eigen vermogens in de sector in de afgelopen jaren. In individuele gevallen zal een instelling de doelmatigheid van het zorgproces moeten verbeteren.