

Vergaderjaar 2007–2008

26 631

Modernisering AWBZ

Nr. 261

**BRIEF VAN DE STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID,
WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 27 juni 2008

Tijdens het algemeen overleg zorgzwaartefinanciering van 19 juni jl heb ik u toegezegd om schriftelijk in te gaan op het volledig pakket thuis, de overgang van de subsidieregeling ADL-cluster naar reguliere bekostiging en de opbouw van de prijzen voor de zorgzwaartepakketten. Ik zal in deze brief ingaan op deze toezeggingen.

1. De verdere invoering van het volledig pakket per 1 januari 2008

Tijdens het algemeen overleg heeft u mij gevraagd om schriftelijk in te gaan op de huidige regeling, de door de NZa en CVZ uitgebrachte uitvoeringstoetsen en de verdere invoering per 1 januari 2009.

Zoals ik in mijn brief «Zeker van zorg, nu en straks» (13 juni 2008, Kamerstuk 30 597, nr. 15) al verwoordde vind ik het van belang dat mensen kunnen kiezen hoe ze willen wonen. Het kabinet is van mening dat door het financieel scheiden van wonen en zorg de diversiteit in wonen kan toenemen. Met de invoering van de regeling «volledig pakket thuis» per 1 juli 2007 is een belangrijke stap gezet om scheiden van wonen en zorg voor mensen met een indicatie voor «verblijf» mogelijk te maken.

Per 1 juli 2007 is geregeld dat intramurale instellingen de verblijfszorg thuis mogen leveren als de verzekerde daarom verzoekt, ook wel volledig pakket thuis genoemd. De instelling bepaalt of hij/zij deze de zorg kan leveren. Dit zal afhangen van de vraag of de instelling de zorg thuis doelmatig voor de vastgestelde prijs kan leveren. Meerdere factoren kunnen daarin een rol spelen, bijvoorbeeld: de reisafstand van en naar de cliënt, de mogelijkheid om 24 uren toezicht te waarborgen, de organisatie en inzet van personeel door de zorgaanbieder, de zorgzwaarte van de cliënt etc. Om te borgen dat de intramurale capaciteit zich verhoudt tot de zorglevering buiten de instelling is destijds met de NZa afgesproken dat de levering van het volledig pakket thuis moet gebeuren binnen de toege-

laten capaciteit. Met andere woorden, er kan pas volledig pakket thuis geleverd worden als er daarvoor in de instelling een bed vrijkomt. Inmiddels bereiken mij brieven dat van de regeling volledig pakket zeer beperkt gebruik gemaakt wordt. Extramurale zorgaanbieders mogen het volledig pakket thuis niet leveren omdat zij geen toelating voor «verblijf» hebben.

Het was mijn voornemen om de regeling volledig pakket zo vorm te geven dat zowel intramurale als extramurale aanbieders de mogelijkheid krijgen het volledig pakket te leveren. Ik heb de NZa en het CVZ in het najaar van 2007 verzocht hierover een uitvoeringstoets uit te brengen. De NZa wijst in haar rapport erop dat de invoering van volledig pakket in de uitvoering complex is. In het huidige zorgstelsel wordt namelijk zowel op financieel als juridisch terrein onderscheid gemaakt tussen intramurale en extramurale aanbieders. Zo geldt bijvoorbeeld voor intramurale zorg contracteerplicht en een winstverbod en geldt dat niet voor de extramurale zorg. Invoering van volledig pakket zou in dit stelsel, volgens de NZa, grote uitvoeringsconsequenties hebben. Ook wijst de NZa in haar uitvoeringstoets op het gevaar van aanzuigende werking. Volgens de NZa komt dit omdat instellingen mogelijk cliënten gaan werven en laten indiceren voor het volledig pakket. De NZa verwacht daardoor een toename in de zorgvraag en druk op de contracteerruimte.

Het CVZ is positief kritisch en vindt dat de beoogde regeling meer keuzemogelijkheden biedt voor de cliënt. Volgens het CVZ zal vooral de praktijk moeten uitwijzen wat de grenzen voor het leveren van volledig pakket in de thuissituatie zijn. Ook diverse veldpartijen hebben laten weten wel achter de doelstelling van volledig pakket te staan maar toch ook nog de nodige uitvoeringsproblemen te zien. Zo worden genoemd de inbedding in andere beleidsontwikkelingen, zorgvuldige implementatie, kwaliteit en doelmatigheidsbeoordeling.

Ik wil de regeling Volledig Pakket Thuis uitbreiden waarbij ik rekening houd met de uitvoeringstoetsen van de NZa en het CVZ en de opmerkingen van de diverse veldpartijen.

Het «volledig pakket» mag vanaf 1 januari 2009, net als nu het geval is, alleen door intramurale instellingen geleverd worden. De beperking in de huidige regeling dat dit binnen de toegelaten capaciteit (er blijft een bed leeg in de instelling bij levering thuis) dient te gebeuren vervalt. Ik zal de NZa verzoeken om de beleidsregel waarin dit is opgenomen niet te verlengen per 1 januari 2009. Extramurale instellingen kunnen het «volledig pakket thuis» alleen leveren onder verantwoordelijkheid van een intramurale aanbieder, die hen daarvoor inschakelt. Veel zorginstellingen bieden op dit moment zowel zorg thuis (extramuraal) als intramurale zorg. Binnen een dergelijke organisaties kan een extramurale aanbieder op een verantwoorde manier de zorg thuis leveren. Ook kan de intramurale aanbieder via onderaannemerschap het volledig pakket door een extramurale aanbieder laten uitvoeren. De intramurale aanbieder blijft zowel bij inschakeling van een extramurale aanbieder als bij onderaannemerschap eindverantwoordelijke voor de levering van de zorg thuis.

Voor cliënten betekent deze uitbreiding dat de mogelijkheid om de verblijfszorg thuis te ontvangen reëler wordt ten opzichte van de huidige regeling. De cliënt met een indicatie voor «verblijf» heeft de keuze tussen verblijf in een instelling of zorg thuis. In het geval een cliënt niet wil verblijven en er geen aanbieder te vinden is die de zorg thuis wil leveren, kan de cliënt kiezen voor een pgb. De hoogte van het pgb wordt gebaseerd op de prijs van het geïndiceerde zorgzwaartepakket. De inkoop van het volledig pakket vindt plaats binnen de geldende contracteerruimte waarmee de mogelijk aanzuigende werking wordt begrensd tot de beschikbare financiële kaders. Ik kom met deze uitbreiding tegemoet aan de bezwaren van o.a. de NZa, biedt meer keuzevrijheid aan de cliënt en ik

geef een verdere steun in de rug van stimuleren van diversiteit in wonen en zorg. De ontwikkeling van het volledig pakket blijft mijn aandacht houden, waarbij ik mij ook zal beraden op de rol die de zorgkantoren kunnen vervullen bij de contractering van het volledig pakket thuis.

2. Overgang van de subsidieregeling ADL-cluster (Fokuswoningen) naar reguliere financiering

In het debat heeft u vragen gesteld over het ADL-clusterwonen. Door een aantal kamerleden zijn zorgen geuit over de continuïteit van het concept van Fokuswonen als de subsidieparagrafen bouw en aanpassingen komen te vervallen.

Ik vind het van groot belang dat er woonvormen zijn voor mensen met een ernstige lichamelijke handicap die zelfstandig in de wijk kunnen en willen wonen. Het concept van ADL-clusterwonen bestaat in Nederland ongeveer 25 jaar en voorziet in een behoefte. Tot het beëindigen van de drie subsidieparagrafen is door het vorig kabinet besloten in het kader van de doorlichting AWBZ-subsidies. Dit is in wetgeving verankerd. Op grond van Artikel 44 van de AWBZ kan het CVZ alleen nog tijdelijk subsidies verstrekken voor zorg, als het voornemen bestaat deze op te nemen in de aanspraken op grond van de wet. Dat impliceert dat geen subsidie meer kan worden verstrekt voor bouw en aanpassingen van ADL-clusters. Dat kan en moet per 1-1-2009 via de bestaande reguliere kanalen. Ik vind dat dit ook op verantwoorde wijze kan.

Het subsidieplafond van de subsidieparagraaf bouw bedraagt in 2008 € 2,1 mln. De subsidie wordt nu nog verstrekt aan corporaties. Vanaf 2009 zullen corporaties vergelijkbare voorzieningen moeten realiseren zonder subsidie vanuit de AWBZ. In de praktijk zien we ook dat veel woon-zorg projecten op basis van scheiden van wonen en zorg tot stand komen zonder AWBZ-subsidies. Ik heb er vertrouwen in dat de corporaties die verantwoordelijkheid ook voor het ADL-clusterwonen echt serieus blijven nemen en in samenwerking met zorgaanbieders initiatief blijven nemen. In het Onderhandelaarsakkoord van 17 september 2007 is immers met corporaties afgesproken dat zij zich zullen inzetten voor het aanbod van geschikte woningen voor mensen met een zwaardere hulpvraag. Ook is dit nadrukkelijk opgenomen in het ambitieuze actieplan «Beter thuis in de buurt». In het kader van dat plan zal worden geëvalueerd welke voorzieningen zijn gerealiseerd. Ik zal een en ander nauwlettend blijven volgen.

Het subsidieplafond van de subsidieparagraaf woonaanpassingen bedraagt in 2008 € 6,0 mln. Het gaat hierbij zowel om individuele als collectieve woonaanpassingen in ADL-clusters.

Individuele aanpassingen zullen per 1-1-2009 op grond van de Wmo door de gemeenten worden verstrekt. Ik vind het een logische zaak dat gemeenten deze wettelijke taken ook voor bewoners van ADL-clusters vorm geven. Gemeenten spelen nu al een belangrijke rol. Zij leveren momenteel al op aanzienlijke schaal hulpmiddelen en huishoudelijke hulp aan bewoners in de ADL-clusters en zijn doorgaans ook betrokken geweest bij de totstandkoming van clusters in de gemeente. Bij de Wmo vraagt de bewoner zelf voorzieningen aan. In de huidige subsidieregeling is de corporatie de aanvrager van de subsidie.

Voor het leveren van individuele voorzieningen wordt een bedrag van € 3 mln. toegevoegd aan het Wmo-budget. Dit is reeds medegedeeld in de circulaire gemeentefonds van 20 mei 2008. In overleg met de VNG is besloten dat in 2009 de middelen alleen worden toegevoegd aan het budget van gemeenten waar zich een ADL-cluster bevindt.

Het vervangen en onderhoud van enkele *collectieve* standaardvoorzieningen in ADL-clusters past niet goed bij het domein van de maatschappelijke ondersteuning door gemeenten. Die voorzieningen zijn echter wel zeer essentieel voor het concept van het ADL-clusterwonen. Met name het alarmintercomsysteem is cruciaal voor de te leveren zorg op afroep door de aanbieder van de ADL-assistentie. Ik vind het echter niet langer wenselijk dat de rijksoverheid stringente regels stelt aan de toe te passen technologie en op basis daarvan subsidies verstrekt. Zowel om inhoudelijke redenen als overwegingen uit oogpunt van administratieve lasten vind ik dat de overheid zich daar niet nauwlettend mee moet bemoeien. Wel zal het geld voor deze voorzieningen beschikbaar blijven.

Ik voel mij in deze opvatting gesteund door een recent rapport van Vilans. In de recente rapportage «Beoordelingskader thuiszorgtechnologie: inzicht in nieuwe technieken en consequenties voor financiering van ADL-clusters» geeft Vilans aan dat zorgaanbieders en corporaties qua techniek moeten streven naar een infrastructuur die zodanig open is dat diverse toepassingen naast elkaar kunnen functioneren. Er kunnen verschillende extra functies aan het alarmintercomsysteem worden toegevoegd, zoals tijdsregistratie, een koppeling met het brandveiligheidsysteem en een oplossing voor de sleutelproblematiek etcetera. Vilans beveelt aan om compatibele systemen in te zetten zodat de aanbieders van ADL-assistentie met de komst van woon-zorgzones mee kunnen gaan. Zorgaanbieders en corporaties moeten dus de vrijheid hebben om de inzet van de technologie af te stemmen op het zorgarrangement dat ze ermee willen ondersteunen. Vilans concludeert dan ook dat strikt genomen er geen dringende redenen meer zijn om een aparte financieringsregeling voor alarmintercomsystemen in ADL-clusters te handhaven.

Ik deel de visie van Vilans. Ik kan mij namelijk goed voorstellen dat de aanbieders van ADL-assistentie technologie willen toepassen die ook geschikt is voor het bedienen van andere thuiswonenden in de wijk die zorg op afroep nodig hebben. Aangezien de huidige aanbieders van ADL-assistentie subsidieontvangers blijven tot en met het jaar 2012 kunnen zij echter niet zonder meer gebruik kunnen maken van de NZa-beleidsregel Zorginfrastructuur die geldt voor de aanbieders van naturazorg. Daarom heb ik besloten tot en met 2012 het relevante bedrag van circa € 2–3 mln toe te voegen aan het subsidiebedrag van de ADL-assistentie.

3. Uitleg werkwijze berekenen ZZP-prijzen door NZa

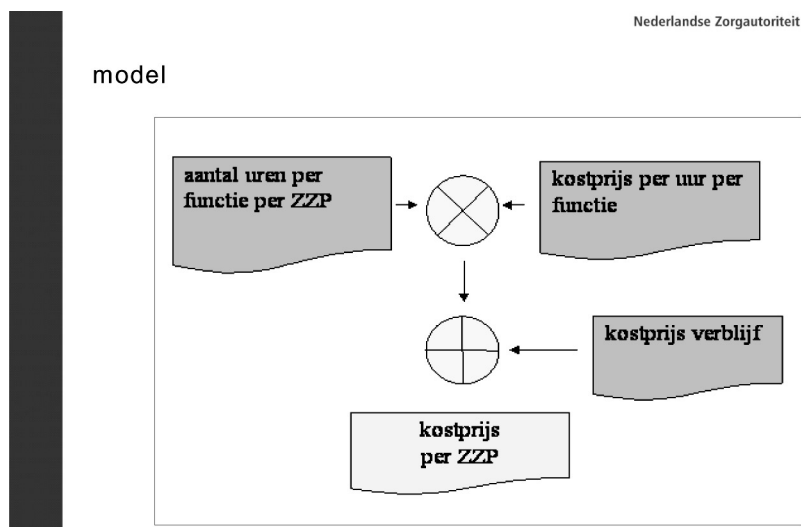
Het kamerlid Agema heeft mij een aantal vragen gesteld over de tot standkoming van de prijzen voor de zorgzwaartepakketten.

Uitgangspunt bij de invoering van de zorgzwaartebekostiging is dat de huidige beschikbare financiële middelen op een eerlijker manier over de instellingen wordt verdeeld. Dat wordt «budgettair neutrale invoering» genoemd. De huidige bekostiging is gebaseerd op het bekostigen van een gemiddelde prijs per plaats/per bed in zorginstellingen onafhankelijk van de zorgzwaarte van de cliënten die door de zorginstellingen worden geholpen. Bij de invoering van de zorgzwaartebekostiging wordt dezelfde hoogte van het macro-kader over de instellingen verdeeld op basis van de zorgzwaarte van de cliënten die zij in zorg hebben. Die zorgzwaarte wordt – voor de zorg met verblijf – uitgedrukt in zorgzwaartepakketten (ZZP's). In het hiernavolgende wordt eerst beschreven hoe de prijs per ZZP door de NZa is berekend en vervolgens wordt beschreven hoe – rekening houdend met de vereiste budgettair neutrale invoering – de prijzen door de NZa worden vastgesteld.

Voorafgaand merk ik op dat niet zozeer de werkwijze van de NZa centraal moet staan, maar de vraag of de prijs van een ZZP voldoet om adequate zorg te leveren. Voorts is het mogelijk dat sommige zorginstellingen een te hoog kostenniveau hebben, waardoor de prijs van het zzp tekort schiet.

Dat betekent dat deze instellingen meer doelmatig zullen moeten gaan werken.

Figuur 1 berekening kostprijs per ZZP



In bovenstaand model (figuur 1) is aangegeven hoe de NZa de kostprijs per ZZP berekent.

De NZa vermenigvuldigt het aantal uren per ZZP (onderscheiden naar de diverse functies) met de kostprijs per uur. Bij deze vermenigvuldiging van prijs per uur x het aantal uren wordt vervolgens de kostprijs voor verblijf (huishoudelijke hulp, voeding, linnen, collectieve recreatieve activiteiten) opgeteld. Het resultaat van deze berekening is een kostprijs per ZZP.

In het hiernavolgende wordt de herkomst van de door de NZa gebruikte data toegelicht.

De basis voor het **aantal uren per ZZP** is het onderzoek dat het bureau HHM in meerdere pilots in de afgelopen jaren heeft uitgevoerd. Daarbij is een «foto» gemaakt van de *feitelijk* geleverde zorg (cliëntgebonden uren) per ZZP.

De kostprijs per uur per functie (bijvoorbeeld verpleging, persoonlijke verzorging) is gebaseerd op een (veld)onderzoek door KPMG naar de kostprijzen per functie in de AWBZ, zoals gepubliceerd in 2004. In de hoogte van de tarieven is rekening gehouden met de verhouding tussen cliëntgebonden tijd en niet cliëntgebonden tijd en tevens bevatten de uurtarieven een opslag voor materiële kosten en overhead.

De hoogte van de **kostprijs verblijf** is gebaseerd op aanvullend onderzoek dat begin 2007 door KPMG is uitgevoerd op basis van de gegevensverzameling die zij eerder hadden gebruikt bij de berekening van de kostprijs verblijf in hun onderzoek uit 2004.

De kostprijzen per functie (inclusief de functie verblijf) die door KPMG zijn berekend, zijn door de NZa geïndexeerd tot het actuele prijspeil.

De invoering van de zorgzwaartebekostiging geschiedt budgettair neutraal per sector. Dat is het uitgangspunt altijd geweest. De **kostprijs per dag per ZZP** (uit de berekening van figuur 1) wordt vermenigvuldigd met het **aantal dagen per ZZP** (Dit aantal dagen is gebaseerd op de productieopgave in ZZP's van de zorgaanbieders). De uitkomst van deze vermenigvuldiging is het **theoretisch ZZP-budget**.

Dit theoretisch ZZP-budget wordt vergeleken met het huidige macro-kader dat beschikbaar is. Het verschil tussen het theoretisch ZZP-budget en het huidige macro-kader is uitgedrukt in een percentage. Dit percentage (ook wel rondrekenpercentage genoemd) wordt vervolgens gebruikt om de berekende kostprijs/per ZZP dag zodanig aan te passen dat invoering budgettair neutraal geschiedt. Indien het theoretisch ZZP-budget hoger is dan het huidige beschikbare macrokader – hetgeen in de berekeningen van de NZa voor alle AWBZ sectoren het geval is – dan worden de ZZP-prijzen benedenwaarts bijgesteld. Dit is echter geen korting, maar een methodiek die gebruikt wordt om de invoering budgettair neutraal te kunnen laten plaatsvinden. Macro is er evenveel geld beschikbaar; het beschikbare geld wordt op een andere (eerlijker) manier verdeeld. Met de invoering van de zorgzwaartebekostiging wordt het beschikbare macro-bedrag zoals gezegd op een eerlijker manier verdeeld over de zorginstellingen, namelijk gebaseerd op de zorgzwaarte van de cliënten in plaats van bekostiging van een gemiddelde prijs per plaats of per bed.

Voor een zorgaanbieder is met name de totaalprijs van een ZZP belang. De ZZP-prijs is een gemiddelde zoals in de sector gemeten. Voor zorgaanbieders is het van belang om te beoordelen of zij voor de totaalprijs van het zorgzwaartepakket in staat zijn adequate zorg te verlenen. Per instelling kan dit verschillen, bijvoorbeeld doordat de productiviteit hoger of lager is dan gemiddeld, of bijvoorbeeld doordat het ziekteverzuim of de overhead hoger of lager zijn dan gemiddeld of omdat de personeelsinzet wel of niet is afgestemd op de zorgzwaarte van cliënten. Ook kunnen per instelling de materiële kosten hoger of lager uitvallen dan gemiddelden. Instellingen die relatief veel overhead hebben of een lagere productiviteit hebben dan gemiddeld, zullen (als alle andere factoren gelijk zijn) een hogere kostprijs hebben en als resultante daarvan voor hetzelfde geld minder tijd kunnen besteden aan de cliënt dan andere instellingen. In de toekomst zullen instellingen hun kostprijs moeten aanpassen zodanig dat dit past binnen de ZZP-prijzen. Daarbij zal een instelling vooral moeten kijken naar de totaalprijs en niet zozeer naar de kostprijzen van de afzonderlijke functies. Doordat de invoering – met het herallocatietraject zoals de NZa dat zal ontwikkelen – geleidelijk gaat, hebben instellingen in hun bedrijfsvoering de tijd om ervoor te zorgen dat ze hun kostprijs in lijn kunnen brengen met de ZZP-prijs die vergoed wordt. De prijzen per ZZP worden zodanig vastgesteld dat de zorginstellingen gemiddeld genomen goed in staat zijn om daarvoor adequate zorg te verlenen.

Om een indruk te geven van de hoogte van de prijzen wil ik de prijs van ZZP5 in de V&V noemen. ZZP5 in de V&V (beschermde wonen met intensieve dementiezorg) is bedoeld voor mensen met gevorderde dementie die veel intensieve zorg en veel bescherming (bijvoorbeeld in een verpleeghuis) nodig hebben. De indicatieve prijs voor ZZP5 in de V&V zoals opgenomen in de beleidsregel (CA-208) die de NZa in december 2007 heeft gepubliceerd, bedraagt ruim € 54 900 op jaarbasis (€ 150,45 per dag). De vergoeding voor basis verpleeghuiszorg bedraagt in 2007 volgens het rapport indicatieve prijzen zorgzwaartepakketten van de NZa in 2007 € 53 350 per jaar. De hiervoor staande prijzen zijn beide vóór de verdeling van de € 250 miljoen extra voor de verpleeghuiszorg die met ingang van 2008 wordt toegevoegd aan de prijzen van ZZP 5 t/m 10 in de V&V sector.

Een zorgvuldige overgang en instellingen die zijn voorbereid

Door meerdere kamerleden is de vraag gesteld of instellingen voldoende zijn voorbereid op de invoering per 1 januari 2009. Hiertoe is het van belang dat instellingen tijdig weten wat de prijzen zijn en wat dit betekent voor hun organisatie; wat het verschil is tussen het nieuwe en het oude budget en hoeveel tijd de instelling krijgt om naar de nieuwe situatie toe

te werken. Ik heb u toegezegd dat ik bij de Nza zal aandringen op tijdige levering (eerste week van juli) van de nieuwe prijzen en de herallocatie. Ik heb tijdens het AO aangegeven dat deze herallocatie voor de instellingen met een op- of afbouw tussen 0 en 10 procent maximaal 3 jaar zal duren. Voor afwijkende percentages is ruimte voor maatwerk. Met de sector zal ik indien nodig fasering aanbrengen in de mate van financiële effecten bij de invoering per 2009.

De invoering van de zorgzwaartebekostiging is echter *méér* dan alleen een eerlijker verdeling van het geld. Ook de bedrijfsvoering van de zorgaanbieders zal zich moeten gaan richten naar de zorgzwaarte van de cliënt. Aanbieders zullen hun cliënten bijvoorbeeld goed moeten kunnen uitleggen wat ze kunnen verwachten en de gemaakte afspraken vastleggen in zorgplannen.

Ik laat periodiek – via een zogenoemde ZZP-check – meten hoe het staat met de voorbereiding door de zorgaanbieders. Daaruit blijkt dat de aanbieders in ieder geval wel in staat zullen zijn om productie op te geven en te verantwoorden in zorgzwaartepakketten. Daarmee loopt de invoeringsdatum van 1 januari 2009 geen gevaar. De volledige aanpassing van de bedrijfsvoering van de zorgaanbieders zal nog wel enige tijd in beslag nemen. Dat is niet alleen een kwestie van een technische aanpassing in de bedrijfsvoering, maar is ook een zaak van gedrag en cultuur.

De aanbieders hebben in de ZZP-check aangegeven waar ze bij de voorbereiding op de invoering qua ondersteuning het meeste behoefte aan hebben. In eerste instantie zijn zorginstellingen zelf verantwoordelijk om maatregelen te nemen. Velen doen dat ook, en de landelijke brancheorganisaties bieden ook faciliteiten aan. Zo heeft Actiz afgelopen maanden diverse regionale bijeenkomsten georganiseerd voor haar leden. VGN heeft soortgelijke plannen. Toch vond ik het van belang om ook ondersteuning te bieden. Ik heb daarom vanaf het najaar 2007 een aantal instrumenten beschikbaar gesteld voor aanbieders:

- ZZP-support zorgt er voor dat instellingen op weg worden geholpen. Ik bied zorginstellingen de mogelijkheid om samen met een adviseur te bezien in hoeverre de instelling voorbereid is op de invoering van de zorgzwaartebekostiging. De adviseur stelt – in 1 à 2 dagen – samen met de zorginstelling een plan van aanpak op. De kosten van de adviseur worden betaald door VWS. Inmiddels hebben circa 150 instellingen al een plan van aanpak gemaakt in het kader van dit traject.
- Sinds twee jaar is er een Helpdesk Zorgzwaartebekostiging. Via telefoon en e-mail kunnen hier vragen worden gesteld.
- Ook is op internet een aantal documenten opgenomen om aanbieders te helpen. (o.a. bij het maken van kostprijsberekeningen, zorgplannen en bij de communicatie over zorgzwaartepakketten met cliënten). De internetsite www.zorgzwaartebekostiging.nl wordt maandelijks door gemiddeld 8 000 bezoekers gebruikt voor informatie.
- ZZP-spel: binnenkort wordt het zogenoemde zzp-game beschikbaar gesteld. Het is een interactief, computerprogramma waarmee aanbieder heel gestructureerd de effecten van voorgenomen aanpassingen in bedrijfsvoering kunnen naspelen. Ik zal u hiervan een exemplaar toesturen.
- Ik heb daarnaast ook nog het voornemen om dit najaar nog een grote bijeenkomst te organiseren waarin aanbieders in workshops actief aan de slag kunnen met elementen die samenhangen met de invoering van de zorgzwaartebekostiging.

4. Overige toezegging

Naast de schriftelijke aanvullingen heb ik u in het debat van 19 juni toegezegd de Tweede Kamer te informeren over mijn reactie op het Nza onderzoek «Elke dag goed besteed». Hierbij doe ik u een afschrift van mijn reactie toekomen.¹

Ik zal contact met het CVZ opnemen voor de vergoeding van de extra dag voor pgb-houders omdat het dit jaar een schrikkeljaar is en zal hen en de Nza vragen voor borging hiervan nu en in de toekomst.

Voorts zal contact worden opgenomen met MEE-Nederland om de signalen, dat mensen met een lage zzp geweerd worden uit instellingen, te bespreken. Het kamerlid Mw. Leijten heeft hierover schriftelijke vragen gesteld.

Naar aanleiding van signalen van de CG-raad en MEE en vragen hierover van Mw. Leijten zal ik de IGZ vragen in de periode van invoering extra toe te zien op de levering van de zorg om te voorkomen dat angsten voor bedrijfsrisico's leiden tot uitholling van de zorg.

In september informeer ik u per brief opnieuw over de voortgang van de invoering. In deze brief zal ik ingaan op bovengenoemde toezeggingen en zal ik eveneens ingaan op de vraag van het kamerlid Wolbert over de regels rondom administratieve verplichtingen vanuit de overheid, de zorgkantoren en mijn aandachtspunten hieromtrent richting de nieuwe concessieverlening aan zorgkantoren. Mijn uitgangspunt is en blijft hier dat er geen onnodige verantwoordingsinformatie wordt verzonden. Ook zal ik in deze brief ingaan op de verschillen tussen huidig budget van instellingen en het budget op basis van zorgzwaartebekostiging. Onder meer het kamerlid Van Miltenburg heeft tijdens het AO zorgzwaartebekostiging gevraagd om nadere informatie over het percentage instellingen dat in de sector gehandicaptenzorg te maken krijgt met een verschil van 0–10% en een verschil van 10–15% (zowel plus als min).

De staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
M. Bussemaker

¹ Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.