

Vergaderjaar 2012–2013

30 597

Toekomst AWBZ

Nr. 277

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

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 4 december 2012

Met deze brief voldoe ik aan mijn toezegging om u voor de VWS-begrotingsbehandeling te informeren over een aantal onderwerpen die aan de orde zijn gekomen in het Algemeen Overleg Contracteerruimte 2013 van 15 november jl. (Kamerstuk 30 597, nr. 276). Het gaat over de toegankelijkheid van de AWBZ, de opbouw van contracteerruimte en groeiruimte 2012 en 2013, het inkoopbeleid van zorgkantoren en de pgb-tarieven voor bewoners van een kleinschalig pgb-gefinancierd wooninitiatief. Aanvullend informeer ik u over het pgb-subsidieplafond 2013 en de stand van zaken met betrekking tot het scheiden van echtparen in zorginstellingen.

1. Toegankelijkheid van de AWBZ

Tijdens het Algemeen Overleg over de toekomst van de AWBZ van 4 juli jl. heeft uw Kamer specifiek gevraagd naar aantallen wachtenden in de langdurige zorg. De aanleiding hiervoor was dat in de VWS-begroting 2012 voor de sectoren verpleging en verzorging en de gehandicaptenzorg in percentages het aantal wachtenden was gepresenteerd. In de brief van 3 oktober jl. aan uw Kamer heeft mijn voorgangster aangegeven dat in het verleden voor een goed inzicht in de wachtlijstgegevens steeds gebruik werd gemaakt van externe onderzoeksbureaus.¹ De afgelopen periode is ingezet op het zodanig verbeteren van de reguliere registratie via de AWBZ-brede Zorgregistratie (AZR), dat dit niet meer noodzakelijk zou zijn. Echter, bij de analyse van de gegevens gegenereerd door de zorgkantoren is het College voor zorgverzekeringen (CVZ) tot de conclusie gekomen dat de aangeleverde gegevens onvolkomenheden bevatten en derhalve nog niet betrouwbaar genoeg zijn om te publiceren. Daarom is het CVZ verzocht nader onderzoek te doen om te komen tot actuele en betrouwbare gegevens over de wachtlijsten.

¹ TK, vergaderjaar 2012–2013, 30 597, nr. 268.

Het CVZ heeft 1 november jl. mijn voorganger schriftelijk op de hoogte gesteld van hun bevindingen. De analyse van de gegevens die de zorgkantoren via de AZR aanleveren aan het CVZ, brengt aan het licht dat er regionaal verschillen bestaan die groter zijn dan aannemelijk. Dat lijkt onder meer te maken te hebben met interpretatieverschillen bij het registreren, administratieve vervuiling van de databases van de zorgaanbieders en de zorgkantoren en regiospecifieke frictie tussen vraag en aanbod van zorg.

Het CVZ voert de komende maanden nader onderzoek uit bij de zorgkantoren naar de achterliggende oorzaken van de verschillen en brengt in kaart wat er moet gebeuren om tot betrouwbare wachtlijsten via de AZR te kunnen komen. Als reactie op de geconstateerde tekortkomingen in de AZR-gegevens heb ik, met medewerking van ZN, de afgelopen weken zorgkantoren rechtstreeks benaderd voor wachtlijstcijfers. Zorgkantoren voeren immers de taak zorgbemiddeling uit waarbij ook het wachtlijst-beheer plaatsvindt. In veel gevallen voeren de zorgkantoren nog eigenstandige registraties, naast de AZR. Aangezien ik uw Kamer conform mijn toezegging in het Algemeen Overleg van 15 november jl. wilde informeren voor de VWS-begrotingsbehandeling, is deze uitvraag toegespitst op informatie over cliënten die onvrijwillig wachten op zorg en waarbij de Treeknorm wordt overschreden. Meer gedetailleerde informatie komt niet eerder beschikbaar dan na afronding van het onderzoek dat het CVZ momenteel uitvoert.

De kern van de wachtlijst in de AWBZ

Op dit moment zijn er in totaal ongeveer 780 000 cliënten met een geldige AWBZ-indicatie. Hiervan hebben circa 350 000 cliënten een aanspraak op intramurale zorg en circa 430 000 cliënten een aanspraak op extramurale zorg.

Bij de recente uitvraag bij de zorgkantoren is specifiek gekeken naar de kern van de wachtlijst. Dit zijn cliënten die onvrijwillig langer wachten dan de Treeknorm en geen (overbruggings)zorg ontvangen. Het gaat landelijk om een groep van ongeveer 2 900 personen. Dit is minder dan 1% van alle cliënten. In onderstaande tabel wordt deze groep uitgesplitst naar aard van de zorgvraag.

Tabel 1: kern van de wachtlijst in aantallen cliënten

Sector	Extramuraal	Intramuraal
Verpleging en verzorging	Nihil	1 400
Gehandicaptenzorg	800	700
Totaal	800	2 100

Bron: uitvraag zorgkantoren, 27 november 2012

Afgelopen jaren heb ik uw Kamer ook geïnformeerd over de ontwikkeling van de wachtlijst. Dat is regulier gebeurd op basis van AZR, steeds in combinatie met een onderzoek door een extern bureau. Deze onderzoeksrapporten lieten zien dat over de jaren 2007- 2009 de omvang van deze groep varieert tussen de 4 500 en 5 500 personen en min of meer stabiel is. De huidige cijfers laten een daling zien.

Desalniettemin is het onwenselijk dat cliënten die zorg nodig hebben, langer dan de gebruikelijke norm moeten wachten en te lang van zorg verstoken blijven. Ik zal derhalve mede op grond van de uitkomsten van het onderzoek van het CVZ met de diverse veldpartijen waaronder cliënten- en patiëntenorganisaties, Actiz en VGN in overleg gaan om te

bezien op welke wijze alle cliënten binnen de gestelde Treeknormen in zorg kunnen worden genomen.

2. Opbouw van de contracteerruimte en groeiruumte 2012 en 2013

In het Algemeen Overleg Contracteerruimte 2013 heeft uw Kamer gevraagd om nadere informatie over de opbouw van de contracteerruimte 2012 en 2013. De contracteerruimte heeft alleen betrekking op de inkoop van zorg in natura. Bijvoorbeeld zorg via pgb en de afzonderlijk te vergoeden kapitaallasten zitten niet in dit bedrag. De contracteerruimte is een bedrag van ruim € 20 miljard en wordt jaarlijks bijgesteld. In de aanwijzing aan de NZa wordt aangegeven welke mutaties de NZa dient te verwerken. Hierbij zijn twee categorieën te onderscheiden:

- 1) beleidsmatige veranderingen door pakketverschuivingen of beleidsmaatregelen;
- 2) technische wijzigingen door toevoeging van de groeiruumte voor meer volume of verschuiving van kosten van buiten naar binnen de contracteerruimte.

Vervolgens worden soms binnen de contracteerruimte bedragen apart gehouden voor specifieke doeleinden of herverdelingsmiddelen. In de loop van het jaar wordt de contracteerruimte door de NZa ook nog bijgesteld voor loon- en prijsontwikkelingen (nominale bijstelling).

Ad 1) Beleidsmatige veranderingen

Het gaat in 2012 en 2013 om de volgende items:

2012	2013
Intensiveringsmiddelen (636 mln.)	Overheveling geriatrische revalidatiezorg (- 698 mln.)
	Overhevelen tijdelijk uitleen naar ZVW (-71 mln.)
	Afromen intensiveringsmiddelen GHZ/GGZ (-280 mln.)
	Maatregel vervoer (- 91 mln.)
	Extramuraliseren ZP 1&2 (-60 mln.)

Ad 2) Technische wijzigingen

Het gaat in 2012 en 2013 om de volgende items:

2012	2013
Groeiruumte (413 mln.)	Groeiruumte (325 mln.)
Verschuiven pgb naar zin (50 mln.)	Verschuiven pgb naar zin (90 mln.)
Terugdraaien korting 2011 (142 mln.)	Vrijvallen wachtlijstmiddelen JLVG (6,5 mln.)

Bij het reserveren van middelen gaat het om de volgende posten:

2012	2013
Herverdelingsmiddelen (100 mln.)	Herverdelingsmiddelen (171,5 mln.)
Zelfstandige zorgverleners (pm)	Zelfstandige zorgverleners (20 mln.)
Extreme zorgzwaarte GHZ (163 mln.)	Extreme zorgzwaarte GHZ (171 mln.)
Kleinschalige experimenten (19 mln.)	Kleinschalige experimenten (19 mln.)

2012	2013
Ketenzorg dementie (10,5 mln.)	Ketenzorg dementie (15,5 mln.)
Nationaal programma ouderen (10 mln.)	Nationaal programma ouderen (5 mln.)
Wachlijstmiddelen JLVG (6,5 mln.)	Rolstoelen en hulpmiddelen (131 mln.)

3. Inkoopbeleid van zorgkantoren

De zorgverzekeraars hebben in de AWBZ een zorgplicht. Via de zorgkantoren worden dan ook zorgaanbieders gecontracteerd om de AWBZ-zorg in het komende jaar te gaan leveren. Dit gebeurt door middel van openbare aanbesteding. Vooraf stelt het zorgkantoor een zorginkoopkader op, zodat zorgaanbieders op de hoogte zijn van de criteria die het zorgkantoor hanteert.

Ten aanzien van nieuwe aanbieders gaat het om de algemene kwaliteitseisen, waarbij het garanderen van de continuïteit van zorg een belangrijke rol speelt. Daarnaast zijn er algemene administratieve eisen. Zo moet het gaan om toegelaten instellingen en moet een zorginstelling gebruik maken van het AWBZ-registratiesysteem om te kunnen declareren en registreren. Daarnaast wordt gekeken of er sprake is van meerwaarde. Zo worden specifieke deelterreinen benoemd waarop zorgkantoren aanvullend willen contracteren (bijvoorbeeld deelname aan ketenzorg dementie) en worden nieuwe aanbieders gecontracteerd met een gunstige prijs/kwaliteitsverhouding.

Dit betekent dat nieuwe aanbieders geen contract krijgen aangeboden als ze niet aan deze eisen kunnen voldoen, een zeer eenzijdig aanbod hebben (bijvoorbeeld alleen begeleiding in beperkte omvang) of een zorgvorm aanbieden die al voldoende door andere zorgaanbieders wordt aangeboden. Daarbij houdt het zorgkantoor ook rekening met de ontwikkelingen die worden voorzien in de langdurige zorg (met name de overheveling van zorg naar gemeenten en extramuraliseren van lage zzp's). Zoals toegezegd in het Algemeen Overleg Contracteerruimte 2013 van 15 november 2012, zal ik overleg gaan voeren met Zorgverzekeraars Nederland over de contractering van nieuwe aanbieders. Ik zal u voor 1 maart 2013 informeren over de uitkomsten van dit overleg.

Op 1 januari 2012 is de intramurale contracteerplicht opgeheven. Bij extramurale zorg is reeds geruime tijd geen sprake van een contracteerplicht. Bij nieuwe zorgaanbieders gaat het bijna volledig om aanbieders die extramurale zorg aanbieden. Het contracteren van nieuwe aanbieders in 2012 en 2013 is daarom niet beïnvloed door het afschaffen van de intramurale contracteerplicht vanaf 2012.

Naast de keuze van de aanbieders die AWBZ mogen gaan leveren, wordt er in het contracteerproces ook afspraken gemaakt over het te vergoeden tarief. Per prestatie is door de NZa een maximumtarief vastgesteld. Vooraf hebben de zorgkantoren een basistarief vastgesteld dat lager ligt dan dit maximumtarief. Vervolgens kunnen opslagen op dit basistarief worden verkregen. Deze opslagen hangen onder meer samen met de inzet voor zorg dichtbij (aantoonbare samenwerking met andere zorgaanbieders en huisarts), de inzet op handhaving van de eigen regie van de cliënt, de inzet op kwaliteitsverbetering, de inzet op innovatie en het niet uitbesteden van de werkzaamheden (zorgaanbieder moet het werk zelf doen en niet uitbesteden aan onderaannemers). Deze opslagen kunnen per zorgkantoor en per sector (ouderenzorg, gehandicaptenzorg en GGZ-zorg) verschillen.

4. Pgb-tarieven

Ik heb toegezegd om de afspraken uit het Begrotingsakkoord 2013 over de pgb-tarieven voor verblijf te verduidelijken in relatie tot de tarieven voor zorg in natura. Tevens heb ik toegezegd om te bezien of het nodig is deze afspraken voor de bewoners van pgb-gefinancierde wooninitiatieven op onderdelen aan te passen. Hierbij is voor mij leidend dat ik binnen de financiële pgb-kaders blijf.

Begrotingsakkoord 2013 over de pgb-tarieven

In het Begrotingsakkoord 2013 zijn voor de AWBZ en het pgb afspraken gemaakt die gevolgen hebben voor de pgb-tarieven in 2013. Het volgende is afgesproken:¹

- De pgb-tarieven zullen in 2013 niet worden geïndexeerd. Hiermee wordt voor het pgb uitwerking gegeven aan de maatregel om de groei ruimte in de AWBZ te baseren op demografische ontwikkelingen.
- In lijn met het besluit om de verhoging van de zzp-tarieven voor de gehandicaptenzorg en de geestelijke gezondheidszorg per 1 januari 2013 ongedaan te maken, komt ook voor de voor 2012 ingevoerde tariefsverhoging van 5% in de pgb-regeling voor alle cliënten met een zzp voor de gehandicaptenzorg en de geestelijke gezondheidszorg te vervallen.
- Omdat de pgb-tarieven voor verblijf hoger zijn dan de beschikbare middelen voor zorg vanuit het zzp-tarief is besloten de pgb-tarieven hieraan gelijk te stellen.

Uitgaande van het zzp-tarief (bestaande uit de componenten zorg, verblijf en kapitaal) is deze laatste afspraak als volgt uitgewerkt:

- t.a.v. de zorg: in het pgb-tarief is uitgegaan van dezelfde zorgkosten als bij het zzp-tarief, uitgezonderd de kosten van behandeling.² Dit omdat behandeling niet vanuit het pgb mag worden betaald. Hiervoor zijn budgethouders aangewezen op de zorg in natura.
- t.a.v. het verblijf: in het pgb-tarief is een extra opslag opgenomen voor huishoudelijke zorg van € 3 331, omdat budgethouders die niet in een instelling wonen deze kosten niet bij de gemeente kunnen declareren. De overige onderdelen uit de verblijfscomponent zijn niet meegenomen, omdat ze voor rekening zijn van de cliënt (de kosten van eten en drinken) en/of samenhangen met het verblijf in een instelling (bijvoorbeeld de kosten van het onderhoud van de tuin, het keukenpersoneel en de portier van de instelling).
- t.a.v. kapitaal: in het pgb-tarief zijn die niet meegenomen, omdat de kosten van wonen niet vanuit het pgb mogen worden betaald. Deze kosten (de huur) zijn voor rekening van de cliënt.

In het Begrotingsakkoord 2013 is afgesproken dat het nieuwe pgb-tarief vanaf 1 januari 2013 alleen gaat gelden voor nieuwe cliënten. De huidige budgethouders met een verblijfsindicatie groeien stapsgewijs in drie jaar naar dit nieuwe tarief. In 2013 wordt een eerste stap gezet van 5%. De volgende twee groepen zijn van deze afbouw uitgezonderd en behouden budgetgarantie:

- de pgb-houders die al een budgetgarantie hadden, omdat zij vanwege de invoering van de zzp-systematiek met een terugval in het pgb-budget te maken kregen;
- de huidige bewoners van pgb-gefinancierde kleinschalige woonvoorzieningen, waaronder de bewoners van de Thomashuizen.

¹ Zie brief van 24 juni 2012 (TK, vergaderjaar 2011-2012, 30 597, nr. 255).

² De zorgkosten zijn per zzp opgebouwd uit een aantal uren zorg voor de functies begeleiding, verpleging en persoonlijke verzorging vermenigvuldigd met een tarief, waarbij de overhead van de organisatie is meegenomen.

Aanpassing van het Begrotingsakkoord

In het Algemeen Overleg Contracteerruimte 2013 van 15 november jl. heeft uw Kamer als signaal afgegeven dat in de nieuwe tariefstelling onvoldoende rekening zou worden gehouden met de kosten van het organiseren van zorg in een geclusterde woonsetting. Daarmee zou het concept, en ook van andere pgb-gefinancierde wooninitiatieven, niet meer levensvatbaar zijn. Ik heb in hetzelfde overleg aangegeven sympathie te hebben voor nieuwe zorginitiatieven die vanuit het pgb zijn ontwikkeld. Tegelijkertijd constateer ik dat deze initiatieven zich hebben ontwikkeld met pgb-tarieven waarbij er voor zorg meer financiële middelen beschikbaar waren dan bij de zorg in natura. Dit sluit niet aan bij de algemene gangbare gedachte dat een pgb altijd goedkoper is. Deze hogere pgb-tarieven voor cliënten met een verblijfsindicatie leiden in de praktijk tot perverse prikkels. Zorgkantoren waarschuwen mij dat cliënten worden aangespoord om vanwege deze hogere tarieven voor een pgb te kiezen. Dat vind ik een kwalijke ontwikkeling die met de nieuwe pgb-tarieven wordt tegengegaan.

Desalniettemin onderken ik dat pgb-gefinancierde wooninitiatieven ook kosten maken voor het organiseren van de zorg in een geclusterde zorgsetting. Tot dusverre is in de uitwerking van het Begrotingsakkoord hiermee onvoldoende rekening gehouden. Na overleg met Per Saldo, budgethoudersvereniging Naar-Keuze en de Thomashuizen heb ik besloten om voor pgb-gefinancierde wooninitiatieven hiervoor een toeslag van € 4 000 in te voeren. Deze toeslag wordt onderdeel van het pgb van cliënten die in deze initiatieven (gaan) wonen. Hierbij blijf ik uitgaan van de definitie van pgb-gefinancierde wooninitiatieven uit de brief van 31 oktober jl., waaronder ook de Thomashuizen vallen.¹ Deze definitie is afgeleid uit de praktijk en is ook voor dit doel geschikt. Deze definitie gaat niet alleen in op het aantal bewoners met een pgb (minimaal 3 tot maximaal 26), maar gaat ook uit van de aanwezigheid van gemeenschappelijke ruimten. Met deze toeslag kunnen deze voorzieningen vanuit het pgb worden gefinancierd.

Met deze aanpassing van het Begrotingsakkoord 2013 wordt binnen de financiële pgb-kaders gebleven. De pgb-regeling 2013 zal op dit punt worden aangepast.

5. Pgb-subsidieplafond 2013

Het subsidieplafond 2013 is vastgesteld op € 2 755 mln. Dit bedrag is gebaseerd op het verwachte aantal budgethouders in 2013 vermenigvuldigd met de gemiddelde dagprijs per onderscheiden cliëntengroep. Hierin zijn de pgb-maatregelen uit het Begrotingsakkoord 2013 die gaan over de toegang tot het pgb (bijvoorbeeld geen pgb bij een indicatie voor alleen Begeleiding van minder dan 10 uur) en de pgb-tarieven (zie onder punt 4) verwerkt. Het subsidieplafond was in 2012 € 2 689 mln. Daarmee is het subsidieplafond met € 66 mln. verhoogd.

6. Scheiden van echtparen in zorginstellingen

Tijdens de openbare behandeling van de VWS-begroting voor 2012 en naar aanleiding van schriftelijke Kamervragen door leden van uw Kamer over het scheiden van echtparen in zorginstellingen, heb ik een beknopt onderzoek laten uitvoeren. Op basis van dit onderzoek bij verpleeghuizen, verzorgingshuizen en woonzorgcentra kan worden geconcludeerd dat het (tegen hun zin) scheiden van oudere echtparen in zorginstellingen als gevolg van een uiteenlopende zorgvraag weliswaar een reëel, maar geen grootschalig probleem is. Deze conclusies worden bevestigd door

¹ TK, vergaderjaar 2012- 2013, 33 400 XVI, nr. 15.

analyses van ZN en Actiz, die ik naar aanleiding van de begrotingsbehandeling 2012 hierop heb bevraagd. Het vraagstuk doet zich vooral voor in verzorgingshuizen en woonzorgcentra. Partneropname in verpleeghuizen komt van oudsher weinig voor. Daarbij speelt de zorgbehoefte en de verschillen hierin tussen partners een grotere rol. Daar waar sprake is van deze thematiek, betreft het doorgaans praktische problemen. Beleidsmatig en juridisch zijn de kaders duidelijk.

De belangrijkste oorzaak van het onverhoopt toch moeten scheiden van geliefden is gelegen in een gebrek aan voldoende echtparenappartementen in zorginstellingen (bouwkundige infrastructuur). In een enkel geval bleek sprake van een onjuiste interpretatie van het Besluit zorgaanpak AWBZ en het aldus, ten onrechte, opwerpen van drempels voor de opname van niet-geïndiceerde partners in zorginstellingen.

De verwachting is gerechtvaardigd dat de omvang van deze problematiek zal verminderen, doordat de vraag daalt: mensen komen op een steeds hogere leeftijd in een zorginstelling, en hoe ouder mensen zijn, hoe kleiner de kans dat ze nog met een partner samen zijn. Daarnaast wordt bij de nieuwbouw meer rekening gehouden met de ontwikkeling van echtparenappartementen. Verder is het beleid erop gericht dat mensen zo lang mogelijk thuis wonen en er dus minder mensen in een zorginstelling gaan wonen.

De staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
M.J. van Rijn