

30597 Toekomst AWBZ

25657 Persoonsgebonden Budgetten

Nr. 259 Brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 5 juli 2012

Tijdens het Algemeen Overleg d.d. 26 juni 2012 over de pgb-maatregelen heeft u mij onder meer verzocht nader in te gaan op de contractering van nieuwe zorgaanbieders (waaronder ook zorgboerderijen) in de AWBZ door zorgkantoren. Onder meer op basis van signalen uit de sector is de constatering dat de toestroom van innovatieve nieuwe aanbieders minder snel gaat dan gewenst. Daarbij is de nadrukkelijke wens dat ook zorg in natura moet aansluiten op de behoefte van de cliënt en cliënten niet gedwongen moeten worden om een pgb aan te vragen, omdat passende zorg in natura niet aanwezig is.

In deze brief zal ik u, zoals toegezegd op hoofdlijnen, informeren over de ontwikkelingen tot nu toe en maatregelen voorstellen om dit proces te versnellen.

Daarnaast zal ik ingaan op het door u gevraagde inzicht in de historische verschillen tussen het zzp-tarief en het pgb-tarief (bij indicatie verblijf).

Ontwikkeling van het aantal zorgaanbieders in de AWBZ-thuiszorg

Op 29 mei 2012 heb ik van de NZa de scans intramurale en extramurale AWBZ-zorg 2012 ontvangen. In deze scan wordt een overzicht gegeven van de ontwikkeling in de AWBZ-zorg van 2008 tot en met 2011. Indien wordt gekeken naar de extramurale zorg (thuiszorg) dan blijkt dat het aantal zorgaanbieders in deze periode is toegenomen van 1.186 naar 1.397 (toename van ca. 20%). Daarbij is het aantal nieuwe toetreders toegenomen van 123 per jaar in 2009 naar 203 per jaar in 2011. Het gaat daarbij vooral om kleine zorgaanbieders met een marktaandeel < 1%. In de periode 2008-2011 is het aantal zorgaanbieders met een marktaandeel <1% toegenomen van 699 naar 876.

Er is ook sprake van een grote regionale spreiding tussen de zorgkantoren. Er zijn zorgkantoren waar geen nieuwe aanbieders zijn gecontracteerd.

Er zijn inmiddels ook de eerste signalen over de zorginkoop 2012 beschikbaar, waaruit zou blijken dat het aantal nieuwe aanbieders afneemt. Het is daarbij ongewenst dat er zorgkantoren zijn waar in het geheel geen nieuwe zorgaanbieders worden gecontracteerd in een situatie waarin we de zorg in natura willen flexibiliseren, zodat een reëel alternatief aanwezig is voor cliënten zonder dat zij dit zelf moeten regelen via een pgb.

Mogelijke oorzaken van de terughoudendheid bij zorgkantoren

In het overleg dat ik heb gehad met de zorgkantoren en ZN komt naar voren dat

de relatieve terughoudendheid van zorgkantoren samenhangt met de zorgvuldige invulling die de zorgkantoren willen geven aan de zorgplicht. Het gaat hierbij vooral om de vraag of nieuwe aanbieders voldoende in staat zijn om de continuïteit en de kwaliteit van de zorgleverantie te kunnen garanderen. Deze terughoudendheid begrijp ik. Daarbij baseer ik mij mede op de ervaringen van de Inspectie voor de Gezondheidszorg, die zijn samengevat in het rapport: "Grote zorgen over 'nieuwe' toetreders op de zorgmarkt" (IGZ juni 2009¹). In dit rapport signaleert de IGZ dat het risico rond de kwaliteit van zorg bij nieuwe toetreders hoog is. De recente problemen bij onder meer zorgaanbieder Diogenes en Thuiszorg Hanimeli onderschrijven dit.

Desalniettemin is mijn inzet om bij zorgkantoren een aanvullende impuls op gang te brengen en ik zal hen bij dit proces ondersteunen. Ter voorbereiding van de implementatie van de Wet cliëntenrechten zorg (Wcz), was ik reeds bezig met de uitwerking van plannen om alle zorgaanbieders zo goed mogelijk "in beeld" te krijgen ter ondersteuning van het toezicht door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). In dit verband geldt, gelet op de kwetsbaarheid van cliënten in de langdurige zorg, daarbij voor mij als belangrijk aandachtspunt dat zorgaanbieders waarbij sprake is van (zeer) hoge risico's voor onverantwoorde zorgverlening, zo vroegtijdig mogelijk moeten kunnen worden onderschept. Naar aanleiding van het eerder genoemde rapport van de IGZ over de kwaliteit van zorg door niet-jaardocumentplichtige zorgaanbieders is, in nauwe samenwerking met de IGZ en als uitwerking van de motie Leijten², een aanpak ontwikkeld voor het toetsen van de aanwezigheid van randvoorwaarden voor verantwoorde zorgverlening bij nieuwe toetreders in de langdurige zorg en voor het – indien nodig – inzetten van de benodigde wettelijke handhavingsmaatregelen. Onderdeel van de aanpak is dat de instelling via een 'slim' instrument wordt gescoord op de aanwezigheid van risico's voor onverantwoorde zorgverlening. Via deze aanpak zijn in de afgelopen periode verschillende zorgaanbieders die geen verantwoorde zorg bleken te leveren, gemaand hun zorgverlening te staken en gestaakt te houden.

Ik wil samen met de IGZ en zorgkantoren nog deze zomer de mogelijkheid verkennen om het hiervoor genoemde instrument ook te gebruiken om de aanwezigheid van risico's op gebied van kwaliteit en continuïteit van zorg bij potentiële contractanten op een adequate wijze snel in beeld te krijgen.

Aanvullende maatregelen om de contractering van nieuwe innovatieve zorgaanbieders te bevorderen

Bij mijn aanvullende maatregelen wil ik vooral aansluiten bij het toezichtbeleid van de NZa. De NZa houdt toezicht op het functioneren van de zorgkantoren. Een van de prestatievelden is "Zorginkoop en contractering". Zorgkantoren die niet of onvoldoende scores worden daarop aangesproken door de NZa. De NZa kan op dit punt een aanwijzing geven aan de zorgkantoren en eventueel verscherpt toezicht instellen. Hiervoor zal ik met de NZa bezien of een indicator kan worden ontwikkeld waarop zorgkantoren worden gescoord.

Hieraan kan ook een financiële prikkel worden gekoppeld. Elk jaar brengt de NZa een advies uit over de ontwikkeling van de contracteerruimte (in mei van het lopende jaar). Op dat moment geeft de NZa ook een advies over de inzet van de

¹ Kamerstukken II, 2008-2009, 23 235, nr. 89

² Kamerstukken II 2008-2009, 31 913, nr. 4

resterende herverdelingsmiddelen en in 2013 ook over de middelen die afzonderlijk zijn gereserveerd. De NZa zou in de meirapportage ook kunnen ingaan op de mate waarin zorgkantoren nieuwe en innovatieve aanbieders contracteren. Daarbij zullen uiteraard de toetsingscriteria voor toelating (voldoende kwaliteit en waarborgen voor continuïteit) van toepassing zijn. Verkend zou kunnen worden of het mogelijk is een beperkter deel van de beschikbare middelen ter beschikking te stellen aan zorgkantoren die onvoldoende inspanningen hebben geleverd bij de contractering van nieuwe aanbieders. Een andere mogelijkheid is om vooraf eenmalig een extra bedrag toe te voegen aan de contracteerruimte en deze middelen weer af te romen bij zorgkantoren die zich onvoldoende inzetten. De komende weken wil ik dit nader uitwerken met de NZa.

Een tweede instrument betreft de concessieverlening aan de zorgkantoren die voor 2013 moet worden verlengd. Ook in deze documenten zal ik het belang van het contracteren van nieuwe aanbieders benadrukken. Dit biedt vervolgens de NZa het aangrijpingspunt om haar toetsingscriteria aan te scherpen.

Daarnaast is kennisontwikkeling en het beschikbaar stellen van goede voorbeelden van majeur belang. Onderdeel van het invullen van de zorgplicht door zorgkantoren is dat zij onderscheid kunnen maken tussen zorgaanbieders die in hun manier van zorg verlenen de cliënt daadwerkelijk centraal stellen, en zorgaanbieders die dat nog minder doen. Innovatie in de zorg betekent veelal dat zorgaanbieders manieren vinden om de zorg in te richten zoals de cliënt deze nodig heeft, en tegelijkertijd de doelmatigheid niet uit het oog te verliezen. Zorgkantoren hebben aangegeven het nog lastig te vinden criteria hiervoor te benoemen. Om deze reden zal ik via 'In voor Zorg!' goede voorbeelden in beeld te brengen van zorgaanbieders die de bedoelde innovaties tot stand hebben gebracht. Deze voorbeelden kunnen de zorgkantoren ondersteunen bij het verder vormgeven van hun inkoopbeleid waarbij de cliënt centraal staat en nieuwe aanbieders ruimte krijgen. De afgelopen maanden is reeds gewerkt aan een document waarin reeds 17 voorbeelden zijn uitgewerkt. Dit document treft u als bijlage bij deze brief aan.*) Het document wordt de komende weken zowel fysiek als digitaal breed verspreid.

Ik zal in 2012 een tweetal bijeenkomsten laten organiseren waarbij zorgkantoren en zorgaanbieders met elkaar spreken over het zo veel mogelijk in beeld brengen van duidelijke criteria voor de contractering van cliëntgerichte, innovatieve en doelmatige zorg(organisaties). Mede op basis hiervan zal ik via 'In voor Zorg!' een tweede document met voorbeelden en criteria laten opstellen.

Verder traject

Op hoofdlijnen heb ik u geïnformeerd over mijn inzet, de huidige ontwikkelingen en de maatregelen die ik voornemens ben uit te werken. Ik zal ook per brief Zorgverzekeraars Nederland (ZN) op de hoogte stellen van de komende maatregelen, zodat de zorgkantoren hier bij hun inkoopbeleid rekening mee kunnen houden.

Ik zal deze maatregelen de komende weken verder uitwerken met de NZa, ZN en de IGZ en u hierover in september nader informeren.

Achtergrondverschillen in tarieven (pgb en zorg in natura) voor mensen met een verblijfsindicatie.

Vanaf 1 januari 2013 zullen de pgb-tarieven voor cliënten met een verblijfsindicatie worden gelijkgesteld aan het tarief voor zorg voor cliënten met een verblijfsindicatie die thuis zorg in natura ontvangen.³ De pgb-tarieven zijn nu hoger. Ik heb de Kamer toegezegd aan te geven waarom de pgb-tarieven momenteel hoger zijn.

Vanaf juli 2007 wordt de intramurale zorg geïndiceerd in zorgzwaartepakketten (zzp's) en vanaf 1 januari 2009 worden intramurale instellingen ook daadwerkelijk op basis van zzp's gefinancierd. Bij het vaststellen van de hoogte van deze zzp-tarieven is rekening gehouden met het aantal uren dat in de praktijk gemiddeld genomen daadwerkelijk intramuraal werd geleverd per zzp. In de pgb-regeling worden de verblijfsindicaties uitgedrukt in functies en klassen. Daarbovenop wordt standaard een extra pgb toegekend voor niet zorggebonden verblijfskosten van ongeveer € 10.500,- per cliënt per jaar. Het is vooral deze laatste ophoging die ertoe heeft geleid dat de pgb-tarieven hoger zijn.

De staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
M.L.L.E. Veldhuijzen van Zanten-Hyllner

*) Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer

³ Het gaat om het "geschoonde" tarief voor de verblijfszorg thuis (VPT). Dit houdt in het VPT-tarief verminderd met de kosten voor verblijf met daarbij opgeteld de kosten van schoonmaak.