

Modernisering AWBZ

Per 1 april 2003 wordt de AWBZ ingrijpend gewijzigd, althans als de Tweede Kamer niet tegenwerkt. Begrippen als APZ, RIBW, dagverblijf, GVT of verpleeginrichting zullen verdwijnen. In plaats van deze instellingen komen functies zoals begeleiding, behandeling en verzorging. Ook verdwijnt de aanduiding van sectoren zoals GGZ en gehandicaptenzorg uit de AWBZ. De gevolgen hiervan zijn groot. In dit artikel wordt de achtergrond van deze modernisering geschetst en worden de belangrijkste wetswijzigingen voor u op een rij gezet.

1. Wat eraan voorafging

Over veranderingen van de AWBZ wordt al decennia gesproken. Het advies van de commissie Dekker uit 1987 legde al de grondslag voor een ingrijpende wijziging van de AWBZ namelijk de functionele benadering: de verzekerde zorg wordt niet langer omschreven in termen van instellingen of hulpverleners maar functioneel in termen van de te verlenen hulp. Tevens stelde de commissie voor de AWBZ te integreren in een basisverzekering. Staatssecretaris Simons struikelde begin jaren 90 vervolgens in zijn poging deze basisverzekering in wetgeving te vertalen. De functionele benadering liet vervolgens ook op zich wachten.

Paars I koos daarop voor kleine veranderingen en besloot tot een strikte compartimentering waarbij de AWBZ (bestaande uit de sectoren, verpleging & verzorging, gehandicaptenzorg en GGZ) werd afgegrensd van de Ziekenfondswet (de curatieve zorg zoals de algemene ziekenhuizen en huisartsen). In de AWBZ zou een regime van strakke aanbodsturing moeten gaan gelden, de ziekenfondswet daarentegen staat open voor marktwerking en risicodragende verzekeraars.

Paars II gooit onder druk van ondermeer cliëntenorganisaties en arresten van de rechterlijke macht het roer om en zet een ombouw van aanbodsturing naar vraagsturing binnen de AWBZ in gang. De destijds bestaande economische hoogconjunctuur vereenvoudigde deze min of meer afgedwongen keuze.

Het is deze laatste ontwikkeling, de vraagsturing van Paars II, die bekend staat als de "modernisering van de AWBZ".

2. De nota Zicht op Zorg

In juni 1999, inmiddels al weer ruim 3 jaar geleden, verscheen de nota Zicht op Zorg - plan van aanpak modernisering AWBZ. Hierin worden de problemen met de huidige AWBZ geschetst, worden doelen geformuleerd, de verantwoordelijkheden herverdeeld en nieuwe instrumenten benoemd.

Het probleem van de AWBZ-sectoren is kort samengevat de rigide sturing op het aanbod en een onduidelijke verdeling van verantwoordelijkheden en bevoegdheden. Dit heeft geleid tot te krappe budgetten die zijn uitweg vonden in wachtlijsten, tot een inadequate allocatie van middelen en het gevoel of de ervaring dat de cliënt niet krijgt wat hij wil. In de nota wordt een belangrijke rol weggelegd voor het Zorgkantoor, die een regisseursrol krijgt toebedeeld.

Het Zorgkantoor als de "beleidsrijke" variant op het aloude verbindingskantoor heeft de zorgplicht. Hij krijgt om "de juiste zorg voor de juiste prijs" in te kopen de volgende instrumenten mee: extra geld, contracteervrijheid, inzicht in kwaliteit en doelmatigheid van de aanbieder door benchmarking en een systeem van maximumprijzen.

De zorgaanbieder wordt "bevrijd van de instituutsgebonden aanspraken" en krijgt daar aangescherpte toelatingscriteria voor terug.

De cliënt krijgt zijn indicatiebesluit dat inhoudelijk onaantastbaar is voor het zorgkantoor en krijgt de mogelijkheid volledig een eigen regie te voeren door te kiezen voor een persoonsgebonden budget.

De overheid en andere belangstellenden krijgen een transparante zorgketen mogelijk gemaakt door uniforme registraties

Ook aan de decentrale overheden wordt gedacht: de provincie krijgt de regiovisie (inventariserend, analyserende en richtinggevend document zonder verdere wettelijke status) en de gemeente krijgt de indicatiestelling (waarmee uitbreiding van de indicatiestelling naar de WVG mogelijk wordt).

Bij dit alles wilde staatssecretaris Vliegenthart voortvarend te werk gaan en al werkende weg de problemen oplossen. Dit ging de Tweede Kamer te snel, hierbij aangespoord door de natuurlijke traagheid van het maatschappelijk middenveld. Zij verzocht in februari 2000 de staatssecretaris pas op de plaats te maken.

3. Groot project

De Tweede Kamer vergrote vervolgens haar greep op het plan van aanpak door de Modernisering AWBZ als een "groot project modernisering AWBZ" te kwalificeren. Hiermee kan zij een meer effectieve controle uitoefenen en een betere informatiestroom verwachten. Sindsdien krijgt de Tweede Kamer twee keer per jaar een voortgangsrapportage en daarnaast de nodige beleidsbrieven voorgeschoteld.

Nog geen jaar later verscheen het rapport "De ontvoogding van de AWBZ", opgesteld door het Ministerie van Economische Zaken. De inhoud laat zich kort samenvatten met "persoonsgebonden budget, persoonsgebonden budget en persoonsgebonden budget".

Ondertussen zochten cliënten die al veel te lang op de wachtlijst staan hun toevlucht tot de rechter die dit keer eenduidig was in haar oordeel: te lange wachttijden zijn in strijd met het verzekeringskarakter van de AWBZ en derhalve onaanvaardbaar.

Mede hierdoor veranderde de modernisering AWBZ van karakter: de omslag van de AWBZ van een aanbodgestuurde naar een vraaggestuurde AWBZ werd urgenter. Het persoonsgebonden budget (PGB) komt veel pregnanter naar voren en moet het voertuig worden voor de te realiseren vraagsturing en keuzevrijheid. Dit PGB zou wettelijk verankerd moeten worden op basis van functionele zorgaanspraken.

Naast het PGB en de functionele zorgaanspraken formuleert VWS in 2001 nog drie andere speerpunten:

- verruiming van het aantal zorgaanbieders, met name in de thuiszorg, door nieuwe aanbieders toe te laten en door aanbieders AWBZ-breed op elkaars werkterrein toe te laten. "Hiermee wordt het potentieel van aanbieders voor het zorgkantoor voor het maken van productieafspraken aanzienlijk vergroot", aldus VWS.
- scheiden van wonen en zorg
- een goede regeling van de toegang door objectieve, onafhankelijke en integrale indicatiestelling

4. De moderne AWBZ per 1 april 2003

Na een reeks opeenvolgende beleidsbrieven is het op 28 oktober 2002 zover: een nieuw besluit Zorgaanspraken en een reeks wijzigingen in overige regelgeving wordt aan de Tweede Kamer "voorgehangen". Dit wil zeggen: als de Kamer binnen 30 dagen niets doet dan kunnen de voorstellen van kracht worden.

Ondertussen viel het Kabinet in een demissionaire status maar zoals de zaken er nu - medio november- voorstaan zal de kamer zich niet verzetten en zal de modernisering per 1 april aanstaande ingevoerd worden.

Wat houdt de voorgestelde nieuwe regelgeving nu in. We zullen dit aan de hand van de volgende vragen bespreken:

- wat is verzekerd
- hoe kom je aan de zorg
- hoe kom je aan een PGB
- wie levert de zorg
- wat worden de eigen bijdragen

4.1 wat is verzekerd

De verzekeringsaanspraken zijn vastgelegd in het Besluit Zorgaanspraken. Dat besluit is aanbodgericht hetgeen wil zeggen dat men verzekerd is voor bijvoorbeeld opname in een verpleeghuis of APZ. Het huidige besluit beschrijft per zorgsector (GGZ, gehandicaptenzorg, Verpleging & verzorging e.d.) verschillende typen instellingen (APZ, RIAGG, RIBW e.d.).

In de moderne AWBZ wordt deze sector- en instellingsbenadering verlaten. De sectoren worden vervangen door doelgroepen (typen aandoeningen of beperkingen) en de instellingen door functies.

De functies in het besluit Zorgaanspraken

- huishoudelijke verzorging
- persoonlijke verzorging
- verpleging
- ondersteunende begeleiding
- activerende begeleiding
- behandeling
- verblijf (alleen in combinatie met een van de andere functies)

Er worden zeven functies en toevalligerwijs ook zeven doelgroepen onderscheiden. De zorgaanspraken zijn hiermee vraaggericht geworden. Consequentie hiervan is dat niet aan een individu gebonden aanspraken zoals preventie, algemene voorlichting en advies niet langer verzekerd zijn. In de overgangssituatie worden deze activiteiten in 2003 nog wel op de oude wijze vergoed via de WTG. Een politiek uitgangspunt is immers dat de modernisering van de AWBZ niet leidt tot vergroting of verkleining van de aanspraken. Die discussie wordt op een ander toneel gevoerd namelijk dat van de stelselherziening.

Doelgroepen in het besluit zorgaanspraken (en in de WZV)

verzekerden met een of meer van de volgende aandoeningen of beperkingen:

- somatische aandoening of beperking,
- psychogeriatrische aandoening of beperking,
- psychiatrische aandoening,
- verstandelijke handicap,
- lichamelijke handicap,
- zintuiglijke handicap, of
- psychosociaal probleem.

Het loslaten van instellingen in het besluit zorgaanspraken heeft verder grote consequenties voor de financiering (WTG) en planning en bouw van instellingen (WZV). De regelgeving van de WTG en WZV is namelijk sterk instelling georiënteerd. Logisch want deze twee wetten vormen nu juist de kern van de overheidssturing op het aanbod. Ik kom daar later op terug.

4.2 hoe kom je aan de zorg: de indicatieprocedure

In het moderniseringstraject is veel aandacht besteed aan de organisatie van de "voordeur". Veel van de problemen in de AWBZ worden in de nota Zicht op Zorg geweten aan de voor alle partijen diffuse gang van zaken van aanmelding tot het verkrijgen van zorg.

Centraal in de organisatie van de "voordeur" staat het Regionaal Indicatie Orgaan (RIO). Hiervan zijn er 83 met een gezamenlijke omzet van inmiddels € 134 mln. (inventarisatierapport HHM, juni 2002). De RIO's vallen onder de verantwoordelijkheid van de gemeente.

Onder de noemer "robuuste RIO's" investeert VWS veel in deze indicatieorganen (organisatie, protocollering, scholing, automatisering). Begrijpelijk want in de optiek van VWS staat en valt het succes van de moderne AWBZ met het welslagen van de objectieve, integrale en onafhankelijke indicatiestelling.

De positie van de RIO wordt geregeld in het Zorgindicatiebesluit. Dit besluit regelt de toegang tot de AWBZ. De sector verpleging & verzorging en de gehandicaptensector hebben al met dit besluit te maken. Vanaf 1 april is deze ook van toepassing op de GGZ. Uitzondering hierop vormt het curatieve deel van de GGZ dat wordt gedefinieerd als de functie behandeling voor mensen met een psychiatrische aandoening en de functie verblijf gedurende maximaal 365 dagen in een ggz-instelling voorzover er ook sprake is van behandeling (de RIBW valt hier dus buiten). Voor deze uitzonderingen geldt de vereiste dat er sprake moet zijn van een verwijzing door de huisarts.

De indicatieprocedure loopt in hoofdlijnen als volgt:

- De cliënt meldt zich, al dan niet via een verwijzer, aan bij een Regionaal Indicatie Orgaan (RIO).
- Indiciestellers van deze RIO voeren vervolgens een indicatieonderzoek uit waarbij ze gebruik maken van een landelijk vastgestelde formulierenset.
- Voor de gehandicaptensector en de GGZ zal dit indicatieonderzoek worden uitgevoerd door een gespecialiseerde landelijke stichting die vervolgens het RIO van een advies voorziet.
- Het RIO neemt vervolgens binnen 6 weken na aanmelding een besluit. Het zogenoemde Indicatiebesluit. Bij spoedeisende hulp is deze termijn 2 weken waarbij het Zorgkantoor al direct kan besluiten om toestemming te geven tot het verlenen van zorg (indicatie achteraf dus).

In het indicatiebesluit wordt aangegeven voor welke functie(s) de cliënt is geïndiceerd. Hierbij wordt de zorgzwaarte vermeld. Deze wordt uitgedrukt in klassen die uitgaan van het aantal uren zorg per week dat iemand nodig heeft. Bij dagbesteding (onderdeel van ondersteunende- en activerende begeleiding) wordt de zwaarte uitgedrukt in dagdelen. Bij verblijf is sprake van het aantal etmalen per week en bij behandeling wordt geen zorgzwaarte aangegeven.

Tevens vermeld het besluit de aandoening of beperking van de cliënt (doelgroep) Tot slot wordt de gewenste ingangsdatum van de zorg vermeld en de geldigheidsduur van het indicatiebesluit. De geldigheidsduur kan voor onbepaalde tijd zijn. VWS kan overigens aanvullende regels stellen over de wijze waarop het RIO met deze geldigheidsduur moet omgaan.

Het indicatiebesluit vormt voor de cliënt de toegang tot de zorg. Het is aan het Zorgkantoor om er voor te zorgen dat de geïndiceerde zorg ook daadwerkelijk geleverd kan worden.

Het Zorgindicatiebesluit kent nog een aanvullende restrictie. Het zogenoemde doelmatigheids criterium. Het verlenen van ambulante hulp kan op een gegeven moment beduidend duurder worden dan opname in een instelling. VWS kan via het doelmatigheids criterium grenzen stellen aan de omvang van thuiszorg of ambulante hulp,

Men noemt dit ook wel het omslagpunt. Vraagsturing kent wat dat betreft haar financiële grenzen.

Het is overigens niet de bedoeling dat vanaf 1 april alle huidige zorgvragers opnieuw geïndiceerd moeten worden. Bestaande door het RIO afgegeven indicaties lopen gewoon door.

4.3 het persoonsgebonden budget

Na het indicatiebesluit heeft iedere cliënt de keuze tussen een persoonsgebonden budget (PGB) of zorg in natura. Dit geldt voor alle functies met uitzondering van de functies behandeling en verblijf.

Bij een PGB krijgt de verzekerde op basis van zijn indicatie een geldsom op zijn giro overgemaakt waarmee hijzelf de zorg kan inkopen. Over de besteding dient verantwoording te worden afgelegd aan het Zorgkantoor. Anders dan bij de zorg in natura is de verzekerde (de budgethouder) nu zelf regisseur en verantwoordelijk voor de inkoop van zorg. Feitelijk wordt met een PGB de zorgplicht van het Zorgkantoor afgekocht.

De keuze voor een PGB kan per functie worden gemaakt. Zo is het mogelijk dat een cliënt die geïndiceerd is voor verzorging en ondersteunende begeleiding kan kiezen voor een PGB voor de begeleiding en voor zorg in natura voor de verzorging.

Binnen de functies begeleiding is zelfs nog een keuze mogelijk tussen begeleiding in uren en dagactiviteiten: dagactiviteiten via een PGB en uurbegeleiding in natura of andersom. Kortom een grote variatie en keuzevrijheid voor de cliënt in de mix tussen PGB en zorg in natura. Hoe het Zorgkantoor dit straks allemaal moet gaan controleren is voorsnog een boeiende vraag.

Het PGB wordt gegeven op basis van een subsidieregeling die wordt uitgevoerd door het Zorgkantoor. Deze regeling kent een open-einde: m.a.w. alle toegekende PGB's worden ook daadwerkelijk gehonoreerd. Inmiddels heeft het College voor Zorgverzekeringen (CvZ) een concept subsidie regeling gereed en gepubliceerd.

4.4. wie levert de zorg

Wie in Nederland de AWBZ-verzekerde zorg mag leveren is geregeld in artikel 8 van de AWBZ. Dit artikel zegt dat een instelling moet zijn toegelaten.

Op dit moment zijn instellingen toegelaten voor een bepaalde sector en voor een bepaald type instelling (bijvoorbeeld APZ in de GGZ). Tevens wordt in de toelating de capaciteit vermeld in aantallen plaatsen (klinisch en deeltijd) en al dan niet voorzien van aanvullende specificaties (bijvoorbeeld 24 plaatsen voor een forensische psychiatrische afdeling).

De toelating wordt afgegeven door het CvZ. Zij doet dit bij instellingen die vallen onder WZV op basis van door het Bouwcollege afgegeven vergunningen.

In de moderne AWBZ wordt een instelling toegelaten voor een of meer van de in het besluit Zorgaanspraken genoemde functies. Alleen indien sprak is van de functie verblijf wordt hierbij aangegeven voor welke doelgroep (inclusief specificaties) en aantal plaatsen dit is. Dit laatste blijft gebeuren op titel van afgegeven WZV-vergunningen.

In de overgang naar de nieuwe situatie worden alle bestaande toelatingen via een beschikking van het CvZ omgezet in toelatingsbeschikkingen nieuwe stijl.

Daarna kunnen individuele instellingen alsnog uitbreiding vragen van het aantal functies waarvoor men is toegelaten.

De beoordelingscriteria hiervoor zouden hun plaats moeten krijgen in de Wet Exploitatie Zorgvoorzieningen maar zeker is dat we het in 2003 zonder deze wet moeten stellen. Het is dan ook nog een vraag welke beoordelingscriteria het CvZ kan en mag hanteren bij de

aanvragen voor nieuwe toelatingen. Wel is duidelijk dat VWS hier ruimhartig mee wil omgaan om zo de marktwerking een verdere impuls te geven.

In de moderne AWBZ kan iedere AWBZ instelling ambulante- of thuiszorg leveren voor alle onderscheiden doelgroepen. Alleen voor de 24-uurszorg wordt in de toelating aangegeven voor welke doelgroep de plaatsen bedoeld zijn.

De functionele aanspraak leidt er dus toe dat de AWBZ-markt in een beweging wordt opengegoid. Niet zozeer door nieuw toetredende zorgaanbieders maar door het wegnemen van de schotten tussen de sectoren. Deze ontschotting is begrijpelijk vanuit de optiek van VWS: het is een eenvoudige manier om het potentieel aanbieders sterk te vergroten om daarmee marktwerking te stimuleren. Tegelijk zou het wel eens een brug te ver kunnen blijken omdat de regelgeving van met name de Wet Tarieven Gezondheidszorg en Wet Ziekenhuisvoorzieningen sterk georiënteerd is op de onderscheiden sectoren. Deze regelgeving is in 2003 en vermoedelijk ook nog wel in daaropvolgende jaren van kracht. Hierdoor kan in het overgangsregime een situatie van conflicterende en inconsistente regelgeving ontstaan.

4.5. eigen bijdragen

De moderne AWBZ gaat gepaard met een nieuwe eigen bijdrage systematiek. De bestaande verschillen tussen de sectoren zijn namelijk in de moderne AWBZ niet langer mogelijk (de sectoren verdwijnen immers uit de wetgeving, wederom m.u.v. de functie verblijf).

Eigen bijdragen gaan gelden vanaf 18 jaar. Er komen nieuwe eigen bijdragen voor alle functies m.u.v. de functies behandeling en verblijf.

De nieuwe systematiek is geënt op die van de thuiszorg en gaat als volgt:

De geïndiceerde zorg wordt omgerekend in een financiële waarde. Dit gebeurt op basis van de in het kader van de PGB te gebruiken rekentabellen.

Vervolgens wordt 17,75% van deze waarde als eigen bijdrage genomen. Hoe meer zorg hoe meer eigen bijdrage dus.

Om de zorg nog enigszins toegankelijk te houden wordt op basis van het inkomen een maximumbedrag vastgesteld. Hiervoor geldt voorsnog de tabel die in de thuiszorg wordt gehanteerd. De eigen bijdrage varieert daarmee van € 2,20 per week voor de laagste inkomens tot € 124,60 per week voor inkomens vanaf € 46.668.

Voor verblijf in een APZ blijft de bestaande systematiek gehandhaafd (1e jaar geen eigen bijdrage). De extra toeslag die bewoners van een GVT of RIBW krijgen (€ 340 euro per jaar) komt te vervallen.

In de gang van zaken rondom de eigen bijdragen zien we VWS in haar oude Pavlov-reactie schieten: als uitgangspunt voor harmonisatie wordt als maatstaf te vaak gekozen voor die situatie die voor de cliënt de meest ongunstige is. Met ander woorden: gelijke monniken gelijke kappen, waarbij de kap van de armste monnik de trend zet.

5. wat zit er nog in 't vat

De voorstellen die per 1 april ingaan hebben vooral betrekking op wat VWS "de voordeur" noemt. Aan de "de achterdeur", d.w.z. de sturing van het zorgaanbod is veel minder voortgang geboekt. En dan hebben we het vooral over de twee steunpilaren van de AWBZ: de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG) en de Wet Ziekenhuisvoorzieningen (WZV). Zij vormen het instrumentarium waarmee de centrale overheid het aanbod stuurt. Hierbij regelt de WTG de prijs van de verzekerde zorg en de WZV de bouw en omvang van instellingen. In de ombuiging van aanbodsturing naar vraaggestuurde zorg

praat je dus niet alleen over wijzigingen van de AWBZ maar ook altijd over wijzigingen i.c deregulering van de WVG en WZV.

Wat zien we daar aan ontwikkelingen.

De bekostiging blijft in 2003 nog bij het oude. Wel komt er een AWBZ brede CTG-beleidsregel die het mogelijk maakt dat alle huidige AWBZ-zorgaanbieders extramurale zorg kunnen leveren in de andere AWBZ-sectoren. VWS heeft verder aangekondigd in juli 2003 met een plan van aanpak te komen hoe ze tot een functiegerichte bekostiging wil komen.

Ook op het gebied van de planning en bouw verandert vooralsnog weinig. De invoering van de Wet Exploitatie Zorgvoorzieningen als beoogde opvolger van de WZV lijkt verder weg dan ooit, het is althans opmerkelijk stil rondom dit dossier. Ondertussen is de WZV volledig uitgewoond en functioneel alleen nog maar rijp voor sloop.

Hiermee zadelt VWS de AWBZ-sectoren op met een lastig overgangsregime. In het optimisme van VWS zal de overgangsperiode van beperkte duur zijn, maar in de zorg zijn moderniseringstrajecten al vaker in overgangsregimes blijven steken.

En dat is niet zonder risico.

De bekostiging is bijvoorbeeld sterk sectoraal georiënteerd. De sectoren kennen hun eigen kostenstructuur en ook hun eigen dynamiek in het ontwikkelen van hun bekostigingssystematiek. Zo staat de gehandicaptensector aan de vooravond van een nieuwe vraaggestuurde bekostigingssystematiek waar alle partijen jaren aan gewerkt hebben. De GGZ heeft al eerder moderniseringsslagen gemaakt en ontwikkelt zich nu verder naar een bekostiging op de leest van DBC's. De zorgsectoren voor gehandicapten, ouderen of psychiatrische patiënten zijn dus niet zomaar over één kam te scheren

Het weg laten vallen van de onderscheiden sectoren in het nieuwe besluit zorgaanspraken is vanuit een marktoptiek begrijpelijk. Die stap is ook snel gemaakt. Het harmoniseren van de bekostiging is een veel weerbarstiger problematiek waar niet licht overheen gestapt mag worden. Daarvoor zijn de belangen te groot. Hierbij doel ik niet alleen op de belangen van aanbieders maar ook op de honderdduizenden cliënten die nu gebruik maken van zorg.

Duidelijk is wel dat de modernisering van de AWBZ pas geslaagd zal zijn als ook "de achterdeur" zorgvuldig wordt gemoderniseerd. Dat wil zeggen het grotendeels afschaffen van aanbodsturing en het creëren van een infrastructuur waarbij alle partijen de mogelijkheid en middelen krijgen om hun verantwoordelijkheid te kunnen nemen. Pas dan krijgt de beoogde vraagsturing invulling.

Voorlopig valt de balans daarom licht negatief uit: aan de voordeur is veel bureaucratie en formulierendrukke toegevoegd en aan de achterdeur floreert de aanbodsturing nog welig en dreigt een onduidelijk overgangsregime te ontstaan.

Dat neemt echter niet weg dat per 1 april een forse stap op weg naar een moderne AWBZ wordt gezet.

Voor meer informatie verwijst ik graag naar www.ggzbeleid.nl Hier vindt u meer achtergrondinformatie en een databank met alle in dit artikel genoemde documenten.

© Frans van de Pol
december 2002