

Vergaderjaar 1999–2000

24 036

Marktwerking, deregulering en wetgevingskwaliteit

26 631

Modernisering AWBZ

Nr. 166

BRIEF VAN DE STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 27 juni 2000

Daartoe gemachtigd door het kabinet zend ik u bijgaand een tweetal nota's met bijlagen. De eerste betreft de kabinetsreactie op het MDW-rapport «De ontvoogding van de AWBZ», met daarbij gevoegd het MDW-rapport zelf.¹

De tweede nota «Aanspraken en uitvoeringsorganisatie AWBZ» gaat in op de punten waar de Tweede Kamer in de motie Van Vliet (Kamerstukken II, 1999–2000, 26 631, nr. 5) aandacht voor heeft gevraagd. Het door mij aan de Tweede Kamer toegezegde advies van de Landsadvocaat is als bijlage bij die nota gevoegd. De nota gaat in het bijzonder over de verhouding tussen wettelijke aanspraken en kostenbeheersing, en over de uitvoeringsorganisatie die nodig is om tot een vraaggerichte AWBZ te komen.

Het is een omvangrijk pakket stukken dat u ontvangt. In de kabinetsreacties gaat het over ingewikkelde instrumenteringsvraagstukken die de nodige uitleg vergen. Weliswaar bevatten de stukken alle een kernachtige samenvatting maar het blijft een complexe materie. De kabinetsreacties zijn geschreven vanuit een aantal samenhangende noties, uitgangspunten en conclusies. Ik hecht eraan die hier kernachtig weer te geven.

1. Het kabinet voelt zich sterk geïnspireerd door het MDW-rapport. Het extra accent dat de vraagsturing daarin krijgt is een welkome aanvulling op Zicht op Zorg.
2. Het advies van de Landsadvocaat bevestigt de opvatting van het kabinet dat er niet per definitie spanning hoeft te bestaan tussen het realiseren van de aanspraken van AWBZ-verzekerden en het beheersen van de collectieve uitgaven. Wel is duidelijk dat permanent aandacht nodig is om te bewaken dat de balans tussen beide wordt gevonden, en ook dat extra aandacht nodig is op het moment dat de sturing in het systeem van aanbod- naar vraaggericht gestalte krijgt.
3. Een beheerste ontwikkeling van de AWBZ is nodig om de wettelijke aanspraken ook op langere termijn financieel toegankelijk te houden. Vraagsturing vergt verminderen en veranderen van aanbodsturing en

¹ Ter inzage gelegd bij de afdeling Parlementaire Documentatie.

aanbodbeheersing. De gefaseerde invoering van vraagsturing via PGB en PVB zal moeten worden geflankeerd met daarbij passende beheersingsinstrumenten.

4. Het kabinet wil stappen zetten gericht op de noodzakelijke verbetering van de werking van de uitvoering van de AWBZ. Het opbouwen van een uitvoeringsorganisatie die in staat is om vorm te geven aan een vraaggerichte uitvoering van de AWBZ is hoe dan ook noodzakelijk, voorafgaand aan verdere stappen in het kader van het stelseldebat, waarbij prikkels voor doelmatige uitvoering als een belangrijk aspect aan de orde zijn.
5. Vormgeven aan vraagsturing vergt het opbouwen van een krachtige uitvoerder van de AWBZ in een regionale context. Dit is temeer nodig om de inhoudelijke samenhangen met wonen, welzijn, vervoer te versterken en daarmee de doelmatige uitvoering van zowel AWBZ als WVG, HS e.d. te stimuleren. Er is alle aanleiding om vooralsnog het zorgkantoor die functie te laten uitvoeren. Elke andere keuze leidt tot een vertraging in het traject gericht op vraaggerichte uitvoering van de AWBZ. Uitvoering van de AWBZ door zorgkantoren namens de uitvoeringsorganen is bovendien een vooralsnog in alle opzichten houdbare constructie.

Het kabinet wil dan ook met voortvarendheid verder werken aan een vraaggerichte uitvoering van de AWBZ. Concreet betekent dit dat ik in de komende twee jaar de voorbereiding van de volgende onderwerpen ter hand zal nemen:

- het verder uitbouwen en versterken van de indicatiestelling;
- het verbeteren van de registratie van feitelijk geleverde zorg;
- vereenvoudigen van bouwprocedures en herziening van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen;
- het vergroten van de vrije marge voor zorgvernieuwing in de CTG-beleidsregels;
- het versterken van de regionale afweging bij de inzet van middelen (o.a. t.b.v. wegwerken van de wachtlijsten);
- het verder flexibiliseren van de aanspraken;
- het in kaart brengen van omslagpunten intramuraal – extramuraal;
- het beschikbaar hebben van een set producten met (maximum) productprijzen per sector;
- het beschikbaar hebben van cliëntregistraties;
- het uitwerken van het PGB/PVB-nieuwe stijl;
- een systeem van visitatie en benchmarking van zorgkantoren;
- het geleidelijk afschaffen van de contracteerplicht in de AWBZ;
- het versterken van zorgkantoren, zodanig dat zij het werk dat uit het voorgaande voortvloeit ook aankunnen.

De absolute prioriteit ligt voor de korte termijn in het aanpakken van de wachtlijsten en de daarmee direct samenhangende onderwerpen uit bovengenoemd overzicht.

In het kader van de toepassing van de procedureregeling controle grote projecten zal ik de Kamer direct na de zomer een tijdplanning voor deze projectonderdelen doen toekomen.

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
A. M. Vliegthart

0. Inleiding, samenvatting en conclusies

Het MDW-rapport «De ontvoogding van de AWBZ» bouwt voort op de nota «Zicht op Zorg» van 18 juni 1999 over de modernisering van de AWBZ. Het rapport neemt vanuit het perspectief van marktwerking, deregulering en kwaliteit van wetgeving drie vraagstukken onder de loep. Het gaat om het stimuleren van vraagsturing in de AWBZ door middel van instrumenten als persoonsvolgende en persoonsgebonden budgetten, vouchers en trekkingsrechten, de vormgeving van prikkels voor het zorgkantoor en het stimuleren van nieuwe initiatieven op het snijvlak van AWBZ en niet AWBZ.

Kort samengevat doet het rapport het voorstel om vraagsturing in de AWBZ te stimuleren door middel van het binnen de reguliere structuur van de AWBZ breed invoeren van persoonsgebonden budgetten (PGB) en persoonsvolgende budgetten (PVB). Om tot een doelmatige uitvoering te komen dient het zorgkantoor te beschikken over instrumenten als contracteervrijheid en vrije prijsvorming. Aan de kant van het aanbod moeten de aanspraken verder worden geflexibiliseerd. Om het zorgkantoor te prikkelen die instrumenten ook op een doelmatige manier te gebruiken stelt het rapport voor over te gaan op een systeem van tijdelijke concessieverlening op basis van aanbesteding gekoppeld aan een systeem van financiële prikkels. Nieuwe initiatieven op het snijvlak van AWBZ en niet AWBZ kunnen worden gestimuleerd door het toelatingsbeleid niet meer te enten op capaciteitsbepalingen, maar te richten op kwaliteit, door het beleid van het gescheiden aanbieden van wonen en zorg voortvarend voort te zetten en de eigendomseis bij vastgoed te laten vervallen.

Het rapport geeft aan dat invoering van de voorstellen de nodige tijd zal vergen. Het rapport spreekt van een periode van 8 à 9 jaar. Van belang bij de invoering is dat de te zetten stappen steeds in elkaars perspectief worden gezien. Anders gezegd: het invoeren van vraagsturing dient hand in hand te gaan met het versterken van het beheersinstrumentarium aan de kant van het zorgkantoor.

Het kabinet heeft met genoegen kennis genomen van het rapport. Het past goed in de lijn die het kabinet heeft uitgezet om in de AWBZ de overstap te maken van aanbodsturing naar vraagsturing. Het kabinet is ook overtuigd van het belang van het verband dat het rapport legt tussen de invoering van verdere vraagsturing enerzijds en de besluitvorming over de beheersorganisatie anderzijds. De reden hiervoor is helder: om tot een doelmatige en kwalitatief goede AWBZ te komen moet er een adequaat beheersingsinstrumentarium zijn. Het creëren van meer vrijheden in de uitvoering van de AWBZ moet zo noodzakelijkerwijs altijd zijn gekoppeld aan een duidelijke verantwoordelijkheid voor de uitvoering met daarbij een heldere instrumentering van die verantwoordelijkheid en een bijpassende incentive-structuur.

Het kabinet is zich er, met de opstellers van het rapport, van bewust dat het gaat om een majeure operatie die juist vanwege de koppeling van de sporen van vraagsturing en beheersing ook zeer complex is. Het kabinet zal dan ook de noodzakelijke zorgvuldigheid betrachten en het tempo van invoering hiermee laten sporen. Het kabinet wil hierbij als volgt te werk gaan.

In de eerste plaats zal het kabinet voortvarend verder werken aan het in alle sectoren van de AWBZ realiseren van de technische voorwaarden die nodig zijn voor de brede toepassing van het persoonsvolgend budget (PVB) en het persoonsgebonden budget (PGB) in de reguliere structuur van de AWBZ. Deze voorwaarden hebben betrekking op het helder omschrijven van de te onderscheiden zorgproducten met bijbehorende prijzen en het opzetten van daaraan gekoppelde cliëntenregistraties. Ze zijn nodig om het huidige systeem van instellingsbudgettering om te kunnen zetten naar een systeem van persoonsgerelateerde bekostiging. Rekening houdend sectorale tempoverschillen, verwacht het kabinet dat de ontwikkeling van de voorwaarden omstreeks 2003 in belangrijke mate zijn beslag zal hebben gekregen.

Op korte termijn zal het kabinet analyseren voor welke zorgtypen een persoonsgebonden budget kan worden ingepast in de reguliere structuur van de AWBZ. Bij die analyse zal niet alleen worden gelet op het marktpotentieel aan de kant van het aanbod (de centrale invalshoek van het MDW-rapport), maar evenzeer op de kwaliteit en effectiviteit van de zorgverlening en de doelmatigheid van de bestedingen waaronder samenhang in de zorg, schaal en het omslagpunt intra – extramuraal. Tevens zal in die analyse goed worden gekeken naar de budgettaire effecten en de sturingsinstrumenten die vanuit die optiek nodig zijn. Tot slot zal, in verband met het belang van een goede afstemming tussen zorgvoorzieningen en voorzieningen op het terrein van wonen, werken en welzijn, in de analyse aandacht worden besteed aan de gemeentelijke voorzieningen en de voorzieningen die onder de verantwoordelijkheid vallen van de lokale overheid. Gedurende deze periode worden de subsidieregelingen voor PGB gehandhaafd.

In de periode tot 2003 zal eveneens verder worden gewerkt aan de voorbereiding van het opheffen van de contracteerverplichting, zullen de aanspraken verder worden geflexibiliseerd, zal een systeem van (integrale) maximumprijzen worden ontwikkeld en zal het toelatingsbeleid, dat nu nog is gebaseerd op een systeem van capaciteitsplanning op instellingsniveau, op een andere leest worden geschoeid. Voor de prijsvorming verwijst het kabinet naar de recent naar de Tweede Kamer gezonden notitie «Speelruimte en verantwoordelijkheid». Het toelatingsbeleid is onderwerp van het wetsvoorstel Wet exploitatie zorginstellingen dat momenteel voor advies bij de Raad van State ligt. Tevens gaat het kabinet voort op de weg waarbij het vastgoed niet meer als vanzelfsprekend in eigendom is van de zorginstellingen. Deze ontkoppeling is nodig om de toetreding van nieuwe aanbieders op de markt verder te faciliteren.

Naast de hierboven genoemde voorbereidende maatregelen ten behoeve van de invoering van vraagsturing in de AWBZ, dient ten behoeve van de concrete invoering ervan besluitvorming plaats te vinden over de definitieve uitvoerings- en beheersstructuur van de AWBZ.

Bij de besluitvorming over de definitieve uitvoerings- en beheersstructuur van de AWBZ staat de vraag naar de rol en de juridische positie van het zorgkantoor centraal. Daarbij is ook de juridische (is het mogelijk) en politieke (is het wenselijk) vraag naar een risicodragende uitvoering van de AWBZ aan de orde. Het kabinet benadrukt nogmaals dat een adequaat beheersingsinstrumentarium een noodzakelijke voorwaarde is voor de beoogde vraagsturing. Vanuit dit perspectief zijn incentives voor het zorgkantoor, waaronder de optie van risicodragendheid, onmisbaar.

De vraag naar de rol en de juridische positie van het zorgkantoor is onderwerp van de brief die de kamer over dit onderwerp is toegezegd in het nota-overleg over «Zicht op Zorg». In die brief worden de uitvoerings-

toetsen van het College voor Zorgverzekeringen en de Commissie Toezicht Uitvoeringsorganisatie, de uitspraak van de NMA op het ontheffingsverzoek van Zorgverzekeraars Nederland voor de vrijwillige mandaatsconstructie voor zorgkantoren en het advies van de landsadvocaat over de relatie aanspraken – kostenbeheersing verwerkt. Om een zo volledig mogelijk beeld te schetsen heeft het kabinet het wijs gevonden deze brief reeds nu, tegelijk met dit standpunt, aan te bieden.

1. Opbouw standpunt

Dit standpunt volgt de driedeling van het MDW-rapport. Paragraaf 2 is gewijd aan het vraagstuk van de persoonsgerelateerde bekostiging en gaat in op de omschrijving en de instrumenten van vraagsturing, het PGB als aanspraak en de belangrijkste implementatievraagstukken. Paragraaf 3 gaat over het zorgkantoor. Aan de orde komen de rollen van het zorgkantoor, de prikkels en het vraagstuk van de budgettaire beheersing. Paragraaf 4 gaat in op de nieuwe initiatieven en besteedt aandacht aan de toelating, het scheiden van wonen en zorg en het vastgoedbeheer.

Het MDW-rapport is breed van opzet. Dit standpunt beperkt zich tot de hoofdlijnen. In algemene zin onderschrijft het kabinet het pleidooi dat de werkgroep voert voor het introduceren van meer vraagsturing in de AWBZ. Dit gebeurt in de wetenschap dat met betrekking tot het zorgkantoor, zowel waar het gaat om de juridische positie als om de budgettaire beheersbaarheid, nog vraagstukken bestaan die in een aantal andere trajecten uitwerking krijgen.

2. Persoonsgerelateerde bekostiging in de AWBZ

2.1 Inleiding

Momenteel kennen we in de zorg één model van persoonsgerelateerde bekostiging: het persoonsgebonden budget. Dit model heeft de vorm van een subsidieregeling. De MDW-werkgroep onderzocht in hoeverre het nuttig en mogelijk is deze of vergelijkbare vormen van persoonsgerelateerde bekostiging, zoals persoonsvolgende budgetten, vouchers of trekkingsrechten, in te passen in de reguliere aansprakenstructuur van de AWBZ. In beide gevallen komt de werkgroep met een positief antwoord. Het is nuttig omdat het een duidelijke bijdrage levert aan het vraaggestuurd maken van de zorg. Het is bovendien mogelijk, zij het met een beperkte aanpassing van het bestaande model van PGB. De werkgroep spreekt van PGB-nieuwe stijl. Het nieuwe zit er in dat het PGB als subsidieregeling verdwijnt en wordt ingepast in de reguliere aansprakenstructuur van de AWBZ. Het PGB-nieuwe stijl kan bij alle zorgaanbieders die aan minimale kwaliteitseisen voldoen worden besteed. In de uitvoering verdwijnt de sociale verzekeringsbank. Deze taak neemt het zorgkantoor over.

Deze paragraaf gaat achtereenvolgens in op de omschrijving die de werkgroep hanteert van het begrip vraagsturing, de instrumenten van vraagsturing die men onderscheidt, het PGB als aanspraak en de belangrijkste implementatievraagstukken.

2.2 De omschrijving van vraagsturing

Invalshoek MDW-rapport

De MDW-werkgroep is haar werkzaamheden begonnen met een heldere omschrijving van wat ze vanuit de optiek van de marktwerking onder vraagsturing verstaat. Vraagsturing behelst de mogelijkheid dat een cliënt zelf invulling kan geven aan zijn zorg. Voor de werkgroep ligt het primaat

bij de cliënt. In het verlengde hiervan is het de taak van de overheid er voor te zorgen dat de cliënt kan beschikken over instrumenten waarmee hij die eigen invulling ook daadwerkelijk kan realiseren.

Invalshoek kabinet

Het kabinet onderschrijft de gedachte van cliëntensoevereiniteit. Het tekent hier bij aan dat dit niet betekent dat de overheid daarmee ontslagen is van haar algemene verantwoordelijkheid het zorgsysteem zo in te richten dat steeds sprake is van voor ieder gelijkelijk beschikbare, toegankelijke en betaalbare zorg. De voorstellen van de werkgroep op het punt van vraagsturing beoordeelt het kabinet dan ook steeds in dit brede perspectief. In de tweede plaats tekent het kabinet aan dat het principe van cliëntensoevereiniteit niet voor ieder en alles gelijkelijk toepasbaar is. Ook in dit licht beziet het kabinet de voorstellen.

2.3 Instrumenten van vraagsturing

Drie instrumenten

De werkgroep onderscheidt drie instrumenten waarmee een cliënt zelf invulling kan geven aan zijn zorg: een som geld, een persoonsgebonden budget (PGB) en een persoonsvolgend budget (PVB). De som geld en het PGB zijn daarbij instrumenten waarmee een cliënt zijn zorg zelf kan inkopen. Het PVB is een instrument waarmee de cliënt niet zelf zijn zorg inkoopt. Dat doet het zorgkantoor voor hem. Via het PVB wordt net als in de huidige situatie zorg in natura geleverd. Het verschil is dat bij het PVB sprake is van een persoonsgerelateerde bekostiging en dat daarbij derhalve rekening wordt gehouden met zorgzwaarte en zorg op maat. Bovendien heeft de cliënt met het PVB een duidelijke onderhandelingspositie ten opzichte van de aanbieder.

De som geld als instrument voor zelfinkoop onder de AWBZ heeft niet de voorkeur van de werkgroep. De werkgroep geeft als reden dat dit instrument voor de AWBZ niet breed toepasbaar is vanwege de reële kans op een onbedoelde aanwending van de middelen. De werkgroep is van mening dat de hulpaanspraken in de AWBZ in bepaalde gevallen het karakter hebben van een tegemoetkoming in extra kosten die samenhangen met het hebben van een chronische ziekte of handicap. De werkgroep ziet daarom een duidelijke relatie met andere regelingen, zoals de Bijzondere Bijstand, de Regeling Tegemoetkoming Onderhoudskosten Thuiswonende Gehandicapte Kinderen (TOG) en de Wet Voorzieningen gehandicapten (WVG). De werkgroep stelt een nadere bestudering van samenvoeging van deze regelingen voor. Het kabinet onderschrijft de conclusie dat samenvoeging van dit type regelingen nadere bestudering behoeft en komt er in het kader van het IBO-onderzoek naar de WVG op terug.

Persoonsvolgend en persoonsgebonden budget

In zijn rapport werkt de werkgroep de instrumenten PVB en PGB nader uit. In beide gevallen gaat het om een persoonsgerelateerde vorm van bekostiging: het geld volgt de cliënt. De cliënt wordt hiermee, beter dan in de huidige situatie, in de positie gebracht dat hij zeggenschap kan uitoefenen op de manier waarop invulling wordt gegeven aan zijn zorg. De cliënt treedt in beide gevallen op als opdrachtgever. In beide gevallen ook wordt een relatie gelegd met de voor de betrokken cliënt door een onafhankelijk orgaan vastgestelde indicatie. Die relatie is daarom zo belangrijk omdat elk systeem van vraagsturing gevolgen heeft voor de financiële stuur- en beheersbaarheid. Het aangrijpingspunt van sturing verschuift van het eind van de zorgketen (het aanbod van zorg) naar het begin (de toegang tot de zorg). Voor de effectieve werking hiervan is een goede, objectieve en doelmatige indicatiestelling aan de poort een noodzakelijke voorwaarde.

In beide gevallen tot slot vindt declaratie van de kosten plaats bij het zorgkantoor. Dit maakt de uitvoering van de AWBZ overzichtelijker. Het verschil tussen de instrumenten is gelegen in de partij die verantwoordelijk is voor de daadwerkelijke inkoop van zorg. Bij het PVB is dat het zorgkantoor. Bij het PGB is dat de cliënt. De cliënt kan, indien hij er niet in slaagt zorg in te kopen met het PGB, overigens altijd terug naar het zorgkantoor en alsnog kiezen voor een PVB.

De werkgroep typeert het PGB en het PVB als volgt. Bij het PGB beschikt de cliënt over een budget in de vorm van waardebonnen of trekkingsrechten. Het zorgkantoor beheert dit budget. De cliënt kan het budget verzilveren bij elke zorgaanbieder. De cliënt onderhandelt zelf met de aanbieder over de prijs per product. Het risico dat hij niet uitkomt met het budget ligt bij de cliënt. Bij het PVB koopt de cliënt niet zelf in. Het zorgkantoor doet dat voor hem. Het zorgkantoor onderhandelt over de prijs per product. Het zorgkantoor betaalt de aanbieder. De cliënt merkt hier zelf weinig van. Als hij wil overstappen naar een andere aanbieder kan dat. Het geld volgt dan de cliënt. Daardoor staat de cliënt in zijn onderhandeling met de zorgaanbieder sterker dan bij de huidige instellingsbudgettering.

Het kabinet kan zich goed vinden in het voorgestelde PGB en PVB als instrumenten van vraagsturing. Door te kunnen kiezen tussen beide instrumenten zijn cliënten op een uitstekende manier in staat om afhankelijk van de eigen wensen en mogelijkheden het sturingsheft in de zorg in eigen hand te nemen. Beide instrumenten versterken de marktwerking aan de kant van het aanbod. Beide instrumenten passen bovendien binnen de algemene verantwoordelijkheid van de overheid voor een zodanige inrichting van het zorgstelsel dat sprake is van een voor ieder gelijkelijk beschikbare, betaalbare en toegankelijke zorg.

Het kabinet heeft ook kanttekeningen bij het voorstel van de werkgroep. Waar de werkgroep kiest voor een zo breed mogelijke toepassing van het PGB, wil het kabinet benadrukken dat niet alle zorgtypen en behandelvormen die we in de AWBZ onderscheiden daar op gelijke wijze geschikt voor zijn. Het gaat hier evenwel vooral om een vraagstuk van implementatie: wat en in welke situatie. In het laatste deel van deze paragraaf gaat het kabinet op deze implementatie nader in.

Bestedingsmogelijkheden PGB

Binnen het PGB maakt de werkgroep onderscheid tussen een PGB-hulp en een PGB-zorg. Het verschil tussen beide komt tot uitdrukking in de bestedingsvrijheid. Het PGB-hulp is inwisselbaar bij elke aanbieder, ook bij mantelzorgers. Het PGB-zorg kan de cliënt alleen besteden bij aanbieders die voldoen aan te stellen minimumkwaliteitseisen.

Het kabinet is van mening dat wat betreft de te stellen minimumkwaliteitseisen aan de met een PGB-zorg in te kopen diensten, volstaan kan worden met de huidige kwaliteitswetten: de Kwaliteitswet zorginstellingen (KZI) en de Wet op de individuele beroepsuitoefening in de gezondheidszorg (Wet BIG). De laatste is van toepassing op elke individuele beroepsbeoefenaar. De eerste op elk organisatorisch verband dat zorg levert zoals omschreven bij of krachtens de AWBZ of Ziekenfondswet. Om onder deze kwaliteitswetten te vallen hoeven aanbieders niet eerst een kwaliteitstoets te hebben ondergaan. De wetten zijn van toepassing zodra een aanbieder zorg verleent zoals omschreven in of krachtens de AWBZ of Ziekenfondswet. Als toezichthouder treedt de Inspectie voor de volksgezondheid op.

Inkooporganisaties

De MDW-werkgroep verwacht dat PGB-houders hun krachten zullen bundelen om een maximaal inkoopresultaat te boeken. Dergelijke inkooporganisatie kunnen de positie van cliënten- en consumentenorganisaties versterken. Daarnaast verwacht de werkgroep dat ook andere inkooporganisaties zullen worden opgericht.

Het kabinet kan zich het ontstaan van inkooporganisaties zeer wel voorstellen. Duidelijk moet wel zijn dat waar deze inkooporganisaties ontstaan, zij in ieder geval geen uitvoerder zijn van de AWBZ. Er moet voor worden gewaakt dat er niet een tussenlaag gaat ontstaan.

2.4 PGB als aanspraak

De MDW-werkgroep stelt voor de cliënt de keuze te bieden om de voor hem door een onafhankelijk orgaan vastgestelde zorgaanspraak te genieten in de vorm van een PVB of een PGB. Hiermee kiest de werkgroep voor een benadering waarin het PGB (de financiële tegemoetkoming) niet een zelfstandige aanspraak naast die op zorg is, maar een manier om een vastgestelde aanspraak op zorg te consumeren. Het kabinet is het eens met deze invalshoek waarbij de verzekerde zorg en niet de financiële tegemoetkoming het vertrekpunt van handelen is. Hij brengt helder tot uitdrukking dat de verantwoordelijkheid van de overheid voor de zorg eerst en vooral betrekking heeft op het bevorderen van een voor ieder gelijkkelijk beschikbare en toegankelijke zorg. De vraag naar de vormgeving via een financiële tegemoetkoming is hier een afgeleide van.

Wellicht ten overvloede merkt het kabinet hier op dat ook het PGB als wijze van vormgeving en uitvoering van een eenmaal vastgestelde zorgaanspraak strenge eisen stelt aan de indicatiestelling. De indicatie vormt immers de poort tot de verzekering en daarmee tot de uitgaven die ten laste van die verzekering komen.

Het kabinet onderschrijft de door de werkgroep voorgestane lijn in ieder geval in de overgangsfase de subsidieregeling voor de PGB's te handhaven.

2.5 Implementatievraagstukken

Zoals reeds eerder is aangegeven, is het kabinet van mening dat het zinvol is vraagsturing in de AWBZ te introduceren in de vorm van het in de reguliere structuur van de AWBZ inpassen van de instrumenten PVB en PGB. In navolging van de MDW-werkgroep realiseert het kabinet zich terdege dat daarbij niet over één nacht ijs kan worden gegaan. Net als de werkgroep houdt het kabinet rekening met een implementatietraject dat in totaal vele jaren zal beslaan en waarin steeds een goede koppeling moet bestaan tussen het introduceren van vraagsturing enerzijds en het bestaan van een heldere beheersorganisatie anderzijds. Daarbij zijn de volgende implementatievragen van wezenlijk belang.

Omzetting instellingsbudgettering

Implementatie van een PVB/PGB-systeem impliceert omzetting van het huidige systeem van budgettering van instellingen in een systeem van persoonsgerelateerde bekostiging. Dit is een technisch ingewikkelde en, vanwege de te betrachten zorgvuldigheid, ook een tijdsintensieve operatie, waarbij in de verschillende sectoren van de AWBZ verschillende tempi gelden. Het gaat om het volgende.

In het huidige systeem van instellingsbudgettering maken zorgkantoor en aanbieder jaarlijks productieafspraken. Op basis van deze productieaf-

spraken komt een budget tot stand. Dit budget is voor de aanbieder gegarandeerd. De daadwerkelijke inkomsten van de aanbieder zijn afhankelijk van de reëel geleverde productie. Wezenlijk in het huidige systeem van instellingsbudgettering is dat de productie niet is gedefinieerd in termen van concrete zorgproducten, maar in termen van kostendragers (bedden, plaatsen, eerste opnamen etc.). In het systeem van instellingsbudgettering doet het er niet toe aan welke cliënt precies zorg is geleverd. Het geld is gekoppeld aan de zorgproductie als zodanig, niet aan de cliënt zelf. Het verschil met het PGB/PVB systeem is dat bij de laatste het geld wél direct is gekoppeld aan de cliënt. De aanbieder is voor zijn inkomsten afhankelijk van daadwerkelijk aan een te identificeren cliënt geleverde zorg.

Omzetting van het huidige systeem van instellingsbudgettering in een systeem van PVB/PGB betekent dat voor de bekostiging op cliëntniveau helder moet zijn welke zorg nu daadwerkelijk is geleverd. Hiervoor is nodig dat in ieder geval moet zijn vastgesteld in welke zorgproducten de zorg uiteenvalt. Tevens moet een daarbij passende prijsvorming zijn uitgekristalliseerd. Tot slot moet in de registratie een koppeling tot stand worden gebracht tussen zorgproduct en ontvanger. Vanzelfsprekend dient ook helder te zijn wie, wat en hoe een en ander controleert.

In de verschillende zorgsectoren is of wordt gestart met het invoeren van productomschrijvingen (met daarbij behorende productprijzen) en van daaraan gekoppelde cliëntregistraties. Hierover zijn in het kader van de meerjarenafspraken (zorgzwaarte) en de oplossing van de wachtlijsten (registraties) duidelijke afspraken gemaakt. Nog deze kabinetsperiode worden met de omzetting van het ene in het andere systeem belangrijke stappen gerealiseerd. Zo kent de gehandicaptensector een tijdpad dat loopt tot 2003.

Naast het al lopende proces van uitkristalliseren van de benodigde infrastructuur van welomschreven zorgproducten, bijbehorende prijsvorming en gekoppelde cliëntregistraties, zal het kabinet de eerstkomende periode binnen het huidige systeem van instellingsbudgettering zoeken naar ruimte voor de geleidelijke invoering van het nieuwe systeem. Daarbij willen we twee wegen bewandelen. In de eerste plaats gaat het kabinet voort op het pad dat thans is ingeslagen bij de besteding van de extra wachtlijstmiddelen in de gehandicaptenzorg. In dat model maken zorgkantoren extra productie-afspraken op basis van de budgetcategorieën die ten grondslag liggen aan de in deze sector geldende PGB-systematiek. In de tweede plaats zal het kabinet onderzoeken of ook een versnelling is aan te brengen door de huidige PGB-subsidieregeling in een soort van communicerend vat te koppelen aan het systeem van instellingsbudgettering. In zo'n model kan het zorgkantoor dat bijvoorbeeld met gebruikmaking van de zorg op maatregelen lagere productieafspraken maakt de vrijkomende middelen gebruiken voor PGB en andersom onbestede PGB-middelen inzetten voor zorg in natura. Voorwaarde voor deze laatste weg is dat steeds helder is wie verantwoordelijk is voor het totaal van het financieel kader.

Waar beginnen?

De MDW-werkgroep staat een zo breed mogelijke toepassing van het PGB binnen de reguliere structuur van de AWBZ voor. Het kabinet vindt dit een aantrekkelijk eindperspectief, maar houdt er rekening mee dat dit eindperspectief niet voor alle zorgtypen gelijkelijk tot de mogelijkheden behoort. Daarom zal het kabinet per zorgonderdeel analyseren of en onder welke voorwaarden zo'n PGB toepasbaar is.

Een dergelijke analyse gaat in de eerste plaats na of en op welke manier een adequate aanbodmarkt kan worden gerealiseerd. Men heeft, zoals ook

de werkgroep aangeeft, immers niet veel aan een PGB als er geen of onvoldoende aanbieders zijn. Rekening houdend met de ervaringen van het subsidie-PGB in de sectoren van de verstandelijk gehandicapten en de verpleging en verzorging, denkt het kabinet verder te kunnen gaan op die terreinen van de AWBZ waarbij de zorgverlening niet afhankelijk is van verblijf (bijvoorbeeld de thuiszorg) dan wel het verblijf in principe ook op een andere wijze kan worden bekostigd (bijvoorbeeld de semimurale zorgverlening). Gaandeweg kunnen zo meer zorgonderdelen in beeld komen waarbij dat voorstelbaar is.

Daarnaast zal moeten worden gekeken naar de risico's die de cliënt loopt op het punt van de kwaliteit van de zorgverlening, naar de specificiteit van de zorg waarop hij een beroep doet (sommige zorgtypen vooronderstellen een behandeling die zo specialistisch is dat voor de beoordeling ervan specifieke deskundigheid nodig is als gevolg waarvan een PGB daarbij niet voor de hand ligt, zoals bijvoorbeeld bij de behandeling van autisten), naar de doelmatigheid van de bestedingen (waaronder de samenhang in de zorg, de schaal en het omslagpunt intramuraal – extramuraal) en naar de effectiviteit van de zorgverlening (sommige vormen van zorg vertonen een samenhang vanwege het doel dat er mee wordt beoogd. Dat doel wordt niet bereikt als de zorg in stukjes uiteen wordt geknipt, zoals bijvoorbeeld bij de opname in een APZ vanwege suicidaliteit). Tevens zal worden gekeken naar de budgettaire effecten (waaronder de aanzuigende werking en de mogelijke doelmatigheidswinst) en de sturingsinstrumenten die vanuit die optiek nodig zijn. Bij dit laatste valt bijvoorbeeld te denken aan eigen bijdragen en fiscale (aftrek)mogelijkheden.

Tot slot, maar daarom zeker niet minder belangrijk, zal vanwege het belang dat is gemoeid met een goede afstemming tussen de zorgvoorzieningen en de aanpalende voorzieningen op het gebied van wonen, welzijn en werken, steeds ook bijzondere aandacht uitgaan naar de gemeentelijke voorzieningen en de voorzieningen die onder de verantwoordelijkheid van de lokale overheid vallen.

Aparte aandacht in dit hele traject verdient de positie van (specialistische) landelijk en bovenregionaal werkende voorzieningen.

Juridische validiteit

Implementatie van de MDW-voorstellen vooronderstelt dat het systeem juridisch valide is. In ieder geval zal vanuit de optiek van de betaal- en beheersbaarheid duidelijk moeten zijn dat de voorgestelde PGB-constructie binnen het systeem van aanspraken in rechte houdbaar is. We moeten niet in een situatie terechtkomen dat een PGB-houder indien hij er niet in slaagt binnen het toegekende budget zijn zorg te contracteren het meerdere met succes kan declareren. Dit zou immers een enorme opwaartse druk op de prijzen genereren. Met andere woorden, er moet zeker zijn gesteld dat de zorgplicht via een PGB inderdaad kan worden afgekocht. Het kabinet zal onderzoeken of en welke juridische maatregelen hiervoor precies nodig zijn.

Uitvoeringsstructuur AWBZ

Een laatste, cruciale, implementatievraag ligt op het terrein van de uitvoeringsstructuur van de AWBZ. In het bijzonder gaat het dan om de juridische positie van het zorgkantoor, inclusief het bijbehorende beheersingsinstrumentarium. Waar het om gaat is de vraag hoe bij de invoering van meer vraagsturing steeds een doelmatige uitvoering van de AWBZ kan worden gewaarborgd.

Momenteel is de verzekeraar uit het tweede compartiment verantwoordelijk voor de uitvoering van de AWBZ. Bij deze verzekeraar vindt de inschrij-

ving als verzekerde plaats. Op deze verzekeraar rust de zorgplicht. Deze verzekeraar is verantwoordelijk voor de betalingen. Hij kan daar door de Commissie Toezicht Uitvoeringsorganisatie (CTU) ook op worden aangesproken. De daadwerkelijke uitvoering van de AWBZ hebben de verzekeraars uit het tweede compartiment deels verplicht (op basis van artikel 16 AWBZ) en deels vrijwillig gemandateerd aan de verbindingkantoren. De verbindingkantoren opereren onder de naam zorgkantoor.

Het door de MDW-werkgroep voorgestelde systeem vooronderstelt dat de betalingen worden gedaan door of namens het zorgkantoor. In deze constructie is het zorgkantoor verantwoordelijk voor de betalingen. De CTU moet het zorgkantoor daar dan ook op kunnen aanspreken. Om dat te bereiken moet het zorgkantoor, in afwijking van de huidige situatie, een zelfstandig uitvoeringsorgaan van de AWBZ zijn. Dit zou betekenen dat in de uitvoeringsstructuur van de zorgverzekeringen de nu bestaande band tussen de eerste en tweede compartimentsverzekeraar verloren gaat.

De vraag naar de juridische positie van het zorgkantoor is onderwerp van een uitvoeringstoets die is voorgelegd aan het College voor zorgverzekeringen (CVZ). Ook de CTU besteedt aandacht aan die vraag vanuit de optiek van het toezicht. De uitvoeringstoets van het CVZ is eind mei verschenen. De CTU komt voor de zomer met zijn oordeel. Zoals afgesproken in het nota-overleg van afgelopen februari over de nota «Zicht op Zorg» zal het kabinet het standpunt van beide organen verwerken in een separate brief. Deze brief wordt tegelijk met dit standpunt aangeboden.

Voor alle duidelijkheid wil het kabinet hier opmerken dat het voor de vóór-bereiding van de vraagsturing niet noodzakelijk is om al op korte termijn de discussie over de uitvoerings- en beheersstructuur van de AWBZ c.q. de positie van het zorgkantoor definitief te beslechten. Die discussie moet wel zijn afgerond wanneer wordt overgegaan tot daadwerkelijke invoering ervan. Dit moment ligt echter naar verwachting nog enige jaren voor ons. In de periode tot invoering van vraagsturing moet de voorbereiding van de vraagsturing en de ontwikkeling van een adequaat beheersinstrumentarium gelijk oplopen.

3. Het zorgkantoor

3.1 Inleiding

De MDW-werkgroep heeft gekeken naar mogelijke prikkels voor het zorgkantoor. Daarbij is uitgegaan van de huidige organisatie van de AWBZ, met per regio één zorgkantoor. De werkgroep bespreekt drie thema's: de rollen van het zorgkantoor, de prikkels en de budgettaire beheersing. Deze thema's worden hieronder kort nagelopen.

3.2 Rollen voor het zorgkantoor

Contractvrijheid

De werkgroep omschrijft de centrale rol van het zorgkantoor als inkoper van zorg. Om die rol goed te kunnen spelen dient het zorgkantoor te kunnen beschikken over het instrument van de contractvrijheid. Het kabinet is het hier van harte mee eens en is hier al uitgebreid op ingegaan in de nota «Zicht op Zorg». Het zorgkantoor dient inderdaad niet verplicht te zijn met elke aanbieder die zich meldt, een contract te sluiten. Hij moet in het belang van de cliënten kunnen kiezen voor die aanbieders, die een product leveren waar vraag naar is.

Het kabinet tekent hierbij aan dat de uitvoering van de AWBZ meer inhoudt dan het inkopen van zorg alleen. Minstens zo belangrijk is de rol

van regisseur in bij elkaar brengen van vraag en aanbod en het afstemmen van AWBZ-zorg op de aanpalende voorzieningen van onder andere wonen, welzijn, werken en vervoer. De zorgplicht die voortvloeit uit de AWBZ dient vorm te krijgen in een goede aansluiting van vraag en aanbod, waarbij kwaliteit en doelmatigheid worden gewaarborgd. De inkoopfunctie is een onderdeel van de uitvoering van de verzekering.

Het kabinet zal in nauwe samenwerking met de betrokken ZBO's en het AWBZ-veld de randvoorwaarden in kaart brengen die nodig zijn om de huidige contracteerverplichting op te heffen. Daarbij zal tevens een implementatietraject worden opgesteld.

Flexibilisering aanspraken

Om op de maat van de vraag van de cliënt in te kunnen kopen is het volgens de werkgroep nodig dat er ook een aanbod op maat is. Dit betekent dat aanbieders voor het ontwikkelen van zorgproducten niet opgesloten moeten zijn in een voorgeschreven aanbod. De aanspraken moeten met andere woorden worden geflexibiliseerd. Ook hier is het kabinet het mee eens. Het onderwerp komt uitvoering aan de orde in de nota «Zicht op Zorg». Over de manier waarop de flexibilisering van de aanspraken in de verschillende sectoren vorm krijgt, wordt de Tweede Kamer met regelmaat geïnformeerd.

Vrije prijzen

Om de zorginkoop vervolgens zo doelmatig mogelijk te laten plaatsvinden, is het in de visie van de MDW-werkgroep nodig dat over de prijzen kan worden onderhandeld. De prijzen waar de werkgroep het oog op heeft, zijn integrale prijzen. De werkgroep gaat vooralsnog uit van een systeem van maximumprijzen.

Het kabinet is het met de werkgroep eens dat over de prijzen onderhandeld moeten kunnen worden. Net als de werkgroep gaat het kabinet vooralsnog uit van een systeem van maximumprijzen. Voor de vormgeving en implementatie hiervan verwijst het kabinet naar de 12 mei jl. naar de Tweede kamer gezonden notitie «Speelruimte en verantwoordelijkheid» over de WTG (Kamerstukken II, 1999/2000, 27 156, nrs. 1 en 2).

Waarde PGB

De werkgroep stelt voor de waarde van het PGB te relateren aan de gemiddelde prijs van het PVB in een bepaalde regio. Dit betekent dat de waarde van een PGB voor eenzelfde indicatie regionaal kan verschillen.

Voordat het kabinet op dit voorstel van regionale verschillen een standpunt inneemt wil het eerst onderzoeken wat de effecten zijn van een regionaal verschillend PGB voor de zorginkoop van de PGB-houders. Immers, als de verzekerde voor de zorginkoop niet gebonden is aan regiogrenzen, kan een aldus vastgesteld budget bij besteding in een andere regio te ruim zijn om de gewenste zorg in te kopen, maar ook te krap. Het PGB is dan mogelijk geen reëel alternatief.

3.3 Prikkel voor het zorgkantoor

Behalve de prikkels die de nota «Zicht op Zorg» noemt (benchmarking, visitatie, raden van advies, tijdelijke concessieverlening), stelt de MDW-werkgroep als belangrijkste nieuwe prikkel de tijdelijke concessieverlening op basis van aanbesteding in combinatie met financiële prikkels voor. De werkgroep gaat niet in op het huidige (lage) niveau van het beheerskostenbudget van het zorgkantoor. Dit beheerskostenbudget is wel van belang om het zorgkantoor in staat te stellen te doen wat van hem wordt verwacht: verantwoordelijkheid dragen voor een doelmatige

uitvoering van de AWBZ. Tegen die achtergrond zal het kabinet bezien op welke wijze een bij de gewenste taakuitoefening passend beheerskostenbudget kan worden vormgegeven.

Aanbesteding van zorgkantoren

De MDW-werkgroep doet het voorstel om het recht om zorgkantoor te zijn op basis van een in concurrentie uitgegeven concessie te verlenen aan die partij, die daarvoor de beste offerte uitbrengt. De situatie van vrijwillige mandatering door zorgverzekeraars wordt daarmee verlaten. Inschrijving geschiedt op basis van een zogenaamd bidbook, waarin onder andere de budgettaire randvoorwaarden en de verwachtingen omtrent de ontwikkeling van de zorgvraag zijn opgenomen. De financiële prikkel zit er in dat het zorgkantoor eventuele overschotten op het budget mag behouden en eventuele tekorten moet aanvullen.

De redenering op zich kan het kabinet goed begrijpen. Evenwel, hier komt een probleem boven tafel dat zo nauw raakt aan de totale uitvoeringsstructuur van de AWBZ, dat die niet binnen het bestek van dit standpunt tot een definitief oordeel kan leiden. Het aanbestedingsmodel dat de werkgroep schetst, vooronderstelt niet alleen dat het zorgkantoor als zelfstandige uitvoeringsorganisatie van de AWBZ wordt gevestigd (de vraag naar de juridische positie van het zorgkantoor), maar ook dat dit zorgkantoor de beschikking krijgt over een budget in de werkelijke betekenis van het woord: een zak geld van waaruit betalingen worden verricht, en dat hij daar risico op loopt. De daarop volgende vraag is of het zorgkantoor voldoende instrumenten ter beschikking kunnen worden gesteld om dit risico in alle redelijkheid te kunnen dragen. Dit brengt ons dicht in de buurt van de brede stelsel-discussie. Op de vraag naar de institutionele vormgeving van het zorgkantoor en de budgetverantwoordelijkheid gaat het kabinet nader in, in de bij dit standpunt gevoegde brief over het zorgkantoor.

3.4 Budgettaire beheersing

De werkgroep acht het wenselijk een zorgkantoor risico te laten lopen over het zorgkostenbudget. Deze risicodragendheid dient te worden beperkt tot een bepaalde bandbreedte. Binnen deze bandbreedte zijn tekorten of overschotten op het zorgkostenbudget voor rekening van het zorgkantoor. De werkgroep wil ook buiten deze bandbreedte aan zorgkantoren een prikkel geven tot kostenbewust handelen. Hierbij zou onderscheid gemaakt moeten worden tussen die factoren die door het zorgkantoor wel zijn te beïnvloeden en die factoren die door het zorgkantoor niet zijn te beïnvloeden. In het voorstel vindt dus een gedeeltelijke ncalculatie plaats over het zorgkostenbudget. De AWBZ wordt daarmee een open einde regeling. Een gedeelte van het risico ligt echter bij het zorgkantoor. Afhankelijk van de omvang van het risico dat bij het zorgkantoor wordt gelegd, zal het zorgkantoor meer instrumenten moeten hebben om de uitgaven te kunnen beïnvloeden..

In het voorstel is er sprake van een budget in de werkelijke betekenis van het woord. De voorstellen van de MDW werkgroep onderstrepen de hierboven getrokken conclusie naar aanleiding van de concessieverlening op basis van aanbesteding. De verantwoordelijkheid voor een tekort of een teveel op het zorgkostenbudget komt (gedeeltelijk) voor rekening van het zorgkantoor. Het kabinet zal de optie van budgetverantwoordelijkheid én risicodragendheid serieus in beschouwing nemen. Het kabinet wijst er op dat voordat deze optie expliciet wordt uitgewerkt er sprake moet zijn van een sterke uitvoeringsorganisatie.

3.5 Alternatieven voor het zorgkantoor

Aan het eind gekomen van haar aanbevelingen voor het zorgkantoor merkt de werkgroep op dat vraagsturing volgens het voorgestelde model evengoed mogelijk is zonder zorgkantoren. De werkgroep stipt twee alternatieven aan. In het ene alternatief treedt niet het zorgkantoor, maar de zorgverzekeraar uit het tweede compartiment op als inkoper. In het tweede alternatief kan de verzekerde zelf kiezen wie voor hem de zorg inkoop: de zorgverzekeraar uit het tweede compartiment of een andere bemiddelaar. De werkgroep werkt de alternatieven niet uit, omdat, zoals zij aangeeft, dat buiten de taakopdracht gaat.

Het kabinet begrijpt de redenering van de werkgroep, maar merkt op dat er naast doelmatigheid ook zorginhoudelijke redenen zijn voor de constructie van een zorgkantoor. Bij de keuze voor de constructie van een zorgkantoor is regionale ordening van de zorg voor de doelgroepen waar de AWBZ het oog op heeft van belang. In die regionale ordening van de zorg gaat het niet alleen om de afstemming binnen de zorg, maar met name om het tot stand brengen van een cliëntgecentreerde zorgketens waarbij bewust ook afstemming wordt gezocht tussen de AWBZ-zorgvoorzieningen en de aanpalende voorzieningen op de terreinen van wonen, werken, welzijn en vervoer. Het zorgkantoor vervult in dat afstemmingsproces een belangrijke functie, niet in de laatste plaats omdat hij gelet op de staat van het aanbod in veel sectoren faciliteert bij het beheerst en geleidelijk invoeren van de gewenste vraagsturing. Dat op het eind, als de vraagsturing is gerealiseerd en nieuwe initiatieven op het snijvlak van AWBZ en niet AWBZ op gang zijn gebracht, kan blijken dat het zorgkantoor een overgangsmodel is geweest, doet aan het belang ervan thans niet af.

4. Nieuwe initiatieven

De MDW-werkgroep constateert terecht dat het voor de effectieve werking van vraagsturing essentieel is dat de markt aan de aanbodzijde wordt opengebrouwen. Om dit proces te faciliteren doet de werkgroep enkele voorstellen. Een aantal van deze voorstellen (afschaffen van het systeem van instellingsbudgettering, introductie van contractvrijheid aan de zijde van het zorgkantoor, flexibilisering van de aanspraken en introductie van maximumprijzen) is hierboven al aan de orde geweest. De overige voorstellen: het opheffen van de huidige toelating, het verder loskoppelen van de band tussen wonen en zorg en het schrappen van de eis dat vastgoed in eigendom van de zorginstellingen dient te zijn, komen hieronder aan de orde.

Toelating en capaciteitsplanning

De werkgroep stelt voor het huidige toelatingsmodel dat is geënt op een systeem van capaciteitsplanning te schrappen en te vervangen door een model dat zijn grond vooral vindt in de kwaliteit van de zorgverlening.

Op het punt van de toelating heeft het kabinet een wetsvoorstel in voorbereiding dat de weg baant om het huidige toelatingsbeleid dat is gericht op capaciteitsplanning op instellingsniveau te vervangen door een systeem van toelating op basis van eisen die betrekking hebben op de bestuurlijke en organisatorische structuur en op de financiële transparantie van de administratie. Dit wetsvoorstel, bekend onder de naam Wet exploitatie zorginstellingen (WEZ), wordt naar verwachting eind dit jaar voor behandeling ingediend bij de Tweede Kamer. Dit wetsvoorstel voorziet in de door de werkgroep bepleite lijn om bij de toelating af te stappen van de capaciteitsplanning.

In de kwaliteitseisen waar de werkgroep op duidt (de kwaliteit van de zorgverlening) wordt momenteel voorzien door middel van de hiervoor al genoemde KZI en Wet BIG. Deze wetten gelden voor elke aanbieder die zorg levert zoals omschreven in AWBZ en ZFW. De KZI stelt als algemene norm dat de zorginstellingen verantwoorde zorg leveren. De concrete invulling daarvan wordt overgelaten aan de zorginstellingen zelf. De inspectie toetst op het verantwoord zijn van de zorg. Bij een herpositionering van verantwoordelijkheden, zoals die in het kader van een brede stelsel-discussie aan de orde zijn, ligt het in de rede om ook de vormgeving en uitvoering van de kwaliteitswetgeving nader te bezien.

Wonen – zorg

De MDW-werkgroep stelt voor verder te gaan op de in de praktijk inmiddels ingezette lijn om huisvesting en zorg zoveel mogelijk gescheiden aan te bieden. Het belang van deze scheiding is er vooral gelegen dat de markt van wonen en zorg flexibeler wordt ingericht en dat reguliere volkshuisvestingspartijen de gelegenheid krijgen het beheer en de planning van hun woningvoorraad af te stemmen op de wensen van de zorgmarkt. Het openbreken van de wonen-zorg-markt dient zo twee doelen. In de eerste plaats kunnen cliënten langer dan nu het geval is, zelfstandig blijven wonen; zij hebben meer keuze in hun huisvesting. In de tweede plaats kunnen zorgaanbieders, doordat zij niet meer verantwoordelijk hoeven te zijn voor de gebouwen, zich meer richten op de zorgverlening *sec*, hun *core-business*.

Het kabinet deelt de analyse van de werkgroep en onderkent het belang van het gescheiden aanbieden van wonen en zorg. Het standpunt van het kabinet hierover is genoegzaam bekend. Ook de wachtlijstproblemen in de zorg zijn naar verwachting gemakkelijker oplosbaar als volkshuisvestingspartijen voor doelgroepen aangepaste huisvesting realiseren waarin zorginstellingen vervolgens de benodigde zorg kunnen leveren. Met het realiseren van de woon-zorg-stimuleringsregeling en het beleid met betrekking tot het verbeteren van de samenhang tussen wonen en zorg, zoals neergelegd in de recent verschenen Nota Wonen in de 21ste eeuw, faciliteert het kabinet deze ontwikkeling reeds.

Vastgoed

In het verlengde van de discussie over het gescheiden aanbieden van huisvesting en zorg doet de werkgroep het voorstel af te stappen van de gegroeide praktijk om bij de WZV-vergunningverlening aan zorgaanbieders eisen te stellen omtrent de eigendom. Het kabinet is het in principe eens met het uitgangspunt van de werkgroep dat vastgoed niet in eigendom van de zorginstellingen behoeft te zijn. Bij de overstap van de huidige praktijk naar de situatie waarin het vastgoed niet als vanzelfsprekend in eigendom is van zorginstellingen dient, met name met het oog op de budgettaire beheersbaarheid, de doelmatigheid ten alle tijden goed in ogenschouw te worden genomen.

Het kabinet is de afgelopen tijd druk doende geweest het eigendomsbeleid aan te passen aan de gewijzigde omstandigheden op de wonen-zorg-markt. Het beleid is momenteel als volgt. Mensen wonen zo lang mogelijk zelfstandig en krijgen hun zorg aan huis. Zij betalen zelf hun huisvestingslasten. Wanneer deze constructie niet (meer) mogelijk is en iemand ook voor zijn verblijf is geïndiceerd voor een zorgvoorziening, dan worden deze voorzieningen, indien de woonfunctie daarbij centraal staat, in principe door de zorgaanbieder gehuurd. Waar de zorg dominant is ten opzichte van het verblijf wordt per situatie bekeken welk alternatief: eigendom of huur, het doelmatigst is. Dit beleid leidt er uiteindelijk toe dat zorginstellingen alleen nog dat vastgoed in eigendom hebben dat, als gevolg van de specifieke zorgvragen die er aan worden gesteld, zodanig

niet-courant is, dat een andere situatie dan die van eigendom tot een ondoelmatige besteding zou leiden.

Nota Aanspraken en uitvoeringsorganisatie AWBZ

0. Samenvatting

Deze nota beantwoordt het verzoek van de Kamer om een vervolgnote op de nota Zicht op zorg, het plan op hoofdlijnen voor de modernisering van de AWBZ. Dit verzoek komt voort uit het nota-overleg dat over Zicht op zorg is gehouden op 21 februari jl. De Kamer uitte daarin vooral zorg over de voorgestelde wijze van uitvoering van de AWBZ – met name in financieel opzicht – en de rol en positie van zorgkantoren hierin. Deze nota gaat op die kwesties in aan de hand van rapporten en adviezen die al waren toegezegd dan wel werden gevraagd.

Eén van deze rapporten is dat van de MDW-werkgroep AWBZ. Het kabinetsstandpunt op dit rapport ontvangt de Kamer gelijktijdig met deze nota. Het rapport neemt cliëntensouvereiniteit als uitgangspunt voor de omslag naar een vraaggestuurd systeem. In het standpunt onderschrijft het kabinet deze principiële keuze voor vraaggestuurde zorg. Deze nota geeft aan op welke wijze en met welke instrumenten zorgkantoren in staat worden gesteld de verantwoordelijkheid hiervoor te dragen. Het vormgeven aan vraagsturing vergt het opbouwen van een krachtige uitvoerder van de AWBZ in een regionale context. In lijn met het eerdere standpunt over de modernisering moet het zorgkantoor de beschikking te hebben over het daarvoor noodzakelijke instrumentarium. Het kabinet is overigens van oordeel dat het aspect van de beheersing van de uitgaven in een systeem van volledig vraaggestuurde zorg nog bijzondere aandacht behoeft.

Aanspraken

Aan het recht dat de verzekerde op zorg heeft, wordt in de praktijk afbreuk gedaan door het bestaan van wachtlijsten in de zorg. Dit roept de vraag op naar de verhouding tussen de wettelijke aanspraken en kostenbeheersing. Op verzoek van de Kamer heeft de landsadvocaat hier advies over uitgebracht. De kern van het betoog is dat in de AWBZ en de wetten waar de uitvoering van de AWBZ mede op berust, een balans wordt gezocht tussen het belang van een goede gezondheidszorg aan de ene kant en het belang van beheerste collectieve lasten aan de andere kant. De wetgeving belemmert de aanspraakverwezenlijking niet. Maar er kan wel sprake zijn van spanning tussen aanspraken en kostenbeheersing door de toepassing van de wettelijke instrumenten. Die toepassing is een kwestie van beleid.

Het betoog van de landsadvocaat onderstreept het afdwingbaar recht op zorg, maar evenzeer het belang van uitgavenbeheersing om die zorg waar recht op bestaat, ook beschikbaar en toegankelijk te houden.

Uitvoeringsorganisatie

Op dit moment zijn de zorgverzekeraars uit het tweede compartiment verantwoordelijk voor de uitvoering van de AWBZ. Zorgkantoren die zijn aangewezen om wettelijk geregelde administratieve en controletaken uit te voeren, voeren ook die AWBZ-taken uit waarvoor de zorgverzekeraars verantwoordelijk zijn. Zorgkantoren zijn daartoe door de zorgverzekeraars gemandateerd. Deze constructie is van oudsher opgezet om het aantal relaties en het gegevensverkeer tussen de zorgverzekeraars en de zorginstellingen overzichtelijk en doelmatig te houden. De constructie draagt tegelijk bij aan de noodzakelijk afstemming in de zorg zelf en de afstemming tussen de AWBZ-zorg en andere voorzieningen zoals op het terrein van wonen, dienstverlening en vervoer.

Het kabinet onderkent dat in de omzetting van het huidig aanbodgestuurd systeem naar een vraaggestuurde uitvoering van de AWBZ de vraag rijst naar rechtstreekse verantwoordelijkheid voor de daadwerkelijke uitvoerder. Het kabinet meent echter dat een discussie op dit moment over deze aangelegenheid alleen maar contraproductief zou werken. Zelfstandige positionering van zorgkantoren raakt aan de kwestie van de inrichting van ons stelsel van ziektekostenverzekeringen. Echter, wat de uitkomst van de discussie over het stelsel ook zal zijn, de opbouw van een zorgkantoor om te komen tot een vraaggestuurde AWBZ is hoe dan ook noodzakelijk.

Het kabinet gaat voor dit moment uit van handhaving van de huidige positionering van zorgkantoren: uitvoering namens de zorgverzekeraars. In de Vervolg uitvoeringstoets zorgkantoren van het College voor zorgverzekeringen ziet het kabinet bevestigd, dat deze constructie werkbaar is. Het is tegelijk een pragmatische aanpak om de uitvoering van de AWBZ op korte termijn te verbeteren en in de uitvoeringspraktijk de instrumenten te ontwikkelen die voor de vraagsturing onontbeerlijk zijn. Op dit moment wordt afgezien van een regeling van wettelijk mandaat. Aanwijzing van zorgkantoren blijft een verantwoordelijkheid van de minister van VWS, zoals nu geregeld.

De positionering van zorgkantoren diende ook vanuit mededingingsperspectief tegen het licht te worden gehouden. De Nederlandse Mededingingsautoriteit heeft in zijn uitspraak vastgesteld dat onder de huidige voorwaarden van daadwerkelijke mededinging geen sprake is die door het stelsel van mandatering van zorgverzekeraars aan zorgkantoren kan worden beperkt.

De Commissie Toezicht Uitvoeringsorganisatie heeft het toezicht op de uitvoering beoordeeld. Hoewel beter sprake kan zijn van directe aanspreekbaarheid van de daadwerkelijke uitvoerder voor het toezicht, geeft de CTU aan dat het huidig toezicht op de zorgkantoren werkbaar is.

Tegelijk bevatten de verschillende rapporten aanwijzingen dat met het loslaten van de instrumenten van aanbodsturing en het overgaan naar vraagsturing grenzen in zicht komen.

Het kabinet concludeert op basis hiervan dat vooralsnog binnen de huidige kaders voldoende verbetering kan worden gerealiseerd met betrekking tot de uitvoering van de AWBZ. Met visitatie en benchmarking wil het kabinet een effectief functioneren van de zorgkantoren stimuleren.

1. Inleiding

Over de nota Zicht op zorg, een plan van aanpak voor de modernisering van de AWBZ, vond op 21 februari jl. een nota-overleg plaats. Onderdeel van de besprekingen vormde een voorstel voor de positionering van de zorgkantoren. Uw Kamer besloot de bespreking van de hoofdlijnen voor verandering van de AWBZ voort te zetten nadat zij de beschikking had gekregen over een aantal rapporten en adviezen. Het gaat om de volgende rapporten:

- het vervolg van de uitvoeringstoets die het College voor zorgverzekeringen (CVZ) was gevraagd over de zorgkantoren
- een onderzoek van de Commissie Toezicht Uitvoeringsorganisatie (CTU) naar de toezichtaspecten bij een zich wijzigende uitvoeringsstructuur
- een advies van de landsadvocaat over de verhoudingen tussen de wettelijke aanspraken en de wettelijke regimes van kostenbeheersing
- het rapport De ontvoogding van de AWBZ van de MDW-werkgroep (Marktwerking, Deregulering en Wetgevingskwaliteit) over de AWBZ, waarin de inbedding van het persoonsgebonden budget (PGB) in de reguliere uitvoering van de AWBZ, prikkels voor het zorgkantoor en het

- stimuleren van nieuwe initiatieven aan aanbiederskant op verzoek van het kabinet aan de orde komen
- de uitspraak van de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) over de door de zorgverzekeraars aan zorgkantoren verleende mandaten en machtigingen
- het rapport van de IBO-werkgroep (Interdepartementaal Beleidsonderzoek) over Marktconcentraties in de zorgsector.

Deze brief gaat zoals is toegezegd in de brief van 10 maart jl. in reactie op de motie Van Vliet, op basis van de genoemde rapporten in op de positie van zorgkantoren. Dat kan niet los van de verschillende voorstellen tot modernisering van de AWBZ. Deze brief grijpt daarom enerzijds terug op de nota Zicht op zorg en anderzijds op het rapport van de MDW-werkgroep AWBZ en het daarop geformuleerde kabinetsstandpunt dat de Kamer gelijktijdig ontvangt.

Het hierboven genoemde rapport van de IBO-werkgroep wordt voorzien van een kabinetsstandpunt. De Kamer zal binnenkort het rapport en het standpunt separaat ontvangen.

De Kamer heeft bij het genoemde nota-overleg gevraagd bij deze brief ook de beschikking te krijgen over het concept voor een wetsvoorstel inzake de exploitatie van zorginstellingen. Dit wetsvoorstel is voor advies aan de Raad van State gezonden en kan derhalve niet met deze brief ter beschikking worden gesteld.

De opbouw van de nota is als volgt. Paragraaf 2 geeft een schets van de AWBZ en plaatst de AWBZ in zijn maatschappelijke context en het perspectief van de modernisering, zoals aangegeven in de nota Zicht op zorg en het MDW-rapport De ontvoogding van de AWBZ. Voorts gaat deze paragraaf in op het advies van de landsadvocaat. In paragraaf 3 staat de uitvoeringsorganisatie van de AWBZ centraal, zowel wat betreft de instrumentering als de juridische positie van de zorgkantoren. Ook komen in deze paragraaf de vraagstukken van mededinging en toezicht aan de orde. Paragraaf 4 tenslotte geeft in samenhang de conclusies weer waartoe de verschillende rapporten en adviezen leiden.

2. De AWBZ als volksverzekering

2.1. De AWBZ in zijn maatschappelijke context

In de eerste plaats wil het kabinet nog eens het karakter van de AWBZ benadrukken. De AWBZ is een volksverzekering. Dat betekent dat deze wet aan ingezetenen recht geeft op de verstrekking van die zorg die als aanspraak in het kader van de AWBZ is geregeld. Het is een verzekering van rechtswege. Elke ingezetene is verplicht verzekerd en is ook verplicht daarvoor premie te betalen. Het recht op zorg dat voor alle ingezetenen is neergelegd, is afdwingbaar bij degene die als uitvoeringsorganisatie van de verzekering is aangewezen. Een verzekeringswet kent een viertal kernaspecten, zoals het CVZ in zijn Vervolg uitvoeringstoets zorgkantoren weergeeft:

- de inschrijving als middel om aan te geven welk uitvoeringsorgaan verantwoordelijk is voor de aanspraakrealisering
- de aanspraakrealisering zelf, welke juridisch haar spiegelbeeld vindt in de zorgplicht/prestatieplicht van het uitvoeringsorgaan
- de middelentoedeling, welke strekt ten bate van degene op wie de prestatieplicht rust. In casu het uitvoeringsorgaan dat als verzekeraar fungeert voor de bij hem ingeschreven verzekerden
- het toezicht, dat betrekking heeft op zowel een juiste aanwending van middelen als een behoorlijke uitvoering van de aanspraken door dat uitvoeringsorgaan.

Het uitgangspunt van het kabinet is dit verzekeringskarakter te versterken door de wachtlijsten terug te dringen. De zorg waarop de AWBZ rechten doet gelden speelt zich af in een omgeving van waarden en normen over wat maatschappelijk als adequate zorg wordt beschouwd, en wordt sterk beïnvloed door maatschappelijke en technologische ontwikkelingen. Dit betekent dat het beleid voor de AWBZ doorlopend aan vernieuwing onderhevig is, met name ten aanzien van de aanspraken.

Voor de uitvoering van de AWBZ zijn de laatste jaren twee ontwikkelingen dominant: «empowerment» en «vermaatschappelijking». De notie van «empowerment» verwijst naar de zeer terechte wens van cliënten om meer beschikkingsmacht te krijgen over de zorg die men ontvangt: «de cliënt centraal». Dat telt des te meer waar de zorg, zoals bij veel AWBZ-gerechtigden het geval is, geen onderbreking is van het leven, maar er een integraal onderdeel van uitmaakt. De notie van «vermaatschappelijking» verwijst naar een visie op zorg waarbij verder wordt gekeken dan naar het ziektebeeld alleen. De notie laat het belang zien van het tot stand brengen van een onderling afgestemde keten van algemeen maatschappelijke en van gezondheidsvoorzieningen. Het onderstreept de noodzaak van een decentrale uitvoering in plaats van een centrale beheersing, temeer omdat de traditionele beheersingsinstrumenten zijn vastgelopen.

Beleid voor de AWBZ moet recht doen aan bovenstaande noties. Tegelijk moet daarbij steeds een balans worden gevonden tussen de realisatie van die uitgangspunten in de AWBZ en de beheersing van de uitgaven. Beheersing is daarbij geen doel op zich, maar een middel om de zorg ook op langere termijn financieel voor alle verzekerden toegankelijk te houden.

Tegen de achtergrond van bovenstaande ontwikkelingen wordt sinds enige jaren breed de noodzaak gevoeld de AWBZ te moderniseren. Inzet van die modernisering is de omzetting van het huidige systeem van aanbodsturing naar een systeem van vraagsturing. Daarbij zijn in essentie twee vragen in het geding.

In de eerste plaats de vraag of en onder welke voorwaarden een systeem van aanspraken aan de ene kant zich verhoudt met een systeem van kostenbeheersing aan de andere. Het advies van de landsadvocaat gaat hierop in. De noodzaak van een goede balans tussen aanspraken en uitgavenbeheersing werpt de vraag op naar de zelfbeschikkingsruimte die aan de verzekerde moet en kan worden gegeven.

In de tweede plaats de vraag of en zo ja welke aanpassingen er nodig zijn in de huidige beheers- en uitvoeringsstructuur van de AWBZ om de twee nieuwe opdrachten van de AWBZ, namelijk empowerment en vermaatschappelijking tot een succes te maken.

Het punt waar het hier om draait is om zorginhoudelijke overwegingen mee te wegen in de vormgeving van de AWBZ-verzekering. Deze zorginhoudelijke overwegingen betreffen naast het geven van reële invloed aan de verzekerde op de zorg die hij nodig heeft, de daadwerkelijke afstemming tussen AWBZ-zorg en niet-AWBZ-zorg. In de AWBZ gaat het om mensen die vanwege hun beperking zijn aangewezen op voorzieningen die meer omvatten dan alleen AWBZ-zorg. Deze mensen zijn voor een passend zorgcontinuüm behalve op AWBZ-zorg ook en soms vooral aangewezen op voorzieningen die liggen op de terreinen van wonen, werken, welzijn en vervoer. Om afstemming hierin te bereiken voor de individuele verzekerde is een structuur nodig. Vanuit de AWBZ gezien kan aan deze structuur alleen worden bijgedragen vanuit de uitvoeringsorganisatie van de verzekering. Een regionale oriëntatie is vanuit deze optiek een onmisbaar element in de vormgeving van de uitvoeringsorganisatie.

2.2. Aanspraken en beheersing; het advies van de landsadvocaat

De AWBZ geeft de verzekerden een afdwingbaar recht op zorg. Deze consequentie is ook bevestigd in recente rechterlijke uitspraken. Deze uitspraken vormden voor de Kamer aanleiding te vragen de landsadvocaat te verzoeken te adviseren over de relatie tussen de wettelijke aanspraken op zorg en de wettelijk regimes van kostenbeheersing. Op 16 mei 2000 heeft de landsadvocaat het gevraagde advies uitgebracht. Het advies is bij deze nota gevoegd.

Het advies van de landsadvocaat brengt op heldere wijze de werking van de verschillende wettelijke regelingen in beeld die van invloed zijn op de levering van AWBZ-zorg. Hiermee geeft hij, zoals gevraagd, de verhouding weer tussen de wettelijke aanspraken en de wettelijke regimes van kostenbeheersing. Zijn uiteenzetting toont op welke wijze in elk van de van toepassing zijnde wetten de balans wordt gezocht tussen enerzijds het belang van een goede gezondheidszorg en anderzijds het belang van beheerste collectieve lasten. De AWBZ bevat wettelijk afdwingbare aanspraken op zorg. Deze aanspraken zijn geclausuleerd (onder andere indicatiestelling, toestemmingsvereisten en eigen bijdragen). Tegenover de wettelijke aanspraak staat de rechtsplicht van de verzekeraar zorg te doen leveren. Deze is tegelijk gehouden de verzekering zo uit te voeren dat onnodige zorg en onnodig hoge uitgaven worden voorkomen. Terecht benadrukt de landsadvocaat dat de AWBZ een open en dynamisch karakter heeft onder meer door de in globale termen gestelde aanspraken, die voor zover de indicatiestelling daar ruimte toe biedt, de professionele zorgverlener de mogelijkheid biedt de naar zijn oordeel benodigde zorg te geven aan de patiënt. Dit karakter beperkt door ontwikkelingen aan de aanbod- zowel als de vraagkant de mogelijkheden van de overheid tot kostenbeheersing. De WZV reguleert de capaciteit van de zorgvoorzieningen om zo doelmatig mogelijk in de behoefte aan zorg te voorzien. De invulling langs de weg van prioriteitstelling op basis van beschikbare middelen voor de zorg laat onverlet dat in het stelsel van de WZV de behoefte aan zorg bepalend is. Ook de WVG is primair bedoeld om bij te dragen aan een doelmatig functionerende gezondheidszorg door binnen objectieve maatstaven tarieven door partijen tot stand te doen brengen. Kostenbeheersing is daarbij slechts één van de doelen.

De landsadvocaat concludeert dat aanspraken van verzekerden en kostenbeheersing niet altijd en per definitie met elkaar op gespannen voet staan. Maatregelen van kostenbeheersing die erop gericht zijn onnodige uitgaven te voorkomen of de instellingen te prikkelen tot doelmatig handelen hoeven geenszins aan wettelijke rechten op zorg in de weg te staan. Aan de andere kant vinden tekorten in de zorg lang niet altijd hun (enige) oorzaak in een tekort aan capaciteit of financiële middelen. De wettelijke regelingen als zodanig belemmeren de aanspraakverwezenlijking niet. Zij bevatten geen frictie tussen het belang van de zorgaanspraken en het belang van de kostenbeheersing. De spanning tussen aanspraken en kostenbeheersing kan hooguit ontstaan in en door de *toepassing* van de wettelijke instrumenten. Deze is te duiden als een frictie tussen de abstracte maatstaven ter objectivering van de behoefte aan voorzieningen en middelen en de voorzieningen die werkelijk nodig zijn voor volledige en tijdige verwezenlijking van de aanspraken van verzekerden. Dit is een vraag naar de benodigde middelen en de verdeling daarvan die niet op basis van wetgeving wordt beantwoord.

De wachtlijsten in de zorg moeten in dit licht worden gezien als uitdrukking van een te grote spanning ten opzichte van de zorgbehoefte. De toepassing van instrumenten is, zoals de landsadvocaat terecht aangeeft,

een zaak van beleid. Het kabinet heeft eerder al aangegeven zijn verantwoordelijkheid hierin te nemen en heeft concrete maatregelen getroffen om de gevolgen van de krapte in de zorg aan te pakken en de wachtlijsten in de zorg te doen verminderen.

Het advies van de landsadvocaat beschrijft de werking van het huidige instrumentarium. De conclusies van het betoog zijn relevant voor de voornemens tot wijziging van de AWBZ. Ook in de voorgestelde uitvoeringsstructuur zal een balans moeten worden gevonden tussen aan de ene kant de wettelijke aanspraken en aan de andere kant de noodzaak tot beheersing van de collectieve lasten op een zodanige wijze dat de zorg waar recht op bestaat, ook beschikbaar en toegankelijk blijft.

2.3. Beheersing in de plannen voor verandering van de AWBZ

Zicht op zorg zet kostenbeheersing neer als een van de randvoorwaarden voor de modernisering van de AWBZ. In de uitwerking daarvan stelt Zicht op zorg een begrenzing van de uitgaven voor in de vorm van een regionaal kader (financieel) voor het zorgkantoor. Dat kader is maatgevend voor de zorgcontractering en de beslissingen over in- en extensiveringen van zorgvoorzieningen in relatie tot samenhangende ontwikkelingen op terreinen als wonen, welzijn en vervoer voor zover die invloed hebben op de behoefte aan zorg. Zicht op zorg maakt daarmee als het ware een vertaling van de instrumenten die op dit moment beschikbaar zijn voor de centrale overheid naar de regionale verzekeringsuitvoering. Vraagsturing komt daarmee op het regionaal niveau tot uitdrukking. De behoefte aan zorg op regionaal niveau wordt maatgevend voor de aansturing ervan. De flexibilisering van aanspraken, het afschaffen van de contracteerplichting en de vaststelling van een regionaal financieel kader moeten daarbij de voorwaarden scheppen voor een doelmatige uitvoering van de AWBZ. Een versterkt zorgkantoor vormt met de hiervoor genoemde instrumenten een cruciaal element in een vraaggericht beheersingsinstrumentarium.

Het MDW-rapport *De ontvoogding van de AWBZ* stelt de vraagsturing op het individuele niveau van de patiënt/cliënt centraal. Het kabinet onderschrijft die keuze als principe voor de inrichting van de AWBZ-verzekering. Maar het kabinet kan niet voorbijgaan aan de vraag op welke wijze de uitgaven hierbij worden beheerst. Het MDW-rapport wijst hiervoor op de introductie van een budgettaire verantwoordelijkheid voor de uitvoering die een zorgverzekeraar via een systeem van aanbesteding op zich neemt. Dit voorstel gaat een stap verder dan het kabinet in de nota *Zicht op zorg* heeft voorgesteld. Los van de vraag naar de exacte vormgeving ervan kan worden gesteld dat op de langere termijn risicodragende uitvoering een bijdrage kan leveren aan beheersing. Voordat eventueel echter kan worden overgegaan tot een dergelijke risicodragende uitvoering, zal eerst een stevige uitvoeringsorganisatie moeten worden neergezet. Het is bovendien een reële vraag of risicodragende budgettering afdoende is. Een kostenbeheersend effect kan zoals in het systeem van de risicodragende budgettering in de ziekenfondsverzekering, optreden naarmate het zorgkantoor in lijn met een budgettaire verantwoordelijkheid beschikt over bevoegdheden en instrumenten om invloed uit te oefenen op de zorgleverantie en gepast zorggebruik. De instrumenten van vraagsturing duiden zonder nadere kaderstelling op de omgekeerde weg.

De conclusie is dat met de principiële keuze voor vraagsturing zoals beschreven in *De ontvoogding van de AWBZ*, het kabinet tegelijk kiest voor een grondige verkenning van de werking en de consequenties van het voorstel voor budgettaire beheersing. Daarbij zal het kabinet de vraag naar een effectief instrumentarium voor kostenbeheersing breed verstaan.

Naar het inzicht van het kabinet zal bij het loslaten van de instrumenten van aanbodssturing en het introduceren van vraagsturingsinstrumenten het aangrijpingspunt voor de beheersing verschuiven van het resultaat van de verzekering (de te leveren zorg) naar de toegang tot de zorg en naar doelmatige uitvoering. Centraal in dit geheel staat natuurlijk de indicatiestelling. Aan de toegang tot de zorg zitten vragen vast naar het verzekerd pakket aan zorg, de vormgeving van de aanspraken, de formulering van omslagpunten (extra-, intramuraal) en de taken en bevoegdheden van het zorgkantoor. Duidelijk is dat de ontwikkeling van vraagsturingsinstrumenten gelijk op zal moeten lopen met de ontwikkeling van een nieuw instrumentarium voor uitgavenbeheersing.

3. De uitvoeringsorganisatie

3.1. De instrumentering van de zorgkantoren

Het kabinet hecht veel waarde aan de vertaling van de voornemens van Zicht op zorg naar de taken die er voor de zorgkantoren uit voortvloeien. Het zorgkantoor zal dan ook moeten functioneren in de context van de verschuiving van de huidige aanbodbeheersing naar vraagsturing. De missie van het zorgkantoor is dan het op een cliëntgerichte wijze tot gelding brengen van de wettelijke aanspraken van burgers. Met het oog op de beheersing van uitgaven dient het zorgkantoor daarbij onnodige uitgaven te vermijden.

In zijn Eerste rapport zorgkantoren van 17 december 1998 heeft de toenmalige Ziekenfondsraad een eerste aanzet gegeven voor een beschrijving van de door zorgkantoren uit te voeren taken. In zijn op 25 mei 2000 uitgebrachte rapport *Vervolg uitvoeringstoets zorgkantoren*¹ werkt het College voor zorgverzekeringen (CVZ) dit verder uit. Het CVZ onderscheidt een viertal clusters van taken. Het gaat hierbij om:

- a. taken die samenhangen met beslissingen over concrete zorgvragen;
- b. taken die samenhangen met het waarborgen van adequate zorg;
- c. taken die samenhangen met het zorgdragen voor een adequate bedrijfsvoering, en
- d. taken die samenhangen met het zorgdragen voor een adequate verantwoording en verslaglegging.

Het kabinet is van oordeel dat de uitvoering van deze taken bij het zorgkantoor moet liggen. Alleen dan is het zorgkantoor in staat om bij te dragen aan de gewenste verschuiving van aanbodbeheersing naar vraagsturing. Kernpunt is vervolgens welke bevoegdheden het zorgkantoor nodig heeft om deze omslag daadwerkelijk tot stand te laten komen. Anders gezegd, over welk instrumentarium dient het zorgkantoor te beschikken om te bereiken dat de doelstellingen van de modernisering van de AWBZ worden verbonden met een uitvoeringsstructuur die leidt tot meer samenhang zowel in de zorg als met de aanpalende terreinen. Tegen de achtergrond van Zicht op zorg zal het zorgkantoor zijn taken die samenhangen met het waarborgen van adequate zorg moeten invullen vanuit een visie op vraaggerichte sturing van de zorg, die tegelijk oog heeft voor de doelmatigheid van de zorgverlening. Met het oog hierop zal het zorgkantoor allereerst een visie dienen te ontwikkelen op de wijze waarop het aan de zorg invulling wenst te geven. Het instrument daarvoor is het beleidsplan of de beleidsvisie. Het CVZ merkt op dat vrijwel alle zorgkantoren inmiddels daarover beschikken. Een van de hoofdproblemen waarmee zorgkantoren nu te kampen hebben is dat in sommige sectoren sprake is van een aanzienlijke zorgvraag waarop geen toereikend antwoord kan worden gegeven. Het kabinet onderkent dit probleem en heeft inmiddels voor die sectoren een aanpak geformuleerd waardoor het zorgkantoor, namens de uitvoeringsorganen van de AWBZ, invulling kan geven aan de wettelijke zorgplicht².

¹ Ter inzage gelegd bij de afdeling Parlementaire Documentatie.

² Kamerstukken II, 1999–2000, 25 170, nr. 18 en 24 170, nr. 52.

Vervolgens zal het zorgkantoor alleen dan enige sturing, in het belang van de cliënt, kunnen geven, indien het de beschikking heeft over de benodigde informatie. Het CVZ wijst daar eveneens terecht op. Ook op dit terrein zal het kabinet een extra inspanning verrichten om inzichtelijk te laten worden wat de geïndiceerde vraag, wat de beschikbare capaciteit en wat de feitelijk geleverde zorg is. Daarnaast speelt benchmarking van zorgaanbieders een rol.

Op het zorgkantoor rust de taak om er voor te zorgen dat de verzekerden hun aanspraken op zorg tot gelding kunnen brengen. Het gaat hierbij om de in artikel 6 van de AWBZ geregelde zorgplicht. De AWBZ legt in artikel 14 ook de plicht op dat de nodige maatregelen worden getroffen ter voorkoming van onnodige zorg, alsmede van andere uitgaven, welke hoger dan noodzakelijk zijn. Deze bepaling bevat in zekere zin de wettelijke opdracht te zorgen voor meer doelmatigheid in de uitvoering. In dit verband is van belang de opmerking van het CVZ dat het zorgkantoor, zolang het niets te onderhandelen heeft, ook niet kan zorgen voor meer doelmatigheid in de uitvoering. Een belangrijk hulpmiddel voor de zorgkantoren hierbij is de afschaffing van de contracteerplicht. Het CVZ voegt er echter terecht aan toe, dat zolang het beschikbare macrobudget wordt verdeeld over toegelaten aanbieders en er niet kan worden afgerekend op basis van geleverde zorg, de contracteervrijheid een lege huls is. Deze kanttekening is in lijn met het kabinetsbeleid. Het kabinet is de mening toegedaan dat vraagsturing ook mee moet brengen dat de positie van het zorgkantoor ten opzichte van de aanbieders verandert. Het zorgkantoor zal meer en meer in staat moeten worden gesteld om sturing te geven aan de zorg, zowel in kwalitatieve als in kwantitatieve zin. Dat deze verandering geleidelijk zal moeten worden doorgevoerd, spreekt overigens voor zich. De aanpak van de wachtlijsten en de inzet van extra volumegroei op basis van voorstellen van de zorgkantoren draagt bij aan die vraaggerichte sturing.

Van belang is voorts dat het zorgkantoor het instrumentarium niet alleen vindt in de AWBZ. Ook de Wet tarieven gezondheidszorg en de in dat kader te ontwikkelen beleidsregels maken het voor het zorgkantoor mogelijk de zorg beter af te doen stemmen op de behoefte van de verzekerde. Het zorgkantoor zal invulling moeten geven aan de wettelijke zorgplicht. De behoefte van de verzekerde, zoals die onder meer blijkt uit de indicatiestelling, is daarbij bepalend. Echter, de behoefte van de verzekerde is niet de enige maat voor het zorgkantoor. De aanspraken van verzekerden zijn niet onbegrensd. Zij vinden bijvoorbeeld hun begrenzing in de opdracht om er voor te zorgen dat aan de verzekerde alleen doelmatige zorg wordt verleend. Het zorgkantoor zal er dus voor dienen te zorgen dat de zorg die aan de verzekerde wordt geboden, voor de betreffende verzekerde passend is, niet te duur en niet onnodig. Dat vereist het nodige van de onderhandelingscapaciteiten van het zorgkantoor.

3.2. Juridische positie en functie van zorgkantoren

Uitvoering door zorgkantoren namens de uitvoeringsorganen AWBZ

Aan de ontwikkelingen in de huidige AWBZ is de start van de discussie over de positie en functie van de zorgkantoren verbonden. Het realiseren van zorgvernieuwing en zorg-op-maat dat een beleidsrijkere uitvoering van de AWBZ veronderstelde, vergde een duidelijker en voor alle partijen herkenbaarder uitvoeringsstructuur van die AWBZ. Tegen deze achtergrond is de toenmalige Ziekenfondsraad op 25 maart 1998 een uitvoeringstoets gevraagd over zorgkantoren. De juridische positie van de te regelen zorgkantoren neemt daarbij een belangrijke plaats in gelet op de destijds met de Kamer afgestemde ontwikkeling van een vooral administratieve uitvoering door verbindingskantoren naar een meer regisserende functie van zorgkantoren ten behoeve van afstemming in de regio¹. In het eerste rapport hierover van 17 december 1998 worden twee modali-

¹ Zie de brief aan de Tweede Kamer van 11 juli 1997 over Zorg-op-maat in de AWBZ, Kamerstukken II, 1996–1997, 25 000, nr. 72.

teiten uitgewerkt: a. rechtstreekse verantwoordelijkheid van zorgkantoren voor de uitvoering van de AWBZ; b. uitvoering door de zorgkantoren namens de zorgverzekeraars – uitvoeringsorganen AWBZ – die wettelijk verantwoordelijk blijven. De Ziekenfondsraad vroeg de minister aan te geven van welke modaliteit moest worden uitgegaan bij de verdere werkzaamheden voor de uitvoeringstoets. Op 25 augustus 1999 heeft de minister hierop gereageerd door een tussenvariant te schetsen. Deze variant gaat uit van een positie van zorgkantoren die verbonden is met de zorgverzekeraars uit het tweede compartiment – de uitvoeringsorganen AWBZ. Om elk risico in de uitvoeringspraktijk uit te sluiten is vervolgens een constructie geschetst van verplichte aanwijzing van zorgkantoren door de zorgverzekeraars en overdracht van taakuitoefening (wettelijk mandaat).

Het rapport Vervolg uitvoeringstoets zorgkantoren beschrijft op heldere wijze het ontstaan en functioneren van de huidige uitvoeringsorganisatie en draagt daardoor bij aan het begrip daarvan. Het kabinet verwijst naar die beschrijving.

Het kabinet is het eens met het CVZ dat implementatie van de voorstellen tot vraaggerichte uitvoering noodzakelijkerwijs gefaseerd moet verlopen. Het CVZ wijst hierbij op de beschikbaarheid van instrumenten die voor een dergelijke uitvoering nog moet worden ontwikkeld. Ook wijst het CVZ op de noodzaak het zorgkantoor beter toe te rusten. Het gaat dan om de eigen organisatie en het management, de bedrijfsvoering en de administratie en registratie. Vraaggerichte uitvoering stelt daar andere en zwaardere eisen aan dan uitvoering in een aanbodgericht systeem met centrale plannings- en beheersingsmechanismen.

Aansluitend op deze schets van uitwerking komt het CVZ tot een beoordeling van de uitvoeringsorganisatie. Daarbij gaat het CVZ uit van uitvoering door de zorgkantoren namens de uitvoeringsorganen AWBZ in lijn met de huidige situatie. Bij deze beoordeling kiest het CVZ voor een principiële benadering zoals dat een orgaan met centrale taken op het terrein van de wettelijke ziektekostenverzekeringen past. Het kabinet doet aan de bevindingen vanuit deze principiële optiek niets af. De constructie is inderdaad geen toonbeeld van eenvoud. Waar het om draait is een inschatting te maken van de risico's voor de uitvoering van de verzekering die de constructie met zich kan brengen. In de volgende paragraaf wordt hier op ingegaan.

Het kabinet heeft er waardering voor dat het CVZ binnen het gekozen uitgangspunt van samenhang tussen de verzekering van het eerste compartiment en die van het tweede compartiment is nagegaan of de huidige constructie van zorgkantoren de voorgestelde verandering van de AWBZ kan dragen. Met de conclusie die het CVZ trekt, kan het kabinet instemmen. Deze komt er op neer dat, gelet op de gefaseerde ontwikkeling van de modernisering, de uitvoering door de zorgkantoren namens de uitvoeringsorganen kan worden gedaan. Het CVZ geeft daarbij grenzen aan. Deze grenzen duidt het CVZ aan met een verwijzing naar de huidige instrumenten van de aanbodsuring. De feitelijke grenzen komen in zicht als ter uitwerking van vraagsturing een aan de individuele verzekerde verbonden vorm van bekostiging van zorg ontstaat. Waar deze grens wordt bereikt valt niet exact aan te geven, omdat dit afhangt van de herinrichting van de betalingsverantwoordelijkheid. De huidige complexe betaalstromen zijn door het CVZ goed in beeld gebracht. De grens is in ieder geval bereikt wanneer in het systeem een overstap wordt gemaakt naar een risicodragende budgetverantwoordelijkheid voor de uitvoerder van de AWBZ.

Het kabinet onderkent dat het onderschrijven van deze conclusie tegelijk inhoudt dat op enig moment in het moderniseringstraject de vraag naar zelfstandige positionering van zorgkantoren opkomt. Het kabinet is van mening dat die vraag op dit moment niet opportuun is. Niet alleen betreft een keuze voor zelfstandige positionering van zorgkantoren een ingrijpende verandering in ons stelsel van ziektekostenverzekeringen dat in een apart beslistraject aan de orde behoort te komen. Een versterkt zorgkantoor met bevoegdheden en instrumenten voor een doelmatige uitvoering is nu eenmaal cruciaal om de omslag naar vraagsturing te kunnen maken. Een zelfstandige positionering is daarvoor op de korte termijn niet noodzakelijk. Een fasegewijze modernisering van de AWBZ vergt zorgvuldige stappen. De stappen die het kabinet voorstelt, zijn «stelselneutraal». Dat wil zeggen dat alle opties open blijven.

Van belang is voorts dat de positie van de verzekerde in de relatie tot de verzekeraar of een andere uitvoerder van de AWBZ duidelijk is. Thans is die relatie helder. De verzekeraars die de verzekering in het tweede compartiment uitvoeren, zijn tevens de uitvoerder van de AWBZ. De verzekerde kan zich dus voor beide verzekeringen wenden tot zijn verzekeraar. De verzekeraar die het zorgkantoor mandateert voor de uitvoering van de zorginkoop is daarmee niet ontslagen van zijn verantwoordelijkheid en dient de nodige waarborgen te bieden voor een goede uitvoering van deze aan het zorgkantoor gemandateerde taken.

Vrijwillig of wettelijk mandaat

In de Vervolg uitvoeringstoets zorgkantoren wijst het CVZ op het gewrongen karakter van de door de minister geschetste constructie van wettelijk mandaat. Deze zou vanuit het oogpunt van goede wetgeving op bezwaren kunnen stuiten. Hoewel aan die bezwaren is gedacht door de mandaatverlenende zorgverzekeraars een eigen functie van aanwijzing en correctie toe te kennen, acht het kabinet deze bezwaren op zich voorstelbaar.

Het oordeel van het CVZ dat voorlopig de uitvoering kan blijven plaatsvinden door zorgkantoren op basis van enerzijds vrijwillig mandaat en machtiging naast de wettelijk gemandateerde taakuitoefening op basis van artikel 16 van de AWBZ, leidt ertoe dat een wettelijk mandaat voor de gehele AWBZ-uitvoering door zorgkantoren ook niet noodzakelijkerwijs moet worden geconstrueerd. Zoals aangegeven, heeft het CVZ de constructie op het punt van risico's tegen het licht gehouden. Het risico in de constructie zit daarin dat een van de zorgverzekeraars de uitvoering waar hij verantwoordelijk voor is, niet mandateert aan de zorgkantoren. Het CVZ stelt in dit licht de totstandkoming van een convenant tussen de zorgverzekeraars en de zorgkantoren voor. Dat vormt naar de mening van het kabinet weliswaar geen afdekking van het gesignaleerde risico, maar brengt het voldoende tijdig in beeld om maatregelen te kunnen nemen.

Ook is op te merken dat omdat wordt afgezien van een regeling van wettelijk mandaat, het ook niet langer voor de hand ligt vast te houden aan een model van aanwijzing van zorgkantoren door de zorgverzekeraars gezamenlijk. Dit diende immers alleen om de mandaatverlener invloed te geven richting de gemandateerde. Het kabinet is het eens met het CVZ dat het voorkeur verdient om de huidige regeling te blijven handhaven. Dit komt er op neer, dat het de minister van VWS is die de zorgkantoren voor een afgebakende periode voor een bepaalde regio aanwijst.

Zelfstandige vestiging van zorgkantoren

Het CVZ heeft in zijn Vervolg uitvoeringstoets zorgkantoren de voornemens uit de nota Zicht op zorg betrokken in zijn beschouwingen over de uitvoeringsorganisatie voor de AWBZ. Dit vormt een nieuw element ten

opzichte van het Eerste rapport zorgkantoren. Het CVZ heeft niet kunnen ingaan op de resultaten van de MDW-werkgroep AWBZ.

De ontvoogding van de AWBZ stelt voor wat betreft de verantwoordelijkheid voor de financiering uit te gaan van een systeem van budgetverantwoordelijkheid voor zowel de kosten van de zorg als de kosten van beheer. In lijn hiermee stelt het rapport voor af te stappen van het huidige systeem van mandaatsverlening door de verzekeraars uit het tweede compartiment. De conclusie dat budgetverantwoordelijkheid voor de uitvoering een zelfstandige uitvoering vereist, onderschrijft het kabinet zoals in het voorgaande al is aangegeven.

Het kabinet hecht er waarde aan bij deze kwestie van de zelfstandige vestiging van zorgkantoren een aantal overwegingen weer te geven die daarbij een rol spelen.

Zelfstandige vestiging van zorgkantoren betekent dat de band in de uitvoering tussen het eerste en tweede compartiment wordt doorgesneden. Dit kan consequenties hebben voor de samenhang in de verzekeringsuitvoering in beide compartimenten, bijvoorbeeld bij de transcompartimentale zorgverlening. Daarnaast is een consequentie dat de verzekerde er een verzekeraar bij krijgt. Het geheel doorsnijden van de banden tussen de uitvoering van het eerste en het tweede compartiment acht het kabinet op dit moment zeer ongelukkig. Het zou op voorhand opties in het aangekondigde debat over het stelsel afkappen. Immers, als nu wordt gekozen voor het ontkoppelen van beide compartimenten, is het op termijn samenbrengen van (delen van) die beide compartimenten feitelijk geen serieuze optie meer.

Naast deze kwesties van principiële aard rijzen er vragen die meer praktisch liggen. Als besloten zou worden tot zelfstandige vestiging van zorgkantoren, moeten vragen over een dan nieuw in te richten uitvoeringsorganisatie worden beantwoord. Het is niet zonder meer vanzelfsprekend dat de huidige zorgkantoren in die situatie de verzekering uitvoeren. Immers, de huidige zorgkantoren hebben als zodanig geen eigen rechtspersoonlijkheid. In dit opzicht zal de vraag naar de uitvoeringsorganisatie tot veel onzekerheid leiden. Te vrezen valt voor een aantal jaren inhoudelijk stilstand in het moderniseringsproces en voor risico's van stagnatie in het wegwerken van de wachtlijsten. Het besluiten tot opheffen van de huidige zorgkantorenconstructie teneinde de taken geheel bij de zorgverzekeraars te leggen zal op dit moment evenzeer tot een groot aantal vragen en een vergelijkbare onzekerheid leiden.

Zelfstandige vestiging van zorgkantoren in de lijn van het MDW-rapport betekent voorts dat we er van uitgaan dat er voldoende belangstelling is om de zorgkantorfunctie daadwerkelijk uit te oefenen. Die belangstelling zal met name worden ingegeven door de financiële voor- of nadelen die een potentiële kandidaat denkt te kunnen behalen. De MDW koppelt niet voor niets de concessieverlening aan een systeem van aanbesteding met financiële prikkels. Dit veronderstelt de beschikbaarheid van budgetten die in goede balans zijn met de potentiële behoefte aan zorg.

Alles overziend is de constatering dat we op dit moment niet toe zijn aan het maken van een definitieve keuze voor een zelfstandige vestiging van het zorgkantoor. Die keuze is, zoals ook is aangegeven in het kabinetsstandpunt op het MDW-rapport nu niet nodig. Sterker nog, hij zou op dit moment zelfs contraproductief werken in die zin dat hij de zorginhoudelijke ontwikkeling die het kabinet beoogt, eerder frustreert dan faciliteert. Het opbouwen van een zorgkantoor dat in staat is om vorm te geven aan een vraaggerichte uitvoering van de AWBZ is hoe dan ook noodzakelijk,

voorafgaand aan verdere stappen in het kader van het stelseldebat, waarbij prikkels voor doelmatige uitvoering als een belangrijk aspect aan de orde zijn.

Teneinde te komen tot een goede voorbereiding van de besluitvorming over de positie van het zorgkantoor wil het kabinet de vraag naar de zelfstandige vestiging van het zorgkantoor plaatsen in het perspectief van de brede stelseldiscussie. In het kader van die discussie is de vraag aan de orde over uitvoerings- en beheersstructuur van de verzekeringen in het tweede compartiment. De ontwikkelingen in het tweede compartiment neigen momenteel in de richting dat ook daar steeds meer sprake zal zijn van een regionale ordening van de zorg. Indien die ontwikkeling zich verder uitkristalliseert, ontstaat een infrastructuur waar de zorgverzekering van het eerste compartiment als het ware op kan inhaken.

3.3. Mededinging

Het besluit van de NMa

Op 23 maart 1998 heeft de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) van Zorgverzekeraars Nederland een aanvraag ontvangen om – voorzover nodig – op grond van artikel 17 Mededingingswet ontheffing te verlenen van het verbod van artikel 6, eerste lid, van de Mededingingswet voor de afspraak tussen de uitvoeringsorganen van de AWBZ en de daaruit voortvloeiende mandaat- en machtigingsovereenkomsten.

Artikel 6 Mededingingswet bepaalt dat overeenkomsten tussen ondernemingen, besluiten van ondernemingsverenigingen en onderling afgestemde feitelijke gedragingen van ondernemingen die ertoe strekken of tot gevolg hebben dat de mededinging op de Nederlandse markt of een deel daarvan wordt verhinderd, beperkt of vervalst, verboden is en op grond van het tweede lid van rechtswege nietig zijn.

De NMa heeft op 10 maart 2000 beslist op het verzoek van ZN. Een afschrift van dit besluit voeg ik te uwer informatie hierbij¹. De NMa komt daarin tot de conclusie dat in de huidige situatie geen sprake is van daadwerkelijke mededinging die door het stelsel van mandatering en machtiging nog merkbaar kan worden beperkt.

De uitvoeringsorganen van de AWBZ kunnen slechts voor een deel van hun activiteiten als onderneming worden beschouwd, namelijk daar waar zij zorg in natura inkopen en zij over voldoende vrijheid beschikken om met hun inkoopbeleid de prestaties van zorgaanbieders te beïnvloeden. Er wordt geen inbreuk gepleegd op het verbod van artikel 6 Mededingingswet.

Aangezien de toepassing van artikel 17 Mededingingswet afhangt van de toepasselijkheid van artikel 6 Mededingingswet, wordt de aanvraag om ontheffing afgewezen.

Consequenties van de Mededingingswet bij wijziging van de uitvoering van de AWBZ

De onderhavige casus is een teken dat de Mededingingswet steeds meer een factor van belang wordt bij de besluitvorming over de inrichting van de uitvoeringsorganisatie van de AWBZ. Daarbij dient te worden bedacht dat de Mededingingswet betrekking heeft op ondernemingen. Relevant is derhalve of de uitvoeringsorganen onderneming zijn in de zin van de Mededingingswet. Op dit moment zijn zij dat maar in beperkte mate, namelijk daar waar zij vrijheid hebben bij hun inkoopbeleid. Volgens de NMa is dat alleen het geval bij de vrijgevestigde psychiaters. Relevant is vervolgens of het stelsel voorziet in marktwerking. Gegeven de huidige wet- en regelgeving neemt de NMa aan dat er geen sprake is van daadwerkelijke mededinging die nog via de Mandaatovereenkomst merkbaar kan worden beperkt. De NMa ziet dan ook geen strijdigheid van de huidige constructie met de Mededingingswet. De NMa voegt er aan toe

¹ Ter inzage gelegd bij de afdeling Parlementaire Documentatie.

dat dit in de toekomst anders kan worden, indien in het eerste compartiment ruimte wordt gecreëerd voor marktwerking dan wel voor marktconforme financiële prikkels.

Hierna worden vanuit de invalshoek van de mededinging de consequenties beschreven van veranderingen in de uitvoering van de AWBZ.

In de huidige situatie worden de uitvoeringsorganen van de AWBZ volgens de NMa slechts voor een deel van hun activiteiten als onderneming beschouwd, namelijk daar waar zij zorg in natura inkopen en zij over voldoende vrijheid beschikken om met hun inkoopbeleid de prestaties van zorgaanbieders te beïnvloeden. Het zorgkantoor heeft slechts een beperkt instrumentarium om tegenwicht te bieden aan de zorgaanbieders. Het voornemen is om in deze situatie verandering aan te brengen. In Zicht op zorg is voorgesteld de contracteerverplichting op te heffen. Indien de contracteerplicht feitelijk is afgeschaft, ontstaat een situatie, waarbij aan de zijde van de aanbieders mogelijkheden voor marktwerking worden geïntroduceerd. In vergelijking met de situatie waarop het besluit van de NMa betrekking had, betekent dat een verandering. Immers, voor de uitvoeringsorganen van de AWBZ ontstaat beleidsvrijheid bij het inkoopbeleid. Het is mogelijk dat in die situatie de NMa zal concluderen dat uitvoeringsorganen ondernemingen zijn in de zin van de Mededingingswet. Daarbij zal de NMa ook andere relevante factoren betrekken, zoals de vrijheid van tariefstelling/budgettering en het toelatingsbeleid ten opzichte van instellingen.

De vraag die zich vervolgens voordoet, is of dan de constructie waarbij uitvoeringsorganen op basis van vrijwillige machtiging en mandatering met zorgkantoren overeenkomen dat deze namens hen de AWBZ uitvoeren, uit mededingings oogpunt houdbaar blijft. In dit verband zij verwezen naar het betoog van de NMa over de vrijgevestigde psychiaters.

Ten aanzien van vrijgevestigde psychiaters is sinds 1992 geen contracteerplicht meer voorgeschreven, en zijn de vaste tarieven vervangen door maximumtarieven. De NMa merkt op dat in beginsel daardoor een marge ontstaat voor onderhandelingen, en daarmee voor concurrentie op het vlak van kwaliteit en tarieven. Met andere woorden, op het terrein van de vrijgevestigde psychiaters opereren de uitvoeringsorganen als onderneming in de zin van de Mededingingswet. De NMa behandelt vervolgens de vraag of de vrijwillige mandaatsconstructie van zorgkantoren leidt tot strijdigheid met het verbod van artikel 6 van de Mededingingswet.

De NMa stelt vast dat op het beperkte gebied van de vrijgevestigde psychiaters de potentiële winst die voor de uitvoeringsorganen door een scherp inkoopbeleid te behalen valt, relatief klein is. Ook stelt de NMa vast dat binnen het huidige stelsel van de AWBZ iedere economische drijfveer om de geboden onderhandelingsvrijheid daadwerkelijk te benutten, ontbreekt. Immers, de zorgverzekeraars zijn in hun hoedanigheid van uitvoeringsorgaan AWBZ niet gebudgetteerd voor de verstrekkingen. De uitvoeringsorganen, noch de zorgkantoren hebben er economisch belang bij dat de zorgkantoren bij het contacteren van psychiatrische hulp andere criteria hanteren dan de uitvoeringsorganen afzonderlijk zouden doen. De NMa concludeert daaruit dat er voorshands geen grond is om aan te nemen dat de bundeling van inkoop door de uitvoeringsorganen via de zorgkantoren leidt tot een zodanige wijziging van het inkoopbeleid, dat hiervan een merkbare invloed op de mededingingsverhoudingen zou uitgaan.

Het besluit van de NMa laat zien dat er voor de beantwoording van de vraag of de vrijwillige mandaatsconstructie in strijd is met de Mededingings-

wet, een omslagpunt ligt bij de risicodragende budgettering van de uitvoeringsorganen. Deze constructie is dan een afspraak die de mededinging beperkt, derhalve in strijd met artikel 6 van de Mededingingswet en op die grond van rechtswege nietig.

Indien de AWBZ de uitvoering wettelijk opdraagt aan risicodragende zorgkantoren, doen zich de bovenaangeduide problemen niet voor. De uitvoering geschiedt dan op basis van een wettelijke opdracht. Een dergelijke uitvoering leidt niet tot strijd met de Mededingingswet respectievelijk het EG-verdrag. Immers hier is geen sprake van een mededingingsbeperkende situatie. Uiteraard geldt ook hier weer dat de zorgkantoren geen misbruik mogen maken van hun machtspositie. Openbare aanbesteding of een andere vorm van het bieden van transparantie bij de zorginkoop biedt ook dan uitkomst. Voor dit laatste valt te denken aan gedragsregels, bijvoorbeeld op basis van goed verzekeraarschap, die kenbaar maken hoe er zal worden gecontracteerd. Op de kwestie van risicodragende zorgkantoren is ingegaan in paragraaf 3.2.

3.4. Toezicht op de uitvoering van de AWBZ

Toezicht op de zorgkantoren

Zoals in paragraaf 2.1. is weergegeven vormt toezicht één van de kernaspecten van een wettelijke verzekering. De CTU is verzocht in te gaan op de vraag of de voorgestelde regeling van zorgkantoren voldoende basis biedt om tot een oordeel over de uitvoering van de AWBZ te komen. Met haar brief van 26 juni 2000 reageert de CTU hierop. Deze brief is bij deze nota gevoegd.¹

De CTU heeft haar werkzaamheden afgestemd op die van het CVZ en de Vervolg uitvoeringstoets van het CVZ als één van de uitgangspunten genomen. Dit houdt in dat de CTU de vraag naar toezicht stelt in het licht van de uitvoeringsorganisatie die het CVZ schetst en niet ten opzichte van de voorgestelde constructie van zorgkantoren in de brief van de minister van VWS van 25 augustus 1999. Dit is een adequate aanpak. Immers in deze nota wordt van dat voorstel afstand genomen.

De CTU heeft haar oordeel in een aantal conclusies neergelegd. De CTU geeft terecht aan dat omdat de uitvoeringsorganen AWBZ verantwoordelijk zijn voor de uitvoering, zij het object van toezicht vormen. Zij zijn ook de organen die de CTU moet aanspreken als de CTU besluit tot corrigerende maatregelen als het gaat om taken die het zorgkantoor op basis van machtiging en mandaat uitvoert namens de uitvoeringsorganen. Voor de taken die wettelijk zijn opgedragen aan de zorgkantoren (op basis van het Administratiebesluit bijzondere ziektekostenverzekering) is rechtstreeks toezicht geregeld. Dit geldt eveneens voor taken die in het kader van subsidieverlening door het CVZ aan de zorgkantoren zijn gedelegeerd. De conclusie dat slechts van indirect toezicht sprake is, geldt derhalve alleen voor de taken die gemandateerd worden uitgeoefend. Daarbij hecht het kabinet eraan te benadrukken dat het indirecte karakter van het toezicht betrekking heeft op het niet rechtstreeks aanspreken van zorgkantoren. De wet biedt de toezichthouder alle mogelijkheden om zich rechtstreeks van alle informatie van zorgkantoren te voorzien die voor het toezicht noodzakelijk is, alsook om ter plekke onderzoek in te stellen. De informatieplicht en de onderzoeksmogelijkheden bieden de toezichthouder de basis om tot oordeelsvorming over de uitvoering te komen.

De CTU geeft aan dat in de huidige situatie het toezicht op de uitvoering van taken door de zorgkantoren werkbaar is gebleken. Zoals ook het CVZ dat doet in zijn Vervolg uitvoeringstoets zorgkantoren wijst de CTU in het licht van de voorgenomen wijzigingen van de AWBZ hierbij op de grenzen die de aanbodregulering stelt aan de uitvoering van de AWBZ. Op dit

¹ Ter inzage gelegd bij de afdeling Parlementaire Documentatie.

moment doen zich door de aanbodsturinginstrumenten vrijwel geen risico's voor.

De al dan niet rechtstreekse aanspreekbaarheid van zorgkantoren hangt direct samen met de verantwoordelijkheid voor de uitvoering. In paragraaf 3.2 is aangegeven dat het kabinet op dit moment niet kiest voor een zelfstandige positionering van zorgkantoren. Het kabinet ziet in de conclusies van de CTU de bevestiging dat toezicht op de huidige uitvoeringsorganisatie mogelijk en werkbaar is. Wel gaat de CTU hierbij uit van de voorwaarden van aanbodsturing.

De CTU wijst, zoals ook het CVZ doet, op de gevolgen die voortvloeien uit het loslaten van de instrumenten van aanbodsturing. De veranderingen in de AWBZ als gevolg van de omslag naar vraagsturing kunnen naar de mening van de CTU de toepassing van het indirecte toezicht op de zorgkantoren minder adequaat maken. Met name de omstandigheid dat 31 zorgkantoren zich over de kosten per verzekerde moeten verantwoorden via circa 70 uitvoeringsorganen AWBZ, weegt daarbij voor de CTU zwaar. Gezien het feit dat de voornemens tot modernisering hoofdlijnen voor beleid betreffen, kan de CTU niet aangeven op welk moment de risico's in de uitvoering zodanig worden dat niet langer kan worden volstaan met indirecte aanspreekbaarheid in het kader van toezicht. De suggestie van de CTU om bij concrete aanpassingen van de AWBZ opnieuw in de gelegenheid te worden gesteld een oordeel te geven over de toezichtaspecten van de AWBZ-uitvoering neemt het kabinet over.

De CTU stelt voorts dat wanneer het wetsvoorstel Instelling College van toezicht op de zorgverzekeringen¹ van kracht wordt, het door haar geschetste indirecte toezicht minder adequaat is. Zij is van mening dat zolang verantwoordingsinformatie op verzekerdeniveau ontbreekt, een rechtmatigheidsverklaring per uitvoeringsorgaan, zoals het wetsvoorstel beoogt, niet mogelijk is. Het kabinet heeft begrip voor de vrees van de CTU. Het wil er echter ter verduidelijking op wijzen dat de essentie van de nieuwe manier van verantwoorden en toezichthouden is dat het nieuwe College toezicht beoordeelt of de wijze waarop de uitvoeringsorganen hun verantwoordingsplicht en de daarbij behorende controleactiviteiten, op de juiste manier uitvoeren. Het kabinet meent dat voor een afgestemde opbouw van de controle en verantwoordingsstructuur, goede technische oplossingen beschikbaar zijn. In samenspraak met de CTU zal worden bezien welke oplossingen bijdragen aan een efficiënte werkwijze, die het tevens mogelijk maakt voor het nieuwe College toezicht een rechtmatigheidsverklaring per uitvoeringsorgaan op te stellen.

Toezicht op de indicatiestelling

Een afzonderlijke kwestie vormt het toezicht op de indicatiestelling die is opgedragen aan de Regionale Indicatieorganen (RIO's). Het CVZ beveelt in zijn uitvoeringstoets aan de indicatieorganen binnen de toezichten verantwoordingsstructuur van de AWBZ te brengen. Reden hiervoor ziet het CVZ in het bindend karakter van de indicatie waaraan financiële consequenties voor de zorg zijn verbonden. Ook de CTU werpt een aantal vragen op over toezicht op de RIO's.

Indertijd is er bewust voor gekozen de indicatiestelling onder te brengen bij de gemeenten. Daarbij speelden de gekozen uitgangspunten onafhankelijk objectief en integraal een belangrijke rol. Mede op aandringen van de patiënten/cliënten-beweging is het beleid er op gericht de indicatiestelling zo te organiseren dat deze plaatsvindt zonder directe betrokkenheid van de aanbieders en verzekeraars van zorg. Minstens zo belangrijk is het streven naar integraliteit. AWBZ-zorg staat voor de individuele cliënt nimmer geïsoleerd. AWBZ-zorg raakt telkens weer aan andere voor de cliënt relevante levenssterreinen zoals wonen, werken, welzijn en vervoer.

¹ Kamerstukken II, 1999–2000, 27 038.

Om deze redenen is er expliciet voor gekozen de indicatiestelling bij de gemeenten onder te brengen. Dit vergroot èn de onafhankelijkheid èn de door de cliënt gewenste integrale aanpak. Een aanpak die past bij het streven naar vraaggestuurde zorg.

Geluiden dat het toezicht op de indicatieorganen niet goed geregeld lijkt, zijn eerder naar voren gebracht. In de brief over «Indicatiestelling nieuwe stijl» van 31 mei jl. is ook ingegaan op de toezichtkwesitie. Met de Inspectie voor de gezondheidszorg zal de regeling van het toezicht worden gezien. De gekozen lijn houdt in dat de Inspectie zich richt op de procesgang, de beschikbaarheid van voldoende inhoudelijke deskundigheid en de toepassing van de vastgestelde protocollen bij de RIO's. Het toezicht op de organisatie van de uitvoering berust bij de gemeenten. Met het CVZ en de CTU onderschrijft het kabinet het belang van toezicht op de RIO's. Door het toezicht op bovengescreven manier te organiseren zijn volgens het kabinet voldoende garanties voor een adequaat toezicht voor handen.

4. Conclusies over het zorgkantoor

De verantwoordelijkheid voor de uitvoering van de AWBZ ligt thans bij de verzekeraars die ook de verzekering voor het tweede compartiment uitvoeren. Dit betekent voor de verzekerde dat hij slechts met één verzekeraar te maken heeft. Uit zorginhoudelijk oogpunt biedt dit het voordeel van een goede afstemming van de zorg die de onderscheiden verzekeringen dekken.

De in het MDW-rapport voorgestelde vergroting van de vraagsturing door de verzekerde in de vorm van invoering van persoonsvolgende budgetten en uitbreiding van de subsidieregelingen voor persoonsgebonden budgetten nopen niet tot een aanpassing van deze uitvoeringsstructuur. De uitvoeringstoets van het CVZ bevat geen aanwijzingen dat de huidige vrijwillige mandaatsconstructie niet langer houdbaar zou zijn. Ook de toezichthouder bevestigt dat vooralsnog met de huidige uitvoeringsorganisatie kan worden gewerkt. Tenslotte oordeelt de NMa dat zorgkantoren belast kunnen blijven met de uitvoering van de AWBZ. Gegeven de bovenstaande oordelen kiest het kabinet ervoor uit te blijven gaan van de huidige uitvoeringsorganisatie.

De MDW-werkgroep geeft aan dat vergroting van de mogelijkheden voor vraagsturing aanpassingen in de regelgeving vergt. Deze hebben onder meer betrekking op het buiten werking stellen van de bepalingen inzake de contracteerplicht voor de verzekeraars, de ontwikkeling van een systeem van kostprijzen voor zorg onder gelijktijdige afschaffing van de budgetgaranties voor de instellingen en een verruiming van de mogelijkheden voor toetreding van nieuwe zorgaanbieders. Verschillende van deze elementen zijn eerder als voornemen in de nota Zicht op zorg naar voren gebracht. Het versterken van het zorgkantoor is een eerste prioriteit van het kabinet.

Deze maatregelen komen neer op het verminderen en aanpassen van aanbodregulering. Daarmee zal het huidig beheersingsinstrumentarium verdwijnen of worden afgezwakt. Dat plaatst de overheid voor de vraag langs welke weg voldoende waarborgen kunnen worden geboden om, met handhaving van de bepleite consumentensoevereiniteit, een beheerste ontwikkeling van de collectieve middelen te realiseren teneinde de zorg beschikbaar en toegankelijk te houden. Immers, dat de overheid het tot zijn verantwoordelijkheid moet rekenen zowel oog te hebben voor het belang van een goede gezondheidszorg als voor het belang van beheerste uitgaven, geeft de landsadvocaat aan in zijn advies.

De geleidelijke vervanging van aanbodsturing door een systeem van vraagsturing vergt een ruime invoeringstermijn. Het streven is door aanpassingen in de regelgeving de vernieuwing in de zorg adequate ruimte te geven. Daarbij gaat het om de inhoud van de zorg, maar ook om de organisatie, onder meer door nieuwe toetreders. Van belang is dat bij die vernieuwing een afstemming van de zorg tot stand komt met andere niet-AWBZ-voorzieningen om optimaal tegemoet te komen aan de behoeften van verzekerden. Parallel aan deze ontwikkeling moeten aanvullende beheersingsinstrumenten worden ontwikkeld.

Voor een goed verloop van dit proces is een sterke uitvoeringsorganisatie een vereiste. Dat brengt met zich dat de zorgkantoren moeten worden toegerust om de gewenste uitvoeringstaken naar behoren te kunnen vervullen. Deze goede taakuitoefening is niet alleen voor de toekomst nodig voor de gewenste modernisering, maar ook in de huidige situatie om bij te dragen aan het adequaat realiseren van zorgverlening teneinde de wachtlijsten in de zorg weg te werken. Tegelijk zal de incentive-structuur voor het zorgkantoor worden versterkt via visitatie en benchmarking. Voor de langere termijn is de risicodragende uitvoering een optie.

De vraag of een zelfstandige positionering van de zorgkantoren gewenst of misschien zelfs noodzakelijk is, kan op zich los worden gezien van de geschetste voorbereidingen voor het realiseren van een vraaggestuurde AWBZ. Een antwoord op die vraag hoeft nu dan ook niet te worden gegeven. Nu een antwoord op die vraag forceren is in de ogen van het kabinet contraproductief voor de gewenste modernisering van de AWBZ. Het versterken van het zorgkantoor is een noodzakelijke voorwaarde om na het stelseldebat een echte vervolgstap te kunnen zetten.