



Aan de Koningin

Kenmerk
Z/VU-2326865

Den Haag
21 oktober 2002

Nader rapport inzake het ontwerp van een algemene maatregel van bestuur, houdende hernieuwde vaststelling van de aard, inhoud en omvang van de zorg waarop aanspraak bestaat ingevolge de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en wijziging van andere besluiten in verband daarmee (Besluit zorgaanspraken AWBZ)

Blijkens de mededeling van de Directeur van Uw Kabinet van 5 juli 2002, no. 02.003163, machtigde Uwe Majesteit de Raad van State zijn advies inzake het bovenvermelde ontwerp van een algemene maatregel van bestuur rechtstreeks aan mij te doen toekomen. Dit advies, gedateerd 27 september 2002, nr. W13.02.0280/III, bied ik U hierbij aan.

1. Vraagsturing en concurrentie zijn geen synoniemen. Het feit dat er een tekort aan capaciteit en nog geen serieus concurrentieel aanbod is, wil nog niet zeggen dat daarom geen vraaggericht systeem, dat de verzekerde meer keuzevrijheid, meer keuzemogelijkheden en meer zeggenschap geeft, kan worden ingevoerd. Meer keuzevrijheid wordt onder meer bereikt doordat de verzekerde met een indicatiebesluit in functies vrij kan kiezen welke geïndiceerde functie hij van welke zorgaanbieder betreft. Het invoeren van functiegericht omschreven zorg waarop aanspraak bestaat en het laten vervallen van de schotten tussen de thans nog onderscheiden sectoren, biedt de verzekerde, ook bij een op dit moment nog beperkte capaciteit - meer kans op vergroting van de keuzemogelijkheden dan in geval er sprake blijft van een aanbodgericht systeem. De aanbieders kunnen immers op elkaars terrein zorg aanbieden. Deze flexibiliteit maakt een betere en efficiëntere inzet van zorg mogelijk.

Daarnaast faciliteert de functionalisering de invoering van een AWBZ-brede (exclusief behandeling en verblijf) regeling persoonsgebonden budget (PGB). Een verzekerde met een PGB kan zelf bepalen bij wie en op welke momenten hij zorg inkoop. Ook langs deze weg worden derhalve de keuzevrijheid, keuzemogelijkheden en de zeggenschap van de verzekerde vergroot.

De veronderstelling van de Raad dat het voorliggende besluit niet zal leiden tot capaciteitsvergroting, behoeft nuancering. Door te werken met losse functies kunnen per functie of combinatie van functies allerlei soorten nieuwe aanbieders toetreden, hetgeen in het huidige instellingsgerichte systeem niet mogelijk is. Deze nieuwe zorgaanbieders kunnen niet toetreden als het huidige aanbodgerichte systeem gehandhaafd blijft. Het

ontwerpbesluit, dat bewerkstelligt dat het zorgaanbod op basis van de inhoudelijke functies van zorg niet meer wordt belemmerd door schotten in de AWBZ of de instellingsgerichte financiering, faciliteert ook meer dan het huidige aanbodgerichte systeem een samenhangend en voldoende zorgaanbod.

Overigens is de veronderstelling van de Raad dat de AWBZ-instellingen, zoals verpleeghuizen, op dit moment slechts intramurale zorg mogen verlenen niet juist. De mogelijkheid om extramurale zorg te verlenen, is reeds ingevoerd per 1 januari 1998 voor de zorg op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg¹, per 1 januari 1999 voor de zorg op het terrein van de verstandelijk gehandicaptenzorg², per 1 januari 2001 voor de zorg op het terrein van de verpleging en verzorging³ en per 1 januari 2002 voor de overige gehandicaptenzorg⁴. Tot nu toe is niet gebleken dat instellingen als gevolg van het al langer kunnen leveren van extramurale zorg, minder bereid zijn om intramurale zorg te leveren. Ik zie dan ook geen reden te vrezen dat met de inwerkingtreding van dit besluit deze bereidheid zal afnemen.

De uitgangspunten van de modernisering van de AWBZ worden in Nederland breed gedragen. Dit is mij recent nog weer gebleken in de kennismakingsgesprekken die ik heb gevoerd met de patiëntenorganisaties, koepels van zorgaanbieders, Zorgverzekeraars Nederland, indicatieorganen en gemeenten.

2. In de toelichting op het ontwerpbesluit ontbreekt een financieel overzicht omdat daartoe geen aanleiding bestaat. Immers, de maatregel beoogt niet de aanspraken van verzekerden uit te breiden dan wel te beperken. Ditzelfde geldt voor de kosten die daarmee gemoeid zijn. Het openeindekarakter van de AWBZ staat overigens los van de modernisering, maar is inherent aan het verzekeringskarakter van de AWBZ. Het recht van de verzekerde op zorg is verankerd in artikel 6, eerste lid, van de AWBZ. Dat dit recht op zorg er is, is overigens bevestigd in verschillende rechterlijke uitspraken in de afgelopen jaren en is door dit kabinet nog eens uitdrukkelijk onderstreept in het Strategisch Akkoord.

In het ontwerpbesluit was in artikel 27 opgenomen dat de AWBZ-instellingen onder de werking van het Besluit werkingssfeer maximumtarieven WTG werden gebracht. Om te komen tot een maximumtarief per functie redeneerde het College tarieven gezondheidszorg (CTG) dat daartoe de huidige producten onder de nieuwe functies zouden kunnen worden geharmoniseerd. Om daarbij ook het duurste product haalbaar te doen zijn, zou het maximumtarief gelegd moeten worden op het duurste tarief. Het CTG wees daarbij op een aanzienlijke kostenstijging indien zorgaanbieders en zorgkantoren zoveel mogelijk op dat maximumtarief zouden gaan zitten. Deze redenering van het CTG heeft het kabinet aanleiding gegeven te besluiten om een onderzoek te laten verrichten naar de totstandkoming van de juiste tarieven voor de te leveren prestaties. Bij dit onderzoek, dat interdepartementaal zal worden begeleid, zal externe expertise betrokken worden. In afwachting van de resultaten van dit onderzoek, zal de huidige bekostigingssystematiek worden gehandhaafd. Daarmee vervalt het belang van het op dit moment opnemen van onderdeel 1 van artikel 27 van het ontwerpbesluit, zoals dat aan de Raad is voorgelegd. De conclusie van het CTG en de opmerkingen van de Raad hebben het kabinet dan ook aanleiding gegeven dat onderdeel van artikel 27 thans uit het ontwerp te schrappen. In verband daarmee is ook artikel 37 aangepast.

3. De samenhang tussen de verschillende trajecten in het kader van de modernisering AWBZ is vanaf het begin een belangrijk aandachtspunt geweest. Daarom wordt tweemaal per jaar aan de Tweede Kamer der Staten-Generaal over de voortgang gerapporteerd in het kader

¹ Stb. 1997, 508.

² Stb. 1998, 626.

³ Stb. 2000, 221.

⁴ Stb. 2001, 543.

van het groot project modernisering AWBZ. De derde voortgangsrapportage heb ik op 18 september 2002⁵ aan de Tweede Kamer aangeboden. In die brief heb ik ook aandacht besteed aan de behoefte van de bij de zorgregistratie⁶ betrokken instanties aan verduidelijking van de samenhang tussen de verschillende trajecten en de fasering daarvan⁷. Het belang van de samenhang tussen alle aanpalende trajecten wordt door alle partijen onderkend. Dat heeft geleid tot de afspraak zorg te dragen voor een verantwoorde invoering van de modernisering van de AWBZ. Bovendien is de afspraak gemaakt om het bestaande Convenant dat op 13 maart 2001 is afgesloten tussen mijn ambtsvoorganger, Zorgverzekeraars Nederland en het College voor zorgverzekeringen (CVZ), aan te passen⁸. Dat Convenant heeft onder meer tot doel zorg te dragen voor duidelijkheid over de taken en verantwoordelijkheden van de zorgkantoren in relatie tot de beheerskosten.

Het CVZ merkt in zijn rapport van 28 maart 2002⁹ slechts op dat een goede afstemming tussen het traject van de modernisering AWBZ en de Wet exploitatie zorginstellingen (WEZ) nodig is als de WEZ met ingang van 1 januari 2003 in werking treedt. Als de WEZ niet per 1 januari 2003 in werking treedt, hetgeen op dit moment de verwachting is, gelden de huidige regels op basis van de Wet ziekenhuisvoorzieningen, zo stelt het CVZ. Het CVZ merkt op dat het kennelijk de bedoeling is voor de verblijfsfunctie in de nieuwe toelatingsbeschikkingen een doelgroep op te nemen. Het CVZ stelt dat de te wijzigen regelgeving op grond van de WZV daartoe een wettelijke grondslag moet bieden. Dit gebeurt in het onderhavige besluit door wijziging van het Besluit aanwijzing inrichtingen Wet ziekenhuisvoorzieningen.

De reden waarom in de brief van 15 juli 2002 aan de Tweede Kamer¹⁰ afzonderlijk aandacht is besteed aan het bekostigingssysteem op het terrein van de gehandicaptenzorg is dat er in 2003 voor deze zorg een nieuw bekostigingssysteem wordt ingevoerd, waarover ook periodiek met de Tweede Kamer wordt overlegd. Invoering van een nieuwe bekostigingssystematiek speelt niet in de andere sectoren.

Het ontwerpbesluit regelt niet slechts een nieuwe omschrijving van de AWBZ-aanspraken maar omvat tevens alle wijzigingen die in de aanpalende regelgeving nodig zijn om het functiegerichte systeem op de datum van inwerkingtreding verantwoord te laten werken. In de nota van toelichting bij het ontwerpbesluit wordt op al die samenhangende maatregelen ingegaan. De nota van toelichting omvat een paragraaf waarin wordt ingegaan op een verantwoorde uitvoering op het moment van inwerkingtreding. Tevens wordt in de nota van toelichting ingegaan op de beoogde werking van het systeem op de langere termijn.

4. Het CVZ stelt in zijn rapport van 28 maart 2002 dat alle partijen, cliënten, aanbieders en verzekeraars achter de plannen met betrekking tot de modernisering van de AWBZ staan¹¹. Van het aanbod van het CVZ om de toelichtingen op de artikelen te verbeteren zodat deze voldoende onderscheidend zijn, is reeds bij het opstellen van het ontwerpbesluit zoals dat aan de Raad voor advies is voorgelegd, gebruik gemaakt. Ook met de overige opmerkingen van het CVZ is in het ontwerpbesluit en de nota van toelichting rekening gehouden.

Het CTG spreekt een voorkeur uit voor landelijke sturing op het niveau van producten in plaats van functies. In het eindmodel van de functiegerichte benadering is hiervoor evenwel expliciet niet gekozen, onder andere vanwege de grote inflexibiliteit en grote bureaucratie ervan en de geringe mogelijkheden in te springen op de vraag van de verzekerden. Bij de functiegerichte benadering wordt uitgegaan van landelijke sturing op het globale niveau van

⁵ Kamerstukken II 2002/03, 26 631, nr. 24.

⁶ Kamerstukken II 2002/03, 26 631, nr. 23, blz. 5.

⁷ Kamerstukken II 2002/03, 26 631, nr. 24, blz. 9.

⁸ Kamerstukken II 2002/03, 26 631, nr. 24, blz. 7.

⁹ Publicatienummer 89, blz. 48 en 49.

¹⁰ Kamerstukken II 2001/02, 26 631 en 25 657, nr. 22.

¹¹ Rapport nr. 89, blz. 53.

functies en de mogelijkheid van regionale of lokale invulling op het niveau van producten. Het is dus niet zo dat, zoals de Raad uit de toelichting leest, er uiteindelijk geen verschil zal zijn met de huidige situatie. Er is immers straks geen gedetailleerde centrale sturing via de aanspraken meer. De toelichting is in deze zin aangepast.

Door het invoeren van functiegerichte aanspraken ontstaat voor verzekerden, zorgaanbieders en zorgverzekeraars de ruimte om het pakket aan zorg voor een individuele verzekerde nader in te vullen en de te leveren zorg soepel aan te passen aan de maatschappelijke ontwikkelingen. Bovendien kunnen verzekerden voor vijf van de zeven functies altijd kiezen voor een PGB.

Aanbieders worden straks alleen betaald voor de zorg die ze daadwerkelijk leveren. Zij hebben er daarom belang bij een zorgpakket te bieden waar vraag naar is. Het zorgkantoor is gehouden daarop te letten en zal slechts die zorg contracteren die door verzekerden wordt gevraagd. Verzekerden hebben immers recht op zorg waarop zij gezien hun behoefte – binnen de grenzen van doelmatigheid - zijn aangewezen.

5. De uitvoeringstoetsen en de contacten met de betrokken organisaties hebben mij doen besluiten tot een fasering in de implementatie, zoals in de nota van toelichting op het ontwerpbesluit is aangegeven. Terecht vestigt de Raad van State de aandacht op een aantal onderwerpen die bij indiening van het ontwerp besluit bij die Raad nog uitwerking - zij het niet in dat besluit - behoeft. De werkzaamheden zijn tijdens de periode van behandeling van het ontwerpbesluit door de Raad echter niet stil gezet. Er is in de tussentijd hard gewerkt. De gefaseerde implementatie en de voorbereidende werkzaamheden houden in hoofdzaak het volgende in.

- a. De klassenindeling is gereed. Deze zal worden opgenomen in de nieuwe PGB-regeling en onderdeel vormen van het protocol indicatiestelling.
- b. Er is gekozen voor handhaving van het huidige bekostigingssysteem in 2003, dat wil zeggen handhaving van het systeem van instellingsbudgettering, met productieafspraken op basis van de bestaande CTG-producten. Voor de extramurale zorg komt een nieuwe AWBZ-brede beleidsregel zodat ontschot zorg kan worden verleend. Dit geeft alvast meer keuzemogelijkheden.
- c. De PGB-regeling in 2003 bevat dezelfde omslagpunten als de bestaande PGB-regelingen (in beginsel maximaal € 300 per dag). Voor de naturazorg is een doelmatigheidscriterium in het ontwerpbesluit ingevoerd (artikel 2, derde lid). In de te ontwikkelen nieuwe bekostigingssystematiek zal ook worden gezien hoe omslagpunten in de tarieven kunnen worden verwerkt.
- d. Er is door mijn ministerie een conversietabel opgesteld om de functies te vertalen in de huidige producten. Deze conversietabel zal bij het regionaal indicatieorgaan worden toegepast. In dat kader vindt dus de conversie plaats. Van twee registratiesystemen, zoals de Raad stelt, is dus geen sprake.
- e. Er is een scholingstraject voor de indicatiestellers in gang gezet, zodat zij goed voorbereid zijn op het indiceren in functies. Dat traject loopt van medio november 2002 tot medio maart 2003.
- f. Er is een protocol en een formulierenset voor de functiegerichte indicatiestelling opgesteld.
- g. Over de beheerskosten voor 2003 is overeenstemming bereikt met Zorgverzekeraars Nederland. De beheerskostenregelingen zullen binnenkort worden getroffen.
- h. De subsidieregeling voor het nieuwe PGB is in concept gereed. Nadat het CVZ daarover eind oktober heeft gerapporteerd, zal deze worden vastgesteld.
- i. De nieuwe indicatiestelling, het nieuwe PGB en de klassen met de daarbijbehorende waarden zijn in modeltrajecten getest. Thans zijn modeltrajecten voor de zorg in natura gestart.
- j. De afgelopen maanden is door een extern bureau een risico-analyse op de implementatie van de modernisering AWBZ uitgevoerd. Hieruit blijkt dat met name de invoering van de

functiegerichte indicatiestelling en in het verlengde daarvan de automatisering (berichtenverkeer) onder tijdsdruk staan.

k. Het afgelopen voorjaar zijn door het hele land voorlichtings- en discussiebijeenkomsten geweest.

l. Al geruime tijd bestaat de site www.OpKopZorg.nl, waarin alle informatie over de modernisering van de AWBZ is te vinden, ook zaken als formulierensets voor de indicatiestelling alsmede antwoord op de meest gestelde vragen.

Inmiddels is duidelijk dat vooralsnog de uitkomsten van overleg (uvo's) en de modelovereenkomsten niet worden afgeschaft. Het daartoe strekkende wetsvoorstel is immers nog niet bij de Tweede Kamer ingediend. Er kan dus gestart worden met het opstellen van uvo's of modelovereenkomsten.

In de nota van toelichting is niet expliciet ingegaan op alle aarzelingen die op het moment van het opstellen van het ontwerpbesluit door het CVZ en het CTG naar voren zijn gebracht. Bewust is gekozen voor een oplossingsgerichte benadering, die ook is verwoord in paragraaf 3 van de nota van toelichting en die er op is gericht steeds over de gewenste voortgang van het traject te blijven overleggen met alle partijen, die immers voorstander zijn van de modernisering van de AWBZ. Deze benadering en de daarbij gekozen prioritering en fasering van het traject heeft er onder andere in geresulteerd dat het CVZ op 14 juni 2002¹² heeft laten weten dat de implementatie met ingang van 1 januari 2003 verantwoord kan plaatsvinden.

Ik kan thans niet overzien op welke tijdstip het overgangsregime zou kunnen eindigen. De aanbeveling van de Raad op dit punt heb ik daarom niet overgenomen.

Voorts merkt de Raad terecht op dat de verzekerde tijdens het overgangsregime niet met twee bijdrageregimes te maken moet krijgen. Dat is ook niet het geval. Geregeld is dat tijdelijk het oude bijdragesysteem voor verpleging en verzorging van toepassing blijft. Dit geldt zowel voor verzekerden op wie de oude aanspraken als voor verzekerden op wie de nieuwe functies van toepassing zijn. Verder gelden de bestaande anticumulatiebepalingen van het Bijdragebesluit zorg. Indien een verzekerde of zijn partner de bijdrage voor verblijf verschuldigd is, wordt geen bijdrage voor de verpleging of verzorging thuis betaald.

Met betrekking tot de toelatingen heeft het CVZ op 30 augustus 2002 meegedeeld dat het CVZ in september 2002 een ontwerpbeschikking zal maken, waarin per categorie van toelatingen een omzetting zal plaatsvinden naar de nieuwe situatie¹³.

Zoals ik hiervoor al heb aangegeven, blijft de instellingsbudgettering in 2003 gehandhaafd. Voor de bekostigingssystematiek op de langer termijn zijn de uitkomsten relevant van het onder punt 2 aangegeven onderzoek. Op dit moment is dus nog niet aan te geven hoe de financiering op termijn zal zijn. De nota van toelichting is op dit punt aangevuld. Verder wordt de opheffing van de contracteerplicht niet met dit ontwerpbesluit geregeld, zodat er geen aanleiding bestaat om de gevolgen op de langere termijn van een eventuele toekomstige opheffing in de nota van toelichting te vermelden.

Het geheel overziende, rekening houdend met de uit de externe risico-analyse blijvende tijdsdruk op het opleidings- en implementatietraject bij indicatieorganen, gecombineerd met het belang dat ook de Raad terecht hecht aan een zorgvuldige invoering, heeft het kabinet besloten de invoeringsdatum te verleggen van 1 januari 2003 naar 1 april 2003. De nota van toelichting is hierop aangepast. Tevens heeft dit geleid tot enkele aanpassingen in artikel 36.

¹² Brief van 14 juni 2002, V&V/2202966, inzake uitvoeringstoets Modernisering AWBZ.

¹³ Brief van 30 augustus 2002, V&VTOEL/22040392.

6. De redactionele kanttekeningen zijn verwerkt. De nota van toelichting is geactualiseerd en op een paar punten verbeterd. Verder is van de gelegenheid gebruik gemaakt in artikel 22, tweede lid, de instellingen die onder de Tijdelijke Verstrekkingenwet maatschappelijke dienstverlening vallen, op te nemen, omdat deze instellingen thans ook niet onder de werking van de Wet ziekenhuisvoorzieningen vallen. In artikel 28 zijn met de onderdelen C, E, in punt 1, en F nog enkele tekstuele correcties in het Bijdragebesluit zorg aangebracht. In artikel 31 is in onderdeel B de uitsluiting van de zorg in verband met een psychiatrische aandoening anders komen te luiden, is in onderdeel D gebruik gemaakt van de mogelijkheid die artikel 4:1 van de Algemene wet bestuursrecht biedt en is onderdeel L aangepast, waardoor de beperking met betrekking tot het kunnen mandateren van indicatiebesluiten is komen te vervallen.

Ik moge U hierbij, in overeenstemming met de Minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, het gewijzigde ontwerpbesluit en de gewijzigde nota van toelichting doen toekomen en U verzoeken overeenkomstig dit ontwerp te besluiten.

De Staatssecretaris van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

drs. Clémence Ross-van Dorp