

Vergaderjaar 2003–2004

26 631

Modernisering AWBZ

Nr. 91

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

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 29 april 2004

1. Aanleiding

Het Kamerlid Vietsch heeft bij de behandeling van de VWS-begroting met anderen een motie ingediend over het opheffen van de zorgkantoren (TK, 2003–2004, 29 200-XVI, nr. 86). Ik ga met deze brief, mede namens het kabinet, op deze motie in. In de bijlage¹ behandel ik daarnaast de recente ontwikkelingen in de modernisering van de AWBZ en, zoals toegezegd in het algemeen overleg van 13 november 2003 (kamerstuk 26 631, nr. 68), het bevorderen van marktwerking in de AWBZ. Daarbij ga ik ook in op suggesties die het Kamerlid Vietsch in het genoemde overleg heeft gedaan over, onder andere, het scherp inkopen van het zorgkantoor, het beoordelen van de prestaties van het zorgkantoor en het niet langer contracteren van slecht presterende instellingen. Over de (financiering van) kapitaallasten en weerstandsvermogens (reserves) bij zorginstellingen informeer ik de Tweede Kamer dit najaar afzonderlijk.

2. Zorgkantoren voorlopig niet afschaffen

De motie vraagt de regering overgangsmaatregelen te treffen om de zorgkantoren bij het invoeren van de nieuwe algemene zorgverzekering per 1 januari 2006 op te kunnen heffen. Het kabinet erkent dat zorgkantoren nog onvoldoende onderhandelen over prijs en kwaliteit van de zorg maar wijst er tegelijk op dat zorgkantoren daarvoor momenteel nog weinig mogelijkheden hebben. Daarom nemen de overheid en de zorgkantoren zelf veel maatregelen om de taken beter uit te kunnen voeren. Het kabinet beseft dat op termijn een structurele regeling van de AWBZ-taken nodig is. De zorgkantoren zullen op langere termijn dan ook verdwijnen. Maar de functie van het zorgkantoor – het inkopen van zorg – blijft bestaan; iemand anders gaat die in de toekomst uitvoeren. De motie suggereert om de AWBZ-taken over te hevelen naar de zorgverzekeraars. Een andere optie is deze functie onder te brengen bij een zelfstandige

¹ Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

uitvoeringsstructuur voor de AWBZ, losgekoppeld van de zorgverzekeraars.

Het kabinet vindt het jaar 2006 geen goed moment voor een dergelijke structuurwijziging en zal de motie daarom (nog) niet uitvoeren. Daarvoor heeft het kabinet een aantal redenen.

Ten eerste is de modernisering van de AWBZ nog niet zover dat de taken van het zorgkantoor overgeheveld kunnen worden naar een andere uitvoerder. Zorgkantoren zijn voorlopig nog hard nodig om de doelstellingen van de modernisering – vraagsturing, marktwerking en transparantie – te realiseren.

Ten tweede wil het kabinet het invoeren van de Zorgverzekeringswet (ZVW) en de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) niet onder druk zetten door de AWBZ-taken naar de zorgverzekeraars over te brengen of zorg verdergaand over te hevelen van de AWBZ naar de ZVW.

Dit betekent niet dat het kabinet de motie links laat liggen. Het kabinet stelt op het moment dat de nieuwe stelsels (ZVW en WMO) er feitelijk zijn en de eerste kinderziekten overwonnen, opnieuw de verhouding met de aanspraken en de uitvoeringsstructuur van de AWBZ aan de orde. Het kabinet gaat kijken naar de verschillende opties voor de AWBZ-uitvoering die er dan zijn en beslist hierover in 2006. Tot die tijd worden maatregelen genomen om binnen de bestaande uitvoeringsstructuur meer «prikkel» in de AWBZ te brengen zonder daarmee vooruit te lopen op toekomstige besluiten over de uitvoering.

De zorgverzekeraars zijn het hiermee eens. Zorgverzekeraars Nederland (ZN) vindt dat een ingrijpende aanpassing in de structuur van de AWBZ in 2006 erg ongelukkig is in verband met het invoeren van de basisverzekering. ZN wijst er namens de zorgverzekeraars ook op dat het uitvoeren van de AWBZ door zorgverzekeraars leidt tot meer bureaucratie en administratieve lasten, omdat elke verzekeraar dan contacten moet onderhouden met instellingen en niet, zoals nu het geval is, een verzekeraar per regio. De regionale benadering van de zorginkoop is voor de zorgverzekeraars de belangrijkste reden de zorgkantoren vooralsnog te laten bestaan. ZN ondersteunt de zorgkantoren daarbij.

3. Nadere reactie op de motie

3.1 Korte termijn: betere uitvoering ten gunste van de klant

De zorgkantoren voeren de komende jaren de AWBZ nog uit. Zorgkantoren doen dit namens de uitvoeringsorganen AWBZ, te weten de zorgverzekeraars in tweede compartiment.¹ Het kabinet neemt op de korte termijn een aantal maatregelen om de uitvoering te verbeteren. Dit is ook nodig omdat zorgkantoren een steeds belangrijker rol krijgen. Voorheen waren de uitvoeringstaken in de AWBZ voornamelijk administratief van aard en gericht op financiering van de instelling. De gemoderniseerde, functiegerichte AWBZ stelt meer eisen aan de uitvoerder. Het zorgkantoor onderhandelt steeds vaker over prijs en kwaliteit van zorg en zorgt ervoor dat er voldoende zorg is die ook aansluit bij de behoeften en wensen van verzekerden. Het zorgkantoor koopt op basis van de functiegerichte aanspraken bij zorginstellingen zorg in en stelt zeker dat de verzekerde hiermee zijn individuele aanspraak op zorg kan realiseren. De zorgkantoren moeten dit in de eigen regio zodanig organiseren dat die waarborg er voor verzekerden ook daadwerkelijk is. Het zorgkantoor verkrijgt daartoe inzicht in de regionale zorgvraag, het zet daarvoor zorgregistraties op en zorgt ervoor dat deze worden gevuld met betrouwbare informatie van zorgaanbieders (AWBZ brede zorgregistratie). Zo kan het zorgkantoor verzekerden in staat stellen zelf een keuze te maken uit het gecontracteerde zorgaanbod voor zover zij geen gebruik maken van een persoonsgebonden budget. Is een verzekerde niet in staat zelf passende zorg te

¹ Deze uitvoeringsstructuur heeft een doelmatigheidsachtergrond. Deze aanpak voorkomt dat elke zorginstelling met elk uitvoeringsorgaan contacten moet onderhouden, waarbij elk uitvoeringsorgaan (momenteel zijn dit er 59, voorheen lag dat aantal nog een stuk hoger) een deel van de kosten financiert.

zoeken, dan moet het zorgkantoor daarbij ondersteuning te bieden (in de vorm van zorgtoewijzing). Zorgkantoren hebben ook een controlerende functie. Zo bewaken ze of de zorg conform de indicatie wordt geleverd en of de instelling zich houdt aan overige verplichtingen, zoals het aanleveren van gegevens voor de zorgregistratie en de eigen bijdrage. Het zorgkantoor moet ingrijpen indien dit soort verplichtingen niet wordt nagekomen, waarbij ook sancties mogelijk zijn, bijvoorbeeld door de bevoorschotting van zorginstellingen op te schorten.

Zorgkantoren hebben de afgelopen tijd flink geïnvesteerd in de eigen organisatie om deze nieuwe taken uit te voeren. De resultaten worden nu zichtbaar: meer inzicht in de zorgvraag, meer differentiatie in het zorgaanbod en meer keuzemogelijkheden in de zorg. Tegelijk is duidelijk dat nog sprake is van opbouw van nieuwe taken door zorgkantoren.¹ Dit speelt in het bijzonder bij de zorginkoop en het (kunnen) onderhandelen over de prijs (en de kwaliteit) van de zorg met zorginstellingen. Om de zorgkantoren op dit punt te instrumenteren worden in het kader van de invoering van de functiegerichte bekostiging grofweg twee wegen bewandeld. Aan de ene kant wordt het bekostigingssysteem ingrijpend herzien. Dit moet ervoor zorgen dat partijen echt kunnen onderhandelen over te leveren (en dus te betalen) prestaties (*onderhandelingsmogelijkheden*). Aan de andere kant vindt een herinrichting plaats van de omgeving waarin partijen gebruik maken van deze mogelijkheden. Deze herinrichting moet het zorgkantoor de kans geven voldoende druk op de onderhandelingen uit te oefenen (*onderhandelingsmacht*) en tevens voldoende prikkelen voor een goed onderhandelingsresultaat (*onderhandelingsbelang*).

De bijlage bij deze brief gaat meer gedetailleerd in op deze maatregelen. De bijlage gaat ook in op de toenemende marktwerking in de AWBZ die het gevolg is van de moderniseringsmaatregelen. Veel maatregelen zijn gericht op versterking van prikkels voor zorgkantoren. Voorbeelden daarvan zijn: prestatievergelijkingsonderzoek (beschikbaar stellen benchmarkinformatie aan het management van zorgkantoren) en prestatiebeoordeling in het toezicht (beoordeling en correctie). Hierbij is het volgende relevant:

- Het College van toezicht op de zorgverzekeringen (CTZ) ontwikkelt in 2004 prestatie-indicatoren voor het functioneren van de zorgkantoren. Die gaan, onder andere, over de (financiële) resultaten van de zorginkoop, tijdige zorgverlening, afhandelingsnelheid en zorgvuldigheid bij eigen bijdragen en klanttevredenheid. Erg belangrijk hierbij is dat de te meten prestaties daadwerkelijk een resultaat zijn van de inspanningen van zorgkantoren. Allerlei omgevingsfactoren waar de zorgkantoren geen invloed op hebben, mogen daarin geen rol spelen. Hiervoor ontwikkelt de toezichthouder in overleg met de zorgkantoren een zorgvuldige aanpak.
- De prestaties van de huidige zorgkantoren spelen een belangrijke rol bij de nieuwe aanwijzing van zorgkantoren per 2006. Hiervoor wordt de komende tijd met het College voor zorgverzekeringen (CVZ), het CTZ en ZN een aanpak uitgewerkt. Globaal genomen staat mij hierbij het volgende voor ogen. Zorgkantoren die (op onderdelen) niet goed hebben gepresteerd, zullen niet «zomaar» opnieuw worden aangewezen. Deze zorgkantoren moeten eerst in een plan aangeven hoe zij de uitvoering gaan verbeteren. Aan de hand daarvan wordt over de aanwijzing van het zorgkantoor besloten. Ook kan ik aan de aanwijzing nadere voorwaarden en een regime van verscherpt toezicht verbinden. Het CTZ adviseert mij daarom over de aanwijzing. De toezichthouder kan aan de hand van de bevindingen uit het toezicht beoordelen of aanwijzing verantwoord is dan wel aan nadere voorwaarden moet worden verbonden.

¹ Uit het CTZ-rapport over inkoop in de thuiszorg van oktober 2003 blijkt dat zorgkantoren in 2002 nog zeer beperkt onderhandelden over prijs en kwaliteit van thuiszorg en dat zij nauwelijks gebruik maakten van competitie tussen thuiszorginstellingen om diversiteit in het zorgaanbod en kostenbeheersing te bewerkstelligen. Zie ook de reactie op kamervragen hierover (TK, 2003–2004, 296).

Bovenstaande maatregelen ter verbetering van de uitvoering zijn belangrijke stappen naar meer doelmatigheid en betere kostenbeheersing in de AWBZ. De bekostiging blijft uitgaan van landelijke maximumprijzen voor functieonderdelen, omdat het over de hele linie niet meer mag kosten. Dit is echter niet voldoende om de totale uitgaven onder controle te houden. Daarvoor is meer nodig: scherpere protocollering in de indicatiestelling, ingrepen in de aanspraken, meer mogelijkheden voor marktwerking en concurrentie in de zorg, eigen bijdragen et cetera. De brief van de minister en mij over de WMO en de toekomst van de AWBZ van 23 april 2004 geeft de maatregelen die zich richten op de betaalbaarheid van de AWBZ in samenhang weer.

Ik heb onlangs met uw Kamer gesproken over de aanwijzing aan het College tarieven gezondheidszorg/Zorgautoriteit in oprichting (CTG/ZAio) over de beperking van extra productieafspraken in 2004.¹ Deze maatregel bepaalt dat na 1 maart 2004 alleen nog in bijzondere situaties – alleen bij te lange wachttijden voor geïndiceerde zorg – aanvullende productieafspraken ingediend mogen worden. Hierbij staat budgettaire neutraliteit voorop. Dit betekent dat het zorgkantoor eerst compensatie dient te vinden door te korten op gemaakte afspraken met andere instellingen. Als het zorgkantoor kan aantonen dat dit tot onaanvaardbare situaties leidt, is aanvullende productiegroei mogelijk. Ik spreek zeer binnenkort met de zorgkantoren om hierover afspraken te maken.

3.2 Lange termijn: afweging en conclusie over toekomstige uitvoering AWBZ

Het kabinet ziet de huidige constructie met zorgkantoren die de AWBZ uitvoeren namens en onder verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars, als een tijdelijke oplossing. Op termijn moet er een structurele regeling van de functie van het zorgkantoor en de daaruit voortvloeiende taken komen. De verantwoordelijkheid moet bij die organen komen te liggen die de uitvoering ook daadwerkelijk zelf voor hun rekening nemen. Daarvoor zijn grofweg twee scenario's: **1)** uitvoering door zorgverzekeraars en **2)** uitvoering door zelfstandige uitvoerders of door één centrale uitvoerder.

In het eerste scenario gaan de zorgverzekeraars van de ZVW ook de AWBZ uitvoeren. De nadruk komt zowel in de AWBZ-zorg als de curatieve zorg te liggen op elementen van marktwerking en concurrentie tussen aanbieders en tussen verzekeraars als prikkels om doelmatig te handelen. Invoering van dit scenario kan op de wijze zoals de Kamer die voorstelt in de motie-Vietsch over het afschaffen van zorgkantoren. Zorgkantoren krijgen niet langer een rol in de AWBZ en dat legt de uitvoering als het ware «automatisch» bij de zorgverzekeraars. Dezelfde zorgverzekeraars voeren dan twee verzekeringen uit. Een andere mogelijkheid is het (gefaseerd) overhevelen van aanspraken vanuit de AWBZ naar de ZVW. Een voorwaarde bij dit scenario is een goed systeem van risicoverevening, waarbij zorgverzekeraars een belang krijgen bij doelmatige zorginkoop. Het zal gezien de aard van de AWBZ-verstrekkingen en de financiële risico's die daarmee gepaard gaan, niet eenvoudig zijn hiervoor een model van risicoverevening te ontwikkelen.

Voor zover aanspraken zich niet goed lenen voor uitvoering door concurrerende verzekeraars, blijft de AWBZ van belang. Daarvoor is het tweede scenario – uitvoering door zelfstandige uitvoerders – relevant. Hierbij kan gedacht worden aan (private) uitvoerders in combinatie met vormen van aanbesteding van de zorginkoopfunctie. Ook kan de uitvoering gecentraliseerd worden en neergelegd bij één uitvoerder.

Er zijn, kortom, verschillende mogelijkheden. Bij de uiteindelijke keuze speelt ook een rol de wijze waarop AWBZ-zorg en maatschappelijke

¹ TK, 2003–2004, 260 631, nr. 83.

ondersteuning op gemeentelijk niveau het beste op elkaar afgestemd kan worden.

Het kabinet vindt dat de afweging over deze toekomstscenario's nu nog niet goed te maken is.

Eerst moet de besluitvorming over de reikwijdte van het AWBZ-pakket in relatie tot de ZVW en de WMO zijn afgerond. De genoemde brief van het kabinet over maatschappelijke ondersteuning kiest voor een zorgvuldige aanpak met enkele overhevelingen in 2006 en 2007. Op de langere termijn kunnen meer overhevelingen plaatsvinden. Het kabinet neemt daar nu nog geen besluit over.

In de tweede plaats speelt bij de afweging van het kabinet een rol dat 2006 geen goed moment is voor het overbrengen van de AWBZ-uitvoering naar de zorgverzekeraars ofwel het helemaal overhevelen van de AWBZ-zorg naar de ZVW of de WMO. Bij de invoering van de nieuwe stelsels gaat het om omvangrijke en ambitieuze systeemwijzigingen. Het tegelijk overhevelen van alle uitvoeringstaken of zorgaanspraken vanuit de AWBZ zet enerzijds een rem op de ontwikkeling van vraagsturing in de AWBZ en belast anderzijds de invoering van de nieuwe stelsels. Het kabinet vindt het niet verstandig de verschillende verandertrajecten op deze wijze onder druk te zetten. Dit is ook niet nodig, want er is voldoende gelegenheid voor fasering. Daarom wil het kabinet eerst de modernisering van de AWBZ doorzetten met de bestaande uitvoeringsstructuur en verbeteringen daarin. Daarnaast is alle aandacht en energie nodig voor het succesvol invoeren van de ZVW en de WMO. Zodra deze nieuwe wettelijke stelsels zijn ingevoerd, komt opnieuw de verhouding met de aanspraken en de uitvoeringsstructuur van de AWBZ aan de orde. Het kabinet zal tegen die tijd de verschillende opties die er dan zijn, nader in kaart brengen. Op basis van deze analyses kan hierover in 2006 een besluit worden genomen.

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
C. I. J. M. Ross-van Dorp