

Vergaderjaar 2003–2004

**26 631**

**Modernisering AWBZ**

**Nr. 98**

## **VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG**

Vastgesteld 22 juni 2004

In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport bestond er bij enkele fracties behoefte een aantal vragen ter beantwoording voor te leggen aan de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 29 april 2004 over de positie van zorgkantoren in de AWBZ (26 631, nr. 91).

De op 10 juni 2004 toegezonden vragen zijn met de door de staatssecretaris bij brief van 22 juni 2004 toegezonden antwoorden hieronder afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,  
Blok

Adjunct-griffier van de commissie,  
Sjerp

### <sup>1</sup> Samenstelling:

Leden: Van der Vlies (SGP), Kalsbeek (PvdA), Rijpstra (VVD), Lambrechts (D66), Buijs (CDA), Atsma (CDA), Arib (PvdA), Halsema (GL), Kant (SP), Blok (VVD), Voorzitter, Smits (PvdA), Örgü (VVD), Verbeet (PvdA), Van Oerle-van der Horst (CDA), Ondervoorzitter, Vergeer (SP), Vietsch (CDA), Tonkens (GL), Joldersma (CDA), Van Heteren (PvdA), Smilde (CDA), Nawijn (LPF), Van Dijken (PvdA), Timmer (PvdA), Van Miltenburg (VVD), Hermans (LPF), Schippers (VVD) en Omtzigt (CDA).

Plv. leden: Rouvoet (CU), Verdaas (PvdA), Griffith (VVD), Bakker (D66), Ferrier (CDA), Çörüz (CDA), Blom (PvdA), Vendrik (GL), Gerkens (SP), Veenendaal (VVD), Van Nieuwenhoven (PvdA), Weekers (VVD), Tjon-A-Ten (PvdA), Aasted Madsen-van Stiphout (CDA), De Ruiter (SP), Ormel (CDA), Van Gent (GL), Koomen (CDA), Waalkens (PvdA), Mosterd (CDA), Varela (LPF), Bussemaker (PvdA), Heemskerk (PvdA), Oplaat (VVD), Kraneveldt (LPF), Hirsi Ali (VVD) en Eski (CDA).

## Vragen CDA-fractie

1

*Een zorgkantoor is door het opheffen van de contracteerplicht niet meer verplicht om een zorginstelling te contracteren. Op welke wijze wordt voorkomen dat een zorgkantoor gebruik kan maken van zijn positie als monopolist?*

Het zorgkantoor dient maximaal gebruik te maken de mogelijkheden, waaronder de opheffing van de contracteerplicht voor extramurale zorg, om zorg in te kopen die aansluit bij de behoeften van verzekerden. Het zorgkantoor mag daarbij geen misbruik maken van zijn monopoliepositie. Daar hoort ook bij dat het zorgkantoor zijn inkoopbeleid vastlegt en in zijn verantwoording aangeeft op welke gronden het met een bepaalde aanbieder geen contract voor extramurale zorg heeft gesloten. Via het College van toezicht op de zorgverzekeringen worden zorgkantoren op dit inkoopbeleid aangesproken.

2

*Ligt de voorkeur van de staatssecretaris bij het overhevelen van taken naar de zorgverzekeraars of bij een zelfstandige uitvoeringsstructuur voor de AWBZ los van de zorgverzekeraars? Wat zijn de argumenten voor en tegen overheveling van taken naar de zorgverzekeraar? Wat zijn de argumenten voor en tegen een zelfstandige uitvoeringsstructuur voor de AWBZ los van de zorgverzekeraars?*

In algemene zin mag duidelijk zijn dat het overhevelen van taken naar de zorgverzekeraars als voordeel heeft dat concurrentie tussen zorgverzekeraars en verzekerden die «stemmen met de voeten», een marktprikkel oplevert voor doelmatige inkoop (in de cure en de care). Een voordeel van een gebiedsgebonden/regionale uitvoering is de mogelijkheden tot afstemming tussen AWBZ-zorg en maatschappelijke ondersteuning op gemeentelijk niveau.

Zoals de brief van 29 april 2004 aangeeft, hangt de afweging over scenario's voor toekomstige uitvoering nauw samen met de invulling van het AWBZ-pakket in relatie tot en in samenhang met de toekomstige Zorgverzekeringswet (ZVW) en de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO). De besluitvorming hierover is nog niet afgerond. Daarom is een voorkeur nu nog niet te geven.

3

*Is voortzetting van het systeem van zorgkantoren een optie? Zo ja, waarom en wat zijn de voor- en nadelen van voortzetting van het huidige systeem? (bladzijde 2)*

Het kabinet ziet de huidige uitvoeringsconstructie met zorgkantoren als een tijdelijke oplossing. Voor de lange termijn is voortzetting geen optie.

4

*Is er nog een combinatie van deze twee c.q. drie uitvoeringsstructuren mogelijk? Zo ja, hoe?*

In de brief van 29 april 2004 zijn de mogelijke scenario's voor de toekomstige uitvoeringsstructuur verwoord: uitvoering door zorgverzekeraars of door zelfstandige uitvoerders. Ik zie niet in hoe een combinatie van beide uitvoeringsmodaliteiten in één AWBZ-verzekering vorm kan krijgen. Wel is mogelijk een deel van de AWBZ-verstrekingen over te hevelen naar de ZVW (en aldus onder te brengen bij zorgverzekeraars) en een deel van de aanspraken over te hevelen naar de WMO (gemeentelijke verantwoordelijkheid). Voor het eventueel resterende deel is vervolgens de vraag naar

de best passende uitvoeringsstructuur (zelfstandig of gekoppeld aan de zorgverzekeraars) aan de orde.

5

*Welke keuze maken de verschillende zorgverzekeraars (dus niet de mening van ZN) en waarom? Welke keuze maken de zorgaanbieders en waarom? Welke keuze maken de cliëntenorganisaties en waarom?*

De zorgverzekeraars hebben de uitvoering van de AWBZ opgedragen aan de zorgkantoren (via de mandaat- en volmachtovereenkomst). Zij kiezen daarmee zelf voor de komende jaren voor een concurrentievrije en regionale uitvoering in de AWBZ. Aanbieders en cliëntenorganisaties hebben geen duidelijke voorkeur uitgesproken voor een bepaalde invulling van de toekomstige uitvoeringsorganisatie van de AWBZ. Wel hebben zij aandacht gevraagd voor de monopoliepositie van het zorgkantoor als inkooper van zorg. Daarom is belangrijk dat een zorgkantoor bij de zorginkoop volkomen transparant en toetsbaar opereert.

6 en 7

*Moet gezien de consequenties van een besluit niet nu al een keuze worden gemaakt tussen overhevelen naar zorgverzekeraars of een zelfstandige uitvoeringsstructuur waarbij invoering kan geschieden op een nader te bepalen moment?*

*Op welk moment moet de keuze worden gemaakt, en op welk moment moet het worden ingevoerd? Waarom op die momenten?*

Er is geen noodzaak nu een besluit te nemen over de AWBZ-uitvoering. Het tijdelijk laten voortbestaan van de zorgkantoren laat alle opties voor een toekomstige uitvoeringstructuur open. Het kabinet geeft nu prioriteit aan de invoering van de ZVW en de WMO per 2006. In de tussentijd zal het kabinet de mogelijkheden voor de toekomstige AWBZ-uitvoering nader onderzoeken, zodat daarover in 2006 een besluit kan worden genomen. Daarbij is ook het implementatietraject, inclusief het moment van invoering, aan de orde.

8

*Is er een koppeling tussen het opheffen van de contracteerplicht en het opheffen van het zorgkantoor?*

Nee. Het opheffen van de contracteerplicht voor extramurale zorg vindt plaats binnen de huidige uitvoeringsstructuur in de AWBZ.

9

*Op welke wijze houdt de AZR (AWBZ-brede Zorgregistratie) rekening met een eventuele overheveling van taken naar de zorgverzekeraars?*

De AZR is een stelsel van afspraken en standaarden voor het elektronisch uitwisselen van informatie tussen regionale indicatieorganen, zorgaanbieders en zorgkantoren. Deze uitwisseling gebeurt op basis van standaarden voor het berichtenverkeer. Deze zijn bindend voor alle partijen. In de AZR is rekening gehouden met een eventuele overheveling. Daarbij spelen de volgende aspecten en rol: het aantal AZR-systemen en de communicatiestructuur, de berichtenstandaarden en de bestanden. Het huidige aantal van circa tien AZR-systemen bij de zorgkantoren zal waarschijnlijk toenemen. Het exacte aantal na overheveling is thans niet aan te geven, maar de intensiteit van het berichtverkeer zal toenemen. De communicatiestructuur verandert daardoor van aard.

De berichtenstandaarden ondergaan geen noemenswaardige aanpassing; enkele gegevenselementen die thans optioneel zijn, worden na overheveling verplicht in te vullen (bijvoorbeeld de code van de verzekeraar).

Elke verzekeraar gaat de AWBZ uitvoeren voor de eigen verzekerden. Dit heeft tot gevolg dat de bestanden in de AZR-systemen bij de zorgkantoren opgesplitst moeten worden naar verzekeraar.

1

*Welke mogelijkheden zijn er om zorgkantoren die niet functioneren aan te pakken, te straffen en wat zijn de eventuele straffen?*

Om zorgkantoren aan te spreken op de AWBZ-uitvoering zijn in de eerste plaats goede, vergelijkbare gegevens nodig. Daarom werkt het CTZ aan prestatie-indicatoren die betrekking hebben op de (financiële) resultaten van de zorginkoop, tijdige zorgverlening, afhandelingsnelheid en zorgvuldigheid bij eigen bijdragen en klanttevredenheid. Het vergelijkbaar maken van prestaties in het toezicht is een stimulans voor zorgkantoren voor goede taakuitoefening. Anders geformuleerd: publicatie van de toezichthouder van een slechte score wordt door een zorgkantoor als een straf ervaren. Het op deze wijze vergelijkbaar maken van prestaties levert daarnaast een schat aan informatie op voor de zorgkantoren om hun werkwijze te verbeteren. Het CTZ zal zorgkantoren hier ook op aanspreken, eventueel door een zorgkantoor een aanwijzing te geven. Indien het zorgkantoor geen verbeteringen doorvoert, kan – als ultimatum remedium – de aanwijzing van het betreffende ziekenfonds als zorgkantoor worden ingetrokken.

11

*Welke mogelijkheden zijn er om zorgkantoren risicodragend te maken? Overweegt de staatssecretaris om zorgkantoren risicodragend te maken?*

Binnen de huidige situatie waarbij zorgkantoren namens de zorgverzekeraars de AWBZ uitvoeren, is risicodragendheid niet mogelijk. Invoering van risicodragendheid voor de zorgkantoren is daarom niet aan de orde. Wel onderzoek ik hoe financiële kaders een rol kunnen spelen bij de invulling van de financiële verantwoordelijkheid van het zorgkantoor.

12

*Zijn er zorgverzekeraars die niet langer zorgkantoren willen hebben? Zo ja, is het mogelijk dat een zorgverzekeraar deze functie niet langer uitvoert?*

Mij zijn geen signalen bekend van zorgverzekeraars die niet langer willen fungeren als zorgkantoor.

13

*Met hoeveel kosten gaat de wisseling door een zorgkantoor van zorgverzekeraar gepaard?*

Tot nu toe heeft een dergelijke wisseling nog niet plaatsgevonden. Er zijn hierover dus geen gegevens beschikbaar.

14

*Wanneer kan een zorgkantoor de gemaakte afspraken met een zorgaanbieder ongedaan maken, gegeven de situatie dat de zorgaanbieder minder productie maakt dan afgesproken?*

In mijn brief van 21 juni 2004 over de stand van zaken rond de beheersmaatregelen in de AWBZ (kenmerk AWBZ-2489992) heb ik er al op gewezen dat zorgkantoren de productie van de zorgaanbieders nauwgezet moeten volgen. Een actueel en betrouwbaar beeld van de geplande en gerealiseerde zorg, is nodig om de bevoorschotting van zorginstellingen gedurende het jaar in de pas te laten lopen met de werkelijke, gereali-

seerde productie. Dit is ook een voorwaarde voorerschikking van productieafspraken tussen instellingen.

15

*Is de relatie tussen de basisverzekering en AWBZ sterker of minder sterk dan de relatie tussen de AWBZ en de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO)?*

Het antwoord op deze vraag verschilt per AWBZ-voorziening. Sommige AWBZ-aanspraken, zoals de curatieve GGZ en somatische verpleeghuiszorg, hebben nauwe banden met de zorgverlening in het tweede compartiment. Andere aanspraken in de AWBZ, zoals huishoudelijke verzorging en delen van de ondersteunende en activerende begeleiding, hebben veeleer verwantschap met de zorg en dienstverlening die op gemeentelijk niveau is geregeld. De brief van 23 april 2004 over de WMO bevat in dit verband de voornemens van het kabinet tot overheveling. Op de langere termijn zijn verdergaande overhevelingen niet uitgesloten.

16

*De Kamer heeft zich in de motie-Vietsch (29 200 XVI, nr. 86) uitgesproken voor een overheveling van taken naar zorgverzekeraars. Indien de keuze tussen overheveling van taken naar zorgverzekeraars of naar een uitvoeringsorganisatie afhangt van de afstemming tussen AWBZ-voorzieningen en ondersteuning op gemeentelijk niveau en het gestelde in de Motie Vietsch, moet dan niet bij de WMO rekening gehouden worden met de gemaakte keuze in plaats van deze keuze aan te passen aan de komende WMO?*

Ik hanteer als uitgangspunt dat voorzieningen in de zorg en de maatschappelijke ondersteuning daar moeten worden geregeld waar deze het beste tot hun recht komen. Daarvoor zijn verschillende wettelijke stelsels in samenhang in beeld: de AWBZ, de WMO en de ZVW. In de brief van 23 april 2004 over de WMO is daarom de relatie gelegd met aanpalende beleidsterreinen waaronder de ZVW en de AWBZ. Het kabinet heeft in dit verband aangegeven dat de AWBZ op de langere termijn terug gaat naar zijn oorspronkelijke doelstelling: zorg voor de mensen in de zwaarste doelgroep. Op de langere termijn zijn met het oog hierop verdergaande overhevelingen vanuit de AWBZ zeker niet uitgesloten. Daarover neemt het kabinet nu nog geen definitieve besluiten. Het kabinet geeft nu prioriteit aan de invoering van de ZVW en de WMO per 2006. Daarnaast zal het kabinet in 2005 de mogelijkheden voor de toekomstige AWBZ-uitvoering nader onderzoeken, zodat daarover in 2006 een besluit kan worden genomen.

### **Vragen PvdA-fractie**

17

*Budgettaire neutraliteit is een gegeven voor de staatssecretaris bij de invoering functiegerichte bekostiging. Kan preciezer worden ingegaan op het begrip en hoe zij dat in dit verband definieert? Wanneer is sprake van budgettaire neutraliteit? Wordt dat berekend op macroniveau, op instellingsniveau, of nog anders?*

Met budgettair neutrale invoering van de functiegerichte bekostiging wordt bedoeld dat aan de omzetting van het huidige naar het nieuwe bekostigingssysteem als zodanig geen financiële gevolgen vastzitten. De omzetting van systeem als zodanig leidt dus niet tot meer of tot minder. Het gaat dan om macro-niveau. Micro ligt de situatie anders. Functiegerichte bekostiging is immers een vorm van zorgzwaartefinanciering.

Instellingen met een «zware» populatie krijgen meer middelen dan instellingen met een «lichte».

18

*Hoe zal worden bevorderd dat de gehanteerde maximumprijzen in de praktijk niet meteen ook als minimumprijzen gaan gelden? Vooral omdat in de AWBZ-sector sprake is van een tekort aan zorgaanbieders en een regionale verdeling van de markt tussen grote aanbieders.*

Er wordt op een aantal manieren bevorderd dat de nieuwe functietarieven niet als minimumprijs gaan werken.

- Het opzet van het systeem van modulair opgebouwde functietarieven als zodanig. Bij de functiegerichte bekostiging krijgt elke functie een tarief dat is opgebouwd uit een basismodule met een aantal opslagmodules. Elke module heeft een onderhandelbare maximumwaarde. Aanbieder en zorgkantoor maken afspraken over volume en prijs van de basismodule en over volume en prijs van de opslagmodules. Al deze zaken bepalen vervolgens het door de betreffende aanbieder voor een bepaalde functie in rekening te brengen tarief. Een instelling die 60% van zijn volume aan persoonlijke verzorging op afroep levert, krijgt een hoger tarief PV dan een instelling die maar 10% van zijn volume aan persoonlijke verzorging op afroep levert. De maximumprijs per functie wordt pas gehaald als naast de basismodule ook alle opslagmodules worden gecontracteerd en wel allemaal tegen de maximumwaarde. Die situatie zal zich in de praktijk zelden of nooit voordoen. De eventuele aanwezigheid van schaarste doet hier niet aan af. Evenmin als een regionale verdeling van de markt tussen maar zeer beperkt aantal grote spelers. Dit zou immers betekenen dat elke aanbieder alle zorg onder alle speciale voorwaarden levert en wel tegen de maximumwaarde van alle modules.
- Zorgkantoren moeten zich verantwoorden over hun inkoopbeleid en dat het zal zeer lastig, zo niet onmogelijk zijn te beargumenteren waarom alle zorg er tegen alle modules tegen maximumwaarde uit is gegaan. De resultaten bij de zorginkoop worden getoetst in het kader van het toezicht. De resultaten uit het toezicht zullen een belangrijke rol spelen bij de volgende aanwijzing van zorgkantoren (1 januari 2006).
- Aanbieders in de gemoderniseerde AWBZ vallen onder het bereik van de NMa die toezicht houdt op, onder andere, machtsmisbruik van grootleveranciers.

19

*De eis van budgettaire neutraliteit wordt gesteld in een situatie waarbij de tot nu toe gehanteerde budgetten krap zijn en de financiële positie van vele zorginstellingen zorgwekkend is. De afgelopen jaren laten rapportages van de brancheorganisaties zien dat een groot aandeel van de grote instellingen negatieve exploitatieresultaten heeft en de vermogenspositie bijzonder laag is. Hoe kan, in deze situatie, worden verwacht dat toenemende concurrentie leidt tot lagere kosten voor de zorg? Moet de conclusie niet zijn dat toenemende concurrentie uitsluitend kan leiden tot prijsverhoging of vermindering van kwaliteit?*

In het huidige systeem van bekostiging van zorginstellingen wordt in principe geen rekening gehouden met de zorgzwaarte van de populatie. Als gevolg hiervan kunnen instellingen met een relatief zware populatie op een tekort stuiten. Andersom kunnen instellingen met een relatief lichte populatie overhouden. Met de functiegerichte bekostiging wordt dit systeem vervangen door een vorm van zorgzwaartefinanciering. Instellingen met een relatief zwaardere populatie kunnen dan meer middelen genereren dan instellingen met een relatief lichte. Dat meerdere zal uiteraard wel onderhandeld en beargumenteerd moeten worden. Om die

reden is in de functiegerichte bekostiging gekozen voor een modulaire tariefopbouw. Instellingen kunnen met gebruikmaking van die modules «loon naar werken» verdienen. Omdat de modules qua vooronderstelde kostencomponenten zijn genormeerd (inzet deskundigheid, productiviteit, overhead, etc.) is ook duidelijk waarvoor nu precies wordt betaald. Daarmee zijn instellingen voor een zorgkantoor ook onderling goed vergelijkbaar. Op deze manier draagt het systeem van functiegerichte bekostiging er aan bij dat instellingen en zorgkantoren streven naar zo efficiënt mogelijk prijs/kwaliteit voor de zorg. Bij een gelijke zorgzwaarte zal dat ontegenzeggelijk een positief effect hebben op de kosten. Ik ben het dan ook niet met u eens dat toenemende concurrentie zal leiden tot prijsverhoging of vermindering van kwaliteit.

20

*Kan in de situatie waarbij sprake is van, naar vrije marktverhoudingen, een extreem laag vermogen en slechte exploitatieresultaten wel reëel uitzicht bestaan op een gezonde concurrentieverhouding die gebaseerd is op prijsprikkels?*

Het is een terecht punt dat voldoende weerstandsvermogen een belangrijke voorwaarde is om in een concurrerende omgeving te opereren. Ik zie het geleidelijk opbouwen van weerstandsvermogen in eerste instantie als eigen verantwoordelijkheid van de instelling. In een situatie van werkzame concurrentie bestaan prikkels waar efficiënt en innovatief gedrag wordt beloond met een goed bedrijfsresultaat. Hierdoor kan de instelling weerstandsvermogen opbouwen. Om instellingen te helpen heeft VWS ook de oprichting van het Waarborgfonds Zorg ondersteund. Door de borging kunnen instellingen hun kredietwaardigheid belangrijk versterken.

21

*Hoe kan worden voorkomen dat het introduceren van concurrentie tussen aanbieders, het vervallen van contracteerplicht en het tegelijk hanteren van scherpe maximumprijzen bij een structureel mager gefinancierde branche, leidt tot een verslechtering van kwaliteit van de zorg? Kan specifiek worden ingegaan op de mate waarin en de manier waarop zorgkantoren in die situatie de kwaliteit van zorg kunnen waarborgen? Op welke wijze wordt daarover verantwoording afgelegd tegenover individuele AWBZ-verzekerden?*

De maatregelen die in de vraag zijn genoemd, zijn erop gericht zorginstellingen te betalen naar geleverde prestaties. Daarbij is naast de prijs van de zorg nadrukkelijk ook de kwaliteit van de zorg van belang. Waar het immers om gaat is dat een verzekerde zorg krijgt die tegemoet komt aan zijn (geïndiceerde) zorgbehoefte. Indien de zorg daarin niet of onvoldoende voorziet, kan de verzekerde het zorgkantoor inschakelen (zorgbemiddeling). Het zorgkantoor controleert bovendien of de instelling zorg verleent conform de afgegeven indicatiestelling. Het zorgkantoor legt over de uitvoering van deze controles verantwoording af. Deze verantwoordingen en de beoordelingen op basis daarvan door het CTZ zijn openbaar en daarmee in te zien voor verzekerden.

22

*Er zal worden gewerkt met een modulair opgebouwd functietarief. Is in het modulesysteem voldoende ruimte voor het aanbieden van zorg die zodanig vernieuwend van aard is, dat deze niet vooraf is omschreven in de modules? Hoe blijft ruimte voor vernieuwend zorgaanbod?*

Het systeem van functiegerichte bekostiging is erop gericht instellingen in staat te stellen met behulp van functies zorgpakketten samen te stellen die tegemoet komen aan de vraag van klanten. Ruimte voor het innovatieve is

op deze manier al vanaf de aanvang in het systeem ingebakken. De wijze van zorglevering is immers niet van te voren voorgeschreven. Desalniettemin zal ik het onderwerp innovatie in ieder geval meenemen in mijn contacten met het CTG over de invoering van de functiegerichte bekostiging.

23

*Het zorgkantoor wordt geacht nieuwe aanbieders met een goed product en een goede prijs een kans te bieden. Dat is temeer van belang omdat sprake is van een monopoliepositie van het zorgkantoor. Objectieve criteria zullen gelden. Welk gewicht legt de cliëntenraadpleging in de schaal? Op welke manier wordt getoetst of zorgaanbieders een reële kans krijgen?*

Zorgkantoren moeten bij het contracteren uiteraard oog hebben voor de belangen van verzekerden en kunnen daarvoor, onder andere, de uitkomsten van uitgevoerde cliëntenraadplegingen benutten. In de verantwoording moet een zorgkantoor duidelijk maken welke eisen het stelt aan zorginstellingen. Daarin moet het zorgkantoor ook aangeven waarom het met een zorginstelling niet contracteert. Op basis van deze verantwoording kan het CTZ in het toezicht nagaan of het zorgkantoor de zorginkoop op een objectieve manier heeft vormgegeven en heeft uitgevoerd.

24

*In welke gevallen mag een zorgkantoor weigeren contracten te sluiten met een zorgaanbieder, ook als een goed product voor een goede prijs wordt geboden?*

Een instelling met een goed product voor een scherpe prijs zou bij voldoende vraag in principe gecontracteerd moeten worden. Het zorgkantoor mag niet zonder redenen weigeren met zo'n zorginstelling te contracteren. Wel kan het zijn dat er een andere reden is om geen contract aan te bieden, bijvoorbeeld als onzeker is of een instelling in staat is te voldoen aan andere eisen (bijvoorbeeld omtrent gevensaanlevering).

25

*Krijgen alle individuele AWBZ-verzekerden inzicht in de criteria die worden aangelegd bij het contracteren van aanbieders? Zijn zorgkantoren gehouden om tegenover individuele AWBZ-verzekerden verantwoording af te leggen over het al dan niet contracteren van zorgaanbieders?*

De suggestie om verzekerden inzicht te geven in de criteria die het zorgkantoor hanteert voor het contracteren van zorg, neem ik graag over. Overigens gaat het er mij niet om dat elke individuele verzekerde daarover altijd geïnformeerd moet worden. Belangrijk is dat verzekerden weten dat het zorgkantoor op het inkopen van voldoende en kwalitatief verantwoorde zorg is aan te spreken. Ook moet de geïndiceerde verzekerde goed geïnformeerd zijn over de gecontracteerde instellingen waarbij hij terecht kan. Daarnaast gevraagd dient het zorgkantoor bovendien openheid van zaken te geven over het contracteerbeleid, de criteria die het daarbij hanteert en de verantwoording daarover.

26

*Gekozen is voor een aanpak waarbij zorgkantoren hun prestaties zichtbaar maken. Een belangrijke rol is weggelegd voor benchmarkinformatie die beschikbaar komt voor het management van zorgkantoren. Wordt deze informatie ook beschikbaar aan alle individuele AWBZ-verzekerden en hun belangenbehartigers? Zo ja, op welke wijze? Zo neen, waarom niet?*

Prestaties van zorgkantoren worden langs twee wegen zichtbaar gemaakt: benchmarking en prestatiebeoordeling in het toezicht. Bij het benchmarkonderzoek zijn de geaggregeerde gegevens openbaar. Zorgkantoren bepalen zelf of zij de op de eigen organisatie betrekking hebbende benchmarkgegevens openbaar willen maken. Ik verwacht overigens dat zij dit vrijwillig zullen doen. Daarnaast dienen zorgkantoren in 2004 over verslagjaar 2003 een publiek verantwoordingsverslag aan de toezichthouder te zenden. De beoordeling daarvan door het CTZ is eveneens openbaar.

Ik ben er niet voor al deze gegevens over het functioneren van zorgkantoren aan alle individuele verzekerden/belangenbehartigers beschikbaar te stellen. Wel is belangrijk dat verzekerden die daarin geïnteresseerd zijn, te allen tijde kennis kunnen nemen van deze gegevens. Daarom is de openbaarheid van de verantwoordingsgegevens en de toezichtbeoordeling gewaarborgd.

27

*Hoe wordt geregeld dat behalve een prijsvergelijking ook belangrijke aspecten van kwaliteit van de zorg een rol spelen in een benchmark? Welke andere instrumenten zijn denkbaar om de prestaties van zorgkantoren te meten en te vergelijken?*

Onderdeel van het benchmarkonderzoek bij zorgkantoren is een cliëntenraadpleging. Daarin wordt het oordeel gevraagd van verzekerden over de informatieverlening, bejegening, deskundigheid, bereikbaarheid en zorg-/wachtlijstbemiddeling door (medewerkers van) het zorgkantoor. Een ander instrument voor het meten en vergelijken van prestaties wordt ontwikkeld door het CTZ in het kader van het toezicht (zie het antwoord op vraag 26).

28

*Bij het verlenen van AWBZ-zorg is vaak sprake van langdurige intensieve zorgverlening. Individuele verzekerden ontvangen zoveel zorg gekoppeld aan verblijf, dat ze de facto volledig afhankelijk zijn en blijven van de eenmaal gekozen zorgaanbieder. Het is immers niet eenvoudig om, bij onvrede over het zorgaanbod, te verhuizen naar een ander verpleeghuis of gehandicapteninstelling of om, wonend in een instelling, de zorg en begeleiding te betrekken bij een andere zorgaanbieder die in een andere regio opereert. De begeleiding en verzorging van mensen met ernstige handicaps is doorgaans in handen van instellingen die een uitgebreid zorgpakket leveren gekoppeld aan een verblijf. Deze instellingen bekleden de facto een monopoliepositie in regio's. Kan worden ingegaan op de afhankelijkheidsrelatie van veel cliënten met een intensieve zorgbehoefte? Moet niet worden gevreesd voor de huidige praktijk waarin zorgkantoren en zorgverzekeraars die per regio een monopoliepositie hebben, onderhandelen met groepen zorgaanbieders die per regio een monopoliepositie hebben? En de situatie waarin cliënten die voor hun zorg volledig afhankelijk zijn van de zorgaanbieder omdat verhuizen of veranderen van zorgaanbieder in de praktijk praktisch onmogelijk is?*

Door de modernisering van de AWBZ is de afhankelijkheid van de zorginstelling – ook voor klanten met een intensieve zorgbehoefte – afgenomen. In veel gevallen kan de zorg buiten de instelling worden geleverd. Indien de zorg alleen kan worden geleverd in combinatie met verblijf, is de afhankelijkheid van een bepaalde instelling groter. Het zorgkantoor moet daarom de instrumenten in handen krijgen om te kunnen onderhandelen met intramurale zorginstellingen. Het zorgkantoor kan dan bijvoorbeeld bewust een keuze maken voor kleinere instellingen, indien deze de zorg net zo goed of beter kunnen leveren. Daarnaast moet de verzekerde zelf invloed kunnen uitoefenen op de zorgverlening. Hij beschikt daarbij

over een belangrijk instrument, het indicatiebesluit. Op basis daarvan kan hij samen met de instelling bepalen hoe zijn zorgplan eruit komt te zien. Relevant daarbij is dat het zorgkantoor erop toeziet dat een instelling op deze wijze tot invulling komt van de zorgverlening en dat een en ander in een zorgplan wordt vastgelegd. Indien een verzekerde niet tot overeenstemming komt met de zorginstelling over de zorgverlening, kan deze naar het zorgkantoor gaan met het verzoek om te bemiddelen.

29

*Kruissubsidiëring tussen zorgkantoren en zorgverzekeraars moet worden voorkomen. Zijn er concrete aanwijzingen dat nu in de praktijk sprake is van dergelijke kruissubsidiëring?*

Nee. In de praktijk is vanaf 2001 de lijn gevolgd dat zorgkantoren tekorten of overschotten niet langer afwentelen op dan wel aanvullen met het beheerskostenbudget van de Ziekenfondswet. Tegelijk is destijds afgesproken dat de beheerskostenbudgetten van de Ziekenfondswet en de AWBZ ook in formele zin, via een wetswijziging, zouden worden gescheiden. De betreffende wet is inmiddels in het Staatsblad gepubliceerd en zal binnenkort in werking treden.

30

*De NMA heeft opmerkt dat aan de aanbieder kant geen sprake moet zijn van kartelafspraken of het ontstaan van economische machtsposities door fusies tussen aanbieders. Er zal handhavingsbeleid komen. Wat betekent dit concreet voor de huidige praktijk? Moeten zorgaanbieders, die nu veelal al een dominante positie per regio hebben, zich opsplitsen? Vindt de staatssecretaris dit gewenst? Is het afdoende als per regio zich twee aanbieders aandienen?*

Dit betekent concreet voor de huidige praktijk dat de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) zal optreden tegen overtredingen van het kartelverbod en het verbod van misbruik van een economische machtspositie door aanbieders in de AWBZ. De NMa zal er hierbij rekening mee houden dat de AWBZ-zorgmarkten zich in een transitiefase bevinden. Daarnaast dienen concentraties te worden gemeld aan en goedgekeurd door de NMa. Indien een voorgenomen concentratie leidt tot het ontstaan of versterken van een economische machtspositie, dan zal de NMa deze concentratie verbieden, dan wel onder voorwaarden goedkeuren. De NMa heeft niet de bevoegdheid om ondernemingen op te splitsen.

31

*Op welke manier weegt de NMA «marktaandeelen»? Hoe wordt gehandeld indien er zich geen aanbieders op de zorgmarkt melden of aanbieders die hooguit kleine marktaandeelen kunnen nemen?*

Het marktaandeel van een aanbieder op de relevante markt is een belangrijke, maar niet de enige, factor in de beoordeling of de aanbieder op deze markt een economische machtspositie heeft. Andere factoren zijn bijvoorbeeld de aanwezigheid van één of enkele sterke concurrenten (of juist een groot aantal relatief kleine concurrenten), de hoogte van de toetredingsdrempels en de mate van tegenmacht van de inkomende partij (in casu het zorgkantoor). In de Europese jurisprudentie wordt een marktaandeel van meer dan 50%, over langere tijd behouden, gezien als een sterke prima facie aanwijzing dat de betreffende onderneming een dominante positie heeft. Het hebben van een economische machtspositie is niet verboden, maar een dominante AWBZ-aanbieder mag van deze positie geen misbruik maken. Voor nieuwe aanbieders is relevant dat de toetredingsdrempels voor de AWBZ door de modernisering van de AWBZ zijn verlaagd. Dit heeft de afgelopen periode geleid tot een aanzienlijk aantal

nieuwe toelatingen. Ik verwacht dat deze trend doorzet. Indien toetreding van nieuwe aanbieders wordt verhinderd door een dominante aanbieder kan sprake zijn van een vorm van misbruik. Afhankelijk van de omstandigheden zal de NMa hiertegen optreden.

32

*Wat is het voordeel van toenemende concurrentie tussen zorgkantoren en tussen zorgaanbieders als de eerstkomende jaren geen ingrijpen in de bestaande «marktverdeling» zal plaatsvinden en verwacht mag worden dat nieuwe grote zorgaanbieders zich niet zullen aandienen?*

Zelfs indien zich geen nieuwe zorgaanbieders zouden melden in de AWBZ heeft de introductie van marktprikkels of concurrentie zin. Immers door de functiegerichte bekostiging krijgen zorginstellingen de mogelijkheid zorgpakketten samen te stellen die tegemoet komen aan de wensen van verzekerden. Zorginstellingen die hierin goed slagen, trekken meer klanten en worden in een model van prestatiebekostiging beter beloond. Overigens ga ik er van uit dat er in de AWBZ wel degelijk nieuwe aanbieders zullen komen omdat de toetredingsdrempels als gevolg van de modernisering van de AWBZ aanmerkelijk zijn verlaagd.

33

*Welke financiële winst wordt verwacht van toenemende prijsconcurrentie tussen aanbieders en toenemende concurrentie tussen zorgkantoren? Welke kosten staan daar tegenover?*

De omvang van de financiële winst in relatie tot de kosten van concurrentie tussen AWBZ-aanbieders is niet goed in te schatten. Een groot deel van de winst van functiegerichte aanpak in de AWBZ zit in het feit dat instellingen worden beloond voor doelmatige zorgverlening. Concurrentie levert aldus voor het management een prikkel op om de bedrijfsvoering te verbeteren en het zorgt voor een groter kostenbewustzijn. Dat kan ook inhouden dat een klant door een betere organisatie van de zorg, met minder zorg toekan. Op deze wijze zorgt concurrentie voor een doelmatigheidsprikkel.

34

*Hoe kan worden verondersteld dat nieuwe zorgaanbieders een kans krijgen indien zorgkantoren en zorgaanbieders vooraf worden gebudgetteerd en groei van het volume van de zorg wordt beperkt?*

De beheersingsmaatregelen in de AWBZ voor 2004 zijn gericht op selectieve productiegroei. Dat betekent dat aanvullende productieafspraken met nieuwe zorgaanbieders mogelijk zijn indien het zorgkantoor daarvoor compensatie vindt door neerwaartse bijstelling van de productieafspraken met andere zorginstellingen. Ik onderzoek of in relatie tot de functiegerichte bekostiging de beheersing een andere invulling kan krijgen.

### **Vragen VVD-fractie**

35

*In de brief wordt opgemerkt dat het zorgkantoor nog onvoldoende onderhandelt over prijs en kwaliteit van de zorg omdat het zorgkantoor daarvoor onvoldoende mogelijkheden heeft. Aangegeven wordt dat de overheid en de zorgkantoren zelf veel maatregelen nemen om de taken beter uit te voeren. Kan de staatssecretaris toelichten welke maatregelen de overheid en de zorgkantoren nemen?*

Om de uitvoering door zorgkantoren te verbeteren worden in de eerste plaats de onderhandelingsmogelijkheden tussen zorgkantoren en instel-

lingen vergroot (invoering functiegerichte bekostiging). Ten tweede neemt de onderhandelingsmacht van het zorgkantoor toe door het afschaffen van de contracteerplicht voor extramurale zorg. In de derde plaats wordt het onderhandelingsbelang van het zorgkantoor vergroot door maatregelen die zijn gericht op accountability en het versterken van incentives voor zorgkantoren. Voor een toelichting op deze maatregelen verwijs ik naar de bijlage bij de brief van 29 april 2004 over de zorgkantoren.

36

*De staatssecretaris vindt het jaar 2006 geen goed moment voor een dergelijke structuurwijziging en zal de motie-Vietsch daarom (nog) niet uitvoeren. Waarom bent u van mening dat zorgkantoren voorlopig nog hard nodig zijn om de doelstellingen van de modernisering – vraagsturing, marktwerking en transparantie – te realiseren?*

De modernisering van de AWBZ vereist een uitvoerder die in staat is om – gebruik makend van de mogelijkheden die met de invoering van de functiegerichte bekostiging ontstaan – de zorginkoop vorm te geven naar de wensen van de klant. Op dit moment is het zorgkantoor daarvoor het beste alternatief.

37 en 38

*Is de staatssecretaris van mening dat de zorgkantoren voldoende worden geprikkeld om efficiënte en doelmatige zorg in te kopen? Zo ja, op welke wijze worden ze dan geprikkeld? Zo nee, waarom niet? Waarom wordt de monopoliepositie van de zorgkantoren (tijdelijk) gehandhaafd? In 2006 wil de staatssecretaris beslissen over de AWBZ-uitvoering. Tot die tijd worden er maatregelen genomen om binnen de bestaande uitvoeringsstructuur meer «prikkel» in de AWBZ te brengen. Kan worden toegelicht hoe er meer «prikkel» in de AWBZ gebracht gaan worden? Aan welke prikkels wordt in dit geval gedacht? Is de staatssecretaris van mening dat door het introduceren van deze prikkels de AWBZ voldoende wordt voorbereid op de modernisering (vraagsturing, marktwerking en transparantie)?*

In de brief over de zorgkantoren van 29 april 2004 zijn de maatregelen toegelicht om zorgkantoren in de positie te brengen en de instrumenten te geven om de AWBZ efficiënt en doelmatig uit te voeren. Onderdeel van de maatregelen is het creëren van onderhandelingsbelang door het versterken van de incentives voor zorgkantoren via benchmarking en prestatiebeoordeling in het toezicht. Zorgkantoren worden hiermee aangezet tot een goede AWBZ-uitvoering. Ik ben daarom ook van mening dat de beste optie is de zorgkantoren voorlopig te handhaven.

39

*Waarom is de staatssecretaris van mening dat het invoeren van de Zorgverzekeringswet (ZVW) en de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) onder druk wordt gezet als er AWBZ-taken naar de zorgverzekeraars worden overgebracht? Op welke wijze wordt het invoeren van de Zorgverzekeringswet en de WMO onder druk gezet? Graag een toelichting.*

Overheveling van alle AWBZ-taken tegelijk met de invoering van de ZVW en de WMO heeft een ongewenste cumulatie van maatregelen tot gevolg. De gevolgen daarvan komen volledig op het bordje van zorgverzekeraars en gemeenten. Deze organisaties zouden dan immers tegelijk met alle veranderingen die het gevolg zijn van de invoering van de ZVW en de WMO, ook de zorginkoop bij voor hen onbekende AWBZ-instellingen voor hun rekening moeten nemen. Dit is risicovol met het oog op de soepele invoering van de ZVW en de WMO. Uiteindelijk is de burger de dupe van

de administratieve chaos die daardoor kan ontstaan. Daarom kiest het kabinet voor fasering: eerst invoering van ZVW en WMO en vervolgens besluitvorming over de uitvoering van de AWBZ. Het kabinet zal in 2005 de mogelijkheden voor de toekomstige AWBZ-uitvoering nader onderzoeken, zodat daarover in 2006 een besluit kan worden genomen.

40

*De staatssecretaris geeft een toelichting op de toenemende marktwerking in de AWBZ als gevolg van de moderniseringsmaatregelen. Veel maatregelen zijn gericht op versterking van prikkels voor zorgkantoren. Zo is het CTZ bezig prestatie-indicatoren te ontwikkelen om inzicht te krijgen in het functioneren van de zorgkantoren. Deze zijn echter nog niet klaar. Desondanks stelt de staatssecretaris in een alinea eerder dat de investering van de zorgkantoren in de eigen organisatie nu zichtbaar wordt. Hoe staat dit in relatie tot elkaar?*

De zorgkantoren hebben de afgelopen periode al de nodige investeringen gedaan om de verantwoordingsverslagen conform de eisen te kunnen aanleveren. Dit jaar hebben de zorgkantoren over 2003 – volgens het gemoderniseerde toezicht – verantwoording afgelegd aan de toezichthouder. Het CTZ zal mij aan de hand van de verantwoordingen aan het einde van dit jaar rapporteren. De ontwikkeling van prestatie-indicatoren in het toezicht is een volgende stap waaraan het CTZ nu werkt. De prestatie-indicatoren zullen vanaf volgend jaar benut worden bij de beoordeling van zorgkantoren.

41

*Hoe verhoudt het introduceren van meer marktprikkels zich tot het laten voortbestaan van de monopoliepositie van de zorgkantoren?*

Het introduceren van meer marktprikkels in de AWBZ vindt plaats op het niveau van de aanbieders. Het zorgkantoor neemt ten opzichte van deze aanbieders een monopoliepositie in. Daarom is essentieel dat zorgkantoren transparant en toetsbaar opereren. Het CTZ zal de zorgkantoren hierop aanspreken.

42

*Ziet de staatssecretaris wel of niet een rol voor het zorgkantoor in de gemoderniseerde AWBZ? Zo ja, waarom? Bent u van mening dat de zorgkantoren een rol kunnen hebben in een concurrerende markt? Zo ja, op welke manier? Zo nee, waarom laat u ze dan bestaan?*

Ja. Voorlopig hebben zorgkantoren een centrale rol in de gemoderniseerde AWBZ. Zorgkantoren hebben als alleeninkoper van zorg een belangrijke rol op een markt van concurrerende aanbieders. Vanwege hun monopoliepositie moeten de zorgkantoren daarbij volkomen transparant en toetsbaar opereren (zie ook het antwoord op vraag 41). Voor de lange termijn is voortzetting van deze uitvoeringsconstructie geen optie.

43

*Onlangs is er gesproken over de beperking van de extra productieafspraken in 2004. Het zorgkantoor dient eerst compensatie te vinden door te korten op gemaakte afspraken met andere instellingen. Mocht dit tot onaanvaardbare situaties leiden en het zorgkantoor dit kan aantonen dan is aanvullende productiegroei mogelijk. Wanneer vindt de staatssecretaris een situatie onaanvaardbaar? Hoe gaan de zorgkantoren hier in de praktijk mee om?*

In mijn brief van 21 juni 2004 over de stand van zaken rond de beheersmaatregelen (kenmerk AWBZ-2489992) heb ik toegelicht welke proces-

stappen voor het zorgkantoor van belang zijn bij onaanvaardbare situaties. Het zorgkantoor gaat daarbij eerst na of aanvullende afspraken kunnen worden verwezenlijkt binnen de totale productieafspraken in de regio. Indien ondanks die herverdeling nog onaanvaardbare situaties bestaan, kan een verzoek tot aanvullende afspraken bij het CTG worden ingediend. Het CTG gebruikt zijn discretionaire bevoegdheid om met het verzoek in te stemmen of niet. Het is nu nog te vroeg om een beeld te geven van hoe zorgkantoren hier mee omgaan.

### **Vragen GroenLinks-fractie**

44

*Het opheffen van de zorgkantoren leidt tot meer bureaucratie en administratieve lasten. Elke verzekeraar moet dan contracten onderhouden met instellingen en niet, zoals nu het geval is, een verzekeraar per regio. Geldt hetzelfde voor de curatieve zorg, zeker nu de (omgekeerde) contracteerplicht wordt opgeheven? Waarom is het daar geen onoverkomelijk probleem?*

In de curatieve zorg hebben zorginstellingen en beroepsbeoefenaren al lange tijd te maken met meerdere zorgverzekeraars. In veel gevallen vindt het declaratieverkeer in de curatieve zorg geautomatiseerd plaats. Het onderhouden van contacten met meerdere zorgverzekeraars hoeft ook in de AWBZ geen probleem te zijn. Wel is een voorwaarde dat de (geautomatiseerde) administraties van zorginstellingen daarop zijn ingericht. Dat is op dit moment nog niet het geval. De ontwikkeling van administraties bij instellingen in die richting is een belangrijk aspect bij invoering van de functiegerichte bekostiging in de AWBZ.

45

*Het zorgkantoor zorgt ervoor dat er voldoende zorg is die ook aansluit bij de behoeften en wensen van verzekerden. Op welke wijze is gewaarborgd dat zorgkantoren hieraan voldoen? Hoe stellen zorgkantoren zich op de hoogte van de behoeften en wensen? Welke bevoegdheden heeft de staatssecretaris om in te grijpen mocht een zorgverzekeraar zich niet laten leiden door de behoeften en wensen van verzekerden?*

Een zorgkantoor beschikt via de AWBZ-brede zorgregistratie over de indicaties die de regionale indicatieorganen afgeven. Dit is een belangrijke bron van informatie over de zorgvraag in de regio. Verder kan het zorgkantoor uiteraard de productiegegevens uit vorige jaren benutten om zich een idee te vormen over de zorgvraag. Het zorgkantoor benut dit soort gegevens bij de zorginkoop. Daarnaast ziet het zorgkantoor erop toe dat een instelling aan de hand van de indicatiestelling en in samenspraak met de geïndiceerde verzekerde een zorgplan opstelt. Een verzekerde kan zich in voorkomende gevallen tot het zorgkantoor wenden voor bemiddeling. Het zorgkantoor consulteert bovendien periodiek cliëntenorganisaties over behoeften en wensen van verzekerden. Indien het zorgkantoor deze taken niet naar behoren uitvoert, kan via het toezicht worden ingegrepen in het functioneren. Als ultimum remedium kan dit leiden tot intrekking van de aanwijzing van het betreffende zorgkantoor.

46

*Is de staatssecretaris voorstander om de inspraak van verzekerden op een meer formele manier te regelen? Zo ja, waarom? Zo nee, waarom niet?*

Inspraak en invloed van verzekerden is formeel geregeld. Voor een verzekerde is uiteraard belangrijk dat hij invloed heeft op de zorg die aan hem wordt verleend. Een verzekerde beschikt daarbij over een belangrijk formeel instrument, het indicatiebesluit. Op basis daarvan kan hij samen

met de aanbieder van zijn voorkeur bepalen hoe zijn zorgplan eruit komt te zien. Relevant daarbij is dat het zorgkantoor erop toeziet dat een instelling op deze wijze tot invulling komt van de zorgverlening aan geïndiceerde verzekerden en dat een en ander in een zorgplan wordt vastgelegd. Indien een verzekerde niet tot overeenstemming komt met de zorginstelling over de zorgverlening, kan deze naar het zorgkantoor gaan met het verzoek om te bemiddelen. Daarnaast dient het zorgkantoor regelmatig (tenminste twee maal per jaar) overleg te voeren met (regionale) vertegenwoordigers van patiënten en consumenten. In het convenant inzake de zorgkantoren staan deze vereisten voor de zorgkantoren uitgewerkt. Deze vereisten zijn in formeel geregelde toezicht uitgangspunt voor de beoordeling van het functioneren door het CTZ.

47

*Hoeveel zorgverzekeraars zijn er op dit moment in Nederland, als de verzekeraars die behoren tot één groep ook tot één zorgverzekeraar worden gerekend? Hoe verhoudt dit aantal zich tot de 59 uitvoeringsorganen die er op dit moment zijn? Waaruit kan het (eventuele) verschil worden verklaard?*

Het aantal uitvoeringsorganen bedraagt op dit moment: 56. Het gaat daarbij om ziekenfondsen, particuliere ziektekostenverzekeraars en uitvoerders van publiekrechtelijke ziektekostenregelingen voor ambtenaren (IZA, IZR en DGVP). Een aantal van deze uitvoeringsorganen behoort tot een groep of samenwerkingsverband. Afhankelijk van de definitie daarvan verschilt het aantal groepen of samenwerkingsverbanden. Gemiddeld genomen gaan we uit van 14 groepen/samenwerkingsverbanden. Aan sommige hiervan zijn meerdere uitvoeringsorganen verbonden. Er zijn daarnaast 13 uitvoeringsorganen die niet tot een groep of samenwerkingsverband behoren. Het behoren tot een groep/samenwerkingsverband doet overigens niet af aan het feit dat voor de AWBZ de individuele uitvoeringsorganen als afzonderlijke entiteit worden beschouwd.

48

*Meerdere malen is voorgesteld de zorgkantoren een eenmalige financiële stimulans te geven, zodat daarmee fraudeteams kunnen worden ingesteld. Hoe staat het met de toezegging deze mogelijkheid nader te bekijken?*

In mijn brief aan de Tweede Kamer van 4 juni 2004 (kenmerk Z/F-2484732) heb ik op deze toezegging gereageerd. In de brief staat dat fraudecoördinatoren bij de ziekenfondsen ook bij de zorgkantoren actief zijn. Er is derhalve geen grond om afzonderlijke fraudeteams voor de AWBZ in te stellen.

49

*Zijn er signalen op basis waarvan kan worden vermoed dat zorgkantoren op dit moment (op onderdelen) niet goed presenteren? Om welke zorgkantoren gaat het?*

Mij zijn geen signalen bekend over individuele zorgkantoren die ten opzichte van andere zorgkantoren slecht presteren. Wel vind ik dat zorgkantoren over de hele linie tot betere prestaties in staat zijn. Daarom neem ik de nodige maatregelen die in de brief aan de Tweede Kamer over zorgkantoren van 29 april 2004 zijn toegelicht. Overigens zal het CTZ mij aan de hand van de verantwoordingen van de individuele zorgkantoren aan het einde van dit jaar rapporteren over het functioneren van de zorgkantoren. De bevindingen van het CTZ zal ik aan de Tweede Kamer toezenden.

50

*Is het de verwachting dat de landelijke maximumprijzen gaan werken als de reële prijzen? Zo ja, waarom? Zo nee, waarom niet?*

In de AWBZ is het voornemen om te komen tot sobere basistarieven met mogelijkheden om opslagen in rekening te brengen bij bijzondere leveringsvoorwaarden of cliëntkenmerken. Het is aan het zorgkantoor en de zorgaanbieder om hierover afspraken te maken. Aanbieders kunnen zich aantrekkelijk maken door scherpe prijsstelling. Zorgkantoren zullen bij het vormgeven van hun zorginkoopbeleid nagaan in welke gevallen er nog best iets van de prijs afkan. Zorgverzekeraars Nederland ondersteunt zijn leden bij het kiezen van de speerpunten. In ieder geval worden zorgkantoren aangesproken op hun inkoopgedrag. Ik verwacht daarom serieuze onderhandelingen waarbij ook onder het maximumtarief gecontracteerd zal worden.

51

*Hoe verhoudt het voornemen tot scherpere protocollering van de indicatiestelling zich tot het uitgangspunt van onafhankelijkheid en indicatie op basis van de objectieve zorgbehoefte?*

Scherpere protocollering van de indicatiestelling doet niet af aan de onafhankelijkheid of objectiviteit van de indicatiestelling. Protocollering bevordert de uniformiteit en de rechtsgelijkheid en draagt bij aan de kwaliteitsverbetering van de indicatiestelling. In mijn brief van 13 maart 2004 (TK, 2003–2004, 26 631, nr. 73) ben ik ingegaan op het werkdocument gebruikelijke zorg waarin de indicatieorganen onderlinge afspraken hebben gemaakt over te hanteren criteria en uitgangspunten bij de indicatiestelling. Deze afspraken maken onderdeel uit van het landelijke protocol indicatiestelling.

52

*De aanwijzing aan het CTG/ZAio heeft tot gevolg dat het zorgkantoor eerst compensatie zal moeten vinden door te korten op gemaakte afspraken met andere instellingen. Hoe pakt dit uit voor de sector verpleging en verzorging waar immers voor 710 miljoen euro minder is aanbesteed dan begroot? Wordt er nog meer op deze sector gekort ter compensatie van aanvullende productieafspraken in de andere twee sectoren?*

Voordat het zorgkantoor over het jaar 2004 aanvullende productieafspraken kan maken, dient het compensatie te vinden binnen de al gemaakte afspraken. (Dit geldt niet in alle situaties. Aanvullende afspraken als gevolg van vergunningenbouw en met nieuw toegelaten aanbieders zijn zonder compensatie mogelijk). Aangezien een productieafpraak een afspraak is tussen twee partijen, zal een neerwaartse bijstelling vooral aan de orde zijn indien de aanbieder zijn afgesproken productie niet zal realiseren. Er zijn mijn geen signalen bekend dat dit in de V en V sector meer aan de orde is dan in de andere AWBZ-sectoren.

53

*Ligt het bij de lange termijn optie, waarin zorgverzekeraars de AWBZ uitvoeren, niet erg voor de hand dat de schotten tussen de AWBZ en het basispakket worden opgeheven? Deelt u de mening dat door het bestaan van schotten tussen de AWBZ en het basispakket en door de verschillende financieringssystemen de samenwerking in de zorg wordt belemmerd? Bent u van mening dat deze schotten leiden tot onnodig veel bureaucratie?*

Bij deze optie voor de langere termijn is een mogelijkheid alle AWBZ-aanspraken over te hevelen naar de ZVW, waardoor feitelijk één verzeke-

ring overblijft. Beperking van bureaucratie en betere mogelijkheden tot samenwerking in de zorg zijn zaken die bij de uiteindelijke keuze zeker een rol moeten spelen. Overigens hoeft het bestaan van verschillende financieringssystemen geen belemmering te zijn voor samenwerking in de zorg als partijen bereid zijn voor een gezamenlijk doel middelen en menskracht beschikbaar te stellen.

54

*Kunt u toelichten dat een belangrijke voorwaarde voor het uitvoeren van deze eerste lange termijn optie een goed systeem van risicoverevening is, waarbij zorgverzekeraars een belang krijgen bij doelmatige zorginkoop?*

In een wettelijk verzekeringssysteem met concurrerende, risicodragende zorgverzekeraars is een voorwaarde dat zorgverzekeraars ten opzichte van elkaar een gelijke uitgangspositie hebben. Factoren die van invloed zijn op de schadelast maar waarop een zorgverzekeraar geen invloed kan uitoefenen (bijvoorbeeld het al dan niet hebben van een grote populatie oudere verzekerden), mogen niet van invloed zijn op de concurrentieverhoudingen. Daarom wordt in de huidige ziekenfondsverzekering met concurrerende ziekenfondsen, gewerkt met een systeem van risicoverevening. Bij het ontwikkelen van een dergelijk systeem van risicoverevening in de AWBZ moet goed rekening worden gehouden met de aard van de voorzieningen/schadelast.

55

*In het huidige systeem zijn de zorgkantoren gekoppeld aan de zorgverzekeraars. Aan wie zouden de zelfstandige uitvoerders van optie 2 worden gekoppeld?*

In geval van zelfstandige uitvoerders behoort een koppeling aan andere bestaande organisaties (bijvoorbeeld zorgverzekeraars of gemeentelijke of andere overheidsorganisaties) tot de mogelijkheden.

56

*Heeft de staatssecretaris op dit moment een voorkeur voor één van beide opties? Welke is dat, en waarom?*

Het antwoord op deze vraag hangt te zeer samen met de invulling van het toekomstige AWBZ-pakket in relatie tot de ZVW en de WMO. Een besluit hierover is in 2006 aan de orde.