

Vergaderjaar 2000–2001

24 036

**Marktwerking, deregulering en
wetgevingskwaliteit**

26 631

Modernisering AWBZ

Nr. 179

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 23 november 2000

Enkele in de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ vertegenwoordigde fracties meenden dat over de kabinetsreacties op het MDW-rapport «De ontvoogding van de AWBZ» en de nota «Aanspraken en uitvoeringsorganisatie AWBZ» (24 036/26 631, nr. 166) en het daarbij gevoegde advies van de Landsadvocaat – toegezonden bij brief van 27 juni 2000 – een aantal vragen ter beantwoording voorgelegd moesten worden aan de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. De op 3 oktober 2000 toegezonden vragen zijn bij brief van 21 november 2000 door de bewindsvrouw beantwoord.

De voorzitter van de commissie,
Essers

De griffier van de commissie,
Teunissen

¹ Samenstelling:

Leden: Van der Vlies (SGP), Swildens-Rozendaal (PvdA), ondervoorzitter, Bijleveld-Schouten (CDA), Middel (PvdA), Rouvoet (RPF), Oedayraj Singh Varma (GroenLinks), Oudkerk (PvdA), Rijpstra (VVD), Lambrechts (D66), Essers (VVD), voorzitter, Dankers (CDA), Van Vliet (D66), Van Blerck-Woerdman (VVD), Passtoors (VVD), Eisses-Timmerman (CDA), Spoelman (PvdA), Hermann (GL), Kant (SP), Gortzak (PvdA), Buijs (CDA), E. Meijer (VVD), Van der Hoek (PvdA), Blok (VVD), Arib (PvdA) en Atsma (CDA).

Plv. leden: Van 't Riet (D66), Rehwinkel (PvdA), Eurlings (CDA), Apostolou (PvdA), Schutte (GPV), Van Gent (GroenLinks), Noorman-den Uyl (PvdA), Weekers (VVD), Ravestein (D66), Örgü (VVD), Van de Camp (CDA), Schimmel (D66), Terpstra (VVD), Udo (VVD), Visser-van Doorn (CDA), Smits (PvdA), Harrewijn (GroenLinks), Marijnissen (SP), Belinfante (PvdA), Ross-van Dorp (CDA), O. P. G. Vos (VVD), Hamer (PvdA), Cherribi (VVD), Duijkers (PvdA) en Th. A. M. Meijer (CDA).

Inleiding van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Alvorens de gestelde vragen te beantwoorden, wil ik eerst ten algemene ingaan op de vraagsturing in de AWBZ en de daarbij behorende uitvoeringsorganisatie. Dit vormt immers een cruciaal onderwerp in de discussie over de modernisering, veel vragen van u gaan hierover. In de vragen klinkt twijfel door over de positie van het zorgkantoor. Deze twijfel wordt ingegeven door de gedachte dat het versterken van het zorgkantoor een onomkeerbare stap inhoudt voor de keuze voor de AWBZ op langere termijn. Ik hecht eraan een perspectief op de langere termijn te schetsen om te laten zien, dat versterking van zorgkantoren nu geen voorshot is op de discussie over de toekomst, terwijl het tegelijk wel een noodzakelijke voorwaarde is om ook op korte termijn stappen te zetten voor een betere en meer vraaggerichte uitvoering. De uitkomst van dat stelseldebat is echter een voorwaarde om een beslissing over de toekomstige uitvoering van de AWBZ te nemen die de koppeling met de uitvoering van het tweede compartiment mogelijk maakt. Ik zal dat hieronder kort toelichten.

Vraagsturing als kern van de modernisering

In de modernisering van de AWBZ staat de cliënt met zijn of haar zorgvraag centraal. Om dat te operationaliseren is de omslag van aanbod naar vraagsturing de inzet van de modernisering. Het gaat dan om vraagsturing in de zin dat de zorgvraag bepalend wordt voor het zorgaanbod. Dit geldt zowel op macro-, meso- als micro-niveau. Macro gaat het om het versterken van het verzekeringskarakter van de AWBZ waarbij de verzekerde zijn aanspraken binnen redelijke termijn tot gelding kan brengen. Meso gaat het om het versterken van de zorginkooprelatie tussen de verzekeraar en de zorgaanbieder. Die zorginkoop moet zodanig zijn dat de zorgaanbieder alleen nog maar betaald wordt op basis van geleverde prestaties. Micro gaat het om de relatie tussen de cliënt en de zorgaanbieder. De cliënt moet zeggenschap hebben over de manier waarop de aanbieder de zorg levert. Persoonsgebonden bekostiging draagt hier aan bij. Hiermee is kort de kern van het beleid van het kabinet te typeren.

Om de AWBZ vraaggestuurd in te richten zijn ingrijpende veranderingen nodig in het bestaande instrumentarium, dat zijn aangrijpingspunten heeft in het aanbod. Het gaat dan om de functionele en niet langer instellingsgebonden formulering van aanspraken, de toelating van aanbieders, het in termen van producten en prijzen transparant maken van de zorginkoop en het opheffen van de contracteerverplichting. Elk van deze onderdelen heeft een nauwe samenhang met andere. Het samenspel van het nieuwe wettelijke instrumentarium zal ook de mogelijkheid moeten bieden de AWBZ qua uitgaven beheerst uit te voeren. Dit is van belang in het licht van het blijvend kunnen garanderen van de toegang tot de zorg. Met het verleggen van de sturing moet de beheersing ook worden gekoppeld aan instrumentarium dat van invloed is op de toekenning van de zorg. Daarbij gaat het om de omvang van het pakket, omslagpunten extramurale – intramurale zorg, de indicatiestelling en de eigen bijdragen.

Naast een ingrijpende verandering van het instrumentarium is voor het realiseren van de vraagsturing een aanpassing in de uitvoeringsstructuur noodzakelijk. Kort gezegd gaat het dan om de versterking van de «verzekerdersfunctie». Het weghalen van de centrale aanbodgestuurde uitvoering vergt het ontwikkelen van een decentrale uitvoering op basis van zelfstandige verantwoordelijkheid. Uiteindelijk is een uitvoeringsorganisatie vereist die volledige en directe verantwoordelijkheid kan dragen voor de uitvoering van de verzekering. Daarbij zijn prikkels nodig

die zorgen voor een doelmatig uitvoering van de verzekering. In dit eindbeeld voldoet de huidige uitvoeringsstructuur waarbij de zorgverzekeraars uit het tweede compartiment de zorgcontractering mandateren aan zorgkantoren, niet meer.

Op weg naar die eindsituatie kan al veel worden gedaan binnen de huidige uitvoeringsstructuur. Het kabinet vindt het belangrijk dat het proces van fasegewijze omvorming van aanbod- naar vraagsturing niet wacht op de afronding van het debat over het stelsel van ziektekostenverzekeringen. We moeten nu doen, wat kan.

Toekomst AWBZ

De vraag wie de uitvoering van de AWBZ bij de volledige omslag naar vraagsturing opgedragen moet krijgen, heeft het kabinet verbonden aan het komende debat over de inrichting van ons stelsel van zorgverzekeringen.

Op zich is de vraag legitiem reeds nu – bij de start van het moderniseringsproces – de verantwoordelijkheid voor de uitvoering van de AWBZ sluitend te regelen. Omdat het kabinet zich er hard voor maakt het verzekeringskarakter van de AWBZ te versterken, ligt de gedachte voor de hand voor de uitvoering uit te gaan van verzekeraars. De formele verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraars uit het tweede compartiment voor de AWBZ zou dan omgezet moeten worden in een volledige verantwoordelijkheid. De gewenste samenhang tussen de beide compartimenten van de zorgverzekeringen zou hiermee ook zijn gediend. Deze oplossing is verkend en is op dit moment niet werkbaar. De oorzaak hiervan ligt in de huidige hybride structuur van de verzekeringsuitvoering in het tweede compartiment en met name de positie van de particuliere verzekeraars. Ik wil enkele problemen kort aanduiden.

Uitgangspunt moet de zorg zijn die op basis van de verzekering geleverd wordt. Zorgverzekeraars moeten overeenkomsten sluiten met aanbieders waarbij ze én rekening houden met de behoeften van hun verzekerden én zorgen voor afstemming van zorgvormen op elkaar en samenhang met andere voorzieningen. Een deel van de zorgverzekeraars is vanwege het geringe verzekerdenbestand en de spreiding hiervan over het land niet in staat tot dergelijke inhoudelijk afgestemde overeenkomsten te komen. Een afzonderlijk probleem is de positie van de particuliere ziektekostenverzekeraar. Uitvoering van een publieke zorgverzekering behoort te worden gereguleerd met het oog op bescherming van het publiek belang. Dat leidt tot de vraag hoe de particuliere ziektekostenverzekeraar te binden is aan vereisten die horen bij een rechtmatige en doelmatige uitvoering van de wettelijke verzekering. Een volledige verantwoordelijkheid voor de uitvoering zou moeten zijn gekoppeld aan voorwaarden en vereisten die niet afwijken van wat nu geregeld is voor de ziekenfondsverzekering. Tenslotte is te wijzen op de kwestie of elke particuliere ziektekostenverzekeraar in staat is zijn organisatie en administratie zo in te richten dat hij ook daadwerkelijk uitvoering kan geven aan de wettelijk opgedragen taken en daarover verantwoording af te leggen.

Het kabinet vindt deze weg binnen de huidige constellatie in het tweede compartiment niet begaanbaar. Als het praktisch al zou kunnen, zijn er in elk geval ook vraagstukken over eisen die de wetgever aan de particuliere verzekeraar zou moeten stellen bij een versterkte verzekeraarsfunctie in een vraaggerichte uitvoering van de AWBZ. Het stellen van dergelijke eisen staat op gespannen voet met de Europese richtlijnen inzake het schadeverzekeringsbedrijf. Overigens verhinderen de richtlijnen dat een particuliere verzekeraar uitvoerder is van een publiekrechtelijke verzekering.

Door het koppelen van de kwestie over de uitvoering van de AWBZ aan het debat over een basisverzekering in het tweede compartiment openen zich daarentegen perspectieven. Verschillende typen vragen komen bij dat debat aan bod. In de eerste plaats gaat het over het al dan niet handhaven van een afzonderlijke AWBZ naast de zorgverzekering voor de noodzakelijke zorg (tweede compartiment). Indien gekozen wordt voor handhaving van de AWBZ, is de vraag aan de orde wie in dat geval de uitvoerders van de AWBZ zullen zijn. De mogelijkheid komt dan in zicht de uitvoering van de AWBZ te regelen in samenhang met beslissingen over de basisverzekering in het tweede compartiment. De keuze kan zijn om de uitvoerders van die nieuwe zorgverzekering in het tweede compartiment óók de AWBZ te laten uitvoeren.

Daaraan zitten wel voorwaarden vast. Er moet sprake zijn van een eenduidige, niet-hybride uitvoeringsstructuur en aan de feitelijke uitvoerders moeten eisen te stellen zijn die passen bij de AWBZ als volksverzekering. In ieder geval moet ook in die uitvoering een functionele regionalisatie van de zorg gestalte kunnen krijgen, zodat vanuit het perspectief van de AWBZ-verzekerde een samenhangend en met andere voorzieningen afgestemd zorgaanbod ontstaat.

Natuurlijk staan meerdere opties voor de AWBZ open. Een alternatief is de publieke uitvoering van de AWBZ apart te regelen. Maar naarmate het stelseldebat leidt tot een eenduidige uitvoeringsstructuur in het tweede compartiment, zoals hiervoor geschetst, ligt dit alternatief minder voor de hand.

Koppeling van de uitvoeringskwestie aan het debat over het stelsel is kortom niet het uitstellen van een beslissing die ook nu kan worden genomen. Die keuze is er feitelijk niet. Het debat over het stelsel brengt evenwel reële mogelijkheden in beeld die beantwoorden aan de hoofdgedachte de AWBZ door verzekeraars te doen uitvoeren.

Door nu geen fundamentele veranderingen in de uitvoering van de AWBZ door te voeren houdt het kabinet opties voor de toekomst open en creëert het de ruimte om zonder vertraging, fasegewijs te werken aan de opbouw van een vraaggestuurd systeem in de AWBZ. De AWBZ biedt ook de mogelijkheid voor deze weg van geleidelijke versterking van de vraagsturing. De verandering van de AWBZ wordt daarbij gezien als een geleidelijk proces, waarbij de richting vaststaat, maar de vormgeving op onderdelen niet op voorhand wordt vastgetimmerd. De complexiteit van het veranderingsproces vraagt ook om zo'n aanpak.

Voorwaarde voor het realiseren van deze fasegewijze transformatie is de ontwikkeling van een beheersfunctie in de uitvoering. Versterking van het zorgkantoor is de eerste stap in dit proces. Het biedt de mogelijkheid zonder nu fundamentele veranderingen in de uitvoering aan te brengen de vereiste verzekeraarsfunctie van de grond te krijgen.

Een belangrijke overweging voor deze aanpak is, dat de problemen zoals die nu in de AWBZ bestaan met de wachttijden voor de zorg, op deze wijze terstond ter hand kunnen worden genomen. De zorgkantoren leveren op dit moment een geweldige inspanning om de zorg op de maat van de cliënt te doen leveren. Het professioneel en doelmatig uitvoeren van de huidige AWBZ maken een versterking van de verzekeraarsfunctie absoluut noodzakelijk. Het gaat dan om wachtlijstbeheer, het wegwerken van de wachtlijsten, de uitvoering van de PGB-regeling en de gerichte inzet van middelen voor de zorg. Deze versterking laat dus onverlet, dat op een later moment in het kader van besluitvorming over het stelsel vervolgstappen kunnen en moeten worden gezet.

De goede volgorde

Waar het op aan komt is niet alleen de goede dingen te doen, maar ook de goede dingen op het goede moment. Op hoofdlijnen is daarvoor het volgende beeld te schetsen.

- We werken in de eerstkomende periode van drie jaar aan de verbetering van de uitvoering van de AWBZ en doen het maximale aan het realiseren van vraagsturing binnen de grenzen van de huidige wettelijke uitvoeringsstructuur. Dat vergt weloverwogen beslissingen over de inzet van instrumenten en een versterkt zorgkantoor.
- In deze periode brengen we door onderzoek en overleg de oplossingen in beeld voor vraagstukken die voortvloeien uit de volledige omslag naar een vraaggestuurd systeem. Dan gaat het zowel over het nieuwe instrumentarium als veranderde eisen voor de beheersing.
- Het debat over het stelsel van zorgverzekeringen wordt voorbereid. Daarin komt ook aandacht voor de vraag of de AWBZ afzonderlijk moet blijven voortbestaan, naast de zorgverzekering van het tweede compartiment. Blijft het een afzonderlijke wet, dan zal uit het debat helder worden wie de uitvoering van de AWBZ kan doen.
- Zijn de hoofdlijnen voor de AWBZ-zorg getekend, dan kunnen we dankzij de dan getroffen voorbereidingen de omslag gaan realiseren naar het eindstadium van vraagsturing.

Vragen PvdA-fractie

1

Kunt u een inventarisatie geven van de hulpaanspraken in de AWBZ die het karakter hebben van een tegemoetkoming in extra kosten die samenhangen met het hebben van een chronische ziekte of handicap en die na bestudering eventueel worden opgenomen in een integratietegemoetkoming? (blz. 6)

Een integratietegemoetkoming zoals bijvoorbeeld bestaat in België, is een financiële tegemoetkoming die de meerkosten in het dagelijks bestaan, die aan het hebben van een handicap en/of een vermindering/gebrek aan zelfredzaamheid inherent zijn, moet compenseren. Dit betreft een breder bereik dan alleen AWBZ zorg. Als extra kosten kan gedacht worden aan de meerkosten ten aanzien van wonen, vervoer, extra stookkosten e.d. In Nederland kennen we hier een aantal verschillende regelingen voor zoals de BB, TOG en WVG. Of en hoe bundeling van deze regelingen in een integratietegemoetkoming nodig is moet nog nader worden onderzocht. Ook moet nog worden geïnventariseerd of en welke hulpaanspraken uit de AWBZ aan de orde zijn bij een dergelijke tegemoetkoming.

2

In het MDW-rapport wordt onderscheid gemaakt tussen een PGB-hulp en een PGB-zorg. Welke AWBZ-aanspraken vallen onder het PGB-hulp? Deelt u de mening van de MDW-werkgroep dat aan het PGB-hulp geen minimumkwaliteitseisen gesteld hoeven te worden? Zo ja, waarom? (blz. 7)

Voorbeelden van AWBZ-aanspraken die kunnen vallen onder de definitie «hulp» zijn de alphahulpverlening en de huishoudelijke verzorging. Het gaat hierbij om hulpvormen waarbij de consumentensoevereiniteit volledig aan de orde is: omdat de cliënt daarbij redelijkerwijs zelf in staat is te beoordelen of de hulp adequaat verleend wordt is het niet noodzakelijk nadere kwaliteitseisen te stellen.

3

De MDW-werkgroep verwacht dat er inkooporganisaties zullen ontstaan die PGB-houders gaan ondersteunen bij de zorginkoop. Blijft de budgethouder in een dergelijke situatie zelf verantwoordelijk voor de inkoop (kwaliteit en kosten)? Zo ja, op welke wijze zijn de inkooporganisaties aanspreekbaar op slechte prestaties? (blz. 8)

De onderliggende gedachte van de MDW-werkgroep aan het ontstaan van inkooporganisaties is dat PGB-houders zich zullen bundelen om een maximaal inkoopresultaat te boeken. Ook in een dergelijke situatie blijft de budgethouder zelf verantwoordelijk voor de inkoop van hulp. Budgethouders zijn vrij om van een dergelijke inkooporganisatie gebruik te maken en/of de inkooporganisatie te verlaten.

4

Het kabinet gaat onderzoeken of het mogelijk is de huidige PGB-regeling als een soort communicerend vat te koppelen aan het systeem van instellingsbudgettering? Kunt u uitgebreid uitleggen hoe dit werkt? Kunt u hierbij het gegeven betrekken dat op dit moment in het kader van de aanpak van de wachtlijstproblematiek bij het PGB al alle gerealiseerde zorg vergoed wordt; m.a.w. hoe wilt u onderbesteding bij zorg op maat regelingen inzetten bij het PGB als daar geen wachtlijsten meer zijn? (blz. 9)

In het kader van de aanpak wachtlijsten in de gehandicaptensector en de verplegings- en verzorgingssector is besloten dat dit jaar en komend jaar de werkelijke vraag naar PGB's van de cliënten bepalend is voor de ter beschikking te stellen middelen. Ten opzichte hiervan is het voorstel van koppeling tussen instellingsbudgettering en de PGB-regeling niet meer aan de orde.

Eenzelfde verruiming van financiële middelen is overeengekomen voor in het kader van zorg in natura te contracteren zorg. In de gehandicaptensector wordt deze extra productie bekostigd op basis van een PVB-achtige systematiek.

Ook in een gemoderniseerde AWBZ kan de cliënt na beoordeling van de aard en de omvang van de zorgvraag ten principale de keus maken tussen een PGB (waarbij hij/zij ervoor kiest om zelfstandig zijn zorg te regelen) dan wel natura. De natura verstrekking gaat ervan uit dat het geld de cliënt volgt. Kiest een cliënt ervoor delen van zijn zorg bij een andere gecontracteerde instelling te halen, dan stopt de betaling vanuit het zorgkantoor aan de ene instelling en start de betaling aan de andere instelling bij wie de cliënt dan zijn zorg haalt. Bij een dergelijk systeem past niet langer een integrale instellingsbudgettering. Er zal dus een geleidelijke overgang moeten plaatsvinden van integrale instellingsbudgettering naar betaling van geleverde zorg (in natura gecontracteerd).

5

Het kabinet zal per zorgonderdeel analyseren of en onder welke voorwaarden een PGB toepasbaar is? Wanneer is deze analyse afgerond? (blz. 9)

Persoonsgerichte financiering in een gemoderniseerde AWBZ biedt de keuze tussen een PGB of natura waarbij het geld de cliënt volgt (PVB) door tussenkomst van zorgkantoor. Deze keuze acht de MDW-werkgroep van fundamenteel belang voor het vormgeven van de vraagsturing. In zijn reactie op het MDW-rapport stelt het kabinet dat een AWBZ-brede toepassing van het PGB nader onderzoek behoeft. Ook de MDW-werkgroep gaat ervan uit dat een deel van de AWBZ-verzekerden niet zal kiezen voor het PGB, en zich dus zal wenden tot de zorgaanbieders met wie het zorgkantoor overeenkomsten heeft gesloten voor levering van zorg in natura.

Daarenboven lenen niet alle verstrekkingen van de AWBZ zich voor persoonsgebonden budgetten. Per onderdeel van de aanspraken van de AWBZ zal moeten worden gezien of deze zich lenen voor persoonsgebonden budgetten en of aan de overige voorwaarden voor persoonsgebonden financiering is voldaan.

Een eerste inventarisatie op alle AWBZ onderdelen zal in april 2001 afgerond zijn.

6

U stelt dat het zorgkantoor meer en meer in staat moet worden gesteld om sturing te geven aan de zorg, zodat de contracteervrijheid geen lege huls is. Er moet kunnen worden afgerekend op basis van geleverde zorg. Kunt u een tijdpad aangeven voor de afbouw van de huidige verdeling van het beschikbare macrobudget over toegelaten aanbieders? (blz. 23)

Inderdaad is het zo dat voor het realiseren van een daadwerkelijk vraaggerichte zorginkoop door het zorgkantoor niet volstaan kan worden met het opheffen van de contracteverplichting. Daarvoor is ook nodig dat het huidige systeem van instellingsbudgettering wordt vervangen door een systeem waarin bekostiging plaats vindt op basis van op cliëntniveau geleverde zorgproducten.

Het definitief omzetten van het huidige systeem van instellingsbudgettering in een systeem van bekostiging op basis van geleverde producten kost tijd. Dat wil evenwel niet zeggen dat gedurende deze tijd de zorgcontractering door het zorgkantoor niet steeds meer geënt kan worden op de zorgbehoefte van de klant. De manier waarop dat gebeurt staat beschreven in bijlage 3 van de nota Zicht op Zorg en gaat als volgt. In eerste instantie wordt binnen het systeem van instellingsbudgettering de onderhandelingspositie van het zorgkantoor versterkt. Dit gebeurt onder de WTG via de zogenaamde beleidsregels Zorg op Maat. Het zorgkantoor moet op basis van die regels afspraken maken met instellingen over zorg-op-maat projecten. Is het zorgkantoor van mening dat het bestedingsvoorstel van de instelling niet tegemoet komt aan de zorgbehoefte van de klant, dan kan het zorgkantoor een deel van het budget van de instelling doorsluizen naar een instelling die wél zo'n voorstel doet. In tweede instantie wordt de budgetteringsystematiek zelf prestatiegericht gemaakt. Concreet krijgt dat in alle deelsectoren van de AWBZ vorm door de zorg zoveel mogelijk te definiëren in termen van zorgproducten of zorgmodules waarbij voor de berekening van de bijbehorende prijzen rekening wordt gehouden met de vooronderstelde zorgzwaarte. Elke sector houdt hierbij zijn eigen tijdpad aan. Momenteel zijn voor de gehele GGZ zorgzwaarte gerelateerde bekostigingscategorieën ingevoerd. In de thuiszorg wordt inmiddels gewerkt met een set zorgproducten met bijbehorende prijzen.

In het licht van de flexibilisering van de aanspraken verpleging en verzorging zal in de komende jaren op het terrein van verpleeg- en verzorgingshuizen gewerkt worden aan verdere productdefiniëring en een meer prestatiegerichte bekostiging (met verrekening van zorgzwaarte en met maximumtarieven voor relevante prestaties).

De gehandicaptenzorg koerst op een tijdpad van invoering met ingang van 2003. In laatste instantie wordt het systeem van instellingsgerelateerde bekostiging vervangen door een systeem van persoonsgerelateerde bekostiging. Zoals ook in de brief van 27 juni is aangegeven zal voordat deze laatste stap wordt genomen eerst een sluitend beheersysteem voor het zorgkantoor moeten zijn ontwikkeld.

7

De CTU stelt dat het indirect toezicht op de zorgkantoren in de huidige situatie werkbaar is, omdat het ziekenfonds dat in een bepaalde regio is aangewezen als zorgkantoor wordt aangesproken in plaats van alle in de concrete situatie verantwoordelijke uitvoeringsorganen AWBZ. Om aan deze praktijk een einde te kunnen maken, stelt de CTU voor de verantwoordelijkheid voor het doorvoeren van door de CTU opgelegde correcties en sancties aan de zorgkantoren te mandateren danwel dat uitvoeringsorganen onderling regelen dat één uitvoeringsorgaan de volledige verantwoordelijkheid op zich neemt. Kunt u uitleggen waarom u deze suggestie niet overneemt? (blz. 30)

Kunt u schetsen in welke mate en op welke wijze de CTU de aanpak van de zorgkantoren m.b.t. de inzet van de regionale volumemiddelen in het toezicht betreft?

Welke rol gaan benchmarking en visitatie van de zorgkantoren spelen bij het toezicht op de zorgkantoren?

De aangehaalde oplossing van de Commissie Toezicht Uitvoeringsorganisatie (CTU), heeft de CTU zelf voorzien van enige kanttekeningen. In deze kwestie heeft het kabinet aangegeven in samenspraak met de CTU te willen bezien hoe een goede controle- en verantwoordingsstructuur kan worden bereikt. Hierbij zal de oplossing om bepaalde taken en verantwoordelijkheden in de mandaatsregeling op te nemen worden betrokken, als de noodzaak daartoe gaat blijken. Inmiddels zijn de gezamenlijke werkzaamheden om tot een goede verantwoording in de AWBZ te komen in het licht van het wetsvoorstel om het toezicht te moderniseren van start gegaan.

De inzet van de regionale volumemiddelen zal plaatsvinden op basis van de wettelijke instrumenten. De CTU zal die inzet conform zijn huidig toezichtbeleid beoordelen.

Hoe benchmarking en visitatie een rol kunnen gaan spelen bij het toezicht, zal de komende tijd in kaart worden gebracht. Op korte termijn zal een aanvang worden gemaakt met de ontwikkeling van een benchmarking van zorgkantoren. Een verzoek daartoe is inmiddels aan het College van zorgverzekeringen (CVZ) gericht. Hoe toezicht vervolgens gebruik kan maken van de resultaten van de benchmark, is pas daarna in detail te beantwoorden. Uitgangspunt van het kabinet is dat waar benchmarking en visitatie betrouwbare en controleerbare resultaten opleveren voor de vaststelling van het functioneren van zorgkantoren, het wettelijke toezicht daarop kan aansluiten.

8

Bij welke concrete aanpassingen van de AWBZ zal het CTU opnieuw een oordeel geven over de toezichtsaspecten van de AWBZ-uitvoering? (blz. 30)

De hoofdlijn hiervoor heeft het kabinet al aangegeven, namelijk die wijzigingen in de wet- en regelgeving die de aanbodbeheersing doen vervangen door vraagsturing. Een eerste toets is aan de CTU gevraagd bij het voornemen het overeenkomstenstelsel in de Ziekenfondswet aan te passen en de contracteerverplichting op te heffen, welke vraag qua hoofdlijn ook van toepassing is op de AWBZ. Vervolg vragen zijn aan de orde waar handelingsruimte toeneemt voor de uitvoerder van de AWBZ-verzekering.

9

Kunt u aangeven hoe vaak de verzekeringsindicatie wordt meegenomen in de zorgindicatiestelling door de RIO's? Vindt u dit een juiste gang van zaken?

Zo nee, welke maatregelen gaat u nemen om ervoor te zorgen dat de verzekeringsindicatie door het zorgkantoor geschiedt? (blz. 30)

Op grond van artikel 9a van de AWBZ hebben de RIO's tot taak te beoordelen of een inwoner in aanmerking komt voor een van de bij algemene maatregel van bestuur aangewezen vormen van zorg. Het gaat daarbij in beginsel om een besluit over de vraag of een verzekerde op bepaalde zorg is aangewezen. De verzekeringsindicatie geeft aan in welke en onder welke omstandigheden er uit verzekeringsoogpunt grond is voor beroep op de desbetreffende aanspraak. Veelal zullen de zorgindicatie en de verzekeringsindicatie samenvallen. Dat hoeft echter niet altijd het geval te zijn. Immers, wat uit oogpunt van zorgbehoefte kan zijn aangewezen, behoeft niet in alle gevallen als aanspraak te zijn geregeld. In het algemeen zal het indicatiebesluit van het RIO ook betrekking hebben op de verzekeringsindicatie. Dat is een gang van zaken die voor de verzekerden voordelen met zich brengt. Deze weet dan tevens of de voor hem noodzakelijke zorg ten laste van de AWBZ-verzekering kan worden verleend. Het voorgaande betekent niet dat het RIO in plaats treedt van de uitvoeringsorganen van de AWBZ. Deze houden de verantwoordelijkheid om er op toe te zien dat de verzekerde ten laste van de AWBZ alleen die zorg wordt geboden die binnen dat kader als aanspraak is geregeld. In formele zin betekent dit dat het zorgkantoor namens deze uitvoeringsorganen van de AWBZ de verzekeringsindicatie uitvoert. Deze situatie behoeft dan ook op dit moment geen wijziging.

10

Het CTU stelt dat integrale informatie van diensten en producten en daarop gebaseerde betalingsstromen ontbreekt. Met behulp van welke informatie controleert het CTU op dit moment de zorgkantoren? (blz. 30)

De van oudsher bestaande uitvoeringsstructuur in de AWBZ via de verbindingkantoren heeft naast de uitvoeringsorganen AWBZ taken in handen gegeven van het centraal administratiekantoor en de verbindingkantoren. Taken voor de administratie in het kader van levering van zorg en de inning van eigen bijdragen zijn zodoende verdeeld over meerdere organen. De CTU controleert en beoordeelt op dit moment de uitvoering van al deze taken op basis van eigen onderzoek bij de uitvoeringsorganen, de zorgkantoren en het centraal administratiekantoor. De kwestie die de CTU aan de orde stelt, heeft betrekking op de beoogde situatie van gemoderniseerd toezicht waarin het toezicht de informatie niet primair zelf op basis van onderzoek vergaart en de uitvoering beoordeelt, maar de door de uitvoerders aangeleverde informatie beoordeelt. Dit laatste natuurlijk eveneens op basis van onderzoek, maar met een andere insteek.

Vragen VVD-fractie

11

Het kabinet wil de komende twee jaar voorbereidingen treffen om een aantal wijzigingen m.b.t. de uitvoering van de AWBZ mogelijk te maken. Het MDW-rapport zegt expliciet dat in de voorbereidingsfase acute knelpunten reeds moeten worden aangepakt (blz. 47 MDW-rapport). Deelt het Kabinet de mening dat reeds in de voorbereidingsfase acute knelpunten moeten worden aangepakt en, zo ja, welke acute knelpunten zijn dit? (blz. 2)

Het kabinet onderschrijft de uitspraak in het MDW-rapport dat in de voorbereidingsfase acute knelpunten reeds moeten worden aangepakt. De werkgroep beveelt in dit verband aan het bestaand beleid dat past bij de vraagsturing, te intensiveren. Daarvan getuigt ook het huidige kabinetsbeleid. De verruiming van de PGB-middelen, de versterking van de regio-

nale indicatie-organen, de actieve ondersteuning van zorgkantoren bij het in beeld brengen van de wachtlijstproblematiek en de betrokkenheid van de zorgkantoren bij het tot besteding brengen van de extra volumemiddelen maken onderdeel uit van het oplossen van bestaande knelpunten die passen in een meer op de vraagsturing ingerichte AWBZ. Daarnaast komt de sinds 1 oktober jl. ingevoerde woonzorgstimuleringsregeling tegemoet aan de door de MDW-werkgroep gesuggereerde eerste stap om vastgoedaanbieders een soepeler toegang tot de zorgmarkt te bieden. Ook de uitbreiding van zorgcapaciteit op basis van scheiden van wonen en zorg draagt daaraan bij.

12

Het kabinet neemt de conclusie van het MDW-rapport over dat invoering van de voorstellen 8 a 9 jaar zullen vergen. Tegen de achtergronden van de wachtlijsten, de snelle veranderingen in de maatschappij, en de onzekerheden die een veranderingstraject oproept bij de betrokken organisaties lijkt een overgangstermijn van een dergelijke lengte ook belangrijke nadelen met zich mee te brengen. Deelt het kabinet de mening dat een zo lange overgangstermijn ook nadelen met zich meebrengt, en ziet zij mogelijkheden om de overgangstermijn (op onderdelen) te versnellen? (blz. 3)

Het kabinet zal voortvarend verder werken aan het in alle sectoren van de AWBZ realiseren van de technische voorwaarden die nodig zijn voor brede toepassing van het PVB en het PGB. Aan deze omslag naar een persoonsgerichte financiering zit een aantal vraagstukken vast – zoals dat van de beheersing van de uitgaven – die eerst tot een oplossing moeten worden gebracht. Het kabinet ziet de nadelen van dit noodzakelijkerwijs langdurige traject. Het meent echter dat het geschetste perspectief helder is en veel van de onzekerheden wegneemt. Tegelijk is het zo, dat het kabinet in de huidige problemen in de AWBZ aanleiding heeft gezien verschillende maatregelen te nemen die op korte termijn zullen leiden tot een betere uitvoering van de AWBZ en het wegwerken van de wachtlijsten.

De maatregelen die het kabinet al heeft genomen om het PGB ruimer te doen toepassen en op korte termijn te komen tot een harmonisatie van de bestaande PGB-regelingen, maken hier deel van uit. In dit opzicht zal er sprake zijn van een versnelling. Voor het geheel ziet het kabinet het steeds als haar opdracht om een goede balans te vinden tussen de korte- en lange termijn maatregelen binnen het geschetste principe van vraaggestuurde uitvoering van de AWBZ.

13

Het kabinet schrijft dat «invoering van vraaginstrumenten hand in hand dient te gaan met versterking van het beheersinstrumentarium van het zorgkantoor». Het MDW-rapport is kennelijk niet overtuigd van het belang van een beheersinstrumentarium in handen van het zorgkantoor. Op blz. 10 van het MDW-rapport staat immers dat ook anderen dan het zorgkantoor de rol van centrale inkoper kunnen vervullen. Verschilt het kabinet op dit punt van mening met het MDW-rapport? Zo ja, waarom? (blz. 3)

Met de zinssnede «.. invoering van vraaginstrumenten hand in hand dient te gaan met versterking van het beheersinstrumentarium van het zorgkantoor..» geeft het kabinet aan dat ook in de modernisering van de AWBZ het vervangen van het systeem van centrale aanbodsturing door een decentrale vraagsturing een geleidelijk proces vergt, waarbij aan degene die belast is met de uitvoering van de verzekering de bij dat proces behorende beheersingsinstrumenten moeten worden geboden. Ook het MDW-rapport geeft aan, dat indien de zorgkantoren belast zijn met de uitvoering van de AWBZ, zij over een adequaat beheersinstrumentarium

moeten beschikken. De werkgroep geeft aan dat ook anderen dan het zorgkantoor de rol van de centrale inkoper kunnen vervullen. Dat doet echter niets af aan het, ook door de MDW-werkgroep onderschreven uitgangspunt dat ook die partij daarvoor moet beschikken over een beheersinstrumentarium. Er is op dit punt dan ook geen verschil van mening tussen het kabinet en de opstellers van het MDW-rapport.

14

Het kabinet zal op korte termijn analyseren voor welke zorgtypen een persoonsgebonden budget kan worden ingepast in de reguliere structuur van de AWBZ. Het MDW-rapport beschrijft een eindsituatie waarin het persoonsgebonden budget «voor iedereen die dat wil en voor alle vormen van AWBZ-zorg» wordt ingevoerd (blz. 7 MDW-rapport). Verschilt het kabinet van mening met de MDW-werkgroep over de mogelijkheid en wenselijkheid van een breed invoeren van het PGB? (blz. 4)

In een gemoderniseerde AWBZ is sprake van persoonsgerichte financiering, waarbij voor de cliënt ten principale de keuze tussen een PGB (eigen zorginkoop) of zorg natura (PVB) door tussenkomst van zorgkantoor aanwezig is. Het kabinet verschilt niet van mening met de MDW-werkgroep over de wenselijkheid van het breed invoeren van de keuze voor de cliënt voor een PGB. Wel heeft het kabinet toegezegd te willen bezien of voor alle vormen van zorg invoering van het PGB voor de hand ligt. Dit is onderwerp van nader onderzoek waarover in april 2001 meer duidelijkheid kan worden geboden.

15.

In de periode tot 2003 «zal verder worden gewerkt aan de voorbereidingen van het opheffen van de contracteerverplichting». Betekent dit dat in 2003 alleen de voorbereidingen klaar zijn of dat dan de contracteerplicht beëindigd zal worden? (blz. 4)

Het betekent in ieder geval dat dan de voorbereidingen klaar zijn. Het gaat dan om het vragen van uitvoeringstoetsen en het daarbij bezien van de samenhang met de overige instrumenten (toelatingenbeleid, systematiek van de bekostiging, kapitaallasten e.d.). Afhankelijk van de uitkomsten van de uitvoeringstoetsen kan besluitvorming plaatsvinden. Het ligt in de bedoeling om in 2003 een start te maken met de feitelijke opheffing van de contracteerverplichting. Zoals ook aangegeven in het antwoord op vraag 6 zullen behalve de opheffing van de contracteerverplichting ook andere maatregelen worden genomen om het zorgkantoor te prikkelen aanbieders scherp te houden.

16

Op blz. 34 van het MDW-rapport staat: «Naar de mening van de werkgroep moet de waarde van een PGB direct en herleidbaar gekoppeld zijn aan de waarde van het PGB in de regio». Kan hieruit worden afgeleid dat de hoogte van het PGB per regio zal verschillen? Klopt het dat – aangezien het PGB en het PVB als alternatieven aan elkaar zijn gekoppeld – indien een zorgkantoor er in slaagt om goedkoop overeenkomsten met zorginstellingen af te sluiten voor de persoonsvolgende budgetten, het persoonsgebonden budget navenant lager wordt? Zo ja, hoe verhoudt zich het bovenstaande met het uitgangspunt dat ook buiten de eigen regio het PGB besteed mag worden?

Is er naar de mening van het kabinet discrepantie tussen de regionale zorgkosten per instelling «zorg in natura» en de wens om mensen met een handicap waar ook in Nederland een gelijke rechtspositie te geven?

Zoals ook aangegeven in het kabinetsstandpunt op het MDW-rapport heeft het kabinet twijfels bij dit voorstel van de werkgroep dat er inder-

daad toe leidt dat er regionaal verschillende PGB's ontstaan. Zo'n regionaal verschillend PGB kan bij besteding buiten de regio immers te ruim, maar ook te krap zijn. In de laatste situatie is het PGB geen reëel alternatief. Het kabinet onderzoekt momenteel mogelijke modellen voor bekostiging van het PGB. Uitgangspunt daarbij is dat via de indicatie de aard en de omvang van de zorgvraag wordt bepaald en dat op basis daarvan een persoonsgebonden budget wordt vastgesteld. De berekening van het budget dient te geschieden op basis van een nog te ontwerpen genormeerd systeem waarbij rekening wordt gehouden met de benodigde zorgzwaarte.

17

Hoe kijkt het kabinet aan tegen het feit dat een cliënt, indien deze ontevreden is over de onderhandelingsprestaties/inkoopbeleid van het zorgkantoor in zijn regio, niet de mogelijkheid heeft om naar een ander zorgkantoor in zijn regio te stappen?

De zorgkantoren hebben in de AWBZ op dit moment geen eigenstandige bevoegdheid om de AWBZ uit te voeren. De zorgkantoren zijn de in het Administratiebesluit aangeduide verbindingkantoren. Zij hebben de in dat besluit geregelde administratieve werkzaamheden te verrichten voor de verlening van AWBZ-zorg. Aansluitend op deze administratieve taken sluiten de zorgkantoren op basis van mandaat en machtiging overeenkomsten met zorgaanbieders. De zogenaamde zorgkantoren voeren dus de AWBZ uit namens de uitvoeringsorganen (zijnde de verzekeraars). Zoals aan de Kamer is uiteengezet bij de invoering van de flexibilisering van de aanspraken op geestelijke gezondheidszorg, sluit de opzet van de destijds door Zorgverzekeraars Nederland voorgestelde zorgkantoorconstructie aan bij de bij de flexibilisering passende behoefte aan een uitvoeringsorgaan dat zicht heeft op de regionale zorgbehoefte. In de huidige aanbodgestuurde uitvoering van de AWBZ is nog weinig sprake van onderhandelingsprestaties van het zorgkantoor. In de voorstellen voor modernisering van de AWBZ zal door het vervallen van de contracteerverplichting, het wijzigen van het toelatingsbeleid en de flexibilisering van de aanspraken het zorgkantoor feitelijk meer onderhandelingsruimte krijgen. Daarbij worden instrumenten als benchmarking en visitatie worden ingezet voor het beoordelen van het functioneren van zorgkantoren. Zolang de huidige uitvoeringsconstructie van vrijwillig mandaat bestaat, zal een verzekerde die ontevreden is over de onderhandelingsprestaties van het voor zijn regio aangewezen verbindingkantoor/zorgkantoor, zijn eigen verzekeraar daarop moeten aanspreken. Overigens is het zo dat een cliënt een PGB kan aanvragen om daarmee zelf zijn zorg in te (laten) kopen.

18

Het zorgkantoor kan door middel van aanbesteding een concessie verkrijgen. Welke objectieve criteria zullen gehanteerd worden bij het bepalen of een verzekeraar zijn concessie mag behouden of weer moet inleveren? Aan de hand van welke prestaties wordt een zorgkantoor beoordeeld, en wie houdt daar toezicht op?

Het kabinet kiest op dit moment nog niet voor het model van concessieverlening op basis van aanbesteding. Zo'n model zou aan de orde kunnen komen bij het debat over de inrichting van het stelsel van zorgverzekeringen. De criteria op basis waarvan de minister thans een zorgverzekeraar voor een periode van vier jaar aanwijst als zorgkantoor, wijken in principe niet af van de voorwaarden die worden gesteld aan uitvoerders die een toelating willen hebben voor de uitvoering van de wettelijke ziektekostenverzekeringen. Deze voorwaarden beogen waarborgen te creëren voor een «naar behoren» taakuitoefening van de zorgverzekering. Presta-

ties zullen in dat licht moeten worden verstaan. Bij de beoordeling of een zorgverzekeraar aangewezen kan worden als zorgkantoor, zullen de oordelen van de toezichthouder over de uitoefening van taken in het verleden, meespelen. Daarnaast is denkbaar dat signalen over onvoldoende taakuitoefening die naar voren komen uit het visitatiesysteem, invloed hebben op voorstellen van de zorgverzekeraars gezamenlijk over aanwijzing van zorgkantoren. Overigens beoordeelt de toezichthouder de taakuitoefening elk jaar.

19

Het kabinet is verantwoordelijk voor zorg die «voor iedereen gelijkelijk beschikbaar is». Wat moet hieronder worden verstaan? (blz. 6)

Dit betekent dat bij het recht op zorg niet gediscrimineerd mag worden anders dan op grond van een objectief vastgestelde behoefte aan zorg.

20

In het MDW-rapport wordt een onderscheid voorgesteld tussen PGB-hulp en PGB-zorg. Is er meer onderscheid dan alleen bepaald door het budget? Hoe moet dit onderscheid worden gezien in relatie tot de Wet Voorzieningen Gehandicapten en de integratie tegemoetkoming (blz. 23 MDW-rapport)?

Het onderscheid tussen PGB-hulp en PGB-zorg wordt in grote mate bepaald door de aanwezigheid van volledige consumenten-soevereniteit. Onder hulp vallen in ieder geval die AWBZ-onderdelen waarbij de cliënt redelijkerwijs in staat is zelf te oordelen over de kwaliteit. Een integratie-tegemoetkoming betreft een breder bereik dan alleen de AWBZ-onderdelen. Een integratietegemoetkoming is een tegemoetkoming in de meer-kosten die verbonden zijn aan het hebben van een handicap in het dagelijks bestaan. Hierbij kan gedacht worden aan extra kosten op het gebied van wonen, vervoer stookkosten e.d. De wenselijkheid van een integratietegemoetkoming wordt nog onderzocht, evenals de onderdelen van de AWBZ die daar dan onder zouden kunnen vallen.

21

Het zorgkantoor heeft naar de mening van het kabinet een rol m.b.t. de afstemming van AWBZ-voorzieningen en aanpalende voorzieningen als wonen, werken, welzijn en vervoer. Welke invloed heeft het zorgkantoor op deze voorzieningen? Waarom zouden anderen dan een zorgkantoor niet in staat zijn te zorgen voor afstemming tussen deze voorzieningen en de AWBZ-zorg? (blz. 14)

Primair is het van belang de samenhang tussen de zorg in het kader van de AWBZ en de voorzieningen in de sfeer van wonen, werken, welzijn en vervoer te onderstrepen. Naarmate de zorg meer thuis of in de directe woonomgeving van de cliënt wordt geleverd zal dit belang toenemen. Waar het de aanpalende voorzieningen betreft heeft het zorgkantoor uiteraard geen formele bevoegdheden. Maar het gaat er om dat er afstemming komt tussen de AWBZ-zorg en deze voorzieningen en dan ligt het voor de hand de partij die zorgplicht heeft en op basis van de geïndiceerde vraag contracten sluit met zorgaanbieders hierin een rol te geven. Uiteraard ligt er ook een verantwoordelijkheid voor samenhang en afstemming bij de overige partijen.

22

Het MDW-rapport stelt voor de huidige toelatingseisen op te heffen. Het kabinet heeft een wetsvoorstel in voorbereiding om hieraan tegemoet te komen. Deelt het kabinet de mening van de MDW-werkgroep dat er voor AWBZ-hulp in tegenstelling tot AWBZ-zorg helemaal geen reden is voor

bepanking van mogelijke aanbieders (blz. 8 MDW-rapport)? Zal in het wetsvoorstel ook de toelating van instellingen die thuiszorg verlenen worden verruimd? (blz. 14)

Het kabinet is het met de MDW-werkgroep eens dat de invalshoek bij het toelatingsbeleid moet verschuiven van capaciteit naar kwaliteit. Het gaat dan echter om kwaliteit in bestuurlijke, organisatorische en financieel-administratieve zin. Voor zover het gaat om de kwaliteit van de directe zorgverlening is het kabinet van mening dat daarin vooralsnog in voldoende mate wordt voorzien door de Kwaliteitswet zorginstellingen en de Wet BIG. Het wetsvoorstel waarnaar in de vraag wordt verwezen biedt het kader voor bovengenoemde verschuiving.

Het wetsvoorstel voorziet in de mogelijkheid dat de toelating van thuiszorginstellingen wordt verruimd.

23

Het kabinet schrijft dat het niet ondenkbaar dat als de vraagsturing eenmaal is verwezenlijkt het zorgkantoor slechts een overgangsmodel is geweest. (blz. 14) Kan het kabinet aangeven ten aanzien van welke aspecten van het zorgkantoor ze verwacht dat deze wellicht een overgangsmodel zal blijken?

Is het naar de mening van het kabinet, ervan uitgaande dat het kabinet er niet zeker van is dat de zorgkantoren de tand des tijds zullen doorstaan, wel zinvol om de zorgkantoren allerlei verantwoordelijkheden en instrumenten in handen te geven, zonder dat eerst is onderzocht of anderen daar op voorhand wellicht beter toe instaat zullen zijn, waarbij te denken valt aan de alternatieven voor de zorgkantoren die in het MDW-rapport worden aangedragen, zoals de zorgverzekeraar uit het tweede compartiment dan wel een andere bemiddelaar?

Binnen de huidige wettelijke regeling voeren zorgkantoren de AWBZ uit namens de uitvoeringsorganen. Het ligt dan ook in de rede om bij deze uitvoeringsstructuur aan te sluiten. Op die wijze kan naar de mening van het kabinet zonder aanzienlijke vertraging worden gewerkt aan de overgang van aanbodsturing naar vraagsturing en de oplossing van wachtlijsten.

Met de invoering van vraagsturing zal het aanbodregulerend beheersinstrumentarium komen te vervallen en dienen te worden vervangen door een beheerinstrumentarium dat aansluit bij vraagsturing. Daarbij komt zowel het aspect van de budgetverantwoordelijkheid aan de orde als de vraag welke beheersinstrumenten de uitvoerders van de AWBZ nodig hebben om een goede en doelmatige uitvoering van de AWBZ te blijven waarborgen. Om dit te kunnen realiseren zal ook wijziging van de AWBZ noodzakelijk zijn.

Het kabinet heeft aangegeven dat bij de verdere invoering van vraagsturing de situatie kan ontstaan dat de huidige uitvoeringsstructuur niet meer voldoet. Op dat moment komen als opties in beeld: zelfstandige uitvoering van de AWBZ dan wel verdergaande integratie of afstemming met de uitvoering van het tweede compartiment. De afweging die hierbij zal worden gemaakt, hangt in hoge mate samen met het stelseldebat. Alle aspecten die met deze keuze samenhangen verdienen zorgvuldige bestudering. Op dit moment is het gebruikmaken van de bestaande uitvoeringsstructuur de meest logische en meest doelmatige weg.

24

M.b.t. het eigendomsbeleid van vastgoed wordt opgemerkt dat uiteindelijk alleen nog vastgoed in eigendom van zorginstellingen zal zijn wanneer dat noodzakelijk is i.v.m. specifieke zorgeisen. Wie zal bepalen of vastgoed

in eigendom gehouden moet worden; de overheid of de instellingen?
(blz. 15)

De bepaling over het wel of niet in eigendom hebben van het vastgoed is in principe aan de exploiterende zorginstelling. Op dit uitgangspunt geldt een uitzondering waar het gaat om gebouwen die vanwege de zorgspecifieke eisen die eraan gesteld moeten worden, zo incurant zijn, dat een niet-eigendomssituatie vanwege de zeer hoge huurprijs tot ondoelmatige bestedingen zou leiden. Zie ook het antwoord op vraag 61

25

De verschillende rapporten bevatten aanwijzingen dat er grenzen in zicht komen bij het loslaten van aanbodsturing. Welke grenzen wil het kabinet niet overschrijden en waarom? (blz. 17)

Bij het loslaten van de aanbodsturing ligt de grens bij die stappen die niet meer binnen de huidige wettelijke uitvoeringsstructuur kunnen worden gerealiseerd. Het gaat dan in essentie om twee zaken: het (doen) verrichten van betalingen en het beheersen van de uitgaven. Zodra de uitvoerder van de AWBZ deze taken in zijn pakket krijgt (en dat is bijvoorbeeld het geval zodra het pgb wordt ingepast in de reguliere structuur van de AWBZ), dient hij daarvoor ook de verantwoordelijkheid te kunnen dragen en daarop aanspreekbaar te zijn. Dit vergt een aanpassing van de huidige wettelijke uitvoeringsstructuur.

26

Het kabinet wijst op de centrale rol van indicatiestelling bij het introduceren van vraagsturingsinstrumenten. Het MDW-rapport spreekt van een «broze relatie tussen zorgkantoor en RIO» (blz. 41 MDW-rapport). Deelt het kabinet deze analyse, en zo ja, welke maatregelen zou het kabinet willen nemen om de indicatiestelling te verbeteren? Op welke wijze zullen RIO's worden geprikkeld om doelmatig te presteren en wie houdt daar toezicht op? (blz. 22)

De relatie tussen het zorgkantoor en het RIO verdient, zeker bij de verdere implementatie van vraagsturing de nodige aandacht. In die betekenis deelt het kabinet de analyse uit het MDW-rapport. In de toelichting op het indicatiebesluit worden RIO's erop gewezen dat bij het vaststellen van een indicatiebesluit ook de doelmatigheidsvraag aan de orde is. De gemeenten zijn op basis van het Zorgindicatiebesluit verantwoordelijk voor uitvoering en zien toe op een adequate uitvoering door de RIO's, waaronder ook de doelmatigheid. In 2000 en 2001 wordt fors geïnvesteerd in de kwaliteit van de indicatiestelling en de bedrijfsvoering van de indicatieorganen. De indicatieorganen en de landelijke organisatie LVIO hebben daarvoor concrete plannen ontwikkeld, zoals een certificeringsprogramma, aanvullende opleidingen, een systeem voor productbegroting. Het LVIO ontvangt een projectsubsidie voor de uitvoering van de landelijke activiteiten. Gemeenten en indicatieorganen worden uitgenodigd om in de samenhang van de zorgkantorregio plannen te maken en uit te voeren gericht op de beoogde kwaliteitsverbetering. Daarbij komen ook de schaalgrootte en de verbreding van het werkterrein aan de orde. De voorbereiding en uitvoering van de regionale plannen wordt ondersteund met een voorwaardenscheppend werkplan op landelijk niveau, dat samen met LVIO en VNG wordt voorbereid en uitgevoerd. Op dit moment worden de mogelijkheden onderzocht om zorgkantoren meer expliciet bij het toezicht op een doelmatige indicatiepraktijk te betrekken. Dit uiteraard onder handhaving van het uitgangspunt de onafhankelijkheid van de indicatiestelling. Daarbij zal het overigens niet gaan om het corrigeren van individuele indicatiebesluiten, maar op het controleren van de indicatiepraktijk op het punt van de doelmatigheid in zijn algemeen-

heid. Tevens wordt op dit moment in een IBO-traject de indicatiestelling verder onderzocht.

27

Er bestaat een risico dat een zorgverzekeraar de uitvoering waarvoor hij verantwoordelijk is niet mandateert aan een zorgkantoor. Waarom acht het kabinet dit een risico, daar de verzekeraar immers zelf verantwoordelijk is voor een goede uitvoering van zijn verplichtingen aan de verzekerden? (blz. 25)

In de huidige uitvoering van de AWBZ-verzekering is het zo geregeld dat de administratie van alle te leveren zorg verloopt via de zorgkantoren en het centraal administratiekantoor en de overeenkomsten met de zorgaanbieders worden gesloten door de 31 zorgkantoren namens de 72 zorgverzekeraars. Als één van de zorgverzekeraars zich onttrekt aan deze uitvoeringspraktijk, ontstaan er meerdere onderhandelingstrajecten tussen de aanbieder en de verzekeringsuitvoering. Met name op die onderdelen van AWBZ-zorg waar als uitvloeisel van zorgvernieuwing in het verleden al onderhandelingsruimte is gecreëerd, zal bij verschillende inhoud van de overeenkomsten de uitvoering van de wel wettelijke geregelde administratie onmogelijk worden. De kans dat deze situatie zich voordoet, is inderdaad zeer klein gelet op de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar voor een goede uitvoering. Niettemin moet het benoemd worden als een risico voor de gehele uitvoeringsorganisatie van de AWBZ. Het kabinet heeft in de nota Aanspraken en uitvoeringsorganisatie AWBZ de suggestie van het CVZ overgenomen voor een convenant tussen de minister van VWS en de zorgverzekeraars om het ontstaan van de geschetste situatie te voorkomen.

28

Het opheffen van de huidige zorgkantoorconstructie zal leiden tot een groot aantal vragen en onzekerheden, zo stelt het kabinet. Verzekeraars zijn verantwoordelijk voor een goede uitvoering van hun verplichtingen jegens de verzekerden en zullen dus, bij opheffing van het zorgkantoor, moeten zorgen voor een alternatieve invulling van de taken die het zorgkantoor vervult, indien zij hun cliënten niet willen verliezen. Is er reden om aan te nemen dat verzekeraars geen alternatieve invulling kunnen geven aan de taken van het zorgkantoor? Zo ja, welke? (blz. 26)

Op zich genomen kunnen de zorgverzekeraars de taken voor de uitvoering van de AWBZ op zich nemen. Dat zou echter consequenties moeten hebben voor de uitvoering. De belangrijkste daarvan bevinden zich op het vlak van afstemming in de uitvoering en de administratie en verantwoording. Nagegaan zou moeten worden op welke wijze en onder welke voorwaarden de verbindingfunctie tussen het zorgaanbod en het grote aantal verzekeraars vorm kan krijgen, en onder welke voorwaarden de gehele uitvoering kan worden overgedragen aan de zorgverzekeraars met het oog op rechtmatigheid en doelmatigheid van uitvoering van deze wettelijke verzekering. Dit geldt met name ten aanzien van de particuliere ziektekostenverzekeraars. Zij zijn gelet op de huidige constructie wel «toegelaten» als uitvoerder van de AWBZ, maar zouden in de geschetste situatie moeten gaan voldoen aan vereisten die horen bij een sociale verzekering, zoals de ziekenfondsen op basis van de Ziekenfondswet. Het gaat daarbij om waarborgen voor een rechtmatige en doelmatige uitvoering van de verzekering. Uitwerking en toepassing van die eisen richting particuliere verzekeraars maken van hen sociale verzekeraars. Afgezien van deze vragen zou opheffing van de zorgkantoorconstructie er toe leiden, dat de zorgverzekeraars tot een opbouw van structuur moeten komen die een adequate uitvoering van de AWBZ kan dragen. Een dergelijke opbouw van organisatie kost veel tijd en geld. Vanwege de noodzaak

nu te komen tot een goede uitvoering van de AWBZ, zeker gezien de problematiek van de wachtlijsten, kiest het kabinet ervoor de huidige uitvoering te verbeteren, terwijl tegelijkertijd wordt ingezet op de ontwikkeling van instrumenten voor het realiseren van vraagsturing. Een dergelijk sterke uitvoerder is ook nodig om het leveren van vraaggestuurde zorg mogelijk te maken. Het kabinet heeft tegelijk de conclusie getrokken dat op enig moment de vraag moet worden beantwoord naar al dan niet zelfstandige positionering van zorgkantoren. Deze vraag is echter zodanig verbonden met de inrichting van ons stelsel van zorgverzekeringen dat het kabinet deze vraag plaatst in het kader van het daarover te voeren debat. De weg die het kabinet kiest is in dit opzicht neutraal, in de zin dat het alle opties voor de toekomst open houdt.

29

Hoe beschouwt het kabinet de uitspraak van de landsadvocaat dat tekorten in de zorg «lang niet altijd hun (enige) oorzaak in een tekort aan capaciteit of financiële middelen vindt» (blz. 6 rapport landsadvocaat), in relatie tot de grote capaciteitsuitbreiding die nu in de instellingen wordt voorbereid? Hoe verhoudt de aangekondigde capaciteitsuitbreiding in de instellingen zich tot de voorgestelde keuzevrijheid in de AWBZ? Is de capaciteitsuitbreiding in instellingen in feite geen voortzetting/verdere verankering van het «oude»beleid?

Het kabinet is het met de landsadvocaat eens dat tekorten in de zorg lang niet altijd hun (enige) oorzaak vinden in een tekort aan capaciteit of financiële middelen. Dat laat onverlet dat voor een oplossing van de wachtlijsten in de gehandicaptenzorg en de sector verpleging en verzorging nu wel degelijk ook de zorgcapaciteit moet worden vergroot. Deze capaciteitsuitbreiding vindt – dat kan niet anders – plaats met inachtneming van de huidige regelgeving. Daarbij wordt in het kader van onorthodoxe oplossingen waar mogelijk getracht de ruimte in de regelgeving maximaal te benutten om gewenste vernieuwingen mogelijk te maken. Zo wordt zowel in de gehandicaptenzorg als de sector verpleging en verzorging met gebruikmaking van de flexibilisering van de aanspraken met name het scheiden van wonen en zorg aangemoedigd. Tegelijkertijd wordt het PGB verder gestimuleerd. Overigens is het zo dat in de gehandicaptensector bijna geen sprake is van uitbreiding via «klassieke» bouw.

30

Wat is de reactie van het kabinet op de conclusie van de landsadvocaat dat wettelijke regelingen zoals de AWBZ, WZV en de WVG niet de frictie vormen tussen het belang van de zorgaanspraken en het belang van de kostenbeheersing, maar dat frictie «hooguit in en door de toepassing van de wettelijke instrumenten (kan) ontstaan» (blz. 7 rapport landsadvocaat)? Welke consequenties heeft deze conclusie voor de uitvoeringsorganisatie van de zorgkantoren?

Het kabinet deelt de conclusie van de landsadvocaat dat met de AWBZ, de WZV en de WVG niet uitsluitend het belang van de kostenbeheersing mag worden gediend. Het belang van de kostenbeheersing mag immers niet zover gaan dat de verzekerden niet in staat zijn hun aanspraak op zorg tot gelding te brengen. De genoemde wetten maken die toepassing wel mogelijk, doch dwingen daar niet toe. De wijze waarop het kabinet de wachtlijsten thans aanpakt met gebruikmaking van het in deze wetten geboden instrumentarium, laat duidelijk zien dat een andere toepassing ook mogelijk is.

Voor de uitvoeringsorganisatie van de AWBZ heeft deze conclusie geen consequenties. Zorgkantoren zijn op mijn verzoek druk bezig met de

ontwikkeling van bestedingsplannen met als doel het wegwerken van wachtlijsten.

31

Het CTU schrijft in haar rapport (blz. 3) dat het indirecte toezicht op de zorgkantoren in de beoogde toekomstige situatie – waarin het zorgkantoor een centrale rol als feitelijk uitvoerder van de AWBZ in de regio – minder adequaat is. Acht het kabinet alvorens over te gaan tot het verder optuigen van de zorgkantoren het niet van belang om eerst duidelijkheid te krijgen op welke wijze het toezicht op uitgebreide verantwoordelijkheden en bevoegdheden adequaat geregeld dient te worden?

Het toezicht in een toekomstige situatie van vraaggestuurde uitvoering van de AWBZ acht de CTU minder adequaat. Deze conclusie van de CTU slaat derhalve op een situatie die nu nog niet aan de orde is. In essentie heeft de conclusie betrekking op de vraag naar verantwoordelijkheden. In de toekomstige situatie van vraagsturing, waaraan de komende jaren wordt gewerkt, komt de vraag aan de orde naar de vormgeving van de uitvoering van de AWBZ en de al dan niet zelfstandige positionering van zorgkantoren. Dit heeft het kabinet ook onderkend in de nota Aanspraken en uitvoeringorganisatie AWBZ. Gelet op de gewenste ontwikkelingen en het oplossen van de aanzienlijke problemen in de AWBZ kiest het kabinet ervoor de huidige uitvoeringsstructuur van de AWBZ te verbeteren, zonder wijzigingen nu in de verantwoordelijkheidsstructuur en bevoegdheden van betrokken uitvoerders.

Omdat bevoegdheden niet worden gewijzigd en het aanbodinstrumentarium vooralsnog van kracht is, is in deze lijn van werken de conclusie van de CTU relevant, dat het huidig toezicht op de uitvoering van de AWBZ werkbaar is. Overigens dient, indien besloten wordt tot wijziging van de uitvoeringsstructuur, te worden bezien in hoeverre het toezichtarrangement aanpassing behoeft opdat een goed functionerend toezichtstelsel ook in de toekomst gewaarborgd blijft.

32

Wat is de reactie van het kabinet op de uitspraak van het CTU (blz. 5 rapport CTU) dat de spanning tussen enerzijds de landelijke formeel verantwoordelijke uitvoeringsorganen en anderzijds de verantwoordelijkheid van de feitelijk beleidsrijke uitvoerende regionale zorgkantoren wordt verstrekt door de voorgestelde modernisering van de toekomstige uitvoeringsstructuur van de AWBZ? Is het kabinet het eens met het CTU dat door de toenemende spanning het voor het CTU niet mogelijk is adequaat toezicht te houden, met name als het gaat om de in het kader van de nieuwe wetgeving de vereiste rechtmatigheidsverklaring per uitvoeringsorgaan af te geven over de uitvoering van de AWBZ?

De spanning die de CTU aangeeft, relateert de CTU aan de modernisering van het toezicht die met het wetsvoorstel Instelling College van toezicht op de zorgverzekeringen wordt geregeld. Het kabinet heeft aangegeven die spanning te onderkennen. Tegelijk heeft het kabinet al gesteld van mening te zijn dat het mogelijk is te komen tot een afgestemde opbouw van de controle- en verantwoordingsstructuur, die leiden tot verantwoordingen die de toezichthouder kan beoordelen. Toegezegd is met de CTU te bezien welke oplossing bijdragen aan een efficiënte werkwijze die het mogelijk maakt voor het nieuwe College toezicht in de toekomst een rechtmatigheidsverklaring op te stellen. Inmiddels zijn de werkzaamheden daarvoor met inzet van de CTU, het CVZ en het ministerie van VWS van start gegaan.

33

Wat vindt het kabinet van de situatie dat zorgkantoren in de toekomst meer risicodragend zullen worden en ze door de mandaatconstructie ook de feitelijke beslissingen zullen nemen, maar dat tegelijkertijd de verzekeraars wel formeel verantwoordelijk blijven voor de eventuele financiële (en mogelijk negatieve publicitaire) consequenties van onrechtmatige of ondoelmatige handelingen van zorgkantoren?

Bij de beschrijving van de gewenste ontwikkeling van vraagsturing in de AWBZ en de daartoe benodigde uitvoeringsorganisatie heeft het kabinet juist een grens getrokken bij in de eerste plaats een rechtstreekse verantwoordelijkheid voor de betaling van zorg en in de tweede plaats een daarbij eventueel te creëren budgetverantwoordelijkheid.

Het kabinet heeft met andere woorden al aangegeven dat als de keuze voor risicodragende uitvoering aan de orde komt, de vraag naar al dan niet zelfstandige positionering van zorgkantoren moet worden beantwoord. Dan ook is wijziging van wet- en regelgeving aan de orde.

34

Acht het kabinet het reëel dat ziekenfondsen bereid zullen blijven de volledige verantwoordelijkheid op zich te nemen voor de uitvoering van de AWBZ door het zorgkantoor ook al handelt dat zorgkantoor mede namens de andere uitvoeringsorganen?

Ja. Daarbij is op te merken dat het ziekenfonds dat als zorgkantoor voor een bepaalde regio is aangewezen, voor het functioneren daarvan verantwoordelijk is. Het oefent die functie uit voor alle verzekerden in die regio, ongeacht bij welke zorgverzekeraar zij staan ingeschreven. Hierbij speelt een rol dat in de huidige constructie aan de voorwaarde van concurrentievrije uitvoering is voldaan.

35

Acht het kabinet het reëel dat de ziekenfondsen bij toenemende risico's bereid zullen blijven zich afzijdig te houden van de uitvoering van de AWBZ, terwijl zij formeel verantwoordelijk blijven voor de eventuele financiële (en mogelijk negatieve publicitaire) consequenties van onrechtmatige of ondoelmatige handelingen van zorgkantoren?

In de huidige situatie van de uitvoering doen risico's zich niet of nauwelijks voor. In deze situatie ligt het voor de hand dat ziekenfondsen de in gezamenlijkheid tussen zorgverzekeraars overeengekomen mandatering van taken nakomen en handhaven. Indien echter in relatie tot vraagsturing risicodragendheid in de uitvoering van de AWBZ wordt geïntroduceerd, dan moet, zo heeft het kabinet al aangegeven, de vraag naar al dan niet zelfstandige positionering van zorgkantoren worden beantwoord. Wie verantwoordelijk is, moet immers de risico's kunnen dragen.

36

Het CTU stelt dat de focus van het toezicht niet de zorgkantoren zijn maar de verzekeraars en dat eventuele bijsturing dan ook via de verzekeraars (per regio 70!) moet lopen, die het weer ieder afzonderlijk moeten doorgeven aan de zorgkantoren. Deelt het kabinet de mening dat dit een omslachtige situatie is? (blz. 4/5 CTU-rapport)

De CTU geeft aan dat het toezicht zich feitelijk richt op zowel de zorgkantoren als de zorgverzekeraars. Zuiver juridisch gezien zijn echter de zorgverzekeraars als uitvoeringsorganen AWBZ verantwoordelijk voor het doen leveren van AWBZ-zorg. Met die formele verantwoordelijkheid correspondeert de formele toezichtlijn die de CTU aan de orde stelt: de

aansprakelijkheid berust bij de zorgverzekeraars. Het kabinet erkent in de nota Aanspraken en uitvoeringsorganisatie dat deze structuur geen toonbeeld van eenvoud is. Voor de uitvoering van de AWBZ is deze structuur echter steeds zeer effectief en uitermate doelmatig gebleken. Wat de verantwoording betreft binnen het huidig aanbodgericht instrumentarium is het kabinet van mening dat een doelmatige werkwijze mogelijk is. Samen met de CTU en ook het CVZ zullen oplossingen in kaart worden gebracht.

Correcties die het eigen functioneren van de zorgkantoren betreffen, kunnen rechtstreeks worden gericht op de zorgkantoren. Correctielijnen zoals in de vraag aangeduid doen zich in de huidige praktijk als gevolg van de aanbodsturing niet voor.

37

De Nederlandse Mededingingsautoriteit stelt dat onder de huidige voorwaarden van daadwerkelijke mededinging geen sprake is. Vindt het kabinet het niet van wezenlijk belang om vast te stellen of er ook in de toekomstige situatie geen sprake zal zijn beperkte mededinging aangezien er sprake zal zijn van toenemende risicodragendheid van de zorgkantoren? (blz. 17)

Bij de herinrichting van het regelgevend instrumentarium in het kader van de modernisering van de AWBZ is het vraagstuk van de mededinging steeds nadrukkelijk in beeld. Deze herinrichting brengt immers wijzigingen aan in de situatie waarvan de NMa laatstelijk heeft geoordeeld dat er geen strijd is met de Mededingingswet. Toetsing aan nationale en internationale mededingingsbepalingen is dan ook vast onderdeel van elk instrument dat bij de modernisering van de AWBZ is betrokken. Bijzondere aandacht gaat daarbij uit naar de opheffing van de contracteerplichting. Opheffing van de contracteerverplichting kan tot gevolg hebben dat de vrijwillige mandaatsconstructie van zorgkantoren omslaat in een kartel. Dat is binnen de huidige constellatie zeker het geval bij introductie van risicodragendheid voor zorgkantoren. Daarom zal op dat moment ook de vraag naar zelfstandige positionering van de zorgkantoren aan de orde zijn. Bij de herinrichting van het instrumentarium zal met andere woorden steeds gezocht moeten worden naar een uitvoeringsstructuur die niet in strijd is met de Mededingingswet.

38

Is het kortom niet wenselijk om meer duidelijkheid te krijgen over de gewenste eindsituatie van de modernisering van de AWBZ en met name de keuze ten aanzien van de verdeling van verantwoordelijkheden binnen de toekomstige uitvoeringsstructuur van de AWBZ, alvorens over te gaan tot wijzigingen daarvan?

Zoals in bovenstaande antwoorden al is aangegeven, wil het kabinet op dit moment juist geen wijzigingen aanbrengen in de verdeling van de wettelijke verantwoordelijkheden voor de uitvoering van de AWBZ. Het kabinet acht de noodzaak hiertoe nu niet aanwezig en ziet in de verschillende rapporten die over de uitvoeringsstructuur van de AWBZ zijn uitgebracht, bevestigd dat deze structuur werkbaar is. Juist vanwege de problemen die er zijn in de AWBZ, vindt het kabinet het aangewezen om op dit moment deze uitvoeringsstructuur optimaal toegerust in te zetten voor de AWBZ. Daarbij heeft het kabinet grenzen aangegeven. Voordat die grenzen kunnen worden overschreden, zullen verantwoordelijkheden voor de uitvoering opnieuw geregeld moeten worden. Dat neemt niet weg dat in het kader van de stelsel-discussie de perspectieven met betrekking tot de AWBZ en de uitvoering daarvan aan de orde zullen komen.

Kan het kabinet aangeven wat zij precies verstaat onder het «versterken van het zorgkantoor» (blz. 30) in relatie tot het invoeren van vraagsturing? Valt hieronder ook de liberalisering van het zorgaanbod? Wat zal de concrete volgorde van de invoering van vraagsturing zijn; wat is het tijdspad? Is het in dit kader niet van belang om het scheiden van wonen en zorg (blz. 15 brief kabinetsstandpunt) spoedig in te voeren, te meer daar geen stelseldebat voor nodig is?

Zoals in de brief van 27 juni 2000 is aangegeven, is een beheerste ontwikkeling van de AWBZ nodig om de wettelijke aanspraken ook op langere termijn financieel toegankelijk te houden. Vraagsturing vergt het verminderen van aanbodsturing en aanbodbeheersing. Om een verantwoorde overgang naar vraagsturing in de AWBZ mogelijk te maken, is het noodzakelijk dat in de AWBZ een uitvoeringsorganisatie functioneert die in staat is deze noodzakelijke omslag op een beheerste wijze te laten verlopen. De versterking van het zorgkantoor is daarom nodig. Onder liberalisering van het zorgaanbod wordt een situatie verstaan waarin het zorgkantoor bepaalt of en met wie een overeenkomst, gericht op het leveren van zorg aan AWBZ-verzekerden, zal worden gesloten. Een dergelijke liberalisering van het zorgaanbod kan niet los worden gezien van de positie van het zorgkantoor in het kader van de mededinging. Immers, voorkomen moet worden dat een dergelijke liberalisering er toe leidt dat de zorgkantoorconstructie uit oogpunt van mededinging als onhoudbaar wordt ervaren. Dan zou een situatie ontstaan waarin niet langer het wegwerken van wachtlijsten de aandacht verkrijgt, doch de discussie over de juridische positie van het zorgkantoor.

De invoering van vraagsturing is volop gaande. Met de invoering van de flexibilisering van de aanspraken, de impuls die het persoonsgebonden budget heeft verkregen, de versterking van de regionale afweging bij de inzet van extra volumemiddelen, onder andere bij het wegwerken van wachtlijsten, zijn belangrijke stappen op dit terrein gezet. Deze lijn zal de komende tijd verder worden versterkt. Daarbij kan ook gebruik worden gemaakt van de uitkomsten die de opstelling van bestedingsplannen wachtlijsten opleveren. De ruimte die in de regio is ontstaan, leidt tot een versterking van het proces van de vraagsturing. In dit verband is ook van belang dat de bestedingsplannen laten zien dat scheiding van wonen en zorg een belangrijke bijdrage levert aan het snel wegwerken van wachtlijsten. Als mensen langer gebruik kunnen maken van het reguliere woonaanbod, kan ook de benodigde zorg sneller beschikbaar komen. Vanuit dit belang zal dan ook met kracht worden bevorderd dat belemmeringen van het doorvoeren van scheiding van wonen en zorg worden weggenomen.

Vragen CDA-fractie

Het kabinet voelt zich sterk geïnspireerd door het MDW-rapport. Waar blijkt dit uit, als geconstateerd moet worden dat veel van de geschetste oplossingen niet worden overgenomen en de staatssecretaris ook zelf zegt dat «de richting die in Zicht op zorg beschreven is, nu pregnanter is uitgewerkt», en daarmee aangeeft dat haar plannen niet zijn veranderd? (blz. 1/Het Financiële Dagblad d.d. 29-06-2000)

In de nota Zicht op Zorg is centraal punt van aandacht het zodanig (her)inrichten van de rollen en verantwoordelijkheden van de partijen in de zorgketen dat hun activiteiten maximaal worden gericht op het realiseren van vraaggerichte zorgverlening. In de nota is aangegeven dat de mogelijkheden van vraagsturing door middel van PGB zouden worden uitgewerkt in een MDW-traject. Het MDW-rapport geeft aan dat in aanvulling op de herinrichting van de rollen van Zicht op Zorg ook de sturingsmacht

van de klant zelf kan worden vergroot door over de volle breedte van de AWBZ over te gaan op een systeem van persoonsgerelateerde bekostiging. Het kabinet heeft dit voorstel overgenomen. Het onderzoekt nog of deze AWBZ-brede persoonsgerelateerde wijze van bekostiging in alle situaties de vorm kan krijgen van een PGB.

41

In hoeverre kan gesteld worden dat «een beheerste ontwikkeling van de AWBZ nodig is om de wettelijke aanspraken ook op langere termijn financieel toegankelijk te houden» in relatie tot de individuele aanspraken van (geïndiceerde) mensen op AWBZ-zorg? (blz. 1)

Aan de basis van de AWBZ ligt een solidariteitsgedachte: voor ieder, jong of oud, gezond of ziek, arm of rijk, is gelijkelijk een recht op zorg vastgelegd. Deze solidariteit komt tot uitdrukking in een inkomensafhankelijke premieheffing. Indien de overheid bij zo'n op solidariteit gebaseerde wet geen oog heeft voor een doelmatige uitvoering (niet meer zorg verstrekken dan nodig, niet minder dan wenselijk) en geen instrumenten ontwikkelt die in zo'n doelmatige uitvoering voorzien, dan dreigt op termijn de solidariteit waar het systeem op is gebaseerd, te worden ondergraven. Mensen zullen niet bereid zijn naar draagkracht te betalen voor zorg die willekeurig of ondoelmatig wordt verstrekt. Kortom, individuele aanspraken staan niet haaks op een systeem van beheersing, een goed beheersingssysteem, gericht op niet meer dan nodig en niet minder dan wenselijk, wordt er nu juist in voorondersteld.

42

«De gefaseerde invoering van vraagsturing via PGB en PVB zal moeten worden geflankeerd met daarbij passende beheersingsinstrumenten». Welke zijn die beheersingsinstrumenten? (blz. 2/4)

Bij de vraag naar beheersing spelen tenminste drie invalshoeken een rol. In elke situatie van verzekeringsuitvoering zal sprake moeten zijn van een reglementering van de uitvoering die ertoe leidt dat de verschillende processen adequaat worden beheerst. In het kader van een sociale verzekering krijgt dit gestalte door het regelen van verantwoordelijkheden en bevoegdheden, het stellen van eisen en voorschriften aan de uitvoering en het erop toezien dat de uitvoerder daaraan voldoet. Vervolgens is het natuurlijk zaak ervoor te zorgen dat de uitvoerder van de verzekering ook krachtig genoeg is om aan de gewenste beheersing invulling te geven. Daarnaast is sprake van de invalshoek van uitgavenbeheersing door middel van budgettering. Deze beide invalshoeken zijn bij de voorgestelde ontwikkeling van vraagsturing in de AWBZ aan de orde gesteld. In de nota aanspraken en uitvoeringsstructuur AWBZ heeft het kabinet aangegeven dat het zorgkantoor moet worden versterkt opdat het in staat is de processen die behoren bij een vraaggestuurde uitvoering naar behoren te beheersen. Ook is ingegaan op het vraagstuk van beheersing van de uitgaven in de vorm van budgettering bij de omslag naar een vraaggestuurde uitvoering. Daaraan zitten nog de nodige vragen vast. Zo moet nog worden bepaald hoe het pgb in de reguliere structuur van de AWBZ wordt ingepast en voor welke vormen van zorg het pgb zal kunnen worden ingezet. Inzet, vorm en omvang hiervan zijn mede bepalend voor de invloed die de uitvoerder van de verzekering heeft op de totale uitgaven aan zorg. Waar die invloed gering of afwezig is, ligt het niet voor de hand de uitvoerder van de verzekering op te zadelen met een verantwoordelijkheid voor de totale uitgaven van zorg. Antwoorden op dergelijke vragen zijn nodig om de keuze voor een systeem van budgettering te maken. Daarbij is ook een derde invalshoek aan de orde in de zin van wat het aangrijpingspunt is voor een beheersing van de uitgaven in een vraaggestuurd systeem. Loslaten van instrumenten van aanbodsturing en over-

gaan op vraagsturingsinstrumenten zal met zich brengen dat beheersing eerder moet worden gefocused op de toegang tot de zorg dan op de feitelijk geleverde zorg. Bij deze toegang tot de zorg gaat het vervolgens om vragen over het verzekerd pakket aan zorg, de vormgeving van de aanspraken, de werking van de indicatiestelling en de formulering van omslagpunten extra/intamuraal.

Het kabinet heeft aangegeven dat vraagstukken over de mogelijkheden van budgettering in een vraaggestuurd systeem nog moeten worden opgelost. Datzelfde geldt voor de kwestie van uitgavenbeheersing door te concentreren op de toegang tot de zorg. Voordat deze vragen zijn beantwoord is niet aan te geven hoe het feitelijk toe te passen instrumentarium, dat natuurlijk ook vanuit de geschetste invalshoeken consistent zal moeten zijn, eruit zal zien. Wel duidelijk is dat de beheersing aan de kant van de verzekeringsuitvoering verbeterd kan en moet worden. Die lijn zal het kabinet de komende tijd intensiveren.

43

Beschouwt de staatssecretaris het «opbouwen van een uitvoeringsorganisatie die in staat is (...)» als kern c.q. uitgangspunt van de modernisering van de AWBZ? Zo ja, waarom, waar nergens is gebleken dat een extra uitvoeringsorganisatie naast de al bestaande noodzakelijk is? (blz. 2)

Het kabinet kiest er juist niet voor een andere uitvoering van de AWBZ wettelijk te regelen, maar de van oudsher bestaande uitvoeringsstructuur vooralsnog te handhaven. Om in de AWBZ een omslag te realiseren naar een vraaggestuurde uitvoering is echter wel een daarvoor goed toegeruste uitvoerder nodig. Een uitvoeringsorganisatie die in staat is de taken adequaat uit te voeren die het CVZ in diens Vervolg uitvoeringstoets zorgkantoren heeft uitgewerkt. Die te moderniseren taakuitoefening die tenslotte moet resulteren in een toename van op de behoefte van de cliënt afgestemde zorg, acht het kabinet van groot belang.

44

Wat is de causale relatie tussen «het vormgeven aan vraagsturing» en «het opbouwen van een krachtige uitvoerder van de AWBZ in een regionale context»? (blz. 2)

Afstemming van zorg op de behoefte van cliënten mede in samenhang met behoeften en wensen op terreinen als wonen, welzijn en werk ontstaat niet als vanzelfsprekend. Deze oriëntatieomslag van zorgaanbod naar zorgvraag is nodig voordat vraagsturing ook in de vorm van verstrekking via PGB en PVB zijn uitwerking kan krijgen. Voor het realiseren van inzicht in de vraag en het realiseren van afgestemde zorg is een daadkrachtige uitvoerder nodig zijn. Zeker voor de korte termijn bestaan de noodzaak van ingrijpende verbeteringen in de huidige AWBZ, met zijn wachtlijsten, naar de mening van het kabinet geen twijfels. Daarnaast is voor het realiseren van vraagsturing een uitvoerder nodig, die met het oog op beheersing op zijn taak berekend is. Kernbegrippen zijn hierbij goede organisatie, juiste informatievoorziening en bekwaamheid, met name op het vlak van onderhandelingen. De relatie tussen beide uitspraken wil het kabinet zo typeren dat de krachtige uitvoerder voorwaardelijk is voor de realisatie van vraagsturing.

45

Hoe komt u tot de mening dat «er alle aanleiding toe is om vooralsnog het zorgkantoor die functie te laten uitvoeren» omdat «elke andere keuze leidt tot vertraging». Kunt u zich verenigen met de stelling dat juist het eerst opbouwen en verder optuigen van het zorgkantoor tot vertraging leidt? Zo nee, waarom niet? (blz. 2)

Sinds enkele jaren wordt gewerkt aan zorgvernieuwing in de AWBZ en het realiseren van op de behoefte van de cliënt afgestemde zorg. Zowel aan de kant van de zorgaanbieders als aan de kant van de zorgkantoren is en wordt daar veel energie in gestoken. De afgelopen periode is daar met het oog op de wachtlijstproblematiek in de AWBZ extra in geïnvesteerd. In deze lijn is het kabinet van mening dat de meeste vooruitgang in verbetering van de AWBZ te boeken is door vooralsnog uit te gaan van de huidige uitvoeringsstructuur van de AWBZ. Nu een andere uitvoering regelen komt neer op het thans moeten beantwoorden van vragen over ons stelsel van ziektekostenverzekeringen respectievelijk vragen over de sturing van en het toezicht op die nieuwe uitvoerders. Bovendien lijkt het reëel dat bij dergelijke keuzen de bereidheid van partijen om volop mee te werken aan de op korte termijn noodzakelijke verbeteringen onder spanning komt te staan. De in de geponeerde stelling weergegeven aanname alsof een nieuw orgaan wordt opgebouwd, is onjuist. Het kabinet kiest er juist voor de bestaande uitvoeringsstructuur beter te doen functioneren. De stelling onderschrijft het kabinet dus niet.

46

Op wie of wat is de cliëntensoevereiniteit niet toepasbaar? Kunt u daar voorbeelden van geven? (blz. 6)

De aanwezigheid van de consumentenfunctie wordt inhoudelijk bepaald door kenmerken die gerelateerd zijn aan het zorg(onderdeel). Concreet zijn hiermee bijvoorbeeld «gedwongen behandeling» en «acute zorg-behoefte» contra-indicaties tegen eigen beheer.

47

Bij de huidige experimenten met het PVB blijkt dat plaatsing van mensen vooral geschiedt in overleg tussen aanbieders van zorg (en het zorgkantoor) waarbij het de vraag is hoe groot de stem van de cliënt is. Neemt u – in dit opzicht – de voorstellen van de MDW-werkgroep over dat de wens van de cliënt «sec» voldoende is om naar een andere instelling te kunnen? (rapport MDW-werkgroep blz. 7)

Ja, het principe van het PVB is dat de betaling van de instelling of zorgverlener (het geld) de cliënt volgt.

48

Welke zorgtypen zijn naar uw mening niet geschikt voor toepassing van het PGB, en waarom niet? (blz. 7)

Of en welke zorgtypen geschikt zijn voor PGB/eigen beheer wordt bepaald door inhoudelijke en financiële aspecten die nog nader bestudeerd worden.

49

Hoe zal in de toekomst omgegaan worden met de instellingskorting die op het PGB wordt toegepast als u schrijft over «een soort van communicerend vat met de instellingsbudgettering»? Betekent dit dat de instellingskorting gaat verdwijnen of dat er iets van die strekking voor in de plaats komt? (Rapport MDW-werkgroep blz. 34/ blz. 9)

Het huidige PGB geldt als aanvullende productie waarbij een marginaal tarief gerechtvaardigd is omdat de overhead al uit normale productie kan worden gefinancierd. Mocht de verhouding reguliere productie en aanvullende PGB productie voor instellingen in de toekomst substantieel veranderen, ligt een integrale benadering van de tariefopbouw PGB meer in de rede.

50

Wanneer begint u met de analyse van de zorgonderdelen, en wanneer denkt u dat dit proces gereed is? (blz. 9)

Inmiddels is vanuit het kader van de subsidieregelingen PGB gestart met een analyse op zorgonderdelen. Naar verwachting zal uiterlijk april 2001 de eerste inventarisatie gereed zijn.

51

Betekent het gestelde dat «er zeker moet zijn gesteld dat de zorgplicht via een PGB inderdaad kan worden afgekocht» dat u een forse verhoging van de PGB-tarieven overweegt, opdat cliënten vrijelijk kunnen inkopen (ook bij professionele instellingen)? Zo neen, hoe moet dit gestelde dan begrepen worden? (blz. 10)

Zeker stellen dat de zorgplicht via een PGB inderdaad kan worden afgekocht, betekent dat juridisch moet zijn gegarandeerd dat het risico van een ondoelmatige of onjuiste zorginkoop door een PGB-houder niet kan worden afgewenteld op het AFBZ; in die zin dat een PGB-houder alsnog aanvullend aanspraken doet gelden.

52

Hoe beoordeelt u het idee van de bundeling van o.a. WVG, TOG, Bijzondere Bijstand tot een integratietegemoetkoming? (Rapport MDW-werkgroep blz. 23)

Een integratietegemoetkoming zoals bijvoorbeeld bestaat in België, is een financiële tegemoetkoming die de meerkosten in het dagelijks bestaan, die aan het hebben handicap en/of een vermindering/gebrek aan zelfredzaamheid inherent zijn, moet compenseren. Ten aanzien van de extra kosten kan gedacht worden aan de meerkosten ten aanzien van wonen, vervoer, extra stookkosten e.d. Bezien moet worden of de het in de Nederlandse situatie noodzakelijk is om de verschillende bestaande regelingen die dit karakter hebben, samen te voegen tot een integrale integratieregeling.

53

Gesteld wordt dat «het voor de voorbereiding 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». Moet niet juist eerst een definitieve beslissing genomen worden over de uitvoerings- en beheersstructuur om te voorkomen dat in de toekomst een situatie ontstaat dat er een constructie van opgetuigde zorgkantoren is waar dan niet meer van afgeweken kan worden omdat ze er dan nu eenmaal zijn? (blz. 11)

Het kabinet streeft bij het verbeteren van de uitvoering van de AWBZ door zorgkantoren alleen die aanpassingen na die er toe leiden dat de zorgkantoren toegerust zijn om tegemoet te komen aan de eisen die een verantwoorde uitvoering van de AWBZ aan hen stelt. De zorgkantoren worden niet wettelijk verankerd. Er worden dus geen onomkeerbare stappen gezet.

54

Hoe bepaalt het zorgkantoor wat «in het belang van de cliënten is» als vraagsturing een kwestie van het belang van de individuele cliënt is (of is dit louter semantiek)? (blz. 11)

Er zijn vele manieren waarop een zorgkantoor er achter kan komen wat in het belang is van cliënten. Om maar wat te noemen: hij kan indicatie-

gegevens opvragen bij het indicatie-orgaan, hij kan cliënttevredenheidsmetingen bij instellingen opvragen, in elke regio wordt bovendien een regiovisie ontwikkeld aan het opstellen waarvan ook cliënten hebben meegedaan. De snelste manier is natuurlijk het gewoon vragen, bijvoorbeeld door cliëntenpanels in te richten. Daarnaast behoort het tot het takenpakket van het zorgkantoor dat hij de beschikking heeft over een beleidsvisie waarover advies is uitgebracht door de raad van advies, waarin ook cliëntvertegenwoordigers zitting hebben. Al dit soort informatie is voor het zorgkantoor van belang om een vraaggestuurd inkoopbeleid te kunnen voeren voor al die cliënten die opteren voor een vorm van zorg in natura. Het zou van kortzichtigheid getuigen indien vraagsturing alleen zou worden opgevat als tegemoet komend aan het belang van één individuele cliënt.

55

Het kabinet zal de optie van budgetverantwoordelijkheid en risicodragendheid serieus in beschouwing nemen. Wanneer zal de Kamer vernemen wat de uitkomst van deze beschouwing is, en wordt daarbij ook de door de MDW-werkgroep gesuggereerde bonus/malusregeling meegenomen? (Rapport MDW-werkgroep blz. 9/blz. 13)

De mogelijkheden van budgetverantwoordelijkheid en risicodragendheid zijn de komende periode onderwerp van onderzoek. Een conclusie zal pas mogelijk zijn in samenhang met de ontwikkeling van de vraagsturingsinstrumenten. Gelet op de incentivestructuur die verwacht wordt van een risicodragende uitvoering zal bij het onderzoek naar de mogelijkheid van budgetteringsvarianten ook aandacht worden geschonken aan de mogelijkheden van een bonus/malus-regeling. Uiteraard zal de Kamer over de uitkomsten worden geïnformeerd.

56

Op welke argumenten baseert u uw mening dat verzekeraars uit het tweede compartiment (om zorginhoudelijke redenen) niet in staat zouden zijn om cliëntgerelateerde zorgketens tot stand te brengen? Is het niet juist omwille van zorginhoudelijke redenen van belang dat cliënten maar met één door hen zelf gekozen verzekeraar van doen hebben voor alle zorg? (blz. 14)

Het kabinet wil juist alle opties voor de toekomstige uitvoering van de AWBZ openhouden bij de vraag naar eenduidige verantwoordelijkheid die in het kader van het realiseren van vraagsturing zal moeten worden beantwoord. Dit houdt in dat ook de in de vraag besloten variant tot de opties behoort. Het kabinet heeft aangegeven om welke redenen ze de vraag naar al dan niet zelfstandige vestiging van zorgkantoren verbonden ziet met het debat over de toekomstige inrichting van ons stelsel van ziektekostenverzekeringen. Het uitgangspunt dat verzekerden voor verschillende vormen van zorg te maken hebben met één zorgverzekeraar behoort daartoe. Dit vraagstuk van de uitvoering nu definitief beantwoorden via de lijn van de uitvoerders van de huidige verzekeringen van het tweede compartiment, zou net zozeer vooruitlopen op het te voeren debat als een keuze voor zelfstandige vestiging van zorgkantoren. Het afbreken van de verbindingskantorenconstructie kan immers alleen plaatsvinden onder het gelijktijdig opnieuw regelen van de uitvoering.

57

Kunt u aangeven op grond van welke criteria u in de toekomst zult besluiten of het zorgkantoor overbodig is geworden? Betekent het gestelde dat u de mening bent toegeedaan dat het zorgkantoor alleen in de overgangsfase naar vraaggestuurde zorg een noodzakelijke constructie is? (blz. 14)

De voorstellen van het kabinet gaan uit van het verbeteren van de uitvoering van de AWBZ binnen de huidige wettelijke kaders. Het gaat daarbij om een geleidelijke transformatie naar een vraaggestuurde AWBZ. In dit transformatieproces is binnen het huidig wettelijk kader een versterkt zorgkantoor een noodzakelijke voorwaarde. Volledige vraagsturing met persoonsgebonden financiering en volledige vrijheid voor de uitvoeringsorganisatie bij het contracteren van functiegericht omschreven zorg is binnen de huidige wettelijke kaders niet mogelijk. In het kader van het toekomstig stelseldebat zal worden gesproken over het al dan niet zelfstandig voortbestaan van de AWBZ als volksverzekering, over het beheersingsinstrumentarium dat hoort bij een vraaggestuurde AWBZ en de wijze van wettelijke uitvoering van deze verzekering. Het is de uitkomst van deze discussie die zal kunnen leiden tot beslissingen omtrent de uitvoering van de verzekering al dan niet door een (zelfstandig) zorgkantoor dan wel zal leiden tot de keuze voor andere opties.

58

Overweegt u, zoals voorgesteld in het rapport van de MDW-werkgroep, een bruteringsoperatie met betrekking tot het vastgoed in de zorgsector? Zo nee, waarom niet? (rapport MDW-werkgroep blz. 31)

Voor een bruteringsoperatie, zoals die bijvoorbeeld in de volkshuisvestingssector en de onderwijssector heeft plaatsgevonden, voert de MDW-werkgroep geen pleidooi. Hier is zoals de werkgroep ook zelf aangeeft vanwege de totaal andere constellatie in de verschillende sectoren ook geen reden voor. Wel zal het kabinet in het kader van het streven naar integrale maximumprijzen nader moeten kijken naar de huidige bekostiging van de infrastructuur op basis van (deels) historische kosten.

59

Waar kan aan gedacht worden bij een mogelijke herziening van de vormgeving en uitvoering van de kwaliteitswetgeving? Wordt daarbij ook de aanbeveling van de MDW-werkgroep betrokken om voor hulp geen beperkingen in de keuze uit mogelijke aanbieders aan te brengen? (rapport MDW-werkgroep blz. 8/blz. 15)

Ten aanzien van de te stellen minimumkwaliteitseisen aan de met een PVB en PGB-zorg in te kopen diensten kan vooralsnog worden volstaan met de huidige kwaliteitswetten: de kwaliteitswet zorginstellingen en de wet op de individuele beroepsuitoefening in de gezondheidszorg. Voor die wetten treedt de inspectie voor de volksgezondheid als toezichthouder op. Bij de mogelijke herziening van de vormgeving en uitvoering van de kwaliteitswetgeving gaat het er om dat wordt nagegaan in hoeverre deze wetgeving bepalingen bevat die de gelijke toetreding van aanbieders op de markt belemmeren.

60

In de Nota Wonen in de 21ste eeuw wordt gesproken over een voucher-systeem. Bent u van plan om een dergelijk systeem in te gaan voeren en zo ja, welke argumenten liggen ten grondslag aan dit idee? (blz. 15)

In de Nota Wonen in de 21ste eeuw is een experiment met het woonzorgvoucher aangekondigd. Het belangrijkste argument voor een experiment met een woonzorgvoucher is het vergroten van de keuzevrijheid van de cliënt, met name bij het samenstellen van een geïntegreerd pakket wonen en zorg. Uit het experiment moet blijken of en onder welke condities een woonzorgvoucher hieraan bijdraagt. Er zijn op dit moment dus nog geen plannen voor een grootschalige invoering van dit systeem.

61

Wat bedoelt u met het gestelde dat «dit beleid er uiteindelijk toe leidt 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»? Waarop is de kwalificatie van ondoelmatigheid in dergelijke gevallen gebaseerd (immers, als een gebouw zodanig incourant is dat niemand het wil bouwen, zal vanzelf een eigendomssituatie ontstaan dat geen derde partij het zou willen bouwen en/of aanbieden)? (blz. 15/16)

De bepaling over het wel of niet in eigendom hebben van het vastgoed is in principe aan de exploiterende zorginstelling. Op dit uitgangspunt geldt een uitzondering. Dat betreft gebouwen die vanwege de zorgspecifieke eisen, incourant zijn. Vanwege de in de markt gehanteerde kortere afschrijvingstermijnen resulteert het huren van dit soort gebouwen in een zo hoge huurprijs, dat dit ten opzichte van eigendom tot ondoelmatige bestedingen zou leiden.

62

Welke principiële redenen (naast de «pragmatische aanpak») liggen ten grondslag aan het standpunt van het kabinet om vast te houden aan de positionering van de zorgkantoren en de discussie over verantwoordelijkheden af te doen als «contraproductief»? (blz. 17)

De afgelopen jaren is gewerkt aan zorgvernieuwing in de AWBZ en het realiseren van op de behoefte van de cliënt afgestemde zorg. Bij de aanpak daarvan onder meer bij de introductie van flexibilisering van de aanspraken is geconcludeerd dat een regionaal georiënteerde verzekeringsuitvoering ten behoeve van realisatie onmisbaar is. Afstemming en samenhang in de zorglevering moet regionaal plaatsvinden. In de regio ligt ook het aangrijpingspunt om tot samenhang en afstemming te komen met aanpalende terreinen als wonen, Wvg en welzijn. Deze benaderingswijze van op de behoefte van de cliënt gerichte levering van AWBZ-zorg is een hoofdlijn geworden in de moderniseringsplannen voor de AWBZ. Tegelijk is de lijn van regionale uitvoering via de zorgkantoren van zeer groot belang om zicht te krijgen op de kloof tussen de behoefte aan zorg die uit de regionale indicatiestelling blijkt en het aanbod en het nemen van initiatieven om die kloof te verkleinen. In die zin is de aanpak ook pragmatisch. De opmerking over discussies over verantwoordelijkheden van zorgkantoren onder de aantekening dat het kabinet zich terdege bewust is van keuzen die gemaakt moeten worden, is in dezelfde lijn pragmatisch.

63

Wat is de causale relatie tussen de wensen van individuele verzekerden en de onmisbare regionale oriëntatie van de organisatie van het zorgaanbod als de regionale oriëntatie ophoudt bij de grenzen van de regio van het zorgkantoor? (blz. 19)

In de AWBZ gaat het veelal om mensen die vanwege hun ziekte of handicap op meer zijn aangewezen dan op zorg alleen. Hun behoefte is AWBZ-overstijgend. Om op klantniveau in deze AWBZ-overstijgende behoefte te voorzien is afstemming tussen AWBZ-voorzieningen en voorzieningen die liggen op de maatschappelijke terreinen van wonen, werken, welzijn en vervoer van cruciaal belang. Juist in de AWBZ ligt de stap van individuele wensen en regionale ordening zo voor de hand. Regionale uitvoering betekent echter niet dat verzekerden alleen in de eigen regio zorg kunnen krijgen. De AWBZ gaat uit van de keuzevrijheid

van verzekerden. De verzekerden kunnen zich dus ook wenden tot aanbieders buiten de eigen regio.

64

Hoe beoordeelt u het gestelde in het advies van de Landsadvocaat dat «de afstemming en verdeling van middelen zodanig dat gelijktijdig recht wordt gedaan aan kostenbeheersing en wettelijke aanspraken een vraag is van beleid, waarbij het uiteindelijk aankomt op afwegingen van politieke aard» in het licht van de zorgplicht die de zorgverzekeraars uit het tweede compartiment hebben? De zorgverzekeraars hebben «de wettelijke rechtsplicht zorg te doen leveren». Maar als het een politieke afweging c.q. beleid is dat wachtlijsten ontstaan als gevolg van de wens tot kostenbeheersing, hoe kunnen verzekeraars dan hun zorgplicht waarmaken? (blz. 7 advies Landsadvocaat/blz. 20/21 brief).

De landsadvocaat geeft in zijn advies aan dat wettelijke aanspraken en kostenbeheersing niet elkaars tegengestelden zijn. Sterker nog, het op termijn toegankelijk en betaalbaar houden van de wettelijke aanspraken vooronderstelt juist een zekere mate van kostenbeheersing. Die kostenbeheersing mag evenwel niet zover gaan dat daarmee het realiseren van de aanspraken feitelijk onmogelijk wordt. Onder andere tegen de achtergrond van deze goede balans tussen aanspraken en kostenbeheersing is de modernisering van de AWBZ er op gericht het uitvoeringsorgaan van de AWBZ zodanig te instrumenteren dat hij ook binnen een systeem van kostenbeheersing zijn zorgplicht kan waarmaken. Mocht vervolgens bij een volledig effectieve werking van dit instrumentarium blijken dat er toch nog een kloof zit tussen vraag en aanbod, dan is het vervolgens aan de politiek om keuzen te maken. Die keuzen liggen dan of op het vlak van het pakket of op het vlak van de financiering.

65

Wat betekent de keuze voor een financieel regionaal kader voor het zorgkantoor voor de vrije keuze van mensen met een PGB c.q. PVB als een deel van de financiën daardoor buiten de regio aangewend zal worden? Hoe verhoudt zich dit voorts tot de kern van de AWBZ die een rijksverantwoordelijkheid is en blijft op grond van individuele aanspraken van burgers? (blz. 21)

Het regionale kader is tot op heden een optelsom van alle voor de AWBZ zorg beschikbare budgetten in een regio plus de intensiveringsmiddelen. De inwoners, die beschikken over een PGB, ontvangen dit PGB uit de regio waar zij woonachtig zijn. Dit ongeacht de regio waarin zij het PGB besteden. Ook bij het PVB hoeft de regiogrens geen belemmering te zijn voor de keuzevrijheid van de cliënt. De individuele aanspraken van de burgers worden hierdoor niet aangetast. De kern van de AWBZ is daarmee gewaarborgd.

66

Waarom hebt u besloten eerst een stevige uitvoeringsorganisatie neer te zetten vóórdat u precies weet onder welke condities en binnen welke randvoorwaarden die uitvoeringsorganisatie moet gaan werken, dit mede in het licht van de aanbeveling van het CVZ om een consequente keuze te maken ten aanzien van opzet en karakter van de AWBZ? (Rapport vervolgvraag uitvoeringstoets zorgkantoren CVZ blz. 32/blz. 21)

Zoals is aangegeven in zowel de nota Aanspraken en uitvoeringsorganisatie AWBZ als in het kabinetsstandpunt op het MDW-rapport vragen verschillende kwesties bij de realisatie van vraagsturing om een oplossing en uitwerking. Tegelijk met de voorbereiding daarvan wil het kabinet toewerken naar de uiteindelijk te nemen beslissing over de uitvoe-

ring van de AWBZ: zelfstandige zorgkantoren of een verder met het tweede compartiment geïntegreerde uitvoering. De reden waarom we nu al werken aan een stevige uitvoeringsorganisatie is dat we die nu ook nodig hebben. Voor die stevige uitvoeringsorganisatie wordt aangesloten op de huidige uitvoeringstructuur waarin de zorgverzekeraars uit het tweede compartiment de formeel verantwoordelijke uitvoerder zijn, maar hun taken in deze vrijwillig hebben gemandateerd aan zorgkantoren. Aansluiting op de huidige uitvoeringsstructuur laat alle opties voor de toekomst open. Daarbij onderschrijft het kabinet de opvatting van het CVZ dat een consequente keuze gemaakt moet worden ten aanzien van opzet en karakter van de AWBZ.

67

U stelt dat «het zorgkantoor invulling zal moeten geven aan de wettelijke zorgplicht. De behoefte van de verzekerde, zoals die onder meer blijkt uit de indicatiestelling, is daarbij bepalend». Is het niet zo dat bij indicatiestelling een cliënt in een door het aanbod gedefinieerd «hokje» wordt geplaatst, op basis van «modelprotocollen» in plaats van dat gekeken wordt naar de werkelijke behoefte aan zorg? (blz. 23)

Bij de indicatiestelling vormt de werkelijke zorgvraag van de verzekerde het uitgangspunt. De indicatiestelling dient er toe te leiden dat de verzekerde zijn zorgvraag vertaald ziet in een wettelijke aanspraak op zorg. Door het werken met protocollen wordt bereikt dat er uniformiteit ontstaat bij de indicatiestelling. Gelijke individuele zorgvragen zullen tot overeenkomstige indicatiebesluiten moeten leiden. Overigens worden de indicatiebesluiten zo min mogelijk in aanbodtermen geformuleerd. De protocollen kennen een functionele grondslag, zodat de indicatiebesluiten zo dicht mogelijk bij de oorspronkelijke zorgvraag kunnen aansluiten.

68

Welke consequenties verbindt u aan de «ingebouwde risico's» die het CVZ constateert door de gekozen constructie met de zorgkantoren, namelijk gedeelde verantwoordelijkheden, dubbele verantwoording en verantwoordelijkheid zonder verantwoording? Hoe verhoudt zich dit tot de begrippen «doelmatige en doeltreffende uitvoering» van de AWBZ? (Rapport vervolgstap uitvoeringstoets zorgkantoren CVZ, blz. 30/blz. 24)

In de nota Aanspraken en uitvoeringsorganisatie AWBZ heeft het kabinet aangegeven te erkennen dat op enig moment in het moderniseringstraject de vraag naar zelfstandige positionering van zorgkantoren moet worden beantwoord. Reden daarvoor is de kwestie van de verhouding in verantwoordelijkheden tussen uitvoeringsorganen AWBZ en de zorgkantoren. Aan de in de vraag weergegeven constatering van het CVZ, doet het kabinet ook niets af. Tegelijk wijst het erop dat ook het CVZ aangeeft dat de huidige uitvoeringsorganisatie werkbaar is. De risico's zijn in de huidige situatie beheerst omdat er sprake is van aanbodsturing in de AWBZ en een concurrentievrije uitvoering door de zorgkantoren. Overigens is de klassieke uitvoeringorganisatie van de AWBZ als uitermate doelmatig te kenschetsen.

69

Gesteld dat een zorgverzekeraar (om hem moverende redenen) de uitvoering waar hij verantwoordelijk voor is niet mandateert aan de zorgkantoren, wat zal dan de consequentie zijn, naast natuurlijk mogelijke problemen voor cliënten die op zorg zijn aangewezen, voor de gekozen constructie? (blz. 25)

Als één van de zorgverzekeraars zich onttrekt aan de huidige uitvoeringspraktijk, ontstaan er meerdere onderhandelingstrajecten tussen een zorg-

aanbieder en de verzekeringsuitvoerders. Dit roept als reactie op dat ook de overige zorgverzekeraars zelf onderhandelingen willen voeren met aanbieders. Belangen van de zorgverzekeraars spelen dan een rol. Daarop is het huidige instrumentarium niet ingericht. In de huidige situatie komt één overeenkomst tot stand tussen een aanbieder en het ene zorgkantoor namens alle zorgverzekeraars. Daarmee is de toegang tot de zorg voor alle AWBZ-verzekerden geregeld. Reden hiervoor was vooral versplintering in het aanbieden van de AWBZ-zorg te voorkomen en een op de behoefte van de regio afgestemde zorgvernieuwing te realiseren. Daarnaast zorgt deze structuur voor een doelmatige uitvoering in dit aanbodgestuurde systeem. Binnen de huidige wettelijke kaders leveren meer uitvoerders geen winst op.

70

«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». Wat is uw reactie op de stelling dat de keuze voor het nu gekoppeld houden van compartimenten en de koppeling verder te verankeren, het ontkoppelen op termijn feitelijk geen serieuze optie meer is? Moet ook niet de financieringsstructuur vanuit het cliëntenperspectief worden gezien? (blz. 26)

Koppeling in de uitvoering van het eerste en tweede compartiment is de bestaande situatie. Dat verandert niet door binnen die situatie de vraagsturing zo ver mogelijk op streek te helpen en de vraag naar de noodzaak en wenselijkheid van ontkoppeling te bezien tegen de achtergrond van de brede stelseldiscussie. Nu wèl ontkoppelen verandert de bestaande situatie en creëert daarmee een feit dat niet gemakkelijk kan worden teruggedraaid.

Uiteraard dient de financieringsstructuur vanuit cliëntenperspectief te worden gezien. Dat is ook de reden waarom het kabinet het voorstel van de MDW-werkgroep overneemt om over de volle breedte van de AWBZ een systeem van persoonsgerelateerde bekostiging te introduceren. Het kabinet onderzoekt nog in welke omvang dit systeem van persoonsgerelateerde bekostiging de vorm moet krijgen van een PGB. Met een systeem van persoonsgerelateerde bekostiging (of dat nu de vorm heeft van PGB of PVB) volgt het geld altijd de klant en heeft deze dus altijd een duidelijke onderhandelingspositie ten opzichte van de aanbieder.

71

Gesteld wordt dat de ontwikkelingen in het tweede compartiment neigen in de richting van een regionale ordening van de zorg. Het woord «neigen» doet het vóórkomen of dit een autonome ontwikkeling is waarop u geen invloed hebt, dan wel hebt gehad. Is het niet zo dat de regionale ordening in de zorg een uitvloeisel is van uw eigen beleidswensen? Is voorts niet de stelling meer voor de hand liggend dat in het tweede compartiment de regio er steeds minder toe doet, zeker als het gaat over ziekenhuiszorg of andere categorale tweede-lijnsvoorzieningen? In hoeverre ziet u in de Europese ontwikkeling argumenten voor de onderbouwing voor uw stelling? (blz. 27)

De regionale ordening in het tweede compartiment sluit aan bij de in hoofdzaak regionaal georganiseerde zorg. Anders dan in de AWBZ is in het tweede compartiment geen sprake van een van boven opgelegde geografische ordening maar is meer sprake van een aansluiting bij de veelal regionale zorgorganisaties. De regionale benadering in het tweede compartiment volgt dus de regionaal georganiseerde zorg. In dat verband is de stelling dat de regio er steeds minder toe doet, zeker als het gaat over ziekenhuiszorg of andere categorale tweede-lijnsvoorzieningen, niet

correct. In dat verband sluiten ook de regionale samenwerkingsverbanden wel degelijk aan bij het kabinetsbeleid. De Europese ontwikkelingen staan deze regionale benadering niet in de weg. Aan de verzekeringskant, op de verzekeringsmarkt, is in het tweede compartiment geen sprake van regionalisatie. Weliswaar zijn er enkele sterke regionale ziekenfondsen maar daarnaast zijn ook landelijk werkende ziekenfondsen en particuliere ziektekostenverzekeraars op deze markt actief. Zij opereren in een competitieve markt om de gunst van de verzekerden. De Nederlandse Mededingingsautoriteit ziet toe op de feitelijke gedragingen van deze markt en toetst op deze wijze de houdbaarheid van deze markt aan de bepalingen van de Mededingingswet.

72

Op welke argumenten dan wel criteria is de stelling gebaseerd dat «het opbouwen van een uitvoeringsorganisatie noodzakelijk is, voorafgaand aan verdere stappen in het kader van het stelseldebat». Betekent dit voorts dat het stelseldebat en eventuele aanpassingen aan het stelsel die daaruit voortvloeien, moeten wachten totdat de uitvoeringsorganisatie opgebouwd is? Zo neen, wat is dan uw visie op de achtereenvolgende stappen? (blz. 2/27)

Een vraaggerichte uitvoering van de AWBZ vergt een sterke uitvoerder die zijn bijdrage kan leveren aan een beheerste ontwikkeling van de uitgaven. Tegelijk is deze goede en krachtige uitvoeringsorganisatie nodig om uitvoering te geven aan de oplossingen om nu in de AWBZ de kloof tussen vraag en aanbod te verkleinen en de samenhang en afstemming met andere terreinen te realiseren. Dit laat onverlet dat in relatie tot het stelseldebat de vraag moet worden beantwoord naar de «definitieve» uitvoerder van de AWBZ: zelfstandige zorgkantoren of een uitvoering die verder is geïntegreerd met het tweede compartiment. De term «voorafgaand» is zodoende als tijdsbegrip bedoeld. De in relatie tot het stelseldebat te maken keuze voor de uitvoering van de AWBZ zal natuurlijk dan ter hand worden genomen.

73

Hoe beoordeelt u het gestelde door het CVZ dat «er zich geen problemen voordoen als er sprake zou zijn van een regionaal opererende zorgverzekeraar, waarbij alle inwoners van de regio verzekerd zouden zijn. Nu dit niet het geval is en niettemin de wens bestaat dat de verzekering op regionaal niveau wordt uitgevoerd, zijn er constructies nodig om te bewerkstelligen dat het zorgkantoor de bevoegdheden krijgt om ten aanzien van alle verzekerde inwoners in de betreffende regio de AWBZ uit te voeren, los van de vraag bij welke verzekeraar deze inwoners verzekerd zijn»? (Rapport vervolg uitvoeringstoets zorgkantoren CVZ, blz. 32)

Het kabinet onderschrijft deze conclusie van het CVZ. Het kabinet kiest er evenwel op dit moment niet voor de regionale uitvoering van de AWBZ door de zorgkantoren wettelijk te regelen, maar vooralsnog alle opties open te houden in relatie tot de uitkomst van het nog te voeren debat over het stelsel voor de ziektekostenverzekeringen van het tweede compartiment.

74

U zou kunnen besluiten om, vanwege mededingingsaspecten, de uitvoering van de AWBZ wettelijk op te dragen aan risicodragende zorgkantoren. Tegelijkertijd stelt u dat u geen definitieve keuze maakt voor een zelfstandige vestiging van het zorgkantoor. Loopt u daarmee niet het risico om juist problemen met de mededinging op te roepen door ondertussen wel een aantal maatregelen te treffen in het kader van de modernisering van de AWBZ? (blz. 29/blz. 26)

Zoals ook al aangegeven in het antwoord op vraag 37 worden alle in het kader van de modernisering van de AWBZ aan te passen regelgevende instrumenten gezien op eventuele mededingingsaspecten. Vooralsnog is het kabinet van mening dat vraagsturing in de AWBZ nog een heel eind verder op streek geholpen kan worden zonder in strijd te komen met de mededingingsregelgeving.

75

Hoe moet begrepen worden dat «de verzekerde slechts met één verzekeraar te maken heeft» in het licht van de vrije keuze van verzekeraars door mensen? Het is toch feitelijk zo dat iemand zich bij een verzekeraar verzekerd heeft en voor de AWBZ-zorg te maken heeft met een andere verzekeraar, namelijk de verzekeraar die in die regio het zorgkantoor heeft? (blz. 31)

De verzekerde is vrij in zijn keuze voor een zorgverzekeraar, natuurlijk rekening houdend met het al dan niet van rechtswege verzekerd zijn. De gekozen zorgverzekeraar treedt voor de verzekerde ook op als uitvoeringsorgaan AWBZ. Deze blijft voor de verzekerde in de uitvoeringsorganisatie AWBZ de aan te spreken verzekeraar. In de huidige AWBZ-uitvoering kan contact nodig zijn van een verzekerde met het zorgkantoor aan wie het uitvoeringsorgaan aan aantal taken heeft gemandateerd.

76

Al kan de NMa geen ontheffing verlenen omdat er feitelijk geen sprake is van een onderneming, het blijft een feit dat zorgkantoren een monopoliepositie innemen in de regio. Op welke wijze kan voldoende «countervailing power» voor zowel cliënten als zorgaanbieders worden georganiseerd en op welke wijze kunnen verzekerden en aanbieders bezwaar en beroep aantekenen tegen beslissingen van het zorgkantoor? (blz. 32)

Inderdaad is het zo dat er maar één zorgkantoor per regio is. Dit zorgkantoor heeft echter in de huidige constellatie van contracteerverplichting, strak capaciteitsbeleid en vaste budgetten amper onderhandelingsruimte ten opzichte van de aanbieder. Het is nu juist de inzet van het beleid op korte termijn die onderhandelingsruimte te vergroten zodat zij met enige kracht en zeggenschap aanbieders kunnen stimuleren hun aanbod in te richten op de vraag van de klant. In de toekomst zullen met PGB's andere inkooporganisaties mogelijk zijn (naast het zelf inkopen van zorg).

Het zorgkantoor neemt besluiten namens het uitvoeringsorgaan van de AWBZ. Tegen de besluiten van dit orgaan staat normaal bezwaar en beroep op basis van de Algemene Wet Bestuursrecht open.

77

U stelt dat de uitvoeringstoets door CVZ en CTU aangeven dat de huidige situatie «werkbaar» is en dat de NMa voor de huidige situatie ook geen bezwaren heeft. Tegelijkertijd hebben bovengenoemde drie organen buitengewoon kritische opmerkingen gemaakt bij de huidige situatie («vooralsnog werkbaar» wil toch overigens ook niet zeggen dat ze tevreden of enthousiast zijn of dat het een goede of optimale situatie is?) en laten zij zich nog kritischer uit over de houdbaarheid van de huidige constructie bij majeure veranderingen in de uitvoering van de AWBZ c.q. het optuigen van het zorgkantoor. Hoe is het dan mogelijk dat u er «gegeven deze oordelen» voor kiest om uit te blijven gaan van de huidige uitvoeringsorganisatie? (blz. 31)

Het kabinet ontkent geenszins dat belangrijke vraagstukken bij de omslag van een aanbodgestuurd systeem naar een vraaggestuurd systeem tot een oplossing moeten worden gebracht en dat de fundamentele vraag

naar de uitvoerder van een vraaggestuurde AWBZ op enig moment moet worden beantwoord. Het kabinet heeft slechts aangegeven op dit moment die keuze niet te willen maken, vooral vanwege de samenhang die er bestaat met de inrichting van ons stelsel van ziektekostenverzekeringen in het tweede compartiment. Het wil alle opties open houden tot het daarover te voeren debat. Handhaving van de huidige uitvoeringsstructuur heeft het kabinet niet gepresenteerd als een optimale situatie. Dat de genoemde organen de huidige uitvoeringsorganisatie als werkbaar beoordelen, leidt tot de omstandigheid dat we vraagstukken en keuzen kunnen voorbereiden en tegelijk kunnen werken aan een verbetering van de AWBZ die onmiskenbaar nu noodzakelijk is. Voor een stevige aanpak van de wachtlijsten zou het creëren van onduidelijkheid over de uitvoering wel het slechts denkbare scenario zijn.

Vragen D66-fractie

78

Deelt de staatssecretaris de mening dat alleen nog aanspraakbeperking mogelijkheden biedt om kosten te beheersen, aangezien de twee andere beheersingsinstrumenten die de Landsadvocaat noemt sterk verruimd worden (capaciteitsplanning) respectievelijk gedeeltelijk afgeschaft worden (eigen bijdrage-voorstel in Zorgnota)? (blz. 1)

De keuze voor vraagsturing brengt andere beheersingsinstrument met zich mee dan de huidige aanbodsturing. In ieder geval zal het aangrijpingspunt van de beheersing zich verplaatsen van de achterkant van de zorgketen (de levering van zorg) naar de voorkant (de indicatiestelling). Vraagsturing impliceert keuzevrijheid van het individu. In een stelsel van vraagsturing is, naast het bepalen van de omvang van de aanspraak, ook de eigen bijdragen een beheersingsinstrument (de aanpassing van de eigen bijdragen doet hier op zich niet aan af). Deze instrumenten richten zich echter op het volume van de verleende zorg. Minstens zo interessant zijn instrumenten die de kosten van de zorg beheersen door de doelmatigheid van de zorg te bevorderen en omslagpunten voor het zorgaanbod formuleren (bijvoorbeeld geen onbeperkte zorg aan huis).

79

Aan welke instrumenten wordt gedacht bij «passende beheersingsinstrumenten»? (blz. 2)

Zoals ook in het antwoord op vraag 42 aangegeven kunnen bij introductie van vraagsturing passende beheersingsinstrumenten gezocht worden in drie richtingen. In een sterke uitvoeringsorganisatie, in een vorm van budgettering van de uitvoering en in het verleggen van het aangrijpingspunt van beheersing van de achterkant van de zorgketen (de levering van zorg) naar de voorkant (aanspraken en indicatiestelling). Wat, in welke combinatie op enig moment het meest passend is, is afhankelijk van de concrete wijze van invoering van de vraagsturing.

80

Deelt de staatssecretaris de mening van de MDW-werkgroep dat naast het Zorgkantoor ook de zorgverzekeraars zelf of een combinatie van zorgverzekeraars en particuliere bemiddelaars als uitvoeringsorgaan kunnen optreden? Zo nee, welke voordelen biedt het Zorgkantoor dan boven dan andere twee genoemde opties? (blz. 2)

Het karakter van de AWBZ van volksverzekering die de verzekerde de aanspraak op de geïndiceerde zorg waarborgt, brengt met zich dat er een orgaan moet worden aangewezen dat belast is met de uitvoering van deze verzekering. De jure zijn momenteel de zorgverzekeraars belast met de

uitvoering van de AWBZ. Zij zijn ook in rechte aan te spreken door de verzekerden voor het nakomen van de in de wet aan het uitvoeringsorgaan opgedragen verplichtingen. Met het administratiebesluit AWBZ heeft de wetgever deze taak (..het gegevensverkeer dat noodzakelijk is voor een verantwoorde uitvoering van de wet i.c. de levering van de zorg aan de verzekerden en de bekostiging van de zorg(instellingen..) opgedragen aan, wat voordien verbindingkantoren heetten, en thans zorgkantoren zijn. Zeker in de periode waarin de aanbodsturing het enige sturingsinstrument was, voldeed deze uitvoeringsstructuur in hoge mate aan de eisen die de wet aan het uitvoeringsorgaan stelt. Naarmate echter in het veranderingsproces van centrale aanbodsturing naar decentrale vraagsturing de accenten komen te verschuiven kan terecht de vraag gesteld worden of deze uitvoeringsstructuur ook op de lange termijn houdbaar is.

Dat zich naast het zorgkantoor ook andere partijen zullen interesseren voor de door de MDW-werkgroep beschreven zorginkoop voor verzekerden, kan het kabinet wel zien. Zorgbemiddelaars, die voor (groepen) verzekerden die dat wensen, de inkooponderhandelingen voeren met aanbieders, zijn ook nu mogelijk. Zij vervullen in die hoedanigheid echter niet de rol van uitvoerder van de AWBZ. Dat zijn alleen de zorgkantoren. Dat ook op termijn wellicht andere partijen dan de zorgverzekeraars/ zorgkantoren als uitvoeringsorgaan AWBZ kunnen worden aangewezen hangt mede af van de uitkomsten van de discussie over het toekomstig stelsel van zorgverzekeringen.

81

Kan de indicatiestelling verder uitgebouwd en versterkt worden als de staatssecretaris niet het voorstel uit de diverse rapporten overneemt om het Regionaal Indicatie Orgaan (RIO) binnen de bestuurlijke organisatie van de uitvoering van de AWBZ te laten vallen, er daarbij van uitgaande dat de indicatiestelling voor de uitvoering van de Wet Voorzieningen Gehandicapten ook door het RIO wordt uitgevoerd?

Er bestaat brede overeenstemming dat de indicatiestelling integraal, objectief en onafhankelijk moet geschieden. Los van het daadwerkelijk beschikbare zorgaanbod wordt door de indicatiestelling de zorgvraag vanuit het perspectief van de zorgvrager beoordeeld op basis van geobjectiverde standaarden en protocollen. De indicatiestelling voor noodzakelijk geachte zorg of voorzieningen reikt verder dan uitsluitend de AWBZ-zorg. De meerwaarde van de integrale en onafhankelijke indicatiestelling heeft met name betrekking op de mogelijkheid om de samenhang tussen voorzieningen op het terrein van wonen, zorg, welzijn, vervoer, hulpmiddelen, Wvg-voorzieningen, mantelzorg en omgevingsfactoren mee te wegen en met elkaar in verband te brengen. Dat is vooral belangrijk vanuit het perspectief van de cliënt. Ook over het belang van die meerwaarde bestaat algemene politieke overeenstemming.

Tegen die achtergrond van zowel de beoogde integraliteit als de onafhankelijkheid van de indicatiestelling is wel het organiseren van de indicatiestelling opgedragen aan gemeenten, maar niet de functie indicatiestelling zelf. Het lokale bestuur houdt toezicht op de doelmatigheid van organisatie en uitvoering door de regionale indicatieorganen. Op het lokale niveau kan een verbinding worden gelegd tussen de indicatiestelling voor de zorg en de indicatiestelling voor andere terreinen.

De zorginhoudelijke aspecten van de functie indicatiestelling vallen buiten de verantwoordelijkheid van de gemeenten en worden op basis van de AWBZ geregeld in het Zorgindicatiebesluit. Het beleid met betrekking tot de indicatiestelling maakt deel uit van het AWBZ-brede beleid.

82

Als het kabinet verwacht dat de ontwikkeling van voorwaarden omstreeks 2003 zijn beslag zal hebben gekregen, kan dan aangegeven worden wanneer het PGB en PVB daadwerkelijk ingevoerd zullen zijn? (blz. 4)

De omslag van instellingsfinanciering naar persoonsgerichte financiering is een majeure operatie. In eerste instantie zullen de technische voorwaarden die betrekking hebben op het definiëren van zorgproducten en daaraan gekoppelde prijzen en cliëntregistraties, verder uitgewerkt worden. Daarnaast wordt binnen het instellingsbudgetteringssysteem het PVB nader ontwikkeld en ingevoerd. Zo zal in de gehandicaptensector in 2001 begonnen worden met het schaduwdraaien op basis van individueel zorgzwaartebekostigingssysteem. Het PGB wordt verder uitgebreid in omvang en naar verschillende sectoren. Gedurende deze trajecten zal meer inzicht ontstaan. Daarnaast moet voordat de omslag naar vraagsturing kan worden geëffectueerd, een sterke uitvoeringsorganisatie en een adequaat beheersinstrumentarium zijn ontwikkeld. Vooralsnog is het niet mogelijk gedetailleerd weer te geven wanneer daadwerkelijk het PGB kan worden ingepast in de reguliere structuur van de AWBZ.

83

Waarom is het kabinet van mening dat het PGB niet voor alle zorgtypen ingevoerd kan worden? Kan een voorbeeld gegeven worden van een zorgtype waarbij het PGB niet kan worden toegepast? (blz. 4)

Het kabinet wil over de volle breedte van de AWBZ toe naar een persoonsgerichte bekostiging van de zorg. Dat krijgt de vorm van of een PGB of een naturaverstrekking die persoonvolgend wordt bekostigd. Voor welke zorgtypen een PGB zal gelden, hangt nauw samen met het kunnen beoordelen door de cliënt van de zorg in kwestie. Zo ligt een PGB bij een gedwongen opname of hulp in een crisissituatie bijvoorbeeld niet voor de hand. Daarnaast zal ook het vraagstuk van doelmatige besteding een rol spelen. Daarbij valt te denken aan omslagpunten tussen intra- en extramurale zorgverlening.

84

Wat wordt bedoeld met de zinsnede dat in de analyse aandacht wordt besteed aan de gemeentelijke voorzieningen en de voorzieningen die onder de verantwoordelijkheid vallen van de lokale overheid? (blz. 4)

Voor mensen die een beroep doen op de AWBZ gaat het vaak om meer dan om zorg alleen. Voor deze mensen is de afstemming tussen de AWBZ-voorzieningen en de voorzieningen op de aanpalende maatschappelijke terreinen van wonen, werken, welzijn en vervoer van cruciaal belang. Met bovengenoemde zinsnede wordt bedoeld dat ook de mogelijkheden van vraagsturing op deze aanpalende gebieden in kaart moeten worden gebracht. We moeten immers niet in een situatie terecht komen dat de zorg wél, maar de rest van de voorzieningen niet vraaggestuurd is ingericht.

85

Het toelatingsbeleid wordt op een andere leest geschoeid. De MDW-werkgroep doet hiervoor voorstellen. Neemt het kabinet deze voorstellen over, en zo nee, wat zijn hiervoor de argumenten en aan welke formule wordt dan gedacht? (blz. 4)

De MDW-werkgroep stelt voor de toelating van een instelling niet langer te enten op de capaciteit maar op de kwaliteit van de zorgverlening. Het kabinet heeft een wetsvoorstel in voorbereiding (de Wet exploitatie zorginstellingen) waarbij de toelating niet zozeer wordt gekoppeld aan de

capaciteit, maar aan de kwaliteit van de instelling in bestuurlijke, organisatorische en financieel administratieve zin. Voor zover het gaat om de kwaliteit van de zorgverlening als zodanig, is het kabinet van mening dat daarin vooralsnog in voldoende mate wordt voorzien door de Kwaliteitswet zorginstellingen en de Wet BIG. Het voornemen is deze laatstgenoemde wetten te onderzoeken op eventueel onnodige beperkingen voor toetreding van nieuwe aanbieders op de markt. In dat kader kan de vraag aan de orde komen, of kwaliteitseisen met betrekking tot de zorgverlening aan de voorwaarden voor toelating moeten worden toegevoegd.

86

De MDW-werkgroep geeft een mogelijk systeem van prijsvorming aan. Het kabinet gaat hier niet op in maar verwijst naar de notitie «Speelruimte en verantwoordelijkheid». Betekent dit dat het voorstel van de MDW-werkgroep voor het kabinet geen optie is? Zo nee, waarom niet? (blz. 4)

De MDW-werkgroep stelt dat om een goed functionerende sector te krijgen het noodzakelijk is dat de prijzen de marktwaarde van de geleverde diensten weerspiegelen. Het kabinet is van mening dat vrije prijsvorming – althans niet op korte termijn – niet tot de mogelijkheden binnen de AWBZ behoort. De reden is dat niet wordt voldaan aan de voorwaarden zoals opgenomen in de notitie «Speelruimte en verantwoordelijkheid». Van belang is eerst en vooral een verdere verheldering van de te onderscheiden zorgproducten en een meer prestatiegerichte bekostiging (met maximumtarieven voor relevante prestaties met bijbehorende prijzen). Aan dit laatste wordt blijkens het antwoord op vraag 6 in alle sectoren hard gewerkt.

87

Het kabinet onderschrijft in algemene zin het pleidooi dat de werkgroep voert voor het introduceren van meer vraagsturing in de AWBZ. Waarom staat hier niet: Het kabinet onderschrijft het pleidooi dat de werkgroep voert voor het introduceren van meer vraagsturing in de AWBZ? Zijn er onderdelen die het kabinet niet onderschrijft? (blz. 5)

Het kabinet onderschrijft de gedachte dat vraagsturing in de AWBZ kan worden geïntroduceerd door middel van het over de volle breedte invoeren van een systeem van persoonsgerelateerde bekostiging. In zo'n systeem volgt het geld altijd de persoon. Het kabinet is er niet op voorhand van overtuigd dat deze manier van bekostiging ook volledig de vorm moet krijgen van een PGB. Dit wordt nader onderzocht.

88

Kan het kabinet een reactie geven op de voorstellen van Sigra zoals beschreven in het Financieel Dagblad van 23/9/2000 betreffende een systeem van vouchers per indicatie waarin de deelaanspraken zijn omschreven, verzilvering van die vouchers bij de aanbieder naar keuze, aanbieders die zich concentreren op deelaanspraken waarin ze goed zijn, doorverwijzing van de overige aanspraken naar collega-aanbieders; dit alles gerealiseerd door afspraken tussen zorgaanbieders onderling? (blz. 5)

Het voorstel van de SIGRA bevat een aantal interessante aspecten. In de voorstellen van de SIGRA ontbreekt evenwel een instantie die belast is met de uitvoering van de AWBZ-verzekering. Alle verantwoordelijkheid voor de levering van de zorg ligt bij de aanbieders van zorg. Ook de bemiddeling, door middel van doorverwijzing, verrichten de aanbieders zelf. Hierin zit de zwakte van de voorstellen van de SIGRA. Er ontbreekt dus, in termen van de huidige AWBZ een organisatie die .. het gegevensverkeer dat noodzakelijk is voor een verantwoorde uitvoering van de wet.

i.c. de levering van de zorg aan de verzekerden en de bekostiging van de zorg (instellingen).. uitvoert. Het moge duidelijk zijn dat die aanbieder niet tevens de uitvoerder van de verzekeringswet kan zijn. Dan ontbreekt immers elke expliciete prikkel tot doelmatig gedrag en beheersing van de uitgaven alsook een partij die namens en ten behoeve van de verzekerden op de adequate zorgverlening toeziet. Het systeem van vraagsturing door de verzekerde waarbij het voucher een belangrijke rol kan worden toegekend en dat in de voorstellen van de SIGRA een belangrijke rol speelt, neemt in de voorstellen van het kabinet voor de modernisering van de AWBZ een belangrijke plaats in. Het kabinet plaatst dit instrument echter binnen de huidige uitvoeringsstructuur om de beheersbaarheid en de consumentensoevereiniteit evenals de positie van de verschillende partijen in het krachten spel van vraag en aanbod, zo helder mogelijk te houden.

89

Waarom is in de ogen van het kabinet het principe van cliëntensoevereiniteit niet voor ieder en alles gelijkelijk toepasbaar? Kan het kabinet dit met voorbeelden onderbouwen? (blz. 6)

Het kabinet stelt in zijn reactie op het MDW-rapport dat nader onderzoek moet plaatsvinden alvorens te kunnen bepalen of het principe van cliëntensoevereiniteit al dan niet voor ieder en alles gelijkelijk toepasbaar is. De kern van het antwoord op deze vraag sluit aan bij het antwoord 46.

90

Waar leest het kabinet de zinsnede in het rapport van de MDW-werkgroep dat de som geld als instrument van zelfinkoop onder de AWBZ niet breed toepasbaar is «vanwege de reële kans op een onbedoelde aanwending van middelen». Geeft de MDW-werkgroep niet slechts aan dat «een uitkering in geld verzekerden weliswaar maximale keuzevrijheid geeft, maar niet toepasbaar is voor de hele AWBZ»? Is dit een interpretatie van het kabinet? (blz. 6)

De MDW-werkgroep noemt «de uitkering van een som geld» een instrument dat verzekerden in staat stelt zelf de zorg in te kopen, naast het persoonsgebonden budget. De werkgroep kiest uiteindelijk voor de instrumenten persoonsgebonden budget en persoonsvolgend budget. Het belangrijkste argument voor die keuze is gelegen in de uit internationale studies verkregen inzichten dat aan de besteding van «de uitkering van een som geld» (vergelijk de bijstand) in het algemeen nauwelijks aanvullende voorwaarden ten aanzien van de besteding kunnen worden gesteld. Zij wijst daarbij het instrument van de uitkering van een som geld niet af, maar geeft wel aan dat dit instrument van zelfinkoop onder de AWBZ om die reden niet breed toepasbaar is. Met de verwijzing naar de toepassing van wat in andere landen de integratietegemoetkoming wordt genoemd, constateert de werkgroep dat met name de hulpaanspraken in de AWBZ in bepaalde gevallen het karakter hebben van een tegemoetkoming in extra kosten van hulp die samenhangen met chronische ziekte of handicap. Zij pleit voor een samenvoeging van bestaande inkomensregelingen als de Bijzondere Bijstand, de TOG en de WVG in de vorm van één integratietegemoetkoming. Hierop is ook de opvatting van het Kabinet gebaseerd dat het instrument de verzekerde weliswaar de grootst mogelijk keuzevrijheid geeft, maar dat dit tevens kan inhouden dat de middelen worden aangewend voor een ander doel dan waarvoor zij aan de verzekerde ter beschikking zijn gesteld. Het kabinet is met de MDW-werkgroep van mening dat toepassing van het instrument van een uitkering van een som geld binnen de AWBZ minder te prefereren is en geeft derhalve de voorkeur aan toepassing binnen de AWBZ van de instrumenten persoonsgebonden en persoonsvolgend budget.

91

Moet bij een PGB de cliënt niet de mogelijkheid hebben zelf zijn/haar budget te beheren en als hij/zij dat niet wil zelf de keuze maken wie zijn/haar budget dan wel beheert? (blz. 7)

Het kabinet wil over de volle breedte van de AWBZ toe naar een persoonsgerichte bekostiging van de zorg. Dat krijgt de vorm van of een PGB of een naturaverstrekking die persoonvolgend wordt bekostigd. Voor welke zorgtypen een PGB zal gelden, hangt nauw samen met het kunnen beoordelen door de cliënt van de zorg in kwestie. Zo ligt een PGB bij een gedwongen opname of hulp in een crisissituatie bijvoorbeeld niet voor de hand. Daarnaast zal ook het vraagstuk van doelmatige besteding een rol spelen. Daarbij valt te denken aan omslagpunten tussen intra- en extramurale zorgverlening. Bij de analyse van zorgtypen die in aanmerking komen voor PGB, wordt ook gekeken naar de kwestie van het eigen beheer van een PGB.

92

Is het kabinet het eens met het principe dat PGB-hulp inwisselbaar is bij elke aanbieder; ook bij mantelzorgers? (blz. 7)

Ja. Wel wordt bij indicatiestelling bij de vaststelling van de behoefte aan zorg rekening gehouden wordt met de aanwezigheid van mantelzorg.

93

Wat is het tijdpad bij het omzetten van het PGB als subsidieregeling naar het PGB als aanspraak in de AWBZ? (blz. 8)

Voor inpassing van het PGB in de reguliere structuur van de AWBZ zijn een aantal dingen nodig. Zo zullen de te onderscheiden zorgproducten helder moeten zijn omschreven met daarbij behorende prijzen en daaraan te koppelen cliëntregistraties. Rekening houdend met tempoverschillen tussen de verschillende sectoren zal deze operatie naar verwachting in 2003 zijn afgerond. Om over te gaan op invoering van het PGB in de reguliere structuur van de AWBZ dient vervolgens de uitvoeringsorganisatie voor de AWBZ op sterkte te zijn en is een adequaat beheersinstrument nodig.

94

Kan het kabinet met een voorbeeld beschrijven wat het voordeel is van het koppelen van de huidige PGB-subsidieregeling aan het systeem van instellingsbudgettering als een soort communicerend vat?

Als gevolg van de aanpak wachtlijsten in de sectoren voor gehandicaptenzorg en verpleging & verzorging is het voorstel van koppeling tussen instellingsbudgettering en pgb-regeling niet meer aan de orde. De cliënt heeft inmiddels de keuze tussen een PGB of zorg in natura. Het subsidieplafond van de PGB-regelingen wordt daarmee in 2000 en 2001 bepaald door de werkelijke vraag van cliënten naar PGB's. Ter aanvulling van dit antwoord wordt verwezen naar het antwoord op vraag 4.

95

Indien instellingen moeten voldoen aan minimum kwaliteitseisen, gecontroleerd door de Inspectie voor de Gezondheidsbescherming, en aan het uitvoeren van de indicatie mag er dan niet vanuit gegaan worden dat de noodzakelijke specifieke deskundigheid en/of samenhang van zorgbehandeling die bij sommige behandelingen nodig is, langs die lijnen gewaarborgd wordt? Zo nee, waarom niet?

In de analyse van zorgtypen waarin wordt nagegaan of deze in aanmerking komen voor een PGB wordt onder andere gekeken naar de specificiteit van de zorg waarop een beroep wordt gedaan. Daarbij is ondermeer de vraag aan de orde of bijvoorbeeld de wet BIG en de Kwaliteitswet zorginstellingen in combinatie met de afgegeven indicatie voldoende waarborgen bevatten voor voldoende deskundigheid en/of samenhang in de behandeling. Het antwoord op de gestelde vraag kan dus nu nog niet worden gegeven.

96

Als het zorgkantoor niet verantwoordelijk wordt voor de betalingen, wie of welk orgaan wordt dat dan wel?

In de huidige uitvoeringsstructuur voor de AWBZ zijn de uitvoeringsorganen AWBZ (de ziekenfondsen, de particuliere ziektekostenverzekeraars en de uitvoerende organen van de publiekrechtelijke ziektekostenregelingen voor ambtenaren) verantwoordelijk voor de betalingen. De facto verleent het zorgkantoor de betalingsopdracht aan het CAK. Het kabinet geeft juist aan dat waar een systeem van kracht wordt dat uitgaat van aan de verzekerde gelieerde betalingen voor zorg- (onderdelen) in plaats van aan een instelling gekoppelde betalingen, de structuur waarbij zorgkantoren namens de uitvoeringsorganen de AWBZ uitvoeren, waarschijnlijk niet meer houdbaar is. Bij de omslag naar een vraaggestuurde uitvoering zal dus de vraag naar de verantwoordelijkheid voor de uitvoering, en dus ook voor de betalingen, moeten worden beantwoord.

97

Het kabinet is van mening dat het voor de voorbereiding 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 zijn afgerond wanneer wordt overgegaan tot daadwerkelijke invoering ervan. Betekent dit dat het theoretisch mogelijk is dat vlak voor de daadwerkelijke invoering besloten kan worden niet te kiezen voor de huidige structuur van het zorgkantoor maar voor een andere formule? Zo ja, zal een dergelijke onzekere situatie er niet toe leiden dat de zorgkantoren zich afwachtend gaan opstellen en geen vernieuwingen en/of kwaliteitsverbeteringen zullen doorvoeren?

Het kabinet heeft aangegeven op dit moment alle opties open te willen houden bij de vraag naar de uitvoering van de AWBZ in een vraaggestuurde opzet. Aan die opzet zitten vraagstukken vast die nog tot een oplossing moeten worden gebracht. Het kabinet gaat er van uit dat gedurende dit traject de discussie over de uitvoering in relatie tot het stelsel-debat aan de orde komt. Het kabinet meent dat de uitvoering van de AWBZ versterkt moet worden om ook op korte termijn de huidige problemen in de AWBZ op te lossen en de vraaggerichtheid in de AWBZ-uitvoering te vergroten. Het wijst er voor het overige op, dat de huidige opzet van zorgkantoren naar inhoud en vormgeving gezien, gebaseerd zijn op voorstellen van de zorgverzekeraars zelf.

98

Het kabinet plaatst kanttekeningen bij de voorstellen van de MDW-werkgroep over concessieverlening en de wijze waarop dit dient te gebeuren en geeft aan dat dit 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. Betekent dit dat het kabinet hiervoor de uitkomsten van de stelseldiscussie afwacht en zo nee, wanneer kan de Kamer dan een standpunt tegemoet zien?

De voorstellen voor vraagsturing impliceren op zich al de vraag naar een uitvoeringsstructuur waarbij sprake is van heldere verantwoordelijkheden. Deze vraag plaatst het kabinet in het perspectief van het debat over de inrichting van ons stelsel voor ziektekostenverzekeringen. Het model van concessieverlening op basis van aanbesteding kan daarbij aan de orde komen.

99

Waarom kan de optie van budgetverantwoordelijkheid en risicodragendheid pas uitgewerkt worden als er sprake is van een sterke uitvoeringsorganisatie? Maakt het uitwerken van een voorstel voor budgetverantwoordelijkheid en risicodragendheid niet juist duidelijk wat hiervoor het meest geschikte uitvoeringsorgaan is?

De stelling van het kabinet is dat het dragen van budgetverantwoordelijkheid en daarbij risicodragendheid veronderstelt dat er sprake is van een sterke uitvoeringsorganisatie. Als een uitvoeringsorganisatie niet in staat is de processen te beheersen voor een vraaggestuurde levering van AWBZ-zorg, zullen de uitvoerders ook geen budgetverantwoordelijkheid kunnen dragen. Natuurlijk is het mogelijk de vraagstukken die samenhangen met budgetverantwoordelijkheid en risicodragendheid te onderzoeken. Dit is het kabinet ook van plan te doen als voorbereiding op het mogelijk maken van de definitieve omslag naar een vraaggestuurd systeem. Daarnaast meent het kabinet dat in een fasegewijze aanpak op korte termijn al het nodige kan worden gedaan aan het vraaggestuurd maken van de zorg. Daarvoor is wel een versterking nodig van de beheerste uitvoering van de verzekering. Het kabinet verwacht dat daarmee zicht zal ontstaan op de voorwaarden die in een vraaggestuurd systeem moeten worden gesteld aan de uitvoerder van de verzekering.

100

Het kabinet kiest ervoor clientgecentreerde zorgketens tot stand te brengen waarbij bewust ook afstemming wordt gezocht tussen AWBZ-zorgvoorzieningen en de aanpalende voorzieningen op de terreinen van wonen, werken, welzijn en vervoer. Deze functies worden toch in het kader van de WVG op lokaal niveau uitgevoerd. Waarom kiest het kabinet dan toch voor regionale ordening?

Het kabinet kiest voor een regionale ordening van de zorg, omdat een regionale ordening aansluit bij de bestaande ordening van zorg in Nederland. Veel zorgvoorzieningen kiezen een werkgebied dat de gemeentegrenzen overschrijdt. Bij veel kleinere gemeenten bestaat de behoefte aan onderlinge afstemming van hun inspanningen op het gebied van wonen, werken, welzijn en vervoer op een bovengemeentelijk, regionaal niveau.

101

Is het kabinet bereid om alsnog het onderdeel wonen/huisvesting uit de AWBZ te halen en over te hevelen naar het ministerie van Vrom? Zo nee, waarom niet gezien het pleidoor van de MDW-werkgroep om huisvesting en zorg zoveel mogelijk gescheiden aan te bieden?

In de kabinetsreactie op het MDW-rapport «De ontvoogding van de AWBZ», is de aanbeveling om huisvesting en zorg zoveel mogelijk gescheiden aan te bieden overgenomen. Op dit moment is het niet nodig hiervoor budget over te hevelen naar het ministerie van VROM.

102

Hoe gaat de woon-zorg stimuleringsregeling eruit zien?

103

Wanneer wordt het aangepaste eigendomsbeleid ingevoerd?

Met een circulaire van 1 april 1999 aan alle instellingen is al een aangepast eigendomsbeleid ingevoerd. De aanpassing houdt in dat eigendom is beperkt tot infrastructuur waarin specifieke eisen vanuit de zorgverlening worden gerealiseerd. Voor marktconforme infrastructuur is huur de gewenste eigendomsverhouding.

In een uitvoeringstoets aan het College bouw is gevraagd een methodiek uit te werken aan de hand waarvan uitzonderingen op beide hoofdvarianten beoordeeld kunnen worden.

Uiteraard staan de ontwikkelingen niet stil. Het beleid zal hierop dan ook steeds worden geactualiseerd.

104

Is het kabinet van mening dat, wanneer er geconcludeerd wordt door het CTU dat er beter sprake kan zijn van directe aanspreekbaarheid van de daadwerkelijke uitvoerder voor het toezicht, hier zo snel mogelijk toe overgegaan moet worden? Waarom moet de stelsel discussie hiervoor afgewacht worden?

De kwestie van directe aanspreekbaarheid is dezelfde als die van de verantwoordelijkheid. Het kabinet heeft aangegeven niet op dit moment te willen overgaan tot zelfstandige vestiging van zorgkantoren omdat daarmee de bestaande samenhang in de uitvoering tussen het eerste en tweede compartiment wordt doorgesneden. De vraag hangt zozeer samen met de vraag naar de inrichting van ons stelsel voor ziektekostenverzekeringen in het tweede compartiment dat de kwestie rond de uitvoering van de AWBZ in dat kader tot een oplossing moet worden gebracht. De werking van het huidige aanbodinstrumentarium maakt een snelle regeling van de aanspreekbaarheid van zorgkantoren ook niet nodig. Zoals de CTU ook in haar beoordeling heeft aangegeven, is de huidige uitvoeringsconstructie voor het toezicht werkbaar.

105

Deelt het kabinet de mening dat «voldoende verbetering van de uitvoering van de AWBZ» hetzelfde is als modernisering van de uitvoering van de AWBZ? Zo nee, betekent dit dat het kabinet vooralsnog geen modernisering voorstaat zoals Zicht op Zorg suggereert, maar kiest voor een aantal verbeteringen binnen de bestaande structuur?

Het kabinet staat een modernisering van de AWBZ voor ogen die vraagsturing centraal zal stellen. Aan uitwerking en invoering daarvan zitten de nodige vraagstukken vast. Het kabinet heeft aangegeven daaraan voortvarend te zullen werken. Tegelijk moet worden erkend dat realisatie een traject van vele jaren vergt. De huidige problematiek in de AWBZ (bijvoorbeeld de wachtlijsten) vraagt evenwel ook nu al om oplossingen waarbij een krachtige uitvoerder van de AWBZ-verzekering nodig is. Daarbij wordt aangesloten bij de huidige uitvoeringsstructuur met gemandateerde zorgkantoren. Deze aanpak biedt tegelijk de mogelijkheid in de huidige uitvoeringsorganisatie de instrumenten te ontwikkelen die voor een vraaggestuurde uitvoering van de AWBZ onontbeerlijk zijn. Het kabinet kiest zodoende voor een stapsgewijze aanpak, op geleide van de nota Zicht op Zorg.

De Minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid heeft de Voorzitter van de Vaste Commissie voor Sociale Zaken en Werkgelegenheid meegedeeld, dat de kabinetsreactie op het IBO-WVG-rapport wordt voorbereid. Op dit moment vind hierover nog interdepartementaal overleg plaats. Na afronding van het overleg en bespreking van het rapport in de Ministerraad zal het rapport met een kabinetsreactie zo spoedig mogelijk door de Minister van Sociale Zaken aan de Tweede Kamer worden toegezonden.

Op welk tijdstip kan een concept van het wetsvoorstel inzake de exploitatie van zorginstellingen wel aan de Kamer ter beschikking worden gesteld?

Het inmiddels uitgebrachte advies van de Raad van State op het Wetsvoorstel exploitatie zorginstellingen (WEZ) is niet van dien aard dat het wetsvoorstel nog dit jaar kan worden aangeboden aan de Tweede Kamer.

De WVZ reguleert nu nog de capaciteit van de zorgvoorzieningen om zo doelmatig mogelijk in de behoefte aan zorg te voorzien. Als deze systematiek wordt losgelaten om de hoeveelheid zorgaanbieders op de markt te vergroten zal nog louter de geïndiceerde vraag bepalen hoeveel capaciteit er uiteindelijk nodig is. Dit zou kunnen betekenen dat de hoeveelheid capaciteit moet uitbreiden. Klopt dit en zo ja, is het kabinet dan bereid de hiervoor benodigde financiën beschikbaar te stellen?

Ongeacht of er bij de bepaling van de capaciteit van de zorgvoorzieningen sprake is van aanbodsturing of vraagsturing, dient de capaciteit aan te sluiten bij de behoefte aan zorg (het stelsel bepaalt niet de zorgbehoefte). Hier ligt geen principiële tegenstelling tussen beide sturingswijzen. In een stelsel van vraagsturing zal deze capaciteit zich wel soepeler aanpassen aan de behoefte.

Bij het ramen van de benodigde capaciteit is (de geraamde ontwikkeling van) de objectieve zorgbehoefte bepalend. De (ontwikkeling van de) geïndiceerde vraag is een belangrijke informatiebron voor deze raming. Zoals blijkt uit de aanpak van de wachtlijsten in de sectoren verpleging en verzorging en gehandicaptenzorg is het kabinet bereid extra middelen uit te trekken voor het voldoen aan de zorgvraag.

Als capaciteitsplanning niet meer via de WZV gereguleerd zou worden maar louter via de geïndiceerde vraag dan worden zorginstellingen risicodragende instellingen waarbij capaciteitsontwikkeling en eventuele investeringen in vastgoed gebeurt op basis van de verwachte vraagontwikkeling. Deelt het kabinet de mening van de MDW-werkgroep dat de instellingen dan ook over voldoende eigen vermogen moeten beschikken om de risico's te kunnen dragen?

Bij het plannen van de capaciteit kan niet worden volstaan met de geïndiceerde vraag. Wel kan worden uitgegaan van de geraamde ontwikkeling van de geobjectiveerde zorgbehoefte (de kwaliteit van de indicatiestelling bepaalt in belangrijke mate in hoeverre deze samenvalt met de geïndiceerde vraag). Wanneer toegelaten instellingen voor het leveren van hun zorg (gedeeltelijk) afhankelijk worden van de contractering door het zorgkantoor, gaan ze inderdaad risico lopen. In dat geval is het de verantwoor-

delijkheid van de instelling om dit risico goed af te dekken. Het eigen vermogen kan hieraan een bijdrage leveren.

110

De WTG reguleert de totstandkoming van de tarieven in de gezondheidszorg. Is het kabinet bereid deze systematiek los te laten en prijsvorming aan de markt over te laten op de wijze zoals de MDW-werkgroep op blz. 27 van zijn rapport «Ontvoogding van de AWBZ» voorstelt.»?

In de nota «Speelruimte en verantwoordelijkheid» schetst het kabinet een traject van de beleidsvrijheden die partijen (zorgverzekeraars en zorgaanbieders) kunnen verkrijgen ten opzichte van de huidige toepassing van de WTG. Zoals ook in de voorstellen van de MDW-werkgroep is aangegeven, zal aan een aantal voorwaarden moeten zijn voldaan, wil er sprake zijn van een situatie van mededinging waar de prijsvorming, zonder overheidsingrijpen, aan de marktpartijen kan worden overgelaten. Wanneer zich in zorgsectoren van de AWBZ die omstandigheden voordoen, acht het kabinet het niet uitgesloten de prijsvorming aan de markt over te laten.

111

Zicht op Zorg zet een begrenzing van uitgaven onder andere neer in de vorm van een regionaal financieel kader voor het zorgkantoor. Kan het kabinet dit regionaal financieel kader nog eens schetsen?

Het regionaal kader waarvan sprake is in Zicht op Zorg, kan men zich voorstellen als de optelsom van de instellingsbudgetten in de regio met daar jaarlijks aan toegevoegd de intensiveringsmiddelen. Het kader is geen budget dat aan het zorgkantoor te beschikking wordt gesteld en waaruit het betalingen verricht. Het kader heeft meer een rekenkundige functie. Het geeft het maximum aan waarbinnen zorgaanbod kan worden gecontracteerd. Feitelijke beheersing van de uitgaven vindt plaats via de WTG. Overigens is op te merken dat de definitieve omslag naar vraagsturing waar het kabinet in het standpunt op het MDW-rapport voor kiest, een ander type financiering en beheersing veronderstelt.

112

Afschaffing van de contracteerverplichting zorgt ook voor meer vraagsturing. Deelt het kabinet de mening dat dit alleen zin heeft als er voldoende aanbieders zijn en als de diverse aanbieders ook diverse producten in de aanbidding hebben? Zo ja, is het kabinet dan van plan instellingen de mogelijkheid te bieden nieuwe activiteiten te ontwikkelen en zorg in andere regio's te verlenen alsmede zorgkantoren en PGB-houders de mogelijkheid te bieden zorg in te kopen in andere regio's? Zo nee, op welke wijze is afschaffing van de contracteerverplichting dan nog nuttig?

Inderdaad is het zo dat voor het realiseren van meer vraagsturing niet volstaan kan worden met het opheffen van de contracteerverplichting. Het gaat om een heel scala van samenhangende maatregelen. Zo moeten de aanspraken verder worden geflexibiliseerd om aanbieders in staat te stellen nieuwe zorgproducten te ontwikkelen. Tevens moeten er heldere productomschrijvingen met bijbehorende en (via een te stellen maximum) ook onderhandelbare prijzen komen. Ook moeten nieuwe aanbieders toegelaten kunnen worden tot de zorgverlening. Daartoe wordt de oriëntatie in het toelatingsbeleid verlegd van capaciteit naar kwaliteit van de organisatie. Tot slot moet de zeggenschap van de klant op de zorg worden vergroot. Daartoe wordt in eerste instantie binnen het systeem van instellingsbudgettering de bekostiging prestatiegericht gemaakt. Als laatste stap wordt het systeem van instellingsgerelateerde bekostiging omgezet in een systeem van persoonsgerelateerde bekostiging.

Overigens is het niet zo dat de keuze voor een regionale uitvoeringsstructuur van de AWBZ betekent dat PGB-houders, aanbieders of zorgkantoren worden opgesloten in hun regio. Die regionale uitvoeringsstructuur is gekozen met het oog op het realiseren van de gewenste afstemming tussen de AWBZ-zorg op de voorzieningen in de aanpalende terreinen van wonen, werken, welzijn en vervoer.

113

Flexibilisering van de aanspraken zorgt ook voor meer vraagsturing. Deelt het kabinet de mening dat deze flexibilisering alleen zinvol is als: de verzekerde kan kiezen uit meerdere aanbieders, er geen gegarandeerde budgetten voor de aanbieders meer bestaan en de verzekerde de opdracht kan opknippen. Zo ja, gaat het kabinet deze drie stappen zetten? Zo nee, op welke wijze is flexibilisering van de aanspraken dan nog nuttig?

Zoals al in het antwoord op vraag 112 aangegeven is het de inzet van dit kabinet marktwerking aan de zijde van het aanbod met kracht te stimuleren, zodat de keuzemogelijkheden voor de klant toenemen. Daarnaast wordt het (gegarandeerde) budgetsysteem voor aanbieders omgezet in een systeem van persoonsgerelateerde bekostiging en worden de aanspraken zoveel mogelijk in termen van functies omschreven.

114

Nederland kent al de risicodragende budgettering in de ziekenfondsverzekering. Welke instrumenten moet het zorgkantoor bij de uitvoering van de AWBZ ontberen die de ziektekostenverzekeraar voor wat betreft de ziekenfondsverzekering wel heeft, waardoor voor het zorgkantoor vooralsnog risicodragende budgettering niet kan worden ingevoerd?

De belangrijkste kwestie bij risicodragende budgettering is die van de verantwoordelijkheid. Zorgkantoren zijn formeel niet verantwoordelijk voor de uitgaven van AWBZ-zorg en derhalve voor die uitgaven niet te budgetteren. De zorgplicht van het naturastelsel berust bij de ziekenfondsen, de particuliere ziektekostenverzekeraars en de uitvoerende organen van publiekrechtelijke ziektekostenregelingen als uitvoeringsorganen AWBZ. Aan hen is overeenkomstig deze plicht in de huidige situatie ook de verantwoordelijkheid voor de financiering van de zorg verbonden.

Daarnaast vergt een systeem van risicodragende budgettering dat het orgaan dat de risico's te dragen krijgt, bevoegdheden heeft om op de risico's in te spelen. De mogelijkheden voor het zorgkantoor zijn hierbij beperkt omdat zij geen goed instrumentarium hebben voor een goede zorginkoop. De voorstellen voor vraagsturing als van de MDW-werkgroep maken de rol van het zorgkantoor beperkter. Overigens is de risicodragende budgettering van de ziekenfondsverzekering een van de mogelijke modellen, zoals het MDW-rapport heeft aangegeven.

Tenslotte is op te merken dat budgettering in de ziekenfondsverzekering als beheersingsinstrument verbonden is met een vorm van gereguleerde competitie tussen de ziekenfondsen. Verzekerden kunnen van ziekenfonds wisselen als zij bijvoorbeeld bij de premievaststelling van hun ziekenfonds daar aanleiding toe zien. In de AWBZ stellen de uitvoerders van de verzekering geen premie vast. Het hele systeem van de AWBZ gaat uit van concurrentievrije uitvoering.

115

Het CVZ lijkt overgangsproblemen te zien bij de overgang van het huidige systeem van aanbodfinanciering naar «betaling aan of afrekening met zorgaanbieders door het zorgkantoor op basis van aan verzekerden op naam geleverde (...) zorg» (citaat blz. 33 Vervolg uitvoeringstoets zorg-

kantoren). Deelt het kabinet deze mening? Zo ja, welke problemen signaleert het kabinet dan?

Het kabinet heeft deze problematiek onderschreven in de nota Aanspraken en uitvoeringorganisatie AWBZ waar het erkent dat de vraag naar zelfstandige positionering van het zorgkantoor opkomt bij de omslag van het aanbodgestuurd systeem naar een vraaggestuurd systeem. Het geeft daarbij aan dat de grens tot waar met de huidige uitvoeringsorganisatie kan worden gewerkt, waarschijnlijk ligt bij de kwestie van de verantwoordelijkheid voor de betalingen en het regelen van een risicodragende uitvoering en het regelen van een risicodragende uitvoering.

116

Het kabinet vindt de kanttekening van de CVZ, 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, in lijn met het kabinetsbeleid. Welke concrete stappen gaat het kabinet zetten om dit te veranderen?

Zoals ook in het antwoord op vraag 6 aangegeven zal het kabinet een aantal maatregelen nemen. Uiteindelijk doel is dat het systeem van instellingsgerelateerde bekostiging wordt vervangen door een systeem van persoonsgerelateerde bekostiging. In de tussentijd en op weg hiernaar toe zal de zeggenschap van het zorgkantoor over de besteding van het budget worden vergroot en zal de budgetopbouw zoveel mogelijk worden gebaseerd op prestatie c.q. product-parameters.

Overigens zijn er ook binnen een systeem van contracteerplicht mogelijkheden, die nu al deels worden benut. Te denken valt aan de mogelijkheid voor het zorgkantoor om een deel van het budgetten van een instelling te verschuiven naar een andere, zoals binnen zorg-op-maat beleidsregels en thuiszorg. Ook wordt sinds kort voor een deel afgerekend op feitelijke productie, namelijk bij de productie ter bestijding van de wachtlijsten in de gehandicaptensector en de sector verpleging en verzorging.

117

Het kabinet concludeert dat de behoefte van de verzekerde niet de enige maat is voor het zorgkantoor, maar ook bijvoorbeeld doelmatige zorgverlening. Waarom brengt het kabinet dit ter sprake als er vanuit gegaan mag worden dat de afgegeven indicatie de maat is voor het zorgkantoor? Betekent dit dat het kabinet van mening is dat indicaties (nog) niet altijd juist zijn en zo ja, wat gaat het kabinet doen om dit te verbeteren? Of bedoeld het kabinet dat het zorgkantoor de indicaties niet helemaal hoeft uit te voeren als deze in ogen van het zorgkantoor leidt tot ondoelmatige zorg?

In de toelichting op het Zorgindicatiebesluit staat dat het RIO ook de doelmatigheid van de zorgverlening bij het formuleren van een indicatiebesluit in ogenschouw moet nemen. Het zorgkantoor zal het door het RIO aldus geformuleerde indicatiebesluit als een gegeven beschouwen bij de verdere zorgrealisatie. Het zorgkantoor is verantwoordelijk voor een doelmatige uitvoering van de AWBZ. Als mocht blijken dat zorgkantoren deze verantwoordelijkheid moeilijk waar kunnen maken, omdat het RIO de doelmatigheid niet meeneemt bij het formuleren van indicatiebesluiten, dan kunnen maatregelen worden overwogen. In dergelijk geval moet het zorgkantoor over instrumenten beschikken om zo'n RIO te corrigeren. Zulke instrumenten moeten zich dan richten op de indicatiepraktijk van het desbetreffende RIO, en niet op een individueel indicatiebesluit.

Kan het kabinet een reactie geven op het artikel in het Financieel Dagblad van 25/9/2000 waarin de mening wordt geventileerd dat het kabinet om de hete brij blijft heendraaien in de nieuwe standpunten over de financiële organisatie van de AWBZ en het zorgkantoor? Kan het kabinet tevens reageren op de afzonderlijke argumenten die als onderbouwing van het standpunt door de journalist worden genoemd, namelijk dat: gekozen wordt voor een systeem met zorgkantoren als extra tussenschijf terwijl in de rapporten van de MDW-werkgroep alternatieven zonder zorgkantoor geschetst worden; het niet helder wordt waarom een cliënt een zorgkantoor nodig heeft; de zorgkantoren geen zelfstandige uitvoeringsorganen worden evenmin als risicodragend; dat het zorgkantoor bevoegdheden krijgt die het kabinet ook al weggaf aan diverse andere ZBO's?

In eerdere antwoorden ben ik al uitvoerig ingegaan op de overwegingen van het kabinet om de uitvoering van de AWBZ op te dragen aan de zorgkantoren. Daaraan kan ik nog het volgende toevoegen. Het zorgkantoor vervult voor de verzekerde de rol van zorginkoper; het zorgkantoor biedt de verzekerde de mogelijkheid zijn aanspraken op de zorg in zijn regio tot gelding te brengen. Lang niet altijd betekent dit dat de verzekerde het zorgkantoor ook fysiek zal tegenkomen. De verzekerde wendt zich immers met de verkregen indicatie rechtstreeks tot de zorgaanbieder/-instelling van zijn keuze.

Omdat die instelling door het zorgkantoor is gecontracteerd voor het leveren van de zorg, verkrijgt de verzekerde de zorg, zonder voor hem/haar enige zichtbare tussenkomst van het zorgkantoor. In geval van een wachtlijst/-tijd kan het zorgkantoor actief optreden en een bemiddelende rol voor de verzekerde vervullen bij het realiseren van zijn zorgvraag. De positie van het zorgkantoor is hiermee voor de verzekerde helder.

Thans zijn zorgkantoren de jure geen zelfstandige uitvoeringsorganen van de AWBZ, dat zijn de zorgverzekeraars. De aanwijzing van de zorgkantoren als verantwoordelijk voor de zorginkoop ten behoeve van de verzekerden en de bekostiging van de zorg legt hen echter wel een aantal taken op met bijbehorende bevoegdheden. Over de concrete invulling van die taken, de daarbij behorende bevoegdheden en de verantwoordelijkheden liggen de afspraken vast in de wet (het administratiebesluit) en de mandaats-overeenkomsten. Deze bieden thans voldoende waarborgen voor een goede en doelmatige zorginkoop door zorgkantoren. Het proces van geleidelijke vervanging van het systeem van centrale aanbodsturing door een systeem van decentrale vraagsturing stelt andere eisen aan de zorgkantoren. Daartoe kan onder meer een meer risicodragende uitvoering behoren.

Het vrijwillig of wettelijk mandaat roept discussie oblz. De MDW-werkgroep stelt voor om in 2002 de mandatering af te schaffen en over te stappen op contractering door de overheid als overgangssituatie naar een concessiesysteem. Wat denkt het kabinet van dit voorstel?

Het kabinet heeft in zijn standpunt al aangegeven dat het voorstel voor de concessieverlening van de MDW-werkgroep als zodanig vooronderstelt dat zorgkantoren wettelijk worden geregeld. Daarnaast veronderstelt het aanbestedingsmodel dat de MDW-werkgroep hieraan verbindt, een budgetverantwoordelijkheid van het zorgkantoor. Een dergelijke verantwoordelijkheid past alleen bij een zelfstandig gevestigd zorgkantoor. Deze consequenties moeten ook worden verbonden aan het voorstel van de MDW-werkgroep om in een overgangssituatie te werken met contractering door de overheid.

Het kabinet kiest ervoor op dit moment de bestaande uitvoeringsorganisatie in de AWBZ te handhaven en de vraag over de toekomstige uitvoering van de AWBZ te relateren aan de uitkomst van het debat over ons toekomstig stelsel van zorgverzekeringen in het tweede compartiment. Bij de te maken keuzen zal de optie van budgetverantwoordelijkheid en risicodragendheid worden betrokken, waarbij ook naar verschillende varianten waaronder die van de MDW-werkgroep, wordt gekeken.

120

Als zelfstandige vestiging van zorgkantoren geen voorkeur heeft van het kabinet omdat dan de banden met in de uitvoering tussen het eerste en tweede compartiment wordt doorgesneden, kan een zorgkantoor dan niet beter de afdeling «Uitvoering AWBZ» van de diverse zorgverzekeraars worden? Zo nee, waarom niet?

Het kabinet heeft aangegeven het niet verstandig te vinden nu te besluiten over een ingrijpende herziening in de AWBZ, los van het te voeren debat over de inrichting van ons stelsel voor ziektekostenverzekeringen in het tweede compartiment. In dat debat zal de samenhang tussen het eerste en tweede compartiment in zijn verschillende facetten aan de orde kunnen komen. In dat licht zijn verschillende varianten voor uitvoering van de AWBZ mogelijk, zoals de vraag ook aanduidt.

121

Hangt het hebben van voldoende belangstelling voor het uitvoeren van de zorgkantorfunctie alleen samen met de financiële voor- en nadelen of ook met duidelijkheid omtrent het bestaansrecht van een zorgkantoor, niet pas als de modernisering van de uitvoering van de AWBZ daadwerkelijk volledig is ingevoerd maar reeds nu?

De koppeling tussen voldoende belangstelling voor de uitoefening van de zorgkantorfunctie en financiële voor- en nadelen is gelegd met het voorstel van de MDW-werkgroep voor concessieverlening op basis van aanbesteding. Op dat voorstel is in het standpunt van het kabinet gereageerd. In de huidige regeling van de uitvoeringsorganisatie kunnen dergelijke financiële overwegingen geen rol spelen. De AWBZ wordt concurrentievrij uitgevoerd. Er zijn geen signalen dat zorgverzekeraars gelet op de huidige regelingen geen belangstelling zouden hebben voor de uitoefening van de zorgkantorfunctie.

122

Kan de regering aangeven op welke wijze en uitgezet in de tijd de omzetting van de instellingsbudgettering in een persoonsgerelateerde bekostiging per sector gaat plaatsvinden? (blz. 8)

Het kabinet verwacht dat de ontwikkeling van voorwaarden omstreeks 2003 zijn beslag krijgt. Persoonsgerichte bekostiging AWBZ-breed invoeren is een majeure operatie, waarbij er hard aan moet worden gewerkt de instellingsfinanciering om te zetten in persoonsgebonden financiering. De technische voorwaarden worden in beginsel verder uitgewerkt binnen het kader van de PGB-regelingen. Voorts wordt het PVB verder ontwikkeld en wordt het PGB uitgebreid.

Tijdens deze ontwikkelingstrajecten zal meer inzicht ontstaan, maar op dit moment is het echter nog niet mogelijk in detail weer te geven op welk moment het PGB zo breed mogelijk in de AWBZ ingevoerd zal zijn. Aanvullend wordt verwezen naar het antwoord op vraag 82.

123

Hoe is de conclusie van de MDW-werkgroep dat het PGB voorlopig nog een subsidieregeling moet blijven te rijmen met de uitspraken van de

staatssecretaris waarin zij zegt dat het PGB zo snel mogelijk een wettelijke aanspraak moet worden? (blz. 6)

Het omzetten van de PGB-subsidieregeling in een aanspraak hangt samen met het realiseren van technische voorwaarden die nodig zijn voor een brede toepassing van persoonsgerichte bekostiging in de reguliere structuur en in alle sectoren van de AWBZ. Tot dan worden de subsidieregelingen voor PGB gehandhaafd. Rekening houdend met tempoverschillen in de sectoren, verwacht het kabinet dat de ontwikkeling van de voorwaarden rond 2003 zijn beslag zal krijgen. Voorts wordt voor beantwoording van deze vraag verwezen naar het antwoord op vraag 93.

124

In het rapport «De ontvoogding van de AWBZ» wordt het PVB als vraagsturingsinstrument bepleit. Het zorgkantoor heeft echter met een beperkt aantal zorgaanbieders een contract afgesloten, de keuzevrijheid is daarmee beperkt. Wil de cliënt een andere dan de gecontracteerde zorgaanbieder, dan kan hij een PGB aanvragen. Is het PGB in zo'n geval financieel gelijkwaardig aan het PVB? Zo nee, vindt het kabinet de keuzevrijheid toch voldoende gewaarborgd? (blz. 7, 12)

In de gemoderniseerde AWBZ zal sprake zijn van persoonsgerichte financiering, waarbij in principe de cliënt kan kiezen tussen een PGB (eigen zorginkoop) of natura (PVB). Het kabinet heeft het voornemen te laten onderzoeken of en voor welke vormen van zorg invoering van PGB voor de hand ligt. Verwacht wordt dat hierover in 2001 meer duidelijkheid kan worden geboden.

Indien het ertoe zou leiden dat er regionaal verschillende PGB's kunnen gaan ontstaan, kan het voorkomen dat bij besteding buiten de regio zo'n PGB te ruim of juist te krap kan zijn. In de laatste situatie is het PGB geen reëel alternatief. In het kader van deze vraagstukken onderzoekt het kabinet momenteel mogelijke modellen voor bekostiging van het PGB. Voor verdere beantwoording van deze vraag wordt aangesloten bij het antwoord op vraag 14 en 16.

125

Wat vindt het kabinet van het voorstel zoals gedaan in het MDW-rapport om een integratietegemoetkoming voor gehandicapten en chronisch zieken in het leven te roepen ter vervanging van de verschillende regelingen die er nu zijn? (blz. 10)

Een integratietegemoetkoming zoals bijvoorbeeld bestaat in België, is een financiële tegemoetkoming die de meerkosten in het dagelijks bestaan, die aan het hebben handicap en/of een vermindering/gebrek aan zelfredzaamheid inherent zijn, moet compenseren. Ten aanzien van de extra kosten kan gedacht worden aan de meerkosten ten aanzien van wonen, vervoer, extra stookkosten e.d. Bezien moet worden of het in de Nederlandse situatie noodzakelijk is om de verschillende bestaande regelingen die dit karakter hebben, samen te voegen tot een integrale integratieregeling.

126

Het MDW-rapport erkent dat de waarde van het PGB per regio kan verschillen, als gevolg van de koppeling aan het PVB. Vindt het kabinet regionale verschillen aanvaardbaar? Is de rechtsgelijkheid hier niet in het geding? Wat gebeurt er in zo'n situatie met het verschil als een cliënt van een «duur» zorgkantoor een «goedkopere» regio zijn zorg gaat halen? Als dit naar het «dure zorgkantoor» vloeit, wordt dit dan niet beloond voor zijn slechtere onderhandelingsresultaten met de zorgaanbieders? (blz. 12)

Om de vraag over dergelijke regionale verschillende PGB's te beantwoorden wordt verwezen naar het antwoord op vraag 16.

127

Op welke wijze en termijn zal de contracteerverplichting worden opgeheven? (blz. 12)

Op 14 juli 2000 is een verzoek om een uitvoeringstoets uitgegaan naar het CVZ, CBZ, CTG en CSZ over de herziening van het overeenkomstenstelsel. Hierbij is zowel het opheffen van de modelovereenkomst/UVO als het opheffen van de contracteerverplichting aan de orde. De vraagstelling richt zich met name op het tweede compartiment. De AWBZ komt zijdelings aan de orde. De uitvoeringstoetsen worden begin december uitgebracht. Na ommekomst van de toetsen zullen de resultaten voor het tweede compartiment worden doorvertaald naar de AWBZ en zal bezien worden of en waar aanvullende maatregelen of uitvoeringstoetsen nodig zijn. Zoals ook aangegeven in het antwoord op vraag 15 ligt het in de bedoeling om in 2003 een start te maken met de feitelijke opheffing van de contracteerverplichting in de AWBZ. De feitelijke opheffing van de contracteerverplichting in de AWBZ betekent wel dat het contracteerbeleid door het zorgkantoor serieuze invulling moet kunnen krijgen door een sterke countervailing power ten opzichte van de instellingen. Dit vergt dus een sterke uitvoerder.

Over de wijze van opheffing van de contracteerverplichting in de AWBZ kan worden gemeld dat daarvoor als zodanig geen wetswijziging nodig is. Opheffing kan plaatsvinden door gebruik te maken van de algemene maatregel van bestuur bedoeld in artikel 45, eerste lid.

128

Hoe beoordeelt het kabinet het voorstel om de zorgkantoren via aanbesteding een concessie te laten uitvoeren? Hoe denkt het kabinet over het risicodragend maken van zorgkantoren? Op welke wijze zal het zorgkantoor daartoe moeten worden aangepast? (blz. 12)

Het voorstel zal nog moeten worden uitgewerkt om tot een goede beoordeling ervan te komen. Een aantal aspecten ervan heeft het kabinet er wel al uitgelicht. In ieder geval vergt het model een wettelijke regeling van deze vorm van uitvoering, met andere woorden zelfstandige positionering van zorgkantoren. Een ander aspect is dat intekening op uitvoering met vooraf vastgestelde budgetten voor de uitgaven van zorg en beheer veronderstelt, dat deze budgetten in redelijke balans zijn met de reëel te verwachten uitgaven. Er moet immers wel voldoende belangstelling zijn van kandidaten om op de uitvoering in te tekenen.

Daar komt als volgend aspect bij, dat risico dragen in dit systeem er op moet neerkomen dat de intekenende partij voor het eventuele negatieve resultaat moet opdraaien zoals het ook een eventueel positief resultaat zelf mag behouden.

Het kabinet zal de optie van budgetverantwoordelijkheid en risicodragendheid serieus onderzoeken. Daarbij zal ook aandacht worden geschonken aan de verschillende vormen voor een risicodragende uitvoering.

Als helder is dat in lijn met vraagsturing gekozen wordt voor een risicodragende uitvoering en de vraagstukken over de vorm van budgetverantwoordelijkheid en risicodragendheid tot oplossing zijn gebracht, zal wettelijke regeling ervan kunnen volgen. In ieder geval is duidelijk dat om een dergelijke verantwoordelijkheid waar te kunnen maken, er sprake zal moeten zijn van krachtige uitvoerders, die in staat zijn de processen die behoren bij een vraaggestuurde uitvoering naar behoren te beheersen. Kernelementen daarbij zijn adequate bedrijfsvoering, goede registratie en administratie en een sterke eigen organisatie.

Het MDW-rapport spreekt van het zorgkantoor als tussenmodel. Het kabinet ziet echter ook inhoudelijke argumenten voor een zorgkantoor. Is het, gezien de komende stelsel-discussie, niet wenselijk het optuigen van de zorgkantoren enigszins te vertragen en de discussie af te wachten? Is het niet denkbaar dat bij een brede basisverzekering de zorgverzekeraars/ziektefondsen de taken van het zorgkantoor kunnen gaan uitvoeren? Waarom houdt het kabinet vast aan het opzetten van de zorgkantoren, ongeacht de uitkomst van de discussie over het stelsel? (blz. 13, 17)

De in de vraag besloten suggestie over de toekomstige uitvoering van de AWBZ is zeker niet bij voorbaat uit te sluiten. Het is juist vanwege het nog te voeren debat over ons stelsel van ziektekostenverzekeringen dat het kabinet niet nu een beslissing wil nemen over de toekomstige uitvoering van de AWBZ. Daarentegen kunnen we de problemen in de huidige AWBZ niet een aantal jaren op zijn beloop laten. Het kabinet kiest er daarom voor te blijven uitgaan van de nu geregelde uitvoeringsorganisatie van de AWBZ. Om de forse problemen in de AWBZ aan te kunnen pakken en op een gestuurde wijze de wachtlijsten terug te dringen is het nodig de feitelijke uitvoerders van de AWBZ te versterken. Het kabinet is daarbij van mening dat in de feitelijke versterking van de zorgkantoren ook de mogelijkheid besloten ligt de voor een vraaggestuurde uitvoering benodigde beheersingsstructuur te ontwikkelen.

Zal in de nog naar de Kamer te sturen WEZ het huidige toelatingsbeleid worden gewijzigd conform de voorstellen van het MDW-rapport? Onder welke voorwaarden zullen nieuwe aanbieders worden toegelaten op de markt? Wat is de reactie van het kabinet op de constatering dat het toelaten van nieuwe aanbieders op de markt een situatie van onderproductie tot gevolg kan hebben? (blz. 14)

De WEZ maakt het mogelijk dat de capaciteitsplanning wordt losgelaten. Dit is in lijn met het voorstel van de MDW-werkgroep. De voorwaarden waaronder aanbieders in de toekomst worden toegelaten zullen binnen de kaders van de WEZ vooral betrekking hebben op de bestuurlijke en organisatorische structuur en op de financiële transparantie van de administratie. In het kader van de WEZ worden geen eisen gesteld aan de kwaliteit van de zorgverlening als zodanig. Hierin wordt voorzien door middel van de Kwaliteitswet zorginstellingen (KZI) en de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG).

De begrippen over- en onderproductie zijn gekoppeld aan een systeem van aanbodsturing (capaciteitsplanning met vaste prijzen) en ontlenen daaraan ook hun betekenis. Zij verliezen hun betekenis in een systeem van vraagsturing. Dit staat los van de constatering dat in individuele gevallen sprake kan zijn van onderbezetting.

Vraagsturing vereist een krachtige uitvoerder van de AWBZ, vindt het kabinet. Is het niet zo dat bij een zeer krachtige vraaggestuurde zorg door de cliënt, het zorgkantoor een veel bescheidener plaats zou moeten krijgen dan in de voorstellen? (blz. 16)

In een vraaggestuurde AWBZ zijn klant en zorgkantoor elkaars natuurlijke partners. Beide hebben er belang bij dat de zorg wordt geleverd op de maat van de klant. Beide hebben belang bij een duidelijke differentiatie in het zorgaanbod. Beide hebben belang bij een goede afstemming tussen AWBZ-zorg en aanpalende voorzieningen. De positionering van klant en zorgkantoor is niet een kwestie van communicerende vaten waarbij de

positie van de een minder wordt naar de mate waarin die van de andere meer wordt. Een krachtige vraagsturing door het zorgkantoor staat aan een krachtige vraagsturing door de klant niet in de weg en andersom.

132

Het CTU concludeert dat het indirecte toezicht dat zij kan houden op de zorgkantoren in de nieuwe, meer door vraagsturing gekenmerkte AWBZ, minder adequaat is. Hoe denkt het kabinet in te spelen op deze lacune in het toezicht op de zorgkantoren? (blz. 17)

Zoals het kabinet heeft aangegeven in de nota Aanspraken en uitvoeringsorganisatie AWBZ zal de ontwikkeling naar vraagsturing op enig moment de vraag doen stellen naar zelfstandige positionering van zorgkantoren. Het kabinet houdt de mogelijkheid open dat in het kader van het te voeren debat over het stelsel voor een andere uitvoerder voor de AWBZ wordt gekozen. In elk van deze gevallen zal de essentie van de keuze zijn dat de verantwoordelijkheid voor de uitvoering van de AWBZ bij één orgaan komt te liggen. Door regeling daarvan wordt het probleem zoals de CTU dat signaleert, opgelost.