

DE ONTVOOGDING VAN DE AWBZ

**Rapport van de MDW-werkgroep AWBZ
30 mei 2000**

**Aan de voorzitter van de ambtelijke commissie MDW
de Secretaris-Generaal van het ministerie van Economische Zaken**

Geachte heer Oosterwijk,

Met genoegen bied ik u het rapport van de MDW-werkgroep over de AWBZ aan. Gedurende de periode dat de werkgroep aan het rapport werkte kwam het maatschappelijk debat over de AWBZ in een stroomversnelling. De wachtlijsten kamen in het brandpunt van de belangstelling te staan. Met name de vraag naar de verdeling van de verantwoordelijkheid tussen overheid en verzekeraars in het huidige systeem is in de nog lopende juridische procedures volop aan de orde. Adviesorganen, maatschappelijke en politieke organisaties hebben zich in rapporten en standpuntbepalingen over de AWBZ uitgesproken. De Tweede Kamer heeft een eerste overleg met de staatssecretaris van VWS over de kabinetsnota Zicht op Zorg gevoerd.

Het is in de ogen van de werkgroep duidelijk geworden dat het bestaande systeem van aanbodsturing achterhaald is. Wat in de toekomst wel en niet kan en moet is daarmee echter nog niet gelijk beantwoord. Nieuwe stappen moeten passen binnen de Europese regelgeving en de mededingingswetgeving.

De turbulente ontwikkeling maakt dat de werkgroep zich op bewegende doelen heeft moeten richten. Dit maakte het spannend, maar ook lastig.

Aan de werkgroep is in zijn opdracht een aantal capita selecta meegegeven: onderzoek de mogelijkheden voor uitbreiding van persoonsgebonden budgetten, kijk naar nieuwe initiatieven, en verzin prikkels voor zorgkantoren. Er is niet gevraagd om een samenhangend voorstel voor stelselwijziging.

De werkgroep heeft op elk van de drie vragen voorstellen geformuleerd waar het kabinet verder mee kan. Met elk van de voorstellen kan het kabinet een begin maken. Vroeger of later stuit zij daarbij echter op de consequenties op andere deelreinen. Door een goede fasering en regie kan de samenhang worden aangebracht zonder dat onnodig vertraging wordt opgelopen.

De werkgroep heeft haar voorstellen uitdrukkelijk vanuit het perspectief van marktwerking, deregulering en wetgevingskwaliteit ontwikkeld. Bijzondere aandacht is daarbij besteed aan de positie van de verzekerden. Er is bewust gekozen voor de meest vérgaande vorm van decentralisatie en deregulering, namelijk het centraal stellen van de verzekerde burger. Dat is in een sector met een sterk paternalistisch karakter een doorbraak. Vandaar ook de titel van het rapport: "de ontvoogding van de AWBZ".

Lopende de werkzaamheden is de werkgroep gaan beseffen dat één essentieel onderwerp ontbreekt in de taakopdracht, namelijk de positie van de indicatieorganen. De werkgroep heeft de vrijheid genomen hier op diverse plaatsen in het rapport aandacht aan te besteden. Het is de werkgroep duidelijk geworden dat de rol en positie van de indicatieorganen van doorslaggevende betekenis zijn voor de beheersbaarheid van de AWBZ: dat is de plaats waar de overheid de claim beoordeelt, hier ligt de poortwachtersfunctie voor volume en kwaliteit.

In de gesprekken en consultaties is duidelijk geworden dat nieuwe aanbieders veel belangstelling hebben voor het aanbieden van diensten in de AWBZ. De bestaande aanbieders zijn niet bang voor nieuw aanbod op voorwaarde dat zij verlost worden van het bestaande keurslijf. Dit biedt hoop voor de ontwikkeling van nieuw en gevarieerd aanbod.

Ook is gebleken dat de (georganiseerde) verzekerde met spanning wacht op de uitkomsten van het rapport en wat het kabinet daar vervolgens mee gaat doen. De lijn van sterke uitbreiding van persoonsgebonden budgetten en het mogelijk maken van patiëntencoöperaties als inkooporganisatie past in de lijn van de eigen voorstellen van deze organisaties.

Tot slot enkele opmerkingen over de budgettaire beheersbaarheid. De ontwikkelingen in de actualiteit maakten duidelijk dat het bestaande systeem van budgetbeheersing op haar laatste benen loopt. De werkgroep hecht er sterk aan dat daar nieuwe vormen van budgetbeheersing voor in de plaats komen. De werkgroep heeft daartoe een aantal voorstellen ontwikkeld.

In elk stelsel komt echter een moment dat de politiek zelf aan zet komt. Uit het oogpunt van budgettaire beheersbaarheid moeten uiteindelijk door Kamer en kabinet steeds besluiten worden genomen over samenstelling van het pakket, hoogte van de eigen bijdragen, en de daarbij behorende premie.

Met vriendelijke groet,

Walter Etty, voorzitter

INHOUDSOPGAVE

1	SAMENVATTING	6
2	INLEIDING	12
2.1	Korte schets AWBZ	12
2.2	Taakopdracht werkgroep	16
2.3	Uitvoering taakopdracht	16
2.4	Opbouw rapport	18
3	VERZEKERDE ALS OPDRACHTGEVER	19
3.1	Vertrekpunt werkgroep	19
3.2	Instrumenten vraagsturing	20
3.3	Toepasbaarheid instrumenten	21
3.4	Werking instrumenten in de praktijk	24
3.5	Voorwaarden vraagsturing vanuit verzekerde	25
4	NIEUWE INITIATIEVEN	27
4.1	Vergroten keuzemogelijkheden verzekerde	27
4.2	Voorwaarden bevorderen nieuwe toetreders	27
4.3	Voorwaarden vergroten ruimte voor bestaande aanbieders	28
4.4	Vastgoed en nieuwe initiatieven	30
5	ZORGKANTOREN	33
5.1	Huidige positie zorgkantoren	33
5.2	Rollen voor het zorgkantoor bij vraagsturing	34
5.3	Prikkels voor het zorgkantoor	35
5.4	Zorgkantoren en indicatiestelling	40

6	ROL OVERHEID BIJ VRAAGSTURING	42
6.1	Hoofdpogaven overheid	42
6.2	Aanpassen van wet- en regelgeving	42
6.3	Zorgen voor een goede o rdening	43
6.4	Instrumenten voor budgetbeheersing	43
7	INVOERING	46
7.1	Belang invoeringstraject	46
7.2	Gefaseerde invoering	46

BIJLAGEN

- 1. Taakopdracht**
- 2. Samenstelling werkgroep**
- 3. Overzicht van geconsulteerde personen en organisaties**
- 4. Het zorggebruik in de AWBZ**
- 5. Het werkgeverschap bij persoonsgebonden budgetten**

1 Samenvatting

Huidige situatie

De AWBZ is een volksverzekering die in het leven is geroepen om zorg te bieden voor onverzekerbare geneeskundige risico's. Daar zijn in de loop van de tijd voorzieningen bijgekomen die de verzekerden in staat stellen zo goed mogelijk maatschappelijk te functioneren. De belangrijkste onderdelen in de AWBZ zijn verpleging en verzorging van ouderen, thuiszorg, geestelijke gezondheidszorg en gehandicaptenzorg.

De AWBZ is in internationaal perspectief een redelijk functionerend onderdeel van het Nederlandse stelsel van gezondheidszorg, maar de verzekerde heeft weinig invloed op de zorg die hij krijgt. Het systeem is rigide. Deze rigiditeit, in combinatie met hoge eigen bijdragen, leidt er in een aantal gevallen toe dat verzekerden zelf hun zorg buiten de AWBZ regelen. Daarnaast is er het probleem van de wachtlijsten: er is wel een recht, maar dat kan niet altijd worden geëffectueerd op het moment dat het nodig is. Een volksverzekering impliceert aanspraken waar de verzekerde recht op heeft op het moment dat hij of zij aan de criteria voldoet. Helaas kan hier niet in alle gevallen in worden voorzien. Dit leidt ertoe dat men geen hulp of zorg of de verkeerde hulp of zorg krijgt ("verkeerde bedproblematiek").

Deze knelpunten hebben alles te maken met de planning en financiering van de sector. Deze wordt getypeerd met de term aanbodsturing. De rijksoverheid laat een beperkt aantal instellingen toe die AWBZ-zorg mogen verlenen. De capaciteit van de instellingen - aantal plaatsen/bedden - wordt vastgesteld op basis van een gedetailleerde capaciteitsplanning. De investeringen in gebouwen vervullen daarbij een centrale functie. Met toestemming voor nieuwbouw of verbouw wordt tevens de capaciteit van een instelling vastgelegd en de financiering van de exploitatie gegarandeerd. De toegelaten AWBZ-instellingen krijgen dan ook allemaal met zekerheid een contract. Nieuwe aanbieders voor AWBZ-zorg krijgen geen kans. De positie van het zorgkantoor, dat vanaf 1999 de taak heeft om voldoende zorg in te kopen door contracten te sluiten met de toegelaten aanbieders in de regio, is zwak. Het zorgkantoor heeft (nog) geen budget, de sector is gesloten en er is sprake van schaarste. Onder die condities kan de inkoopfunctie nauwelijks worden waargemaakt.

Met de aanbodsturing, zoals hierboven geschetst, kan het rijksbudget voor de AWBZ goed worden beheerst. De weg van aanbodsturing lijkt echter steeds moeilijker bewandelbaar. De individuele behoeften van de zorgvrager komen weinig aan bod, terwijl in de samenleving een grotere behoefte aan zelfbeschikking bestaat. Aanbieders ervaren ook weinig prikkels voor doelmatigheid. De beperking van de capaciteit heeft geleid tot wachtlijsten, die - kijkend naar de lopende juridische procedures over deze wachtlijsten - door verzekerden niet (meer) op voorhand worden geaccepteerd. De overheid staat voor een dubbele opgave: beter en doelmatiger tegemoetkomen aan de maatschappelijke vraag voor AWBZ-zorg en het vinden van nieuwe instrumenten voor budgetbeheersing.

Positie van verzekerde

De positie van de verzekerde is zwak in de huidige situatie. De verzekerde krijgt via het zorgkantoor zorg toegewezen. Hij heeft weinig zeggenschap ten opzichte van de aanbieder. De mate van bevoogding van verzekerden is hoog in de AWBZ.

Er zijn inmiddels wel experimenten met persoonsgebonden budgetten om verzekerden meer greep te geven op de organisatie van de zorg. Het volume is echter zeer bescheiden: minder dan één procent van het totale AWBZ-budget. Verzekerden zijn in het algemeen enthousiast over het persoonsgebonden budget omdat het keuzevrijheid geeft ten aanzien van wie de zorg verleent: “zelf bepalen wie er aan je lijf zit”. Net zo belangrijk is dat de verzekerde zelf bepaalt wanneer de zorg wordt geleverd: “om zeven uur ‘s morgens uit je bed geholpen worden in plaats van om tien uur, waardoor je kunt blijven werken”. Hierdoor kan men beter participeren in de maatschappij. Er zijn ook duidelijk knelpunten, deze liggen in de uitvoering. Persoonsgebonden budgetten brengen administratieve rompslomp voor de verzekerde met zich mee, onder andere doordat hij in sommige gevallen juridisch als werkgever wordt beschouwd.

Taakopdracht MDW-werkgroep AWBZ

De taakopdracht van de MDW-werkgroep AWBZ spitst zich toe op drie onderwerpen: de mogelijkheden van instrumenten als persoonsgebonden budgetten in de AWBZ, de nieuwe initiatieven in en om de sector en de prikkels voor het zorgkantoor waardoor deze beter haar taak kan vervullen. De werkgroep heeft deze vragen bekeken vanuit het algemene MDW-kader: wat kunnen marktwerking en deregulering bijdragen aan de modernisering van de AWBZ en hoe kan de kwaliteit van wet- en regelgeving worden verbeterd.

Ontvoogding is nodig

Om de positie van de verzekerde in de AWBZ te versterken is vraagsturing essentieel. Vraagsturing betekent voor de werkgroep dat de verzekerde zelf kan kiezen hoe de zorg wordt ingevuld (dat wil zeggen sturing dóór de verzekerde). Voorwaarde hierbij is dat het huidige systeem van instellingsfinanciering wordt verlaten. Cruciaal is dat de verzekerde kiest of hij zijn zorg door het zorgkantoor wil laten regelen dan wel het zelf wil regelen. Daarvoor worden individuele budgetten vastgesteld, waaruit geput kan worden voor levering van zorg. De verzekerde krijgt geen baar geld, maar een waardebon of trekkingsrecht op het individuele budget, dat wordt bijgehouden door het zorgkantoor.

Verzekerden die kiezen voor zorgverlening via het zorgkantoor krijgen een persoonsvolgend budget toegewezen. Het zorgkantoor koopt daarmee de benodigde zorg in bij de zorgaanbieder. Als een verzekerde onverhoopt niet tevreden is over de zorgaanbieder dan kan een andere aanbieder worden gezocht. Het resterende budget gaat dan met de verzekerde mee, omdat het gekoppeld is aan de verzekerde in kwestie en niet aan de instelling. Zorgaanbieders zullen in concurrentie hun diensten aan zorgkantoren (en verzekerden) aanbieden en hebben daarmee een extra prikkel de dienstverlening op hoog niveau te brengen.

Als een verzekerde ervoor kiest de zorg zelf te regelen dan krijgt hij een persoonsgebonden budget. Het persoonsgebonden budget moet in de ogen van de werkgroep breed worden ingevoerd, dat wil zeggen voor ieder die het wil en voor alle vormen van AWBZ-zorg. Het persoonsgebonden budget wordt daarmee - na een overgangperiode - een aanspraak in de AWBZ, dat wil zeggen: ieder verzoek om een persoonsgebonden budget wordt gehonoreerd. In een overgangstraject is het echter zinvol om de subsidievorm te handhaven omwille van de

budgettaire beheersbaarheid. Bij een subsidieregeling is het totaalbedrag aan persoonsgebonden budgetten gemaximeerd, als dit bedrag op is kunnen geen budgetten meer worden verstrekt. De inkoop van zorg met een persoonsgebonden budget kan worden gecombineerd met extra eigen financiële bijdragen van de verzekerde om zo zorg op maat nog beter vorm te geven.

De verzekerde met een persoonsgebonden budget kan naar iedere aanbieder van AWBZ-zorg gaan die voldoet aan minimum kwaliteitseisen. Voor *hulp* zijn er geen beperkingen in de keuze uit mogelijke aanbieders. Omdat het persoonsgebonden budget in de eindsituatie een aanspraak wordt en minimum kwaliteitseisen worden gesteld aan zorgaanbieders (niet aan aanbieders van hulp) spreekt de werkgroep van "persoonsgebonden budget nieuwe stijl".

De verzekerde met een persoonsgebonden budget hoeft overigens niet zelf de zorg in te kopen: hij kan dat overlaten aan een zelf gekozen bemiddelaar. Voorbeelden van mogelijke bemiddelaars zijn (zorg)verzekeraars en coöperaties of verenigingen van verzekerden. De budgethouder betaalt niet rechtstreeks aan de zorgaanbieder voor de verleende diensten. Dit geschiedt door het zorgkantoor.

Randvoorwaarden

Bij de invoering van persoonsgebonden budgetten op grote schaal moet vanuit het perspectief van verzekerden aan de volgende voorwaarden worden voldaan:

- de verzekerde moet kunnen kiezen uit verschillende aanbieders;
- de opdracht moet kunnen worden opgeknipt in deelopdrachten (prijs per dienst);
- de aanspraken moeten flexibeler worden (niet beschreven in termen van het beschikbare aanbod maar naar type dienst);
- het moet voor een aanbieder ertoe doen of er contracten worden gesloten of niet (prikkel aanbieder);
- er moet goed toezicht gehouden worden op de aanbieders. Het gaat dan om toezicht op de kwaliteit van de zorg en om mededingingstoezicht.

Voor invoering van vraagsturing is een professionele en onafhankelijke indicatiestelling essentieel. De indicatiestelling verdient in de ogen van de werkgroep veel meer aandacht dan het tot nu toe heeft gekregen. Alhoewel dit thema buiten de taakopdracht van de werkgroep ligt is er in het rapport aandacht aan besteed.

Het is denkbaar dat de hulp uit de AWBZ wordt gecombineerd met andere, aanverwante regelingen zoals de Wet Voorzieningen Gehandicapten, de Regeling tegemoetkoming onderhoudskosten thuiswonende gehandicapte kinderen en de Bijzondere Bijstand. Indien wordt besloten tot een bundeling van deze regelingen, of het voeren van één loket voor deze regelingen, is het logisch de hulp uit de AWBZ daarbij te betrekken.

Stimuleren van nieuwe initiatieven

Nieuwe initiatieven zijn van groot belang voor het vergroten van de dynamiek in het aanbod en de keuzevrijheid van verzekerden. Een voorwaarde daarbij is dat nieuwe aanbieders kunnen toetreden. Tegelijkertijd moeten bestaande AWBZ-instellingen meer vrijheid krijgen in de bedrijfsvoering, dus: geen onnodige beperkingen in het aanbieden van nieuwe activiteiten en de vrijheid om ook in andere regio's AWBZ-zorg aan te bieden.

Het vastgoedbezit en -beheer in de AWBZ verdienen bijzondere aandacht. Het is in het belang van de gehele sector – vragers en aanbieders – dat er veel meer flexibiliteit komt in het vastgoed. Instellingen moeten het bouwen en beheren van hun gebouwen kunnen uitbesteden aan woningbouwcorporaties en commerciële vastgoedmaatschappijen. Aanbieders van zorg kunnen zich hierdoor concentreren op het leveren van zorg. Bovendien vergemakkelijkt het de toetreding van nieuwkomers omdat zij minder eigen geld hoeven mee te brengen. Het uitbesteden van onroerend goed levert doelmatigheidswinsten op. Voor verzekerden die in instellingen verblijven wordt een grotere variëteit in het wonen mogelijk.

Het voorgaande heeft consequenties voor de sturing door de overheid. De aanbodsturing in de AWBZ moet verdwijnen. Dit betekent dat de wet- en regelgeving ingrijpend moet worden aangepast. Het gaat hierbij met name om opheffing van de bouw- en capaciteitsplanning, opheffing van de instellingsfinanciering, het wegnemen van toetredingsbelemmeringen (met name toelatingsbeleid), stimuleren van goede prijsvorming en het afschaffen van de verplichte contractering van bestaande aanbieders. Al met al gaat het om een forse dereguleringsslag, er komt minder en betere regulering voor de AWBZ.

De rol van het zorgkantoor

De belangrijkste functie van het zorgkantoor is het inkopen van zorg. Voor verzekeraars die een zorgkantoor in een regio beheren is een aantal prikkels mogelijk. De hierboven voorgestelde keuzevrijheid van verzekerden (zelf regelen of via het zorgkantoor laten regelen) is naar het oordeel van de werkgroep een belangrijke prikkel voor het zorgkantoor. Zorgkantoren die slecht functioneren zullen met een sterke toename van persoonsgebonden budgetten geconfronteerd worden. Los van financiële effecten daarvan voor het zorgkantoor (zie verder) geeft dit ook een signaal over het functioneren van het zorgkantoor. Ontvoogding is dus ook een middel om de werking van de zorgkantoren te verbeteren.

Om het voor verzekeraars aantrekkelijk te maken zich in te spannen voor de zorginkoop zijn financiële prikkels noodzakelijk. Een in de ogen van de werkgroep gewenste stap is om over te gaan tot concessieverlening van de zorgkantoren. Een verzekeraar krijgt tijdelijk - voor een periode van bijvoorbeeld 5 jaar - het recht de functie van het zorgkantoor in een regio uit te oefenen. Door middel van een bidingproces wordt de concessie verkregen. De concessiehouder geeft aan voor welk bedrag hij de AWBZ in die regio kan uitvoeren, en loopt ook financiële risico's op dat budget. Bij ondoelmatige zorginkoop kan hij erop verliezen, bij doelmatige zorginkoop kan hij eraan verdienen. Hierbij dient in de ogen van de werkgroep te worden gewerkt met marges voor de hoeveelheid geïndiceerde zorg, omdat het zorgkantoor daarop geen invloed heeft. Het zorgkantoor loopt dus een beperkt financieel risico.

Met het concessiesysteem moet eerst ervaring worden opgedaan. Daarom stelt de werkgroep voor om bij de eerste aanbesteding smalle marges te hanteren, ofwel: het financieel risico op het budget klein te houden. Daarnaast kan bij de eerste aanbesteding - mogelijk ook daarna - een bonus-malus systeem worden ingevoerd. Bij een bonus-malus systeem worden door middel van vergelijkend onderzoek prestaties gemeten en vervolgens beloningen en boetes uitgedeeld. Na evaluatie kan bij latere aanbestedingen worden gezien welke prikkel uitbreiding behoeft (marges ruimer stellen en/of bonus-malus omhoog).

Het zorgkantoor als centrale inkoop van zorg is niet het enig denkbare model bij vraagsturing. Het is in de ogen van de werkgroep mogelijk dat het zorgkantoor uiteindelijk een overgangsmodel wordt. De inkoop van zorg kan immers volledig worden overgelaten aan andere bemiddelaars, zoals verzekeraars, cliëntencoöperaties etc. De uiteindelijke invulling van de inkoop in de AWBZ kan niet los worden gezien van verdere discussies over de stelselherziening. Uitwerking van alternatieve modellen maakt dan ook geen deel uit van de taakopdracht van de werkgroep. Omdat het zorgkantoor - in ieder geval voorlopig - de grootste inkoop is in de AWBZ, is los van de stelseldiscussie vergroting van de prikkels voor het zorgkantoor voor betere en doelmatiger zorginkoop van belang.

Budgettaire beheersing

Budgettaire beheersbaarheid is een belangrijke randvoorwaarde voor de haalbaarheid van de voorstellen van de werkgroep. Er zijn enkele, qua richting verschillende, effecten te verwachten. Aan de ene kant zullen meer verzekerden een beroep kunnen doen op hun aanspraken. Door de brede toepassing van persoonsgebonden budgetten en verruiming van het aanbod zullen de wachtlijsten verminderen en doen verzekerden met hogere inkomens, die nu veelal buiten de AWBZ om zorg of hulp regelen, een groter beroep op de AWBZ. Door deze aanzuigende werking ontstaan hogere kosten in vergelijking met een situatie met instellingsfinanciering en capaciteitsbeperking.

Aan de andere kant zijn er doelmatigheidswinsten te verwachten door concurrentie, uitbesteding van vastgoed en doordat mensen langer thuis kunnen blijven wonen. Dit kan op verschillende plekken neerslaan: bij de verzekerden door meer kwaliteit van de AWBZ-zorg of hulp, een grotere hoeveelheid verleende zorg of hulp of uiteindelijk bij de rijksoverheid door relatief lagere kosten.

Het huidige pad van budgetbeheersing door capaciteitsbeperking met bijbehorende wachtlijsten is naar het oordeel van de werkgroep niet doelmatig en niet langer bewandelbaar. De rijksoverheid moet nieuwe instrumenten voor budgetbeheersing inzetten. Naar het oordeel van de werkgroep is de concessieverlening van het zorgkantoor een belangrijk instrument voor kostenbeheersing en doelmatigheid. Het zorgkantoor krijgt financiële prikkels voor kostenbewust gedrag (beperkt risico op budget, bonus-malus). Doelmatigheidswinsten kunnen bij iedere concessieverlening worden afgeroomd en ten gunste van het algemeen belang worden ingezet. Een ander element is het stimuleren van concurrentie tussen aanbieders, waardoor beter kan worden ingekocht door het zorgkantoor of door verzekerden zelf. In het geval op enig moment de budgettaire beheersbaarheid onvoldoende wordt geacht, zal op politiek niveau een besluit moeten worden genomen over het evenwicht tussen de aanspraken (inclusief eigen bijdragen) en de gewenste kostenontwikkeling.

Invoeringstraject

Invoering van de voorstellen kan niet in één keer gebeuren. Een gefaseerde invoering gespreid over meerdere jaren is nodig. Op alle drie terreinen – persoonsgebonden budgetten, verandering prikkels zorgkantoren en het toelaten van nieuwe aanbieders en vergroten van de ruimte van bestaande aanbieders – zijn stappen nodig die zoveel mogelijk synchroon dienen te worden gezet. Enige tempoverschillen zijn vermoedelijk onvermijdelijk en ook niet bezwaarlijk, zolang althans toegewerkt wordt naar een helder eindmodel. Het tempo wordt niet alleen bepaald door het traject van wijziging van de regelgeving, maar ook door het tot stand komen van nieuw aanbod. Voor sommige onderdelen van de zorg zal dit gemakkelijker gaan dan voor andere. Er

worden drie fasen onderscheiden: de voorbereidingsfase, de overgangsfase en de eindfase. In de voorbereidingsfase worden wet- en regelgeving aangepast en worden betrokken partijen toegerust voor hun nieuwe rol. In de overgangsfase worden de veranderingen op alle drie terreinen stap voor stap en zoveel mogelijk synchroon ingevoerd, totdat in de eindfase het nieuwe systeem op alle drie gebieden voluit in werking is.

2 Inleiding

2.1 Korte schets AWBZ

Wat is de AWBZ?

De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) is een volksverzekering die de verzekerden aanspraak biedt op zorg voor de in principe onverzekerbare geneeskundige risico's. Iedereen die aan de in de wet neergelegde criteria voldoet, is verzekerd¹. De verzekerden hebben aanspraak op zorg ter voorkoming van ziekten en ter voorziening in hun geneeskundige behandeling, verpleging en verzorging. Ook voorzieningen tot behoud, herstel of bevordering van de arbeidsgeschiktheid of strekkend tot verbetering van de levensomstandigheden van verzekerden en de maatschappelijke dienstverlening behoren tot de aanspraken. Belangrijke sectoren die onderdeel uitmaken van de AWBZ zijn de verpleging en verzorging van ouderen, de thuiszorg, de geestelijke gezondheidszorg en de gehandicaptenzorg. Zie ook bijlage 4 voor meer achtergrondinformatie over het zorggebruik in de AWBZ.

De AWBZ vormt het eerste compartiment van het stelsel voor ziektekostenverzekeringen in Nederland. Het stelsel bestaat verder uit het ziekenfonds, de particuliere ziektekostenverzekering en de publiekrechtelijke ziektekostenregelingen voor ambtenaren (het tweede compartiment) en de vrijwillige aanvullende ziektekostenverzekeringen (het derde compartiment).

Kengetallen AWBZ 1998

sectoren →	thuiszorg en ouderenzorg	gehandicaptenzorg	geestelijke gezondheidszorg (1997)
Aantal zorgvragers	verpleeghuizen: 56.740 verzorgingstehuizen: 110.746 dagbehandeling: 12.382 thuiszorg: 579.316	intramuraal: 66.200 ambulant: 465.000	intramuraal: 28.918 ambulant: 510.460
Aantal aanbieders	verpleeghuizen: 324 verzorgingstehuizen: 1440 dagbehandeling: 4.382 ¹	intramuraal: 843 ambulant: 373	intramuraal: 194 ambulant: 189 ²
Totale uitgaven (mln)	12.879,0	5.722,3	4.236,6

Bron: Zorgnota 2000

¹ Aantal plaatsen, aantal aanbieders onbekend.

² Exclusief zelfstandig gevestigde psychiaters en psychotherapeuten.

Organisatie en werking van de AWBZ

De verzekerde heeft een indicatie nodig om daadwerkelijk aanspraak te kunnen maken op AWBZ-zorg. Doel van het stellen van de indicatie is om objectief vast te stellen welke zorg de

¹ De premie voor verzekerden bedraagt in 2000 10,25 procent van het belastbaar inkomen over de eerste en tweede schijf, waarvan het maximum f 48.994,- bedraagt (Wet financiering volksverzekeringen).

verzekerde nodig heeft en in welke hoeveelheid. De indicaties worden gesteld door de *regionale indicatie organen* (Rio's)². De indicatieorganen worden ingesteld door de gemeentes.

Na de indicatiestelling wendt de verzekerde zich rechtstreeks tot een *aanbieder*³. Aanbieders moeten zijn toegelaten om voor rekening van de AWBZ zorg te kunnen verlenen. Het College voor zorgverzekeringen (CVZ) verleent de toelating. Of een nieuwe aanbieder in een regio wordt toegelaten is afhankelijk van de vraag of het past binnen de verwachte behoefte aan zorg, de spreiding van de te leveren zorg en de volgens de macrokaders beschikbare middelen. De Wet ziekenhuisvoorzieningen (Wzv) regelt de planning van de benodigde capaciteit en de bouw van aanbieders die AWBZ-zorg leveren. In de praktijk vindt nauwelijks toelating van nieuwe aanbieders plaats. De afgelopen jaren zijn wel meer aanbieders ontstaan die AWBZ-gerelateerde zorg leveren die niet voor rekening van de AWBZ komt⁴. Veel AWBZ-aanbieders zijn gefuseerd en of intensieve samenwerkingsrelaties aangegaan.

Alle aanbieders in een regio worden gecontracteerd door *het zorgkantoor*. Het regionale zorgkantoor voert de AWBZ in feite uit namens de ziekenfondsen, particuliere ziektekostenverzekeraars en de publiekrechtelijke ziektekostenregelingen voor ambtenaren, aan wie de uitvoering van de AWBZ wettelijk is opgedragen⁵. Er zijn 31 regionale zorgkantoren. De verzekeraars hebben zorgplicht, dat wil zeggen dat zij voldoende contracten moeten sluiten met aanbieders om verzekerden binnen een redelijke termijn de zorg te leveren waarvoor dezen een indicatie hebben.

Het zorgkantoor is verplicht om met alle toegelaten aanbieders in de regio een contract te sluiten. Het zorgkantoor kan bij het sluiten van de contracten met de aanbieders onderhandelen over de hoeveelheid en kwaliteit van de te leveren zorg, gegeven het totale budget van de aanbieder. Het budget van de aanbieders wordt onder andere bepaald op basis van het aantal bedden, de kosten van de gedane investeringen, de kosten van inventaris en het aantal werknemers. Deze criteria zijn vastgelegd in de Wet tarieven gezondheidszorg (Wtg). In de praktijk is de totale capaciteit van de aanbieders in de regio in veel gevallen kleiner dan het totaal van de geïndiceerde zorg. Het zorgkantoor kan in veel gevallen niet aan de wettelijke zorgplicht voldoen waardoor wachtlijsten bestaan⁶. De exacte omvang van de wachtlijsten is niet bekend, onder andere doordat naast elkaar verschillende begrippen worden gehanteerd en veel mensen op meerdere wachtlijsten staan waardoor dubbelstellingen voorkomen. Schattingen wijzen uit dat de wachtlijsten in de AWBZ voor verpleging en verzorging ongeveer 60.000 personen tellen⁷. Al met al heeft het zorgkantoor in de praktijk niet of nauwelijks onderhandelingsruimte ten opzichte van de aanbieders.

² Dat geldt nog niet voor alle sectoren van de AWBZ, bijvoorbeeld voor de geestelijke gezondheidszorg. Daar stellen onder andere huisartsen en Riagg's de indicatie.

³ In de AWBZ wordt in het algemeen gesproken over instellingen. Iedere aanbieder die AWBZ-zorg mag leveren is een instelling, met uitzondering van individuele beroepsbeoefenaren voor zover zij solistisch werken.

⁴ Bijvoorbeeld instellingen voor kortdurende psychologische hulp en particuliere verzorgingstehuizen voor ouderen.

⁵ Zij hebben bij vrijwillig mandaat en volmacht alle werkzaamheden behorende bij de zorgcontractering opgedragen aan de 31 regionale zorgkantoren. De positie van de uitvoeringsorganen en de verzekerde wordt nader uitgewerkt in het hoofdstuk over de zorgkantoren.

⁶ De wachtlijsten in de AWBZ werken door naar andere delen van de zorg (verkeerde bed-problematiek).

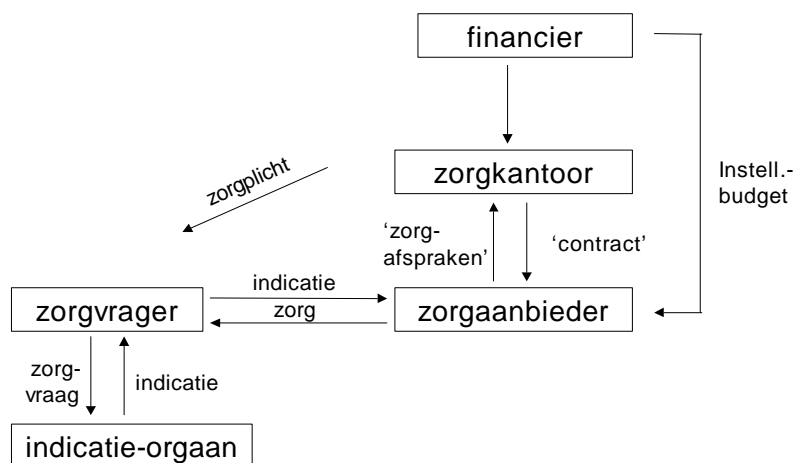
⁷ Kamerstukken II, vergaderjaar 1999-2000, 27.113, nr. 2, Voorjaarsbrief Zorg 2000.

Sinds 1995 zijn er experimenten met persoonsgebonden budgetten voor gehandicapten en voor verpleging en verzorging. Sinds 1997 is er ook op experimentele basis een persoonsgebonden budget voor de geestelijke gezondheidszorg. Het gaat om subsidieregelingen, het beschikbare bedrag voor deze budgetten is daardoor gemaximeerd. In totaal gaat het om minder dan één procent van de totale uitgaven voor AWBZ-zorg⁸.

Het toezicht op de uitvoering van de AWBZ is opgedragen aan de Commissie toezicht uitvoeringsorganisatie (CTU). De CTU beoordeelt de uitgaven van de zorgkantoren en verzekeraars -voor zover deze betrekking hebben op de AWBZ- op rechtmatigheid en doelmatigheid en controleert onder meer of het zorgkantoor voldoende contracten met aanbieders en instellingen van zorg heeft gesloten. Het College tarieven gezondheidszorg stelt de budgetten van de instellingen vast en het College bouw verleent - binnen de daarvoor gestelde financiële kaders - vergunningen voor verbouw, nieuwbouw en renovatie van (bestaande) instellingen. Het zorgkantoor controleert of de aanbieders en instellingen van zorg uitvoering geven aan de door het zorgkantoor met die aanbieders en instellingen gesloten overeenkomsten.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg houdt toezicht op de kwaliteit van de instellingen en aanbieders van zorg. De gemeentes zijn verantwoordelijk voor een goed functioneren van de regionale indicatieorganen. Hier is geen sprake van een centraal toezicht.

Sturing AWBZ in huidige situatie

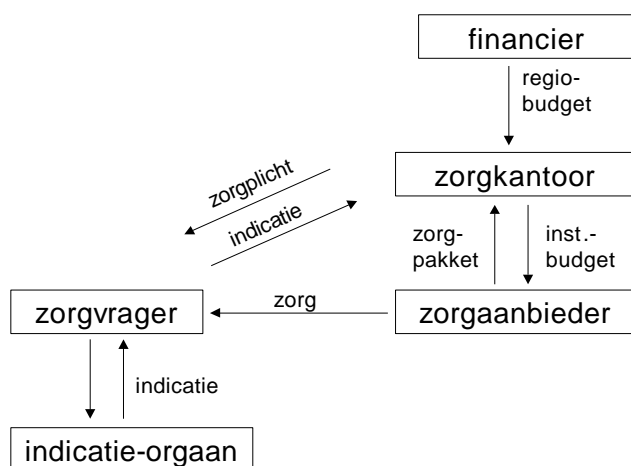


⁸ In 1999 bedroeg het totale budget voor de persoonsgebonden budgetten f. 274,7 mln. (2000 f. 361,2 mln.). In december 1999 waren er in totaal 11.749 budgethouders, waarvan 8168 voor verpleging en verzorging, 3474 voor gehandicaptenzorg en 107 voor geestelijke gezondheidszorg.

Relevante ontwikkelingen

De in juni 1999 uitgebrachte nota *Zicht op Zorg* bevat voornemens voor de modernisering van de AWBZ. Doel van de nota is het meer vraaggericht maken van de AWBZ-zorg. Een belangrijk element daarbij is het versterken van de positie van het zorgkantoor. Het zorgkantoor zal in de toekomst over een regiobudget beschikken, waarmee het zorgkantoor zorg inkoop bij aanbieders in de regio. Het zorgkantoor is dan tevens niet langer verplicht alle aanbieders in die regio te contracteren. De inkomsten van de aanbieders worden dan afhankelijk van het contract met het zorgkantoor. Daarnaast kondigt de nota aanpassing van regelgeving aan waardoor het voor aanbieders makkelijker wordt om in te spelen op de wensen van de zorgvragers en wordt ingegaan op het meer flexibel omschrijven van de aanspraken⁹. In februari 2000 heeft de Tweede Kamer de behandeling van *Zicht op Zorg* opgeschort in afwachting van een aantal rapporten, waaronder dit MDW-rapport¹⁰.

Sturing AWBZ in Zicht op zorg (naturapakket)



De AWBZ is duidelijk in beweging. Tijdens de werkzaamheden van de MDW-werkgroep hebben zich veel relevante ontwikkelingen voorgedaan, zoals de rechtszaken naar aanleiding van de wachtlijsten en de verruiming van de mogelijkheden voor persoonsgebonden budgetten uit de extra middelen voor verkorting van de wachtlijsten. Diverse marktpartijen hebben nieuwe initiatieven aangekondigd.

⁹ In termen van te verrichten dienst in plaats van in termen van in te zetten aanbieders.

¹⁰ Kamerstukken II, vergaderjaar 1999-2000, 26 631, nr.5, motie Van Vliet.

Lopende juridische procedures rond de wachtlijsten

De afgelopen tijd hebben verzekerden die op een wachtlijst stonden voor thuiszorg en gehandicaptenzorg rechtszaken aangespannen om die zorg op korte termijn verleend te krijgen. De procedures zijn nog niet afgerond.

De procedures brengen maatschappelijk en politiek een proces op gang. Belangrijke vraag is wie verantwoordelijk is voor een wachtlijst, ofwel: waar eindigt de verantwoordelijkheid van het zorgkantoor en de verzekeraars en waar begint die van de overheid? Er is een spanning tussen het belang van de beheersing van de collectieve lasten en de wettelijke aanspraken van verzekerden. De procedures kunnen worden gezien als een signaal dat het budgettair beheersen van de AWBZ door middel van het capaciteitsbeleid op grenzen stuit.

2.2 Taakopdracht werkgroep

De opdracht aan de MDW-werkgroep spitst zich toe op drie onderwerpen: de persoonsgebonden budgetten, de zorgkantoren en de nieuwe initiatieven in en om de AWBZ. De taakopdracht van de MDW-werkgroep is opgenomen als bijlage 1. Het MDW-project levert concrete bouwstenen aan voor de modernisering van de AWBZ, het project dat binnen het ministerie van VWS in gang is gezet.

De taakopdracht sluit aan bij de knelpunten in de AWBZ zoals die in het Regeerakkoord en in de nota Zicht op Zorg zijn geconstateerd¹¹:

- de wachtlijsten;
- de weinig op de zorgvrager gerichte zorg;
- het gebrek aan flexibiliteit (de belemmerende wet- en regelgeving).

2.3 Uitvoering taakopdracht

Procesmatig

De werkgroep is in september 1999 gestart. Om goed zicht te krijgen op de situatie in de praktijk heeft de werkgroep in oktober en november rond elk van de drie thema's van de taakopdracht een bijeenkomst georganiseerd met betrokkenen uit de praktijk en andere deskundigen (zie bijlage 3). In onderstaand kader zijn de belangrijkste punten uit deze bijeenkomsten samengevat.

¹¹ Kamerstukken II, vergaderjaar 1998-1999, 26 631, nr.1, Plan van aanpak Modernisering AWBZ, Zicht op Zorg.

Consultaties oktober en november 1999

Consultatie persoonsgebonden budgetten

- Voordelen van persoonsgebonden budgetten vanuit het perspectief van de verzekerde zijn onder meer de keuzevrijheid die de budgetten geven, de budgetten vergemakkelijken de participatie in de samenleving en ze blijken voor aanbieders een stimulans meer klantgericht te werken;
- Nadelen vanuit het perspectief van de gebruiker zijn onder andere de administratieve rompslomp, de inperkingen bij de besteding en de onduidelijkheid over de uitvoering.

Consultatie nieuwe initiatieven

- Nieuwe initiatieven richten zich vaak op niches, het gaat vaak om zorg van meer dan gemiddelde kwaliteit. Huidige aanbieders geven aan dat er voldoende ruimte is voor nieuwe initiatieven. Als randvoorwaarde zou moeten gelden dat de concurrentieverhoudingen tussen nieuwe en bestaande aanbieders gelijk zijn;
- De wet- en regelgeving is een grote belemmering voor nieuwe initiatieven. Genoemd worden met name de wet- en regelgeving op het gebied van het onroerend goed en de bekostiging daarvan.

Consultatie zorgkantoren

- De wet- en regelgeving rond het zorgkantoor loopt achter bij de realiteit;
- De positie van het zorgkantoor is zowel voor vragers als voor aanbieders onduidelijk;
- Het zorgkantoor heeft vaak nog weinig zicht op de situatie in de regio;
- De indicatiestelling en zorgtoewijzing verschilt per regio (niet altijd objectief en onafhankelijk).

Vervolgens heeft de werkgroep de onderwerpen verder uitgediept en geanalyseerd, redenerend vanuit elk van de drie onderdelen van de taakopdracht. In deze fase zijn ook gesprekken gevoerd met diverse deskundigen. De hoofdlijnen van de gedachtegang van de werkgroep zijn vervolgens in maart en april 2000 ter toetsing voorgelegd aan de mensen die de werkgroep in oktober en november heeft geconsulteerd en aan andere betrokkenen uit het veld. Belangrijke conclusies van deze uitkomsten voor de werkgroep zijn onder meer dat:

- de door de werkgroep voorgestane vraagsturing in de vorm van de keuzemogelijkheid voor verzekerden om desgewenst zelf hun zorg in te kopen, positief wordt gewaardeerd;
- verzekerden sterk hechten aan het huidige persoonsgebonden budget;
- veel partijen het zorgkantoor niet als noodzakelijk zien voor de uitvoering van de AWBZ;
- bestaande aanbieders grote behoefte hebben aan aanpassing van de wet- en regelgeving die nieuwe initiatieven belemmeren (onder andere op het gebied van de bouw en bekostiging);
- veel nieuwe aanbieders graag willen toetreden tot de AWBZ-markt.

Invalshoek werkgroep

Voor de werkgroep heeft de bijdrage aan het oplossen van de knelpunten in de praktijk, voorop gestaan. De werkgroep heeft hierbij in het bijzonder aandacht besteed aan de bijdrage die marktwerking kan leveren aan het oplossen van de knelpunten, de mogelijkheden voor deregulering en verbetering van de wetgevingskwaliteit: het MDW-perspectief. Tevens heeft de werkgroep rekening gehouden met relevante beleidsvoorstellen, zoals die in de nota Zicht op Zorg.

Gezien de vele actuele ontwikkelingen in en om de AWBZ, de complexiteit van de materie en de vele belangen die een rol spelen wil de werkgroep benadrukken dat zij niet de pretentie heeft met dit rapport de oplossing aan te dragen voor alle knelpunten in de AWBZ. De werkgroep denkt met dit rapport wel een bijdrage te leveren aan het aanpakken van de knelpunten en de beleidskeuzes die daarbij moeten worden gemaakt.

2.4 Opbouw rapport

In het rapport komen allereerst de drie onderdelen van de taakopdracht aan de orde. Hoofdstuk 3 gaat in op persoonsgebonden budgetten. In hoofdstuk 4 komen de nieuwe initiatieven aan bod. Hoofdstuk 5 gaat over de zorgkantoren.

Vervolgens schenkt hoofdstuk 6 aandacht aan de consequenties van het voorgaande voor de rol van de overheid. Het laatste hoofdstuk, hoofdstuk 7, gaat in op de manier waarop de voorstellen van de werkgroep kunnen worden ingevoerd.

3 VERZEKERDE ALS OPDRACHTGEVER

3.1 Vertrekpunt werkgroep

Visie uitgangssituatie

De AWBZ wordt in zeer belangrijke mate gestuurd via de aanbodzijde. De overheid bepaalt het aantal aanbieders, de spreiding van aanbieders, de budgetten van de aanbieders, de activiteiten die door aanbieders mogen worden verricht, de huisvesting van aanbieders, etc.

Door de beheersing van het aanbod was tot voor kort budgetbeheersing gegarandeerd.

Binnen de door de overheid via wet- en regelgeving gestelde grenzen zetten zorg- en hulpverleners zich naar beste vermogen in om de zorgvragers van de noodzakelijke zorg en hulp te voorzien. De AWBZ is – ook in internationaal perspectief – een redelijk functionerend onderdeel van het Nederlandse stelsel van gezondheidszorg¹².

Desondanks zijn er manco's aan het systeem, die de maatschappij steeds minder aanvaardt. In het vorige hoofdstuk zijn als belangrijke knelpunten genoemd de wachtlijsten, de weinig op vragers gerichte zorg en het gebrek aan flexibiliteit veroorzaakt door de opeenstapeling van wet- en regelgeving. Bovendien zijn er onvoldoende prikkels voor doelmatigheid. Het vergroten van de invloed van de vraagzijde wordt algemeen gezien als een voorwaarde voor het wegnemen van deze knelpunten.

Grotere gerichtheid op vraagzijde

Een mogelijke benadering is dat door een andere taakverdeling tussen de partijen in de AWBZ de preferenties en wensen van zorgvragers beter en minder vrijblijvend in beeld worden gebracht bij de zorgaanbieders. Deze aanbieders kunnen door deregulering ook meer ruimte krijgen om in te spelen op de behoeften van zorgvragers. Dit meer vraaggericht maken van de AWBZ kan binnen de huidige kaders van aanbodsturing.

Een echte oplossing vergt, naar de mening van de werkgroep, echter meer. De AWBZ moet vraaggestuurd worden. De zorgvragers moeten kunnen kiezen tussen de aanbieders bij wie en de manier waarop zij hun geïndiceerde zorgvraag invullen. Door de regulering tot het minimale te beperken kunnen zorgaanbieders gemakkelijker toetreden tot de AWBZ markt, en kunnen – bestaande en nieuwe – aanbieders optimaal inspelen op de wensen van zorgvragers. De keuzemogelijkheid voor vragers en de grotere concurrentie tussen aanbieders versterken de positie van de zorgvrager ten opzichte van de aanbieder.

Vraagsturing

De kern van vraagsturing (sturing door vragers) is dat de verzekerde zelf invulling *kan* geven aan de zorg. Het gaat hierbij nadrukkelijk om een keuzemogelijkheid voor verzekerden. De mogelijkheid om net als nu de zorginkoop aan het zorgkantoor over te laten en zo de zorg in natura te betrekken blijft bestaan. Een zorgvrager krijgt de mogelijkheid om zelf, of een

¹² Zie ook OECD, Economic Survey Netherlands, maart 2000, hoofdstuk IV.

wettelijk gemachtigde of zelf gekozen ‘bemiddelaar’ namens hem, zijn zorg in te kopen¹³. Met name in geval van niet-handelingsbekwame verzekerden zonder vertegenwoordiger, bij complexe zorgvragen en in situaties waarbij vanwege schaal en specialisatie er de facto geen concurrentie tussen aanbieders is, is het belangrijk dat de verzekerde kan terugvallen op zorg in natura verstrekkingen.

De werkgroep heeft onderzocht welke instrumenten nodig zijn die de huidige in wet- en regelgeving verankerde aanbodsturing kunnen vervangen.

3.2 Instrumenten vraagsturing

In de huidige AWBZ krijgen de toegelaten aanbieders rechtstreeks een budget, waarna wordt onderhandeld tussen zorgkantoor en aanbieder over de te leveren zorg (instellingsbudgettering). Hierdoor is in de huidige AWBZ de facto nog nauwelijks sprake van zorginkoop. Om verzekerden de mogelijkheid te geven zelf zorg in te kopen en tegelijkertijd ook de inkooppositie van het zorgkantoor te verbeteren zijn (financiële) instrumenten nodig. Deze komen in de plaats van de huidige instellingsfinanciering. Er kunnen drie *mogelijke* instrumenten worden onderscheiden om de vraagsturing door verzekerden vorm te geven. Om verwarring te voorkomen is bij onderstaande indeling van instrumenten zoveel mogelijk aangesloten bij bestaande begrippen.

Instrument 1: uitkering in geld

Maximale keuzevrijheid voor verzekerden ontstaat wanneer dezen de beschikking krijgen over een *som geld*, die inzetbaar is naar believen van de verzekerde. De verzekerde kan zelf kiezen waar hij het geld aan uitgeeft en wie hij voor de levering van zorg of hulp inschakelt. De verzekerde kan het geld ook aan geheel andere zaken dan aan AWBZ-zorg besteden. Dit instrument is vergelijkbaar met bijvoorbeeld de bijstand.

Instrument 2: persoonsgebonden budget

Bij een persoonsgebonden budget beschikt de verzekerde over een budget (in de vorm van een waardebon of trekkingsrecht), dat de verzekerde kan verzilveren bij een aanbieder van zorg en/of hulp. Het persoonsgebonden budget moet worden besteed aan de geïndiceerde zorg en/of hulp, de verzekerde heeft minder keuzevrijheid dan bij uitkering van een som geld. Het huidige persoonsgebonden budget wordt gedeeltelijk uitgekeerd als een som geld¹⁴.

¹³ Verzekerden kunnen de zorginkoop met gebruik van een persoonsgebonden budget overlaten aan derden. Gedacht kan worden aan verzekeraars die AWBZ-zorg inkopen voor hun verzekerden, aan cliënten- en patiëntenverenigingen die AWBZ-zorg inkopen voor hun leden en aan nieuwe inkoopcombinaties die mogelijk ontstaan. Gebruik makend van de huidige experimenten met persoonsgebonden budgetten ontstaan al dergelijke initiatieven. Zo is een initiatief bekend waar ouders de budgetten bij elkaar leggen en zo zelf een tehuis voor hun gehandicapte kinderen oprichten.

¹⁴ Het huidige persoonsgebonden budget kent een vrij besteedbaar forfaitair bedrag (f. 2400,-). Daarboven wordt een budgetrecht toegekend. Ingediende rekeningen worden door de Sociale Verzekeringsbank rechtstreeks aan de aanbieder uitbetaald en in mindering gebracht op de budgetruimte van de verzekerde.

Instrument 3: persoonsvolgend budget

Voor de verzekerde wordt een individueel budget vastgesteld. Het zorgkantoor koopt voor de verzekerde zorg in en betaalt de aanbieder uit het voor de verzekerde gereserveerde budget. De verzekerde merkt zelf weinig van het budget, maar in het geval een verzekerde naar een andere aanbieder van zorg wil overstappen, is het resterende budget beschikbaar voor zorginkoop bij de andere aanbieder. Hierdoor staat het zorgkantoor (en de verzekerde) sterker ten opzichte van de aanbieder dan bij de huidige instellingsfinanciering¹⁵.

In de volgende paragraaf wordt ingegaan op de toepasbaarheid van deze instrumenten in de AWBZ, achtereenvolgens kijken we naar de inkoop via het zorgkantoor en de inkoop door verzekerden zelf.

3.3 Toepasbaarheid instrumenten

Voor verzekerden die de zorg *zelf willen inkopen* komen als instrumenten in beginsel in aanmerking: uitkering van een som geld of het persoonsgebonden budget. De werkgroep pleit hier voor invoering van het *persoonsgebonden budget*. De werkgroep maakt hierbij de volgende afwegingen. Allereerst de praktische toepasbaarheid voor de verschillende AWBZ-sectoren. Een uitkering in geld biedt verzekerden weliswaar maximale keuzevrijheid, maar is niet toepasbaar voor de hele AWBZ. Het gaat in de AWBZ bij de meer intensieve vormen van zorg vaak om aanzienlijke bedragen waardoor de kans op een onbedoelde aanwending van de middelen door de verzekerde of door derden reëel is. Het persoonsgebonden budget is daarentegen AWBZ-breed toepasbaar¹⁶. Daarnaast is het de werkgroep in de consultatiebijeenkomsten gebleken dat het huidige persoonsgebonden budget voor verpleging en verzorging en gehandicaptenzorg in hoge mate wordt gewaardeerd door verzekerden. Dit ondanks het nadeel dat de verzekerde in sommige gevallen als werkgever wordt beschouwd van de ingehuurde hulp- of zorgverlener, waardoor voor de verzekerde een aanzienlijke administratieve last ontstaat.

Bij een AWBZ-brede toepassing van het persoonsgebonden budget zal het huidige persoonsgebonden budget naar de mening van de werkgroep op twee essentiële punten moeten worden aangepast. In de eerste plaats wordt het persoonsgebonden budget in de eindsituatie een aanspraak. In de tweede plaats is het wenselijk voor (delen van) de zorg wettelijke

¹⁵ Op dit moment wordt gewerkt aan invoering van het persoonsvolgend budget in de gehandicaptenzorg. Zie ook: NIZW, NZI, Vraaggestuurde dienstverlening aan mensen met een verstandelijke handicap, april 1999.

¹⁶ Zonder dat overigens een uitgebreid onderzoek heeft kunnen plaatsvinden meent de werkgroep op basis van een quick-scan van het ministerie van VWS, dat persoonsgebonden budgetten in principe in alle sectoren van de AWBZ toepasbaar zijn, omdat er immers altijd de mogelijkheid overblijft voor zorg in natura (persoonsvolgende budgetten), waarop de verzekerde kan terugvallen. De vooronderstelling daarbij is dat de verzekerde alleen voor een persoonsgebonden budget kiest wanneer duidelijk is dat hij daarmee beter is gediend. De werkgroep is van mening dat bij de geleidelijke invoering nader onderzoek naar de toepasbaarheid van persoonsgebonden budgetten noodzakelijk is. Voor zeer specifieke vormen van zorg zal invoering van het persoonsgebonden budget niet mogelijk zijn, voor deze zorg is alleen zorg in natura (persoonsvolgend budget) mogelijk (zie ook het invoeringshoofdstuk).

minimumkwaliteitseisen te stellen aan de zorgverlener¹⁷. Om een voorbeeld te noemen: een verzekerde die een beroep doet op psychiatrische zorg moet ervan uit kunnen gaan dat de psychiater ook over de betreffende kwalificaties beschikt. Het gaat dan echt om minimumeisen, teneinde de keuzevrijheid van de verzekerde niet onnodig te beperken. Zo is het denkbaar dat een familielid dat gediplomeerd verpleegkundige is, met behulp van een persoonsgebonden budget wordt ingezet om zorg te verlenen. Voor de hulp is – in tegenstelling tot de zorg - een dergelijke kwaliteitsborging niet nodig.

De werkgroep spreekt in dit verband van een *persoonsgebonden budget nieuwe stijl*, waarbij het persoonsgebonden budget in de eindsituatie een aanspraak is en voor aanbieders van zorg minimumkwaliteitseisen gelden. Bij het persoonsgebonden budget nieuwe stijl kan de verzekerde in sommige gevallen werkgever worden van de ingehuurde aanbieder. Het werkgeverschap is uitgewerkt in bijlage 5. In de huidige regeling voor persoonsgebonden budgetten leidde dit regelmatig tot problemen met betrekking tot onder andere de inhouding van loonbelasting en premies werknemersverzekering. In bijlage 5 wordt deze problematiek uiteengezet en worden mogelijke oplossingen geïnventariseerd.

Voor *zorg via het zorgkantoor* is het *persoonsvolgend budget* naar de mening van de werkgroep bij uitstek geschikt. Het gaat hier om verzekerden die de zorg niet zelf willen of kunnen inkopen. Deze groep verzekerden wil of kan niet worden belast met het zelf regelen van de geïndiceerde zorg of hulp. Het persoonsvolgend budget is op geen enkele manier belastend voor de verzekerde en kan derhalve het beste worden ingezet voor inkoop van zorg via het zorgkantoor.

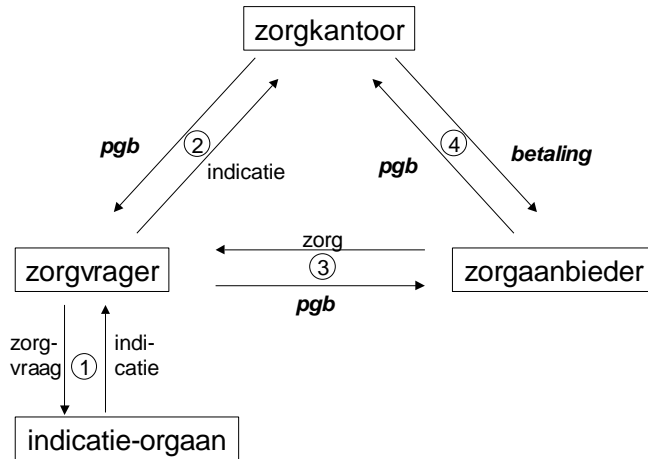
Instrumenten samengevat

Keuze verzekerde :	
↓	↓
Zorg in natura via het zorgkantoor met persoonsvolgend budget	Zelf inkopen met persoonsgebonden budget nieuwe stijl
↓	↓
Keuze uit aanbieders van zorg en hulp met wie zorgkantoor contract heeft gesloten	Keuze uit mogelijke aanbieders van hulp, inclusief bijvoorbeeld mantelzorgers, en uit aanbieders van zorg die aan minimumkwaliteitseisen voldoen

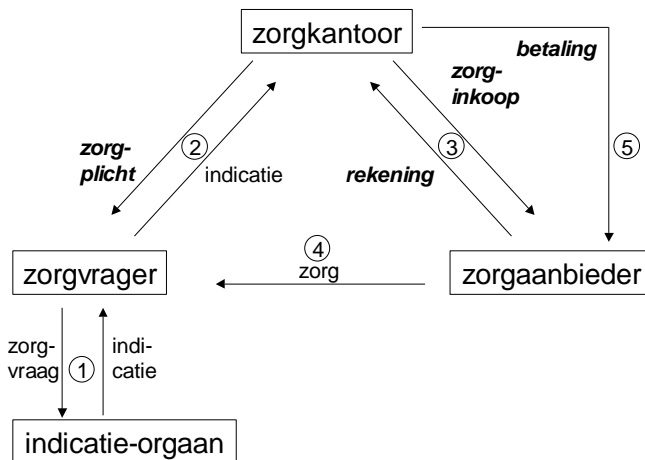
De navolgende figuren laten de keuzemogelijkheid van de verzekerde zien om desgewenst met een persoonsgebonden budget zelf zijn zorg in te kopen, of te kiezen voor de zorg in natura via het zorgkantoor (persoonsvolgend budget).

¹⁷ Het gaat dan alleen om eisen aan de kwaliteit van de zorg, niet om eisen die betrekking hebben op de omvang van de organisatie, het aantal verrichtingen etc.

Vraagsturing Persoonsgebonden budget (pgb)



Vraagsturing Persoonsvolgend budget (pvb)



De hulpaanspraken in de AWBZ hebben in bepaalde gevallen het karakter van een tegemoetkoming in extra kosten van hulp die samenhangen met chronische ziekte of handicap. Er is derhalve een duidelijke relatie met andere regelingen, zoals de Bijzondere Bijstand, de Regeling tegemoetkoming onderhoudskosten thuiswonende gehandicapte kinderen (TOG) en de Wet Voorzieningen Gehandicapten (WVG)¹⁸. Dit vraagt een heldere verantwoordelijkheidsverdeling tussen partijen en een goede afstemming. Voor verzekerden zou bundeling van deze regelingen in een *integratietegemoetkoming* het voordeel met zich meebrengen dat vergelijkbare kosten via één regeling lopen in plaats van via verschillende regelingen met verschillende betrokken instanties. Min of meer vergelijkbare instrumenten

¹⁸ Via de WVG worden onder andere vervoers-, rolstoel- en woonvoorzieningen verstrekt. De WVG wordt grotendeels uitgevoerd en gefinancierd door gemeenten, net als de bijzondere bijstand,

worden in verschillende andere Europese landen toegepast¹⁹. Als een dergelijke bundeling van regelingen in Nederland wordt ingevoerd, of wanneer als mogelijk alternatief voor het daadwerkelijk bundelen wordt overgegaan tot één-loket voor deze regelingen, ligt het voor de hand de hulp uit de AWBZ daarbij te betrekken.

Instrumenten samengevat

Met de instrumenten *persoonsgebonden budgetten* en *persoonsvolgende budgetten* krijgen verzekerden meer keuzemogelijkheden. Het verschil tussen persoonsgebonden budget en persoonsvolgend budget zit in het inkoopproces van zorg: bij persoonsgebonden budgetten nemen verzekerden het heft in eigen hand, terwijl bij het persoonsvolgend budget het zorgkantoor als agent van de verzekerde optreedt. Deze instrumenten kunnen in de hele AWBZ worden toegepast. Daarbij kiest de werkgroep ervoor om de persoonsgebonden budgetten ook daadwerkelijk zo breed mogelijk toe te passen. De keuzevrijheid van de verzekerden is dan immers maximaal. Hoofdstuk 7 gaat in op de manier waarop dit in de AWBZ kan worden ingevoerd (overgangstraject).

De volgende paragraaf licht toe hoe de inkoop van zorg eruit gaat zien indien de persoonsvolgende en persoonsgebonden budgetten worden ingevoerd.

3.4 Werking instrumenten in de praktijk

Toepassing persoonsgebonden budget

Na vaststelling van de indicatie kan de verzekerde kiezen tussen zorg in natura via het zorgkantoor of het zelf inkopen van zorg. Verzekerden die zelf zorg willen inkopen krijgen van het zorgkantoor een persoonsgebonden budget. Het zorgkantoor dient in de eindsituatie elk verzoek om een persoonsgebonden budget te honoreren. De budgetten zijn dan aanspraken. Omwille van de budgettaire beheersbaarheid stelt de werkgroep voor in de overgangssituatie een subsidieregeling te handhaven, die (geleidelijk) in omvang wordt vergroot.

Met het persoonsgebonden budget koopt de verzekerde het gewenste zorgpakket in bij de zorgaanbieder van zijn keuze. Verzekerden kunnen het toegekende budget vrij besteden, zolang het maar gaat om de geïndiceerde zorg en hulp en - in het geval van zorg - het wordt besteed bij aanbieders die voldoen aan minimumkwaliteitseisen. Voor hulp kunnen alle mogelijke dienstverleners worden ingehuurd, dus zowel de thuiszorginstelling, als ook familie of de buurvrouw. De betaling van zorgaanbieders voor geleverde zorg door het zorgkantoor is het sluitstuk in het contract.

Het zorgkantoor vervult bij inkoop met persoonsgebonden budgetten louter de rol van administratiekantoor: zij geeft persoonsgebonden budgetten uit aan verzekerden die dit willen en betaalt de zorgaanbieders bij inlevering van de budgetten.

De werkgroep verwacht dat veel verzekerden met een persoonsgebonden budget hun krachten zullen bundelen om een maximaal inkoopresultaat te bereiken. Dit versterkt de positie van cliënten- en patiëntenverenigingen, zij zijn bij uitstek de kanalen voor gezamenlijke zorginkoop. Daarnaast zullen mogelijk ook nieuwe coöperaties van verzekerden worden opgericht. Ook kan worden verwacht dat zorgverzekeraars uit het tweede compartiment als bemiddelaar gaan

¹⁹ Zie ook Kamerstukken II, vergaderjaar 1998-1999, 25.657, nr.10, Rapportage inventarisatie integratietegemoetkoming.

optreden voor AWBZ-zorg om hun verzekerden een zo breed mogelijk pakket van diensten aan te bieden.

Toepassing persoonsvolgende budgetten

Bij de keuze voor zorg in natura (persoonsvolgend budget) treedt het zorgkantoor op namens de verzekerde. Op basis van de indicatie wordt een individueel budget vastgesteld. Het zorgkantoor heeft de plicht om de geïndiceerde zorg te leveren. Het zorgkantoor koopt zorg in bij de zorgaanbieders. Vanwege het 'inkoopvolume' zal het zorgkantoor daarvoor in het algemeen raamcontracten hebben met zorgaanbieders. Het zorgkantoor heeft echter niet langer contracteerplicht. Dit versterkt de onderhandelingspositie van het zorgkantoor, deze onderhandelt niet langer met gebonden handen.

Toepassing van persoonsvolgende budgetten zit vanuit het perspectief van de verzekerde dicht tegen de huidige instellingsfinanciering aan. Toch is er ook voor de verzekerde een belangrijk verschil. Indien de verzekerde een deel van de zorg van een andere aanbieder wil hebben, kan het zorgkantoor dit binnen het budget regelen. Als de verzekerde ontevreden is en naar een andere zorgaanbieder wil, gaat het budget met de verzekerde mee.

Zorgplicht zorgkantoren

Bij toekenning van een persoonsvolgend budget heeft het zorgkantoor zorgplicht richting de verzekerde. Bij persoonsgebonden budgetten is dit niet het geval. Met de toekenning van een persoonsgebonden budget wordt de zorgverstrekking de verantwoordelijkheid van de verzekerde, met het persoonsgebonden budget wordt aan de zorgplicht van het zorgkantoor voldaan. Als de verzekerde er niet in slaagt om zorg in te kopen of terugkomt op de beslissing tot eigen inkoop dan kan de verzekerde het persoonsgebonden budget weer inleveren. De verzekerde krijgt dan een persoonsvolgend budget, waarmee de zorgplicht terug wordt gelegd bij het zorgkantoor.

3.5 Voorwaarden vraagsturing vanuit verzekerde

Doel van het introduceren van vraagsturing is dat verzekerden in een meer gelijkwaardige positie komen te staan ten opzichte van aanbieders opdat aanbieders doelmatiger werken en meer aan de wensen van verzekerden tegemoet komen. Verzekerden krijgen meer invloed op de verkregen zorg en hulp omdat zij zelf - zoveel mogelijk en voor zover door henzelf gewenst - keuzes maken uit het beschikbare aanbod. Voorwaarde is dan wel dat er ook keuzemogelijkheden zijn. Verzekerden noemen als belangrijk voordeel van de huidige persoonsgebonden budgetten de keuzevrijheid die de budgetten geven. Dat komt omdat verzekerden met de huidige persoonsgebonden budgetten ook buiten de bestaande aanbieders om zorg en hulp kunnen inkopen. Andersom geredeneerd, de waarde van een persoonsgebonden budget is beperkt als een verzekerde daarmee feitelijk maar bij één aanbieder van zorg of hulp terecht kan, zeker als er tegelijkertijd een tekort aan capaciteit bestaat. Overigens, ook voor het zorgkantoor en voor andere bemiddelaars van zorg is het hebben van keuzemogelijkheid cruciaal voor de positie ten opzichte van aanbieders.

Vanuit het perspectief van de verzekerde kunnen als belangrijkste randvoorwaarden voor het welslagen van vraagsturing worden benoemd:

1 Verzekerde moet tussen aanbieders kunnen kiezen

Een basisvoorwaarde voor vraagsturing is dat de verzekerde tussen aanbieders moet kunnen kiezen. Als de verzekerde niet de ultieme sanctie heeft om ergens anders in te kopen, dan is zijn onderhandelingsmacht nihil. De keuzemogelijkheid dient binnen het eigen verzorgingsgebied voldoende te zijn. Om de keuzevrijheid verder te vergroten is het gewenst dat de verzekerde ook buiten de eigen regio zorg kan inkopen. Persoonsgebonden budgetten zijn derhalve in het gehele land geldig.

2. Geen gegarandeerde budgetten aanbieders

Zoals ook al in hoofdstuk 2 aangegeven, vervalt de huidige instellingsfinanciering met de omschakeling naar vraagsturing. Met vaste, gegarandeerde budgetten is de onderhandelingspositie van vragers immers nihil. De inkomsten van aanbieders hangen volledig af van de contracten met het zorgkantoor, individuele verzekerden en eventuele bemiddelaars zoals cliëntenverenigingen.

3 Verzekerde moet opdracht kunnen opknippen

Het budget moet worden besteed aan de geïndiceerde zorg. Het staat de verzekerde vrij hoe het toegekende budget wordt besteed aan de zorg: welke diensten, bij wie, wanneer worden ingekocht. Zo kan een zorgverzekerde bijvoorbeeld de zorg van een andere aanbieder willen betrekken dan de (intramurale) huisvesting. Flexibilisering van de aanspraken is derhalve nodig. Het mag niet zo zijn dat de toegekende aanspraak als één pakket bij één zorgaanbieder moet worden besteed. Dit vraagt dan tevens ook transparantie in hoeveelheid, kwaliteit en prijs van het productassortiment van de zorgaanbieders.

4 NIEUWE INITIATIEVEN

4.1 Vergroten keuzemogelijkheden verzekerde

Het huidige aanbod in de AWBZ biedt verzekerden veelal weinig keuzemogelijkheden. Er wordt gestuurd op basis van een gedetailleerde capaciteitsplanning, waarbij een beperkt aantal toegelaten instellingen verzekerd is van afname. Aangrijpingspunt voor overheidssturing is de fysieke infrastructuur van de zorg, de bouw. Het introduceren van vraagsturing in de AWBZ vereist aanpassing van de manier waarop het aanbod nu wordt gereguleerd. Het gaat dan aan de ene kant om het wegnemen van belemmeringen voor bestaande aanbieders en aan de andere kant het kunnen toetreden van nieuwe aanbieders. Vergroting van het aantal en de variatie in aanbod is de cruciale parameter voor het welslagen van vraagsturing.

4.2 Voorwaarden bevorderen nieuwe toetreders

1 Onnodige toetredingsbeperkingen opheffen

De huidige aanbodstructuur wordt gekenmerkt door oligopolie en hier en daar monopolievorming. Dit geeft de bestaande aanbieders een grote voorsprong op nieuwkomers. Nieuwkomers moeten een eerlijke kans krijgen door het vergemakkelijken van de toetreding. De toelating van zorgaanbieders moet niet gelimiteerd worden vanuit planningsoverwegingen. De (geïndiceerde) vraag bepaalt hoeveel capaciteit er uiteindelijk nodig is. Dit betekent dat er periodiek over- en ondercapaciteit kan ontstaan of dat aanbieders in sommige gevallen andere bestemmingen moeten zoeken voor reeds gedane investeringen in gebouwen, materieel etc. In hoofdstuk 6 over de sturing door de overheid, wordt ingegaan op de budgettaire effecten van deze maatregelen.

De enige reden om eisen te stellen aan aanbieders en daarmee mogelijk de toetreding te beperken is het garanderen van de kwaliteit van de zorg. Bij (delen van) de zorg is het daarom van belang dat minimumeisen worden gesteld aan de kwaliteit van de zorg door bijvoorbeeld eisen te stellen aan de opleiding van de zorgverleners. Er moeten geen onnodige belemmeringen worden gecreëerd voor toetreding door eisen te stellen aan de organisatie van de zorg, aan de (minimale) grootte van de aanbieder, aan de breedte van het pakket diensten etc. Door aanpassing van wet- en regelgeving moet toetreding van aanbieders mogelijk worden gemaakt. Aandachtspunt bij het toezicht op de mededinging is onder andere mogelijke kartelvorming.

2 Prijsvorming

Om een goed functionerende sector te krijgen is het noodzakelijk dat de prijzen de marktwaarde van de geleverde diensten weerspiegelen. Dit zal in veel gevallen neerkomen op de kosten plus een redelijke marge. Aanbieders die goed aanbod leveren halen meer rendement dan gemiddeld, aanbieders met minder goed aanbod raken in de rode cijfers en gaan mogelijk zelfs failliet. Doordat alle inkomsten moeten worden gehaald uit de gesloten contracten met het zorgkantoor en individuele budgethouders en door concurrentie worden aanbieders gedwongen alle kosten te vertalen in hun prijzen (integrale tarieven) en ontstaat er een gelijk speelveld. De concurrentie prikkelt aanbieders tot meer innovatie en vergroot de doelmatigheid.

3. Opheffen contracteerplicht

Voorwaarde om nieuwe toetreders een kans te geven is dat het zorgkantoor en individuele vragers met een persoonsgebonden budget mogen inkopen bij alle aanbieders van hulp en alle aanbieders van zorg die voldoen aan de minimumkwaliteitseisen. Voor het zorgkantoor geldt dat daarvoor de huidige contracteerplicht - de verplichting om alle aanbieders in de regio te contracteren – moet vervallen.

4.3 Voorwaarden vergroten ruimte voor bestaande aanbieders

Bestaande aanbieders worden door de wet- en regelgeving in aanzienlijke mate belemmerd in te spelen op de behoeften van verzekerden (zie ook de uitkomsten van de consultaties in hoofdstuk 2).

1 Instellingen mogen nieuwe activiteiten ondernemen

In de AWBZ vallen alle activiteiten van instellingen onder het Wzv-regime. Nieuwe activiteiten worden beoordeeld op de vraag of het voor zorgverlening noodzakelijk is. Zo niet, dan wordt geen toestemming verleend. In de praktijk worden sluiptwegen toegepast door dit soort activiteiten in nieuwe rechtsvormen onder te brengen. Bij vraagsturing dienen ook bestaande instellingen op de behoeften te kunnen inspelen en dienen zij vrij te zijn om nieuwe initiatieven te nemen²⁰. Gedacht wordt bijvoorbeeld aan een verpleeghuis dat ook thuiszorg gaat aanbieden. Voor uitoefening van nieuwe zorgtaken door bestaande aanbieders gelden dezelfde eisen als voor nieuwkomers, namelijk de kwaliteitstoets.

2 Instellingen mogen ook zorg in andere regio's verlenen

In de huidige situatie worden instellingen door de capaciteitsplanning beperkt in expansiemogelijkheden buiten het eigen werkgebied. Alleen door fusies kan een dergelijke uitbreiding worden gerealiseerd. Met het opheffen van de capaciteitsplanning ontstaat ruimte voor de bestaande instellingen om dit door autonome groei te realiseren.

Concurrentie en mededingingsregels

De voorstellen van de werkgroep

De voorstellen van deze werkgroep zijn gericht op het wegnemen van (wettelijke) belemmeringen voor bestaande aanbieders om in te spelen op de behoeften van verzekerden en van belemmeringen voor het toetreden van nieuwe aanbieders:

- afschaffen van de contracteerplicht in combinatie met het verder liberaliseren van de aanbodzijde om de vestiging van nieuwe zorgaanbieders te bevorderen;
- invoering op grotere schaal van persoonsgebonden budgetten om te bevorderen dat, naast de zorgkantoren, individuele verzekerden vraag naar zorg uitoefenen, zich collectief manifesteren of bemiddelaars namens hen laten optreden.

Met de invoering van het concurrentiemechanisme wordt beoogd de doelmatigheid, het kostenbewustzijn en de klantgerichtheid in de AWBZ-sector te bevorderen.

²⁰ Afhankelijk van de concrete uitwerking en de invulling van het overgangstraject kan het nodig zijn gedragsregels te stellen ter voorkoming van concurrentievervalsing (Markt en Overheid). Dit kan bijvoorbeeld nodig zijn in het geval bestaande aanbieders al wel de mogelijkheid krijgen zich breder te bewegen, maar nieuwe aanbieders nog geen toegang hebben tot de AWBZ.

Mededingingsregels van toepassing

Invoering van het concurrentiemechanisme betekent dat aanbieders en vragers de vrijheid krijgen zelfstandig hun marktgedrag te bepalen.

Wil het concurrentiemechanisme tot de daarmee beoogde resultaten kunnen leiden, dan is het van belang dat die concurrentievrijheid wordt gehandhaafd. Er dient met andere woorden voor te worden gewaakt dat de door het afschaffen van de wettelijke concurrentiebelemmeringen gecreëerde ruimte voor concurrentie wordt “opgevuld” met concurrentiebelemmerende afspraken van marktpartijen zelf.

Waarborg voor het handhaven van die concurrentievrijheid zijn de mededingingsregels.

Naarmate voor de AWBZ-activiteiten de ruimte voor concurrentie toeneemt of voor bepaalde AWBZ-activiteiten nieuwe markten ontstaan, worden daarop de regels van het Nederlandse en, als de handel tussen EU-lidstaten in het geding is, Europese mededingingsrecht van toepassing.

Mededingingsregels

Artikel 6 van de Mededingingswet (Mw) resp. artikel 81, eerste lid, van het EG-Verdrag verbiedt mededingingsbeperkende afspraken. De bekendste vormen van concurrentiebeperking zijn prijsbinding, beperking van de productie, afzet, technische ontwikkeling of investeringen, verdeling van markten en voorzieningsbronnen, toepassen van ongelijke voorwaarden bij gelijke prestaties en koppelverkoop.

Artikel 24 van de Mw resp. artikel 82 van het EG-Verdrag verbiedt misbruik van een economische machtspositie. Van een economische machtspositie is sprake, als een onderneming in staat is de instandhouding van een daadwerkelijke mededinging op de markt te verhinderen doordat zij de mogelijkheid heeft zich ten opzichte van haar concurrenten, leveranciers, afnemers of eindgebruikers onafhankelijk te gedragen. Voorbeelden van misbruik zijn het opleggen van onbillijke aan- of verkoopprijzen, het beperken van de productie, de afzet of de technische ontwikkeling, het toepassen van ongelijke voorwaarden bij gelijke prestaties en koppelverkoop.

De EG-mededingingsregels kennen in artikel 10, tweede volzin, EG Verdrag ook nog de bepaling dat lidstaten zich moeten onthouden van alle maatregelen welke de verwezenlijking van de doelstellingen van dit verdrag in gevaar kunnen brengen. Dit houdt in dat zij geen met artikel 81 van het EG-Verdrag strijdige afspraken mogen stimuleren of de gevolgen daarvan versterken, bijvoorbeeld door die algemeen verbindend te verklaren.

Aandachtspunten

Het voorgaande houdt in dat bij de liberalisering van de AWBZ-sector in het bijzonder aan de volgende punten aandacht moet worden besteed:

- Marktpartijen mogen geen afspraken maken over (kwaliteits)eisen die door hun aard de toetreding van nieuwe zorgaanbieders, ziektekostenverzekeraars of bemiddelaars belemmeren;
- Zorgaanbieders mogen niet collectief onderhandelen over tarieven, maar zorgkantoren, andere bemiddelaars of verzekerden dienen individuele contracten met zorgaanbieders af te sluiten;
- Persoonsgebonden budgetten dienen gelijkwaardige alternatieven te zijn voor zorg in natura, omdat anders afbreuk wordt gedaan aan de keuzevrijheid van de verzekerde;
- Zorgaanbieders mogen van een economische machtspositie op een markt voor AWBZ-activiteiten die zij thans verrichten, geen misbruik maken door nieuwe activiteiten op een andere markt tegen bijvoorbeeld zodanig lage prijzen aan te bieden dat zij een bepaalde concurrent van die andere markt verdringen.

3 Passend eigen vermogen

De zorginstellingen worden met vraagsturing risicodragende instellingen. Capaciteitsuitbreiding en eventuele investeringen in vastgoed gebeurt op basis van de verwachte vraagontwikkeling en de gesloten contracten. De instellingen moeten over voldoende eigen vermogen beschikken om de risico's te kunnen opvangen.

4.4 Vastgoed en nieuwe initiatieven

Vanuit het perspectief van de *vragers* is er aanleiding bijzondere aandacht te besteden aan het vastgoed. Bij verzekeren bestaat grote behoefte aan meer variëteit in het woon- en verblijfsmogelijkheden in de AWBZ. Zo is er duidelijk behoefte aan meer differentiatie in de (intramurale) huisvesting voor ouderen in verpleeg- en verzorgingstehuizen en voor gehandicapten in instellingen. Ook is er toenemende vraag naar allerlei soorten zelfstandige woonvormen met zorg- en dienstverleningsarrangementen. De zelfstandige woningen zijn in eigendom van anderen dan de zorginstelling (bijvoorbeeld een woningcorporatie). In deze situaties is er sprake van een gescheiden aanbod van wonen en zorg.

Vanuit het perspectief van de *zorgaanbieders* is er eveneens aanleiding aandacht te besteden aan het vastgoed. Aanbieders zijn op dit moment in feite verplicht het vastgoed in eigen bezit te hebben²¹. Dit maakt bestaande aanbieders minder flexibel en belemmert toetreding van nieuwe aanbieders (vereist grote investeringen). Het brengt ook praktische problemen met zich mee. Complexen met naast zelfstandige woningen en gemeenschappelijke ruimtes ook verpleeghuiscapaciteit zijn nu vaak in handen van verschillende eigenaren. Zorgaanbieders besteden nu veel managementaandacht aan het vastgoedbeheer, ten koste van de zorg. Oorzaak hiervan is onder meer dat een aanzienlijk deel van de financiële middelen gekoppeld is aan het vastgoed in plaats van aan de zorg. Bij aanbieders vanuit de vastgoedsector bestaat veel interesse om actief te worden binnen de AWBZ.

Hieronder wordt kort aangegeven hoe het aanbieders beter mogelijk kan worden gemaakt in te spelen op de wensen van de verzekeren door de regelgeving op het gebied van vastgoed te dereguleren en wat de verwachte effecten op het aanbod in de AWBZ zijn.

Benodigde maatregelen

1 Zorgaanbieders zijn vrij in hun vastgoedbeheer

Het voorschrift om vastgoed in eigendom te hebben vervalt voor de (intramurale) instellingen. De zorgaanbieders blijven verantwoordelijk voor de kwaliteit van hun diensten, maar dit sluit inhuur en toelevering niet uit. Het schoonmaken van de gebouwen heeft een directe relatie met de hygiëne zonder dat dit betekent dat de instelling deze activiteit met eigen mensen hoeft uit te voeren. In beginsel ligt dat bij vastgoed niet anders: de kwaliteit is essentieel voor de zorg doch dit impliceert niet dat aanbieders het vastgoed in eigen bezit hoeven te hebben. Dat impliceert dat geen afzonderlijke financieringsstroom ter dekking van de investeringen in bouw en

²¹ Eigen bezit is niet wettelijk verplicht, maar is als beleidslijn vastgelegd in circulaire en briefwisselingen met zorg- en vastgoedinstanties. Het gaat hier om aanbieders van intramurale zorg. Daarbij moet onderscheid worden gemaakt tussen het vastgoed dat nodig is voor het verlenen van de zorg en de intramurale verblijfsruimte. Het is wel mogelijk dat van het uitgangspunt van eigen bezit wordt afgeweken (minister van VWS, bij vergunningverlening).

capaciteit hoeft te bestaan. De financiering is verdisconteerd in het afgesproken zorgtarief voor de verzekerden. De zorginstellingen kunnen voor wat betreft het vastgoed kiezen tussen zelf doen of uitbesteden.

2 Afschaffen bouw- en exploitatievoorschriften

Voor de constructie van zorggebouwen gelden de eisen van het Bouwbesluit. In de huidige situatie bestaan veel onnodig gedetailleerde gebruiksvoorschriften voor gebouwen waar AWBZ-zorg wordt verleend. Deze regulering is in feite overbodig, voor zover er geen eisen voortvloeien uit onder andere de kwaliteitswetgeving. Ook voorschriften m.b.t. de exploitatie van het onroerend goed zijn overbodig wanneer er sprake is van uitbesteding.

3 Afschaffen van de capaciteitsplanning

Zoals eerder aangegeven: de huidige WZV-planning dient voor de AWBZ te worden afgeschaft. Omdat er langlopende (financiële) verplichtingen zijn tussen ministerie en instellingen is een overgangsregime nodig.

Met het liberaliseren van de vastgoedafspraken moet er ook een vereffening van aanspraken en verplichtingen plaatsvinden. Verschillen in uitgangspositie moeten worden gecorrigeerd. Met name instellingen die nog op de lijst voor nieuwbouw/ renovatie staan kunnen in een nadelige positie komen.

Verwachte effecten op het aanbod

De verwachting van de werkgroep is dat het vrijlaten van het vastgoedbeheer een manier is om op korte termijn meer beweging aan de aanbodzijde op gang te brengen, doordat:

1. de toetreding wordt vergemakkelijkt

De huidige verplichting tot eigen bezit van vastgoed leidt tot een grote kapitaalbehoefte van zorgaanbieders. Uitbesteding van vastgoed verkleint direct de risico's in de bedrijfsvoering en vergroot de managementaandacht voor de core-business: zorgverlening.

Verkleining van de kapitaalbehoefte maakt bovendien de toetredingsbarrières voor nieuwkomers een stuk lager, waardoor er meer nieuwe toetreders te verwachten zijn.

2. de diversiteit in wonen en verblijf toeneemt

Vastgoedbeheerders die actief worden in de AWBZ-vastgoedmarkt stimuleren ook andere aanbieders tot meer differentiatie in het woningaanbod voor AWBZ-verzekerden (meer variatie wordt de norm). De behoeftes van verzekerden verschillen onderling sterk, aanbieders kunnen hierop inspelen met bijvoorbeeld bijzondere woonvormen of met verzorgingshuizen met een grote variatie in woonvormen.

3. er meer doelmatigheid ontstaat

Aanbieders krijgen de mogelijkheid zich meer op hun core business te concentreren. Dit leidt naar verwachting tot lagere kosten voor de vastgoedcomponent in de AWBZ²².

²² Zie ook: AEDES, Quintis, Uitgerekend Beter, kostenvergelijking tussen sociale woningbouw en bouw door instellingen voor mensen met een verstandelijke handicap, juni 1998

Rol vastgoedpartijen

In de omvorming van strak gereguleerd vastgoedbeheer naar vrij vastgoedbeheer zullen de woningcorporaties en andere vastgoedpartijen naar verwachting een bijzondere rol vervullen. Ten eerste kunnen zij huisvesting aanbieden voor mensen die zorg of ondersteuning nodig hebben. Ten tweede kunnen zij het vastgoed van zorginstellingen gaan beheren.

Het aanbieden van huisvesting voor mensen die zorg of ondersteuning nodig hebben past in de sociale doelstelling van woningbouwcorporaties. Zij zien zich bovendien geconfronteerd met een vergrijzend cliëntenbestand. Woningbouwcorporaties en private vastgoedbeheerders kunnen geschikte huisvesting en woondiensten aanbieden en desgewenst ook als ‘makelaar’ optreden tussen cliënt en aanbieders van zorg of welzijn. In toenemende mate worden allianties gesloten tussen woning- en zorgaanbieders. Het opheffen van belemmerende regelgeving kan hierop een positief effect hebben.

Vastgoedpartijen zijn geïnteresseerd in het overnemen van het vastgoedbeheer van zorginstellingen. Zorginstellingen kunnen zich zo wijden aan hun core business: het verlenen van zorg. Een deel van de bestaande AWBZ-aanbieders zal allianties met vastgoedpartijen aangaan. De vrijgekomen middelen worden aangewend om de positie in de zorg uit te bouwen en zo zelf als nieuwe aanbieder gaan optreden. Daarnaast blijven uiteraard zorgaanbieders bestaan die hun huidige profiel vasthouden: het aanbod in eigen hand, inclusief de huisvesting.

5 Zorgkantoren

5.1 Huidige positie zorgkantoren

Sinds 1 januari 1999 bestaan er 31 regionale zorgkantoren. De belangrijkste functie van het zorgkantoor is het namens verzekerden inkopen van zorg. De individuele verzekerde wendt zich thans direct tot de aanbieder van zorg en heeft dus geen directe relatie met het zorgkantoor. De verzekeraars in het tweede compartiment zijn eindverantwoordelijk voor de uitvoering van de AWBZ, maar hebben voor een periode van vier jaar de feitelijke uitvoering thans bij vrijwillig mandaat en volmacht overgedragen aan de zorgkantoren.

In de praktijk zijn er grote verschillen in het functioneren van zorgkantoren. Er zijn actieve zorgkantoren die zich meer en meer als inkoper opstellen, er zijn echter ook zorgkantoren die zich nog als administratieve verbindingkantoren opstellen. In de nota Zicht op Zorg is aan het zorgkantoor een centrale rol toegekend in de gemoderniseerde AWBZ.

Taken zorgkantoor

Het zorgkantoor heeft tot taak:

- contracten te sluiten met aanbieders in de regio om zorg in te kopen (binnen maximumprijzen CTG);
- verzekerden zorg toe te wijzen. Het zorgkantoor heeft zorgplicht en dient een uiterste krachtsinspanning te plegen om aan deze plicht te voldoen;
- registratie en wachtlijstbeheer;
- de middelen doelmatig en maatschappelijk verantwoord te besteden (binnen het regionaal kader, de overheid geeft spelregels aan voor het omgaan met schaarste);
- te controleren of aanbieders de afspraken naleven. Het zorgkantoor kijkt hierbij ook naar de organisatie van een aanbieder, om na te gaan of een aanbieder zich later daadwerkelijk kan verantwoorden;
- de toezichthouder te adviseren over de kwaliteit van de aanbieders;
- mede richting te geven aan het zorgbeleid en de afstemming met aanpalende terreinen zoals wonen, welzijn, onderwijs en arbeid. Het gaat hier om de regiovisie, hierin participeren de provincie, het zorgkantoor, de vier grote steden/gemeenten, patiënten- en consumentenorganisaties en de aanbieders. Het zorgkantoor is niet verplicht zich aan de regiovisie te houden.

Uit: Plan van aanpak Modernisering AWBZ, Zicht op Zorg.

Een van de vragen aan de werkgroep is hoe het zorgkantoor kan worden geprikkeld om haar taken goed uit te oefenen. De werkgroep beantwoordt die vraag vanuit het perspectief van de vraagsturing, waarvan de hoofdlijnen in de voorgaande hoofdstukken zijn geschetst.

5.2 Rollen voor het zorgkantoor bij vraagsturing

De inkoop van zorg voor verzekerden die kiezen voor *zorg in natura (persoonsvolgend budget)* is de belangrijkste taak voor het zorgkantoor. Deze verzekerden krijgen een persoonsvolgend budget en kiezen vervolgens een zorgaanbieder uit de kring van gecontracteerde aanbieders. Het zorgkantoor heeft als plicht de verzekerden zorg aan te bieden conform de indicatiestelling. Het zorgkantoor is daarbij eenzijdig makelaar ten dienste van de verzekerden. Daartoe sluit het zorgkantoor (raam)contracten met zorgaanbieders, binnen de eigen regio of daarbuiten. De contractafspraken hebben betrekking op kwantiteit, kwaliteit en prijs. De prijsstelling is vrij met dien verstande dat in ieder geval voor de overgangperiode wettelijke maxima gelden (zie ook hoofdstuk 7 over de invoering).

In de praktijk zal het zorgkantoor de verzekerde een zorgaanbod doen dat aansluit bij de indicatie. Wanneer de verzekerde niet voor dit aanbod kiest, maar liever zelf de zorg regelt zal dat zijn omdat hij verwacht daarmee beter af te zijn dan met het aanbod dat het zorgkantoor heeft gedaan (in casu het persoonsvolgend budget). Verzekerden die ervoor kiezen om zorg zelf in te kopen krijgen van het zorgkantoor een *persoonsgebonden budget*. Voor deze verzekerden is het zorgkantoor een administratiekantoor dat budgetrechten toekent, de aanbieders op basis van de gesloten contracten betaalt en de budgetstand bijhoudt. Met het inkoopproces met persoonsgebonden budgetten heeft het zorgkantoor geen bemoeienis, zij laat dit over aan de verzekerden zelf. Scheiding van de administratieve afwikkeling voor persoonsgebonden budgetten en de inkooprol bij persoonsvolgende budgetten is noodzakelijk, om te voorkomen dat het zorgkantoor met oneigenlijke instrumenten het keuzeprocess van de verzekerde beïnvloedt.

Naar de mening van de werkgroep moet de waarde van een persoonsgebonden budget direct en herleidbaar gekoppeld zijn aan de waarde van het persoonsvolgend budget in de regio. De waarde van het persoonsvolgend budget wordt bepaald door de regionale contractonderhandelingen tussen het zorgkantoor en de zorgaanbieders. Het zorgkantoor is dan verplicht bij de keuze van de verzekerde voor een persoonsgebonden budget, de tegenwaarde af te leiden van het persoonsvolgend budget. De waarde van een persoonsgebonden budget wordt daarmee regionaal bepaald²³. De toezichthouder controleert of de waarde van een persoonsgebonden budget door het zorgkantoor op een juiste en transparante manier wordt vastgesteld. Verzekerden in dezelfde regio met dezelfde indicatie moeten een even hoog persoonsgebonden budget (kunnen) krijgen.

²³ Dit voorkomt verkeerde prikkels voor het zorgkantoor. Zorgkantoren die lage tarieven bedingen zien bij landelijk vastgestelde prijzen voor persoonsgebonden budgetten veel verzekerden kiezen voor deze budgetten. Dit omdat de persoonsgebonden budgethouders met hun budget relatief veel zorg kunnen inkopen door de lage regionale prijsstelling. Landelijke prijzen zouden daarmee een averse prikkel geven aan het zorgkantoor.

Waardebepaling persoonsgebonden budgetten

Het persoonsgebonden budget kan op verschillende manieren worden gekoppeld aan de waarde van het persoonsvolgend budget in een regio: 100 procent, minder dan 100 procent of meer dan 100 procent.

In het buitenland wordt bij vergelijkbare budgetten of vergoedingen soms gekozen voor een *lager percentage*. Redenen voor het lagere percentage zijn dat verzekerden zelf meer maatwerk kunnen bedingen, of dat de budgetten niet bedoeld zijn om aanbieders voor alle kosten te vergoeden (omdat bepaalde vast kosten al via andere weg worden vergoed), of dat het om een gedefiscaliseerd budget gaat (belastingen al vooraf inhouden) of dat het persoonsgebonden budget de verzekerde meer keuzemogelijkheden biedt en de verzekerde in ruil daarvoor zelf meer moet bijdragen. De MDW-werkgroep gaat uit van een vraaggestuurde AWBZ, waar wordt gewerkt met integrale prijzen. De persoonsgebonden en persoonsvolgende budgetten zijn in beginsel bedoeld om de kosten te dekken. Aanbieders moeten alle kosten kunnen dekken met de budgetten.

Voor de overheid is het uit oogpunt van kostenbeperking en voorkomen van aanzuigende werking enerzijds een voordeel om de waarde van persoonsgebonden budgetten lager vast te stellen. Het toepassen van een lager percentage is anderzijds lastig met het oog op de noodzaak een gelijke uitgangspositie te creëren voor zorgkantoren en verzekerden met een persoonsgebonden budget op de zorginkoopmarkt. Daarmee kan een waarde kleiner dan 100 procent van het persoonsvolgend budget de keuzevrijheid voor de verzekerde belemmeren.

Een *hoger percentage* dan 100 procent zou enerzijds eventueel kunnen worden gerechtvaardigd met de ervaring dat individuele inkoop duurder is dan collectieve inkoop. Anderzijds kunnen verzekerden altijd terugvallen op zorg in natura (persoonsvolgend budget). Een hoger percentage brengt bovendien hogere kosten met zich mee en gaat ten koste van een gelijke uitgangspositie van zorgkantoren en mensen die inkopen met een persoonsgebonden budget.

5.3 Prikkels voor het zorgkantoor

Huidige situatie

De 31 zorgkantoren worden door verschillende zorgverzekeraars gemandateerd. De praktijk tot nu toe is dat de zorgverzekeraar met het grootste marktaandeel in de regio de functie van zorgkantoor vervult. Deze zorgverzekeraar ontvangt een beheerskostenvergoeding.

Zorgkantoren, noch de achterliggende ziektekostenverzekeraars, lopen enig risico bij de uitvoering van de AWBZ. De overheid financiert de instellingen; het zorgkantoor maakt afspraken met de instellingen over de hoeveelheid en kwaliteit van de te leveren zorg. Voor zover de budgetten van de instellingen niet toereikend zijn om aan alle aanspraken te voldoen ontstaan er wachtlijsten.

Het zorgkantoor ondervindt weinig prikkels om zich te richten naar de wensen van de zorgvragers. De verzekerden kunnen niet om het zorgkantoor heen voor invulling van hun aanspraken. Het exploiteren van een zorgkantoor geeft de verzekeraar de mogelijkheid om een regierol te spelen in het regionale zorgveld. Ook krijgt de verzekeraar de mogelijkheid een relatie op te bouwen met verzekerden die op andere verzekeringsmarkten te gelde gemaakt kan

worden (cross-selling). Los van het feit dat hierbij vraagtekens kunnen worden gezet met het oog op de privacy en de mededinging, is het duidelijk dat het zorgkantoor in de huidige situatie niet of nauwelijks prikkels krijgt tot kostenbewuste en op de vrager gerichte zorginkoop.

Additionele prikkels

In een vraaggestuurde AWBZ is het naar de mening van de werkgroep van belang dat het zorgkantoor sterkere prikkels krijgt voor de zorginkoop. Weliswaar zou het zorgkantoor op termijn een overgangsmoedel kunnen blijken te zijn, afhankelijk van de discussie over het stelsel van gezondheidszorg in bredere zin, voorlopig mag ervan uit worden gegaan dat het zorgkantoor ook de komende jaren de grootste inkoper van zorg is in de AWBZ. Door de keuzemogelijkheid voor de verzekerde om de geïndiceerde zorg te betrekken op basis van een persoonsgebonden budget – en dus af te zien van het natura-aanbod van het zorgkantoor met bijbehorend persoonsvolgend budget – worden de prestaties die het zorgkantoor verricht zichtbaar. Immers naarmate meer zorgvragers het gevoel hebben zelf beter en/of goedkoper de geïndiceerde zorg in te kunnen kopen, presteert het zorgkantoor slechter vanuit het perspectief van vraagsturing en goede zorginkoop. De hoeveelheid aangevraagde persoonsgebonden budgetten biedt het zorgkantoor spiegelinformatie over het eigen functioneren.

Als prikkel om het functioneren te veranderen is dit overigens nog steeds onvoldoende. Het voorstel in Zicht op Zorg, om het recht op het exploiteren van het zorgkantoor aan een tijdelijke concessie te verbinden wordt door de werkgroep onderschreven. Mits goed vormgegeven, kan dit een belangrijk instrument zijn om het gedrag van het zorgkantoor in lijn te houden met het algemeen belang. Omdat de overheid uiteindelijk verantwoordelijk is voor de AWBZ, ligt het in de rede dat de overheid de concessie uitgeeft. Dit betekent dat de huidige mandatering van verzekeraars aan één onder hen om de AWBZ in een regio uit te voeren, komt te vervallen. Bij een concessieverlening door de kring van verzekeraars aan een van haar leden zou geen sprake zijn van concurrentie maar meer van kartelvorming. De (papier) rol van de ziektekostenverzekeraars als uitvoerders van de AWBZ komt derhalve te vervallen.

Voorbeelden van aanbesteden op andere beleidsterreinen

In de zorg is ervaring opgedaan met aanbestedingen bij het zittend ziekenvervoer. Een verzekeraar heeft een contract van 1,2 miljoen verzekerden, waarvoor het vervoer moest worden geregeld, via een openbare aanbesteding in de markt gezet. De ervaringen van de verzekeraar zijn zeer positief. Ondanks een initiële investering (met name in kennis) is een betere kwaliteit gerealiseerd tegen een lagere prijs. Er werd tien procent bespaard in vergelijking met het oude contract. De verzekeraar is voornemens meer producten en diensten aan te besteden.

Ook in het openbaar vervoer worden eerste stappen gezet voor aanbesteding (Wet Personenvervoer). De voor het openbaar vervoer beschikbare subsidie wordt jaarlijks door de minister van V&W beschikbaar gesteld aan decentrale overheden (provincies en kaderwetgebieden) Om de 6 jaar besteden deze het recht aan om in een bepaald gebied het openbaar vervoer uit te mogen voeren (circa 40 concessiegebieden). Het vervoersbedrijf dat de concessie wint heeft recht op subsidie. De hoogte van de subsidie is gekoppeld aan de vervoersopbrengsten uit kaartverkoop en abonnementen (in beginsel een gulden subsidie voor elke gulden inkomsten). Om de schokken in de markt te beperken vallen de concessies niet allemaal tegelijk vrij, maar wordt elk jaar een aantal gebieden opnieuw aanbesteed. De aanbestedende regionale overheid stelt het vervoerstarief vast.

De inschrijvingen worden beoordeeld op verschillende aspecten, bijvoorbeeld de opzet van het lijnennet, de frequentie van het vervoer, de tijden vanaf wanneer 's morgens en tot hoe laat 's avonds vervoer wordt geleverd, de aansluitingen van de diensten onderling, de kwaliteit van het materieel etc ("beauty contest").

De offerende vervoerder zal een zo goed mogelijk kwalitatief bod doen om de concessie te winnen. De aanbestedende overheid zal door het kiezen van het beste bod zijn inwoners de beste faciliteit bieden. Omdat de subsidie is gekoppeld aan vervoersopbrengsten zal de vervoerder er naar streven zoveel mogelijk (betalende) reizigers proberen te vervoeren.

Buitenlandse en binnenlandse ervaringen leren dat door aan te besteden de subsidie met zo'n 20 procent naar beneden kan, of bij gelijk budget, er 20 procent meer vervoer kan worden geboden.

In de eindsituatie ziet de werkgroep de concessieverlening als volgt voor zich. De concessieverlening vindt per regio plaats op basis van de voorstellen door kandidaat-concessiehouders. De overheid legt een zogenaamd bidboek neer, waarin de overheid aangeeft wat voor haar de randvoorwaarden zijn op basis waarvan het zorgkantoor moet functioneren. Dit zijn onder andere randvoorwaarden ten aanzien van kwaliteit, maximaal toegestane wachttijden, etc. In het bidboek staan ook de verwachtingen omtrent volume en prijsontwikkeling van de zorg in de regio. Dit is belangrijk omdat ze de verwachting van de overheid omtrent de kostenontwikkeling weergeven en potentiële concessiehouders een richtbedrag geven. De potentiële concessiehouders doen in hun biedingen een voorstel omtrent de invulling van de taak van het zorgkantoor en geven aan voor welk bedrag zij de komende jaren de functie van zorgkantoor in de regio kunnen uitvoeren. Na vergelijking van de biedingen op de verschillende punten ("beauty contest") verleent de overheid de concessie per regio aan een van de partijen voor een vaste periode, bijvoorbeeld 5 jaar²⁴.

²⁴ Om grote schokken te vermijden verdient het aanbeveling – net als bij het openbaar vervoer - niet alle concessies tegelijk te verlenen maar er elk jaar een aantal aan te besteden. Partijen kunnen dan niet in een keer alle concessies verliezen.

Een model met concessieverlening geeft alleen een sterke prikkel aan het zorgkantoor als het ook aantrekkelijk is om de rol van zorgkantoor te vervullen. Zoals eerder aangegeven is daar in de huidige situatie onvoldoende sprake van. Financiële prikkels zijn dan ook noodzakelijk om het zorgkantoor te prikkelen tot op de zorgvrager gerichte en doelmatige zorginkoop.

In de eerste plaats is het van belang dat het zorgkantoor direct baat (en last) heeft van de bereikte resultaten op het punt van de op de zorgvrager gerichte en doelmatige zorginkoop. Door een dergelijk direct belang bij de uitvoering van de AWBZ heeft het zorgkantoor een duidelijke incentive hier de juiste acties te ondernemen. Hierbij is het van belang onderscheid te maken tussen het beheersbudget en het verstrekkingenbudget:

- Het *beheersbudget* is bedoeld voor dekking van de uitvoeringskosten van het zorgkantoor. Voor deze kosten is het zorgkantoor ook thans volledig risicodragend: over- en onderschrijdingen komen ten laste of ten gunste van het zorgkantoor. De werkgroep stelt voor dit in een model van concessieverlening te handhaven.
- Het *verstrekkingenbudget* is bedoeld voor de zorgkosten zelf. Indien het zorgkantoor risicodragend zou zijn voor dit budget, zou zij direct de vruchten plukken van een op de zorgvrager gerichte en kostenbewuste zorginkoop. Een deel van de doelmatigheidswinst komt op deze manier terecht bij het zorgkantoor, maar niet alle. Door de voorgestelde vormgeving van de concessieverlening wordt automatisch bij elke concessieverlening een deel van de doelmatigheidswinst afgeroomd, ten gunste van de AWBZ-kas. Doordat het voor partijen aantrekkelijk is het zorgkantoor uit te voeren, schrijven zij in op de concessie met een concurrerend bod. In financiële zin hoog genoeg om winst te kunnen maken en laag genoeg om naar verwachting een beter bod uit te brengen dan anderen. Tot nu toe is het maken van winst of verlies op het zorgkostenbudget niet mogelijk geweest, het zorgkantoor beschikt ook nog niet over een zorgkostenbudget (instellingsfinanciering). De werkgroep acht een dergelijke risicodragendheid echter zinvol en wenselijk omdat het meer zekerheid biedt op een goede en doelmatige zorginkoop, waarbij bovendien een deel van de daarmee bereikte doelmatigheidswinst direct terugvloeit naar de AWBZ-kas en ten gunste van het algemeen belang kan worden ingezet. De werkgroep wijst er ook op dat een dergelijke risicodragendheid al bestaat in de Ziekenfondswet. De werkgroep stelt voor om de risicodragendheid van de zorgkantoren te beperken. Dat betekent dat zorgkantoren alleen binnen een bepaalde bandbreedte de tekorten en overschotten op hun budget zelf behouden. Buiten die bandbreedte gelden afspraken over verevening of compensatie door de overheid (zie verder). Na een evaluatie kan in een volgende concessieperiode de risicodragendheid op het zorgbudget worden vergroot. Deze aanloopperiode is nodig omdat in het begin niet gegarandeerd is dat de omvang van het aanbod zodanig is dat het zorgkantoor voldoende onderhandelingsmogelijkheden heeft. Bovendien zal in de praktijk ervaring moeten worden opgedaan met de concessieverlening en de randvoorwaarden daarbij.

Uit het oogpunt van budgettaire beheersbaarheid is het van belang dat de zorgkantoren ook buiten de bandbreedte van risicodragendheid een prikkel krijgen tot kostenbewust handelen, door middel van afspraken over verevening of compensatie door de overheid. Bij deze afspraken moet onderscheid worden gemaakt tussen de voor het zorgkantoor beheersbare en onbeheersbare componenten. Zorgkantoren hebben directe invloed op de prijzen, maar niet op het volume van de geïndiceerde zorg. Wel hebben zij in bijvoorbeeld de geestelijke gezondheidszorg indirect invloed op de zorgbehoefte in de loop van de tijd, door bij de

zorginkoop goed te letten op de effecten van verschillende behandelwijzen (“evidence based”). Het zorgkantoor kan op deze manier ook bijdragen aan het vergroten van de kwaliteit van de zorg. Om achteraf een dergelijk onderscheid te kunnen maken is het van belang dat de overheid vooraf, in het bidboek dat ten grondslag ligt aan de concessieverlening, duidelijk heeft gemaakt wat haar verwachtingen daaromtrent zijn.

Een benchmark van de prestaties van de zorgkantoren is hierbij een noodzakelijk instrument. Deze benchmarkinformatie kan worden gebruikt bij de nacalculaties. Het levert informatie op die kan worden benut bij de volgende concessieverlening om bijvoorbeeld andere voorwaarden te stellen, of – in het geval van aantoonbare wanprestatie – door tussentijds in te grijpen, in het uiterste geval door de concessie te beëindigen voor het verstrijken van de concessieperiode. Hiertoe moeten dan ook vooraf criteria worden vastgesteld.

Niet alleen de richting van de prikkels is van belang, ook de omvang. Bij een bandbreedte van bijvoorbeeld 5 procent (plus en min 2,5 procent) en een gemiddeld budget van zorgkantoren van circa 1 miljard, loopt het risico op tot 25 miljoen. Het vereist forse financiële armslag voor een zorgkantoor om dit risico te dragen, hetgeen tot uitdrukking zal komen in de voorwaarden die door verzekeraars worden gesteld bij het bieden op de concessie. Bovendien geldt dat hoe groter het risico, hoe minder partijen als potentieel zorgkantoor in aanmerking komen. Bij het vaststellen van de omvang van de bandbreedte moet dus een balans worden gezocht.

Naast risicodragendheid ten aanzien van de verschillende budgetten is introductie van een bonus-malus systeem zinvol, in ieder geval in de overgangsperiode, en mogelijk ook daarna. Dit geeft de overheid de mogelijkheid om het budget van goed functionerende zorgkantoren te verhogen en dat van slecht functionerende zorgkantoren te verlagen. Het besluit over het verstekken van een bonus of malus kan worden gebaseerd op benchmarking. Daarbij kan de voorwaarde worden gesteld dat een deel van de bonus mag worden toegevoegd aan de eigen middelen en dat de rest moet worden besteed aan zorg in de regio. Goed functionerende zorgkantoren krijgen op deze manier de mogelijkheid om vernieuwende ideeën in de praktijk te brengen. Deze activiteiten kunnen een voorbeeldfunctie hebben naar andere regio's.

Langere termijn alternatieven voor het zorgkantoor

De werkgroep is er zich van bewust dat er bij een aantal partijen twijfels bestaan aan nut en noodzaak van zorgkantoren. Het is in de ogen van de werkgroep goed voorstelbaar dat het model met zorgkantoren uiteindelijk een overgangsmodel blijkt. De toekomst van het zorgkantoor in de AWBZ kan niet los worden gezien van de verdere discussie over de herziening van het stelsel van gezondheidszorg. Het zorgkantoor kan een belangrijke functie vervullen om de vraagsturing geleidelijk en beheerst te kunnen invoeren, omdat het aanbod in veel sectoren en in veel regio's in de uitgangssituatie sterk is geconcentreerd. Op het moment dat vraagsturing is gerealiseerd en nieuwe initiatieven op gang zijn gekomen kunnen de taken van het zorgkantoor alsnog ergens anders worden neergelegd. Verzekerden die niet zelf zorg in willen of kunnen kopen moeten dan wel terecht kunnen bij een andere bemiddelaar die de zorg conform de indicatie voor hen regelt (zorg in natura met een persoonsvolgend budget).

Een mogelijkheid is om de zorg in natura in de AWBZ te laten inkopen door de eigen zorgverzekeraar. De zorgverzekeraars krijgen dan een acceptatieplicht en een normkostenbudget voor de AWBZ. Deze keuze sluit aan bij andere beleidsvoorstellen om de inkoopfunctie van de

zorgverzekeraar te versterken bij bijvoorbeeld de inkoop van geneesmiddelen en hen een meer centrale rol te geven in het stelsel van ziektekostenverzekeringen. In dit geval zou het in de rede liggen verzekeraars risicodragend te maken voor de AWBZ, waarbij zij ook de mogelijkheid krijgen een nominale premie te vragen. Zo krijgt de uitvoerder instrumenten om de financiële risico's te dragen en een prikkel om kostenbewust in te kopen.

Een andere mogelijkheid is om de verzekerde zelf te laten bepalen door wie de zorg in natura wordt verzorgd: de eigen zorgverzekeraar of een andere bemiddelaar. In dit geval concurreren zorgverzekeraars en andere bemiddelaars om de persoonsvolgende budgetten en persoonsgebonden budgetten. Randvoorwaarde is dat de acceptatieplicht sluitend geregeld is. Deze mogelijkheid sluit het beste aan bij de lijn van ontvoogding van de verzekerde. De door de MDW-werkgroep voorgestelde verantwoordelijkheidsverdeling maakt een dergelijke ontvoogding overigens mogelijk. De verzekerde kan immers kiezen voor een persoonsgebonden budget en daarmee vervolgens zelf, maar ook via een verzekeraar of een andere zelf gekozen bemiddelaar, zorg inkopen.

Samenvattend

De MDW-werkgroep stelt voor de functie van zorgkantoren periodiek aan te besteden. Partijen - verzekeraars maar ook andere private partijen - kunnen inschrijven op het vervullen van de functie van zorgkantoor. De inschrijvingen worden beoordeeld op prijs én kwaliteit. Op deze manier vloeit bij iedere concessie een deel van de doelmatigheidswinst terug naar de AWBZ-kas. Dit draagt bij aan de kostenbeheering van de AWBZ op macro-niveau.

Het zorgkantoor loopt niet alleen risico op het beheersbudget zoals nu het geval is, maar ook op een deel van het verstrekkingenbudget. Tijdens de concessieperiode is de doelmatigheidswinst, maar ook een eventueel verlies als gevolg van te geringe doelmatigheid, binnen een bepaalde bandbreedte voor rekening van de partij die het zorgkantoor uitvoert. Buiten de bandbreedte gelden afspraken over verevening en nacalculatie door de overheid. Het risico kan bij een volgende concessieverlening, als ervaring is opgedaan met het systeem, worden opgevoerd. Daarnaast moet een bonus-malus regeling worden ingevoerd op basis van benchmarkgegevens, die – zeker in de overgangsfase – een belangrijke aanvullende prikkel vormt voor de zorgkantoren. Na evaluatie van het systeem moet worden bezien welke prikkel uitbreiding behoeft.

5.4 Zorgkantoren en indicatiestelling

De indicatiestelling is van groot belang voor een goed functioneren van de AWBZ. Bij de indicatiestelling wordt verzekerden feitelijk toegang gegeven tot de AWBZ. De indicatiestelling in de AWBZ krijgt naar de mening van de werkgroep in de beleidsdiscussie op dit moment niet de aandacht die het verdient, doordat als gevolg van de aanbodsturing de verzekeringsrechten vaak niet worden geëffectueerd. Met de lopende juridische procedures groeit de aandacht en betekenis van de indicatiestelling. Bij vraagsturing geldt dit nog in versterkte mate, omdat indicaties op een transparante wijze moeten kunnen worden omgezet in budgetten. Bovendien is het bij vraagsturing van nog groter belang dan thans dat de indicatiestelling ruimte laat voor invulling van de zorg door verschillende aanbieders. De indicatiestelling dient professioneel en onafhankelijk, los van belangen bij zorgkantoor of aanbieders, plaats te vinden. Er moet sprake zijn van rechtsgelijkheid: indicaties voor gelijke gevallen mogen niet verschillen.

De indicatiestelling is daarnaast bepalend voor de zorginkoop door het zorgkantoor. Verkeerd indicatiergedrag leidt in elk systeem tot budgetperikelen, in dit geval bij het zorgkantoor. Tijdens de consultatiebijeenkomsten is de werkgroep meermalen geweest op de nog niet optimaal functionerende indicatiestelling op dit moment (zie ook hoofdstuk 2). De werkgroep ziet twee belangrijke verbeterpunten bij de indicatiestelling in relatie tot de zorgkantoren:

1. Flexibele indicatiestelling

Een meer flexibele/ functionele indicatiestelling wil zeggen: indicatie uitgedrukt in te leveren dienst in plaats van naar type aanbieder. Dit is van belang voor de zorginkoop door het zorgkantoor en door individuele verzekerden met een persoonsgebonden budget.

2. Onafhankelijkheid indicatiestelling

De onafhankelijkheid van de indicatiestelling moet worden vergroot. De spanning die thans optreedt tussen het zorgkantoor en het regionale indicatieorgaan maakt duidelijk dat hier sprake is van een broze relatie. De werkgroep acht het, met inachtneming van de onafhankelijkheid van het indicatieorgaan, van belang dat het zorgkantoor de indicatieorganen in de regio en de verantwoordelijken voor deze organen (gemeente, ministerie van VWS, toezichthouder) regelmatig een zakelijke terugkoppeling geeft over de ervaringen met de indicatiestelling.

Vanuit het perspectief van de vrager is het verder van belang dat de rechtsgelijkheid wordt vergroot: indicaties voor gelijke gevallen mogen niet verschillen. Dit kan worden bereikt door protocollering, visitatie, jurisprudentie en goed toezicht.

6 ROL OVERHEID BIJ VRAAGSTURING

6.1 Hoofdogaven overheid

De omslag van aanbodsturing naar vraagsturing confronteert de overheid met tal van vraagstukken die om een oplossing vragen. De meeste van deze vragen zijn terug te voeren tot drie hoofdogaven:

- Zorgen voor een goede ordening van de sector;
- Nieuwe instrumenten voor budgetbeheersing aanbrengen;
- Aanpassen van wet- en regelgeving.

Deze onderwerpen zijn deels al aan de orde gekomen in eerdere hoofdstukken, vanuit het perspectief van de verzekerde, de aanbieders en de zorgkantoren. Dit hoofdstuk gaat in op deze hoofdogaven vanuit het perspectief van de overheid.

6.2 Aanpassen van wet- en regelgeving

Om de voorstellen van de werkgroep in te voeren is aanpassing van bestaande wet- en regelgeving nodig. Het gaat om ingrijpende aanpassingen. Om het zorgkantoor en de verzekerde die met een persoonsgebonden budget zelf zijn zorg in wil kopen, een goede uitgangspositie te geven bij de zorginkoop en nieuwe initiatieven bij aanbieders te stimuleren is een substantiële deregulering nodig. De concreet benodigde wijzigingen zijn natuurlijk afhankelijk van het gekozen invoeringstraject. Zonder uitpuddend te willen zijn, kunnen als belangrijke benodigde wijzigingen worden aangegeven:

- *persoonsgebonden budget als aanspraak in de AWBZ*, hiervoor is wijziging van de AWBZ nodig om ten algemene het persoonsgebonden budget als aanspraak mogelijk te maken, en daarna sector voor sector bij algemene maatregel van bestuur;
- *mandatering van verzekeraars aan het zorgkantoor vervalt*, hiervoor is geen wetswijziging nodig, bij aanbesteding wordt vrijwillige mandatering verzekeraars overbodig. Positie zorgkantoren wettelijk vastleggen.
- *afschaffen contracteerplicht*, kan sector voor sector bij algemene maatregel van bestuur;
- *functionele omschrijving aanspraken*, is ten algemene al mogelijk in de AWBZ en is al toegepast in de revalidatie. Kan verder sector voor sector bij algemene maatregel van bestuur.
- *planning bouw/ capaciteit loslaten*, de aangepaste Wet ziekenhuisvoorzieningen (het wetsvoorstel Wet exploitatie zorginstellingen) biedt de mogelijkheid hiertoe.
- *huidige toelatingseisen loslaten, voor zorgaanbieders minimumeisen aan de kwaliteit van de zorg stellen* voor instellingen geldt dat met het invoeren van de Wet exploitatie zorginstellingen de huidige toelatingseisen vervallen. Voor huidige beperking in instroom individuele zorgaanbieders dient de numerus-fixus te vervallen, dit kan sector voor sector. De

kwaliteitswetgeving is automatisch van toepassing. Voor delen van de hulp moeten hierop dan uitzonderingen worden gemaakt.

6.3 Zorgen voor een goede ordening

Het creëren van een level playing field, ofwel gelijke concurrentieverhoudingen, is de sleutel voor een goede ordening. Het gaat om regulering van marktverhoudingen. Dit betreft de verhoudingen tussen vraag en aanbod, maar ook de verhoudingen tussen marktpartijen aan zowel de aanbod- als de vraagzijde. De gewenste marktverhoudingen kunnen niet van de ene op de andere dag worden gerealiseerd. Het vraagt een periode van omvorming, waarbij een evenwicht moet worden gevonden tussen loslaten en corrigeren. Loslaten betekent ruimte geven om nieuwe initiatieven daadwerkelijk te laten ontstaan. Nieuwe initiatieven zullen zich in het begin vooral op de meest interessante niches richten ('cherry picking'). Dat is niet erg en zelfs van belang zodat nieuwe initiatieven een plaats kunnen verwerven naast de veelal grote bestaande aanbieders. Corrigeren is pas nodig als er sprake is van misbruik van machtsposities vanuit bestaande instellingen en als er ongewenste effecten optreden, zoals het ontstaan van beunhazerij.

Naast structuurbeleid waarin toetreding van nieuwe aanbieders en het verruimen van de mogelijkheden voor bestaande aanbieders mogelijk wordt, is het toezicht van belang. Meer vrijheid voor private partijen betekent in een publiek gefinancierde sector automatisch een groter belang van het toezicht. Hoofdtaken van toezicht zijn controleren, corrigeren en het vergroten van de transparantie in de sector. Daarbij gaat het om beoordeling op zowel rechtmatigheid, kwaliteit als mededingingsaspecten. Het huidige toezicht in de AWBZ is nogal versnipperd. De organisatie van het toezicht verdient daarom aandacht.

6.4 Instrumenten voor budgetbeheersing

Omdat de AWBZ wordt gefinancierd uit collectieve middelen (en dus niet via het marktmechanisme) is het van belang dat de budgettaire beheersbaarheid gegarandeerd blijft. Dit geldt eens te meer waar de AWBZ de gevolgen van de vergrijzing duidelijk zal ondervinden.

Budgettaire effecten van vraagsturing

Invoering van vraagsturing heeft naar verwachting de volgende effecten op de uitgaven aan de AWBZ:

- kostenstijgend effect door vermindering van wachtlijsten;
- kostenstijgend effect door een groter beroep op de AWBZ vanuit de hogere inkomensgroepen (aanzuigende werking);
- kostenstijgend effect als gevolg van hogere transactiekosten (individuele budgetten en individueel geormerkte budgetten brengen administratief extra kosten met zich mee);
- kostendrukkend effect door de grotere doelmatigheid.

Ter toelichting, de budgetstijging als gevolg van *verkorting van wachtlijsten* is een logische consequentie van het feit dat wachtlijsten maatschappelijk niet langer als aanvaardbaar worden beschouwd. Oplossen van wachtlijsten kost geld, ongeacht de wijze van sturing. De werkgroep

denkt dat met vraagsturing de wachtlijsten effectief kunnen worden opgelost. Verzekerden krijgen immers de mogelijkheid desgewenst zelf zorg en hulp in te kopen en de capaciteit van het aanbod wordt tegelijkertijd sterk verruimd. Vermindering van de wachtlijsten heeft zijn weerslag op de kosten van de zorg.

Ook vanuit verzekerden met *hogere inkomens* zal een groter beroep worden gedaan op de AWBZ (aanzuigende werking). Mensen met hogere inkomens kunnen persoonsgebonden budgetten inzetten in combinatie met eigen middelen. Mede door de inkomensafhankelijke eigen bijdrage en de beperkte keuze in het aanbod via het zorgkantoor kiezen veel verzekerden met hogere inkomens er nu voor zelf in de benodigde hulp en zorg te voorzien. Zij kiezen ervoor zelf meer bij te dragen in ruil voor een beter voorzieningenniveau. Deze uitgaven zijn wel (vanaf een grens) fiscaal aftrekbaar. In een systeem waar persoonsgebonden budgetten breed worden ingevoerd zullen mensen met een hoger inkomen in die situatie een persoonsgebonden budget aanvragen (tegenover de betaalde eigen bijdrage wordt een persoonsgebonden budget ontvangen). Het grotere beroep van hogere inkomens op de AWBZ kan een - per saldo - kostenstijgend effect met zich meebrengen (afhankelijk van aangevraagde persoonsgebonden budgetten, hoogte eigen bijdragen en het verminderd beroep op de fiscale aftrekmogelijkheden).

De verwachte toename van het beroep op de AWBZ als gevolg van de alsnog uitgeoefende rechten kan naar het oordeel van de werkgroep beheerst gebeuren door een gefaseerde invoering van vraagsturing (zie ook hoofdstuk 7 Invoering).

Het organiseren van inkoopkracht aan de vraagzijde, het toelaten van nieuwe aanbieders en de prikkels bij het zorgkantoor stimuleert de *doelmatigheid* in de AWBZ. De werkgroep verwacht substantiële doelmatigheidseffecten, zowel op het gebied van zorg als op het gebied van het vastgoed. De werkgroep verwacht niet dat deze doelmatigheidswinst zich direct zal vertalen in lagere uitgaven. In eerste aanleg zullen de doelmatigheidswinsten vooral gaan naar verbetering van kwaliteit van zorg. Goed inkoopgedrag zal er toe leiden dat de verzekerden meer waar voor hun toegekende budgetrechten zullen bedingen. Daarnaast zullen de bedrijfsmatig goed functionerende instellingen de doelmatigheidswinsten gebruiken om te investeren in het oplossen van knelpunten. Eén van die knelpunten is werven van goed personeel.

Uitgaande van een AWBZ met zorgkantoor, waarbij partijen inschrijven om de concessie te krijgen, zal de doelmatigheidswinst zich echter wel vertalen in lagere relatieve uitgaven na iedere afloop van de concessieperiode, als partijen opnieuw kunnen inschrijven voor uitvoering van het zorgkantoor. De hogere kosten als gevolg van het aanpakken van de wachtlijsten kunnen dan worden terugverdiend (doelmatigheidswinst inzetten voor volume).

Het invoeren van persoonsvolgende en persoonsgebonden budgetten *brengh administratief extra kosten* met zich mee. Het gaat dan om het bepalen van de individuele budgetten, het bijhouden van de uitgaven uit de budgetten etc. Een goed inzicht in de huidige omvang van de transactiekosten in de AWBZ ontbreekt. Wel zijn cijfers bekend over een deel van de transactiekosten: het totaal van de beheerskostenbudgetten van de zorgkantoren en het Centraal Administratiekantoor bedraagt voor het jaar 2000 f. 147,4 mln, ofwel 0,46 procent van de totale uitgaven aan de AWBZ (f 31.853,7 mln).

Nieuwe mechanismen voor budgetbeheersing in de AWBZ

Tot voor kort was de aanbodsturing een effectief instrument voor budgetbeheersing in de AWBZ. Met aanbodsturing is het mogelijk via de capaciteit en instellingsbudgetten het productievolume te sturen. De krappe capaciteit en de rigiditeit tussen de verschillende zorgvormen en sectoren hebben geleid tot de huidige wachtlijsten. De lopende rechtelijke procedures laten zien dat dit instrument voor budgetbeheersing onder druk staat. Bovendien is de doelmatigheid bij dit instrument onvoldoende zeker gesteld.

In een vraaggestuurde AWBZ benut de overheid andere mechanismen voor budgetbeheersing dan de huidige capaciteitsbeperking. Een belangrijk element is de budgettering van de zorgkantoren. Het totaal van de budgetten bepaalt – afgezien van omstandigheden waarin de overheid tekorten van het zorgkantoor op het budget moet aanvullen of afroemen – het totaal van de uitgaven aan de AWBZ. De budgetten zijn afhankelijk van de inschrijving door partijen: bij de inschrijving geven zij aan voor welk budget en onder welke voorwaarden (kwaliteitsaspecten) zij de AWBZ in de concessieperiode in een regio kunnen uitvoeren. Het normbudget zoals dat door de overheid wordt vastgesteld fungeert daarbij als richtsnoer. Zorgkantoren kunnen winst of verlies maken op de uitvoering van de AWBZ. Dit vormt een belangrijke prikkel om de AWBZ doelmatig uit te voeren. Door de concurrentie tussen partijen vloeit bij elke inschrijving een deel van de doelmatigheidswinst naar de overheid. Door vermindering van de toetredingseisen, het loslaten van de instellingsfinanciering, vergroten van de mogelijkheden voor bestaande aanbieders etc. kan het zorgkantoor ook daadwerkelijk beter zorg inkopen dan thans (betere prijs/kwaliteitsverhouding). De overheid kan daarnaast een regime van maximumprijzen hanteren, maar dit heeft ook een tegenkant. Het beteugelt de opwaartse druk van prijzen, maar bemoeilijkt neerwaartse bijstelling doordat aanbieders in de prijsvorming zich naar de maximumprijzen richten. Benchmarking en openbaarheid kunnen (al dan niet in aanvulling hierop) eveneens zeer effectief zijn.

Op deze manier stuurt de overheid meer indirect en meer lange termijn-gericht op beheersbaarheid door de *structuur van de AWBZ te verbeteren*. Desondanks kan het voorkomen dat op enig moment de beheersbaarheid van de uitgaven van de AWBZ onvoldoende wordt geacht. Het is dan aan de politiek om de aanspraken (inclusief de eigen bijdragen) in evenwicht te brengen met de gewenste kostenontwikkeling. In de overgangssituatie moet speciale aandacht worden gegeven aan de beheersbaarheid, omdat de nieuwe instrumenten voor budgettaire beheersing nog niet volledig zijn ingevoerd en de oude instrumenten worden verlaten. Dit vraagt om een zorgvuldige fasering en beperking van de budgettaire risico's, bijvoorbeeld door het persoonsgebonden budget in eerste instantie als subsidieregeling te handhaven.

7 Invoering

7.1 Belang invoeringstraject

In de vorige hoofdstukken zijn de aanbevelingen van de MDW-werkgroep weergegeven. Het gaat nadrukkelijk om een eindbeeld. De werkgroep realiseert zich dat dit eindbeeld niet op korte termijn kan worden bereikt, al is het alleen maar vanwege de benodigde aanpassingen van wet- en regelgeving. De invoering van vraagsturing met individuele budgetten, het toetreden van nieuwe aanbieders, het vergroten van de ruimte voor bestaande aanbieders en het adequaat toerusten van zorgkantoren vereisen bijvoorbeeld naar verwachting van de werkgroep een voorbereiding van meerdere jaren. Voor veel partijen in de AWBZ betekent de overgang van aanbodsturing naar vraagsturing een totale verandering in werkwijze.

Over de voorstellen die de werkgroep in de voorgaande hoofdstukken heeft gepresenteerd, kunnen afzonderlijke besluiten worden genomen. Bij de uitvoering moet voor de noodzakelijke samenhang worden gezorgd. Voordat bijvoorbeeld tot invoering van persoonsgebonden budgetten in een nieuwe sector of voor een nieuwe voorziening wordt overgegaan, dienen de voorwaarden voor integrale prijsvorming te zijn gerealiseerd. Samenhang is nodig om de overgang budgettair en organisatorisch beheerst te laten verlopen. De werkgroep denkt dit te bereiken door een gefaseerde invoering van de voorstellen, zoveel mogelijk synchroon op de drie onderdelen (persoonsgebonden budgetten, toelating van nieuwe aanbieders en vergroten van de ruimte voor bestaande aanbieders, prikkel zorgkantoren). Enige tempoverschillen zijn vermoedelijk onvermijdelijk en ook niet bezwaarlijk, zolang althans wordt toegewerkt naar een helder eindmodel.

7.2 Gefaseerde invoering

De werkgroep wil bij de invoering drie fasen onderscheiden. Deze kunnen als volgt worden getypeerd:

- voorbereidingsfase (fase 1)
- overgangsfase (fase 2)
- eindfase (fase 3).

Fase 1: voorbereidingsfase

In de voorbereidingsfase worden wet- en regelgeving aangepast en de betrokken instellingen (met name indicatieorganen, zorgkantoren en toezichthouders) zodanig toegerust dat zij hun nieuwe rol adequaat kunnen vervullen. Bij de start van de uitvoering moeten voldoende checks en balances zijn aan gebracht, zodat de vraagsturing op een beheerste manier kan worden geïntroduceerd. In de voorbereidingsfase moet ook duidelijk worden welke delen van de AWBZ-zorg uitgesloten worden van persoonsgebonden budgetten (alleen zorg in natura via persoonsvolgende budgetten). Het gaat daarbij in de ogen van de werkgroep om uitzonderingen, bijvoorbeeld gespecialiseerde unieke voorzieningen en patiënten met gedwongen opname. Systemen voor benchmarking worden ontwikkeld.

Het kan tenslotte niet zo zijn dat in de voorbereidingsfase acute knelpunten niet worden aangepakt. Het verdient aanbeveling om bestaand beleid dat past bij de vraagsturing te intensiveren. Een versoepelde toelating van de vastgoedaanbieders is bijvoorbeeld een eerste stap in het stimuleren van nieuwe initiatieven.

Fase 2: overgangsfase

In de overgangsfase wordt de vraagsturing stapsgewijs ingevoerd. Het is in deze fase van essentieel belang dat stappen worden gezet op alle drie terreinen tegelijk (persoonsgebonden budgetten, meer ruimte voor nieuwe en bestaande aanbieders en prikkels voor het zorgkantoor). De persoonsgebonden budgetten worden in de eerste stap ingevoerd in sectoren die zich daarvoor in eerste instantie het makkelijkst lenen (alle eenvoudig te specificeren extramurale zorg en hulp), in vervolgstappen in sectoren waar het mogelijk doch complexer is (tot aan meervoudige intramurale zorg). In de overgangsfase zijn persoonsgebonden budgetten nog vormgegeven door middel van een subsidieregeling. Nieuwe aanbieders kunnen vrijelijk hun diensten aanbieden zolang zij voldoen aan de minimumvereisten ten aanzien van kwaliteit van de zorg. De restricties met betrekking tot vastgoedbeheer verdwijnen om de drempel voor toetreding van nieuwe aanbieders in de zorg lager te maken (minder eigen geld nodig). Het zorgkantoor werkt in de overgangsfase op basis van een concessie die nog niet in concurrentie is aanbesteed. De concessie is in de overgangsfase verleend op basis van een contract, waarbij stapsgewijs financiële prikkels voor het zorgkantoor (bonusmalus, risico's verstrekkingenbudget) worden ingevoerd. De risico's voor de concessienemer op het verstrekkingenbudget zijn beperkt. De toezichtorganen zijn uitgerust voor hun taak en kunnen zo nodig bijsturen. Methoden van benchmarking worden systematisch toegepast.

Fase 3: eindfase

In de eindfase werkt het zorgkantoor op basis van een concessie die in concurrentie is aanbesteed. De zorgkantoren lopen in deze fase grotere risico's dan in de overgangsfase, waarbij naar een goede balans gezocht wordt tussen risico's bij het verstrekkingenbudget en het bonus-malussysteem. De persoonsgebonden budgetten zijn over de volle breedte van de AWBZ ingevoerd en zijn van subsidies in aanspraken omgezet. Voor de expliciet daarvan uitgesloten vormen van zorg worden alleen persoonsvolgende budgetten toegepast (zorg in natura). Voor nieuwe toetreders bestaan geen onnodige drempels meer. Bestaande aanbieders hebben meer ruimte om in te spelen op de wensen van de verzekerden, er gelden alleen minimumeisen voor de kwaliteit van zorg (niet voor hulp). De rijksoverheid treedt meer en meer in haar opdrachtgeverrol richting zorgkantoren, toezichthouders controleren en corrigeren daar waar nodig is.

Aflopen mandaat huidige zorgkantoren

Eind 2002 lopen de mandaten voor de huidige zorgkantoren af. Het aflopen van de mandaten zou een mooi moment zijn om de concessies voor de overgangsfase in te laten gaan. Dit lijkt niet haalbaar, omdat in 2002 naar verwachting nog niet alles gereed is voor het daadwerkelijk starten van de overgangsfase.

Dat neemt niet weg dat eind 2002 een goed moment is om te benutten. De overheid kan op dat moment het mandaat omzetten in een contract, vooruitlopend op de overgangsfase. Daarmee treedt de rijksoverheid in de rol van toekomstig concessiegever. Het contract is een signaal dat het bestaande zorgkantoor als potentiële concessienemer wordt gezien. De overheid kan echter afzien van omzetting van het mandaat in een contract als de prestaties van het betreffende zorgkantoor onder de maat zijn en er geen aanwijzingen zijn voor verbetering. De verzekeraar die de zorgkantoorfunctie uitoefent kan er zelf ook van af zien, als hij de functie van zorgkantoor in de toekomstige constellatie niet aantrekkelijk vindt.

De periode tussen omzetting van mandaat in contract en de start van de overgangsfase - naar verwachting 1 à 2 jaren - kunnen door concessiegever en concessienemer worden benut om het contract voor de overgangsperiode voor te bereiden. Daarbij gaat het onder andere om het vaststellen van richtbudgetten en het bepalen van de vergoedingen en risico's. Het zorgkantoor zal deze periode tevens benutten om contracten te sluiten met zorgaanbieders vooruitlopend op de overgangsperiode, rekening houdend met de gefaseerde invoering van persoonsgebonden en persoonsvolgende budgetten. Daarbij kan het zorgkantoor actief zoeken naar nieuwe aanbieders.

Tijdpad

Voor de voorbereidingsfase zijn naar verwachting 3 à 4 jaren nodig. De overgangsfase is onder andere een leerfase voor de concessiegever en concessienemer. Het verdient aanbeveling om hiervoor de nader vast te stellen concessieperiode te nemen (circa 5 jaren). De eindfase start met de verlening van de eerste concessie in concurrentie. Dit is dus 8 à 9 jaren na de start van de voorbereidingsfase.

BIJLAGEN

Bijlage 1	Taakopdracht
Bijlage 2	Samenstelling werkgroep
Bijlage 3	Overzicht van geconsulteerde personen en organisaties
Bijlage 4	Het zorggebruik in de AWBZ
Bijlage 5	Het werkgeverschap bij persoonsgebonden budgetten

Bijlage 1 Taakopdracht

De taakopdracht van de MDW-werkgroep AWBZ is op 24 juni aan de Tweede Kamer gezonden (Kamerstukken II, vergaderjaar 1998 – 1999, 24 036, nummer 131).

Inleiding

In het regeerakkoord wordt de modernisering van de AWBZ aangekondigd. Hiervoor is binnen VWS het project modernisering AWBZ opgestart. Dit project leidt tot een plan van aanpak, waarin het bestuurlijk kader wordt aangegeven hoe de AWBZ meer vraaggestuurd kan worden ingericht (sturingsconcept). Dit plan wordt gelijktijdig met deze startnotitie aan de Tweede Kamer gestuurd.

In het plan van aanpak MDW II (Brief van de Minister van Economische Zaken en de Minister van Justitie dd. 12 oktober 1998, kamerstukken II 1998-1999, 24 036, nr. 108) is aangegeven dat de AWBZ één van de zes velden is waarop een oriëntatiefase wordt uitgevoerd. De complexe relaties tussen partijen binnen de AWBZ, de gedetailleerdheid van de regelgeving en de schotten in de AWBZ en tussen de AWBZ en de overige compartimenten vormen belemmeringen om tot het zorgaanbod te komen dat goed aansluit bij de wensen van zorgvragers. Om goed te kunnen aansluiten bij het - bredere - VWS-moderniseringsproject en om tevens de specifieke MDW-werkwijze te benutten is ervoor gekozen het MDW-project te richten op een aantal concrete knelpunten die zich thans in de praktijk voordoen bij het voldoen aan de zorgvraag. Het MDW-project levert daarmee concrete bouwstenen voor het VWS-moderniseringsproject.

Er is in het kader van de oriëntatiefase van het MDW-project gekeken naar eventuele knelpunten op de volgende gebieden:

- *De nieuwe, vaak AWBZ-overschrijdende, initiatieven*
Op een aantal gebieden is een duidelijke behoefte ontstaan aan een andere, meer klantgerichte invulling van de zorg. Zo zijn er initiatieven gericht op de woonwensen van meer vermogende, zorgbehoevende ouderen en initiatieven voor kortdurende, doelgerichte geestelijke gezondheidszorg voor bijvoorbeeld stressklachten.
Het gaat dan vaak om activiteiten van AWBZ-instellingen in het derde compartiment (vrijwillige aanvullende verzekeringen). Biedt de huidige wet- en regelgeving instellingen voldoende ruimte om op de wensen van de klant in te spelen? En hoe verhouden deze initiatieven zich tot het in het project “Markt en Overheid” ontwikkelde toetsingskader?
- *De rol van de zorgkantoren ten opzichte van zorgaanbieders en -instellingen*
Welke taken moeten worden uitgevoerd ter stimulering van een meer vraaggerichte zorg? En op welke wijze kunnen in dit kader afspraken worden gemaakt over afstemming van het budget?
- *De mogelijkheden voor verdere stimulering van vraaggerichte zorg, door gebruik van persoonsgebonden budgetten (PGB's) en/of vouchers*
PGB's worden thans toegepast in de thuiszorg (extramurale verzorging en verpleging) en de gehandicaptenzorg (verstandelijk gehandicapten). Onder welke condities leiden deze instrumenten tot een zorgaanbod dat beter aansluit bij de vraag? Wat betekenen deze instrumenten voor de doelmatigheid en de budgettaire beheersbaarheid van de zorg? In

welke sectoren van de AWBZ kunnen deze instrumenten - gezien het voorgaande - worden toegepast?

Op basis van deze oriëntatiefase is gekomen tot onderstaande taakopdracht voor de adviesfase.

1. Knelpuntenanalyse

Voor het VWS-project modernisering AWBZ is in februari en maart 1999 een uitgebreide consultatieronde gehouden, in de vorm van rondetafelgesprekken met partijen uit het veld. Uit deze consultatieronde is een aantal signalen te destilleren die voor het MDW-project met name van belang zijn:

- De zorg in de AWBZ wordt algemeen beoordeeld als te weinig vraaggericht.
- Er is onvoldoende flexibiliteit om op de zorgvraag in te spelen. Dit komt mede door een gebrek aan transparantie en de financiële schotten tussen de verschillende (AWBZ-)sectoren.
- De zorgvrager heeft te weinig keuzevrijheid, bijvoorbeeld ten aanzien van de huisvesting. Dit geldt bijvoorbeeld voor verstandelijk gehandicapten en ouderen.
- In de AWBZ is er geen rechtstreekse relatie tussen de geleverde zorg en de betaling. De zorgaanbieder levert de zorg aan de afnemer, maar de zorgaanbieder wordt betaald uit de AWBZ-premies (via de eerste schijf van de inkomstenbelasting). Uit de consultatieronde komt naar voren dat het voor het realiseren van een meer vraaggestuurde zorg belangrijk wordt gevonden dat de zorgvrager de zorgaanbieder ook betaalt ('wie betaalt bepaalt'). De persoonsgebonden budgetten worden gezien als een belangrijk instrument hierbij. Maar in de praktijk zijn er nog veel problemen met de persoonsgebonden budgetten (zoals: wachtlijsten voor deze budgetten, oneerlijke bevoordeling van mensen met PGB, uitvoerbaarheid).
- De zorgkantoren moeten kunnen beschikken over instrumenten om de doelmatigheid van zorgaanbieders te kunnen bepalen. De overheid moet hiervoor instrumenten aanreiken zoals benchmarking, produkttypering en specifieke budgetverdeling. Daarnaast wordt het belangrijk gevonden dat zorgkantoren meer incentives krijgen.

In aanvulling op de consultatieronde voor het moderniseringsproject zijn voor het MDW-project een aantal gesprekken gevoerd ter verdieping en aanscherping van de probleemstelling. Er is onder meer gesproken met (organisaties van) zorgvragers en bestaande en nieuwe zorgaanbieders uit verschillende sectoren van de AWBZ, waaronder de thuiszorg, de ouderenzorg, de gehandicaptenzorg en de geestelijke gezondheidszorg. Daarnaast is een onderzoek verricht naar de klachten in deze sectoren (Dijk 12 beleidsonderzoek, Oriëntatie MDW II onderwerp AWBZ, klachten en vragen van burgers en zorginstellingen, rapport verschijnt juli 1999. Rapport zal aan Tweede Kamer worden gezonden).

De gevoerde gesprekken en het klachtenonderzoek geven een beeld van ervaren knelpunten en opvattingen over de huidige gang van zaken in de AWBZ. De belangrijkste punten uit de gesprekken en het onderzoek zijn hieronder weergegeven, gerangschikt naar de drie onderzochte deel-onderwerpen:

Nieuwe initiatieven

- De overheid zou in kaart moeten brengen welke marktverhoudingen ontstaan bij toetreding van nieuwe aanbieders, bijvoorbeeld in de geestelijke gezondheidszorg. Hebben de bestaande aanbieders mogelijk voordeel omdat zij (gedeeltelijk) publiek worden gefinancierd? Of hebben de nieuwe aanbieders juist voordeel omdat zij niet onderhevig zijn aan dezelfde regelgeving als de bestaande aanbieders?;
- Er vindt afroming plaats: de nieuwe aanbieders halen krenten uit de pap, de bestaande instellingen blijven met zwaardere gevallen zitten. Juist voor zwaardere gevallen zijn huidige

budgetten ontoereikend (vaak vast bedrag, onafhankelijk van zorgzwaarte). Bij verdeling van middelen rekening houden met zorgzwaarte. Echte doelgroepen komen nu vaak in het nauw omdat zij voor instellingen verliesgevend zijn. In de geestelijke gehandicaptenzorg worden nu bijvoorbeeld nog grote aantallen mensen opgesloten/vastgebonden, terwijl met meer zorg een vorm van deelname aan de samenleving mogelijk zou zijn;

- De toetreding van nieuwe aanbieders moet breder worden bekeken dan alleen de AWBZ. Ook aanpalende regelgeving is van belang voor de aansluiting tussen vraag en aanbod. Gewezen wordt op de WZV en WVG die de toelating van de instellingen, de prijsstelling bepalen, maar ook op de (afstemming met) voorzieningen op gemeentelijk niveau zoals de Wet voorzieningen gehandicapten en de Bijstandswet (bijzondere bijstand) en (afstemming met) de regelgeving op het gebied van wonen;
- Nieuwe aanbieders treden ook toe vanuit andere sectoren. Er zijn al samenwerkingsrelaties tussen zorginstellingen en woningbouwcorporaties. Gewezen wordt ook op relaties met andere terreinen zoals onderwijs (integratie verstandelijk gehandicapten in het reguliere onderwijs), sociale zekerheid (bijstand, arbeidsongeschiktheid, ziektewet, arbodiensten), ruimtelijke ordening (mogelijkheden voor vestiging van nieuwe aanbieders);
- De overheid wil nieuwe initiatieven stimuleren, maar belemmert ze ook. Zo mogen de middelen voor het zorgvernieuwingfonds bijvoorbeeld alleen aan zorg worden besteed en niet aan verbetering van de informatievoorziening;
- Het zorgkantoor werkt in sommige gevallen nieuwe initiatieven tegen. Het zorgkantoor is de grote verzekeraar in de regio, vaak is deze verzekeraar onderdeel van een conglomeraat. Het zorgkantoor kan hierdoor ook een eigen belang hebben bij het wel of niet doorgaan van een nieuw initiatief.

Persoonsgebonden budgetten (en vergelijkbare instrumenten zoals persoonsvolgende budgetten, vouchers, trekkingsrechten)

- Persoonsgebonden budgetten (PGB's) zijn een belangrijk instrument voor meer vraaggerichte zorg (vragers financieel middel in handen geven). De zorg wordt nu in feite alleen door aanbieders bepaald (AWBZ: ca. 27 mld.). PGB's zijn voor grotere groep toepasbaar.
- Belangrijke ontwikkeling is schaalvergroting bij de aanbieders. Daarnaast veel initiatieven tot samenwerking en netwerkvorming. In sommige sectoren van de AWBZ zijn monopolies ontstaan (bijv. Riagg Groningen-Drenthe). Schaalvergroting werkt door bij PGB's: er is vaak maar één aanbieder aanwezig, dus er valt weinig te kiezen tussen aanbieders (soms wel keuze tussen verschillende vormen van zorg bij de huidige aanbieder).
- Suggestie om ook per persoon te gaan administreren (indicatiestelling, verkregen zorg, verschil tussen indicatiestelling en verkregen zorg, wachtlijsten). Meer investeren in informatiesystemen, in sommige sectoren zoals de geestelijke gezondheidszorg en de gehandicaptenzorg worden hiervoor al initiatieven genomen.

Zorgkantoren

- Het zorgkantoor heeft weinig countervailing power ten opzichte van instellingen (contracteerplicht). Zorgkantoor heeft weinig instrumenten in handen, schaalvergroting bij aanbieders maakt onderhandelen lastig, ook de schaarste speelt een rol, zorgkantoor is vaak al blij als mensen ergens terecht kunnen;

- Zorgkantoor heeft ook weinig prikkels voor actieve invulling van zijn rol. Huidige concessieverlening is een paardemiddel. Er zijn meer genuanceerde prikkels nodig, genoemd worden benchmarking van zorgkantoren, afhankelijk van prestatie beheerskostenbudget korten of vergroten, actieve rol voor Raad van Advies van zorgkantoor stimuleren.

2. Taakopdracht

In dit MDW-project wordt gekeken naar een aantal concrete knelpunten die zich thans voordoen bij het streven naar een meer vraaggerichte zorg. Deze knelpunten zijn niet als zodanig aan de orde in het VWS-moderniseringsproject. Het gaat dan om de nieuwe, vaak AWBZ-overschrijdende initiatieven en het (mogelijke) gebruik van persoonsgebonden budgetten. Daarbij is het van belang - blijvend binnen het in het VWS-moderniseringsproject uitgezette kader - ook de mogelijke rol van de zorgkantoren als stimulator voor meer vraaggerichte zorg in de analyse te betrekken.

De MDW-werkgroep heeft tot taak:

1. Ten aanzien van de nieuwe ontwikkelingen te onderzoeken:

- wat de effecten hiervan zijn, zoals bij toetreding van nieuwe aanbieders, bij uitbreiding van het werkterrein van AWBZ-instellingen op andere terreinen (AWBZ-overschrijdende initiatieven);
- welke belemmeringen (potentiële) nieuwe aanbieders bij toetreding ervaren, welke rol speelt aanpalende regelgeving zoals de WZV en de WTG en de (afstemming met) gemeentelijke voorzieningen en de regelgeving ten aanzien van het wonen?;
- of er sprake is van een gelijk speelveld voor de verschillende aanbieders. Geldt bijvoorbeeld dezelfde regelgeving voor alle aanbieders en is er sprake van Markt en Overheid-problematiek?;
- hoe kan bij de verdeling van budgetten meer rekening worden gehouden met zorgzwaarte?

2. Systematisch te onderzoeken ten aanzien van instrumenten als persoonsgebonden budgetten, persoonsvolgende budgetten, vouchers of trekkingrechten:

- in welke mate deze kunnen bijdragen aan de doelmatigheid van de zorg en betere aansluiting van zorgaanbod bij de zorgvraag;
- welke voor- en nadelen aan deze instrumenten zijn verbonden, met aandacht voor budgettaire beheersbaarheid, mogelijkheden voor vereenvoudiging en vergroting van uitvoerbaarheid;
- hoe de instrumenten het meest effectief kunnen worden ingezet;
- wat de voor- en nadelen zijn van een integratie-tegemoetkoming (een soort persoonsgebonden budget welke niet alleen in de zorg toepasbaar is, maar ook voor aanpassing van de woning, bijzondere reiskosten etc.).

3. Ten aanzien van de zorgkantoren te onderzoeken

- welke rol zij kunnen spelen bij het verbeteren van de aansluiting tussen zorgvraag en zorgaanbod en bij de verbetering van de doelmatigheid en welke instrumenten hiervoor kunnen worden ontwikkeld;
- hoe de prikkels voor de zorgkantoren zodanig kunnen worden vormgegeven dat de rol van stimulator van meer doelmatige en vraaggerichte zorg en nieuwe initiatieven kan worden vergroot;
- of het wenselijk en mogelijk is per persoon de indicatiestelling en verkregen zorg te administreren en zo beter zicht te krijgen op de zorgcarrière van zorgvragers en onvoldane vraag/wachtlijsten.

Deze taakopdracht is afgestemd met de activiteiten die worden verricht in het kader van het VWS-moderniseringsproject zodat geen overlap van werkzaamheden ontstaat.

3. Praktische invulling

- De werkgroep wordt geleid door een onafhankelijk voorzitter en wordt gevormd door leden van EZ, Justitie, VWS, Financiën, SZW, VROM en BZK. Het secretariaat is in handen van VWS, EZ en Justitie;
- De werkgroep regelt zelf desgewenst betrokkenheid van externe deskundigen.

- Er zal nauwe afstemming plaatsvinden tussen het MDW-project AWBZ en het VWS-project modernisering AWBZ;
- De werkgroep start september, het rapport is gereed in april 2000, het kabinetsstandpunt en implementatieplan in mei 2000.

Bijlage 2 Samenstelling van de werkgroep

Voorzitter:

W. Etty

Leden:

Mw. drs. H.F.M.E. Bader

Ministerie van Binnenlandse Zaken en
Koninkrijksrelaties;

Ir. A.P.M. Bersee

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport;

Drs. M.R.P.M. Camps

Ministerie van Financiën;

Dr. F. van Dijk

Ministerie van Justitie;

Ing. M. Dijkstra

Ministerie van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening
en Milieubeheer;

Drs. C. Laan

Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid;

Drs. A. van Ravestein

Ministerie van Economische Zaken;

Plaatsvervangend leden:

Mw. drs. A. van Bers

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport;

Mw. drs. T.T. de Haas

Ministerie van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening
en Milieubeheer;

Drs. P. Hoekstra

Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid;

Mw. drs. A.J. Kamphuis

Ministerie van Financiën;

Secretariaat:

J.G. Breit

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Mevr. drs. E. Langeveld

Ministerie van Economische Zaken;

Mevr. drs. A. Storm

Ministerie van Justitie;

Drs. M.D.L. Veraart

Andersson Elffers Felix, Utrecht;

Bijlage 3 Overzicht van geconsulteerde personen en organisaties

<i>Naam</i>	<i>Organisatie</i>
J. van den Baard	Stichting Landelijke Patiënten- en Bewoners-Raden in de GGZ;
G. Bakker	Vereniging Werkverband Organisaties Chronisch Zieken (WOCZ);
Mevr. drs. A.W.T. Bellemakers	ervaringsdeskundige PGB;
H. Beltman	Stichting Philadelphia Zorg;
Mevr. A.W.H. Bertram	Ministerie VROM;
J. Blaas	GGZ Nederland;
J. Blom	Stichting Cagin Nederland;
Mevr. A. Bolsscher	Arcares, Vereniging voor verpleeghuiszorg;
Drs. I. Broomans	Branchebelang Thuiszorg Nederland;
F.A.N.M. Clevers	Landelijke Vereniging Thuiszorg (LVT);
P.C. Cremers	adviseur Ministerie VWS;
Drs. B. van Dalen	AEDES, Vereniging van woningscorporaties;
Drs. P. Divendal	WoonZorg Nederland;
P. van Dongen	Regionaal Patiënten- en Consumenten-Platform (RP/CP) Zuid Holland Noord;
K. van Drunen	Provinciaal Patiënten- en Consumentenplatform Utrecht, afd. chronisch zieken en gehandicapten;
Mevr. M.F.J.J. Elsenburg	ondernemer in de zorg;
J. Eijlders	Indicatie-orgaan Stichting Tot en Met in Amsterdam en Diemen;
dr. H. Hoogduin	Hoogduin, Schaap & Kladler, zelfstandig gevestigde psychologenpraktijk;
Drs. M.W.L. Hoppenbrouwers	Vereniging Zorgverzekeraars Nederland;
A.P.J. Höppener	H.C. Rümke Groep (inmiddels Altrecht);
M.J. de Jong	Federatie van Ouderverenigingen;
M.L. Kalshoven	Zorgkantoor Zuid-Holland Noord en Amstelland en de Meerlanden;
Drs. H. Kemps	Provinciale Raad voor de Volksgezondheid en Maatschappelijke Zorg in Noord Brabant;
Drs. R.G.H.G. Kerff	Faculteit Gezondheidswetenschappen van de Universiteit Maastricht;
H. Kevenaar	H.C. Rümke Groep (inmiddels Altrecht);
Mevr. I. W.A. Koomen	Zorgkantoor Zuid-Holland Noord en Amstelland

drs. S. Koytek	en de Meerlanden; KPMG, Bureau voor Economische Argumentatie;
Drs. R.IJ.M. Kuipers	Ministerie van SZW;
G. Leeftink	Thuiszorg Flevoland;
Mevr. W. de Leeuw	Vereniging Zorgverzekeraars Nederland;
Dr. P.A.H. van Lieshout	Ministerie VWS;
R. Meerhof	Nederlandse Patiënten/Consumentenfederatie (NP/CF);
M. Meijer	Landelijke Vereniging Indicatie-organen;
H.J. van der Moer	College voor Zorgverzekeringen;
Mevr. J. Neuteboom	Arcares, Vereniging voor verpleeghuiszorg;
Drs. E.A.H. Nolte	AEDES, Vereniging van woningcorporaties;
L. Putter	Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland;
W. Reedijk	AEDES, Vereniging van woningcorporaties;
Mevr. F. Rotmensen	Regionaal Patiënten- en Consumenten- Platform (RP/CP), Zwolle;
F. de Ruijter	Arbeidsvoorzieningen Rotterdam;
Mevr.mr. A.W.D. Saers	Per Saldo, Vereniging van budgethouders voor Hulp en hulpmiddelen;
Drs. R.L.J.M. Scheerder	College Tarieven Gezondheidszorg;
Dr. F.T. Schut	Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg, Erasmus Universiteit Rotterdam;
J. Schuyt	Woningcorporatie SCW;
E.E. Scipio	thuiszorgorganisatie Zorggroep Oost-Gelderland;
J. Singelenberg	Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (NIZW) Expertisecentrum Zorg en Welzijn;
Drs. D.M. Sluimers	Ministerie van Financiën;
J. van der Steur	College voor Zorgverzekeringen;
Mr. J.L.P.G. van Thiel	College voor Zorgverzekeringen;
T. Trompetter	RIO Gooi- en Vechtstreek;
Mr.drs. H.E. Trouw	Sociale Verzekeringsbank;
S. Valk RA	Stichting Parnassia Den Haag;
Drs. L.P.J.M. Vennemann	Slotervaartziekenhuis;
Mevr. E.M. van der Vorst	Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorgkantoor ZAO, Amsterdam;
Ambtelijke deskundigen	van de Ministeries van VWS, VROM, Financiën, EZ, Justitie en SZW.

BIJLAGE 4 Zorggebruik in de AWBZ**1. Zorggebruik in de geestelijke gezondheidszorg (1997)**

Een toenemend aantal mensen maakt gebruik van de professionele geestelijke gezondheidszorg. Van de totale uitgaven voor de geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en maatschappelijke opvang (totaal 6,1 mrd in 2000) wordt 86 % gefinancierd uit de AWBZ, 5 % door middel van eigen betalingen en 9 % door rechtstreekse betaling door de overheid. In de tabel is aangegeven hoe deze middelen over de onderscheiden zorginstellingen zijn verdeeld.

Zorggebruik in de GGZ

	Aantal gebruikers	Aantal Instellingen
Intramuraal		
Algemeen psychiatrische ziekenhuizen	19.370	49
Kinder- en jeugdpsychiatrische klinieken	830	21
Verslavingsklinieken	970	22
Justitiële TBS-klinieken	710	8
Psychiatrische afdeling algemeen/academisch ziekenhuis	1.638	65
Semi-muraal		
Beschermde woonvormen	5.400	49
Psychiatrische deeltijdbehandeling	10.020	65
Extramuraal		
Riagg	288.920	59
Cad	35.520	niet bekend
Polikliniek psychiatrische en algemene ziekenhuizen	105.000 ¹	65
Zelfstandig gevestigde psychiaters	42.000	niet bekend
Zelfstandig gevestigde psychotherapeuten	29.000	niet bekend
Totaal	539.378	383

Bron: Zorgnota 2000

¹ cijfers 1996

2. Zorggebruik in gehandicaptensector

De gehandicaptenzorg richt zich op mensen met een verstandelijke, lichamelijke of meervoudige handicap die zijn aangewezen op langdurige en specifieke vormen van zorg en ondersteuning. Er is een groep van circa 100.000 – 120.000 personen met een verstandelijke beperking; bij 30 à 40% van deze mensen is tevens sprake van meer of mindere psychische en/of gedragsproblemen. Ongeveer 60.000 mensen verblijven in intra/semi-murale woonvoorzieningen en dagverblijven. Ruim 6000 ernstig meervoudig en zintuiglijk gehandicapten verblijven in woonvormen en instituten en maken gebruik van activiteitencentra. Daarnaast zijn er in Nederland ruim 600.000 zelfstandig wonende mensen met ernstige lichamelijke beperkingen. Ongeveer 80% van deze groep is ouder dan 55 jaar. Voor

ondersteuning bij steeds terugkerende of dagelijkse verzorging doet deze groep een beroep op de thuiszorg. Tenslotte is er een omvangrijke groep mensen met een niet-ernstige beperking die in staat is zich zonder bijzondere voorzieningen op aanvaardbare wijze zelfstandig maatschappelijk in de lokale samenleving te handhaven. Voor deze categorie mensen is het belangrijk dat zij kunnen terugvallen op algemene voorzieningen op het terrein van (aangepaste) huisvesting, arbeid, onderwijs en openbaar vervoer. Er kan niet een absoluut onderscheid gemaakt worden tussen de bepaalde groepen, omdat de mate van zelfredzaamheid en zelfstandigheid, behalve door de aard en ernst van de beperking, tevens wordt bepaald door individuele omstandigheden en mogelijkheden die in de verschillende levensfasen sterk wisselen.

De gehandicaptenzorg kent een breed scala aan zorgaanbod voor mensen met een lichamelijke, zintuiglijke of verstandelijke handicap. De hieronder beschreven gehandicaptenzorg maakt deel uit van het aansprakenpakket van de AWBZ. In totaal is hiermee een bedrag gemoeid van ruim f 6 mld dat voor 91% gefinancierd wordt uit AWBZ premiegelden en voor 9% door middel van eigen betalingen en rechtstreekse overheidsbetalingen.

Categoriale voorzieningen voor mensen met een lichamelijke, zintuiglijke en/of verstandelijke handicap zijn globaal op te delen in intramurale, semimurale en ambulante voorzieningen. Tot de intramurale voorzieningen behoren de inrichtingen voor mensen met een verstandelijke handicap, de inrichtingen voor mensen met een zintuiglijke handicap (auditief en/of visueel) en de vier grote woonvormen voor mensen met een lichamelijke handicap. Ze zijn bedoeld voor mensen die intensieve verzorging, begeleiding of verpleging nodig hebben.

Zorggebruik gehandicaptenzorg 1998

	Verpleeg- of verzorgdagen	Aantal instellingen	Bezettingsgraad
Verstandelijk gehandicapten	11.633	129	100,0
Jeugdige licht verstandelijk gehandicapten	806	23	99,5
Meervoudig gehandicapten	450		99,9
Gezinsvervangende tehuizen gehandicapten	6.328	604	99,9
Dagverblijven verstandelijk gehandicapten/meervoudig	3.042	230	
Kinderdagverblijven gehandicapten/meervoudig	1.050	105	
Auditief gehandicapten	224 ¹	6	88,8
Visueel gehandicapten	86 ¹	6	48,8
Kleine woonvormen lichamelijk gehandicapten	561	71	100,0
Activiteitencentra lichamelijk gehandicapten	415	38	
Grote woonvormen	253	4	92,4

Bron: Zorgnota 2000

¹ 1997

3. Zorggebruik in de sector verpleging en verzorging

Het gaat bij de sector verpleging en verzorging (V&V) om een relatief snel groeiende vraag naar zorg. Die wordt veroorzaakt door het toenemend aantal ouderen en het feit dat de gemiddelde leeftijd steeds hoger wordt. Ouderen vormen daardoor (zowel absoluut als relatief) een steeds omvangrijker deel van de bevolking. Dit brengt specifieke zorgvragen met zich mee.

Capaciteit verpleeghuizen, dagbehandelingsplaatsen en intramurale capaciteit

	1998
--	-------------

Verpleeghuizen	
Somatisch	26.127
Psychogeriatrisch	30.613
Dagbehandelingsplaatsen	
Somatisch	2.078
Psychogeriatrisch	2.304
Verzorgingshuizen	113.970
Totaal	175.092

Bron: Zorgnota 2000

Er waren per 1 januari 1999:

40 somatische verpleeghuizen;

61 psychogeriatrische verpleeghuizen;

223 gecombineerde (somatische en psychogeriatrische) verpleeghuizen

De zorg komt ten goede aan ruim een half miljoen personen, van wie de meeste ouder dan 75 jaar zijn. De intramurale zorg komt voornamelijk ten goede aan personen die ouder zijn dan 80 jaar. Ongeveer de helft van de personen van 90 jaar en ouder verblijft in een verpleeghuis of verzorgingshuis.

Het gebruik van verzorgingshuizen

	1997
Aantal bewoners	111.719
Dagverzorging	8.888
Kortdurende opname	23.259

Bron: Zorgnota 2000

Er waren per 1 januari 1999 1.440 verzorgingshuizen sterk in grootte variërend.

Duur en gebruik van thuiszorg, 1998

	Realisatie 1998
Gemiddeld aantal cliënten per periode	313.201
Aantal cliënten per jaar	579.316
Gemiddeld aantal uren zorg per periode	7.337.213
Aantal uren zorg per jaar	56.383.765
Gemiddeld aantal uren zorg per cliënt per week	3,46

Bron: Zorgnota 2000

Het aantal personen dat is betrokken bij het leveren van zorg is aanzienlijk groter dan alleen de professionele zorgverleners. De mensen uit de sociale omgeving van de zorgvrager hebben zelf dikwijls al jarenlang in steeds grotere mate zorg geleverd, voordat aan professionele zorgverleners gevraagd werd de zorg van hen over te nemen. Ook zijn er talloze vrijwilligers, die een zinvolle taak vervullen aansluitend op de professionele zorgverleners. Juist de spankracht van de onderlinge menselijke relaties zorgt ervoor dat de voor de uitvoering van benodigde middelen van de AWBZ-zorg beperkt blijft tot ongeveer f 17 mld.

Uitgaven Verpleging en Verzorging (x f 1 mln)

	1998
Verpleeghuizen	6.016,6

De ontvoogding van de AWBZ

Verzorgingshuizen	5.771,1
Zorgvernieuwingsfonds ouderen	456,0
Thuiszorg	3.308,2
Persoonsgebonden budgetten	117,6
Totaal	15.669,5

Bron: Zorgnota 2000

De financiering van deze uitgaven geschiedt door middel van premies AWBZ (85%) en eigen bijdragen van de verzekerden (15%).

BIJLAGE 5 Het werkgeverschap bij persoonsgebonden budgetten

Een belangrijk element van de beoogde vraagsturing in de AWBZ betreft de keuze die de zorgvrager geboden wordt tussen zorg in natura, gebaseerd op een persoonsvolgend budget, en een persoonsgebonden budget nieuwe stijl. Waar de huidige persoonsgebonden budgetten in de AWBZ beperkt worden toegepast, zullen in de voorstellen van de werkgroep, AWBZ-breed persoonsgebonden en persoonsvolgende budgetten worden ingevoerd. Voor de zorg geldt dat minimum kwaliteitseisen aan aanbieders worden gesteld. Voor aanbieders van hulp gelden geen eisen.

Een persoonsgebonden budget nieuwe stijl kan besteed worden bij alle zorgaanbieders die aan bepaalde minimale kwaliteitseisen voldoen. Dit kunnen dus instellingen zijn, maar ook individuen. Als een zorgvrager een individuele zorgaanbieder contracteert zal in de regel sprake zijn van een dienstverband. De budgethouder wordt dan vanuit zijn rol van werkgever verantwoordelijk voor het inhouden van loonbelasting en de premies werknemersverzekering. Uitzonderd hiervan zijn dienstverbanden met huishoudpersoneel waarbij de arbeid op minder dan drie dagen per week wordt verricht.

Bij de huidige regeling voor persoonsgebonden budgetten blijkt deze inhoudingsplicht een behoorlijke administratieve belasting voor de budgethouders te zijn. Om de budgethouders te ontlasten werden op 1 januari 1996 zogenaamde *verenigingen van budgethouders* belast met de administratieve afhandeling, het uitbetalen van dienstverleners en het inhouden van premies en belastingen. Uit doelmatigheid en efficiëntieoverwegingen zijn per 1 januari 1998 deze taken overgeheveld naar de Sociale Verzekeringsbank (SVB). De administratieve afhandeling bleef echter een probleem.

De wijze van uitvoering door de SVB, in combinatie met onvolledig ingevulde formulieren door budgethouders, leidt regelmatig tot vertragingen bij de betaling van dienstverleners. Budgethouders, die formeel werkgever zijn, komen hierdoor in een lastig parket. Door hen gecontracteerde zorgaanbieders, van wie zij bovendien afhankelijk zijn, worden te laat uitbetaald. Een belangrijke oorzaak van de problemen is dat het aantal dagen waarop de dienstverlening in de praktijk plaatsvindt, af kan wijken van hetgeen contractueel is vastgelegd, en dat de feitelijke situatie bepalend is voor inhoudings- en premieplicht.

Een eenvoudige oplossing voor bovenstaande problematiek is er niet. Overwogen kan worden om de taken van de SVB neer te leggen bij het zorgkantoor. Door adequate voorlichting door het zorgkantoor en door het zorgkantoor namens, maar onder de verantwoordelijkheid van de budgethouder de administratieve verplichtingen te laten vervullen kan de administratieve lastendruk voor de budgethouder beperkt blijven. Door deze taak te financieren uit het beheersbudget waarover het zorgkantoor risicodragend is, kan het zorgkantoor geprikkeld worden om dit zo weinig mogelijk bureaucratisch vorm te geven. Dit sluit ook aan bij het feit dat het zorgkantoor het persoonsgebonden budget uit zijn zorgkostenbudget moet betalen. Een alternatief is om te zoeken naar manieren om de SVB prikkels te geven zijn taak doelmatiger uit te voeren. Het blijft hoe dan ook de budgethouder die verantwoordelijk is.

Dit laatste kan alleen voorkomen worden door het tussenschakelen van een organisatie die ook formeel de rol van werkgever en de administratieve belasting die daarmee samenhangt, overneemt. Dit komt neer op het tussenschakelen van een uitzendbureau-achtige organisatie. De budgethouder kan desgewenst wel nog zelf op zoek gaan naar een zorgaanbieder en meebeslissen over de inhoud van het dienstverband (c.q. over wanneer, waar en hoe welke zorg geleverd wordt). Juridisch wordt het uitzendbureau werkgever, en dus verantwoordelijk voor de administratieve afhandelingen. Nadeel hiervan is dat nieuwe bureaucratie geïntroduceerd wordt. Op basis van vrijwilligheid kan dit; als het systeem ertoe dwingt is het niet acceptabel.

Het probleem kan opgelost worden door het aanpassen van de arbeidsrechtelijke kaders. Dit zou bijvoorbeeld kunnen door marginale arbeidsrelaties tussen particulieren bij wet vrij te stellen van de inhoudingsplicht voor de loonheffing (lb/ph) en premieplicht voor de werknemersverzekeringen. Het probleem met werkgeverschap in de AWBZ zou daarmee zijn opgelost, omdat dit met name betrekking heeft op dergelijke kleine dienstverbanden (maar soms verspreid over een relatief groot aantal dagen). Omdat het zorgkantoor uit hoofde van zijn andere taken toch al bijhoudt hoe de persoonsgebonden budgetten besteed worden, blijft fiscale controle op individuele zorgaanbieders mogelijk.

Deze oplossing heeft ook nadelen. Tegenover de vrijstelling van de premieplicht werknemersverzekeringen staat dat er ook geen rechten worden opgebouwd. Dit impliceert een verzwakking van de arbeidsmarktpositie van de betreffende werknemers. Bovendien is het een uitholling van het draagvlak van de werknemersverzekeringen.