

*WVS*

Aan de Nederlandse Zorgautoriteit  
Postbus 3017  
3502 GA UTRECHT

Ons kenmerk  
Z/M-2728209

Inlichtingen bij  
H.J. van Kasteel

Doorkiesnummer  
070 340 7880

Den Haag  
07 NOV 2006  
Uw brief

Onderwerp  
verzoek uitvoeringstoets:  
overheveling zorgkantoortaken

Bijlage(n)  
1

### *Inleiding*

Op 9 juni 2006 heb ik de Tweede Kamer, namens het (vorige) kabinet, een brief gestuurd over de organisatie van de langdurige zorg en ondersteuning. In deze brief heeft het kabinet aangekondigd de aanwijzing zorgkantoren niet meer te verlengen zodat per 2009 de uitvoering van de AWBZ-taken bij de zorgverzekeraars komt te liggen. Uiteraard is het aan een volgend kabinet dit implementatietraject verder vorm te geven. Om, zodra een nieuw kabinet aantreedt, snel van start te kunnen gaan wil ik de komende maanden tot een nadere uitwerking komen. Aangezien een aantal punten van uitwerking raakt aan het takenpakket van de NZa verzoek ik u een uitvoeringstoets uit te brengen. Hierna ga ik eerst kort in op de context en achtergrond van de maatregel. Vervolgens licht ik de maatregel toe waarna ik mijn vragen aan de NZa voorleg.

### *Achtergrond en context overheveling AWBZ-taken*

Een probleempunt dat uit de analyses rond de AWBZ naar voren komt, betreft het gebrek aan financiële prikkels voor doelmatige uitvoering. Met de huidige zorgkantorconstructie is het onmogelijk financiële prikkels in combinatie met risicodragendheid in te voeren. Zoals in de brief van 9 juni 2006 staat aangegeven, is het gevolg hiervan dat de overheid in de praktijk een vrij zware rol heeft om vooraf in detailregels duidelijk te maken welke prestaties van zorgkantoren worden verwacht en achteraf te controleren of de regels zijn nageleefd. Hoewel deze aanpak de afgelopen jaren heeft geleid tot verbeteringen in de uitvoering - getuige de positieve beoordelingen van het functioneren van zorgkantoren in het toezicht - kan het ook verstarrend werken. Het is effectiever als de uitvoerder meer door de klant en minder door de overheid wordt aangespoord tot een doelmatige uitvoering en meer kwaliteit.

Daarnaast speelt een rol dat de constructie van zorgkantoren problematisch is gelet op het regionale ordeningsprincipe dat eraan ten grondslag ligt. Het zorgkantoor kan alleen contracten sluiten met zorginstellingen die zijn gevestigd in zijn regio, terwijl omgekeerd geldt dat de zorginstelling (per toelating) met één zorgkantoor zaken moet doen ook als deze instelling bovenregionaal of zelfs landelijk actief is. Het gevolg is dat de zorginkoop door het zorgkantoor steeds minder goed in verband is te brengen met de zorgbehoefte en wensen

VVFJ

van verzekerden "in de regio". De ontwikkeling van de zorginkoop door zorgkantoren stagneert daardoor wat niet in het belang is van de verzekerde.

Gelet op deze punten heeft het kabinet aangegeven de aanwijzing zorgkantoren per 2009 niet meer te verlengen zodat de individuele zorgverzekeraars de AWBZ voor hun eigen verzekerden gaan uitvoeren. De zorgverzekeraar kan zich onderscheiden door het bieden van een breed pakket aan zijn verzekerden ("geïntegreerde care-/curepolis"). Voor de klant betekent het dat deze in beginsel één aanspreekpunt heeft voor zowel de Zvw als de AWBZ. Kernelementen in de aanpak zijn de financiering via individuele zorgverzekeraars in plaats van centrale financiering (via het CAK BZ) en de afrekening van zorg op cliëntniveau. Dat zijn tevens voorwaarden voor het op termijn (deels) risicodragend maken voor de uitvoering van de AWBZ-zorg en het op termijn eventueel overhevelen van onderdelen van de AWBZ naar de Zvw. Overigens is de stap om op cliëntniveau te gaan afrekenen/declareren - los van welk financieringsstelsel dan ook - zinvol omdat de transparantie over de uitgaven in relatie tot de zorgverlening erdoor toeneemt.

De maatregel om AWBZ-taken naar zorgverzekeraars over te hevelen zie ik als een stap op weg naar een meer doelmatige uitvoering. Met het overhevelen van de taken alléén zijn we er niet. Het is zeker nodig zowel aan de vraagkant als aan de aanbodkant voort te gaan met de introductie van meer prikkels voor ondernemerschap. Om meer prikkels aan de vraagkant mogelijk te maken, zal er eerst een AWBZ-structuur moeten komen die daarvoor een solide basis kan zijn. Die basis ontstaat met de uitvoering door zorgverzekeraars.

#### *Marsroute overhevelen AWBZ-taken naar zorgverzekeraars*

Het overhevelen van de AWBZ-taken naar de zorgverzekeraars is een complexe maatregel. In een ambtelijke notitie van mijn ministerie is op hoofdlijnen in kaart gebracht welke stappen nodig zijn om deze maatregel per 2009 – de huidige aanwijzing van zorgkantoren loopt dan af - in te voeren. Uit deze rapportage die ik als bijlage heb bijgevoegd, blijkt dat er in relatief korte tijd erg veel moet gebeuren. Er zijn grofweg drie hoofdsporen te benoemen die tezamen de ruggengraat vormen van invoering van deze maatregel:

- 1) De organisatie van zorgcontractering moet veranderen en de financiering van de AWBZ-zorg moet worden aangepast (van centraal georganiseerd naar een budget per zorgverzekeraar).
- 2) Er zal per 2009 sprake moeten zijn van declaratieverkeer op individueel verzekerdeniveau.
- 3) Er moet in beeld worden gebracht welke systemen van toezicht en tarief- en prestatie-regulering en overige vormen van marktregulering het beste passen bij het model voor 2009.

Uitwerking van het laatste spoor ligt mede op de weg van de NZa. Uit oogpunt van kostenbeheersing en om te voorkomen dat in een volgende kabinetsperiode rechtstreeks ingrepen nodig zijn in de uitgaven (instellen van uitgavenplafonds), is een bijzonder aandachtspunt het maximaliseren van prikkels tot doelmatigheid<sup>1</sup>. Een mogelijkheid die het kabinet heeft genoemd in het kabinetsstandpunt, is om – zolang de zorgverzekeraars in de AWBZ beperkt risico lopen – via de bekostigingsregels prikkels voor ondernemerschap in te

<sup>1</sup> Uiteraard is ook een kwalitatief goede indicatiestelling door het Centrum Indicatiestelling Zorg mede bepalend voor de uitgaven aan zorg.

VVFJ

bouwen. Ook de wijze van bekostiging kan bijdragen aan meer doelmatigheid. Voor de extramurale zorg kunnen bijvoorbeeld – analoog aan de zorgzwaartepakketten in de intramurale zorg – zorgpakketten worden gedefinieerd als eenheid van bekostiging. Hierdoor hebben aanbieders niet langer een belang zo veel mogelijk zorguren te leveren, maar een belang om zo effectief en doelmatig mogelijk de klant te helpen.

Bij bovenstaande aanpak passen twee kanttekeningen. Om te beginnen zal tegelijk vanuit verschillende invalshoeken moeten worden gewerkt om de maatregel in te voeren. Hierop is een goede coördinatie en aansturing vanuit het departement nodig. De komende tijd zal nader worden bepaald hoe deze coördinatie/aansturing vorm zal krijgen. In de tweede plaats kan bij de overgang van zorgkantoren naar zorgverzekeraars dankbaar gebruik worden gemaakt van maatregelen die al in gang zijn gezet en waarvan de verdere uitwerking zonder vertraging voortgang moet houden. Erg belangrijk zijn in dit verband de invoering van prestatiebekostiging in de AWBZ in de vorm van zorgzwaartebekostiging (intramuraal), de ontwikkeling naar integrale tarieven inclusief kapitaallasten (per 2008) en het voornemen de contracteerplicht voor intramurale zorg af te schaffen (per 2009).

#### *Vraagstelling aan de NZa*

Om ervoor te zorgen dat de taken van zorgkantoren zo spoedig mogelijk kunnen worden overgeheveld, wil ik ervoor zorgen dat de eerste uitwerkingen op de genoemde drie sporen begin 2007 beschikbaar zijn. Het derde spoor – het zorgen voor de best passende systemen van toezicht en tarief- en prestatieregulering bij AWBZ-uitvoering door zorgverzekeraars – ligt op het terrein van de NZa. Daarom leg ik u de volgende vragen voor.

1. Graag verneem ik van u of de NZa naar aanleiding van de bijgevoegde notitie nog specifieke aandachtspunten, voordelen of risico's ziet die niet of onvoldoende zijn belicht. Bij eventuele risico's vraag ik u zoveel mogelijk aan te geven hoe deze zijn in te perken.
2. Verder vraag ik u een programma op te stellen voor de concrete zaken die de NZa in de periode van nu tot 2009 gaat aanpakken om ervoor te zorgen dat de taakoverheveling zoals beschreven in de bijgevoegde notitie op een verantwoorde manier kan plaatsvinden. Ik zou graag zien dat u daarbij prioriteit geeft aan de volgende punten:
  - De wijze waarop het toezicht op de zorgverzekeraars in de AWBZ per 2009 gestalte moet krijgen.
  - De mogelijkheden om in het kader van de bekostiging (prijs- en tariefregulering) maximaal prikkels in te bouwen tot doelmatigheid mede gelet op het voornoemde punt van uitgavenbeheersing. In de brief van 9 juni 2006 heeft het kabinet als een aanvullend instrument, de invoering van een vorm van maatstafconcurrentie onder de aanbieders, genoemd. Ik zou graag van u vernemen of een dergelijk instrument in de AWBZ kan worden ingevoerd en welke alternatieven daarvoor voor handen zijn. Ook zou ik graag van u vernemen of meer doelmatigheid mogelijk is door extramurale zorgpakketten te definiëren in plaats van de huidige prestaties per functie.
  - Overige maatregelen die u verwacht te nemen op het vlak van marktregulering en marktontwikkeling waaronder acties gericht op het bevorderen van de positie van de cliënt (transparantie, keuze-informatie etc.).

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Blad

4

Kenmerk

Z/M-2728209

VVFJ

*Afronding*

Ik verzoek u uw beantwoording van deze vragen begin februari 2007 af te ronden zodat in de volgende kabinetsperiode mede op basis daarvan snel voortgang kan worden geboekt. Zoals ik met uw medewerkers heb besproken, ga ik ervan uit dat u dit onderzoek kunt uitvoeren binnen uw huidige formatie en begrotingskader. Ten slotte stel ik voor dat over de voortgang regelmatig overleg plaatsvindt.

De Staatssecretaris van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport,



drs. Clémence Ross-van Dorp

**“Op weg naar AWBZ-uitvoering door zorgverzekeraars:  
de verzekerde als klant”**

Notitie van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport  
over de overheveling van AWBZ-taken naar de zorgverzekeraars

Oktober 2006

## Inhoudsopgave

1. Inleiding
2. Waarom deze maatregel, wat is het probleem?
3. Uitvoering AWBZ door zorgverzekeraars: de verzekerde als klant
  - 3.1 Uitgangspunten AWBZ per 2009 in het basismodel
  - 3.2 Uitvoeringsorganisatie en financiering
    - 3.2.1 Financiering via de zorgverzekeraar
    - 3.2.2 Ingroeimodel totstandkomen budget zorgverzekeraar AWBZ
    - 3.2.3 Zorginkoop en zorgtoewijzing
  - 3.3 Invoering informatie- en declaratiesysteem
  - 3.4 Overige aspecten
4. Meer prikkels voor ondernemerschap
5. Afronding

## 1. Inleiding

Het kabinetsstandpunt langdurige zorg kondigt aan dat het kabinet de huidige aanwijzing zorgkantoren in principe niet wil verlengen per 2009. Dat zou betekenen dat de constructie van zorgkantoren per 2009 komt te vervallen. Deze maatregel wordt genomen tegen de achtergrond van mogelijke overhevelingen op de langere termijn van AWBZ-zorgaanspraken naar andere domeinen (Zorgverzekeringswet (Zvw) en Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)). De keuze om de uitvoering van de AWBZ naar zorgverzekeraars over te doen, heeft te maken de urgentie om iets te doen aan de knelpunten in de huidige uitvoeringsconstructie die zich laat kenschetsen als een kruising tussen een verzekering en regionaal voorzieningenmodel die de ontwikkeling naar een meer marktgerichte oriëntatie in de weg staat. Omdat de AWBZ zeker nog de nodige jaren zal bestaan, is het belangrijk een aantal bestaande knelpunten op te lossen. Dit is mogelijk door de uitvoering bij verzekeraars te beleggen. Deze stap past binnen het perspectief voor de langere termijn (verdergaande overhevelingen, convergentie met de Zvw).

Uiteraard is van belang in technische en bestuurlijke zin een traject te ontwerpen om taken en bevoegdheden over te dragen naar zorgverzekeraars. Deze notitie werkt daartoe een "marsroute" op hoofdlijnen uit. Het doel is de verzekerde een veel centralere rol te geven. Daarom kent deze notitie de ondertitel "de verzekerde als klant". De zorgverzekeraar krijgt immers als opdracht de uitvoering te doen *voor zijn verzekerden (klanten)*. Het versterken van deze band tussen zorgverzekeraar en zijn klanten/verzekerden, is een belangrijke voorwaarde voor toekomstige ontwikkelingen in de AWBZ: door meer risicodragendheid naar meer doelmatigheid.

Deze notitie geeft, ten behoeve van het regeerakkoord voor de nieuwe kabinetsperiode, een uitwerking (op hoofdlijnen) van deze maatregel. Deze uitwerking vormt geen eindstation. Het model dat in deze notitie beschreven wordt, is een basismodel voor de uitvoering van de AWBZ door zorgverzekeraars. De insteek is eerst een basismodel uit te werken dat zoveel mogelijk aanhaakt bij de uitgangspunten van de bestaande AWBZ-uitvoering. Deze uitwerking staat in paragrafen 3. Voortbouwend op dit basismodel - in te voeren per 2009 - is het nodig vervolgens elementen van meer marktwerking en (financiële) prikkels voor een doelmatige uitvoering in te voeren. Daarover gaat paragraaf 4. De komende tijd zullen vele deelaspecten nader onder de loep moeten worden genomen.

## 2. Waarom deze maatregel, wat is het probleem?

De constructie met de zorgkantoren in de AWBZ is in 1998 tot stand gebracht met het oog op het realiseren van een concurrentievrije, regionale uitvoering in de AWBZ. Afgelopen jaar heeft de toezichthouder op de zorgverzekeringen een tweetal rapportages uitgebracht waaruit blijkt dat zorgkantoren op een adequate manier uitvoering geven aan de AWBZ. Dat werpt de vraag op waarom er toch een reorganisatie in de AWBZ moet plaatsvinden. De volgende argumenten zijn daarvoor aan te voeren:

### *Eerste stap om slimmere doelmatigheidsprikkels i.p.v. detailregels beter mogelijk te maken*

Het is met de huidige zorgkantorconstructie onmogelijk financiële prikkels in combinatie met risicodragendheid in te voeren. De afgelopen jaren zijn daarom verschillende maatregelen genomen om prestaties bij zorgkantoren op te voeren, o.a. via afspraken in het Convenant zorgkantoren. Ten eerste door de vereiste prestaties vooraf helderder te vast te leggen en er vervolgens achteraf toezicht op uit te oefenen. In de tweede plaats is door benchmarking, verantwoording en prestatiemeting veel gedaan aan het transparant maken van de kwaliteit van de uitvoering. Hoewel de genomen acties hebben geleid tot verbetering, zijn er ook nadelen. Om te beginnen impliceert deze aanpak een vrij zware rol van de overheid, die eerst duidelijk maakt, dan wel oplegt via detailregels, welke prestaties precies van zorgkantoren worden verwacht. Om vervolgens via toezicht de geleverde prestaties inzichtelijk te maken en zonodig bij te sturen. Innovaties in het veld kunnen dan moeilijker een plek veroveren (de overheid moet er namelijk eerst wat van vinden). Ook dreigt in het huidige model de stimulans voor de uitvoerder om "het beter te doen", vooral van de overheid te moeten komen. Een effectievere/directere beïnvloeding ontstaat, als een uitvoerder door de klant wordt aangespoord tot de meest optimale (doelmatige)

prestatie. Dit wordt versterkt als dit ook wordt gekoppeld aan een financiële prikkel voor de uitvoerder. De mogelijkheden daartoe worden in hoofdstuk 4 besproken.

#### *Verzekering en regio... dat gaat niet samen*

De regionalisering in de AWBZ staat op gespannen voet met het verzekeringskarakter van de AWBZ. De activiteiten van zorginstellingen in alle sectoren zijn door fusies echter al lang niet meer regionaal georiënteerd. Het gevolg is dat het zorgkantoor vaak contracten sluit met landelijke werkende zorginstellingen en daarmee in feite zorg financiert voor verzekerden die niet woonachtig zijn in zijn regio. Overigens zijn de zorgverzekeraars Zvw – de concessiehouders van zorgkantoren - ook al lang niet meer zo regionaal georiënteerd als tien jaar geleden. Sommigen van hen hebben de behoefte zich als AWBZ-verzekeraar voor al hun verzekerden te manifesteren. Deze ontwikkeling leidt ertoe dat de zorginkoop door het zorgkantoor steeds minder goed in verband is te brengen met de zorgbehoefte en wensen van verzekerden.

#### *Verantwoording over rechtmatigheid*

Tot slot is er nog een formele reden om de uitvoering bij zorgzorgverzekeraars te leggen. In de huidige AWBZ zijn de zorgverzekeraars al formeel verantwoordelijk voor de uitvoering. Door de uitvoering bij de zorgverzekeraars te leggen, dienen zij zich ook zelf te verantwoorden over de rechtmatigheid en doelmatigheid van de uitgaven in de AWBZ.

### **3. Uitvoering AWBZ door zorgverzekeraars: de verzekerde als klant**

Het uitgangspunt is per 2009 te regelen, dat de individuele verzekeraars zowel de Zvw als de AWBZ uitvoeren (zie kabinetsstandpunt van 9 juni 2006). In dit basismodel is de positie van de verzekerde *als klant* stevig verankerd. De kern van het verzekeringssysteem is dat de verzekerde, in ruil voor zijn inschrijving (en premiebetaling), rechten krijgt jegens zijn verzekeraar. Er is zodoende sprake van wederkerigheid in rechten en plichten. Het is dan helder dat de verzekerde direct zijn verzekeraar kan aanspreken voor de uitoefening van zijn AWBZ-rechten/aanspraken. Voor de wijze van uitvoering in dit basismodel is zoveel mogelijk aangehaakt bij het bestaande uitgangspunten in de AWBZ. In deze fase worden alleen de belangrijkste thema's van dit basismodel voor de uitvoering, op hoofdlijnen aangestipt. Deze thema's zullen in de komende tijd nadere uitwerking behoeven.

#### **3.1 Uitgangspunten AWBZ per 2009 in het basismodel**

Het basismodel sluit zo dicht mogelijk aan bij de huidige AWBZ. De uitgangspunten zijn daarom:

##### *AWBZ blijft een publiekrechtelijke verzekering*

Per 2009 blijft de AWBZ in het basismodel een publiekrechtelijke sociale verzekering. Dit betekent dat - net als nu - de AWBZ-verzekering van rechtswege tot stand komt, indien de burger voldoet aan de gestelde voorwaarden (ingezetenschap). Om dat recht tot gelding te brengen dient de verzekerde zich bij een AWBZ-verzekeraar in te schrijven. Daardoor blijft de situatie bestaan dat de AWBZ als publiekrechtelijke sociale verzekering en de Zvw als privaatrechtelijke sociale verzekering naast elkaar blijven bestaan. Vanwege dit onderscheid in vormgeving van beide verzekeringen is het uit juridische overwegingen – voorkomen van aanbestedingsplicht in de Zvw, voorkomen van uitvoering van een nevenbedrijf, scheiding van publiek en privaat verzekeringsbedrijf, niet van toepassing worden van Europese schaderichtlijnen – aan te raden dat de zorgverzekeraar Zvw en de zorgverzekeraar AWBZ in aparte rechtspersonen (binnen hetzelfde verzekeringsconcern) zijn ondergebracht.

##### *Zorgverzekeraars AWBZ hebben zorgplicht voor "eigen verzekerden" (in- en uitschrijving)*

De verzekerde schrijft zich in beginsel in bij zijn "eigen zorgverzekeraar" voor de AWBZ. Op de zorgverzekeraar AWBZ rust voor zijn eigen verzekerden de zorgplicht. Zoals hiervoor al is aangegeven, zal in de praktijk sprake zijn van een aparte rechtspersoon voor de Zvw en de AWBZ. Dit betekent dat de verzekerde zich dus bij verschillende rechtspersonen dient in te schrijven. In principe kan dat – door het aanvinken van een hokje op het inschrijfformulier - gecombineerd plaatsvinden als binnen het verzekeringsconcern zowel een Zvw-verzekeraar als een AWBZ-verzekeraar actief zijn. In het geval een zorgverzekeringsconcern besluit geen AWBZ-



verzekering aan te bieden, zal de verzekerde zich moeten inschrijven bij een andere AWBZ-verzekeraar.

*De wijze van premieheffing blijft ongewijzigd*

In het basismodel is per 2009 nog geen sprake van wijziging in de premiestructuur (vulling van het AFBZ door afdrachten van inkomensafhankelijke premies en rijksbijdrage). Deze aanpak betekent dat de AWBZ-zorgverzekeraar – net als nu het zorgkantoor – geen mogelijkheid heeft tot het binnenhalen van extra financiering via een nominale premie.

*Claimbeoordeling blijft in handen van het CIZ*

De claimbeoordeling blijft in het basismodel in handen van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ). Dit moet op een objectieve, betrouwbare en uniforme manier gebeuren.

### **3.2 Uitvoeringsorganisatie en financiering**

Het basismodel van uitvoering van de AWBZ door zorgverzekeraars ziet er – gelet op de hiervoor geformuleerde uitgangspunten - op hoofdlijnen als volgt uit.

#### **3.2.1 Financiering via zorgverzekeraar**

Het huidige financieringsmodel voor de AWBZ gaat uit van instellingsbudgettering en bevoorschotting. De zorginstellingen ontvangen nu van het Centraal Administratiekantoor Bijzondere Zorgkosten (CAK BZ), op geleide van een betalingsopdracht van de zorgkantoren, een maandelijks voorschot (1/12<sup>e</sup> deel van het budget). Het CAK BZ brengt de kosten rechtstreeks ten laste van het AFBZ. Zodra zorgverzekeraars de AWBZ zelf, en dus niet langer de zorgkantoren, voor hun eigen verzekerden gaan uitvoeren, is van belang dat kosten bij individuele verzekeraars in rekening worden gebracht. Om dit mogelijk te maken dienen zorgverzekeraars vanuit het AFBZ financiële middelen te ontvangen (daarover gaat de volgende paragraaf). Het CAK BZ blijft betrokken bij de uitvoering van de eigen bijdrageregelingen (met ingang van 1 januari 2008 voert het CAK BZ ook de intramurale eigen bijdrageregeling uit).

#### **3.2.2 Ingroeimodel totstandkomen budget zorgverzekeraar AWBZ**

Het budget van de zorgverzekeraar AWBZ kan in aanvang (2009) worden gebaseerd op de bestaande kosten die zijn verzekerden het jaar voorafgaand maken (historische kosten dus). Om de kosten van nieuwe instroom/zorgvraag te dekken, wordt het budget van de zorgverzekeraar AWBZ vervolgens bijgesteld op basis van de indicatiestelling (persoonsgerelateerd). Met de nieuwe instroom wordt aldus het historische budget in de loop der tijd geleidelijk vervangen door een budget op basis van de afgegeven indicaties. De verzekeraar wordt in dit model achteraf gecorrigeerd voor verschillen in het volume van de geïndiceerde en geleverde zorg.

Uit oogpunt van beheerste kostenontwikkeling in de AWBZ zijn er bij deze aanpak twee belangrijke randvoorwaarden. In de eerste plaats moet de indicatiestelling objectief en van hoge kwaliteit zijn. In de tweede plaats is een voorwaarde dat zorgverzekeraars een financiële prikkel hebben om de geïndiceerde zorg doelmatig in te kopen. Doelmatigheid betekent dat verzekeraars zowel op de prijs letten als op het door de zorginstelling te leveren type zorg binnen de randvoorwaarden van de indicatie, als op de kwaliteit van die zorg. Met het oog op dit laatste punt heeft het kabinet - zolang de zorgverzekeraars in de AWBZ nog beperkt risico lopen - in de brief van 9 juni 2006 aangegeven dat doelmatigheidsprikkels in deze overgangperiode op een andere wijze dienen te worden gerealiseerd. Hierbij heeft het kabinet, onder meer, de invoering van een vorm van maatstafconcurrentie, genoemd als een mogelijk aanvullend instrument. Het is nodig de komende tijd uit te zoeken of een dergelijk instrument of een alternatief daarvoor in de AWBZ mogelijk is en zo ja hoe en onder welke omstandigheden (zie hierover paragraaf 4).

#### **3.2.3 Zorginkoop en zorgtoewijzing**

Langs de hiervoor beschreven weg kan de verzekeraar beschikken over de benodigde (financiële) informatie voor de zorginkoop. Het is aan de verzekeraar voor zijn verzekerden een zo optimaal mogelijk zorgaanbod te contracteren (zowel qua volume en prijs als kwaliteit). Hierbij moet

worden opgemerkt dat de meeste verzekeraars zelf, of in concernverband, al via hun zorgkantoor ervaring hebben diverse aspecten van de inkoop van AWBZ-zorg.<sup>1</sup> In het kader van de zorgplicht heeft de zorgverzekeraar – net als nu het zorgkantoor – tot taak ervoor te zorgen dat verzekerden hun aanspraken kunnen verzilveren. Daarbij hoort de verantwoordelijkheid de geïndiceerde verzekerde aan passend zorgaanbod te helpen en de wachttijd zo kort mogelijk te houden. Daarnaast kan de zorgverzekeraar met behulp van de zorgtoewijzing de zorgvraag actief sturen in de richting van die zorgverleners die hij uit overwegingen van doelmatigheid en kwaliteit gecontracteerd heeft. De NZA zal erop toezien dat tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders geen arrangementen ontstaan waardoor delen van de markt feitelijk worden afgeschermd.

### **3.3 Invoering informatie- en declaratiesysteem**

In een situatie waarin de AWBZ wordt uitgevoerd door de zorgverzekeraars betaalt elke afzonderlijke zorgverzekeraar de instelling voor de verleende zorg aan zijn verzekerden. Dat vereist dat er op cliëntniveau een eenduidige relatie is tussen geleverde prestatie en de prijs daarvan. Dit kan worden gerealiseerd door de invoering van een vorm van elektronisch declaratieverkeer op cliëntniveau tussen de aanbieder en de verzekeraar. Om dit mogelijk te maken moet gekeken worden naar de tariefstructuur en de werkprocessen, administraties en software bij zorgverzekeraars en zorginstellingen. Ook moet een toets worden uitgevoerd op de privacyaspecten in relatie tot wetgeving op het terrein van de bescherming van persoonsgegevens.

### **3.4 Overige aspecten**

Andere aspecten die belangrijk zijn met het oog op de maatregel tot overheveling van zorgkantoor taken, zijn bijvoorbeeld de uitvoering van de PGB-regeling, de administratieve lasten en - zodra zorgverzekeraars financieel risico gaan dragen - de solvabiliteit. Deze aspecten moeten de komende tijd worden uitgewerkt.

## **4. Meer prikkels voor ondernemerschap**

In paragraaf 3 zijn de contouren geschetst van een basismodel voor de uitvoering van de AWBZ zonder zorgkantoren. Het is belangrijk zowel voor de verzekeraars als voor de zorgaanbieders meer prikkels voor ondernemerschap in te bouwen. In het verlengde van de uitkomsten van het IBO AWBZ, moet hierbij worden opgemerkt dat, gezien de structuurverschillen tussen de verschillende AWBZ- deelmakten (ouderenzorg, geestelijke gezondheidszorg en gehandicaptenzorg) de effectiviteit van de instrumenten zal kunnen verschillen. Er zal nog nader bestudeerd moeten worden welke deelmakten geschikt zijn voor bevordering van de doelmatigheid via hierna genoemde instrumenten.

### *Prikkels aan de 'aanbodkant'*

Wil er aan de aanbodkant een volwaardige markt ontstaan, waarop aanbieders op prijs en kwaliteit concurreren met elkaar, dan moet duidelijk zijn waarop zij concurreren. Daarvoor moeten de AWBZ-zorgproducten die zij leveren eenduidig benoemd worden. Voor de intramurale AWBZ-zorg worden zorgzwaartepakketten (ZZP's) ingevoerd. Ook voor de extramurale zorg kunnen – analoog aan de zorgzwaartepakketten in de intramurale zorg – zorgpakketten worden gedefinieerd als eenheid van bekostiging. Hierdoor hebben aanbieders ten opzichte van de huidige situatie een minder groot belang zo veel mogelijk zorguren te leveren, en meer belang om zo effectief en doelmatig mogelijk de klant te helpen.

Een stap die ook past in deze ontwikkeling naar prestatiebekostiging, is de aanbieder zelf verantwoordelijk maken voor de kapitaallasten. Dit betekent dat de aanbieder deze kapitaallasten op marktconforme wijze integraal opneemt in de prijzen die hij berekent voor zijn producten. Met deze maatregelen gaat de aanbieder het volledige risico van de eigen bedrijfsvoering dragen. Indien ook de contracteerplicht voor intramurale zorg (de verplichting dat de verzekeraar met elke toegelaten aanbieder een contract sluit en andersom) wordt afgeschaft, bestaat voor de

<sup>1</sup> Er zijn slechts enkele zorgverzekeraars, zoals ONVZ, Azivo, Fortis/ASR en PNO, die in het geheel geen binding hebben met een zorgkantoor en dus ook geen ervaring hebben met de AWBZ-uitvoering.

instelling geen afzet- of prijsgarantie meer. De afschaffing van de contracteerplicht wordt tegelijk met de overheveling van taken naar zorgverzekeraars (2009) ingevoerd.

#### *Prikkels aan de 'vraagkant'*

Ook aan de vraagkant (de zorgverzekeraars) kan de risicodragendheid worden verhoogd, mits de verzekeraars voldoende invloed krijgen om dit risico te beïnvloeden. Voor verdergaande risicodragendheid is nodig, dat tussen verzekeraars een 'level playing field' ontstaat via een betrouwbaar systeem van risicoverevening. Dit kan op termijn in combinatie met invoering van een nominale premie voor de AWBZ. Een risicovereveningssysteem moet voorkomen dat een verzekeraar slechte risico's probeert te weren, omdat hij daarvoor onvoldoende gecompenseerd wordt. Bij de opzet van een systeem van risicoverevening is kort gezegd het doel de correcties achteraf (nacalculatie), zoals omschreven in paragraaf 3, zoveel mogelijk af te bouwen ten gunste van ex ante verevening aan de hand van algemene voorspellers voor zorguitgaven. Aldus kan de mate van risicodragendheid van de zorgverzekeraar op volume en prijs geleidelijk toenemen. VWS heeft inmiddels een onderzoek uitgezet naar de mogelijkheden tot risicoverevening in de AWBZ. Ervaringen in de Ziekenfondswet en de Zvw leren, dat operationaliseren van een dergelijk vereveningsmodel, enkele jaren duurt, onder andere vanwege de vereiste betrouwbaarheid van de gegevens in het model.

Als in het kader van de hervorming van de AWBZ de risico's (zoals het incidentierisico of uitvoeringsrisico) voor de verzekeraars geleidelijk worden opgevoerd, kan dat tot gevolg hebben dat de uitvoering van de AWBZ onder de werkingssfeer van de Europese schaderichtlijnen komt te vallen. Gelet hierop is vroegtijdige afstemming met de Europese Commissie gewenst.

Met de beschreven ontwikkelingen in de AWBZ naar meer risicodragendheid aan de vraag- en aanbodkant schuift het model van de AWBZ dichter tegen het model van de Zvw aan. Een aantal belangrijke uitgangspunten komt dan overeen. De geschetste convergentie zou zelfs zover kunnen gaan, dat het logisch wordt om de AWBZ (of een deelmarkt daarvan), in de Zvw onder te brengen.

#### **5. Afronding**

Deze notitie brengt op hoofdlijnen in kaart wat er moet gebeuren om AWBZ per 2009 te laten uitvoeren door zorgverzekeraars. Een ding mag duidelijk zijn: dit is een majeure operatie. Er zal in korte tijd veel moeten gebeuren. Daar staat tegenover dat er ook een helder doel is: het versterken van de band tussen zorgverzekeraar AWBZ en de verzekerde als klant. In de huidige uitvoeringsconstructie is die relatie onhelder. Daarmee is een eerste stap gezet. Met de maatregel wordt bovendien een model neergezet waarin vervolgens meer prikkels voor ondernemerschap bij zorgverzekeraars kunnen worden ingebouwd. Per deelmarkt van de AWBZ zal bekeken moeten worden welke instrumenten hierbij effectief kunnen worden ingezet.

Deze notitie bouwt voort op de kabinetsbrief over de toekomst van de AWBZ die op 9 juni 2006 naar de Tweede Kamer is gestuurd en vormt een bouwsteen voor verdere besluitvorming over de toekomst van de AWBZ. Uiteraard is het aan een volgend kabinet deze maatregel te bevestigen en vervolgens te starten met de implementatie. De volgende punten moeten hiervoor nader worden uitgewerkt:

1. Zorginkoop/budgettenzorgverzekeraars - Zorgverzekeraars AWBZ hebben informatie nodig om per 2009 een start te maken met de zorginkoop. Ook moeten zij weten van welk (historisch) budget zij uit moeten gaan. Om dit te berekenen wordt over peiljaar 2007 (met correcties in 2008) in kaart gebracht wat de schadelast is van elke zorgverzekeraar AWBZ. Dit gebeurt door een scoring uit te voeren waarin per verzekerde en per verzekeraar de uitgaven in beeld komen.
2. Declaratieverkeer - Om vanaf 2009 te kunnen starten met declaratieverkeer zullen administraties bij zorgverzekeraars en zorginstellingen hiervoor geschikt worden gemaakt. Ook moeten hiervoor uitwisselingsstandaarden worden ontwikkeld en geïmplementeerd.
3. Wijziging in wet- en regelgeving - De AWBZ moet op enkele punten worden gewijzigd om te regelen dat zorgverzekeraars de AWBZ gaan uitvoeren.

4. Bezien moet worden welke systemen van toezicht en tarief- en prestatieregulering het beste passen bij het model voor 2009, inclusief mogelijkheden voor en consequenties van financiële prikkels voor verzekeraars (uitvoeringstoets NZa)