DE ONTVOOGDING VAN DE AWBZ

Samenvatting rapport commissie-Etty en kabinetsstandpunt 28 juni 2000

Utrecht, september 2000
Drs. J.P.J. Singelenberg,
Dhr. Singelenberg is thans hoofd Kenniscentrum Wonen-Zorg

Context

De modernisering van de AWBZ is een langdurig proces dat stapsgewijs verloopt.
Maar in het jaar 2000 lijkt er meer schot in de komen.
Nog in februari presenteerde staatssecretaris Vliegenthart de nota "Zicht op zorg" die door de Kamer en als te behoedzaam en te vaag werd beschouwd. Ook was er veel kritiek op de onduidelijke rol van de zorgkantoren. Afgesproken werd toen om het rapport van de commissie “Etty” af te wachten en in september met een bijgestelde beleidsnota te komen.
In juni werd dit rapport gepubliceerd en het bevat enkele flinke stappen voorwaarts. Opvallender nog is dat vrijwel direct daarop een kabinetsstandpunt volgde, dat het rapport in grote lijnen omarmt, maar wel vraagtekens zet bij het tempo van invoering.

Marktwerking, deregulering en wetgevingskwaliteit (MDW)

De ambtelijke commissie MDW onder voorzitterschap van het ministerie van Economische Zaken heeft tot taak om op diverse beleidsterreinen te komen met voorstellen voor meer marktwerking en minder regelgeving. Het lag voor de hand dat de AWBZ een van de *major issues* voor deze commissie zou zijn.
De periode waarin de MDW-werkgroep AWBZ onder voorzitterschap van Walter Etty van bureau AEF haar hoorzittingen hield viel samen met de geruchtmakende rechterlijke uitspraak waarin het recht van AWBZ-verzekerden op directe levering van geïndiceerde thuiszorg werd bevestigd.
De werkgroep karakteriseert het huidige AWBZ-stelsel als:

- Rigide en bevoogdend voor de burger
- Aanbodgestuurd en daardoor budgettair goed beheersbaar voor de overheid
- Bevat weinig prikkels voor doelmatigheid
- Komt onvoldoende tegemoet aan de maatschappelijke vraag

Invoering van vraagsturing

De werkgroep stelt voor om over de hele breedte de instrumenten PgB en PvB in te voeren.
De verzekerde dient de vrije keuze te krijgen uit:

- Persoonsvolgend budget: voor de verzekerde wordt een individueel budget vastgesteld dat door het zorgkantoor wordt beheerd. Het zorgkantoor koopt voor de verzekerde zorg in en betaalt de aanbieder uit het voor de verzekerde gereserveerde budget. De verzekerde kan desgewenst wisselen van aanbieder met behoud van budget. Alleen besteedbaar bij aanbieders waarmee het zorgkantoor een contract heeft gesloten. Feitelijk bestaat dit instrument thans nog niet.
- Persoonsgebonden budget: de verzekerde beschikt over een budget (in de vorm van een waardebon (*voucher)* of trekkingsrecht dat hij of zij kan verzilveren bij een aanbieder van zorg of hulp. In afwijking van het huidige PgB-systeem stelt de werkgroep voor om het recht op een PgB te verheffen tot AWBZ-aanspraak. In het huidige systeem is het PgB een subsidieregeling, dus op is op. Een aanspraak houdt in dat iedere verzekerde op grond van een indicatie recht heeft op een PgB.

De tweede voorgestelde vernieuwing is het onderscheid tussen een PgB-zorg, waarbij de zorgverlener die de cheque bij het zorgkantoor mag verzilveren aan bepaalde minimale kwaliteitseisen moet voldoen, en een PgB-hulp, dat in principe door iedere hulpverlener mag worden verzilverd. Huishoudelijke hulp bijvoorbeeld mag dus ook door een buurvrouw of neef worden geleverd.

Essentieel voor het slagen van een dergelijk vraaggestuurd stelsel is:

- De verzekerde moet inderdaad kunnen kiezen uit meerdere aanbieders, eventueel ook buiten de eigen regio. PgB-en zijn in het hele land geldig.
- De zorginstellingen ontvangen niet langer instellingsbudgetten maar zijn voor hun inkomsten geheel afhankelijk van bij hen te besteden PvB-en en PgB-en.

- Zorg moet in componenten (producten) kunnen worden opgeknipt, waarbij diverse producten bij verschillende aanbieders kunnen worden ingekocht.

Reactie van het kabinet (1)
Het kabinet stemt in hoofdzaak in met bovengenoemd voorstel.
Wel betwijfelt het kabinet of voor alle zorgtypen en behandelvormen een vrije keuze tussen PvB en PgB zinvol is. Sommige zorgtypen vereisen een zodanig specialistische behandeling dat een PgB niet zinvol is, zoals bijvoorbeeld autisme. In andere gevallen kan het opknippen van zorg in deelproducten ondoelmatig zijn met als voorbeeld opname in een APZ vanwege suïcidaliteit. Hiermee worden feitelijk de onderdelen van de schadesector benoemd die het dichtst tegen de cure-sector aanliggen.

De werkgroep schat dat een totale omschakeling op vraagsturing 8 tot 9 jaar in beslag zal nemen.
Het kabinet stemt hiermee in en kondigt de eerste concrete stappen aan tot en met 2003:
- Invoeren van productomschrijvingen, productprijzen en cliëntregistraties
- Opheffing van de verplichting voor het zorgkantoor om met alle zorgaanbieders in de regio contracten af te sluiten
- Verruiming van het toelatingsbeleid: nieuwe Wet Exploitatie Zorginstellingen
- Ontkoppeling vastgoedbezit van zorginstellingen: scheiding van wonen en zorg
- Invoering te beginnen bij de lichtere zorgvormen (thuiszorg, semi-murale zorg)

Dit betekent dat de onder staatssecretaris Terpstra na grote weerstand van de reguliere aanbieders weer ingetrokken invoering van de marktwerking in de thuiszorg, alsnog van start zal gaan.
Ook de gehandicaptenzorg zal als voorloper fungeren.

De bredere invoering van het PgB en in het bijzonder de benoeming van een PgB-hulp naast een PgB-zorg is voor het kabinet aanleiding om een studie te maken van samenvoeging van verschillende regelingen die het karakter hebben van een individuele tegemoetkoming in de kosten die voortvloeien uit een chronische ziekte of handicap:
- Persoonsgebonden Budget AWBZ (PgB)
- Wet Voorzieningen Gehandicapten (WVG)
- Bijzondere Bijstand (BB)
- Regeling Tegemoetkoming Onderhoudskosten Thuiswonende Gehandicapte Kinderen (TOG)

In het kader van in de nota-Wonen van VROM aangekondigde proefnemingen met een woonzorgvoucher zal ook de verhouding tot de huursubsidie onder de loep worden genomen.
(zie afzonderlijke IWZ-notitie over woonzorgvouchers).

Positie van het zorgkantoor
Het zorgkantoor krijgt in het rapport een belangrijke rol toebedeeld als beheerder van PvB-en en verstrekker van PgB-en. Het hoeft niet meer slaafs de AWBZ-miljarden te verdelen over de erkende zorgaanbieders in de regio, maar kan actief zorg gaan inkopen namens de verzekerden. De zogenaamde contracteerplicht gaat verdwijnen.
De 31 zorgkantoren krijgen dus een spilfunctie in het stelsel. Maar hoe worden zij op hun beurt geprikkeld om kwaliteit te leveren? Zij zijn immers ieder monopolist in hun eigen regio.
Zo moeten de zorgkantoren bijvoorbeeld op een juiste en transparante manier PgB-en vaststellen, waarvan de waarde rechtstreeks is afgeleid van een PvB. Zelfde indicatie, zelfde budget, zo moet het uitgangspunt luiden; dus niet allerlei willekeurige kortingen op PgB-en in vergelijking met naturazorg. Als blijkt dat veel verzekerden liever een PgB willen hebben dan een PvB, waarbij het zorgkantoor namens hen inkoopt, dan geeft dat te denken over de kwaliteit van de zorginkoop.

De werkgroep stelt voor om de concessie om zorgkantoor te mogen zijn openbaar aan te besteden voor een bepaalde periode, bijvoorbeeld vijf jaar. Dit geeft al een zekere prikkel om goed te presteren. De concessie gaat dus niet meer automatisch naar de grootste ziektekostenverzekeraar in de regio. Verder vindt de werkgroep dat de rol van zorgkantoor in beperkte mate risicodragend mag worden, dat wil zeggen dat bij goed beleid doelmatigheidswinst behaald kan worden. Dit doet denken aan het Amerikaanse model van managed care, waar men in de VS overigens weer ten dele op terug aan het komen is.
Een derde mogelijke prikkel is een benchmark-systeem, waarbij het best presterende zorgkantoor een bonus krijgt en het slechtst presterende een malus (korting).

Zorgaanbieders worden sociaal ondernemer
Ook de zorgaanbieders krijgen meer ruimte om als ondernemer op te treden en nieuwe markten te veroveren. Verpleeghuizen mogen bijvoorbeeld ook thuiszorg gaan aanbieden, mits deze de kwaliteitstoets kan doorstaan.
Zorgaanbieders moeten zich houden aan de Mededingingsregels en mogen geen prijs- of kwaliteitsafspraken met elkaar maken voor een hele sector. Zij kunnen een passend eigen vermogen opbouwen als risicoreserve. Vrij vertaald: zij gaan wat meer op woningcorporaties lijken.
Wat de werkgroep betreft kan de Wet Ziekenhuis Voorzieningen worden afgeschaft. Planning van capaciteit en bouwvoorschriften kunnen verdwijnen; het College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen verliest haar huidige functie. Het Bouwbesluit van VROM en de Kwaliteitswet van VWS zijn de eenvoudige hoekstenen die over blijven. Voor de rest moeten zorgaanbieders zelf uitmaken hoe zij de gewenste kwaliteit willen realiseren. Desgewenst kunnen zij het vastgoedbeheer geheel overdoen aan woningcorporaties. Maar zij kunnen ook zelf een vastgoedpoot behouden als ze dat willen.

Reactie van het kabinet (2)
Ook de voorstellen voor de nieuwe rol van het zorgkantoor worden door het kabinet in principe onderschreven, maar het kabinet schrikt er nog voor terug om het zorgkantoor tot risicodragende partij te maken. Dit zou betekenen dat de rijksoverheid zelf de budgetverantwoordelijkheid uit handen geeft. Een gedeelte van kostenoverschrijdingen komt echter toch weer bij de overheid terecht, omdat het zorgkantoor slechts gedeeltelijk risicodragend is. Het kabinet ziet dit nog niet helemaal voor zich.
Het schrikt met zoveel woorden terug voor "stelseldiscussies" en houdt daarom vast aan de huidige rechtspositie van zorgkantoren: uitvoeringsorganisaties die gemandateerd zijn door ziektekostenverzekeraars. Adviezen van de Landsadvocaat, de Nederlandse Mededingings Autoriteit en het College voor Zorgverzekeringen sterken het kabinet in de opvatting dat invoering van vraagsturing ook mogelijk is zonder de status van de zorgkantoren te wijzigen. De argwaan van de Tweede Kamer jegens de zorgkantoren hoopt het kabinet hiermee te hebben bezworen.
Op den duur kan het kabinet zich wel een vraaggestuurd stelsel voorstellen zonder zorgkantoren, maar in de huidige complexe overgangssituatie nog niet.
De band tussen zorgkantoor en zorgverzekeraar wordt dus niet doorgesneden en zorgkantoren worden geen zelfstandige concessiehouders. Kwaliteitsprikkels moeten worden gevonden in toezicht, visitatie en benchmarking.

Wat betreft de nieuwe rol van de zorgaanbieders volgt het kabinet in principe de werkgroep.
Inzake wonen en zorg vindt het kabinet dat inmiddels de weg openligt voor het realiseren van aangepaste woonruimte door woningcorporaties voor doelgroepen van zorg, en dat de woonzorgstimuleringsregeling deze ontwikkeling in voldoende mate faciliteert.
Zorginstellingen zouden alleen nog dat vastgoed in eigendom behoeven te houden dat als gevolg van specifieke zorgeisen zodanig niet-courant is, dat huren ondoelmatig zou zijn.

Invoeringstraject
De werkgroep MDW geeft de overheid een lijst mee van aan te passen wet- en regelgeving.
De werkgroep verwacht als gevolg van de invoering van vraagsturing een toename van het beroep op de AWBZ door burgers. Door het afschaffen van wachtlijsten en het invoeren van het recht op een PgB zullen meer mensen hun rechten gaan verzilveren.
Als de aanbodsturing - door het creëren van kunstmatige schaarste - wordt opgeheven zal er behoefte ontstaan aan nieuwe instrumenten van kostenbeheersing.
Belangrijke instrumenten zullen zijn: (inkomensafhankelijke) eigen bijdragen, beperking van aanspraken en budgettering van zorgkantoren.
Het jaar 2002, waarin de mandaten voor de huidige zorgkantoren aflopen, lijkt de werkgroep een mooi moment om nieuwe overgangscontracten te sluiten met de zorgkantoren. De noodzakelijke voorbereidingsfase is dan echter nog niet achter de rug. Het complete vraaggestuurde stelsel kan pas bij de eerste echte concessieverlening, vijf jaar later, dus omstreeks 2008, worden doorgevoerd.
Het kabinet wil zich nog niet vastleggen op dit tijdschema, maar wil wel in 2003 belangrijke stappen hebben gezet. Tot dan blijft het PgB in ieder geval nog een subsidieregeling in plaats van een aanspraak, omdat gevreesd wordt voor onbeheersbare kosten.