

Vergaderjaar 1999–2000

26 631

Modernisering AWBZ

Nr. 2

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 8 november 1999

In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ bleek bij onderstaande fracties behoefte te bestaan een aantal vragen ter beantwoording voor te leggen aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over haar brief van 25 augustus 1999 over zorgkantoren (VWS-99-1218).

De minister heeft deze vragen beantwoord bij brief van 4 november 1999. Vragen en antwoorden zijn hierna afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,
Essers

De griffier van de commissie,
Teunissen

¹ Samenstelling:

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

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

Vragen CDA-fractie

1

Wordt met deze brief vooruit gelopen op de implementatie van de nota «Zicht op Zorg» die nog door de Kamer behandeld moet worden? Waaruit zou uit deze gang van zaken nog kunnen worden opgemaakt dat nog belang wordt gehecht aan gemeen overleg met de Kamer?

In de nota Zicht op zorg schetsen we een gemoderniseerde uitvoering van de AWBZ. Daarbij is aangesloten op veranderingen die reeds eerder in gang zijn gezet. Eén van die ontwikkelingen betreft het zorgkantoor. Zo zijn met ingang van 1 januari 1998 zorgkantoren per WZV-regio aangewezen voor een periode van vier jaar. De regering bevestigt uitdrukkelijk de keuze voor een regiogebonden uitvoering van de AWBZ. De nota Zicht op zorg bouwt in haar verdeling van verantwoordelijkheden en bevoegdheden om een vernieuwde sturing in de uitvoering te krijgen voort op dit model van zorgkantoren.

Eerder is het College voor zorgverzekeringen (Cvz), toen nog de Ziekenfondsraad geheten, een uitvoeringstoets gevraagd over verschillende elementen die een rol spelen bij de regeling van zorgkantoren. In december 1998 heeft de Ziekenfondsraad een eerste rapport hierover uitgebracht waarin twee modaliteiten zijn geschetst voor de positionering van de zorgkantoren.

Het standpunt hierop waarover uw Kamer met de brief van 25 augustus 1999, kenmerk Z/VU-992101 is geïnformeerd, is tot stand gekomen in relatie tot de ontwikkeling van de voorstellen voor de modernisering uit de nota Zicht op zorg. Het standpunt is aan het Cvz gezonden om voortgang te kunnen maken met de vervolgvragen uit de uitvoeringstoets over de zorgkantoren.

Pas na het uitkomen van dit tweede rapport over de zorgkantoren zal het wetgevingstraject van start kunnen gaan. Er volgen in deze lijn van werken verschillende momenten van overleg met de Kamer, waarvan de behandeling van de nota Zicht op zorg de eerste is.

2

Kunt u aangeven hoe de positie van de zorgkantoren zoals die in de nota «Zicht op Zorg» voorgesteld wordt, zich verhoudt tot uw huidige voorstellen over de positionering van de zorgkantoren?

De nota Zicht op zorg concentreert zich op het sturingsvraagstuk in de AWBZ. In de voorgestelde sturing krijgt het zorgkantoor een actievere rol als onderhandelingspartner van de zorgaanbieders. In de voorstellen uit de nota wordt daarom met name aandacht geschonken aan het robuust maken van het zorgkantoor en aan het benodigde instrumentarium, opdat het zorgkantoor de doelstellingen uit de nota Zicht op zorg kan realiseren. Het vraagstuk van de positionering van de zorgkantoren staat in zekere zin op zichzelf. Het vloeit voort uit het eerdere principebesluit de AWBZ concurrentievrij en regiogebonden te doen uitvoeren, welk voornemen door dit kabinet is bekrachtigd. De uitvoeringstoets gericht aan de toenmalige Ziekenfondsraad sloot daarop aan.

Bij de ontwikkeling van de voorstellen voor de modernisering van de AWBZ is uiteraard rekening gehouden met het vraagstuk van de positionering van de zorgkantoren. Het standpunt over de positionering dat een reactie is op het eerste rapport van de uitvoeringstoets, moet dan ook gezien worden als aansluitend op de voorstellen uit de nota Zicht op zorg. Voor een nadere toelichting op de voorgestelde constructie verwijzen we naar het antwoord op vraag 3 van de PvdA-fractie inzake de nota Zicht op zorg.

3

Kunt u aangeven welke risico's in de uitvoeringspraktijk kunnen bestaan in de huidige regeling van verbindingkantoren?

De uitvoering van taken door de verbindingkantoren is op dit moment geregeld in het Administratiebesluit Bijzondere Ziektekostenverzekering. Het gaat daarin om administratieve taken. Verbindingkantoren zijn echter in de loop van de tijd steeds meer taken gaan uitvoeren voor de uitvoeringsorganen AWBZ (ziekenfondsen, particuliere ziektekostenverzekeraars en uitvoerende organen publiekrechtelijke ziektekostenregelingen). Ook is de taakuitvoering meer gepaard aan beleid, zoals in de zorg-op-maat-regelingen. Deze taakuitvoering door de verbindingkantoren vindt niet plaats op basis van wettelijke regeling, maar op basis van vrijwillig mandaat en machtiging. Het risico hierbij is dat een gewenste taakuitoefening niet kan worden afgedwongen. De nu voorgestelde regeling is te kenschetsen als een vorm van verplicht mandaat met een omschrijving van de gewenste taken.

4

De taken van het zorgkantoor zullen «bij of krachtens de wet» worden geregeld. Welke van de twee stelt u concreet voor? Zal bij de keuze voor regeling bij AmvB de voorhangprocedure worden gehanteerd?

De regeling van de positie van de zorgkantoren en de regeling van taken zal in onderlinge samenhang tot stand worden gebracht. Dat traject zal van start gaan zodra het Cvz het tweede rapport over de zorgkantoren in het kader van de gevraagde uitvoeringstoets heeft uitgebracht. Ik wil niet op dat rapport vooruit lopen en nu al een keuze tussen regeling bij of krachtens wet maken. De voorhangprocedure is alleen geregeld voor een Algemene maatregel van Bestuur waarmee de aard, inhoud en omvang van de zorg waar aanspraak op bestaat, wordt vastgesteld. Uitgangspunt is om bij het wetsvoorstel voor de regeling van de positie van het zorgkantoor ook op de regeling van taken van het zorgkantoor in te gaan.

5

Is de situatie denkbaar dat één zorgverzekeraar met de zorgkantoren van alle Wzv-regio's overeenkomsten moet gaan sluiten?

Het standpunt op de positionering van de zorgkantoren, dat nader is toegelicht in het antwoord op vraag 3 van de PvdA-fractie inzake de nota Zicht op zorg, houdt in dat een zorgverzekeraar met alle zorgkantoren die zijn aangewezen, een overeenkomst sluit. Dit verschilt overigens weinig van de huidige situatie waarin eveneens een zorgverzekeraar een mandaats- en machtigingsovereenkomst sluit met elk van de zorgkantoren. De vrijblijvendheid verdwijnt echter in de voorgestelde constructie.

6

U schrijft in de brief dat de zorgverzekeraars het met de zorgkantoren onderling eens moeten worden over de overeenkomsten. Is de situatie denkbaar dat één zorgkantoor met verschillende zorgverzekeraars verschillende afspraken maakt over de uit te voeren taken? Vindt u dat een wenselijke situatie? Wat is de gang van zaken bij een mogelijke conflictsituatie?

De zorgverzekeraars moeten het gezamenlijk eens worden over de overeenkomsten die zij met de zorgkantoren moeten sluiten. Het zal vanwege die gezamenlijke benadering niet mogelijk zijn, dat er op het niveau van de zorgkantoren inhoudelijke differentiatie ontstaat. Mede om

die reden is onderdeel van het voorstel dat de te sluiten overeenkomsten goedkeuring behoeven van de minister van VWS dan wel het Cvz. In het geval zich voorafgaand aan de realisatie van overeenkomsten conflicten voordoen, zijn de zorgverzekeraars aan te spreken op hun verantwoordelijkheid. Daarnaast behelst het voorstel dat de minister van VWS de bevoegdheid krijgt een zorgkantoor aan te wijzen indien de zorgverzekeraars gezamenlijk er niet in slagen een instantie als zodanig aan te wijzen.

7

Waarom kiest u voor een termijn van vier jaar waarvoor de aanwijzing en de overeenkomsten moeten gelden?

De termijn van vier jaren beschouwen we als voldoende ruim om als aangewezen instantie zich te bewijzen als effectief functionerend zorgkantoor. De periode van aanwijzing kan niet te kort van duur zijn vanwege de noodzakelijke regeling van werkzaamheden die het opereren als zorgkantoor met zich brengt. Na een termijn van vier jaren moet het mogelijk zijn een oordeel over het functioneren als zorgkantoor te vellen met het oog op continuering of beëindiging van de aanwijzing.

8

Wat gebeurt er wanneer na die termijn van vier jaar de zorgverzekeraars en het zorgkantoor niet tot hernieuwde overeenstemming kunnen komen? Is het dan mogelijk dat een andere zorgverzekeraar het zorgkantoor als het ware «overneemt», grijpt het ministerie c.q. het Cvz dan in?

De verantwoordelijkheid voor de aanwijzing van zorgkantoren voor een (nieuwe) termijn van vier jaren ligt bij de zorgverzekeraars. Overigens moet volgens de voorgestelde constructie de minister van VWS of het Cvz de aanwijzing goedkeuren. Als de zorgverzekeraars van mening zijn, dat een zorgkantoor de taken voor de AWBZ niet goed heeft uitgevoerd, moeten zij in gezamenlijkheid een andere instantie aanwijzen als zorgkantoor. Voor het geval dat de zorgverzekeraars er niet in slagen onderling tot overeenstemming te komen, moet de minister van VWS of het Cvz de bevoegdheid hebben een zorgkantoor aan te wijzen.

9

Wat betekent de trend van ketenvorming en het daarmee gepaard gaande reële risico van monopolisering voor de rol van het zorgkantoor?

We nemen aan dat in de vraag wordt bedoeld op de trend van ketenvorming en het risico van monopolisering aan de kant van de zorgaanbieders. We willen voorop stellen dat we die ketenvorming in de eerste plaats zien als uitdrukking van het belang dat zorgaanbieders hechten aan de aansluiting van de concrete zorg op de verschillende behoeften van de cliënt. Als de ketenvorming door voortgaande fusering tot monopolies leidt, behoeft dat op zich geen probleem te zijn. De vraag is immers of het zorgkantoor in staat zal zijn adequaat te onderhandelen met zorgaanbieders. Kennis en vaardigheden in dit traject zijn minstens zo van belang als de posities die partijen innemen. Ook met de voorgestelde verandering van instrumentarium uit de nota Zicht op zorg kan het zorgkantoor een zorgaanbieder, ook als deze een monopolist is, tot verandering van zijn beleid bewegen. Kernpunt hierbij is het verdwijnen van de plicht om met elke toegelaten zorgaanbieder een overeenkomst te sluiten. Strategisch handelen ten aanzien van de mogelijkheid dat nieuwe toetreders de zorg gaan leveren, sluit hierop aan. Overigens verwachten wij dat de huidige sectorgebonden monopolievorming op den duur zal worden ingehaald door de plannen voor de modernisering. Als AWBZ-brede functiegerichte aanspraken tot stand worden gebracht zoals in het plan

van aanpak voor de modernisering is voorzien, zal het in principe mogelijk zijn dat iedere toegelaten aanbieder de zorg als omschreven in de aanspraken, levert.

Uiteraard voorzover het zorgkantoor daartoe met de betreffende instelling een overeenkomst sluit. De basis voor mogelijk strategisch gedrag van de huidige monopolies is dan verdwenen.

Vragen fractie van GroenLinks

10

Welke argumenten liggen ten grondslag aan de keus voor het verbinden van de zorgkantoren aan de zorgverzekeraars uit het tweede compartiment? Wat is het oordeel van de bewindslieden over de geschetste modaliteiten door het College van zorgverzekeringen?

Het argument voor de verbinding tussen beide is de noodzakelijke samenhang in de zorg en de verzekering van het eerste en tweede compartiment. Verschillende vormen van zorg die geregeld zijn in één van de twee compartimenten, hebben in de uitvoeringspraktijk nauwe raakvlakken met zorg uit het andere compartiment. We denken hierbij ook aan compartimentsoverstijgende vormen van zorgvernieuwing. Voor een goede aansluiting van de zorg in de praktijk is het daarom verstandig dat er op een algemeen niveau een verbinding bestaat tussen de uitvoerders van de verzekeringen uit de beide compartimenten. Het heeft ook onze voorkeur om de inschrijving voor beide verzekeringen aan elkaar te blijven koppelen, zoals in de huidige situatie het geval is. Dat is inzichtelijk voor de verzekerden. Tenslotte vereist de uitvoering van de AWBZ die naast duidelijke verschillen ook overeenkomsten vertoont met de ziekenfondsverzekering, kennis en deskundigheid, zowel wat betreft de verzekering als de zorg. Deze zijn praktisch gezien aanwezig bij de zorgverzekeraars.

De modaliteit waarbij het zorgkantoor op wettelijke basis volledig verantwoordelijk is voor de uitvoering van de AWBZ heeft naar ons oordeel het voordeel van eenvoudige regeling. Het nadeel van die modaliteit daarentegen is dat de uitvoering van het eerste en tweede compartiment van zorg en verzekeringen volledig van elkaar worden gescheiden. Naar ons oordeel is de zorg noch de verzekeringsuitvoering daarmee gediend. De modaliteit waarbij de zorgverzekeraars verantwoordelijk blijven voor de AWBZ maar de uitvoering zoveel mogelijk laten plaatsvinden bij de zorgkantoren sluit naar ons oordeel beter aan op de vraagstukken van samenhang tussen de beide compartimenten. In het standpunt is op deze modaliteit aangesloten.

Wel worden door de voorgestelde constructie van nu onzekerheidsmarges in de taakuitoefening door de zorgkantoren weggenomen.

11

Kunnen de staatssecretaris en de minister van VWS aangeven hoe de positie van zorgkantoren die verbonden zijn met zorgverzekeraars uit het tweede compartiment samenhangt met de beleidsvisie over de modernisering van de AWBZ? Loopt de plaatsbepaling niet vooruit op de discussie over de modernisering?

Zoals in het antwoord op vraag 2 van de CDA-fractie is aangegeven, staat het vraagstuk van de positionering van de zorgkantoren in zekere zin op zichzelf. De kwestie zou ook zonder de moderniseringsvoorstellen van de nota Zicht op zorg aan de orde zijn geweest. De nota Zicht op zorg concentreert zich op het vraagstuk van de sturing in de AWBZ en bevat voornemens voor de verbetering daarvan. Centraal daarin staat het

robuust maken van het zorgkantoor en het aanpassen van het instrumentarium om de geschetste rol als zorgkantoor te kunnen waarmaken. Bij de standpuntbepaling op het eerste rapport van de uitvoeringstoets over zorgkantoren is uiteraard rekening gehouden met de voorstellen voor de modernisering van de AWBZ. Het standpunt over de positie van de zorgkantoren is voor het Cvz van belang voor het uitbrengen van de hem gevraagde uitvoeringstoets over de zorgkantoren. Het tot stand brengen van de wettelijk regeling van de zorgkantoren kan pas aanvangen nadat het tweede rapport hierover bekend is. De voorgestelde positionering zal zodoende in verschillende stadia van uitwerking in het overleg met de Kamer aan de orde zijn.

12

Op basis van welke criteria zal een zorgkantoor als zodanig worden aangewezen? Welke eisen zullen gesteld worden op basis waarvan goedkeuring verleend wordt? Op welke wijze zal goedkeuring verleend worden, wordt er ook gedacht aan een concessiestelsel of aan een systeem van aanbesteding?

Criteria voor de aanwijzing van zorgkantoren en de eisen voor de goedkeuring van de aanwijzing vormen onderdeel van de uitvoeringstoets die het Cvz is gevraagd over de zorgkantoren. We willen daar niet op vooruit lopen.

Het verlenen van goedkeuring aan de aanwijzing is in het standpunt geformuleerd als een bevoegdheid van de minister van VWS of het Cvz. Een keuze hierin komt aan de orde in het traject van wetgeving. Gelet op de wettelijke taak van het Cvz voor de toelating van ziekenfondsen, van uitvoeringsorganen AWBZ en van zorgaanbieders, is het opdragen van die taak aan het Cvz een reële mogelijkheid.

Het beoogd effect van aanwijzing dan wel van concessie is gelijk: uitvoering door bepaalde instanties met uitsluiting van andere. Waar sprake is van uitvoering van taken die voortvloeien uit een wet, ligt de term concessie minder voor de hand. Een regeling van vrije aanbesteding is niet aan de orde omdat we doelbewust kiezen voor een uitvoering van de AWBZ waarbij een samenhang blijft bestaan met de zorgverzekeraars uit het tweede compartiment met het oog op de benodigde kennis en deskundigheid. We willen daarnaast geen «markt» van uitvoerders in de AWBZ creëren.

13

In de brief wordt een termijn van vier jaar genoemd voor de geldigheid van de regeling die voorziet in de uitvoering van de taken. Waarom is voor deze termijn gekozen?

Zoals in het antwoord op vraag 7 van de fractie van het CDA is aangegeven is de gekozen termijn een middenweg. Een te korte termijn doet geen recht aan de opbouw en uitbouw van de organisatie die als zorgkantoor wil optreden. Een te lange termijn haalt het beoogd effect van een periodieke aanwijzing onderuit. We willen hierbij nog opmerken dat een beoordeling van het rechtmatig en doelmatig handelen van het zorgkantoor voorbehouden is aan de toezichthouder. Deze beoordeling moet continu aan de hand van de jaarlijkse verantwoording plaatsvinden.

14

Op welke wijze zal de «zwaardere rol van de zorgkantoren» effect hebben op de positionering van het zorgkantoor?

De «zwaardere rol van de zorgkantoren» is gekenschetst in het plan van aanpak voor de modernisering van de AWBZ, de nota «Zicht op zorg». Het

standpunt over de positionering van de zorgkantoren dat nu door het College voor zorgverzekeringen als uitgangspunt wordt meegenomen in de uitvoeringstoets over zorgkantoren, is ontwikkeld in nauwe relatie met dit plan van aanpak. De gekozen constructie voor de positionering houdt  n de samenhang tussen het eerste en tweede compartiment in stand  n vormt een voldoende basis voor de nieuwe rol van het zorgkantoor.

15

Wat wordt bedoeld met de zinsnede dat het College voor zorgverzekeringen onderzoek moet gaan doen naar «een doelmatige uitvoering van de vaststelling en inning van de eigen bijdragen»?

Wat is de reden dat dit onderzoek is gevraagd? Betekent dit dat de uitvoering en inning op dit moment niet doelmatig gebeurt?

Naar aanleiding van de uitkomsten van rapport «Armoede en armoedeval; de rol van inkomensafhankelijke regelingen» van de commissie Harmonisatie inkomensafhankelijke regelingen (de Commissie Derksen) heeft het kabinet besloten de gevolgen van een overgang van het belastbaar inkomen als inkomensbegrip voor de vaststelling van de hoogte van de bijdrage die verschuldigd is voor het verblijf in een AWBZ-instelling of verzorgingshuis te onderzoeken.

Daarbij heeft het kabinet het tevens wenselijk geacht de doelmatigheid van de uitvoering te onderzoeken. Het gaat daarbij om de vraag welke structuur als de meest doelmatige kan worden beschouwd: de situatie waarin centrale vaststelling en inning uitgangspunt is, de situatie waarin de uitvoering in handen ligt van zorgkantoren dan wel een situatie waarin sprake is van een combinatie van beide. Het gaat dus om een algehele heroverweging van het intramurale bijdragesysteem waarbij ook de uitvoering in ogenschouw genomen wordt. Of de huidige situatie voldoende doelmatig is of niet, kan pas worden beoordeeld aan de hand van de uitkomsten van het onderzoek.

16

Wordt bij het uitwerken van de uitvoeringsaspecten ook aandacht besteed aan het formuleren van kwaliteitseisen en het toezicht op de kwaliteit van de zorgaanbod door de zorgkantoren?

Op dit vlak zijn twee elementen van belang. Ten eerste is het voornemen om de toelating van zorgaanbieders aan te scherpen met criteria die betrekking hebben op de kwaliteit van de aanbieder in organisatorische, bestuurlijke en financiële zin. Waar het daarbij om gaat is dat de betrokken aanbieder een organisatiestructuur heeft waardoor steeds op transparante wijze verantwoording kan worden afgelegd over het bestuurlijk en financieel opereren. In de tweede plaats wordt, net zoals dat gebeurt ten aanzien van het tweede compartiment, voorzien in uitvoeringsverslagen door de zorgkantoren waarmee zij verantwoording afleggen over het beleid dat zij voeren. Het beleid voor de kwaliteit van de gecontracteerde zorg maakt daar onderdeel van uit. De Commissie Toezicht Uitvoeringsorganisatie zal daar op toe zien.