

Vergaderjaar 2009–2010

**30 597**

**Toekomst AWBZ**

**Nr. 128**

## **BRIEF VAN DE STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 21 december 2009

### **1. Inleiding**

In mijn brief van 12 juni 2009<sup>1</sup> «Nadere uitwerking toekomst van de AWBZ» heb ik toegezegd u in het najaar van 2009 te informeren over de stand van zaken bij de voorbereiding van de besluitvorming over een uitvoering van de AWBZ door zorgverzekeraars voor eigen verzekerden. Met deze brief doe ik deze toezegging gestand.

In paragraaf 2 ga ik allereerst in op de achtergrond van mijn voornemen om uiterlijk 1 april 2010 een besluit te nemen over een uitvoering van de AWBZ door zorgverzekeraars voor eigen verzekerden. In paragraaf 3 geef ik de stand van zaken weer bij deze besluitvorming. Tenslotte beschrijf ik in paragraaf 4 welke vervolgacties ik onderneem om te komen tot besluitvorming.

### **2. Achtergrond uitvoering AWBZ door zorgverzekeraars**

Zoals ik heb beschreven in mijn brief van 12 juni 2009 vormen een AWBZ die bedoeld is voor iedereen met een onbetwistbare behoefte aan langdurige zorg en de samenhang tussen zorg (Zorgverzekeringswet en AWBZ) en welzijn de kern van mijn beeld over de langdurige zorg. De overgang van de uitvoering van de AWBZ door zorgkantoren naar zorgverzekeraars past bij de omslag die ik wil maken in de langdurige zorg naar een meer cliëntgerichte zorg, waarbij de mogelijkheden en kwaliteiten van mensen, en niet de beperkingen van mensen, centraal staan. Van belang is dat mensen zoveel mogelijk in hun eigen omgeving kunnen wonen en leven en niet onnodig gemedicaliseerd worden.

Zorgverzekeraars kunnen hieraan, in hun samenwerking met cliëntenorganisaties, zorgaanbieders en gemeenten, een stimulans geven door de afspraken die zij maken met de zorgaanbieders en gemeenten.

<sup>1</sup> Kamerstukken 2008–2009, 30 597, nr. 73.

Een uitvoering van de AWBZ door zorgverzekeraars betekent overigens niet dat de AWBZ wordt overgeheveld naar de Zvw, maar dat de zorgverzekeraars de AWBZ zelf uitvoeren in plaats van deze te laten uitvoeren door de zorgkantoren.

Ik heb eerder aangekondigd uiterlijk 1 juli 2010 een besluit te nemen over een uitvoering van de AWBZ door zorgverzekeraars. In mijn brief van 26 oktober 2009<sup>1</sup> heb ik aangegeven dat ik voornemens ben al uiterlijk 1 april 2010 dit besluit te nemen, aangezien ik dan nog voor de zomer van het jaar 2010 het debat met uw Kamer kan voeren.

### **3. Tussenstand voorbereiding besluitvorming uitvoering AWBZ door zorgverzekeraars**

In mijn eerdere brieven heb ik aangegeven dat voor mij de twee belangrijkste randvoorwaarden zijn: het waarborgen van de zorg voor kwetsbare cliënten in de AWBZ en een goede samenwerking tussen zorgverzekeraars en gemeenten, gezien de samenhang met de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo).

Voor de periode 2009–2011 heb ik met de zorgverzekeraars afgesproken dat de zorgkantoren de AWBZ op een meer cliëntgerichte wijze uitvoeren. Uit de meest recente toezichtsrapportage van de NZa, waarop ik separaat mijn standpunt naar de Kamer zal zenden, blijkt dat de concessiehouders (zorgkantoren) reeds invulling geven aan een meer cliëntgerichte uitvoering. Op verschillende manieren hebben de concessiehouders verbeteringen aangebracht in een meer cliëntgerichte uitvoering van de AWBZ. Dit blijkt uit de verbetering van de klachtenafhandeling, het betrekken van cliënten bij het zorginkoopbeleid en het beschikbaar stellen van meer informatie over het zorgaanbod. Desalniettemin zijn er nog verdere verbeteringen nodig. Ik verwacht dat de concessiehouders zich de komende jaren inzetten voor het meer cliëntgericht uitvoeren van de AWBZ. Zorgverzekeraars zijn voornemens dit vanaf 2012 verder voort te zetten.

Op welke wijze kunnen zorgverzekeraars vanaf 2012 een verdere verbetering in de zorginkoop, service en informatievoorziening voor specifiek de AWBZ-clianten bewerkstelligen? Ik heb zorgverzekeraars gevraagd om samen met cliëntenorganisaties en de VNG een nadere uitwerking te geven aan mijn twee «kernrandvoorwaarden».

#### *3.1 Borging van de zorg voor kwetsbare cliënten*

Jaarlijks maken meer dan 11 miljoen Nederlanders gebruik van zorg van ondermeer de huisarts of het ziekenhuis gefinancierd vanuit de Zvw. Circa 600 000 mensen zijn aangewezen op langdurige zorg thuis (380 000) of in een instelling (220 000) gefinancierd vanuit de AWBZ. De huidige AWBZ-zorggebruikers zijn in principe allemaal, in meer of mindere mate, kwetsbaar.

De huidige AWBZ kent een aantal waarborgen voor cliënten, zoals de zorgplicht van de zorgverzekeraar, het recht op zorg in de vorm van aanspraken en de onafhankelijke indicatiestelling. De huidige juridische waarborgen zullen ook bij een uitvoering van de AWBZ door zorgverzekeraars blijven bestaan.

Als belangrijke randvoorwaarde voor uitvoering van de AWBZ door zorgverzekeraars heb ik aangegeven dat de zorg voor alle kwetsbare cliënten gewaarborgd moet zijn. Als zorgverzekeraars de AWBZ uitvoeren dan moeten zij bereid zijn dat voor alle cliënten met een indicatie voor AWBZ-zorg te doen.

---

<sup>1</sup> Kamerstukken 2009–2010, 30 597, nr. 109.

Het gaat daarbij niet alleen om ouderen, maar bijvoorbeeld ook om meervoudig, complex gehandicapten.

Zorgverzekeraars zijn de afgelopen maanden actief de dialoog met de verschillende cliëntenorganisaties en branche-organisaties van zorgaanbieders aangegaan. Er zijn diverse bilaterale overleggen gevoerd. Om de samenwerking met cliëntenorganisaties een krachtige impuls te geven, is op 6 oktober 2009 door Zorgverzekeraars Nederland (ZN) een werkconferentie georganiseerd. In deze werkconferentie zijn zorgverzekeraars en cliëntenorganisaties met elkaar in gesprek gegaan over welke zorg diverse cliëntgroepen nodig hebben en wat zorgverzekeraars daarin kunnen betekenen. Cliëntenorganisaties en zorgverzekeraars hebben enthousiast gereageerd op de uitkomsten van de bijeenkomst.

ZN heeft vervolgsessies met de cliëntenorganisaties over vier doelgroepen (verstandelijk gehandicapten, mensen met CVA, mensen met dementie en de maatschappelijke opvang) georganiseerd. Naar aanleiding van deze vervolgsessies heeft ZN mij een brief gestuurd waarin zij voor deze vier cliëntgroepen de meerwaarde van een uitvoering van de AWBZ voor eigen verzekerden vanaf 2012 illustreren. Op hoofdlijnen komen uit de brief drie voordelen ten opzichte van de huidige uitvoeringsstructuur:

1. Eén loket voor verzekerde zorg en betere informatie voor de cliënt;
2. Betere service voor de cliënt;
3. Schotten tussen «cure» en «care» voor cliënt niet merkbaar.

Hieronder een korte illustratie van de bevindingen van ZN

#### **A. Mensen met dementie**

Bij mensen met dementie kan de zorgverzekeraar ervoor kiezen om rond de diagnosestelling een «case manager» te financieren vanuit de Zvw en later via de AWBZ. De zorgverzekeraar kan door het maken van afspraken met de huisarts, de geriater, de gemeente en de thuiszorgorganisatie de keten van zorg voor de klant beter vormgeven. Hulp kan in een vroegtijdig stadium worden geboden, bijvoorbeeld via de huisarts. De zorgverzekeraar kan daarbij afspraken maken met de gemeente over doorgeleiding van informatie tussen welzijnsorganisaties en de huisarts en over ondersteuning van de mantelzorg.

#### **B. Mensen die gebruik maken van maatschappelijke opvang**

Bij deze mensen biedt een uitvoering van de AWBZ door zorgverzekeraars wel enige meerwaarde, maar ligt volgens ZN de voornaamste rol bij de (centrum-)gemeente. Zorgverzekeraars kunnen ervoor zorgen dat de afstemming tussen medische zorg en zorg/ondersteuning beter gaat. Daarbij willen zorgverzekeraars voor deze specifieke groep in eerste instantie uitgaan van een representatiemodel, waarbij één zorgverzekeraar het voortouw neemt in een bepaalde gemeente of regio en daar de verantwoordelijkheid draagt voor een goede afstemming tussen medische zorg, AWBZ-zorg en voorzieningen van andere betrokken partijen (waaronder de gemeente).

#### **C. (Ouders van) kinderen met een verstandelijke beperking**

Zorgverzekeraars kunnen ouders gidsen langs alle verschillende zorgverleners en instanties en hen informeren over het beschikbare zorgaanbod en andere voorzieningen in de gemeente of buurt waar men woont. Ook kunnen zorgverzekeraars goede afspraken met zorgaanbieders maken over beschikbaarheid, prijs en kwaliteit van zorg én keuzevrijheid en zeggenschap van klanten in het zorgproces. Zorgverzekeraars zijn beschikbaar en zichtbaar voor cliënten. Klachten over gecontracteerde zorgaanbieders kunnen naar één loket, de zorgverzekeraar.

#### **D. Mensen met cerebrovasculair accident (CVA)**

De zorgverzekeraar streeft niet alleen een goede behandeling na, maar een goed behandeltraject voor de cliënt met passende zorg naderhand en aansluiting op aangrenzende

voorzieningen. Het maximaliseren van de meerwaarde wordt bereikt door de monitoring van het totale traject in de Zvw en AWBZ en zorgen voor een goede aansluiting op de Wmo. Voor cliënten en hun mantelzorgers kunnen zorgverzekeraars één loket bieden voor alle vragen.

Zorgverzekeraars willen aan de hand van deze beschrijvingen van samenhangende zorg de dialoog voortzetten op lokaal en regionaal niveau. Zij willen cliënten actief betrekken bij de voorbereiding van de zorginkoop, de organisatie rondom de klant, service en informatie en ook de zorgaanbieders betrekken bij het nader uitwerken van deze beschrijvingen van samenhangende zorg.

Ik ben van mening dat ZN en de zorgverzekeraars de dialoog met cliëntenorganisaties en zorgaanbieders op een goede manier oppakken. Het is van belang dat zorgverzekeraars en cliëntenorganisaties de komende periode nadere uitwerking geven aan de beschrijvingen van samenhangende zorg. Alleen op die manier wordt ten behoeve van mijn beslismoment op uiterlijk 1 april 2010 duidelijk welke meerwaarde de zorgverzekeraars aan de verschillende cliëntgroepen kunnen bieden.

### *3.2 Samenwerking tussen zorgverzekeraars en gemeenten*

Een samenwerking tussen zorgverzekeraars en gemeenten is van belang voor cliënten die zorg- en ondersteuningsvragen hebben op zowel AWBZ-, Zvw- als Wmo-terrein. Aangezien het huidige zorgkantoor een regionale functie vervult, is het de vraag wat de uitvoering van de AWBZ door zorgverzekeraars betekent voor de coördinatie en afstemming met het gemeentelijke domein. Gemeenten hebben dan met 30 zorgverzekeraars te maken, en zorgverzekeraars met ruim 400 gemeenten. Hierdoor kan het lastig zijn om tot goede afspraken te komen. In een structurele samenwerking moet voorkomen worden dat een gemeente met alle zorgverzekeraars afspraken moet maken en andersom de zorgverzekeraar met vele gemeenten.

Er zijn nu al goede voorbeelden van samenwerking tussen gemeenten en zorgkantoren, en in hun kielzog de zorgverzekeraars, onder andere op het gebied van een betere samenhang tussen zorg en maatschappelijke ondersteuning voor verslaafde dak- en thuislozen. Dit sterkt mij in de overtuiging dat een goede samenwerking en afstemming meerwaarde kan opleveren.

Ik heb ZN gevraagd om samen met de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) een verkenning te starten hoe bij een uitvoering van de AWBZ voor eigen verzekerden door landelijk werkende zorgverzekeraars toch de lokale afstemming kan blijven plaatsvinden. Aangezien lokale afstemming voor de kwetsbare groepen van groot belang is, betreft ZN ook cliëntenorganisaties bij de uitwerking van deze kernrandvoorwaarde.

ZN en de VNG, maar ook de zorgverzekeraars en gemeenten op lokaal niveau zijn in gesprek met elkaar. Op dit moment overwegen zorgverzekeraars met een afstemmingsmodel te gaan werken. Met dit afstemmingsmodel wordt een werkbare vorm van afstemming georganiseerd, waarbij partijen voldoende ruimte houden voor (lokaal) maatwerk. Het afstemmingsmodel betekent dat namens de zorgverzekeraars, de in de regio sterkst vertegenwoordigde verzekeraar(s) afspraken zullen maken met de gemeente. Ook de gemeenten beraden zich hoe zij op een effectieve en efficiënte wijze de samenwerking met zorgverzekeraars gaan vormgeven. Daarbij ontwikkelen ZN en de VNG samen een toolkit. De toolkit moet

inzage bieden in waar de Wmo en AWBZ elkaar raken en welke cliëntgroepen afstemming behoeven. De toolkit moet een handreiking vormen voor gemeenten en zorgverzekeraars hoe zij de samenwerking gestalte kunnen geven.

De uitwerking van een afstemmingsmodel en de toolkit wordt op een goede wijze opgepakt door ZN en de VNG. Na ontvangst van de resultaten kan ik bekijken of de voorwaarde van een goede samenwerking tussen zorgverzekeraars en gemeenten voldoende wordt ingevuld. Uiteraard is het vervolgens aan zorgverzekeraars en gemeenten zelf op welke wijze zij nadere invulling gaan geven aan het afstemmen van zorg en maatschappelijke ondersteuning voor cliënten die zowel gebruik maken van de AWBZ, Zvw als de Wmo.

### *3.3 Relatie met persoonvolgende bekostiging*

Om cliënten een grotere rol te geven bij de aansluiting van het zorgaanbod op de behoefte van de cliënt, wordt momenteel al de bekostiging van zorgaanbieders steeds meer persoonsvolgend gemaakt. Dit betekent dat het zorgkantoor en in de toekomst mogelijk de zorgverzekeraar de zorgaanbieder steeds meer betaalt aan de hand van de daadwerkelijk aan de cliënt geleverde zorg. Dit stimuleert de zorgaanbieder om te komen tot een meer efficiënte werkwijze en een meer toegespitst zorgaanbod, waarbij het zorgplan van de cliënt centraal staat. Ik denk hierbij na over de mogelijkheid van een trekkingsrecht (een zogenaamd voucher) voor cliënten. Voor een nadere uitwerking van persoonsvolgende bekostiging verwijs ik u naar mijn brief over bekostiging, die u binnenkort zal bereiken.

Om die persoonsvolgende bekostiging mogelijk te maken is het nodig dat zorgaanbieders op cliëntniveau administreren en declareren. Declareren op cliëntniveau is voor zorgaanbieders een nieuw fenomeen. Zorgkantoren en zorgaanbieders zijn momenteel druk bezig met de voorbereiding van een laagdrempelige declaratiestandaard (excelformat) voor de intramurale AWBZ-zorg. In 2010 moeten alle zorgaanbieders, op basis van de NZa-beleidsregel declareren, een tijdige en juiste declaratie voor de intramurale AWBZ-zorg indienen bij het zorgkantoor. Met ZN, ActiZ, GGZ-NL en VGN stuur ik erop aan dat alle zorgaanbieders de voorbereidingen tijdig gereed hebben. De voorbereidingen komen traag op gang. Een veelgehoorde reden van zorgaanbieders voor de vertraging is het wachten op software. Bij de zorgkantoren zijn helpdesks ingericht voor de zorgaanbieders. Het gebruik van het excelformat is als tijdelijk bedoeld. Deze laagdrempelige declaratiestandaard wordt doorontwikkeld tot een volwaardige declaratiestandaard, conform de standaarden die in de cure worden toegepast (VeCoZo). De ingebruikname van deze volwaardige standaard is voorzien met ingang van 1 januari 2011.

### *3.4 Financiële beheersbaarheid*

Een belangrijk vraagstuk is het handhaven van de financiële beheersbaarheid.

Op dit moment draagt de contracteerruimte die, voor een groot deel op basis van historie, wordt verdeeld over de 32 regionale zorgkantoren bij aan een beheerste ontwikkeling van de zorguitgaven in de AWBZ. Daarbij toetst de NZa de door het zorgkantoor met de zorgaanbieders gemaakte afspraken aan de beschikbare ruimte. Over de mogelijkheden om de financiële beheersbaarheid te handhaven bij een uitvoering van de AWBZ door zorgverzekeraars ben ik in gesprek met verschillende partijen.

#### **4. Vervolg**

Bovenstaande is een tussenstand bij de voorbereiding van de besluitvorming van een uitvoering van de AWBZ door zorgverzekeraars. Ik ga voortvarend aan de slag met de verschillende vraagstukken tot het go/no go-moment op 1 april 2010.

Begin 2010 zijn er een drietal sessies met cliëntenorganisaties, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en gemeenten om in te gaan op de meerwaarde, kansen en vraagstukken bij een uitvoering van de AWBZ door zorgverzekeraars. Ik verwacht ook uit deze sessies input te krijgen voor het verdere vervolg, zodat ik uiterlijk 1 april 2010 een besluit kan nemen over een uitvoering van de AWBZ door zorgverzekeraars vanaf 2012.

Ik vertrouw erop u met deze brief voldoende geïnformeerd te hebben.

De staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
M. Bussemaker