

## Verkenning huidige AWBZ

### 1 Oorspronkelijke doelstelling en korte wetsgeschiedenis

#### *Totstandkoming AWBZ*

Met ingang van 1 januari 1968 is de AWBZ gefaseerd in werking getreden. Dat was de uitkomst van een uitvoerige discussie waaraan ook de SER destijds zijn bijdrage heeft geleverd<sup>1</sup>. De volgende overwegingen liggen ten grondslag aan de totstandkoming van deze volksverzekering<sup>2</sup>.

Iedere burger zou in de omstandigheid kunnen komen te verkeren dat hijzelf of een lid van zijn gezin behoefte zou hebben aan geneeskundige verzorging uit hoofde van langdurige ziekte of gebrek. Daarbij werd als feit onder ogen gezien dat in toenemende mate nagenoeg niemand in staat zou zijn de daaruit voortkomende lasten te dragen. Ook werd geconstateerd dat het niet mogelijk was langs particuliere weg tot een oplossing te komen. Geen van de risico's was op privaatrechtelijke grondslag afdoende verzekeraar. Het ontbreken van een afdoende grondslag was er mede de oorzaak van dat die geneeskundige verzorging niet in de ontwikkeling was meegegaan met de maatschappelijke welvaart. Voor de financiële grondslag koos de toenmalige minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid voor een voorziening die het karakter heeft van een sociale verzekering en wel in de vorm van een volksverzekering. Op die wijze kon de solidariteitsgrondslag van de voorziening tot uitdrukking worden gebracht.

Het oorspronkelijke wetsvoorstel wilde een integrale voorziening voor gehandicapten en chronisch zieken realiseren. Onder druk van het maatschappelijke middenveld<sup>3</sup> werd het oorspronkelijke doel omgebogen en zou de wet zich in eerste aanleg moeten richten op langdurige intramurale zorg: ziekenhuiszorg voor zover die langer duurt dan een jaar en verzorging, verpleging en behandeling in verpleeginrichtingen. Het was verder de bedoeling andere categorieën bij ministeriële regeling aan te wijzen en onder de werkingsfeer van de nieuwe wet te brengen, zoals “zwakzinnigeninrichtingen, inrichtingen voor ‘gebreekten’ en dergelijke”. Ook zou er afstemming moeten plaatsvinden met het beleid van het toenmalige ministerie van Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk Werk (CRM). De Tweede Kamer stelde dat de oorspronkelijke naam Algemene Wet Zware Geneeskundige Risico's te veel de nadruk legde op de medische aspecten van de verzekering en om die reden is de naam gewijzigd in Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten. De AWBZ werd uitgevoerd door de toenmalige ziekenfondsen, de toegelaten particuliere ziektekosten-

1 SER (1965) *Advies inzake een verzekering tegen zware geneeskundige risico's*, publicatienr. 65/07; SER (1967) *Advies inzake de derde nota van wijziging met betrekking tot het ontwerp van wet zware geneeskundige risico's*, publicatienr. 67/03.

2 Voor een belangrijk deel ontleend aan: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, *Historie langdurige zorg* (niet gepubliceerd).

3 Onder meer SER 67/03.

verzekeraars en de uitvoeringsorganen van de publiekrechtelijke ziektekostenregelingen voor ambtenaren. Bepaalde taken werden in handen gelegd van verbindingskantoren die het financieel-administratieve contact met de AWBZ-instellingen onderhielden.

#### *Ontwikkelingen sinds 1968 in vogelvlucht*

In de eerste periode heeft de AWBZ er vooral aan bijgedragen dat verpleeginrichtingen en de inrichtingen voor behandeling en verpleging van zwakzinnigen en andere hulpbehoevenden werden gesaneerd en op een zodanig peil gebracht dat sprake was van een kwalitatief verantwoorde zorgverlening, die voldeed aan de door de minister gestelde normen en voorwaarden voor erkenning. Geleidelijk ontstond er vervolgens aandacht voor uitbreiding van het verstrekkingenpakket (zie kadertekst).

### Geleidelijke uitbreiding of wijziging verstrekkingenpakket en invoering eigen bijdragen AWBZ

1970	medische kindertehuizen
1971	medische kleuterdagverblijven, "Het Dorp"
1973	dagverblijven voor gehandicapten (voorheen terrein van welzijn)
1974	preventie: vaccinatieprogramma en opsporing stofwisselingsziekten (voorheen ten laste van rijksbegroting)
1976	gezinsvervangende tehuizen
1977	dagbehandeling in verpleeginrichting
1980	kruiswerk
1982	regionale instellingen voor ambulante geestelijke gezondheidszorg
1983	introductie inkomensafhankelijke bijdrage (voorheen beperkte vaste eigenbijdrageregeling) <sup>a</sup>
1989	psychiatrische hulp (voorheen Ziekenfondswet (ZFW) en particuliere verzekeringen)
	hulpmiddelen (idem)
	sociaal-pedagogische diensten (voorheen rijksbegroting)
	gezinszorg (idem)
	regionale instellingen voor beschermd wonen (voorheen in belangrijke mate Algemene bijstandwet)
	experimenten met normuitkeringen
1992	geneesmiddelen (voorheen ZFW en particuliere verzekeringen)
	audiologische hulp (idem)
	erfelijkheidsonderzoek (idem)
	revalidatiezorg (idem)
	huishoudelijke hulp (voorheen AAW-voorziening)
	ondersteuning algemeen dagelijkse levensverrichtingen (ADL) (idem)
1994	invoering en geleidelijke uitbreiding persoonsgebonden budget
1996	terugheveling van hulpmiddelen, geneesmiddelen, audiologische

1997	hulp, erfelijkheidsonderzoek, revalidatiezorg vanuit AWBZ naar ZFW en particuliere verzekeringen thuiszorg verzorgingshuizen (voorheen Wet op bejaardenouder)
2007	afstemming inkomensafhankelijke bijdrageregelingen overheveling huishoudelijke hulp vanuit AWBZ naar Wmo
2008	overheveling geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (ggz) vanuit AWBZ naar Zvw (met uitzondering van verblijf in een psychiatrische instelling of ziekenhuis langer dan 1 jaar).

a Onder meer vanuit verzekeringsgedachte waren de toen voorliggende kabinetsvoorstellen door de SER unaniem afgewezen. Zie: SER (1980) *Advies inkomensafhankelijke bijdrage regeling AWBZ*, publicatienr. 80/21, Den Haag.

Het beleid in de zorgsector stond na 1974 voor een belangrijk deel in het teken van de nadere uitwerking van de voorstellen die staatssecretaris Hendriks in de Structuurnota Gezondheidszorg had opgenomen. Deze nota was gericht op kostenbeheersing, substitutie en samenhang. Voorzieningen werden opgenomen in de AWBZ om deze doelen te bereiken en meer greep te krijgen op de aansturing van de zorgsector.

Na het verschijnen van het rapport van de commissie-Dekker in 1987 is besloten de AWBZ te gebruiken als instrument om te komen tot de destijds beoogde basisverzekering<sup>4</sup>. Dit leidde ertoe dat voorzieningen in de AWBZ werden opgenomen die in mindere mate als bijzondere ziektekosten zijn te beschouwen, zoals hulpmiddelen, algemene psychiatrische hulpverlening en geneesmiddelen.

In 1994 trad het kabinet-Kok I aan en werd vooralsnog afscheid genomen van de door de commissie-Dekker voorgestane basisverzekering. Voor de AWBZ hield dit in dat werd teruggekeerd naar “langdurige en onverzekerbare zorgverstrekkingen” en dat voorzieningen als genees- en hulpmiddelen en revalidatiezorg weer werden teruggeleid naar de toenmalige Ziekenfondswet en de particuliere ziektekostenverzekeringen. Bovendien werd de weg ingeslagen naar zorgvernieuwing. Dit hield in dat er meer ruimte voor eigen keuzes van verzekerden mogelijk werd, onder meer via subsidieregelingen en later ook door flexibele omschrijvingen van de aanspraken (vanaf 2003 in de vorm van functiegerichte omschrijvingen). Daarnaast werd besloten de uitvoering in handen te leggen van zorgkantoren, een modernisering van de voorheen bestaande verbindingkantoren.

4 Commissie-Dekker (1987) *Bereidheid tot verandering*, Den Haag, 26 maart 1987. De commissie stelde een herziening van het stelsel voor, met als uitkomst een verplichte basisverzekering voor iedereen die in concurrentie zou worden uitgevoerd door risicodragende zorgverzekeraars. De insteek waarbij de kostenbeheersing zou verlopen via het aanbod zou dienen te worden losgelaten en cliënten werden gezien als mondige en kritische burgers die ook zelf verantwoordelijkheid dienden te nemen voor hun gezondheid.

## 2 AWBZ anno 2008, algemeen

### *Rechtskarakter en kring van verzekerden*

De AWBZ behoort met de Algemene Ouderdomswet (AOW), de Algemene Nabestaandenwet (ANW) en de Algemene Kinderbijslagwet (AKW) tot de vier volksverzekeringen die Nederland telt. Een gemeenschappelijk kenmerk van deze wettelijke verzekeringen is dat iedere ingezetene (en daarmee gelijkgestelde personen) *van rechtswege* is verzekerd.

### Uitbreiding en beperking kring van verzekerden

Ingezetene is ieder die rechtmatig in Nederland woont, ongeacht nationaliteit of leeftijd en ongeacht of men premieplichtig is<sup>a</sup>. Ook zijn verzekerd de niet-ingezetenen die in Nederland in dienstbetrekking werken en op grond daarvan aan de loonbelasting zijn onderworpen (bijvoorbeeld grensarbeiders); hun niet in Nederland verblijvende partners en kinderen zijn evenwel niet AWBZ-verzekerd. Omgekeerd geldt dat ingezetenen die uitsluitend in het buitenland arbeid verrichten (bijvoorbeeld Nederlanders die werken in België of Duitsland) niet voor de AWBZ verzekerd zijn. Wanneer zij in het buitenland verplicht verzekerd zijn, kunnen zij op grond van een EU-verordening of een (bilateraal) verdrag inzake sociale zekerheid toch aanspraak maken op AWBZ-verstrekkingen in Nederland; de kosten daarvan worden verrekend met het werkland<sup>b</sup>.

- a Voor AOW en ANW geldt een verplichte premie voor verzekerden tussen 15 en 65 jaar welke als onderdeel van de loon- en inkomstenbelasting wordt geheven over het inkomen in box 1; dit geldt ook voor de AWBZ-premie maar dan zonder leeftijdsgrens. De AKW wordt geheel gefinancierd uit een rijksbijdrage.
- b Bij AMvB en nadere regelgeving bestaan er verschillende uitzonderingen op en preciseringen van het hier geschetste overzicht van de kring van verzekerden voor de volksverzekeringen. Zo zijn niet verzekerd voor de volksverzekeringen degene die in het buitenland woont met een uitkering op grond van de WIA, WAO, Waz, Wajong, AOW, ANW, WAMIL of een invaliditeitspensioen van de overheid en degene die werkzaam is voor een volkenrechtelijke organisatie en op wie de regeling inzake sociale zekerheid van die organisatie van toepassing is. Ingezetenen die op grond van buitenlandse wetgeving duurzaam een uitkering ontvangen, kunnen op verzoek vrijgesteld worden van de verzekeringen voor de AOW, ANW en AKW, maar voor de AWBZ is geen vrijstelling mogelijk. Evenzo kennen AOW en ANW een vrijwillige verzekering voor bepaalde categorieën verzekerden of ex-verzekerden; in het kader van de AWBZ is geen vrijwillige verzekering mogelijk.

### *Aanspraken*

De wettelijke aanspraken van verzekerden zijn in zeer globale, algemene termen aangeduid<sup>5</sup>:

*“De verzekerden hebben aanspraak op zorg ter voorkoming van ziekten en ter voorziening in hun geneeskundige behandeling, verpleging en verzorging. Tot deze zorg behoren voorzieningen tot*

5 Artikel 6 lid 1 van de AWBZ.

*behoud, herstel of ter bevordering van de arbeidsgeschiktheid of strekkende tot verbetering van levensomstandigheden, alsmede maatschappelijke dienstverlening”.*

In nadere regelgeving (onder meer: Besluit zorgaanspraken AWBZ, Nadere regels zorgaanspraken AWBZ en Regeling subsidies AWBZ<sup>6</sup>) zijn deze aanspraken verder uitgewerkt.

### Zeven grondslagen voor AWBZ-zorg<sup>a</sup>

Om voor AWBZ-zorg in aanmerking te komen moet er sprake zijn van een bepaalde gezondheidsproblematiek. Deze worden in het Zorgkompas van het CVZ omschreven aan de hand van zeven grondslagen:

- *Somatische aandoening of beperking*  
Er is sprake van een lichamelijke ziekte, aandoening of beperking.
- *Psychogeriatrische aandoening of beperking*  
Er is sprake van functiestoornissen in de hersenen, meestal gerelateerd aan ouderdom.
- *Psychiatrische aandoening of beperking*  
Er is sprake van een stoornis van de psychische functies.
- *Verstandelijke handicap*  
Er is sprake van een beperkt intellectueel of cognitief vermogen.
- *Lichamelijke handicap*  
Er is sprake van onherstelbare lichamelijke beperkingen.
- *Zintuiglijke handicap*  
Er is sprake van:
  - een beperkt gezichtsvermogen (visuele handicap),
  - een beperkt gehoor (auditieve handicap),
  - een communicatieve handicap.
- *Psychosociaal probleem*  
Er is sprake van een ernstige ontwrichting van de verzekerde in relatie tot zijn omgeving.

a Zie: [www.cvz.nl/awbz-kompas/grondslagen](http://www.cvz.nl/awbz-kompas/grondslagen) .

In het Besluit zorgaanspraken AWBZ zijn zes functiegerichte zorgvormen onderscheiden<sup>7</sup>. Daarbij gaat het om zorgvormen die worden verleend door een instelling en steeds

- 
- 6 Besluit van 28 oktober 2002, houdende hernieuwde vaststelling van de aard, inhoud en omvang van de zorg waarop aanspraak bestaat ingevolge de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en wijziging van andere besluiten in verband daarmee (Besluit zorgaanspraken AWBZ (gewijzigd per 1 januari 2007); Regeling van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 5 december 2005, nr. Z/VU-2635240, houdende regels voor subsidies ten laste van de AWBZ en intrekking van de Regeling subsidies AWBZ en Ziekenfondswet (Regeling subsidies AWBZ); Regeling houdende nadere regels met betrekking tot de aanspraak op zorg ingevolge het Besluit zorgaanspraken AWBZ en wijziging andere regelingen in verband met invoering dat besluit alsmede wijziging van de Regeling subsidies AWBZ en Ziekenfondswet.
- 7 Grotendeels ontleend aan: ZZW Informatiecentrum (2008) *De Kleine Gids voor de Nederlandse sociale zekerheid 2008.1*, Deventer, Kluwer.

verband houden met “een somatische of psychogeriatrische of psychiatrische aandoening of beperking, een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap of een psychosociaal probleem”.

De zes zorgvormen zijn<sup>8</sup>:

- *Persoonlijke verzorging*  
Het ondersteunen bij of het overnemen van activiteiten op het gebied van persoonlijke verzorging, gericht op het opheffen van een tekort aan zelfredzaamheid (bijvoorbeeld hulp bij dagelijkse verzorging, het aanbrengen van prothesen en het doen van oefeningen), te verlenen door een instelling.
- *Verpleging*  
Verpleging gericht op herstel of voorkomen van verergering van de aandoening, beperking of handicap (zoals al dan niet dagelijkse hulp bij bijvoorbeeld het toedienen van medicijnen of zuurstof, wondverzorging, het geven van instructies en voorlichting over het omgaan met ziekte en hulpmiddelen), te verlenen door een instelling.
- *Ondersteunende begeleiding*  
Ondersteunende activiteiten gericht op bevordering of behoud van zelfredzaamheid of bevordering van de integratie van de verzekerde in de samenleving, te verlenen door een instelling (anders gezegd: het gebruik maken van de mogelijkheden die men heeft, bijvoorbeeld door dagactiviteiten, leren zorgen voor eigen huishouden en dagbesteding).
- *Activerende begeleiding*:  
Door een instelling te verlenen activerende activiteiten gericht op (a) herstel of voorkomen van verergering van gedrags- en psychische problematiek, of (b) het omgaan met de gevolgen van een aandoening, beperking of handicap (bijvoorbeeld gedragscorrectie of oefenen van sociale vaardigheden bij gedragsproblemen).
- *Behandeling*:  
Omvat behandeling van medisch-specialistische, gedragswetenschappelijke of specialistisch-paramedische aard en is gericht op herstel of het voorkomen van verergering van een aandoening, beperking of handicap (onder meer: medisch-specialistische en specialistisch-paramedische behandelingen in instellingsverband) te verlenen door een instelling, door een psychiater of zenuwarts of door een psychotherapeut. Hieronder valt ook de behandeling van mensen met een verslaving.
- *Verblijf*:  
Het verblijven in een instelling indien de zorg (als hiervoor aangegeven onder *persoonlijke verzorging*, *verpleging*, *ondersteunende begeleiding*, *activerende begeleiding* en *behandeling*) noodzakelijkerwijs gepaard gaat met het bieden van een beschermde woonomgeving, een therapeutisch leefklimaat of permanent toezicht. Het gaat hierbij om mensen die vanwege een aandoening of beperking niet (of niet meer) thuis kunnen wonen en vanuit een instelling therapie, bescherming en toezicht ontvangen. Bij kort-

durend verblijf staan herstel en het draaglijk maken van de gevolgen van de aandoening of beperking centraal. Bij langdurend verblijf staan toezicht en het garanderen van kwaliteit van leven centraal. Onder verblijf valt ook beschermd wonen buiten een AWBZ-instelling. Sinds 1 juli 2007 kunnen mensen met een indicatie voor verblijf de zorg ook thuis ontvangen (*volledig pakket thuis*).

De zorg vanuit de instelling omvat tevens:

- geneeskundige zorg van algemeen medische aard;
- farmaceutische zorg;
- hulpmiddelen in verband met de in de instelling gegeven zorg;
- tandheelkundige zorg;
- kleding, die verband houdt met het karakter en de doelstelling van de instelling;
- het individueel gebruik van een rolstoel.

tabel 1 Overzicht AWBZ aanspraken intramuraal en extramuraal naar functies en grondslagen (01-01-2008)<sup>9</sup>

Functies Grondslagen	Persoonlijke verzorging PV	Verpleging VP	Behandeling BH	Ondersteunende begeleiding algemeen OB ALG	Activerende begeleiding algemeen AB ALG	OB AB dagbesteding OB AB DAG*	Verblijf VB	Sectoren
Somatisch SOM (voorbeeld Parkinson)	+	+	+	(-) extramuraal	+	+	+	Verpleging en Verzorging V&V
Psychogeriatrisch PG (voorbeeld dementie)	+	+	+	+	+	+	+	
Verstandelijk gehandicapt VG (voorbeeld Downsyndroom)	+	-	+	+	+	+	+	Gehandicapten zorg GZ
Zintuigelijk gehandicapt ZG (voorbeeld Doof/Blind)	+	-	+	+	+	+	+	
Lichamelijk gehandicapt LG (voorbeeld spastisch)	+	+	+	+	+	+	+	

9 Bron: VWS.

Psychiarisch PSYCH (Voorbeeld schizofreen)	+	-	-	(+) als niet gere- lateerd aan behandeling	(+) Als niet genees- kundig	+	(+) Zonder behandeling	Geestelijke gezond- heidszorg  GGZ
							Als > jr met behandeling	
Psychosociaal PSYSOC (voorbeeld geldproble- men)	+	-	-	-	-	+	-	Welzijn

\* plus vervoer indien medisch noodzakelijk.

### Overige prestaties

Naast de zorgaanspraken die binnen de zes vermelde functies vallen, vergoedt de AWBZ onder meer ook de volgende zorg:

- ziekenhuis- en revalidatiezorg vanaf de 366<sup>e</sup> dag;
- bepaalde vormen van orgaan- en weefseltransplantatie;
- doventolk (alleen als leefvoorziening);
- medisch noodzakelijk vervoer bij AWBZ-zorg gedurende een dagdeel;
- inenting in het kader van het vaccinatieprogramma voor kinderen;
- preventief onderzoek naar aangeboren stofwisselingsziekten.

### Subsidies

Naast deze wettelijk geregelde verstrekkingen heeft het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) de bevoegdheid subsidies te verlenen aan instellingen of individuele zorgvragers.

Voorbeelden hiervan zijn subsidies voor:

- ADL-clusterwoningen<sup>10</sup>;
- de MEE-organisaties<sup>11</sup>;
- abortusklinieken;
- de persoonsgebonden budgetten (pgb's), dat wil zeggen door het zorgkantoor toe te kennen (norm)bedragen waarmee een verzekerde zelf zorg kan inkopen. Een pgb is mogelijk voor de functies *persoonlijke verzorging*, *verpleging*, *ondersteunende begeleiding*, *activerende begeleiding* en *tijdelijk verblijf* (logeer- en vakantieopvang buitenshuis).

10 ADL-clusterwoningen zijn zelfstandige woningen waar intensieve zorgverlening mogelijk is; de woningen zijn geschikt voor rolstoelgebruik en eventueel voorziening van domotica en/of til-liften in de slaapkamer; ook is er zorg op afroep of 24-uurszorg beschikbaar vanuit een verpleeg- of verzorgingshuis, woon-zorgcentrum of bijvoorbeeld een dienstencentrum (ontleend aan: [www.thesauruszorgenwelzijn.nl/adlclusterwoningen.htm](http://www.thesauruszorgenwelzijn.nl/adlclusterwoningen.htm)).

11 De MEE-organisaties richten zich op laagdrempelige, onafhankelijke en betrouwbare cliëntondersteuning ten behoeve van verzekerden met een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap al dan niet veroorzaakt door een chronische ziekte of een beperking uit het autistisch spectrum, dan wel op hun ouders, andere verwanten, verzorgers of vertegenwoordigers. MEE Nederland afficheert zichzelf als: Vereniging voor ondersteuning bij leven met een beperking en de 26 MEE-organisaties (met 70 nevenorganisaties) als opvolgers van de vroegere Sociaal-Pedagogische Diensten (SPD's). Zie: [www.mee.nl](http://www.mee.nl).

De verzekerde kan zelf bepalen door wie de geïndiceerde zorg wordt verleend en is niet gebonden aan door het zorgkantoor aangewezen zorgaanbieders. De zorg mag ook worden verleend door niet-gediplomeerde maar wel gekwalificeerde hulpverleners (bijvoorbeeld door familieleden of door personeel van een thuiszorgorganisatie).

### *Indicatiestelling*

Een verzekerde kan pas daadwerkelijk aanspraak op AWBZ-zorg maken indien een indicatieorgaan<sup>12</sup> heeft vastgesteld dat hij de desbetreffende zorg echt nodig heeft, en in welke omvang. In de AWBZ staat op dit moment nog dat gemeenten voor hun inwoners dergelijke indicatieorganen moeten aanwijzen. Daartoe hebben gemeenten regionale indicatieorganen opgericht. In 2003 is echter besloten dat de indicatiestelling beter door een zelfstandig bestuursorgaan kan worden verricht. Op verzoek van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) hebben de gemeenten dan ook vanaf 2005 het landelijk werkend Centrum indicatiestelling zorg (CIZ) als indicatiesteller aangewezen.<sup>13</sup> Doel van deze centralisatie is de indicatiestelling overal in het land op dezelfde wijze uit te voeren en overal dezelfde procedures en richtlijnen te hanteren. Als onafhankelijke instantie is het CIZ niet gelieerd aan zorgaanbieders of zorgverzekeraars. Op 5 januari 2007 is een wetsvoorstel bij de Tweede Kamer ingediend om het CIZ een wettelijke basis te geven<sup>14</sup>.

Het CIZ heeft, naast een hoofdkantoor in Driebergen, 49 regionale vestigingen. Het CIZ functioneert als poortwachter voor de AWBZ. Het beoordeelt of de claim die een cliënt wil doen op AWBZ-zorg terecht is. Zo nodig wint het CIZ advies in van de huisarts of raadpleegt het andere organisaties. De indicatiestelling voor jeugdigen die aanspraak maken op geestelijke gezondheidszorg gaat via het Bureau Jeugdzorg.

De aard, inhoud en omvang van de AWBZ-zorg waarop een cliënt aanspraak kan maken, staan beschreven in het Besluit Zorgaanspraken. Dit is een Algemene Maatregel van Bestuur. Onderdeel van het Besluit Zorgaanspraken is het Zorgindicatiebesluit<sup>15</sup>. Daarin staan de regels waaraan indicatieorganen zich moeten houden. De beoordeling in hoeverre iemand recht heeft op AWBZ-zorg moet uniform en objectief gebeuren. Op grond van artikel 11 van het Zorgindicatiebesluit heeft VWS hiervoor inhoudelijke richtlijnen, de ‘beleidsregels indicatiestelling’, vastgesteld<sup>16</sup>.

- 
- 12 In artikel 9b lid 1 van de AWBZ is geregeld dat “aanspraak op zorg, aangewezen in artikel 9a, eerste lid, bestaat slechts indien en gedurende de periode waarvoor het bevoegde indicatieorgaan op een door de verzekerde ingediende aanvraag heeft besloten dat deze naar aard, inhoud en omvang op die zorg is aangewezen”.
- 13 Schooneveld, E. van (2007) De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten in vogelvlucht, *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 31 (2007) – nr. 5, p. 349.
- 14 De behandeling van het wetsvoorstel waarin de status van het CIZ wordt vastgelegd (TK 2006-2007, 30 926, nrs. 1-4), is op verzoek van de staatssecretaris voorlopig aangehouden.
- 15 Besluit van 2 oktober 1997, houdende regels met betrekking tot het werkkterrein, de samenstelling en werkwijze van indicatieorganen.
- 16 Brief aan Tweede Kamer van 7 maart 2007. *Beleidsregels van de Staatssecretaris van VWS van Z/VU-2749197, betreffende regels die het indicatieorgaan hanteert bij het vaststellen van of en in hoeverre de verzekerde is aangewezen op grond van de AWBZ.*

In een indicatiestelling voor extramurale zorg (zorg zonder verblijf) legt het CIZ vast op welke AWBZ-functies de verzekerde is aangewezen, in welke omvang (uren of dagdelen per week) en voor welke periode (tijdelijk of permanent).

Voor de intramurale zorg wordt sinds 1 juli 2007 gewerkt met zorgzwaartepakketten.

In een zorgzwaartepakket wordt aangegeven op welke functies iemand aanspraak maakt en voor hoeveel uur in totaal. Zorgverlener en cliënt kunnen dan in een zorgplan afspraken vastleggen over de dagelijkse invulling van het zorgzwaartepakket en de cliënt kan de zorgverlener erop aanspreken als hij deze afspraken niet nakomt. Met ingang van 2009 wordt beoogd dat de bekostiging van de zorgaanbieders en de declaratie van de productie op basis van zorgzwaartepakketten plaatsvindt. Ter voorbereiding hierop moeten zorgaanbieders en zorgkantoren in 2008 afspraken maken over zorgzwaartepakketten.

Op basis hiervan zal de NZa de prijzen van de zorgzwaartepakketten actualiseren en een herallocatietraject vaststellen.<sup>17</sup>

Als een *indicatiebesluit*<sup>18</sup> is genomen, wordt dit naar de cliënt en naar het zorgkantoor gestuurd waar de cliënt onder valt. AWBZ-indicaties zijn bindend. Een cliënt kan bezwaar maken tegen het indicatiebesluit op grond van de Algemene Wet Bestuursrecht. Is de cliënt het met de uitkomst van de bezwaarprocedure niet eens, dan kan hij of zij beroep aantekenen bij de arrondissementsrechtbank.

Het CIZ heeft een aantal eenvoudige indicaties voor kortdurende zorg (<3 maanden) gemandateerd aan zorgaanbieders zoals thuiszorgorganisaties en verpleeghuizen.

Zij geven een advies aan de hand van standaardindicatieprotocollen die het CIZ heeft opgesteld. Het CIZ zet deze adviezen vervolgens om in een indicatiebesluit en controleert de uitvoering door zorgaanbieders steekproefsgewijs achteraf.

Het CIZ heeft in 2004 734.911 indicaties afgegeven. In 2005 waren dat er ongeveer 854.000. Het aantal afgegeven indicatiestellingen vertoont een stijgende lijn. Over de periode 2005-2006 was sprake van een stijgingspercentage van 11 procent. Inmiddels is dit stijgingspercentage opgelopen tot 13 procent. Deze laatste stijging van 2 procent wordt volgens het CIZ voornamelijk veroorzaakt door de verdere toename van het aantal positieve indicatiebesluiten waarin de functie ondersteunende begeleiding voorkomt.<sup>19</sup>

Op verzoek van de staatssecretaris van VWS zijn een aantal pilots gestart waarin concrete maatregelen worden onderzocht die beogen het proces van indicatiestelling eenduidig in te richten en vergaand te vereenvoudigen<sup>20</sup>. Zo lopen er in een aantal gemeenten pilots

17 NZa beleidsregel invoering zorgzwaartepakketten 2008, pagina 2.

18 Eerst was nog sprake van een *indicatieadvies* en ging het over de vraag: wat is de behoefte aan zorg? Dat is later een *indicatiebesluit* geworden en gaat ook over welk product aangewezen is.

19 CIZ (2007) *Trendrapportage: Landelijke Indicatiestelling AWBZ eerste halfjaar 2007*, Driebergen, Centrum indicatiestelling zorg, p. 20.

20 Brief aan Tweede Kamer van 29 mei 2007 (TK 2006/07,30 800 XVI, nr. 145) en brief van 12 oktober 2007 (TK 2007/08, 26631, nr. 227).

om te bezien of ook huisartsen en wijkverpleegkundigen verantwoordelijk kunnen zijn voor het vaststellen van de noodzakelijke zorg. Ook wordt onderzocht of het gedetacheerd werken van indicatiestellers van het CIZ in gezondheidscentra kan bijdragen aan eenvoudig en beter indiceren. Tegelijkertijd wordt geëxperimenteerd met het vereenvoudigen en flexibiliseren van de werkprocessen binnen het CIZ<sup>21</sup>. De uitkomsten van deze pilots worden begin van het tweede kwartaal 2008 verwacht. Los van deze pilots wordt bezien of het mogelijk is om de op herstel gerichte verpleging en verzorging indicatiestelling-vrij te maken. Ook wordt, afhankelijk van onderzoeksuitkomsten, overwogen de geldigheidsduur van een indicatie te verruimen naar bijvoorbeeld tien jaar voor mensen bij wie de zorgbehoefte op langere termijn niet verandert.

#### *Zorg in natura*

De AWBZ geeft in principe recht op zorg in natura. Een verzekerde die AWBZ-zorg nodig heeft, kan deze ontvangen van een zorgaanbieder met wie de zorgverzekeraar waarbij is ingeschreven, een contract heeft gesloten. (Zie verder paragraaf 1.2.).

#### *Persoonsgebonden budget*

Daarnaast kent de AWBZ een mogelijkheid tot geldverstrekking vooraf: het persoonsgebonden budget (pgb). Met een pgb kan een verzekerde zelf de zorg inkopen die hij nodig heeft, in plaats van aangewezen te zijn op de zorg in natura die door het zorgkantoor voor hem ter beschikking wordt gesteld.

Een pgb is mogelijk voor de AWBZ-functies *persoonlijke verzorging, verpleging, ondersteunende begeleiding, activerende begeleiding* en *tijdelijk verblijf* (maximaal twee etmalen per week)<sup>22</sup>. Voor de functies *behandeling* en *langdurig verblijf* in een intramurale instelling is geen pgb mogelijk<sup>23</sup>.

De hoogte van een pgb is afhankelijk van de indicatie en bedraagt gemiddeld genomen 75 procent van de kosten van de zorg in natura die op basis van de desbetreffende indicatie zou worden verstrekt<sup>24</sup>. De zogeheten 'afslag' van 25 procent houdt verband met de afwezigheid van overheadkosten van een zorginstelling.

Sinds 2003 is het gebruik van pgb's fors toegenomen. Op dit moment maakt circa 14 procent van het aantal mensen dat AWBZ-zorg ontvangt, gebruik van een pgb. Het gaat om circa 90.000 pgb-houders. De staatssecretaris van VWS verwacht dat dit aantal in 2011 zal zijn toegenomen tot 190.000. De groei van de pgb's doet zich over de hele linie voor, bij alle grondslagen en functies, maar vooral bij de functies ondersteunende en activerende begeleiding en bij jongeren met een psychische aandoening. De uitgaven voor de pgb's

21 Project Flexibilisering Werkprocessen (FWP).

22 Een pgb is ook mogelijk in het kader van de Wmo voor individuele voorzieningen waaronder huishoudelijke hulpverlening.

23 Voor het daadwerkelijk verblijven in een intramurale instelling kan geen pgb worden verstrekt. Wel kan iemand met een verblijfsindicatie ervoor kiezen thuis te blijven wonen of in een zelfgekozen clusterverband te gaan wonen. Hij kan dan een pgb aanvragen voor verpleging en verzorging of ondersteunende begeleiding in de eigen woning.

24 Dit leidt ertoe dat de hoogte van de pgb mede afhankelijk is van de salarisniveaus in de zorgsector voor de geïndiceerde functies.

groeien navenant: VWS verwacht dat deze tot en met 2011 zullen toenemen met circa € 1,6 miljard en daarmee beslag leggen op twee derde van de groeiruimte die voor de AWBZ beschikbaar is (€ 2,4 miljard)<sup>25</sup> (zie kadertekst).

### Enkele feitelijke gegevens over toekenning van pgb's

Het aantal pgb-houders is in de periode 2003-2006 toegenomen van 62.500 naar 95.000 personen. Per 1 januari 2007 zijn circa 30.000 pgb-houders overgegaan naar de Wmo omdat hun pgb alleen betrekking had op huishoudelijke zorg.

Vanaf begin 2007 is het aantal pgb-houders in de AWBZ ieder maand met circa 2200 toegenomen. Eind augustus 2007 bedraagt het aantal pgb-houders circa 80.000, dat wil zeggen bijna 11 procent van het aantal mensen dat voor AWBZ-zorg in aanmerking komt (750.000). In een brief aan de Tweede Kamer schetst de staatssecretaris van VWS een scenario waarbij het aantal pgb-houders ultimo 2011 ongeveer 190.000 zal zijn.

De uitgaven in het kader van de pgb-subsidieregeling zijn volgens het CVZ gestegen van € 635 miljoen in 2003 naar € 1136 miljoen in 2006. In 2007 zullen de uitgaven naar raming uitkomen op € 1455 miljoen.

De groei van de pgb's doet zich over de hele linie voor, bij alle grondslagen en functies. De helft van de budgethouders heeft meer dan één grondslag. In de periode 2003-2006 doet de groei zich vooral voor bij ondersteunende begeleiding en activerende begeleiding, zo wordt in een evaluatieonderzoek van ITS aangetoond<sup>a</sup>. Opvallend is verder dat het aantal jeugdigen onder de pgb-houders stijgt. In 2006 is 31 procent van de nieuwe pgb-houders jonger dan 18 jaar. Vooral (ouders van) jongeren met een psychiatrische aandoening maken meer en meer gebruik van een pgb. Het aantal pgb-houders met een indicatie vanuit het Bureau Jeugdzorg stijgt bovendien veel harder dan vanuit het CIZ.

Het evaluatieonderzoek van ITS laat ook zien dat 35 procent van de pgb-houders alleen zorg inkoop bij professionele hulpverleners: zorginstellingen, zelfstandig werkende hulpverleners c.q. begeleiders, freelancers of particulieren. Eenderde deel van de budgethouders koopt alleen hulp in bij mantelzorgers en eveneens een derde koopt een combinatie van professionele zorg en mantelzorg in<sup>b</sup>.

VWS schetst een scenario waarbij de uitgaven voor pgb jaarlijks met € 400 miljoen groeien. Dat houdt in dat de pgb's over de periode tot en met 2011 zullen toenemen met € 1,6 miljard en daarmee beslag zouden leggen op

25 VWS, *Pgb in perspectief*, brief aan Tweede Kamer d.d. 9 november 2007, Tweede Kamer 2007-2008, 26631, nr. 232, p. 4.

twee derde van de voor de AWBZ beschikbare groeiruimte tijdens de huidige kabinetsperiode tot 2011 ter grootte van 2,4 miljard euro.

- a ITS, *Evaluatieonderzoek PGB*.
- b Hierbij is van belang dat bij de indicatie rekening wordt gehouden met gebruikelijke zorg, dat wil zeggen zorgverlening die in de concrete situatie van de partner of zijn omgeving maag worden verwacht. De indicatie betreft dan de hoeveelheid en de aard van de zorg die in aanvulling daarop nodig is.

#### *Beleidsvoornemens van het kabinet*

In haar brief aan de Tweede Kamer van 9 november 2007 (*PGB in perspectief*) meldt de staatssecretaris dat zij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft gevraagd of het mogelijk is in de toekomst één financiële ruimte binnen de AWBZ af te spreken die zowel voor de zorg in natura als voor de pgb-regeling geldt. Beide vormen van verstrekkingen leggen dan beslag op hetzelfde budget (communicerende vaten) en kunnen niet langer aanvullend ten opzichte van elkaar worden benut<sup>26</sup>.

Verder kondigt de staatssecretaris aan dat de pgb-tarieven aan een nadere beschouwing zullen worden onderworpen, evenals de geldende eigen bijdragen. Wat de eigen bijdragen betreft gaat het met name om de vrijstelling van eigen bijdragen voor jongeren onder de 18 jaar en de vrijstellingen voor de functies *tijdelijk verblijf*, *ondersteunende begeleiding* en *activerende begeleiding*. Tevens wil zij een aanvullend onderzoek laten verrichten naar de groei van de pgb's onder jeugdigen via de bureaus Jeugdzorg en naar de rol van zorgaanbieders, sociale diensten en bemiddelingsbureaus bij het aanvragen van een pgb.

Ten slotte is per 1 januari 2008 een aantal concrete maatregelen in werking getreden zoals het vaststellen van het (landelijk) plafond voor pgb's op € 1750 miljoen per jaar, het niet-toepassen van indexering bij de pgb-tarieven, het afschaffen van het huidige verantwoordingsvrije regiem (tot € 2500 op jaarbasis) en het afschaffen van de mogelijkheid om 10 procent van een pgb over te hevelen naar een volgend jaar.

#### *Eigen-bijdrageregeling*

Voor verzekerden ouder dan 18 jaar die een beroep doen op AWBZ-zorg geldt een eigen-bijdrageregeling. Deze bestaat uit verschillende elementen.

Voor AWBZ-zorg die valt onder de functies *persoonlijke dienstverlening* en *verpleging thuis* geldt een eigen bijdrage die via een anticumulatieregeling is afgestemd met die van de Wmo. Mensen met een inkomen tot 120 procent van het voor hen relevante sociaal minimuminkomen betalen een vast bedrag per periode van vier weken<sup>27</sup>. Voor mensen met een hoger inkomen komt er 15 procent van het meerdere bij. Er is geen absoluut maximum aan deze bijdrage gesteld.

Voor verzekerden die 18 jaar of ouder zijn en *in een AWBZ-instelling verblijven* geldt een inkomensafhankelijke eigen-bijdrageregeling met een lage of een hoge bijdrage. Welke

26 De NZa heeft inmiddels laten weten dat deze methodiek voor 2008 geen optie is en niet eerder dan in 2009 operationeel zou kunnen zijn.

27 In 2008: € 16,80 voor alleenstaanden of € 24,20 voor gehuwden en samenwonenden per periode van 4 weken.

bijdrage iemand moet betalen, is afhankelijk van de thuissituatie en de duur van het verblijf in de instelling.

### Eigen-bijdrageregeling bij verblijf in AWBZ-instelling

Bij verblijf in een AWBZ-instelling betaalt men de eerste zes maanden de lage eigen bijdrage. Daarna betaalt men de hoge bijdrage, tenzij men valt onder een van de uitzonderingen voor wie ook na zes maanden de lage bijdrage blijft gelden. De lage bijdrage blijft gelden voor de verzekerde:

- van wie de partner nog thuis woont;
- die een kind onderhoudt waarvoor kinderbijslag of studiefinanciering wordt ontvangen;
- van wie duidelijk is dat hij naar een thuissituatie kan terugkeren.

Voor partners wordt op grond van hun gezamenlijke inkomen één bijdrage berekend.

De *lage bijdrage* bedraagt sinds 1 januari 2008 maximaal € 727,60 per maand. De *hoge bijdrage* bedraagt sinds 1 januari 2008 maximaal € 1804,60 per maand. Het bijdrageplichtig inkomen wordt berekend op basis van het verzamelinkomen.

De verzekerde die in een instelling verblijft, moet van zijn inkomen altijd een vrij te besteden bedrag overhouden. Dit ‘zak- en kleedgeld’ bedraagt (inclusief vakantiegeld) per 1 januari 2008 voor alleenstaanden € 280,63 per maand en voor partners samen € 436,50 per maand.

Ook op het (bruto) pgb wordt een eigen bijdrage ingehouden als, uitgaande van de indicatie voor de te verlenen zorg, een eigen bijdrage zou zijn gevraagd. Het kan dus voorkomen dat voor geïndiceerde verpleging en verzorging, na aftrek van de eigen bijdrage, per saldo geen pgb of een gering (netto)bedrag aan pgb wordt verstrekt. Wanneer evenwel ondersteunende en activerende begeleiding is geïndiceerd, wordt geen eigen bijdrage ingehouden bij toekenning van een pgb. Dit zou namelijk ook niet gebeuren wanneer deze begeleiding vanuit een zorginstelling zou worden verstrekt.

### 3 Het veld en de spelers

#### *Relatie zorgvrager-zorgverzekeraar/zorgkantoor*

Zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van de AWBZ, indien zij zich daartoe hebben aangemeld bij het CVZ<sup>28</sup>. Zij lopen hierover geen risico. Zorgverzekeraars dienen verzekerden die bij hen ingeschreven staan voor de basisverzekering, in te schrijven

28 Artikel 33 AWBZ.

voor de AWBZ<sup>29</sup>. Zorgverzekeraars zijn ervoor verantwoordelijk dat de verzekerden hun aanspraken op AWBZ-zorg kunnen realiseren<sup>30</sup>.

Een verzekerde die zorg nodig heeft, dient zich te melden bij zijn zorgverzekeraar met een indicatiebesluit waarin het recht op AWBZ-zorg is vastgesteld. Verzekerden kunnen na een indicatie kiezen of ze het inkopen van de zorg overlaten aan het zorgkantoor (natura) of dat ze de zorg zelf willen inkopen (pgb<sup>31</sup>). Het zorgkantoor treedt op grond van mandatering en machtiging namens alle zorgverzekers op in een bepaalde regio.

#### *Zorg in natura*

Indien de verzekerde kiest voor zorg in natura dient de zorgverzekeraar voldoende zorgaanbieders te contracteren en de verzekerde desgewenst te helpen bij het vinden van een geschikte zorgaanbieder (zorgplicht)<sup>32</sup>.

In bijgaande figuur 1 zijn de verschillende stappen in het naturaproces in beeld gebracht. (Zie p. 154).

#### *Relatie zorgvrager-zorgaanbieder*

De zorgvrager die zorg wenst, wendt zich daartoe tot een zorgaanbieder naar eigen keuze, met wie het zorgkantoor (namens zijn verzekeraar) een overeenkomst heeft gesloten. Zorgaanbieders zijn verplicht verantwoorde zorg<sup>33</sup> te leveren. Zij leveren de zorg aan de verzekerden op basis van de overeenkomst tussen aanbieder en zorgkantoor/zorgverzekeraar. Zij innen evenwel niet de verschuldigde eigen bijdrage.

De minister van VWS heeft namelijk het CAK als centrale instelling aangewezen voor het verrichten van de administratie ten aanzien van AWBZ zorg<sup>34</sup>. De organisaties van zorgverzekeraars, gehoord het CVZ en het toenmalige College Toezicht Gezondheidszorg<sup>35</sup>, hebben hierover een gezamenlijke voordracht aan de minister voorgelegd<sup>36</sup>. Het CAK is verantwoordelijk voor het vaststellen en innen van de eigen bijdragen van verzekerden.

29 Op grond van artikel 9 van de AWBZ.

30 Artikel 6, lid 3 AWBZ bepaalt: "de zorgverzekeraars dragen er zorg voor dat de bij hen ingeschreven verzekerden hun aanspraak op zorg tot gelding kunnen brengen".

31 De pgb-verstrekking vindt plaats binnen het kader van een VWS-subsidieregeling. Jaarlijks stelt VWS het subsidieplafond vast waarbinnen de zorgkantoren de pgb's mogen verstrekken. CVZ vervult hierbij een coördinerende rol. In het kader van de pbg-regeling kan de minister van VWS in geval van knelpunten het budgetplafond verhogen.

32 Schooneveld, E. van (2007) de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten in vogelvlucht, *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht*, 21 (2007) – nr. 5, pp. 345-345.

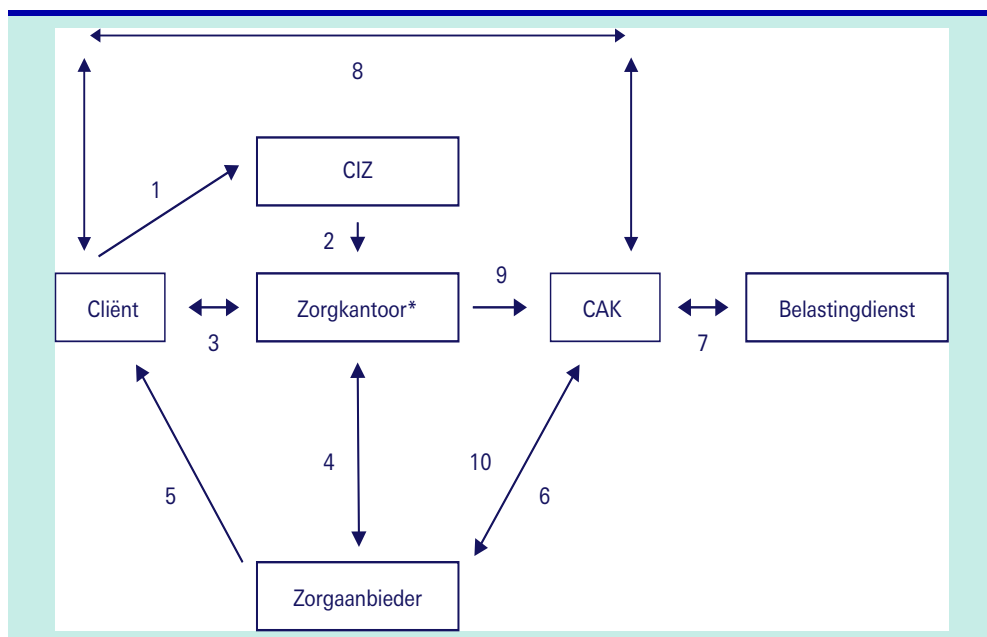
33 De Kwaliteitswet zorginstellingen omschrijft verantwoorde zorg als volgt: "Onder verantwoorde zorg wordt verstaan zorg van goed niveau, die in ieder geval doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend en die is afgestemd op de reële behoefte van de patiënt."

34 Artikel 40 AWBZ regelt dat bij algemene maatregel van bestuur vormen van AWBZ-zorg kunnen worden aangewezen waarvoor de administratie en controle geheel of gedeeltelijk door de minister aan te wijzen rechtspersonen geschieden.

35 Het CTG is opgegaan in de Nederlandse Zorgautoriteit (Nza).

36 Artikel 3, lid 1 en lid 5 AMVB als bedoeld in artikel 16, eerste lid. van de AWBZ.

figuur 1



1. De cliënt meldt zich bij het CIZ voor een indicatie.
2. De indicatie wordt doorgestuurd naar het zorgkantoor, waarbij de cliënt voorkeurszorgaanbieder heeft aangegeven.
3. Wanneer de zorgaanbieder van voorkeur geen plaats heeft, bemiddelt het zorgkantoor, na overleg met de cliënt, naar een andere zorgaanbieder.
4. Het zorgkantoor stuurt de indicatie door naar de zorgaanbieder.
5. De zorgaanbieder neemt contact op met de cliënt en de zorg kan gestart worden.
6. De zorgaanbieder meldt de cliënt bij het CAK zodat de eigen bijdrage berekend kan worden.
7. CAK vraagt bij de Belastingdienst het inkomen op om de definitieve eigen bijdrage te berekenen.
8. CAK brengt de eigen bijdrage bij de cliënt in rekening. Cliënt betaalt de eigen bijdrage aan het CAK.
9. Het zorgkantoor geeft CAK opdracht gelden over te maken naar de zorgaanbieders op basis van de overeengekomen productieafspraken.
10. Het CAK betaalt naar aanleiding van de betalingsopdracht de gelden uit aan de zorgaanbieders.

\* Zorgkantoor namens verzekeraars.

### Relatie zorgverzekeraar-zorgaanbieder

Zoals hierboven aangegeven, zijn zorgverzekeraars ervoor verantwoordelijk dat de verzekerde zijn aanspraak op AWBZ-zorg kan realiseren. Zij dienen dan ook voldoende zorgaanbieders schriftelijk te contracteren<sup>37</sup> (AWBZ-verzekerden hebben immers recht op 'zorg in natura'). Het zorgkantoor dient namens alle betrokken verzekeraars te onderhandelen met de in de regio gevestigde zorgaanbieders over de zorgcontracten. Deze overeenkomsten bevatten ten minste bepalingen over<sup>38</sup>:

- aanvang, duur en tussentijdse beëindiging van de te verlenen zorg;
- aard, kwaliteit, doelmatigheid, omvang en prijs van de te verlenen zorg;
- wijze waarop verzekerden van informatie worden voorzien;
- controle op de naleving.

37 Artikel 15, lid 1 AWBZ.

38 Artikel 16, AWBZ.

Er bestaat een contracteverplichting voor intramurale zorg<sup>39</sup>. Zorg wordt ingekocht (productieafspraken worden gemaakt) op basis van de beleidsregels die de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) voor de verschillende prestaties heeft vastgesteld. De beleidsregels van de NZa bepalen de maximumprijs. Het staat partijen vrij een lagere prijs af te spreken. Op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg is het echter niet toegestaan een hogere prijs vast te stellen.

#### *Contracteerruimte*

De productieafspraken betreffen zowel de intra- als extramurale zorg in natura die door het CIZ is geïndiceerd. Voorafgaand aan een jaar wordt de omvang van de zogenaamde contracteerruimte door de NZa vastgesteld en verdeeld over de zorgkantoren. Het ministerie van VWS heeft via een aanwijzing aangegeven hoeveel de contracteerruimte mag groeien ten opzichte van het voorgaande jaar en voor welke specifieke doeleinden gelden moeten worden gereserveerd.

De zorgkantoren maken vervolgens, binnen deze regionale budgetten (contracteerruimte), afspraken met zorgaanbieders. Indien de zorgvraag hoger blijkt te zijn dan overeenkomt met het vastgestelde budget, kunnen zorgkantoren afspraken maken met andere regio's om te komen tot herverdeling. Ook kunnen zorgkantoren een beroep doen op de knelpuntenprocedure bij de NZa. De NZa beoordeelt de aanvragen en kan vervolgens de staatssecretaris adviseren de groeiruimte te verhogen of de aanvraag af te wijzen indien onvoldoende is aangetoond dat er sprake is van problematische wachtlijsten. Ook kan de NZa aandringen op overhevelen van regionale overschotten om de tekorten op te lossen. Zorgaanbieders melden aan het zorgkantoor wanneer de zorg is begonnen en beëindigd, en verantwoorden zich over de geleverde kwaliteit.

### **Clëntenstops bij zorgaanbieders**

In september 2007 heeft een aantal thuiszorgorganisaties in het werkgebied van Achmea cliëntenstops afgekondigd. In november 2007 spande Achmea een kort geding aan tegen de Staat en de NZa waarin zij beoogde de buiten werking stelling van de algemeen verbindende voorschriften waarmee het stelsel van de contracteerruimte in de AWBZ in het leven is geroepen. De voorzieningenrechter van de Rechtbank 's-Gravenhage concludeerde op 13 november 2007<sup>a</sup> dat niet aannemelijk is geworden dat de contracteerruimte aanspraken van verzekerden frustreert. De Staat en de NZa hebben de vrijheid, en binnen de voor hen geldende kaders de plicht, om de kosten van de gezondheidszorg te beteugelen. Een stelsel van een vast 'macro-budget' en meer in het algemeen het toepassen van een budgetmodel met vooraf vastgestelde contracteerruimte is voor de zorg op zichzelf niet

<sup>39</sup> Artikel 16b regelt dat een zorgverzekeraar verplicht is met iedere instelling in zijn werkgebied op haar verzoek een overeenkomst te sluiten, tenzij hij daartegen ernstige bezwaren heeft. De contracteerplicht geldt sinds een aantal jaren niet meer voor de extramurale AWBZ-zorg.

onrechtmatig. Kostenbeheersing is een publieke, in de wetgeving veranderde taak. De rechter merkte op dat twijfel bestaat of Achmea voldoende gebruik heeft gemaakt van de mogelijkheid voor zorgkantoren om contracteerruimte over te hevelen van de ene naar de andere regio.

Het is de verantwoordelijkheid van Achmea om zelf (actief) op zoek te gaan naar de nog beschikbare contracteerruimte. Verder achtte de rechter het niet met de vereiste mate van aannemelijkheid gebleken dat Achmea alles heeft gedaan wat redelijkerwijs in haar macht ligt om binnen het budget te blijven. Daarnaast heeft Achmea geen gebruik gemaakt van de door de NZa geïntroduceerde spoedprocedure ten behoeve van het onmiddellijk kunnen treffen van maatregelen bij acute knelpunten.

De bestaande jurisprudentie geeft de volgende inzichten:

- de AWBZ-verzekerde heeft tegenover zijn zorgkantoor/zorgverzekeraar een ongeclausuleerde aanspraak op de AWBZ-zorg die – na een indicatiestelling door het CIZ – hem toekomt;
- het zorgkantoor/ de zorgverzekeraar moet voldoende zorgaanbod effectueren (doelmatige inkoop binnen de toegekende budgetten);
- de AWBZ wijst de zorgverzekeraar aan als de instantie die door verzekerden kan worden aangesproken (verzekerden hebben geen aanspraak tegenover de staat);
- het zorgkantoor moet, als dat nodig is, tijdig signaleren (richting NZa en VWS) dat het toegekende inkoopbudget ontoereikend is.

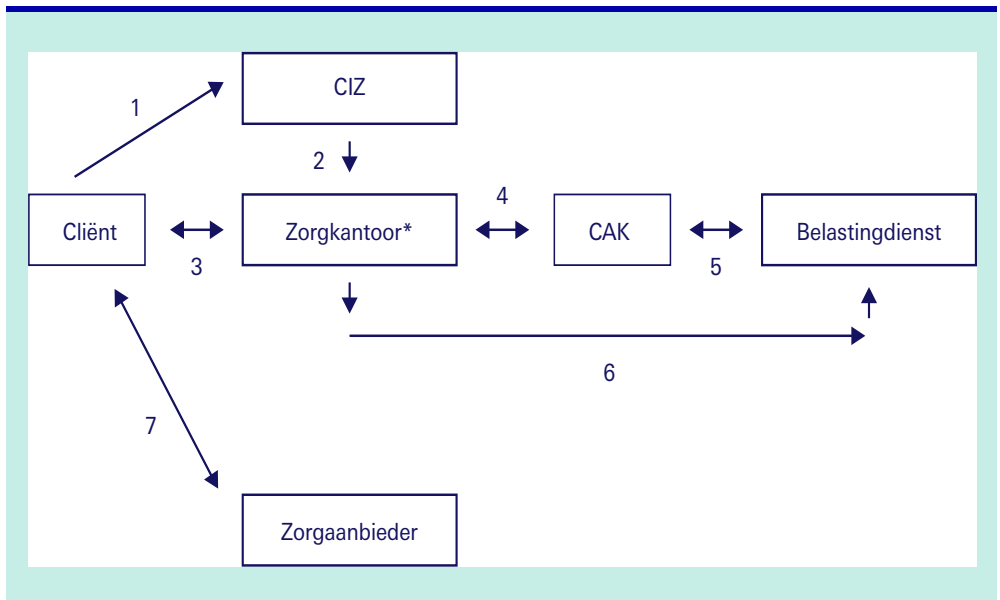
a LJN: BB7623, Voorzieningenrechter Rechtbank 's-Gravenhage, 295485 / KG 07/1152.

### *Pgb*

Indien de verzekerde kiest voor een pgb ontvangt hij van het zorgkantoor een genormeerd bedrag dat afhankelijk is van de indicatie. Met het pgb kan de verzekerde vervolgens zelf bepalen door wie de geïndiceerde zorg wordt verleend en is hij niet gebonden aan de door het zorgkantoor aangewezen zorgaanbieders. De cliënt heeft ook in eigen hand welke functies hij inkoop; dat hoeven niet de geïndiceerde functies te zijn, maar het moet wel gaan om AWBZ-verzekerde zorg.

Onderstaand zijn de verschillende stappen in het pgb-proces in beeld gebracht.

figuur 2



1. De cliënt meldt zich bij het CIZ voor een indicatie.
2. De indicatie wordt doorgestuurd naar het zorgkantoor, waarbij de cliënt voorkeur heeft aangegeven voor een pgb.
3. Het zorgkantoor vertaalt de indicatie naar een (netto) pgb en betaalt het pgb uit aan de cliënt. Na berekening van de definitieve eigen bijdrage wordt de cliënt door het zorgkantoor op de hoogte gebracht (met eventueel verrekening, nabetaling of vordering).
4. Het zorgkantoor verzoekt het CAK om de definitieve eigen bijdrage te berekenen. CAK koppelt deze terug naar het zorgkantoor.
5. CAK vraagt bij de Belastingdienst het inkomen op om de definitieve eigen bijdrage te berekenen.
6. Het zorgkantoor verstrekt de Belastingdienst informatie over bestede pgb-gelden van budgethouder.
7. Cliënt koopt zelf zorg in en betaalt.

\* Zorgkantoor namens verzekeraars.

Wanneer gebruik wordt gemaakt van een pgb is het risico voor de zorginkoop en van de betaling van de zorgkosten in handen van de cliënt, waarbij hij zelf het aantal uren zorg en de prijs (in onderhandeling met de zorgaanbieder/-verlener) bepaalt. Ook is hij verantwoordelijk voor het afsluiten van een contract met de zorgverlener en voor de administratieve afhandeling en verantwoording daarvan. De cliënt die met zijn pgb een beroep doet op een zorgverlener, zal veelal als werkgever worden aangemerkt en de daarbij behorende verplichtingen moeten nakomen. Hierbij kan hij worden ondersteund door een (particulier) bemiddelingsbureau of door een servicebureau van de Sociale Verzekeringsbank.

### Zorgkantoren

Op grond van het Administratiebesluit Bijzondere Ziektekostenverzekering zijn 32 regionale 'verbindingskantoren' aangewezen. Sinds de inwerkingtreding van de Zvw gaat het om van de zorgverzekeraars afgescheiden rechtspersonen, zorgkantoren genoemd.

De taken van deze zorgkantoren zijn beperkt tot:

- 1 het bevorderen van het administratieve contact tussen zorgaanbieders enerzijds en het Centraal Administratie Kantoor (CAK) anderzijds;
- 2 het adviseren van zorgverzekeraars over aanspraken;
- 3 adviseren van zorgverzekeraars over verschuldigdheid van eigen bijdragen;
- 4 doorgeven van gegevens aan het CAK.

De praktijk verloopt echter anders. Zorgverzekeraars hebben namelijk op vrijwillige basis vrijwel al hun AWBZ-taken aan de zorgkantoren uitbesteed. Dit geldt in het bijzonder voor de zorginkoop en het verstrekken van subsidies. In de praktijk moeten verzekerden dus bij het zorgkantoor aankloppen voor hun aanspraken op AWBZ-zorg.

#### *Toezicht*

Toezicht op de zorgverzekeraars/zorgkantoren vindt plaats door de NZa en door het CVZ. Jaarlijks wordt een oordeel gegeven over de rechtmatigheid en doelmatigheid van de uitgaven.

## 4 Bekostiging

Het CVZ beheert de door de Belastingdienst in het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten gestorte AWBZ-gelden<sup>40</sup>. Het CVZ bevordert een rechtmatige en doelmatige uitvoering van de AWBZ<sup>41</sup> en adviseert de minister van VWS over de onder de AWBZ-verzekering te brengen verstrekkingen<sup>42</sup>.

Het CAK verricht de betalingen die zorgverzekeraars uit hoofde van de uitvoering van de AWBZ verschuldigd zijn aan zorgaanbieders voor het verlenen van zorg. Deze betalingen geschieden namens het CVZ. Op geleide van een betalingsopdracht van de zorgkantoren, verstrekt het CAK iedere maand betalingen aan de zorgaanbieders.

Het CVZ kan regels stellen over de wijze waarop het CAK en de zorgkantoren hun werkzaamheden uitvoeren.

Zorgkantoren verstrekken aan verzekerden desgewenst pgb's. Pgb's komen niet ten laste van het aan een zorgkantoor toegewezen regionale budget, maar ten laste van een landelijk budget dat beschikbaar is voor de desbetreffende subsidieregeling die door het CVZ in het leven is geroepen. Vanuit de zorgaanbieders gezien gaat het dus om een aanvullend budget ten opzichte van het regionale budget dat onder de contracteerruimte van een zorgkantoor valt. Het landelijk budget voor pgb's is in de afgelopen jaren telkens verhoogd wanneer het plafond van de subsidieregeling werd bereikt.

40 Artikel 90 eerste lid Wet financiering sociale verzekeringen.

41 Artikel 41 AWBZ.

42 Artikel 43 AWBZ.

In het navolgende schema is een schets gegeven van de geldstromen in de AWBZ vanaf de premieheffing tot de betaling van zorgaanbieders.

Figuur 3 Geldstromen AWBZ

