



Advies Raad van State betreffende het voorstel van wet, houdende Wijziging van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en enige andere wetten in verband met wijziging van de uitvoering van de AWBZ door zorgverzekeraars voor hun eigen verzekerden

Nader Rapport

*Kenmerk 725582-133261-WJZ
Den Haag, 25 februari 2015*

Aan de Koning

Nader rapport inzake het voorstel van wet, houdende Wijziging van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en enige andere wetten in verband met wijziging van de uitvoering van de AWBZ door zorgverzekeraars voor hun eigen verzekerden

Blijkens de mededeling van de Directeur van Uw Kabinet van 26 september 2011, no. 11.002269, machtigde Uwe Majesteit de Afdeling advisering van de Raad van State haar advies inzake het bovenvermelde voorstel van wet rechtstreeks aan mij te doen toekomen. Dit advies, gedateerd 3 februari 2012, no. W13.11.0387/III, bied ik U hierbij aan.

Het wetsvoorstel strekt tot wijziging van de AWBZ met het doel aan de zorgverzekeraars als bedoeld in de Zorgverzekeringswet (Zvw) gelieerde AWBZ-uitvoerders de AWBZ uit te laten voeren en de regionaal werkende zorgkantoren af te schaffen.

Op 1 januari 2015 is de Wet langdurige zorg (Wlz) in werking getreden. De verdeling van de uitvoeringsverantwoordelijkheid in de Wlz is om in de memorie van toelichting bij het wetsvoorstel Wlz aangegeven redenen (Kamerstukken II 2013/14, 33 891, nr. 3) anders dan de verdeling die met voorliggend wetsvoorstel tot wijziging van de AWBZ werd beoogd. Aangezien voorts met de Wlz de AWBZ is ingetrokken, kan voorliggend wetsvoorstel als obsoleet worden beschouwd.

Daartoe gemachtigd door de ministerraad, moge ik U verzoeken goed te vinden dat het advies van de Afdeling advisering van de Raad van State buiten verdere behandeling wordt gelaten en dat het onderhavige nader rapport tezamen met het advies van de Afdeling advisering van de Raad van State en het voorstel van wet en de daarbij behorende memorie van toelichting zoals deze aan de Afdeling advisering van de Raad van State zijn voorgelegd, openbaar wordt gemaakt.

*De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
M.J. van Rijn.*



Advies Raad van State

No. W13.11.0387/III
's-Gravenhage, 3 februari 2012

Aan de Koning

Bij Kabinetsmissive van 26 september 2011, no.11.002269, heeft Uwe Majesteit, op voordracht van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, bij de Afdeling advisering van de Raad van State ter overweging aanhangig gemaakt het voorstel van wet houdende wijziging van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en enige andere wetten in verband met wijziging van de uitvoering van de AWBZ door zorgverzekeraars voor hun eigen verzekerden, met memorie van toelichting.

Het wetsvoorstel strekt tot wijziging van de AWBZ met het doel te komen tot een betere uitvoering van deze wet. In combinatie met de maatregelen op het zorginhoudelijke vlak (die elders zullen worden geregeld) moet dit resulteren in een toekomstbestendige AWBZ.¹

De beoogde verbetering zal worden gerealiseerd door de zorgkantoren op te heffen en de uitvoering te laten plaatsvinden door de zorgverzekeraars voor hun eigen verzekerden. Daarmee zal, aldus de toelichting, worden bereikt:

1. verbetering van de positie van de cliënt: door koppeling van uitvoering van de AWBZ aan die van de Zorgverzekeringswet (ZVW) ontstaat zowel keuzevrijheid als één aanspreekpunt;
2. verbetering van afstemming van ZVW- en AWBZ-zorg door gecombineerde inkoop;
3. kostenbesparing door efficiencywinst.

Met het wetsvoorstel wordt uitvoering gegeven aan het Regeer- en gedoogakkoord, waarin is afgesproken dat de huidige taken van de zorgkantoren en de risico's door de zorgverzekeraars zullen worden overgenomen.² Anders dan in het Regeerakkoord wordt beoogd, zullen de uitvoeringsrisico's van de AWBZ echter niet overgaan op zorgverzekeraars: vooralsnog wordt geen risicodragende uitvoering van de AWBZ door zorgverzekeraars voorzien. Een eventuele beslissing daarover wordt aan een volgend kabinet gelaten.³

Het wetsvoorstel moet gezien worden in samenhang met andere voorstellen die een omslag van aanbodsturing naar vraagsturing omvatten. Zo is in 2009 het bouwregime afgeschaft en vindt in de komende jaren een scheiding tussen wonen en zorg plaats en, in samenhang daarmee, een geleidelijke uitfasering van de risicoloze vergoeding van de daarmee verband houdende kosten. De vergoeding van de kapitaallasten zal gaandeweg meer worden gekoppeld aan de bezetting. Daarmee wordt de bekostiging voor instellingen risicovoller. Vooruitlopend op het onderhavige voorstel wordt de contracteerplicht al per 2012 afgeschaft.⁴

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft de Afdeling verzocht om in haar advies specifiek aandacht te besteden aan de Europeesrechtelijke consequenties van het conceptwetsvoorstel en daarbij de opvatting van De Nederlandsche Bank N.V. (DNB) over dit onderwerp, zoals verwoord in diens brief van 29 juni 2011 te betrekken.⁵

Op 13 december 2011 heeft een delegatie van de Afdeling advisering van de Raad van State op de voet van artikel 24 van de Wet op de Raad van State met de Staatssecretaris van VWS over het voorstel beraadslaagd.

De Afdeling advisering van de Raad van State onderschrijft de strekking van het wetsvoorstel, maar maakt een aantal opmerkingen met betrekking tot het toekomstperspectief van de AWBZ, het hybride karakter van het stelsel, en de Europeesrechtelijke aspecten, in het bijzonder de verhouding tot de schadeverzekeringsrichtlijnen. In verband met de Europeesrechtelijke aspecten adviseert de Afdeling het voorstel af te stemmen met de Europese Commissie.

Zij is van oordeel dat in verband met de gemaakte opmerkingen aanpassing van de toelichting, en zo nodig van het voorstel, wenselijk is.

¹ Toelichting, paragraaf 1 Inleiding.

² Toelichting, paragraaf 3.2.

³ Toelichting, paragraaf 1 Inleiding.

⁴ Besluit houdende wijziging van het besluit zorgaanspraken AWBZ in verband met de afschaffing van de contracteerplicht voor intramurale zorg, alsmede wijziging van het Zorgindicatiebesluit in verband met beperking van de strekking van het indicatiebesluit (Stb. 2011, 665).

⁵ DNB heeft zijn zienswijze gegeven op basis van een eerder concept waarin werd uitgegaan van risicodragende uitvoering.



1. Probleemanalyse; toekomstperspectief

Blijkens de toelichting wordt de langdurige zorg gekenmerkt door twee problemen:

1. de kosten ervan zijn hoog en zullen in de komende decennia sterk toenemen. Jaarlijks maken ongeveer 600.000 mensen gebruik van de AWBZ en thans wordt er 23 miljard euro uitgegeven aan AWBZ-zorg;
2. de efficiëntie van de uitvoering is niet optimaal omdat prikkels voor doelmatig handelen ontbreken.⁶

De oorzaak van deze problemen moet mede gezocht worden in de wijze van uitvoering door de zorgkantoren. Zo wijst de toelichting op het ontbreken van voldoende prikkels voor de betrokken partijen om te komen tot meer klantgerichte, kwalitatief betere en meer kostenefficiënte uitvoering.⁷ Deze constatering blijkt ook uit verschillende rapporten.⁸ Dit geldt zowel de inkoop (zorgkantoren) als de aanbieders van AWBZ-zorg. Zo signaleert het Rapport Brede Heroverwegingen⁹ dat zowel op de hoeveelheid zorg als op de prijs van ingekochte zorg efficiencywinst mogelijk is. Bepaalde zorgkantoren contracteren een bovengemiddelde hoeveelheid langdurige zorg. Verder is ook op instellingsniveau een substantiële daling van de kosten mogelijk. Uit adviezen van de SER en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) blijkt dat het zorgkantoor uitsluitend risico loopt op zijn beheerskosten, maar niet als zorginkoper.¹⁰

In deze rapporten bestaat overeenstemming over het feit dat financiële prikkels tot grotere efficiëntie kunnen leiden. De aanbevelingen staan echter niet op zichzelf, maar wijzen alle tevens op de noodzaak van een langetermijnvisie. Daarbij kan gedacht worden aan het onderbrengen van een deel van de AWBZ in de ZVW, waarbij een resterend deel onder de AWBZ kan blijven (gehandicapten met beperkte zelfredzaamheid en complexe zorgvraag).¹¹

De toelichting bij het wetsvoorstel biedt echter op het punt van de lange termijn visie geen aanknopingspunten. De Afdeling acht het onjuist de wijziging van de AWBZ te beperken tot uitvoeringstechnische aspecten zonder tenminste ook een perspectief op de mogelijkheden tot het bereiken van de uiteindelijke doelstellingen van de wet te schetsen.

Het lijkt aannemelijk dat het voorstel leidt tot verbetering voor zover het betreft de positie van de cliënt en de afstemming van de AWBZ-zorg en ZVW-zorg. De cliënt heeft een grotere keuzevrijheid (ook voor de AWBZ-zorg) en kan zich richten tot een zorgverzekeraar (één-loket-gedachte). Daarbij wordt er wel van uitgegaan dat die keuzevrijheid er in de praktijk ook zal zijn en dat iedere cliënt over een zodanig kritisch vermogen beschikt dat hij een verantwoorde keuze kan maken.

Uit de overstappraktijk onder de ZVW blijkt evenwel dat cliënten eerder selecteren op de hoogte van de premie dan op kwaliteit en voorts dat kwetsbare groepen belemmeringen kunnen ondervinden bij de overstap naar een andere zorgverzekeraar.

Bij de Afdeling bestaan er daarentegen ernstige twijfels bij de beoogde efficiencywinst. Het wetsvoorstel laat het eindperspectief van de ontwikkeling van de AWBZ in het midden. Dit is in het bijzonder het geval bij de keuze om (nog) niet over te gaan tot een risicodragende uitvoering van de AWBZ door zorgverzekeraars. Een geleidelijke aanpak heeft als voordeel dat betrokken partijen zich op een stelselwijziging kunnen voorbereiden. De nu gekozen werkwijze laat echter onzekerheid bestaan, waardoor het de vraag is of vorengenoemde verbeteringen op het punt van de efficiëntie en kostenbesparing daadwerkelijk zullen optreden.

De Afdeling adviseert in de toelichting nader aan te geven welk perspectief de regering voor ogen staat bij de verdere toekomst van de AWBZ en nader in te gaan op de betekenis van het voorstel in dit verband.

2. Aanbodsturing en vraagsturing: een hybride stelsel

De Afdeling zal in het onderstaande toetsen of het voorstel aan het in de toelichting geschetste doel zal kunnen voldoen. Daarbij is de positionering van de verschillende actoren in het stelsel bepalend. Gelet op het voorstel en de toelichting vat de Afdeling de opzet van het stelsel zoals dat de regering voor ogen staat als volgt samen. In het voorstel is en blijft de AWBZ een publieke, sociale verzekering. Deze verzekering wordt uitgevoerd door (private) zorgverzekeraars. Zij treden hierbij slechts als uitvoerder op, en lopen – vooralsnog – geen risico's ten aanzien van de betreffende AWBZ-kosten. In

⁶ Toelichting, paragrafen 1 en 2.

⁷ Toelichting, paragraaf 2, slot.

⁸ De toelichting maakt alleen melding van het advies van de SER (paragraaf 3.1).

⁹ Rapport brede heroverwegingen nr. 12 Langdurige zorg, april 2010, blz. 9.

¹⁰ SER – Langdurige zorg verzekerd (2008); NZA – Uitvoeringstoets opheffen zorgkantoren (2007).

¹¹ NZA – Care voor de Toekomst, Uitvoeringstoets Overheveling zorgkantoortaken, blz. 17.



het stelsel zijn, met name door de koppeling aan de ZVW-verzekering¹², maar mogelijk ook door bepaalde elementen in de budgetteringssystematiek¹³, stimulansen opgenomen waardoor de zorgverzekeraar een eigen (ondernemers)belang krijgt bij een kwalitatief goede en doelmatige uitvoering van de AWBZ. Aldus krijgt de uitvoering van de AWBZ een hybride karakter, van aanbod- en vraaggestuurde uitgangspunten en publieke en private elementen. Tegen deze achtergrond merkt de Afdeling het volgende op.

a. risicodragendheid

De huidige AWBZ bevat geen prikkels voor het zorgkantoor om goede en doelmatige zorg in te kopen. De voorgestelde koppeling met de ZVW moet een belangrijke stimulans daartoe introduceren. Een extra financiële prikkel die in het voorontwerp van dit voorstel was voorzien, is de introductie van een risicodragende uitvoering van de AWBZ door zorgverzekeraars. Daarvan is voornamelijk echter afgezien. Een beslissing hierover wordt aan een volgend kabinet gelaten. De Afdeling begrijpt dat de regering terughoudend is in het zetten van grote stappen ineens. Het is voorts de vraag of de introductie van een risicodragende uitvoering thans opportuun is, nu daartoe alleen kan worden overgegaan indien aan een aantal voorwaarden is voldaan. Belangrijke voorwaarden zijn in dit verband de ontwikkeling van de inkoopmarkt, de ontwikkeling van *countervailing power* door verzekerden ten opzichte van zorgverzekeraars en een goed werkend stelsel van vereveningsbijdragen.¹⁴ De ontwikkeling van het stelsel lijkt voornamelijk onvoldoende ver gevorderd. Het gevolg van het ontbreken van bedoelde risicodragendheid is echter dat daarmee een belangrijke prikkel voor zorgverzekeraars ontbreekt.¹⁵ De Afdeling acht een dergelijke prikkel wel van belang voor het beheersen van de zorgkosten.

In dit verband wijst de Afdeling voorts op het volgende. In het voorstel is de zorgverzekeraar bij de inkoop voor de AWBZ een niet-risicodragende uitvoerder. Bij de inkoop van curatieve zorg in de ZVW draagt de zorgverzekeraar daarentegen wel risico. Hierdoor, en omdat met het voorstel de zorgverzekeraar de inkoop voor beide regelingen ten aanzien van de verzekerde verzorgt, bestaat de kans dat zorgverzekeraars proberen kosten zoveel mogelijk over te hevelen van de uitvoering van de ZVW naar die van de AWBZ. Dit vereist een scherpe afbakening tussen het verzekerde pakket van de ZVW en dat van de AWBZ.¹⁶

De Afdeling adviseert het voorstel hiermee aan te vullen.

b. budgetfinanciering

Bij de uitvoering van de AWBZ door zorgverzekeraars blijft blijkens de toelichting sprake van budgetfinanciering.¹⁷ Bij volledige budgetfinanciering worden zowel de directe kosten voor de inkoop van zorg als de kosten voor de organisatie van de uitvoering (beheerskosten) volledig vergoed, ongeacht de wijze waarop de uitvoering heeft plaatsgevonden. Van overschotten of tekorten is dan per definitie geen sprake.

Uit de toelichting maakt de Afdeling op dat weliswaar sprake is van budgetfinanciering, maar niet van volledige budgetfinanciering in de hiervoor bedoelde zin. Zo lijkt de realisatie van tekorten of overschotten op het budget voor de beheerskosten in beginsel voor rekening en risico van de zorgverzekeraar zelf te komen.¹⁸ Ook is in de toelichting sprake van de mogelijkheid om een egalisatie-reserve te vormen om daarmee tekorten in volgende jaren op te kunnen vangen of kwaliteitsverbeteringen door te voeren.¹⁹

De Afdeling adviseert de toelichting op dit punt te verduidelijken.

In dit verband wijst de Afdeling voorts op een mogelijk bijkomend effect van het voorstel. Door de koppeling van de AWBZ-zorg met het verzekerdenbestand voor de ZVW werkt de wijze van uitvoering van de AWBZ gunstig voor het ZVW-bedrijf, zo wordt beoogd. De beschreven budgetfinanciering kan er echter toe leiden, dat zorgverzekeraars, om zich te onderscheiden op de zorgverzekeringsmarkt, AWBZ-zorg van hoge kwaliteit inkopen, terwijl zij de kosten daarvan, vanwege de budgetsysteematiek,

¹² Toelichting, paragraaf 3.2.

¹³ Toelichting, paragrafen 4.1 en 4.3.

¹⁴ Toelichting, paragraaf 1. Zie ook NZA – Care voor de Toekomst, blz. 13.

¹⁵ NZA – Care voor de Toekomst, Uitvoeringstoets Overheveling zorgkantoor. Daarin wordt opgemerkt dat zolang de verzekeraars geen risico dragen, het voorgestelde model nauwelijks tot meer ondernemerschap stimuleert dan de huidige constructie. (blz. 10 en 48).

¹⁶ Zie NZA – Care voor de Toekomst, blz. 11 en 49.

¹⁷ Toelichting, hoofdstuk 4.

¹⁸ Zie hierover het duidelijkst paragraaf 7.8 van de toelichting, waarin sprake is van het onderscheid tussen verzekeringsrisico en uitvoeringsrisico.

¹⁹ Toelichting, paragrafen 3.5 en 7.3. Zie ook de reacties van het CVZ en de NZA bij het ontwerp van het voorstel.



kunnen afwentelen op de overheid.²⁰ Niet geheel duidelijk is hoe dit mogelijke effect, gegeven de beoogde budgetfinanciering, wordt voorkomen. De Afdeling adviseert in de toelichting hierop nader in te gaan.

c. contractering

Ingevolge het voorstel wordt de contracteerplicht, die is opgenomen in artikel 16b AWBZ, afgeschaft. Dit vloeit voort uit de gekozen opzet. Blijkens de toelichting kan echter pas worden overgegaan tot inkoop door individuele zorgverzekeraars zodra een adequaat en stabiel model voor de verdeling van de beschikbare financiële middelen voor individuele zorgverzekeraars beschikbaar is.²¹ Pas na een evaluatie van de kwaliteit van een dergelijk verdeelmodel zal worden besloten of overgegaan kan worden tot verdeling van de beschikbare middelen over AWBZ-uitvoerders en daarmee tot de gewenste individuele zorginkoop. Die evaluatie vindt zo mogelijk in 2013, doch uiterlijk in 2014, plaats.²² Totdat een dergelijk besluit is genomen, vindt de contractering plaats via een model van representatie: regionale verdeling van middelen en regionale inkoop door een representant namens alle AWBZ-uitvoerders in die regio, ter hoogte van de regionale contracteerruimte.

De Afdeling begrijpt dat ervaring moet worden opgedaan met vrije contractering en dat het verdeelmodel voldoende ontwikkeld moet zijn om daartoe over te kunnen gaan. De beoogde effecten van het voorstel (het – door koppeling met de ZVW – bieden van prikkels aan zorgverzekeraars om kwalitatief goed en doelmatig in te kopen voor de AWBZ) worden met het representatiemodel evenwel voorlopig tenietgedaan. De zorgverzekeraar kan zich zo immers niet onderscheiden. De Afdeling is van oordeel dat bij invoering van het voorgestelde stelsel duidelijkheid dient te bestaan over een invoeringstraject ten aanzien van de contractering. Vanwege de consequenties van een model van representatie mag zo'n overgangstraject niet te lang duren.²³ De Afdeling adviseert hierop in de toelichting in te gaan.

d. samenstelling AWBZ-groep

De AWBZ omvat regelingen voor verschillende groepen zorgbehoevenden. De efficiëntiewinst die wordt beoogd bij de uitvoering van de AWBZ, is afhankelijk van de mate waarin verzekerden de zorgverzekeraar afrekenen op diens prestaties (stemmen met de voeten). Gelet op het proces zoals dit zich heeft voltrokken onder de ZVW, is het niet zonder meer te verwachten dat iedere zorgverzekerde, ook waar het de AWBZ-zorg betreft, hiertoe werkelijk zal overgaan. Dit geldt in versterkte mate voor de bij uitstek kwetsbare groepen. Weliswaar wijst de toelichting wat betreft deze kwetsbare groepen op het vereveningssysteem (ZVW), het verdeelmodel (AWBZ) en het wettelijk blijven regelen van de AWBZ-aanspraken, maar de Afdeling betwijfelt of dit een adequaat antwoord is op deze problematiek.²⁴ Die maatregelen betreffen immers met name de budgetteringssystematiek. Zij leiden nog niet tot de beoogde kritische houding van verzekerden die zorgverzekeraars moet aansporen tot kwaliteit en efficiëntie.²⁵

De Afdeling adviseert hierop nader in te gaan.

e. conclusie

De Afdeling concludeert dat de opzet van het voorstel nog veel vragen oproept over de wijze waarop het stelsel van de AWBZ, met een hybride constructie van aanbodgestuurde en vraaggestuurde elementen moet gaan functioneren, zodat allerm minst zeker is of het voorstel zal leiden tot het bereiken van de doelen, met name die met betrekking tot het behalen van efficiencywinst, die de regering zich ermee heeft gesteld. De Afdeling adviseert nader op het vorenstaande in te gaan, daarbij in het bijzonder aan te geven in welke mate de noodzakelijke voorwaarden zijn vervuld om metterdaad de beoogde effecten te kunnen verwachten, en het voorstel zo nodig aan te passen.

3. Europeesrechtelijke aspecten

In de adviesaanvraag wordt in het bijzonder aandacht gevraagd voor de Europeesrechtelijke aspecten van het voorstel, met name voor de vraag of de verzekeringsrichtlijn op de zorgverzekeraars van toepassing zijn bij de uitvoering van de AWBZ. De Afdeling gaat daarop hierna nader in, en beperkt zich daarbij niet tot de problematiek van de verzekeringsrichtlijn, maar gaat ook nader in op de

²⁰ Zie in deze zin ook het rapport NZA – Care voor de Toekomst, blz. 57.

²¹ Toelichting, paragraaf 3.7.

²² Paragraaf 4.2.

²³ Zie ook NZA – Care voor de Toekomst, waarin zij wijst op de mogelijkheid van het ontstaan van nieuwe samenwerkingsconstructies waarbij de feitelijke situatie opnieuw de formele regeling ontgroeit. (blz. 49–50)

²⁴ Toelichting, paragraaf 3.3.

²⁵ Zie ook E. Schut en W. van de Ven – Leidt uitvoering door concurrerende zorgverzekeraars tot een doelmatige en financieel houdbare AWBZ?, Netspar NEA Paper 32, blz. 24–25.



toedeling van de uitvoering van de AWBZ aan verzekeraars en op aanbestedingsaspecten.

3.1. Algemeen

Ten algemene merkt de Afdeling het volgende op. Hiervoor, in punt 1, is aan de orde geweest dat het voorstel en de toelichting onduidelijk zijn over de richting waarin het stelsel van de AWBZ zich begeeft, terwijl in de thans voorgestelde opzet sprake is van een hybride karakter van de systematiek voor de uitvoering van de AWBZ (punt 2). Daarbij is gewezen op enkele onduidelijkheden in de opzet van het stelsel, met name ten aanzien van de positionering van de zorgverzekeraars. Het antwoord op deze kwesties is mede bepalend voor de analyse van de Europeesrechtelijke aspecten die aan het voorstel zijn verbonden.

In dit verband wijst de Afdeling op de parallelie met de totstandkoming van de stelselwijziging in de curatieve zorg, waarbij sprake was van een hybride opzet en van een transitieproces. In dat kader zijn door verschillende instanties analyses gemaakt van de Europeesrechtelijke aspecten die daaraan zijn verbonden en heeft intensief overleg met de Europese Commissie plaatsgehad.²⁶ Het is de Afdeling opgevallen dat dit bij de thans voorgestelde transitie, als moet worden afgegaan op de toelichting, vooral nog niet of nauwelijks lijkt te zijn gebeurd.

De Afdeling wijst erop dat deze analyse niet los kan worden gezien van de ontwikkeling van dit transitiebeleid, maar daarvan integraal onderdeel uit behoort te maken. De onzekerheden over het transitieproces van de AWBZ leiden dan ook tot onzekerheden over de Europeesrechtelijke aspecten. Tegen deze achtergrond wijst de Afdeling in het bijzonder op de volgende punten.

3.2. Verhouding tot de verzekeringsrichtlijn

DNB en de NZa hebben in hun reacties op het voorstel gesteld dat – een risicodragende – uitvoering van de AWBZ door zorgverzekeraars onder de schadeverzekeringsrichtlijn valt en daarmee onder de Wft. DNB kwam op basis van het eerdere concept, waarbij sprake was van een risicodragende uitvoering van de AWBZ, tot de conclusie dat een risicodragende uitvoering van de AWBZ, gekoppeld aan de basisverzekering van de ZVW, meebrengt dat de nieuwe AWBZ-verzekering het karakter krijgt van een ziektekostenverzekering in de zin van artikel 54 van de Derde richtlijn schadeverzekering; thans artikel 206, eerste lid, onder a, van de Solvency II richtlijn (hierna: de verzekeringsrichtlijn).²⁷ Kernpunt daarbij is dat de verzekeringsrichtlijn weliswaar niet van toepassing is op de uitvoering van sociale verzekeringen²⁸, maar dat uit de jurisprudentie van het Hof van Justitie van de Europese Unie (HvJ EU) blijkt dat die wél van toepassing is wanneer zo'n regeling door een verzekeringsonderneming voor eigen risico wordt uitgevoerd.²⁹ In dat geval biedt artikel 206, eerste lid, onder a, van de verzekeringsrichtlijn overigens de mogelijkheid op bepaalde punten in verband met sociale zekerheidsaspecten bijzondere voorwaarden te stellen.³⁰ Voorts wijzen DNB en de NZa op de koppeling van de uitvoering van de AWBZ met de overeenkomst die is gesloten in het kader van de ZVW. Zij stellen daarbij ter discussie in hoeverre het bestaan van een privaatrechtelijke overeenkomst doorslaggevend is voor de toepasselijkheid van de verzekeringsrichtlijn.

In reactie op deze commentaren wordt in de toelichting uiteengezet waarom de regering van oordeel is dat dit laatste niet het geval is. In de eerste plaats wordt opgemerkt dat er geen sprake is van een verzekeringsovereenkomst, maar van een verzekering die uit de wet voortvloeit. De zorgverzekeraar, zo wordt vervolgd, is bovendien geen verzekeringsonderneming en draagt geen verzekeringsrisico, maar slechts een uitvoeringsrisico. Tot slot is geen sprake van dienstverlening, omdat het bij de AWBZ

²⁶ Interdepartementale Commissie Europees recht – Advies inzake Europeesrechtelijke aspecten van een stelsel van ziektekostenverzekeringen, 3 april 2001; Advies van de Landsadvocaat van 4 december 2002 – Een nieuw stelsel van zorgverzekering; Raad voor de Volksgezondheid en Zorg – Gezondheidszorg en Europa: een kwestie van kiezen, december 2002. Voor de consultaties bij de Europese Commissie zij verwezen naar de brief van de Minister Hogervorst aan de Europese Commissie van 8 oktober 2003, DWJZ 2418668 en de brief van de Europese Commissie van 25 november 2003, kenmerk CAB/PvB/D(03)0848.

²⁷ Richtlijn 92/49/EEG (Derde Schaderichtlijn), inmiddels vervangen door Richtlijn 2009/138/EG (Solvency 2), die in Nederland nog moet worden geïmplementeerd.

²⁸ Artikel 3 van de verzekeringsrichtlijn luidt: 'Onverminderd artikel 2, lid 3, onder c), heeft deze richtlijn geen betrekking op verzekeringen die vallen binnen een wettelijke regeling van sociale zekerheid.'

²⁹ Zaak C-206/98, Commissie – België, Jurispr. 2000, blz. I-3509, r.o. 44: 'Bijgevolg moet artikel 2, lid 2, van richtlijn 92/49 tegen de achtergrond van artikel 55 ervan aldus worden uitgelegd, dat deze richtlijn van toepassing is op verzekeringen die in het kader van een wettelijk stelsel van sociale zekerheid door verzekeringsondernemingen voor eigen risico worden uitgeoefend.'. Latere jurisprudentie (zie in het bijzonder Zaak C-41/10, Commissie – België, arrest van 28 oktober 2010, en Zaak C-82/10, Commissie – Ierland, arrest van 29 september 2010) biedt hierover geen nieuwe inzichten.

³⁰ Artikel 206, eerste lid, van de verzekeringsrichtlijn luidt:

'Ziektekostenverzekering als alternatief voor sociale zekerheid

1. Lidstaten waar overeenkomsten tot dekking van risico's van branche 2 van deel A van bijlage I de door het wettelijk stelsel van sociale zekerheid geboden dekking geheel of gedeeltelijk kunnen vervangen, kunnen verlangen:

a) dat deze overeenkomsten voldoen aan de door die lidstaat vastgestelde bijzondere wettelijke bepalingen ter bescherming van het algemeen belang waarop deze verzekering betrekking heeft; en
b) dat de toezichthoudende autoriteiten van deze lidstaat in kennis worden gesteld van de algemene en bijzondere voorwaarden van deze verzekering, alvorens deze in omloop wordt gebracht.'



gaat om onverzekerbare risico's waar geen markt voor is, aldus de toelichting.³¹

In dit verband zal allereerst bepaald moeten worden of de zorgverzekeraar bij de uitvoering van de AWBZ als verzekeraar optreedt ten opzichte van de verzekerde.

Indien de conclusie is dat de verzekeringsrichtlijn van toepassing is, betekent dat overigens niet dat afwijkingen niet zijn toegestaan. Artikel 206, eerste lid, onder a, van de verzekeringsrichtlijn laat afwijkingen toe in verband met algemene belangen die met een wettelijke stelsel van sociale zekerheid worden gediend.

De Afdeling merkt het volgende op over de in de toelichting gegeven argumenten over de toepasselijkheid van de verzekeringsrichtlijn.

– De verzekering vloeit voort uit de wet

De stelling dat de verzekering uit de wet voortvloeit en dat de zorgverzekeraar niet met de verzekerde een verzekeringsovereenkomst ter zake van de AWBZ heeft gesloten met de verzekerde, is op zich zelf juist.

De Afdeling betwijfelt of voor de toepasselijkheid van de verzekeringsrichtlijn van belang is of sprake is van een overeenkomst, omdat deze eis in de verzekeringsrichtlijn niet rechtstreeks is terug te vinden. Van belang is of sprake is van een verzekeringsonderneming die verzekeringsactiviteiten verricht die vallen onder de verzekeringsrichtlijn.³² De Afdeling is dan ook, vooralsnog, met de NZA van oordeel dat het feit dat de verzekering voortvloeit uit de wet niet doorslaggevend is om te bepalen of de verzekeringsrichtlijn van toepassing is. Overleg met de Europese Commissie kan hier meer duidelijkheid verschaffen.

Er kan bovendien niet aan voorbijgegaan worden dat in de gekozen opzet deze verzekering gekoppeld is aan de verzekeringsovereenkomst die de verzekerde in het kader van de ZVW met de zorgverzekeraar heeft gesloten. De uitvoering van de AWBZ wordt zo accessoir aan de overeenkomst in het kader van de ZVW. Ook de zorgverzekeraar moet overigens in dit verband een keuze hebben gemaakt, namelijk de keuze om op te treden als AWBZ-uitvoerder voor zijn ZVW-verzekerden. De verzekerde en de zorgverzekeraar kiezen aldus voor uitvoering van de AWBZ door die verzekeraar.

Op grond van het vorenstaande is de Afdeling niet overtuigd van de juistheid van de in de toelichting ingenomen stelling dat de uitvoering van de AWBZ geen verzekering is die onder de verzekeringsrichtlijn valt omdat de AWBZ-zorg uit de wet voortvloeit.

– De verzekeraar is geen onderneming en draagt geen ondernemingsrisico

Uit de verzekeringsrichtlijn en de jurisprudentie van het HvJ EU blijkt dat de richtlijn niet ziet op verzekeringen die vallen binnen een wettelijke regeling van sociale zekerheid (artikel 3 verzekeringsrichtlijn), maar dat de verzekeringsrichtlijn van toepassing is op verzekeringen die in het kader van een wettelijk stelsel van sociale zekerheid door verzekeringsondernemingen voor eigen risico worden uitgeoefend (C-206/98, Commissie – België, r.o. 44). De Afdeling zal hierna deze beide aspecten nader bezien.

Wat betreft het eerste aspect, te weten of de verzekeraar hier als verzekeringsonderneming optreedt, merkt de Afdeling op dat de zorgverzekeraar in eerste instantie moet afwegen of hij wel of niet wil opteren voor uitvoering van de AWBZ. Die afweging maakt hij in de hoedanigheid van verzekeringsonderneming. Onderdeel van die afweging is het commerciële belang dat hij door de koppeling tussen ZVW en AWBZ heeft (door de ZVW-verzekerde ook een AWBZ-pakket aan te kunnen bieden). Dat geldt ook voor de wijze waarop hij vervolgens de AWBZ voor die verzekerden uitvoert. Zoals hiervoor in punt 2 aan de orde is gesteld, leidt de Afdeling uit de toelichting af dat een van de kernelementen van het voorstel is dat de zorgverzekeraar in een positie wordt gebracht waarin hij als ondernemer een eigen (ondernemings)belang heeft bij een kwalitatief goede en doelmatige uitvoering van de AWBZ. De Afdeling concludeert dan ook dat de AWBZ-uitvoerder in dit verband als ondernemer optreedt.

Wat betreft het tweede aspect, het al dan niet bestaan van (verzekerings)risico's, merkt de Afdeling het volgende op. De hiervoor aan de orde gestelde vraag omtrent de risico's die verzekeraars lopen bij de uitvoering van de AWBZ, waaronder de ingebouwde prikkels in het budgetteringsmodel, is ook van belang voor de beoordeling van de toepasselijkheid van de verzekeringsrichtlijn.

Vooralsnog lijken de risico's die verzekeraars lopen bij de uitvoering van de AWBZ beperkt, en betreft het niet zozeer risico's met betrekking tot de zorg zelf, maar meer risico's ten aanzien van de uitvoe-

³¹ Paragraaf 7.8.

³² In artikel 206, eerste lid, onder a, van de verzekeringsrichtlijn wordt echter wel gesproken van overeenkomsten.



ring.³³ Daarom lijkt voorsnog verdedigbaar dat in de thans voorgestane modaliteit de risico's voor verzekeraars beperkt blijven. De Afdeling wijst er echter op dat zorgrisico's en beheersrisico's niet zo eenvoudig zijn te scheiden als lijkt te worden gesuggereerd. Beheersrisico's maken voor een private verzekeraar integraal deel uit van zijn ondernemersrisico. Bovendien zijn in de budgetteringssystematiek, zoals hiervoor in punt 2 aan de orde is geweest, elementen ingebouwd die ertoe leiden dat zorgverzekeraars niet alleen vanwege de uitstralingseffecten op het ZVW-bedrijf, maar ook voor de AWBZ-taak zelf – tot op zekere hoogte – een eigen financieel belang krijgen bij een doelmatige uitvoering van de AWBZ.

De Afdeling meent echter dat vanwege de beperkte omvang van risico's voor verzekeraars voorsnog verdedigbaar is dat de verzekeringsrichtlijn niet van toepassing is.

– De risico's in de AWBZ zijn onverzekerbaar

De Afdeling onderkent dat bij de uitvoering van de AWBZ in verschillende gevallen sprake zal zijn van onverzekerbare risico's. Dat is ook een belangrijke reden waarom de AWBZ de vorm van een volksverzekering heeft gekregen. De Afdeling acht dit echter niet zozeer een argument voor de stelling dat de AWBZ niet onder de verzekeringsrichtlijn kan vallen. In dit verband wijst de Afdeling op de ZVW, waar eveneens in een aantal gevallen sprake zal zijn van onverzekerbare risico's, terwijl die verzekering wel onder de verzekeringsrichtlijn valt. In het bijzonder artikel 206, eerste lid, onder a, van de verzekeringsrichtlijn biedt de mogelijkheid om in verband met de sociale verzekeringsaspecten voor dergelijke verzekeringen bijzondere voorwaarden te stellen. In dat kader gelden bij de ZVW bijvoorbeeld de acceptatieplicht en de verevening. Op die wijze kunnen ook onverzekerbare risico's deel uitmaken van verzekeringsrisico's. De Afdeling acht dit argument dan ook niet doorslaggevend.

Conclusie

De Afdeling concludeert dat voorsnog kan worden betoogd dat de uitvoering van de AWBZ door zorgverzekeraars op de wijze als voorgesteld niet onder de verzekeringsrichtlijn valt, zolang verzekeringsondernemingen bij de uitvoering van de AWBZ geen of vrijwel geen risico dragen. Overleg met de Commissie kan hierover duidelijkheid verschaffen.

De uiteindelijke uitkomst heeft ook gevolgen voor het al dan niet van toepassing zijn van de Wft. In het wetsvoorstel is ervan uitgegaan dat de Wft niet van toepassing is op de AWBZ omdat de AWBZ-uitvoerder geen schadeverzekeraar is. Dit heeft ertoe geleid dat het wetsvoorstel naar analogie van de Wft een aantal artikelen bevat, onder meer op het punt van de vereiste deskundigheid en betrouwbaarheid van bestuurders.

Indien uitvoering van de AWBZ door zorgverzekeraars op enig moment in verband met de risico's die verzekeraars bij de uitvoering lopen binnen de reikwijdte van de verzekeringsrichtlijnen gaat vallen, en de Wft derhalve van toepassing is, dienen de volgende artikelen aangepast te worden.

- Artikel 33, zesde en zevende lid, AWBZ, overeenkomend met de artikelen 3:8 en 3:9 Wft, inzake deskundigheid en betrouwbaarheid van bestuurders. Deze artikelen moeten achterwege blijven.
- Artikel 39, eerste lid, AWBZ, dat voorziet in de situatie dat een AWBZ-uitvoerder failliet is verklaard. De verwijzing naar de Wft is komen te vervallen. Deze verwijzing moet weer worden aangebracht.
- Artikel 31a WMG, overeenkomend met artikel 3:9 Wft, inzake betrouwbaarheid van bestuurder. Dit artikel moet achterwege blijven.

3.3. Toedeling van de uitvoering van de AWBZ aan zorgverzekeraars

De verzekeraar mag er voor kiezen de AWBZ voor zijn ZVW-verzekerden uit te voeren. Indien hij die keuze maakt, komen andere zorgverzekeraars niet meer aan bod. Zoals hiervoor aan de orde is geweest in punt 2, maakt de zorgverzekeraar deze keuze als ondernemer, met name met het oog op de uitstralingseffecten op het ZVW-bedrijf. Aldus geeft de overheid met het voorstel de zorgverzekeraar voor de ZVW het recht om voor zijn verzekerden ook uitvoerder te zijn voor de AWBZ. Dit recht kan worden gekwalificeerd als een bijzonder recht in de zin van artikel 106 van het Verdrag betreffende de Werking van de Europese Unie. Zorgverzekeraars zijn dan belast met het beheer van een dienst van algemeen economisch belang.

Dit roept de vraag op of deze vorm van toedeling van de uitvoering van de AWBZ ten aanzien van een groep AWBZ-verzekerden aan de zorgverzekeraar die voor deze AWBZ-verzekerden verzekeraar is voor de ZVW, in overeenstemming is met de uitgangspunten van de jurisprudentie van het HvJ EU inzake

³³ Het onderscheid tussen uitvoeringsrisico en verzekeringsrisico wordt in de toelichting als argument gebruikt. Wanneer de zorgverzekeraar zelf geen risico's loopt ten aanzien van de verzekerde zorg en dus slechts als uitvoerder functioneert, zal er in die benadering geen sprake zijn van verzekeringsrisico, maar slechts van uitvoeringsrisico. Naarmate de verzekeraar zelf risico's loopt (en dus risicodragend is ten aanzien van de verzekerde zorg) zal dit echter als verzekeringsrisico moeten worden aangemerkt. Voorsnog zijn de risico's ten aanzien van de verzekerde zorg beperkt.



staatssteun en diensten van algemeen economisch belang (DAEB)³⁴, alsmede op de recente herziening van de staatssteunregels inzake DAEB.³⁵

De Afdeling adviseert nader op dit aspect in te gaan en zo nodig het voorstel aan te passen.

3.4. Aanbesteding door zorgverzekeraars

In het voorstel zullen zorgverzekeraars bij de uitvoering van de AWBZ zorg inkopen, via een stelsel van representatie dan wel individueel. Zij zetten in dit verband, gegeven de budgetteringssystematiek, publieke middelen in met een publiek doel. Het is niet uitgesloten dat zorgverzekeraars bij de uitvoering van de AWBZ als aanbestedende dienst moeten worden beschouwd.

In dit verband vraagt de Afdeling bijzondere aandacht voor de aanbestedingsaspecten van de inkoop via een model van representatie, zoals die voorlopig nog zal plaatsvinden.

De Afdeling adviseert om, met het oog op de positionering van de zorgverzekeraars als uitvoerder van de AWBZ, nader in te gaan op de aanbestedingsaspecten aangaande de inkoop van AWBZ-zorg door zorgverzekeraars.

3.5. Overleg Europese Commissie

Hiervoor zijn enkele Europeesrechtelijke complicaties geschetst die samenhangen met het hybride karakter van het voorgestelde stelsel voor de uitvoering van de AWBZ. De onzekerheden zijn groot en in het beoogde transitieproces zullen de Europeesrechtelijke consequenties van gemaakte keuzes gaandeweg telkens opnieuw in de gaten moeten worden gehouden; veranderingen in de positionering van zorgverzekeraars in de uitvoering van de AWBZ kunnen grote Europeesrechtelijke gevolgen hebben. Gelet hierop acht de Afdeling het raadzaam om, zoals dat ook is gebeurd bij de totstandkoming van de ZVW, Europeesrechtelijke risico's te verminderen door afstemming met de Europese Commissie over het voorstel en het beoogde transitieproces. Uit de toelichting wordt niet duidelijk of dit is gebeurd en tot welke resultaten dit heeft geleid. De Afdeling adviseert deze afstemming alsnog te doen plaatsvinden.

4. Voor redactionele kanttekeningen verwijst de Afdeling naar de bij het advies behorende bijlage.

De Afdeling advisering van de Raad van State geeft U in overweging het voorstel van wet te zenden aan de Tweede Kamer der Staten-Generaal, nadat met het vorenstaande rekening zal zijn gehouden.

*De vice-president van de Raad van State,
J.P.H. Donner.*

³⁴ Zaak C-280/00, Altmark, Jurispr. 2003, blz. I-7747, in het bijzonder rechtsoverweging 93: 'wanneer de met de uitvoering van openbare dienstverplichtingen te belasten onderneming in een concreet geval niet wordt gekozen in het kader van een openbare aanbesteding, moet de noodzakelijke compensatie worden vastgesteld aan de hand van de kosten die een gemiddelde, goed beheerde onderneming, belast met een openbare dienstverplichting, zou hebben gemaakt om deze verplichtingen uit te voeren, rekening houdend met de opbrengsten alsmede met een redelijke winst uit de uitoefening van deze verplichtingen'.

³⁵ Mededeling van de Commissie, EU-kaderregeling inzake staatssteun in de vorm van compensatie voor de openbare dienst (C(2011) 9406), Besluit van de Commissie betreffende de toepassing van artikel 106, lid 2, van het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie aan bepaalde met het beheer van diensten van algemeen economische belang belaste ondernemingen (C(2011) 9380), en Mededeling van de Commissie betreffende de toepassing van de staatssteunregels van de Europese Unie op voor het verrichten van diensten van algemeen economisch belang verleende compensatie (C(2011) 9404).



Bijlage bij het advies van de Afdeling advisering van de Raad van State betreffende no. W13.11.0387/III met redactionele kanttekeningen die de Afdeling in overweging geeft

- In artikel I, onderdeel B, de verwijzing naar artikel 64, tweede lid, achterwege laten (verwezen zij naar artikel I, onderdeel X).
- In artikel I, onderdeel M, volstaan met de mogelijkheid van delegatie in artikel 34a AWBZ (bij amvb), nu het verplichtingen betreft voor de AWBZ-uitvoerder en de toelichting aanpassen.
- In artikel III, onderdeel A, de zinsnede ', de met toepassing van artikel 15a, eerste lid, van die wet door Onze Minister aangewezen AWBZ-uitvoerder daaronder begrepen' achterwege laten gelet op de definitie in artikel 1, eerste lid, onderdeel cc, van de AWBZ.
- In artikel III, onderdeel G, 'als bedoeld' wijzigen in: , bedoeld.
- In artikel III, onderdeel H, 'rechtspersoon, bedoeld' wijzigen in: rechtspersoon als bedoeld.
- In artikel IV, onderdeel A, na 'onderdeel cc' invoegen: van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.
- In artikel IV, onderdeel B, 'als bedoeld in artikel 1' wijzigen in: , bedoeld in artikel 1. Voorts na 'onderdeel cc, invoegen: van de.
- Tekst van het wetsvoorstel en van de toelichting nauwkeurig op elkaar afstemmen (artikel 6, derde lid, AWBZ in relatie tot de hoofdstukken 3.6 en 6.1 van de toelichting, nu artikel 77 AWBZ niet bedoeld is regels te stellen om tekortkomingen in de nakoming van de zorgplicht door de AWBZ-uitvoerder op te heffen en voorts artikel 31a Wet marktordening gezondheidszorg).



Tekst zoals toegezonden aan de Raad van State: Wet van, houdende wijziging van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en enige andere wetten in verband met wijziging van de uitvoering van de AWBZ door zorgverzekeraars voor hun eigen verzekerden

Wij Beatrix, bij de gratie Gods, Koningin der Nederlanden, Prinses van Oranje-Nassau, enz. enz. enz.

Allen, die deze zullen zien of horen lezen, saluut! doen te weten:

Alzo Wij in overweging genomen hebben, dat het wenselijk is dat de AWBZ-uitvoerders de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten uitvoeren ten behoeve van hun eigen verzekerden;

Zo is het, dat Wij, de Afdeling advisering van de Raad van State gehoord, en met gemeen overleg der Staten-Generaal, hebben goedgevonden en verstaan, gelijk Wij goedvinden en verstaan bij deze:

ARTIKEL I

De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten wordt als volgt gewijzigd:

A

In artikel 1, eerste lid, wordt onderdeel c vervangen door:

c. zorgverzekeraar: een zorgverzekeraar als bedoeld in artikel 1, onderdeel b, van de Zorgverzekeringswet;

cc. AWBZ-uitvoerder: een rechtspersoon die geen zorgverzekeraar is, die zich overeenkomstig artikel 33 heeft aangemeld voor de uitvoering van deze wet, de met toepassing van artikel 15a, eerste lid, door Onze Minister aangewezen AWBZ-uitvoerder daaronder begrepen;

B

1. In de artikelen 4, 15, eerste lid, 42, 52, vierde en negende lid, 54, derde lid, 56, eerste en derde lid, 57a, tweede lid, onderdeel b, 64, tweede lid, 65b, derde lid, derde volzin, wordt 'zorgverzekeraars' telkens vervangen door: AWBZ-uitvoerders.

2. In de artikelen 9bis, eerste, tweede, vierde en vijfde lid, 10, eerste, tweede, derde lid, onderdeel a en vierde lid, 12, eerste en vierde lid, 12a, eerste en vierde lid, 14, eerste, tweede en derde lid, 15, vierde, vijfde en zesde lid, 17, eerste en derde lid, 34, 36, eerste en vijfde lid, 37, eerste en derde lid, 52, eerste, tweede en derde lid, 53, eerste, derde en vijfde lid, 55, tweede, derde en vierde lid, 57a, eerste lid, 58, eerste lid, 65b, eerste lid en derde lid, tweede volzin, 65d, eerste lid, wordt 'zorgverzekeraar' telkens vervangen door: AWBZ-uitvoerder.

3. In artikel 10, vijfde lid, wordt 'het uitvoeringsorgaan' vervangen door: de AWBZ-uitvoerder.

C

In Hoofdstuk I wordt na artikel 4 een artikel ingevoegd, luidende:

Artikel 4a

De Kaderwet zelfstandige bestuursorganen is niet van toepassing op de AWBZ-uitvoerders.

D

In artikel 6 wordt het derde lid vervangen door:

3. De AWBZ-uitvoerders dragen er zorg voor dat de bij hen ingeschreven verzekerden hun aanspraken op zorg tot gelding kunnen brengen. Bij algemene maatregel van bestuur kunnen regels worden gesteld over de wijze waarop de AWBZ-uitvoerders de zorgplicht vervullen met betrekking tot:
 - a. de ondersteuning van de bij hen ingeschreven verzekerden bij het tot gelding brengen van de aanspraken op zorg, informatievoorziening over wachttijden daaronder begrepen;
 - b. de inkoop van zorg en het sluiten van overeenkomsten als bedoeld in artikel 15.



E

Artikel 9 wordt vervangen door:

Artikel 9

1. De verzekerde, bedoeld in artikel 1, onderdeel f, van de Zorgverzekeringswet, wordt met ingang van het tijdstip waarop de zorgverzekering ingevolge die wet ingaat, voor de toepassing van deze wet door zijn zorgverzekeraar ter inschrijving als verzekerde aangemeld bij de AWBZ-uitvoerder die behoort tot een groep als bedoeld in artikel 24b van Boek 2 van het Burgerlijk Wetboek waarvan ook die zorgverzekeraar deel uitmaakt. De AWBZ-uitvoerder schrijft de verzekerde in. Indien de zorgverzekering is ingegaan binnen vier maanden nadat de verzekeringsplicht, bedoeld in de Zorgverzekeringswet is ontstaan, werkt de inschrijving terug tot en met de dag waarop die verzekeringsplicht ontstond.
2. De verzekerde die niet op grond van het eerste lid voor de uitvoering van deze wet bij een AWBZ-uitvoerder is ingeschreven, meldt zich voor de toepassing van deze wet met inachtneming van bij algemene maatregel van bestuur te stellen regels ter inschrijving aan bij een AWBZ-uitvoerder die werkzaam is in de gemeente waar hij woont. De AWBZ-uitvoerder schrijft de verzekerde in. Een in het buitenland woonachtige verzekerde meldt zich aan bij een AWBZ-uitvoerder naar eigen keuze. De AWBZ-uitvoerder is verplicht hem tot dat doel in te schrijven.
3. Het is een AWBZ-uitvoerder verboden een persoon als verzekerde in te schrijven, indien in verband met de toepassing van het eerste en tweede lid op een andere AWBZ-uitvoerder een inschrijvingsplicht rust of indien de AWBZ-uitvoerder niet werkzaam is in de gemeente waar deze persoon woont, tenzij het betreft een in het buitenland woonachtige verzekerde.

F

Artikel 9b wordt als volgt gewijzigd:

1. Het eerste lid wordt vervangen door:

1. Aanspraak op zorg bestaat slechts indien en voor zover de verzekerde, gelet op zijn behoefte en uit een oogpunt van doelmatige zorgverlening, daarop naar aard, inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. Het bevoegde indicatieorgaan besluit op een door de verzekerde ingediende aanvraag of en gedurende welke periode de verzekerde is aangewezen op zorg, aangewezen ingevolge artikel 9a, eerste lid. De verzekerde vermeldt bij de aanvraag zijn burgerservicenummer of, bij het ontbreken daarvan, zijn sociaal-fiscaalnummer.

2. Het derde lid wordt vervangen door:

3. Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur kan worden geregeld door wie en op welke wijze wordt beoordeeld of de verzekerde is aangewezen op andere vormen van zorg, dan die zijn aangewezen ingevolge artikel 9a, eerste lid. Deze regels zijn zodanig dat wordt gewaarborgd dat de beoordeling onafhankelijk geschiedt.

G

In artikel 10 wordt een zevende lid ingevoegd, luidende:

7. Bij ministeriële regeling wordt bepaald in welke gevallen, op welk tijdstip, op welke wijze en met welke frequentie de verzekerde door de AWBZ-uitvoerder wordt geïnformeerd over de instellingen waarmee door de AWBZ-uitvoerder overeenkomsten over de te leveren zorg zijn gesloten en over wijzigingen op dit gebied.

H

Na artikel 15 wordt een artikel ingevoegd, luidende:

Artikel 15a

1. Onze Minister kan ten aanzien van bij algemene maatregel van bestuur aan te wijzen zorg voor een bij de maatregel te bepalen duur, een of meer AWBZ-uitvoerders aanwijzen die namens alle AWBZ-uitvoerders schriftelijke overeenkomsten als bedoeld in artikel 15 sluiten met



zorgaanbieders die zorg kunnen verlenen waarop ingevolge artikel 6 aanspraak bestaat. Artikel 15 is van overeenkomstige toepassing.

2. De aanwijzing, bedoeld in het eerste lid, heeft tot gevolg dat voor de betreffende zorg geen overeenkomsten kunnen worden gesloten door andere dan de aangewezen AWBZ-uitvoerders.
3. De door Onze Minister aangewezen AWBZ-uitvoerders doen over de uitvoering van hun taak verslag aan de AWBZ-uitvoerders namens welke zij die taak vervullen.

I

De artikelen 16b en 16c vervallen.

J

Het opschrift van Hoofdstuk V wordt vervangen door: **De AWBZ-uitvoerders**

K

Artikel 33 wordt als volgt gewijzigd:

1. Het eerste lid, wordt vervangen door:

1. Een rechtspersoon die geen zorgverzekeraar is en die deze wet ten aanzien van de verzekerden wenst uit te voeren, meldt zich daartoe als AWBZ-uitvoerder aan bij de zorgautoriteit, onder vermelding van de dag met ingang waarvan hij voornemens is zulks te gaan doen.

2. In het tweede lid wordt 'zorgverzekeraar', onderscheidenlijk 'zorgverzekeraars' vervangen door: AWBZ-uitvoerder, onderscheidenlijk AWBZ-uitvoerders.

3. Na het derde lid worden vier leden toegevoegd, luidende:

4. De in het eerste lid bedoelde rechtspersoon kan de AWBZ niet eerder uitvoeren dan nadat de zorgautoriteit met inachtneming van bij algemene maatregel van bestuur te stellen regels heeft vastgesteld dat de rechtspersoon in voldoende mate is voorbereid op de uitvoering van de wet.
5. Indien het algemeen belang dat vereist kan in afwijking van het eerste lid bij algemene maatregel van bestuur worden bepaald dat een rechtspersoon de melding, bedoeld in het eerste lid, slechts kan doen indien die rechtspersoon behoort tot een groep als bedoeld in artikel 24b van Boek 2 van het Burgerlijk Wetboek waarvan ook een zorgverzekeraar deel uitmaakt.
6. De AWBZ-uitvoerder draagt er zorg voor dat, en kan de melding bedoeld in het eerste lid slechts doen indien, het dagelijks beleid wordt bepaald of mede wordt bepaald door personen:
 - 1°. die deskundig zijn in verband met de uitvoering van de wettelijke taken en daaruit voortvloeiende werkzaamheden, en
 - 2°. wier betrouwbaarheid buiten twijfel staat.
7. De betrouwbaarheid van een persoon als bedoeld in het zesde lid staat buiten twijfel wanneer dat eenmaal door de zorgautoriteit voor de toepassing van deze wet is vastgesteld, zolang niet een wijziging in de relevante feiten of omstandigheden een redelijke aanleiding geeft tot een nieuwe beoordeling.

L

Na artikel 33 worden twee artikelen ingevoegd, luidende:

Artikel 33a

1. De AWBZ-uitvoerder die deze wet niet meer wenst uit te voeren, meldt het voornemen hiertoe schriftelijk aan de zorgautoriteit, onder vermelding van de dag waarop hij deze wet niet meer zal uitvoeren.
2. Indien het algemeen belang dat vereist kan bij algemene maatregel van bestuur worden bepaald dat de AWBZ-uitvoerder de in het eerste lid bedoelde melding slechts kan doen, indien de zorgverzekeraar die behoort tot een groep als bedoeld in artikel 24b van Boek 2 van het



Burgerlijk Wetboek, waartoe ook die AWBZ-uitvoerder behoort, tegelijkertijd de melding doet, bedoeld in artikel 30, tweede lid, van de Zorgverzekeringswet.

3. Artikel 26 van de Zorgverzekeringswet is van overeenkomstige toepassing.
4. De in het eerste lid bedoelde AWBZ-uitvoerder kan door de zorgautoriteit met inachtneming van bij algemene maatregel van bestuur te stellen regels worden verplicht tot het voortzetten van de uitvoering van deze wet tot is voorzien in een zodanige afwikkeling van de activiteiten van de AWBZ-uitvoerder dat verzekerden en zorgaanbieders daarvan geen onevenredig nadeel ondervinden.

Artikel 33b

De AWBZ-uitvoerder verricht uitsluitend de bij of krachtens de wet opgedragen taken en de daaruit voortvloeiende werkzaamheden.

M

Na artikel 34 wordt een artikel ingevoegd, luidende:

Artikel 34a

1. De AWBZ-uitvoerder vergewist zich ervan en bevordert dat de zorg waarop de verzekerden hun aanspraak ingevolge deze wet tot gelding kunnen brengen, wordt afgestemd op voorzieningen ingevolge de Wet maatschappelijke ondersteuning, en voert daarover zo nodig overleg met gemeenten.
2. Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald welke verplichtingen op de AWBZ-uitvoerder rusten in verband met de afstemming bedoeld in het eerste lid.

N

Artikel 35 wordt vervangen door:

Artikel 35

De AWBZ-uitvoerder voert ter zake van de uitvoering van deze wet een administratie die gescheiden is van de overige activiteiten die plaatsvinden in de groep als bedoeld in artikel 24b van Boek 2 van het Burgerlijk Wetboek, waartoe de AWBZ-uitvoerder behoort.

O

Na artikel 35 wordt een artikel ingevoegd, luidende:

Artikel 35a

1. De statuten van een AWBZ-uitvoerder:
 - a. voorzien in toezicht op het beleid van het bestuur en op de algemene gang van zaken in de rechtspersoon en de daarmee verbonden onderneming,
 - b. bieden waarborgen voor een redelijke mate van invloed van de verzekerden op het beleid, en
 - c. sluiten iedere verplichting van de verzekerden of gewezen verzekerden tot het doen van een bijdrage in tekorten van de rechtspersoon uit.
2. Bij algemene maatregel van bestuur kunnen regels worden gesteld over de mate van invloed die verzekerden ten minste op het beleid van een zorgverzekeraar dienen te hebben.

P

Artikel 39, eerste lid, wordt vervangen door:

1. Indien de AWBZ-uitvoerder verkeert in de toestand, dat hij heeft opgehouden te betalen, voldoet het College zorgverzekeringen aan verzekerden en aan zorgaanbieders jegens die AWBZ-uitvoerder of voormalige AWBZ-uitvoerder bestaande vorderingen, ter zake van op grond van deze wet verstrekte zorg of vergoeding van daarvoor gemaakte kosten.



Q

Artikel 40 wordt vervangen door:

Artikel 40

Controle op het verlenen van zorg als bedoeld in artikel 6, vijfde lid, kan worden geregeld bij ministeriële regeling, in overeenstemming met Onze Minister van Justitie.

R

Artikel 41 wordt als volgt gewijzigd:

1. In het eerste lid wordt 'de zorgverzekeraars en door de rechtspersonen, bedoeld in artikel 40' vervangen door: de AWBZ-uitvoerders.
2. In het tweede lid wordt 'de zorgverzekeraars en de rechtspersonen, bedoeld in artikel 40' vervangen door: de AWBZ-uitvoerders.

S

In artikel 44, tweede lid, wordt 'rechtspersonen, als bedoeld in artikel 40' vervangen door: AWBZ-uitvoerders.

T

In artikel 52, vijfde lid, wordt 'Het vierde lid is van overeenkomstige toepassing op de gegevensuitwisseling tussen de zorgverzekeraars en de zorgaanbieders' vervangen door: Het vierde lid is van overeenkomstige toepassing op de gegevensuitwisseling tussen de AWBZ-uitvoerders en de zorgaanbieders.

U

In artikel 54, eerste lid, wordt na 'Een ieder verstrekt op verzoek aan' ingevoegd: de AWBZ-uitvoerders,.

V

In artikel 55, eerste lid wordt 'De in artikel 54, eerste lid, bedoelde zorgverzekeraars, instanties en personen' vervangen door: De AWBZ-uitvoerders, de zorgverzekeraars en de in artikel 54, eerste lid, bedoelde instanties en personen.

W

Artikel 57b wordt als volgt gewijzigd:

1. In het eerste lid vervalt 'of van De Nederlandsche Bank N.V. of de Stichting Autoriteit Financiële Markten zijn ontvangen'.
2. In het derde lid vervalt 'en in overeenstemming met artikel 1:89 van de Wet op het financieel toezicht' en wordt de zinsnede 'de zorgautoriteit, het College zorgverzekeringen, De Nederlandsche Bank N.V. en de Stichting Autoriteit Financiële Markten' vervangen door: de zorgautoriteit en het College zorgverzekeringen.
3. In het vierde lid, onderdeel b, wordt 'een verzekeraar' vervangen door; een AWBZ-uitvoerder.
4. In het vijfde lid wordt 'verzekeraars', onderscheidenlijk 'verzekeraar', vervangen door: AWBZ-uitvoerders, onderscheidenlijk AWBZ-uitvoerder.

X

Artikel 64 vervalt.



ARTIKEL II

In de Wet gebruik burgerservicenummer in de zorg wordt artikel 1, onderdeel e, subonderdeel 1° vervangen door:

- 1°. AWBZ-uitvoerder als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder cc van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten;

ARTIKEL III

De Wet marktordening gezondheidszorg wordt als volgt gewijzigd:

A

Artikel 1 wordt als volgt gewijzigd:

1. Onderdeel e wordt vervangen door:

- e. *AWBZ-uitvoerder*: de rechtspersoon als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel cc, van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, de met toepassing van artikel 15a, eerste lid, van die wet door Onze Minister aangewezen AWBZ-uitvoerder daaronder begrepen;

2. Onderdeel f, onder 2°, wordt vervangen door: een AWBZ-uitvoerder;

B

In de artikelen 16, onderdeel d, wordt 'AWBZ-verzekeraars en de rechtspersonen, bedoeld in artikel 40 van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten,' vervangen door: AWBZ-uitvoerders.

C

In artikel 28, eerste lid, wordt 'AWBZ-verzekeraars en de rechtspersonen, bedoeld in artikel 40 van die wet,' vervangen door: AWBZ-uitvoerders.

D

In artikel 30, eerste lid, wordt AWBZ-verzekeraars en rechtspersonen, bedoeld in artikel 40 van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten' vervangen door: AWBZ-uitvoerders.

E

In de artikelen 29, tweede lid, 30, tweede lid, 31, onderdeel a, 36, derde lid, onderdeel b, wordt 'AWBZ-verzekeraars' vervangen door: AWBZ-uitvoerders.

F

In paragraaf 3.3 wordt na artikel 31 een artikel ingevoegd, luidende:

Artikel 31a

Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur worden regels gesteld met betrekking tot de wijze waarop wordt vastgesteld of de betrouwbaarheid van een persoon als bedoeld in artikel 33, zesde lid, van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, buiten twijfel staat en welke feiten en omstandigheden daarbij in aanmerking worden genomen.

G

In artikel 36, vierde lid wordt ', AWBZ-verzekeraars of de rechtspersonen als bedoeld in artikel 40 van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten' vervangen door: en AWBZ-uitvoerders.

H

In artikel 78 wordt 'een AWBZ-verzekeraar of een rechtspersoon, bedoeld in artikel 40 van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten,' vervangen door: een AWBZ-uitvoerder.



I

In artikel 80 wordt het eerste lid als volgt gewijzigd:

1. In de aanhef wordt 'een AWBZ-verzekeraar' vervangen door: een AWBZ-uitvoerder.
2. In onderdeel b, onder 2°, wordt na 'zorgverzekeraar' ingevoegd: dan wel de AWBZ-uitvoerder.

J

In artikel 84 wordt:

1. 'een AWBZ-verzekeraar onderscheidenlijk een rechtspersoon als bedoeld in artikel 40 van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten' vervangen door: een ABWZ-uitvoerder.
2. 'krachtens die wet' vervangen door: krachtens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

ARTIKEL IV

De Zorgverzekeringswet wordt als volgt gewijzigd:

A

Aan artikel 25 van de Zorgverzekeringswet wordt een lid toegevoegd, luidende:

4. Indien het algemeen belang dat vereist kan in afwijking van het eerste lid bij algemene maatregel van bestuur worden bepaald dat een verzekeraar de melding, bedoeld in het eerste lid, slechts kan doen indien die verzekeraar behoort tot een groep als bedoeld in artikel 24b van Boek 2 van het Burgerlijk Wetboek waarvan ook een AWBZ-uitvoerder als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel cc, deel uitmaakt.

B

Onder vernummering van het tweede lid tot derde lid wordt aan artikel 30 een lid toegevoegd, luidende:

2. Indien het algemeen belang dat vereist kan bij algemene maatregel van bestuur worden bepaald dat de zorgverzekeraar de in het eerste lid bedoelde melding slechts kan doen, indien de AWBZ-uitvoerder als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel cc, Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten die behoort tot een groep als bedoeld in artikel 24b van Boek 2 van het Burgerlijk Wetboek, waartoe ook die zorgverzekeraar behoort, tegelijkertijd de melding doet, bedoeld in artikel 33a, eerste lid, van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten

ARTIKEL V

De artikelen van deze wet treden in werking op een bij koninklijk besluit te bepalen tijdstip, dat voor de verschillende artikelen of onderdelen daarvan verschillend kan worden vastgesteld.

Lasten en bevelen dat deze in het Staatsblad zal worden geplaatst en dat alle ministeries, autoriteiten, colleges en ambtenaren wie zulks aangaat, aan de nauwkeurige uitvoering de hand zullen houden.

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,



MEMORIE VAN TOELICHTING

Algemeen

1. Inleiding

Sinds zijn ontstaan in 1968 heeft de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) een stormachtige ontwikkeling doorgemaakt. Veertig jaar geleden maakten 55.000 mensen gebruik van de AWBZ, inmiddels zijn dat ongeveer 600.000 mensen. Destijds kostte de AWBZ minder dan 1 miljard euro, nu is dat circa 23¹ miljard euro. Toen hadden we nog de kruisverenigingen, nu zorgondernemers in alle soorten en maten. En ten slotte heeft er in de afgelopen decennia een aanmerkelijke ontwikkeling plaatsgevonden in de maatschappelijke context waarbinnen de AWBZ toepassing vindt; namelijk die vanuit een bevoogdende aanpak van onmondige hulpbehoevenden naar die van zelfbewuste cliënten die eigen keuzes wensen te maken over de inrichting van hun eigen leven. Deze ontwikkelingen leiden tot de noodzaak tijdig maatregelen te nemen om de AWBZ toekomstbestendig te maken. De AWBZ kenmerkt zich thans door het ontbreken van prikkels voor de betrokken partijen om te komen tot klantgerichte, kwalitatief goede en kostenefficiënte uitvoering. Beoogd wordt deze prikkels op die plekken aan te brengen waar ze leiden tot gepast gebruik; gebruik door hen die het echt nodig hebben; doelmatig gebruik en tevreden gebruik.

In de 'Programmabrief langdurige zorg' die op 1 juni 2011² naar de Tweede Kamer is gestuurd is in dit verband een scala aan maatregelen in het vooruitzicht gesteld. Een deel daarvan is erop gericht de zorginhoudelijke kwaliteit van de door de AWBZ te financieren prestaties te versterken. Daarnaast wordt aangegeven dat het kabinet zich ten doel heeft gesteld verbeteringen in de uitvoering van de AWBZ te bewerkstelligen om deze beter toe te snijden op de behoefte van burgers die de toekomst met zich zal brengen. De zorginhoudelijke maatregelen worden niet in dit wetsvoorstel geregeld, maar met een apart voorstel van wet. Het voorliggende voorstel ziet op de verbetering van de uitvoering van de AWBZ, waarmee tegelijk invulling wordt gegeven aan de motie van het lid Vietsch c.s. over de opheffing van de zorgkantoren³.

In de eerste plaats gaat het daarbij om het verbeteren van de positie van de verzekerde/cliënt door de uitvoering van de AWBZ te koppelen aan de uitvoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw). Daardoor is niet langer sprake van een monopolie voor het regionale zorgkantoor, maar van keuzevrijheid voor verzekerden uit alle beschikbare zorgverzekeraars voor AWBZ en Zvw samen. Daardoor ontstaat tevens één loket voor de verzekerde, in plaats van de huidige twee.

In de tweede plaats gaat het om het verbeteren van de afstemming van de Zvw- en AWBZ-zorg door een gecombineerde inkoop voor Zvw en AWBZ (ketenzorg) door individuele zorgverzekeraars. Deze twee doelstellingen dienen binnen de huidige budgettaire kaders te worden bereikt. Budgettaire beheersbaarheid is daarmee het derde en niet minst belangrijke doel. Hierop wordt ingegaan in hoofdstuk 4.

Met dit wetsvoorstel wordt de in de praktijk gevormde uitvoering van de AWBZ door zorgkantoren teruggebracht naar de oorspronkelijk door de wetgever beoogde uitvoering door de zorgverzekeraars. Die zullen om invulling te geven aan hun zorgplicht een totaalpakket van AWBZ- en Zvw-zorg kunnen bieden. Dit leidt tot beter afgestemde zorg voor de zorggebruiker. Daarnaast ontstaat voor de verzekerde één loket voor Zvw en AWBZ. De verzekerde zal daarbij voor het geheel van de Nederlandse sociale ziektekostenverzekeringen een duidelijke keuzemogelijkheid krijgen voor zowel de zorgverzekeraar waarbij hij wil zijn aangesloten als voor de zorgaanbieder van wiens diensten hij gebruik wenst te maken. Dat dient te leiden tot een meer klantgerichte uitvoering van de AWBZ en kwalitatief betere zorg.

Dit wetsvoorstel voorziet niet in risicodragende uitvoering van de AWBZ door de zorgverzekeraars. Dit laat onverlet dat op termijn desgewenst zou kunnen worden overgegaan tot de introductie van een dergelijke risicodragende uitvoering, vergelijkbaar met de wijze waarop de voormalige ziekenfondsverzekering werd uitgevoerd. Daarmee zou een extra financiële prikkel kunnen worden bewerkstelligd waardoor zorgverzekeraars in onderlinge concurrentie dingen om de gunst van de verzekerde. Dit zou naar verwachting kunnen bijdragen aan een verdere impuls voor klantgerichte, kwalitatief betere en kosten efficiëntere uitvoering, zowel op het terrein van de beheerskosten als van zorginkoop. Dit vraagt om een kwalitatief goed risicovereveningssysteem op individueel verzekerdeniveau is ontwikkeld. Gelet op het tijdsbeslag dat gemoeid is met de ontwikkeling van een risicodragend systeem zal dit naar verwachting niet eerder dan in 2016 kunnen voldoen aan de hiervoor genoemde voorwaarde. Dit brengt met zich mee dat de politieke beslissing over de invoering van risicodragende uitvoering niet meer in deze kabinetsperiode zal plaatsvinden.

¹ Kamerstukken II, 2010/11, 32 500 XVI, nr. 2, p. 80.

² Kamerstukken II 2010/11, 30 597, nr. 186.

³ Kamerstukken II 2003/04, 29 200 XVI, nr. 86.



Alvorens over te gaan tot een zodanige nieuwe wijze van uitvoering, zal daarom afzonderlijke politieke besluitvorming plaatsvinden door een volgend kabinet, waarbij in ieder geval zal meewegen of is voldaan aan de voorwaarde dat de financiële beheersing niet onder doet voor de financiële zekerheden van het bestaande kostenbeheersingsysteem.

Met dit wetsvoorstel wordt het volgende gerealiseerd:

- afschaffing zorgkantoorconstructie;
- uitvoering AWBZ-verzekering wordt gekoppeld aan de Zvw-verzekering;
- geen verplichte winkelnering bij het zorgkantoor van de woonplaats, maar vrije keuze voor de zorgverzekeraar die zowel AWBZ als Zvw voor hem uitvoert;
- een betere klantrelatie tussen verzekerde en zorgverzekeraar (door uitvoering van de Zvw en de AWBZ in één hand);
- een betere verbinding tussen Zvw-zorg en AWBZ-zorg (door uitvoering van de Zvw en AWBZ in één hand);
- invloed van verzekerden op het beleid van de zorgverzekeraar op het gebied van de AWBZ;
- wettelijke formalisering afschaffing contracteerverplichting.

De maatregelen zijn zodanig vormgegeven dat daarmee de zorg en ondersteuning voor de meest kwetsbare groepen (bijvoorbeeld meervoudig gehandicapten) goed geregeld en gewaarborgd is en dat afstemming tussen de door zorgverzekeraars gearrangeerde zorg en gemeentelijke voorzieningen op het gebied van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), is geborgd. Dit wetsvoorstel voorziet in verschillende aanpassingen die daarmee samenhangen. In hoofdstuk 3.4 wordt hierop nader ingegaan.

Tevens is voorzien in een samenstel van maatregelen ter borging van de financiële beheersbaarheid van de uitvoering van de AWBZ.

De onderscheiden maatregelen worden in het wetsvoorstel uitgewerkt in de volgende hoofdstukken:

Hoofdstuk 1	Inleiding
Hoofdstuk 2	Huidige uitvoeringsstructuur van de AWBZ
Hoofdstuk 3	Toekomstperspectief AWBZ
3.1	De mens centraal
3.2	Uitvoering AWBZ koppelen aan uitvoering Zvw
3.3	Borging van de zorg voor kwetsbare groepen
3.4	Samenwerking zorgverzekeraars en gemeenten
3.5	Meerwaarde voor de cliënt
3.6	Zorgplicht
3.7	Zorginkoop
3.8	Invloed van verzekerden op het beleid bij de uitvoering van de AWBZ
3.9	Rechtskarakter
3.10	Gescheiden financieel-economische uitvoering Zvw en AWBZ
3.11	Rechtsbescherming
3.12	Informatievoorziening
3.13	Gegevensuitwisseling
Hoofdstuk 4	Wijziging financieringsstructuur/kostenbeheersingssysteem
4.1	Financieringsstructuur en budgettaire beheersing bij representatie
4.2	Evaluatie
4.3	Financieringsstructuur en budgettaire beheersing bij individuele zorginkoop
Hoofdstuk 5	Samenhangende maatregelen
	– Zorgkantoren
	– CAK
	– Wettelijke formalisering afschaffing contracteerplicht
Hoofdstuk 6	Toezicht
6.1	De Minister
6.2	De NZa
Hoofdstuk 7	Adviezen
7.1	CBP
7.2	Raad voor de rechtspraak
7.3	NZa
7.4	CVZ



- 7.5 ZN
- 7.6 CAK
- 7.7 CIZ
- 7.8 DNB

Hoofdstuk 8 Bedrijfseffecten en administratieve lasten

Hoofdstuk 9 Voorlichting

Hoofdstuk 10 Evaluatie

Hoofdstuk 11 Inwerkingtreding en overgangssituatie

2. Huidige uitvoeringsstructuur van de AWBZ

Met de invoering van de AWBZ in 1968 werd voor de hele Nederlandse bevolking een dekking in het leven geroepen tegen de kosten van zware, langdurige medische risico's. Het werd noodzakelijk geacht een dekking voor deze risico's in het leven te roepen omdat ervan werd uitgegaan dat het hierbij ging om zodanig zware risico's dat het in het algemeen niet mogelijk was om deze risico's individueel te dragen terwijl het tegelijkertijd evenmin mogelijk was deze op private wijze te verzekeren.

Er werd voor gekozen de dekking van zware, langdurige medische risico's vorm te geven door middel van een sociale verzekering waarbij de verzekerde van rechtswege een aanspraak op de verzekerde zorg kreeg, waarvoor een inkomensafhankelijke premie verschuldigd is.

Door de zware, langdurige medische risico's onder te brengen in een afzonderlijke verzekering, naast de toenmalige ziekenfondsverzekering, werd de Nederlandse sociale ziektekostenverzekering verdeeld in twee afzonderlijke pijlers. De aldus ontstane verdeling in de Nederlandse sociale ziektekostenverzekering werd gehandhaafd bij de invoering van de Zvw. Daarmee ontstond niettemin een zekere convergentie omdat beide verzekeringen nu betrekking hebben op dezelfde groep van personen, te weten iedereen die in Nederland woont of werkt. Daarnaast is er uiteraard sprake van verwevenheid tussen beide verzekeringen op het zorginhoudelijke vlak. Die verwevenheid komt ook tot uitdrukking in de sociale ziektekostenverzekeringen van de meeste andere Europese landen. In Europa is het namelijk niet gebruikelijk dat de sociale ziektekostenverzekeringen onderverdeeld zijn in een verzekering voor op genezing gerichte zorg en een verzekering voor langdurige zorg.

Inmiddels maken ongeveer 600.000 mensen jaarlijks gebruik van AWBZ-zorg. Per jaar wordt er ruim 23 miljard euro⁴ uitgegeven aan AWBZ-zorg.

Voor de uitvoeringsorganisatie van de AWBZ werd er bij de invoering voor gekozen de toenmalige ziekenfondsen, particuliere ziektekostenverzekeraars en publiekrechtelijke ziektekostenregelingen voor ambtenaren de taak te geven om voor hun verzekerden tevens de zorg te leveren waarop die verzekerden op grond van de AWBZ aanspraak kregen. Die wettelijke taak is hetzelfde gebleven toen met de invoering van de Zvw voorgenoemde verzekeringsinstellingen werden omgevormd tot de zorgverzekeraars.

In de wetgeving werd erin voorzien dat de administratie en de controle voor bepaalde AWBZ-zorgaanspraken niet worden uitgevoerd door de afzonderlijke zorgverzekeraars maar door centrale, wettelijk aangewezen verbindingkantoren per regio. In de praktijk is een situatie gegroeid waarbij de verbindingkantoren niet alleen bepaalde administratie- en controletaken uitvoeren maar op grond van aan hen door de zorgverzekeraars verleende volmachten en mandaten feitelijk de hele AWBZ uitvoeren als zogenaamd zorgkantoor. Deze in de praktijk ontstane uitvoeringsstructuur is geleidelijk veraf komen te staan van de wettelijk voorziene taak- en verantwoordelijkheidsverdeling. In samenhang met de ontwikkelingen die hiervoor zijn geschetst in Hoofdstuk 1, acht het kabinet daarom het moment aangebroken voor een herbezinning op de uitvoeringsstructuur van de AWBZ, waarbij deze in overeenstemming wordt gebracht met de behoeften en de zienswijzen zoals die heden ten dage bestaan bij alle betrokken personen en instanties.

In de afgelopen jaren hebben de zorgkantoren zich ingespannen om de uitvoering van de AWBZ te moderniseren, de toegankelijkheid van de zorg te vergroten, de zorgvraag van de cliënt centraler te stellen en de keuzevrijheid van cliënten te vergroten. Niettemin is met de uitvoering van de AWBZ door zorgkantoren een situatie ontstaan waarbij er voor de cliënt geen optimale relatie is tussen de zorg en dienstverlening in de sfeer van de Zvw enerzijds en anderzijds de zorg en dienstverlening in de sfeer van de AWBZ. Die relatie is van belang omdat cliënten die gebruik maken van AWBZ-zorg in

⁴ Kamerstukken II 2010/11, 32 500 XVI, nr. 2, p. 80.



veel gevallen ook gebruik maken van Zvw-zorg. De koppeling van de uitvoering van AWBZ met die van de Zvw kan meerwaarde voor de cliënt opleveren. Een belangrijk voorbeeld daarvan is het voordeel van inkoop van zorg voor beide wetten door de zorgverzekeraar. Hierdoor kan de verlening van Zvw- en AWBZ-zorg voor cliënten beter op elkaar aansluiten, waardoor zij optimaal kunnen functioneren. Een zorggebruiker is immers niet deelbaar en maakt gebruik van zorg uit beide systemen, bijvoorbeeld mensen met dementie.

Een gevolg van de huidige uitvoeringstructuur is dat mensen die gebruik maken van AWBZ-zorg vaak te maken hebben met drie verschillende loketten, het zorgkantoor voor de AWBZ, de zorgverzekeraar voor de Zvw en ten slotte de gemeente voor de Wmo.

Een ander gevolg van de huidige feitelijke uitvoering van de AWBZ door de zorgkantoren is dat er voor de verzekerde wat betreft de AWBZ geen herkenbare relatie bestaat met zijn zorgverzekeraar. Voor de AWBZ heeft de verzekerde cliënt slechts een relatie met het zorgkantoor dat werkzaam is in de regio waar hij woont. Een verzekerde heeft niet de mogelijkheid om bij slecht functioneren van het zorgkantoor over te stappen naar een ander zorgkantoor zoals dit wel kan bij een zorgverzekeraar voor de Zvw. Integendeel, welke zorgverzekeraar de verzekerde ook kiest, hij blijft altijd aangewezen op het zelfde zorgkantoor, namelijk het zorgkantoor dat werkzaam is in de regio waar hij woont. De verzekerde wordt daardoor geconfronteerd met de consequentie dat hij alleen kan wisselen van zorgkantoor door te verhuizen naar een andere regio.

Het ontbreken van keuzemogelijkheden doet zich niet alleen voor in de relatie tussen de verzekerde en het zorgkantoor, maar ook in de relatie tussen het zorgkantoor en de zorgaanbieder. Voor het grootste deel van de AWBZ, de intramurale zorg, bestaat nog steeds een contracteerplicht, waarbij de zorgverzekeraar en daarmee het zorgkantoor wettelijk gehouden is te contracteren met iedere zorgaanbieder die dat wenst. Dit beperkt de mogelijkheden voor het zorgkantoor om in te spelen op de wensen van de cliënten of om te letten op de verhouding tussen kwaliteit en prijs van de geleverde zorg. Dat houdt in dat een zorgkantoor ook zaken moet doen met zorgaanbieders die naar zijn inzicht kwalitatief achterblijven, bijvoorbeeld op het terrein van medische veiligheid, valincidenten of personele bezetting. Het omgekeerde geldt overigens ook voor de zorgaanbieders: als zij een contract hebben gesloten met een zorgkantoor moeten zij dat ook doen met elk ander zorgkantoor dat daartoe de wens te kennen geeft.

In de huidige uitvoeringsstructuur kan de verzekerde cliënt de kwaliteit van de geleverde zorg slechts beperkt beïnvloeden. Weliswaar heeft hij de mogelijkheid om bij slecht functioneren van de zorgaanbieder een andere zorgaanbieder te kiezen, maar de cliënt heeft geen directe invloed op de zorginkoop bij die zorgaanbieder. De zorginkoop vindt immers plaats via het zorgkantoor. Voorts krijgen zorgverzekeraars en zorgkantoren de middelen die ze nodig hebben voor de uitvoering uit het Algemeen fonds bijzondere ziektekosten (Afbz), ongeacht de wijze waarop zij deze uitvoering invullen. Een klantgerichte, kwalitatief goede en kostenefficiënte uitvoering van de AWBZ levert zorgverzekeraars en zorgkantoren in financiële zin niets op. In het toezicht van de NZa komt wel naar voren of het zorgkantoor zijn taak goed uitvoert. Daarbij komt dat de bekostiging vooral volumegerelateerd is. Er zijn dus weinig prikkels voor een klantgerichte uitvoering van de AWBZ. Zorgaanbieders hebben door de bestaande financieringsstructuur waarin geen sprake is van een cliëntgerelateerde prestatiebekostiging, geen financiële prikkel om de cliënt en de zorgverzekeraar optimaal te bedienen. Het inkoopkader van de zorgkantoren beperkt zich tot collectieve kwaliteitscriteria die invloed kunnen hebben op de vergoeding van de zorgaanbieder.

Samenvattend kan worden gesteld dat de uitvoering van de AWBZ zich heeft ontwikkeld tot een situatie met de volgende knelpunten:

- a. Geen optimale verbinding tussen Zvw-zorg en AWBZ-zorg;
- b. Geen optimale klantrelatie tussen cliënt en zorgverzekeraar;
- c. Onvoldoende prikkels voor de betrokken partijen om te komen tot meer klantgerichte, kwalitatief betere en kostenefficiëntere uitvoering.

3. Toekomstperspectief AWBZ

3.1 De mens centraal

Uitgangspunt voor de regering is dat de mens centraal dient te staan bij de inrichting van de zorg in Nederland. Hij is het die uiteindelijk de kosten van de zorg moet betalen en in het onverhoopte geval als zorggebruiker het product van die zorg moet gebruiken. Die zorggebruiker is niet gediend bij een versnipperd zorglandschap dat wordt bepaald door de eigen belangen van de bij de zorg betrokken partijen. Die zorggebruiker is gebaat bij een organisatie van de zorg in Nederland waarbij die zorg zoveel mogelijk wordt benaderd als één samenhangend geheel. De ontwikkeling van ketenzorg en het wegnemen van schotten tussen onderscheiden zorgvormen is daarbij van groot belang.



De regering heeft daarom besloten de huidige wijze van uitvoering van de AWBZ te verbeteren op een zodanige wijze dat de hiervoor vermelde knelpunten kunnen worden weggenomen. Relevant in dit verband is het advies dat de Sociaal-Economische Raad (SER) op 18 april 2008 uitbracht over de toekomst van de AWBZ.⁵

Mede op grond van het advies van de SER is besloten een proces op gang te brengen dat uiteindelijk dient te leiden tot een meer klantgerichte en kwalitatief betere uitvoering van de AWBZ. Daartoe is een scala van maatregelen aangekondigd in het Regeer- en Gedoogakkoord. Deze zijn verder uitgewerkt in de 'Programmabrief langdurige zorg' van 1 juni 2011⁶.

3.2 Uitvoering AWBZ koppelen aan uitvoering Zvw

In het Regeer- en Gedoogakkoord is opgenomen dat de huidige taken van zorgkantoren en de risico's door de zorgverzekeraars zullen worden overgenomen. Hiermee worden de nadelen weggenomen die kleven aan de huidige constructie met zorgkantoren. Vanwege de verschillende rechtskarakters van de privaatrechtelijke Zvw en de publiekrechtelijke AWBZ en de daaruit voortvloeiende nationaal- en internationaalrechtelijke consequenties voor onder meer de toepasselijkheid van de Europese richtlijnen inzake het schadeverzekeringsbedrijf (hierna te noemen de Schaderichtlijnen), het toezicht en de rechtsbescherming, is het echter niet mogelijk beide verzekeringen simpelweg bij éénzelfde rechtspersoon onder te brengen. Daarom voorziet dit wetsvoorstel erin dat zorgverzekeraars een afzonderlijke rechtspersoon in het leven roepen voor de uitvoering van de AWBZ voor hun eigen Zvw-verzekerden. Deze rechtspersoon zal aangeduid worden als de AWBZ-uitvoerder. Omwille van de leesbaarheid wordt in het algemeen deel van de memorie van toelichting zo veel mogelijk gesproken van 'de zorgverzekeraar'. Alleen waar dat noodzakelijk is, wordt het begrip AWBZ-uitvoerder gebruikt. De gekozen constructie is vergelijkbaar met die van de aanvullende verzekering. Formeel juridisch gaat het ook daarbij vaak om een afzonderlijke rechtspersoon, maar in de praktijk merkt de verzekerde daar niets van omdat de verschillende rechtspersonen doorgaans primair werken onder de handelsnaam van de groep.

De thans reeds bestaande wettelijke relatie tussen de Zvw-verzekering en de AWBZ-inschrijving, waarbij de inschrijving voor de AWBZ automatisch tot stand komt bij de zorgverzekeraar bij wie de betrokkene zijn Zvw-verzekering sluit, blijft gehandhaafd met het oog op de samenhang in de uitvoering in beide verzekeringen.

De AWBZ-uitvoerder heeft de hoedanigheid van een (privaatrechtelijk) zelfstandig bestuursorgaan, net als de zorgkantoren, die de huidige AWBZ uitvoeren. Zonder nadere regeling zou op de AWBZ-uitvoerders het in de Kaderwet zelfstandige bestuursorganen bepaalde met betrekking tot begroting, beheer en verantwoording, van toepassing zijn. Het overgrote deel van deze bepalingen kent echter al sinds jaar en dag een gelijkwaardig equivalent in regels die zijn gesteld bij of krachtens de AWBZ, de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), de Wet financiering sociale verzekeringen en het daarop gebaseerde Besluit Wet financiering sociale verzekeringen.

Deze sectorspecifieke regels houden optimaal rekening met de positie die zorgverzekeraars of zorgkantoren (in de huidige wet) dan wel AWBZ-uitvoerders (ingevolge dit wetsvoorstel) in het zorgstelsel innemen, en met de uitvoering ervan is door zorgkantoren, CVZ en NZa ruime ervaring opgedaan.

Tegen die achtergrond is het ongewenst om de uitvoeringspraktijk en de verantwoordelijkheidstoedeling in dit opzicht te wijzigen, door er het regime van de Kaderwet zelfstandige bestuursorganen voor in de plaats te stellen. Om die reden blijft de bestaande sectorspecifieke wetgeving van toepassing, in plaats van de bepalingen van de Kaderwet zelfstandige bestuursorganen. In materieel opzicht is de sectorspecifieke wetgeving gelijkwaardig aan het regime van de Kaderwet.

Het voordeel van een gekoppelde uitvoering van de Zvw en AWBZ is dat voor verzekerden het aantal loketten wordt teruggebracht, doordat één aanspreekpunt ontstaat voor zowel Zvw- als het recht AWBZ-zorg. Uitvoering voor eigen verzekerden draagt daarnaast bij aan de samenhang tussen AWBZ en Zvw. Deze optie sluit aan bij het advies van de SER. Van belang bij de keuze voor de uitvoering van de AWBZ door zorgverzekeraars is dat zij, vanuit de geest van het door de SER uitgebrachte advies over de toekomst van de AWBZ, inmiddels hebben laten weten naast de Zvw tevens de AWBZ uit te willen voeren. De regering acht dat een belangrijke ontwikkeling in de door haar gewenste richting, omdat daarmee de verzekerden een betere klantrelatie krijgen met de door hun gekozen zorgverzekeraar en, in voorkomend geval betere zorg krijgen doordat in de uitvoering van de verzekering Zvw-zorg en AWBZ-zorg met elkaar in verband worden gebracht.

⁵ SER-advies Toekomst AWBZ (adviesnr. 2008/03, 18 april 2008).

⁶ Kamerstukken II 2010/11, 30 597, nr. 186.



De koppeling van de uitvoering van de AWBZ met die van de Zvw, brengt met zich mee dat het niet gewenst is dat een zorgverzekeraar uitsluitend de Zvw uitvoert en niet de AWBZ. Evenmin is gewenst dat een zorgverzekeraar de uitvoering van de gehele AWBZ collectief onderbrengt bij een andere zorgverzekeraar, omdat daarmee de verbinding tussen Zvw- en AWBZ-zorg wordt verbroken. Overwogen is daarom zorgverzekeraars wettelijk te verplichten voor hun eigen verzekerden zowel de Zvw als de AWBZ uit te voeren. Er moet echter rekening mee worden gehouden dat een zodanige verplichting zou kunnen stuiten op de Schaderichtlijnen. De Schaderichtlijnen zijn immers van toepassing op de zorgverzekeraars als uitvoerders van de privaatrechtelijke Zvw en verbieden de lidstaten van de Europese Unie om extra voorwaarden te stellen aan toetreding tot een bepaalde nationale private verzekeringsmarkt.

Dit impliceert dat in beginsel een voorschrift zoals de verplichting om naast de Zvw tevens de AWBZ uit te voeren niet aan een zorgverzekeraar mag worden opgelegd. Echter, de Schaderichtlijnen voorzien ook in de mogelijkheid om een uitzondering te maken op vorenbedoeld verbod op grond van het algemeen belang. Bij de voorbereiding van de Zvw heeft de commissie onomwonden aangegeven dat artikel 54 van de derde Schaderichtlijn, waarin vorenbedoelde uitzonderingsmogelijkheid is neergelegd, ruim dient te worden geïnterpreteerd. Vanwege de aard en gevolgen van een privaat ziektekostenverzekeringssysteem staat de derde Schaderichtlijn het een lidstaat toe om specifieke wettelijke voorschriften op te leggen aan verzekeraars om het algemeen belang te beschermen. Voor zover dergelijke voorschriften de vrijheid van vestiging en het vrij verkeer van diensten beperken, moeten ze noodzakelijk en proportioneel zijn.

Blijkens het gestelde in het hiervoor gaande deel van de toelichting, gaat het, naar het oordeel van de regering, bij het opleggen van een verplichting aan zorgverzekeraars om naast de Zvw voor hun eigen verzekerden tevens de AWBZ uit te voeren, om een aangelegenheid die het algemeen belang aangaat. Ter zake van de noodzaak en de proportionaliteit heeft het kabinet in de huidige fase van de ontwikkelingen in het Nederlandse stelsel van sociale zorgverzekeringen nog een zekere aarzeling. Gezien de opstelling van de zorgverzekeraars, die hebben aangegeven naast de Zvw voor hun eigen verzekerden tevens de AWBZ te willen uitvoeren, is er ruimte voor de veronderstelling dat de doelstelling van de regering om zorgverzekeraars verantwoordelijk te maken voor de uitvoering van het totaal van de Nederlandse sociale zorgverzekering, ook op basis van vrijwilligheid kan worden bereikt. Het zou kunnen zijn dat in enkele gevallen zorgverzekeraars nog niet onmiddellijk de AWBZ willen of kunnen uitvoeren voor hun Zvw-verzekerden. In de visie van het kabinet zullen ook die verzekeraars echter uiteindelijk toch daartoe overgaan, omdat hun Zvw-verzekerden in dat geval zich voor de AWBZ bij de concurrentie dienen aan te sluiten. Dat is een situatie die geen enkele zorgverzekeraar aangenaam zal vinden, omdat die concurrentie naar alle waarschijnlijkheid niet zal nalaten ernaar te streven de betrokkene over te halen zich tevens voor de Zvw bij hem te verzekeren.

Mocht evenwel blijken dat de doelstelling van de koppeling tussen Zvw-zorg en AWBZ-zorg niet wordt bereikt, dan blijkt daaruit de noodzakelijkheid en proportionaliteit voor een alsdan te treffen wettelijke maatregel terzake van de verplichting van de zorgverzekeraars om naast de Zvw ook de AWBZ uit te voeren. Voor die situatie voorziet het voorliggende wetsvoorstel in een dwingende bepaling. Die wordt op grond van de hiervoor gegeven overwegingen vooralsnog niet in werking gesteld. Mocht zulks toch het geval worden, dan vormt deze bepaling onderdeel van de Zvw en maakt daarmee deel uit van de verplichtingen waaraan zorgverzekeraars zich bij de uitvoering van de Zvw dienen te houden. Handhaving van deze bepaling valt onder het taakveld van de NZa.

De regering gaat ervan uit dat het belang dat de zorgverzekeraars hebben bij hun uitvoering van de Zvw een voldoende sterke prikkel zal opleveren om ook de AWBZ uit te voeren op een wijze die overeenkomt met de wensen die hun verzekerden hebben. Omdat immers de uitvoering van de Zvw en die van de AWBZ aan elkaar gekoppeld zijn, betekent een verzekerde die zijn zorgverzekeraar verruilt voor een andere zorgverzekeraar tegelijk ook een Zvw-verzekerde minder voor die zorgverzekeraar. Cliëntenorganisaties zouden in dit verband een katalyserende rol kunnen vervullen bijvoorbeeld door middel van voorlichting of het sluiten van collectieve contracten.

3.3 Borging van de zorg voor kwetsbare groepen

Bij de voorstellen tot wijziging van de uitvoeringsstructuur van de AWBZ heeft het kabinet zich ten doel gesteld de positie van de meest kwetsbare groep veilig te stellen.

Cliënten die gebruik maken van AWBZ-zorg zijn veelal kwetsbaar, maar de mate waarin zij kwetsbaar zijn kan verschillen. Bijvoorbeeld naar gelang:

- men geen zicht heeft op de eigen zorgbehoefte, of die niet erkent of onderkent (zorgmijders);
- men niet in staat is om zelfstandig een keuze te maken voor het juiste zorgaanbod/de juiste zorgaanbieder;
- men vanwege een verstandelijke, psychische en/of lichamelijke beperking niet in staat is om zelfstandig de regie over de zorg te voeren;
- men een zeer specifiek zorgaanbod nodig heeft dat complex en/of zeldzaam is; en/of
- de samenhang van de benodigde zorg uit verschillende domeinen goede afstemming vereist.



AWBZ-zorggebruikers zouden zonder nadere maatregelen ook kwetsbaar kunnen zijn doordat hun doorgaans hoge kosten zorgverzekeraars ertoe zouden kunnen brengen wegen te zoeken om te ontkomen aan hun verplichting om mensen te accepteren voor de Zvw en in te schrijven voor de AWBZ. Ter voorkoming van dit effect is een risicovereveningssysteem opgenomen in de Zvw en zal in de AWBZ een stabiel en correct werkend verdeelmodel worden ontwikkeld.

Kenmerkend voor een complexe zorgvraag in de langdurige zorg is dat daarbij veelal tevens behoefte bestaat aan het gebruik van voorzieningen die niet alleen in de sfeer van de zorg liggen, zoals geregeld in de AWBZ en de Zvw, maar tevens in aanpalende terreinen als wonen, welzijn, onderwijs en begeleiding, zoals geregeld in onder meer de Wmo. Dat geldt zowel voor kwetsbare ouderen als voor andere mensen met een beperking, maar ook bijvoorbeeld voor slachtoffers van huiselijk geweld, multiprobleemgezinnen, dak- en thuislozen en kinderen met een beperking.

Om de zorg voor de kwetsbare cliënt te borgen is het van belang dat de uitvoeringstaken van de AWBZ goed zijn vastgelegd en de cliënt voldoende zekerheden bieden. De regering is van mening dat het voorliggende wetsvoorstel voldoet aan deze voorwaarden omdat:

- een wettelijk geregelde aanspraak op AWBZ-zorg blijft bestaan;
- de AWBZ een verzekering van rechtswege blijft en verzekeraars verzekerden dus niet kunnen weigeren;
- onafhankelijke indicatiestelling, los van de zorgverzekeraar, gewaarborgd blijft;
- de zorgplicht om de verzekerde zorg te leveren aan cliënten die daartoe een indicatie hebben (artikel 6, derde lid, AWBZ) onverkort gehandhaafd blijft;
- de mogelijkheid voor de cliënt om een ZZp-geïndiceerd pgb aan te vragen blijft bestaan;
- de herkenbaarheid voor de cliënt voor de instantie die op goede zorg is aan te spreken wordt vergroot.

3.4 Samenwerking zorgverzekeraars en gemeenten

De regering onderkent dat er vanuit zorginhoudelijk en organisatorisch perspectief scheidslijnen bestaan tussen de zorg die wordt geleverd in het kader van de Zvw en de AWBZ enerzijds en de zorg die wordt geleverd in het kader van de WMO anderzijds. Dat neemt niet weg dat het streven erop gericht dient te zijn deze zorgvelden zodanig met elkaar in verband te brengen dat de zorggebruiker geen hinder ondervindt van die scheiding. Bij het realiseren van samenhang tussen Zvw-zorg en AWBZ-zorg door middel van het koppelen van de uitvoering van de AWBZ aan de uitvoering van de Zvw, dient daarom tevens de relatie van deze zorg met de ondersteuning in het kader van de Wmo te worden geborgd. Leidende gedachte daarbij is dat wensen en behoeften van cliënten centraal staan, cliënten de regie over het eigen leven zoveel mogelijk kunnen behouden en dat er een goede samenhang tussen zorg en welzijn en tussen cure en care moet zijn. Zorgverzekeraars en gemeenten dienen daartoe samen te werken.

De samenwerking tussen het domein van AWBZ en Zvw en het domein van de Wmo is tot op heden in ontwikkeling. Ze varieert van veel tot (nagenoeg) geen samenwerking tussen gemeenten en zorgkantoren. Wel zijn er diverse goede voorbeelden bekend. Vanuit deze goede voorbeelden hebben ZN en VNG een leidraad voor gemeenten ontwikkeld. De leidraad geeft zowel verzekeraars als gemeenten handvatten voor samenwerking. Voor de onderwerpen ketenzorg dementie, begeleiding, woonservicegebieden en gezondheidsbevordering zijn toolkits ontwikkeld met concrete mogelijkheden voor samenwerking.

De regering verwacht, dat wanneer de uitvoering van de AWBZ gekoppeld wordt aan de uitvoering van de Zvw, dit kansen biedt voor verdere samenwerking. Zorgverzekeraars en gemeenten zien dat ook zo. Zorgverzekeraars gaan dan immers een nauwe relatie aan met de AWBZ-verzekerde en vanuit diens zorgvraag zullen zij ook de aansluiting met aanpalende domeinen, zoals het gemeentelijke domein, borgen. De meerwaarde voor samenwerking is voor de zorgverzekeraar: grotere cliënttevredenheid vanwege betere zorgmogelijkheden in afstemming met het gemeentelijk domein. Want de directe prikkel voor de zorgverzekeraars ligt in het belang dat zij hebben de Zvw in combinatie met de AWBZ zo goed mogelijk uit te voeren, omdat verzekerden immers kunnen 'stemmen met de voeten' en van verzekeraar kunnen wisselen. Als zij niet tevreden zijn, gaan zij naar een verzekeraar die een goede naam heeft in hun netwerk.

Voor gemeenten ligt de meerwaarde in de verbetering van welzijn voor hun burgers door een goede afstemming van hun gemeentelijke voorzieningen met de zorg verleend op grond van de Zvw en de AWBZ.

In artikel 34a, eerste lid, is geregeld dat de uitvoerder van de AWBZ-verzekering zich ervan vergewist en bevordert dat de AWBZ-zorg wordt afgestemd op de voorzieningen in het kader van de Wmo. In verband hiermee hebben ZN en VNG afspraken gemaakt over een doeltreffende werkwijze voor een



structurele samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars, wanneer die zorgverzekeraars zelf verantwoordelijk worden voor de uitvoering van de AWBZ voor hun eigen verzekerden. Indien de AWBZ-uitvoerder onvoldoende de afstemming bevordert, kan bij algemene maatregel van bestuur worden bepaald welke verplichtingen op hem rusten in verband met deze afstemming. De NZa zal monitoren of de AWBZ-uitvoerders voldoende samenwerken met de gemeenten. Overigens geldt hierbij van de kant van de gemeenten dat die in dit kader reeds gehouden zijn afstemming te plegen rond de voorzieningen in het kader van de Wmo en de AWBZ. In de Wmo is namelijk geregeld dat de gemeente vastlegt op welke wijze de toegang tot het aanvragen van individuele voorzieningen in samenhang met voorzieningen op het gebied van wonen en zorg als bedoeld in de AWBZ, is geregeld.

3.5 Meerwaarde voor de cliënt

Veel mensen die gebruik maken van AWBZ-zorg maken ook gebruik van zorg uit de Zvw. Door de uitvoering van de AWBZ en de Zvw te bundelen ontstaat er meerwaarde voor de cliënt doordat er ook voor de AWBZ een herkenbare relatie ontstaat met zijn zorgverzekeraar en een verbinding wordt gelegd tussen de zorgaanspraken van de Zvw en de zorgaanspraken van de AWBZ. Zorgverzekeraars kunnen zich dan profileren als een herkenbaar aanspreekpunt met één loket voor alle verzekerde zorg. De serviceverlening aan klanten wordt gebundeld en daarmee wordt de samenhang van de Zvw en de AWBZ versterkt, met de mogelijkheid van betere kwaliteit en meer doelmatigheid. Tevens kunnen zorgverzekeraars verbetering van de zorginkoop realiseren door te investeren in geïntegreerde eerstelijnszorg, ketenzorg en zorgprogramma's voor mensen met een meervoudige zorgvraag.

In nauw overleg met de zorgverzekeraars is bezien hoe vorm kan worden gegeven aan de wens om de uitvoering van de twee verzekeringen waaruit de Nederlandse sociale zorgverzekering bestaat, zodanig in te richten dat deze vanuit het belang van de verzekerde cliënt als één samenhangend geheel functioneert.

Ter illustratie heeft ZN samen met cliëntenorganisaties de meerwaarde voor vier cliëntendoelgroepen nader uitgewerkt, te weten voor mensen met dementie, mensen die gebruik maken van maatschappelijke opvang, (ouders van) kinderen met een verstandelijke beperking en mensen met cerebrovasculair accident (CVA).

Voor deze groepen is de zorgvraag complex, en er is vaak meer zorg nodig dan alleen uit de AWBZ. Uit de beschrijvingen blijkt dat door de uitvoering van de AWBZ en de Zvw te koppelen meerwaarde ontstaat voor cliëntengroepen die zowel op genezing gerichte als langdurige zorg nodig hebben. Deze koppeling in de uitvoering biedt tegelijk kansen voor een betere afstemming met gemeenten of andere partijen. Hierdoor kan de cliënt, niet gehinderd door uitvoeringsbelemmeringen, de vereiste zorg en ondersteuning in samenhang ontvangen. Daarbij is de regering zich ervan bewust dat adequate zorgverlening altijd een kwestie van mensenwerk blijft. Ook al worden met dit wetsvoorstel het kader geschapen waarbinnen samenhang van verschillende zorgcategorieën kan worden bevorderd, de vraag of dit ook daadwerkelijk vorm krijgt blijft altijd afhankelijk van de individuele invulling door mensen van de hen gestelde kaders. Een belangrijke rol kan daarbij in de visie van de regering worden gespeeld door de 'casemanager', waarvan hiervoor een voorbeeld is opgenomen in het kader van de zorgorganisatie bij dementie. De regering ziet duidelijk mogelijkheden voor een verbreding van deze casemanagersrol bij de organisatie van de zorg rond de cliënt.

Zorgverzekeraars hebben aangegeven dat zij meerwaarde gaan realiseren voor alle cliënten die langdurig behoefte hebben aan zorg en ondersteuning. Indien de zorgverzekeraars verantwoordelijkheid dragen voor de uitvoering van het hele pakket Zvw-zorg en AWBZ-zorg heeft dit voor alle verzekerden de volgende meerwaarde:

- de cliënt heeft één aanspreekpunt voor vragen over de zorg: er is geen verwarring meer tussen zorgverzekeraar en zorgkantoor;
- zorgverzekeraars zullen bij de zorginkoop voor cliënten die zorg uit beide compartimenten gebruiken, zoals kwetsbare ouderen en chronisch zieken, een betere samenhang tussen cure en care realiseren (ketenbenadering);
- voor iedereen die gebruik maakt (of betrokken is bij) langdurige zorg zullen zorgverzekeraars bij de zorginkoop een betere aansluiting met het gemeentelijk domein realiseren;
- cliënten hebben meer invloed op de inkoop doordat zorgverzekeraars rechtstreeks aanspreekbaar zijn. Ook heeft iedereen de mogelijkheid om te wisselen van zorgverzekeraar.

In het bovenstaande ligt voor individuele zorgverzekeraars een prikkel om de AWBZ voor eigen verzekerden zo goed mogelijk uit te voeren. De wijze waarop de AWBZ wordt uitgevoerd straalt immers af op hun Zvw-bedrijf. Want, wanneer de uitvoering niet goed genoeg plaatsvindt, zal de verzekerde die waarde hecht aan de zorginhoudelijke kwaliteit van zijn verzekerde pakket kunnen 'stemmen met de voeten' en (met medeneming van zijn Zvw-verzekering) overstappen naar een andere verzekeraar.



Alles overwegende is de regering van mening dat koppeling van de uitvoering van de AWBZ en de Zvw meerwaarde biedt, die zowel direct als indirect de cliënt ten goede komt.

3.6 Zorgplicht

Uitvoerders van de AWBZ hebben een wettelijk opgelegde zorgplicht. Daaronder wordt verstaan de verplichting voor de AWBZ-uitvoerder ervoor te zorgen dat een verzekerde de zorg krijgt waar hij behoefte aan en wettelijk aanspraak op heeft, uitzonderlijke situaties van overmacht daargelaten. Het gaat hierbij niet alleen om de inhoud en omvang van de zorg, maar ook om de tijdigheid, bereikbaarheid en de kwaliteit van de verzekerde zorg.

De NZa zal toezicht houden op de wijze waarop AWBZ-uitvoerders aan de zorgplicht uitvoering geven. Voor het geval zou blijken dat de uitvoering van de AWBZ door zorgverzekeraars tekortschiet, zal de NZa handhavend optreden door bijvoorbeeld het geven van een aanwijzing of het opleggen van een boete. Voor het geval zou blijken dat er structurele tekortkomingen bestaan, voorziet artikel 77 van de AWBZ in de mogelijkheid dat hiervoor regels worden gesteld. In de visie van de regering moet het uitgangspunt zijn dat van een AWBZ-uitvoerder die zich aanmeldt voor de uitvoering van de AWBZ verwacht mag worden dat hij zijn zorgplicht terzake naar behoren nakomt. Daarom zal het stellen van nadere regels slechts plaatsvinden als ultimum remedium. Dit impliceert dat bij een naar behoren functionerend verzekeringsstelsel aan het stellen van dergelijke regels niet behoefte te worden toegekomen.

3.7 Zorginkoop

Het wetsvoorstel voorziet erin dat het huidige systeem waarbij zorg wordt ingekocht door het regionale zorgkantoor voor alle in die regio wonende cliënten, wordt veranderd in een systeem waarbij zorgverzekeraars zelf zorg voor hun eigen cliënten gaan inkopen. Als gevolg daarvan kunnen zorgverzekeraars hun Zvw-zorg in combinatie gaan inkopen met de AWBZ zorg die aan hun eigen verzekerden moet worden geleverd. Ten aanzien van de kwaliteit van de zorginkoop zullen zorgverzekeraars zich conformeren aan de geldende indicatoren voor verantwoorde zorg.

Alle voorbereidingen voor zorginkoop door individuele zorgverzekeraars zijn in gang gezet, zodat zorgverzekeraars inzicht krijgen in de schadelast van de populatie, het aanbod in regio's waar ze nu niet actief zijn leren kennen en ze zich kunnen voorbereiden op gecombineerde Zvw- en AWBZ-inkoop. Er kan echter pas worden overgegaan naar inkoop door individuele zorgverzekeraars zodra een adequaat en stabiel model voor de verdeling van de beschikbare financiële middelen voor individuele zorgverzekeraars beschikbaar is. De regering heeft daarom besloten eerst na een evaluatie van de kwaliteit van een dergelijk verdeelmodel te besluiten of overgegaan kan worden tot verdeling van de beschikbare middelen over zorgverzekeraars en daarmee tot de gewenste individuele zorginkoop. In Hoofdstuk 4 zal nader worden ingegaan op deze evaluatie. Bij deze evaluatie zal ook de vraag aan de orde moeten komen of het mogelijk en wenselijk is om de overgang naar zorginkoop door individuele zorgverzekeraars gefaseerd te laten plaatsvinden en een deel blijvend in representatie in te kopen, net zoals dat thans in de Zvw het geval is. Daarbij koopt een aantal van de in een bepaalde regio werkzame zorgverzekeraars gezamenlijk zorg in voor alle in die regio werkzame zorgverzekeraars. Er zijn namelijk bepaalde groepen cliënten, die door hun beperkte aantal of door de specifieke zorg die zij nodig hebben, zorg vragen die niet goed per afzonderlijke verzekeraar is in te kopen. Het is denkbaar dat zorgverzekeraars zich in die gevallen bij de zorginkoop ook na de overgangperiode van zorginkoop in representatie te laten representeren door collega-zorgverzekeraars.

Uiteraard zullen de zorgverzekeraars in die gevallen waarbij zij voor hun zorginkoop samenwerken de nationale en internationale regels op gebied van het mededingingsrecht in acht moeten nemen. Ten aanzien van de overstap naar individuele zorginkoop is van belang wanneer de hiervoor genoemde evaluatie plaatsvindt. In verband met de beschikbaarheid van gegevens voor de evaluatie, wordt thans voorzien dat die evaluatie zo mogelijk in 2013, doch uiterlijk in 2014 zal plaatsvinden. Voor die zorgvormen waarbij zorginkoop in representatie op grond van deze evaluatie niet meer noodzakelijk wordt bevonden, zal de aanwijzing van een wettelijke representant worden beëindigd.

3.8 Invloed van verzekerden op het beleid bij de uitvoering van de AWBZ

Invloed van verzekerden op het beleid bij de uitvoering van de verzekering, is een belangrijk uitgangspunt van de sociale verzekering. Dit uitgangspunt is neergelegd in verscheidene door Nederland geratificeerde internationale verdragen die normen stellen over de vorm en inhoud van de sociale verzekering. Het betreft de ILO-verdragen nrs. 102 (Verdrag betreffende minimumnormen van sociale zekerheid), 121 (Verdrag betreffende uitkeringen bij bedrijfsongevallen en beroepsziekten) en 130 (Verdrag betreffende de geneeskundige verzorging en uitkeringen bij ziekte) en de Europese Code inzake sociale zekerheid van de Raad van Europa.

Voor de huidige zorgverzekeraars is dit uitgangspunt verwoord in de Zvw door het voorschrift dat zorgverzekeraars in de statuten waarborgen bieden voor een redelijke mate van invloed van de



verzekerden op het beleid. Dit past binnen het concept van 'corporate governance', zoals de regering dat voor ogen heeft. ZN heeft uitgangspunten uitgewerkt van een dergelijke benadering onder de benaming 'Health Insurance Governance'. Deze schenkt aandacht aan het uitgangspunt dat verzekeren als 'stakeholders' invloed moeten kunnen uitoefenen op de verzekeringsuitvoering. Ook in de AWBZ zal voor de realisering van dit uitgangspunt een bepaling worden opgenomen.

Het belang van de invloed van de verzekeren op het beleid bij de uitvoering van de AWBZ komt onder meer tot uitdrukking bij de zorginkoop zoals die plaatsvindt door de huidige zorgkantoren. Die hebben daarbij contact met cliëntvertegenwoordigers. Zo bespreken zorgkantoren met cliëntenorganisaties/cliëntenraden in het algemeen én voor specifieke aandoeningen (bv. dementie) wat zij belangrijk vinden in de zorgverlening door een zorgaanbieder. Dit loopt in veel gevallen via de overleggen met de regionale zorgbelang organisaties. In het kader van bijvoorbeeld ketenzorg voor mensen met dementie wordt ook de nadrukkelijke samenwerking gezocht met regionale afdelingen van Alzheimer Nederland.

Zorgkantoren betrekken dus zelf reeds cliënten(vertegenwoordigers en -organen) bij de zorginkoop in de AWBZ. De regering vindt deze ontwikkeling van groot belang en wil deze invloed van consumenten een wettelijke basis bieden. Doordat de zorgkantoren verdwijnen, zal het contact met cliënten echter mogelijk anders georganiseerd moeten worden. In overleg met zorgverzekeraars en cliëntenorganisaties zal worden bezien of de wijze van invulling van de wettelijke bepaling met betrekking tot de invloed van verzekeren in voldoende mate tegemoet komt aan de maatschappelijke wensen hieromtrent.

Zorgverzekeraars hebben al nadrukkelijk aangegeven zorginkoop ook in de nieuwe situatie samen met cliëntenorganisaties te willen invullen. Er zijn goede voorbeelden bekend van samenwerking tussen cliëntenorganisaties en zorgverzekeraars rond de inkoopprocedures van bijvoorbeeld de hulpmiddelen in de Zvw. De zorgverzekeraar kan daarop zorg op maat inkopen. Daarnaast maken zorgverzekeraars gebruik van de meting van cliëntervaringen over de geleverde zorg. Met die informatie spreken zorgverzekeraars zorgaanbieders gericht aan op verbeterpunten. ZN heeft aangegeven voor specifieke cliëntgroepen complete zorgtrajecten te willen realiseren of samen met zorgaanbieders te organiseren, passend binnen de kwaliteitskaders verantwoorde zorg. Zorgverzekeraars zullen meer eisen stellen aan de kwaliteit van zorg en de toepassing van best practices. Ook zullen de service en het versterken van de positie van de AWBZ-verzekerde belangrijke speerpunten zijn. Daarbij is van belang dat de zorgverzekeraars goede afspraken maken in en buiten de zorg, in relatie tot welzijn, wonen en werk.

3.9 Rechtskarakter

Voor het toezicht, de rechtsgang en voorschriften voortvloeiend uit het Europese recht, zoals die met betrekking tot reservevorming, nevenbedrijf en aanbesteding, is het van belang vast te stellen of de AWBZ van rechtskarakter wijzigt wanneer deze wordt uitgevoerd door een andere rechtspersoon dan het huidige zorgkantoor.

Uitvoering van de AWBZ door een andere rechtspersoon dan het huidige zorgkantoor leidt niet tot wijziging van het bestaande rechtskarakter van de AWBZ. De AWBZ is en blijft een publiekrechtelijke sociale verzekering van rechtswege die voortvloeit uit de wet en niet uit een overeenkomst. Iemand die voldoet aan de vereisten die door de wet zijn gesteld is van rechtswege verzekerd, ongeacht of die verzekerde dat wil of niet. De verplichting van een verzekerde om zich voor het geldend maken van zijn verzekeringsaanspraken in te schrijven bij een AWBZ-uitvoerder verandert hier niets aan. De inschrijverplichting is slechts een administratieve verplichting die moet worden vervuld om de AWBZ-uitvoerder in staat te stellen zijn zorgplicht te realiseren. Het is geen noodzakelijk element voor de totstandkoming van de verzekering⁷. Ook iemand die niet is ingeschreven bij een AWBZ-uitvoerder, is verzekerd.

Omdat de AWBZ-verzekering voortvloeit uit de wet en niet uit een overeenkomst is er geen sprake van een schadeverzekering in de zin van het Burgerlijk Wetboek of de Schaderichtlijnen, omdat daarvoor het bestaan van een daartoe strekkende overeenkomst een essentiële voorwaarde is. Een dergelijke overeenkomst kan ook niet worden aangenomen op grond van de overweging dat betrokkenen met de betreffende zorgverzekeraar een verzekeringsovereenkomst voor de Zvw hebben gesloten met welke overeenkomst zij tevens zouden beogen een overeenkomst te sluiten met als doel de totstandkoming van een verzekering voor de AWBZ.⁸ Zoals hiervoor uiteengezet bestaat die AWBZ-verzekering immers al op grond van de wet en een overeenkomst kan niet tot doel hebben iets tot stand te brengen dat reeds bestaat.

Deze constatering leidt tot de conclusie dat uitvoering van de AWBZ door een andere rechtspersoon

⁷ Zie parlementaire geschiedenis Zfw en HvJ EG 14 oktober 2010, zaak C-345/09, Van Delft e.a..

⁸ Vergelijk uitspraak van het College van Beroep voor het bedrijfsleven (CBB) van 9 januari 2011, nr. AWB 98/443-22300 gepubliceerd in PJ 2001/40.



dan het zorgkantoor aan het rechtskarakter van de AWBZ niets verandert.

Voorts is gezien of er consequenties voortvloeien voor de uitvoering van de Zvw wanneer de uitvoering daarvan wordt gekoppeld aan die van de AWBZ.

De Zvw-verzekering is in tegenstelling tot de AWBZ wel een verzekering die ontstaat door het sluiten van een verzekeringsovereenkomst. Weliswaar vloeit uit de wet de verplichting tot het sluiten van die verzekering voort, maar niet de verzekering zelf. De Zvw-verzekering kwalificeert zich daarom als een verzekering in de zin van het Burgerlijk Wetboek en de Schaderichtlijnen.

In de termen van de Schaderichtlijnen is de uitvoering van de AWBZ een nevenbedrijf voor de zorgverzekeraar die de Zvw-verzekering uitvoert. De uitvoering van een zodanig nevenbedrijf is toegelaten wanneer het gaat om verrichtingen die voortvloeien uit het verzekeringsbedrijf en daaruit geen risico's voortvloeien voor het hoofdbedrijf, te weten de uitvoering van de Zvw-verzekering.

Gesteld kan worden dat de uitvoering van de AWBZ voortvloeit uit de uitvoering van de Zvw. In ieder geval is het zo dat er een relatie is in het zorgverleningsvlak tussen de prestaties die in het kader van beide verzekeringen worden geleverd. Gelet echter op de omvang van de geldstroom die omgaat in de AWBZ in relatie tot de omvang van de geldstroom die omgaat in de Zvw, wordt de uitvoering van de AWBZ als nevenbedrijf in het kader van de door DNB toegepaste beleidsregels, een te groot risico geacht voor de uitvoering van de Zvw als hoofdbedrijf. Op grond van deze overweging moet worden geconcludeerd dat de uitvoering van de AWBZ door de zorgverzekeraars voor hun eigen Zvw-verzekerden niet binnen één en dezelfde rechtspersoon kan plaatsvinden, maar in een afzonderlijke rechtspersoon.

3.10 Gescheiden financieel-economische uitvoering Zvw en AWBZ

Omdat de Zvw en de AWBZ afzonderlijke wettelijke regelingen zijn met een afzonderlijke financieringsstructuur blijft een afzonderlijke financiële administratie aangewezen. Er mag derhalve geen administratieve vermenging plaatsvinden van de financiële middelen die zorgverzekeraars aanwenden bij de uitvoering van de Zvw en de financiële middelen die AWBZ-uitvoerders aanwenden bij de uitvoering van de AWBZ. De gescheiden financiële administratie geldt niet alleen met betrekking tot de operationele middelen maar tevens met betrekking tot de financiële reserves.

3.11 Rechtsbescherming

Het huidige publiekrechtelijke karakter van de AWBZ wordt door het voorliggende wetsvoorstel niet gewijzigd. Daarom blijft het bestaande systeem van rechtsbescherming met bezwaar en beroep via AWBZ-uitvoerder, rechtbank en Centrale Raad van Beroep ook na inwerkingtreding van dit wetsvoorstel ongewijzigd. De Raad voor de rechtspraak heeft in dit kader advies uitgebracht op voorliggend wetsvoorstel. Daarop wordt ingegaan in Hoofdstuk 7.2.

3.12 Informatievoorziening

Bij de verdere uitwerking van de uitvoering van de AWBZ door zorgverzekeraars wordt de informatievoorziening zodanig vorm gegeven dat de informatie snel, volledig en betrouwbaar beschikbaar is, zodat de Minister van VWS zijn systeemverantwoordelijkheid adequaat kan uitoefenen.

3.13 Gegevensuitwisseling

Voor het realiseren van een betere verbinding tussen Zvw-zorg en AWBZ-zorg (waaronder ketenzorg), is het noodzakelijk dat schadelastgegevens waarover zorgverzekeraars en AWBZ-uitvoerders beschikken, door hen kunnen worden benut, bijvoorbeeld ten behoeve van zorginkoop. Dit wetsvoorstel voorziet hiervoor niet in specifieke nieuwe wetsbepalingen, omdat deze gegevensuitwisseling al kan plaatsvinden op grond van de in beide wetten opgenomen artikelen betreffende gegevensverstrekking.

Als gevolg van dit wetsvoorstel komen niet meer persoonsgegevens ter beschikking dan thans het geval is. Artikel 53 van de AWBZ heeft, net als het vergelijkbare artikel 87 van de Zvw, betrekking op de verstreking van persoonsgegevens van de verzekerde, waaronder persoonsgegevens betreffende de gezondheid als bedoeld in de Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp).

Door het wetsvoorstel krijgen AWBZ-uitvoerders ten aanzien van hun eigen verzekerden inzicht in de medische gegevens die tot nu toe ter beschikking staan van de zorgkantoren (die thans de AWBZ uitvoeren op basis van door de zorgverzekeraars gegeven volmacht).

Onderstaand is een tweetal voorbeelden opgenomen ter illustratie.

Allereerst betreft het de zorginkoop. Daarbij gaat het om het in kaart brengen van (eigen) groepen verzekerden (met bepaalde zorgbehoefte) op basis van schadegegevens van AWBZ en Zvw, alsmede de aantallen van deze groepen waarvoor (regionaal) voldoende zorg moet worden ingekocht. Bijvoorbeeld de GGZ-zorg. De kosten van GGZ-zorg komen het eerste jaar in aanmerking voor



vergoeding op basis van de Zvw. Indien na dat jaar de GGZ-zorg wordt voortgezet, komen de kosten daarvan ten laste van de AWBZ. Voor de uitvoerder van de AWBZ is het ten behoeve van de zorginkoop AWBZ bijvoorbeeld van belang om te weten hoeveel van de eigen verzekerden in een regio 6 maanden of langer GGZ-zorg ontvangen en hoeveel hiervan naar verwachting doorstromen naar AWBZ-zorg (langer dan een jaar zorg ontvangen). Voor dit deel van de verzekerden zal immers (anticiperend) AWBZ-zorg ingekocht moeten worden.

De zorgverzekeraar en de AWBZ-uitvoerder kunnen hiertoe zonder bezwaar een analyse verrichten op de in de eigen administraties aanwezige schadelastgegevens Zvw en schadelastgegevens AWBZ. De uitkomsten daarvan kunnen vervolgens door de zorgverzekeraar worden verstrekt ten behoeve van de inkoop van AWBZ-zorg. Het proportionaliteitsvereiste dat aan de privacywetgeving ten grondslag ligt, vergt dat er voor wordt zorg gedragen dat die uitkomsten niet tot personen herleidbaar zijn (waarmee het geen persoonsgegevens zijn). Voor het doel van zorginkoop is het immers niet noodzakelijk dat aan de AWBZ-uitvoerder wordt gemeld om welke personen het gaat. Een dergelijke analyse van de schadelast is verenigbaar in de zin van artikel 9 van de Wbp.

AWBZ-uitvoerders kunnen op deze wijze ten behoeve van inkoop van AWBZ-zorg schadegegevens van Zvw-verzekerden gebruiken.

Ten tweede betreft het de controle om rechtmatig (na controle) ten laste van Zvw en/of AWBZ een rekening te kunnen betalen.

Bijvoorbeeld, voor een persoon met een indicatie voor zowel verblijf als behandeling die ook daadwerkelijk in een verpleeghuis verblijft, geldt dat de met huisartsenzorg vergelijkbare zorg dan ten laste van de AWBZ-instelling komt. In gevallen waarin een cliënt verblijft in een verzorgingshuis moeten de zorgverzekeraar en de AWBZ-uitvoerder kunnen vaststellen of de betreffende zorg ten laste van de Zvw-polis (indicatie voor verblijf) dan wel de AWBZ (indicatie voor verblijf én behandeling) dient te komen. In dergelijke gevallen geldt op basis van artikel 21, eerste lid, onderdelen b en f van de Wbp dat het verbod om persoonsgegevens betreffende iemands gezondheid te verwerken, niet van toepassing is. Gegevens van de Zvw en AWBZ mogen dan voor zover noodzakelijk ter beoordeling van de aanspraken (ten laste van Zvw of AWBZ) worden uitgewisseld tussen zorgverzekeraar en AWBZ-uitvoerder.

Al met al kan worden geconcludeerd dat de bestaande regelgeving adequate mogelijkheden biedt voor uitwisseling van informatie die noodzakelijk is voor ketenzorg en een goede afstemming van Zvw- en AWBZ-zorg. Dit wetsvoorstel voorziet daarom niet in specifieke nieuwe wetsbepalingen, omdat deze gegevensuitwisseling al kan plaatsvinden op grond van de in beide wetten opgenomen artikelen betreffende gegevensverstrekking (art. 53, 54 en 55 AWBZ en 87, 88 en 89 Zvw).

4. Wijzigingen financieringsstructuur/kostenbeheersingssysteem

De AWBZ is een verzekering waarbij de verzekerde van rechtswege verzekerd is. Op grond van die verzekering is hij een inkomensgerelateerde premie verschuldigd, waartegenover hij aanspraak heeft op de verzekerde zorg die hij nodig heeft. Ook wanneer de voor de verzekering geraamde middelen zijn uitgeput, houdt de verzekerde aanspraak op de noodzakelijke zorg⁹. Dit heeft de afgelopen jaren echter nauwelijks tot overschrijdingen geleid.

De overheid heeft er, met het oog op de bestendigheid van het zorgstelsel, belang bij dat de kosten van de gezondheidszorg beheersbaar blijven en het Budgettair Kader Zorg (BKZ) niet overschrijden. Daarom wordt sinds 2005 jaarlijks door de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport de macro beschikbare ruimte vastgesteld (de zogenoemde contracteeruimte). De NZa verdeelt over de zorgkantoorregio's en toetst nadien of de gemaakte productieafspraken tussen het zorgkantoor en de betrokken zorgaanbieders binnen de beschikbare regionale contracteeruimte blijven. De door het wetsvoorstel voorziene omschakeling van uitvoering van de AWBZ door zorgkantoren naar uitvoering door individuele AWBZ-uitvoerders, brengt met zich mee dat de aan de zorgkantoren gekoppelde regionale zorgbudgetten worden omgezet in een financieringsstructuur die op die nieuwe situatie is toegesneden. Deze omschakeling brengt geen wijziging met zich mee in de bestaande premiestructuur.

4.1 Financieringsstructuur en budgettaire beheersing bij representatie

In deze paragraaf wordt omschreven hoe de financieringsstructuur en budgettaire beheersing worden vormgegeven in het geval van zorginkoop in representatie, zoals omschreven in hoofdstuk 3.7.

Financieringsstructuur bij representatie

Bij representatie wordt AWBZ-zorg regionaal collectief ingekocht en de macro-contracteeruimte (de

⁹ Zie onder andere Rechtbank Utrecht 29 oktober 1999, nr. 105038 KG ZA 99/940.



totale beschikbare middelen voor de AWBZ zorginkoop), net zoals nu, regionaal verdeeld. De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport stelt de regionale contracteerruimte vast in een Aanwijzing. Op basis daarvan stelt de NZa haar beleidsregels vast over de verdeling van de contracteerruimte over de representanten. Dit betekent dat een representant in een regio namens alle AWBZ-uitvoerders in die regio zorg inkoop ter hoogte van de regionale contracteerruimte.

Budgettaire beheersing bij representatie

De waarborg van de beheersing van de kosten vergt gelijk als in de huidige situatie een gezamenlijke inspanning van zowel de representant als de zorgaanbieders. Daarom zal in overeenstemming met de huidige situatie een beheersingssysteem worden gehanteerd waar zowel de representant (middels een regionale contracteerruimte) als de zorgaanbieder (middels een instellingenplafond) worden gebudgetteerd. De representant heeft de verantwoordelijkheid om binnen het toebedeelde budget zorg in te kopen en de zorgaanbieder draagt de verantwoordelijkheid om conform de gemaakte productieafspraken zorg te leveren. De NZa ziet erop toe dat de gemaakte productieafspraken binnen de regionale contracteerruimtes vallen. De representant moet daartoe jaarlijks conform de geldende contracteercyclus haar productieafspraken indienen bij de NZa. Eventuele overschrijdingen die tijdens de eerste budgetronde (november voorafgaand aan het zorgjaar) aan het licht komen, worden veroorzaakt doordat de productieafspraken het budget overstijgen. Er vindt dan een correctie plaats in de vorm van een tariefskorting bij aanbieders om de productieafspraken passend te maken in de beschikbare regionale contracteerruimte. Tussentijds vindt medio het zorgjaar een herberekening plaats van de regionale contracteerruimte. Hierbij toetst de NZa of het gehanteerde verdeelmodel voldoende rekening heeft gehouden met algemene ontwikkelingen (verzekerdenmigratie en indicatieontwikkeling). Indien de NZa concludeert dat dit niet het geval is, dan kan zij de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport adviseren de verdeling van de contracteerruimte aan te passen door een herschikking tussen uitvoerders, passend binnen het totaal beschikbare kader. De herberekende regionale contracteerruimtes worden door de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport in een (nadere) Aanwijzing vastgesteld. Daarnaast wordt conform de huidige situatie voorafgaand aan het uitvoeringsjaar een deel van de macro-contracteerruimte gereserveerd om eventuele 'knellende regio's' tegemoet te komen. Dit gereserveerde deel wordt voor twee doeleinden aangewend. In de eerste plaats voor de zogenoemde margeregeling. Deze margeregeling wordt ingezet in de tweede budgetronde die plaatsvindt in november van het zorgjaar, waarbij een reservering van 2% beschikbaar is om eventuele verschuivingen in de laatste maanden van jaar te kunnen opvangen. De margeregeling dient onder meer om de zorginkoop door de representant meer manoeuvreerruimte te geven en om in te kunnen spelen op mogelijke regionale knelpunten. In de tweede plaats wordt dit gereserveerde deel aangewend voor de zogeheten knelpuntenprocedure waarbij de NZa objectief toetst of er aanleiding is om middelen beschikbaar te stellen.

4.2 Evaluatie

Zoals in hoofdstuk 3.7 is aangegeven, kan pas worden overgegaan naar inkoop door individuele AWBZ-uitvoerders zodra een adequaat model voor de verdeling van de beschikbare financiële middelen voor individuele AWBZ-uitvoerders beschikbaar is. De regering heeft daarom besloten eerst na een evaluatie van de kwaliteit van een dergelijk verdeelmodel te besluiten of overgegaan kan worden tot verdeling van de beschikbare middelen over AWBZ-uitvoerders en daarmee tot de gewenste individuele zorginkoop.

In de evaluatie moet worden vastgesteld of het beoogde verdeelmodel stabiel is zodat nacalculatie, naast de in de vorige paragraaf genoemde knelpuntenprocedure, niet nodig is. Stabiel betekent dat op basis van individuele declaratiegegevens de voorspellingen van het verdeelmodel weinig verschillen van de realisaties. Tevens zal daarbij de vraag aan de orde komen of het mogelijk en wenselijk is om de overgang naar zorginkoop door individuele AWBZ-uitvoerders gefaseerd te laten plaatsvinden en een deel blijvend in representatie in te kopen net zoals dat thans in de Zvw het geval is. Ook zal in de evaluatie duidelijkheid worden geboden over de ontwikkeling van de beheerskosten en de precieze vormgeving van de budgettaire beheersbaarheid.

Ten aanzien van de overstap naar individuele zorginkoop is van belang wanneer de hiervoor genoemde evaluatie plaatsvindt. In verband met de beschikbaarheid van gegevens voor de evaluatie, vindt de evaluatie zo mogelijk in 2013, doch uiterlijk in 2014 plaats. Die evaluatie zal tevens duidelijkheid dienen te bieden over de ontwikkeling van de beheerskosten en de precieze vormgeving van de budgettaire beheersbaarheid (inclusief uitvoeringstoets NZa ten aanzien van een beheersmodel en een volwaardige indicatiestelling). Daarnaast dient declareren op cliëntniveau adequaat te zijn ingevoerd.

4.3 Financieringsstructuur en budgettaire beheersing bij individuele zorginkoop

In deze paragraaf wordt omschreven hoe de financieringsstructuur en budgettaire beheersing worden



vormgegeven in het geval van zorginkoop door individuele AWBZ-uitvoerders zoals omschreven in hoofdstuk 3.7.

Financieringsstructuur bij individuele zorginkoop

In een situatie waar AWBZ-uitvoerders individueel voor hun eigen verzekerden zorg inkopen, wordt het macrobudget verdeeld over die uitvoerders. De verdeling gebeurt op basis van een verdeelsystematiek waarbij zoveel mogelijk rekening wordt gehouden met de vraag naar AWBZ-zorg. Een stabiel en correct werkend verdeelmodel is relevant om te voorkomen dat AWBZ-uitvoerders wegen zouden proberen te zoeken om te ontkomen aan hun verplichting tot inschrijving. De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport stelt de verdeling van het macrobudget over AWBZ-uitvoerders vast in een Aanwijzing. In die situatie zal niet langer de NZa op basis van deze Aanwijzing de op de zorgaanbieders toegesneden beleidsregels vaststellen, maar zal het CVZ de op de AWBZ-uitvoerders toegesneden beleidsregels voor de verdeling van de uitvoerdersbudgetten vaststellen. De AWBZ-uitvoerders ontvangen dus afzonderlijk een budget waarbinnen de zorg voor hun eigen verzekerden moet worden ingekocht.

Budgettaire beheersing bij individuele zorginkoop

AWBZ-uitvoerders kopen individueel AWBZ-zorg in voor hun eigen verzekerden en krijgen daarvoor een eigen budget. Het ligt daarom in de rede dat zij als eerste ook de verantwoordelijkheid dragen voor de beheersing van kosten. Immers, zorgaanbieders kunnen niet verantwoordelijk worden gehouden voor het zorginkoopbeleid van AWBZ-uitvoerders.

AWBZ-uitvoerders kunnen in beginsel alleen extra middelen via een beroep op de knelpuntenprocedure beschikbaar krijgen, op grond van een objectieve toets uitgevoerd door de NZa. Slechts in zeer bijzondere omstandigheden kunnen bij een kennelijk onvoorzienbare stijging van de zorgbehoefte, extra middelen ter beschikking worden gesteld, wederom op grond van een door de NZa uitgevoerde objectieve toets.

Aanvullend zou kunnen worden gedacht aan het introduceren van een (beperkte) financiële prikkel in de vorm van bijvoorbeeld egalisatiereserves, zodat AWBZ-uitvoerders ertoe bewogen worden conform het toebedeelde uitvoerdersbudget zorg in te kopen. Daarnaast zouden eventuele niet-financiële prikkels zoals reputatieschade voor de Zvw-verzekeraar als gevolg van mogelijk oplopende wachtlijsten bij de individuele AWBZ-uitvoerders ook aan de beheersing kunnen bijdragen.

De beheerssystematiek werkt als volgt:

- De AWBZ-uitvoerders maken productieafspraken met zorgaanbieders conform het vooraf toebedeelde uitvoerdersbudget.
- Omdat verzekerden de mogelijkheid krijgen om over te stappen naar een andere AWBZ-uitvoerder, worden de uitvoerdersbudgetten lopende het jaar herberekend. Het uitvoerdersbudget wordt hiermee gecorrigeerd voor migrerende verzekerden. Het betreft een macrobudgettaire neutrale correctie.
- Indien een AWBZ-uitvoerder gedurende het jaar wordt geconfronteerd met een uitputting van zijn uitvoerdersbudget, dan komt hij onder verscherpt toezicht (curatele) van de NZa.
- Een uitvoerder kan ervoor kiezen om zijn eventuele egalisatiereserve aan te wenden om tekorten aan te vullen. Ook kan hij ervoor kiezen om tijdelijk de wachtlijsten voor zijn verzekerden te laten oplopen, voor zover dat niet in strijd komt met zijn zorgplicht. Hij loopt daarbij risico op reputatieschade. Dit heeft als mogelijke consequentie dat verzekerden ervoor kiezen om over te stappen naar een AWBZ-uitvoerder die wel in zijn/haar zorgbehoefte kan voorzien.
- Net als in de beschreven situatie in paragraaf 4.1 wordt een deel van de macro beschikbare middelen gereserveerd voor eventuele knelpunten. AWBZ-uitvoerders kunnen een knelpuntenprocedure starten, wanneer zij in de loop van het jaar van mening zijn dat het hun toegekende uitvoerdersbudget niet afdoende is om aan hun zorgplicht te voldoen. Zij kunnen uitsluitend extra middelen ter beschikking krijgen op grond van een objectieve toets uitgevoerd door de NZa.
- Met de eventuele toepassing van de knelpuntenprocedure is in beginsel het einde van het financieringstraject voor een individuele AWBZ-uitvoerder bereikt. Een AWBZ-uitvoerder die daarna nog een tekort heeft, wordt daarin in beginsel niet tegemoet gekomen uit middelen van het Afbz.
- Uitzondering op de hiervoor bedoelde begrenzing van de budgettaire ruimte kan slechts in zeer bijzondere omstandigheden aan de orde zijn wanneer bij kennelijk onvoorzienbare stijging van de zorgbehoefte extra middelen ter beschikking worden gesteld, wederom op grond van een door de NZa uitgevoerde objectieve toets.

De hierboven beschreven beheerssystematiek stoelt op de verantwoordelijkheid van AWBZ-uitvoerders en de rol die zij spelen in de kostenbeheersing. Mocht in de praktijk blijken dat de AWBZ-uitvoerders gezamenlijk hun verantwoordelijkheid voor budgettaire beheersbaarheid niet waarmaken, dan zal zo nodig als ultimum remedium worden teruggegrepen op de beheerssystematiek



van de Wmg waar zowel de uitvoerders als de aanbieders worden gebudgetteerd. Deze beheerssystematiek is conform de systematiek beschreven in paragraaf 4.1 De betreffende bepalingen van de Wmg worden namelijk met dit wetsvoorstel niet geschrapt.

5. Samenhangende maatregelen

Koppeling van de uitvoering van de AWBZ met de uitvoering van de Zvw leidt tot een aantal consequenties voor de bij de uitvoering van de AWBZ betrokken partijen. Hierna wordt daarop ingegaan.

Zorgkantoren

De keuze om de uitvoering van de AWBZ te koppelen aan de uitvoering van de Zvw leidt tot het einde van de werkzaamheden van de huidige zorgkantoren. Overwogen is de thans in de wet voorziene mogelijkheid voor een gezamenlijke administratie- en controle taak in stand te laten. Om echter te voorkomen dat uiteindelijk nog een klein restant van de oude structuur blijft voortbestaan, is er voor gekozen ook de administratie- en controletaak over te hevelen.

Het werk dat nu door zorgkantoren wordt gedaan (inkoop, service en informatie aan cliënten, administratief verkeer) verdwijnt niet met uitvoering door verzekeraars. De door zorgverzekeraars opgerichte rechtspersonen die voor hun Zvw-verzekerden de AWBZ zullen gaan uitvoeren, zullen deze taken op zich nemen. Daarvoor zijn initiële investeringen nodig, met name in die gevallen waarbij zorgverzekeraars nu geen zorgkantoor hebben.

Zorgkantoren zijn thans ook belast met de uitvoering van de pgb-subsidieregeling. Voorzien wordt dat ook deze taak overgaat naar de rechtspersonen die door zorgverzekeraars worden opgericht voor de uitvoering van de AWBZ voor hun Zvw verzekerden.

De veranderlast van de nieuwe inrichting van de uitvoering van de AWBZ blijft beperkt. Hierop wordt nader ingegaan in hoofdstuk 8.

CAK

De vaststelling en de inning van alle eigen bijdragen voor zorg in natura in de AWBZ is met ingang van 1 januari 2008 gecentraliseerd. Het CAK is met deze taak belast. Het CAK voert tevens de vaststelling en de inning uit van de eigen bijdragen die verschuldigd zijn voor maatschappelijke ondersteuning als bedoeld in de Wmo. Voorts is het CAK belast met de anticumulatieregeling voor de eigen bijdragen AWBZ met de eigen bijdragen Wmo.

Het ligt om diverse redenen voor de hand de centrale uitvoering van de eigen bijdrage te handhaven. Het gaat om privacygevoelige inkomens- en zorggegevens. Er worden hoge eisen gesteld aan de automatisering, de elektronische gegevensuitwisseling en de beveiliging daarvan. Het betreft een ingewikkelde uitvoering waar veel ketenpartners bij betrokken zijn en waarbij een centrale ketenaansturing noodzakelijk is. De anticumulatieregeling maakt de uitvoering extra complex. Het is dan ook niet gewenst de uitvoering van de eigen bijdragen weer decentraal door diverse partijen, in casu de AWBZ-uitvoerders, te laten uitvoeren.

Voorts is van belang dat het niet wenselijk wordt geacht dat zorgverzekeraars beschikken over de inkomensgegevens van hun verzekerden. In aansluiting hierop is besloten ook de huidige uitvoering van de eigen bijdragen bij het pgb centraal door het CAK te laten uitvoeren. Op dit moment stellen zorgkantoren deze eigen bijdragen vast.

Bijkomend voordeel is dat de burger zo voor de eigen bijdrage maar met één instantie wordt geconfronteerd en dat de anticumulatieregeling sneller is uit te voeren.

Tevens wordt overgegaan op bruto uitkeren en bruto verantwoorden van het pgb om te voorkomen dat zorgverzekeraars via de verantwoording alsnog inzage krijgen in de inkomensgegevens van hun verzekerden.

Voor het pgb Wmo voert het CAK de eigen bijdragen al uit. De meeste gemeenten keren dit pgb al bruto uit en hanteren daarbij bruto verantwoording.

Momenteel verricht het CAK in de AWBZ betalingen aan zorgaanbieders namens de zorgkantoren. Bezien zal worden of de betaalfunctie van het CAK kan verdwijnen.

Wettelijke formalisering afschaffing contracteerplicht

In een situatie waarbij van een AWBZ-uitvoerder wordt verwacht dat hij zijn verantwoordelijkheid neemt voor een zo goed mogelijke zorgverlening aan zijn verzekerden moet hem ook de gelegenheid worden geboden af te zien van het aangaan van een contractuele relatie met zorgaanbieders die in onvoldoende mate de belangen van de cliënt dienen.

Materieel is de afschaffing van de contracteerverplichting reeds gerealiseerd doordat per 1 januari



2012 alle vormen van AWBZ-zorg bij AMvB zijn uitgezonderd van de wettelijke contracteerverplichting. Met dit wetsvoorstel wordt voorzien in de wettelijke formalisering van de afschaffing van de contracteerverplichting, zowel voor AWBZ-uitvoerders als voor zorgaanbieders. Omdat de afschaffing van de wettelijke contracteerplicht geen materiële betekenis heeft, is een overgangsregeling niet nodig. De huidige bepalingen over aanspraak op gecontracteerde zorg en eventuele vergoeding daarvan blijven ongewijzigd.

Uitgangspunt van de AWBZ blijft dat een verzekerde die aangewezen raakt op AWBZ-zorg recht heeft op door zijn AWBZ-uitvoerder gecontracteerde zorg. Een belangrijk aspect daarbij is het gevolg voor de cliënt van wijzigingen die optreden in de contractuele relatie tussen de uitvoerder van de AWBZ en de zorgaanbieder van wiens diensten de cliënt gebruik maakt. Uitgangspunt is dat een cliënt die al zorg afneemt er geen nadelige gevolgen van mag ondervinden wanneer de contractuele relatie tussen zijn zorgaanbieder en zijn AWBZ-uitvoerder eindigt. Een zodanige ontwikkeling kan namelijk niet door de cliënt worden beïnvloed. Om die reden dient de cliënt, indien hij dat wenst, dan de zorg bij de betreffende zorgaanbieder te kunnen blijven genieten. Daarom heeft de verzekerde na inwerkingtreding van dit wetsvoorstel, net zoals hij dat nu heeft (op grond van art. 15, vierde lid AWBZ), aanspraak op ononderbroken voortzetting van zorg bij dezelfde aanbieder, wanneer die zorg is aangevangen voor de datum waarop de overeenkomst van de uitvoerder met de zorgaanbieder is beëindigd, zolang als die zorg noodzakelijk is.

Een andere situatie geldt wanneer de cliënt er zelf voor kiest om over te stappen naar een andere AWBZ-uitvoerder die geen contractuele relatie heeft met de zorgaanbieder bij wie de cliënt zorg geniet. In dat geval kan van de nieuwe AWBZ-uitvoerder van de cliënt niet worden verlangd dat hij toch een contractuele relatie met de betreffende zorgaanbieder aangaat. Evenmin komt in deze situatie aan de orde dat de kosten van de zorg door de nieuwe uitvoerder dienen te worden gerestitueerd. Die mogelijkheid zou namelijk er in doorschieten dat er feitelijk geen belang meer is bij het contracteren van zorg. De aan de uitvoerders toegedichte rol van belangenbehartiging van de verzekerde cliënten door het effectueren van een werkend kwaliteitsbeleid, zou hiermee illusoir worden omdat uiteindelijk dan iedere zorgaanbieder, ongeacht zijn kwaliteit of prijs, zijn kosten volledig ten laste van de AWBZ zou kunnen brengen.

6. Toezicht

6.1 De Minister

De ministeriële verantwoordelijkheid omvat zowel de algemene verantwoordelijkheid van de Minister voor de wettelijke sociale ziektekostenverzekeringen in het algemeen (systeemverantwoordelijkheid) als de specifieke aan de Minister toegekende (directe) verantwoordelijkheid zoals die expliciet voortvloeit uit wet- en regelgeving.

Om hieraan invulling te geven vergewist de Minister zich er in de eerste plaats van dat het systeem goed werkt en de resultaten oplevert die beoogd zijn. De NZa rapporteert daartoe op grond van de Wmg eenmaal per jaar aan de Minister inzake de recht- en doelmatige uitvoering van de AWBZ. Mede op grond van deze informatie kan de Minister zich een oordeel vormen over de werking van de AWBZ en daarover verantwoording afleggen aan de Staten-Generaal.

Voorts is de AWBZ-uitvoerder zelf verantwoordelijk voor de uitvoering van haar wettelijke taken en kan daarop door de Algemene Rekenkamer worden aangesproken. Daarnaast kan de Minister tot op zekere hoogte verantwoordelijk worden gesteld voor de uitvoering van hun wettelijke taak door de uitvoerders. Om aan deze verantwoordelijkheid inhoud te kunnen geven, treedt de NZa – aangewezen in de Wmg – als toezichthouder op en kunnen bij structurele tekortkomingen bij algemene maatregel van bestuur dwingende regels worden gesteld op grond van (het al bestaande) artikel 77 van de AWBZ.

6.2 De NZa

In de huidige situatie wordt het toezicht op de uitvoering van de AWBZ uitgevoerd door de NZa. De taak van de NZa is vastgelegd in de Wmg. De NZa houdt toezicht op de rechtmatige en doelmatige uitvoering van de AWBZ door de zorgverzekeraars, zorgkantoren en het CAK. Aangezien het publiekrechtelijke karakter van de AWBZ niet wijzigt doordat de uitvoering over gaat van de zorgkantoren naar een andere door de zorgverzekeraar voor de uitvoering van de AWBZ voor zijn eigen Zvw-verzekerden in het leven geroepen rechtspersoon, blijft het toezicht ongewijzigd opgedragen aan de NZa. De inhoud van de toezichtstaak blijft tevens ongewijzigd betrekking hebben op rechtmatige en doelmatige uitvoering van de AWBZ.

In het kader van het toezicht op de uitvoering van de AWBZ vervult DNB tot op heden geen rol. Hierin wordt met het voorliggende wetsvoorstel geen wijziging gebracht, omdat de AWBZ niet wordt omgevormd van een publiekrechtelijke sociale verzekering tot een privaatrechtelijke sociale verzekering, zoals destijds het geval was bij de overgang naar de Zvw. De AWBZ blijft een publiekrechtelijke



sociale verzekering met zoals hierboven uiteengezet toezicht door de NZa. Dat neemt niet weg dat DNB wel degelijk betrokken is bij de koppeling van de uitvoering van de AWBZ aan de uitvoering van de Zvw, omdat DNB erop moet toezien dat de uitvoering van de AWBZ geen ongewenste consequenties heeft voor de wel onder zijn toezicht vallende zorgverzekeraars.

7. Adviezen

Naast het eerder vermelde advies van de SER zijn in het kader van de voorbereiding van dit wetsvoorstel tevens adviezen uitgebracht door:

7.1 CBP

Aan het College Bescherming Persoonsgegevens (CBP) is op 21 april 2011 advies gevraagd over het wetsvoorstel. Het CBP heeft echter geen advies uitgebracht over het wetsvoorstel.

7.2 Raad voor de rechtspraak

Omdat de Raad voor de Rechtspraak op grond van artikel 95 van de Wet op de rechterlijke organisatie een wettelijke adviestaak heeft met betrekking tot, onder andere, nieuwe wetsvoorstellen die gevolgen hebben voor de rechtspraak is de Raad over dit wetsvoorstel advies gevraagd. Bij brief van 30 juni 2011 heeft de Raad advies uitgebracht. De Raad vraagt aandacht voor het feit dat voor de uitvoering van taken als bestuursorgaan andere voorwaarden gelden dan welke gelden voor de uitvoering van taken als (private) zorgverzekeraar. Zolang geen sprake is van risicodragende uitvoering verwacht de Raad geen noemenswaardige effecten op de werklust van de gerechten.

7.3 NZa

De NZa heeft bij brief van 25 mei 2011 haar zienswijze gegeven op het wetsvoorstel. De belangrijkste onderdelen daarvan worden hieronder kort weergegeven.

De NZa gaat ook in op enkele zaken die ten tijde van het schrijven van de brief nog onderwerp waren van gesprek. Dit betreft met name het overgangsmodel, het collectief onderhandelen door zorgverzekeraars volgens het representatiemodel en de mogelijkheden voor beheersing. De opmerkingen van de NZa hierover zijn meegenomen in de nadere besluitvorming over de financiële aspecten van het wetsvoorstel.

De NZa heeft ook aandacht gevraagd voor het financiële belang van de AWBZ-uitvoerder in het geval van beklemming van de AWBZ-reserves. De regering merkt hierbij op dat de AWBZ, in tegenstelling tot de Zvw, een publiekrechtelijke verzekering is, hetgeen een beklemming van de reserves rechtvaardigt. De AWBZ-uitvoerder kan de reserves gebruiken om de AWBZ optimaal uit te voeren voor zijn verzekerden. Dat straalt ook af op zijn Zvw-bedrijf.

Met betrekking tot de opmerking van de NZa over eventuele vergoeding van kosten in het geval een verzekerde zich wendt tot een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, zij opgemerkt dat de huidige bepalingen daarover niet worden gewijzigd. Dit is nader beschreven in Hoofdstuk 5.

Ten slotte adviseert de NZa om de afhandeling van het jaar 2012 en eerdere jaren goed per wet te regelen en dit punt ook mee te nemen in de verlenging van de concessie voor 2012. Ook de regering hecht aan zorgvuldige afhandeling van de jaren 2012 en eerder. Daartoe zal in een afzonderlijk wetsvoorstel worden voorzien in overgangsrecht, alsmede in noodzakelijke invoerings- en aanpassingswetgeving.

7.4 CVZ

Het CVZ heeft bij brief van 27 mei 2011 haar opmerkingen bij het wetsvoorstel kenbaar gemaakt. Het CVZ wijst op het belang van monitoring van de effecten van de wetswijziging. Uiteraard acht de regering een dergelijke monitoring ook van belang.

De opmerkingen van het CVZ met betrekking tot financiële beheersing zijn meegenomen in de nadere besluitvorming over de financiële aspecten van het wetsvoorstel.

Het CVZ onderschrijft tevens, met enige kanttekeningen, de voornemens om het CAK te belasten met de vaststelling en de inning van de eigen bijdrage voor het pgb.

Ten slotte noemt het CVZ een aantal aandachtspunten voor een goede en tijdige uitvoering van de wet. Met betrekking daartoe merkt de regering op dat zij er van uitgaat dat betrokken partijen alles in het werk stellen om een goede en tijdige uitvoering van de wet te bewerkstelligen.

7.5 ZN

Bij brief van 26 mei 2011 heeft ZN aangegeven het voornemen van het kabinet te ondersteunen om de



uitvoering van de AWBZ per 2013 door zorgverzekeraars voor eigen verzekerden te laten uitvoeren. In grote lijnen onderschrijft ZN dan ook het wetsvoorstel. Voorts heeft ZN een aantal voor de zorgverzekeraars belangrijke punten en suggesties ten aanzien van het wetsvoorstel benoemd.

Voorts heeft ZN aangegeven dat de voorkeur van de zorgverzekeraars uitgaat naar een rechtstreekse betalingsrelatie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders, zo mogelijk al per 2013.

7.6 CAK

Het CAK heeft bij brief van 12 mei 2011 voornamelijk aandacht gevraagd voor het perspectief van de uitvoering van het wetsvoorstel.

De uitvoeringsaspecten van het wetsvoorstel zijn van groot belang en daaraan zal in het kader van het invoeringstraject nader aandacht worden besteed.

Voorts heeft het CAK geadviseerd de bancaire functie van het CAK zeer geleidelijk over te hevelen van het CAK naar de AWBZ-uitvoerders.

7.7 CIZ

Het CIZ heeft zich in haar reactie van 4 mei 2011 beperkt tot die onderdelen van het wetsvoorstel die direct of indirect betrekking hebben op indicatiestelling in zijn algemeenheid en de positie van het CIZ in het bijzonder.

7.8 DNB

Bij brief van 29 juni 2011 heeft DNB haar zienswijze gegeven op de uitvoering van de AWBZ door zorgverzekeraars. DNB heeft aangegeven dat DNB de doelstelling van het kabinet om de AWBZ ook op langere termijn betaalbaar te houden, gaarne onderschrijft. Dit neemt niet weg dat DNB bezwaren ziet bij bepaalde aspecten van het wetsvoorstel. Deze bezwaren richten zich in het bijzonder op het financiële toezichtkader waaraan het kabinet de uitvoerders van de AWBZ wil onderwerpen. Naar de mening van DNB is het wetsvoorstel in strijd met de relevante Europese richtlijnen.

In tegenstelling tot de regering is DNB van mening dat de Schaderichtlijnen van toepassing zijn in het geval van de voorstelde uitvoering van de AWBZ. Zoals aangegeven is de toepasselijkheid van de Schaderichtlijnen relevant voor het toezicht, de rechtsbescherming en de omvang van de aan te houden reserves.

DNB stoelt zijn redenering dat de Schaderichtlijnen van toepassing zijn op de zaak België vs. EU Commissie¹⁰. In die zaak kwam de vraag aan de orde of de Belgische private arbeidsongevallenverzekering wel of niet onder de Schaderichtlijnen valt. België achtte de Schaderichtlijnen niet van toepassing op de *private* verzekering arbeidsongevallenverzekering die net als onze Zvw als sociale verzekering meedraait in de Europese socialezekerheidsverordening omdat de Schaderichtlijnen een uitzondering maken voor verzekeringen die behoren tot het sociale verzekeringsdomein. Het Hof van Justitie doorbrak de uitzondering in de Schaderichtlijnen door vast te stellen dat de Belgische arbeidsongevallenverzekering weliswaar behoort tot het sociale verzekeringsdomein waarop de Europese socialezekerheidsverordening van toepassing is, maar tevens een private verzekering is waarop de Schaderichtlijnen van toepassing zijn. Daarbij woog het Hof mee dat het bij de uitvoerders van de Belgische arbeidsongevallenverzekering ging om verzekeringsondernemingen die zich bezig hielden met een tot de dienstensector behorende economische activiteit die volgens EU-recht kan worden geharmoniseerd.

De regering sluit zich niet aan bij de zienswijze van DNB met betrekking tot de Schaderichtlijnen, omdat de regering de uitgangspunten van het advies niet deelt. Ten eerste is er in het geval van de voorgestelde uitvoering van de AWBZ in de optiek van de regering geen sprake van verzekeren. Er is namelijk geen verzekeringsovereenkomst. De verzekering vloeit voort uit de wet. DNB is van mening dat de verzekering van rechtswege gelijk gesteld moet worden met de verzekeringsplicht van de Zvw. Echter, een inschrijving voor een verzekering van rechtswege is geen verzekeringsovereenkomst, maar een administratieve voorwaarde die vervuld moet worden om in aanmerking te komen voor verstrekkingen (niet om verzekerd te raken), zoals in het verleden duidelijk was aangegeven in de toelichting op de Ziekenfondswet. Het Hof van Justitie heeft deze opvatting bevestigd in de recente uitspraak in de zaak Van Delft¹¹. De redenering van DNB gaat daarmee in de visie van de regering mank. Voorts is er geen sprake van een verzekeringsonderneming. De uitvoerder van de AWBZ is wel een

¹⁰ HvJ EG 18 mei 2000, zaak C-206/98, Commissie/België.

¹¹ HvJ EG 14 oktober 2010, zaak C-345/09, Van Delft e.a.



onderneming in algemene zin. Hij werkt immers voor eigen rekening en risico. Hij draagt echter niet een verzekeringsrisico (dat ligt bij de verzekerende Staat), maar, ook in een eventuele risicodragende setting, een uitvoeringsrisico (zijn gebouw kan afbranden, door inefficiency kan hij tekortkomen aan het ter beschikking gestelde geld; zijn ict kan vastlopen etc.) Ten slotte is er geen activiteit die behoort tot de dienstensector die volgens EU-recht kan worden geharmoniseerd. De AWBZ heeft in beginsel betrekking op onverzekerbare risico's. Zoals DNB in zijn advies aangeeft mogen die geen deel uitmaken van een private verzekeringsovereenkomst. Juist om die reden is ooit de AWBZ geïntroduceerd. In beginsel gaat het om een sociale dekking waarvoor geen markt bestaat. De overheid staat dan voor de keuze dat zo te laten ofwel het risico onder te brengen onder te brengen in een overheidsvoorziening ofwel er een publiekrechtelijke verzekering van rechtswege van te maken. Die laatste keuze hebben Nederland, Duitsland en Oostenrijk gemaakt. Er is geen EU- of EER-staat waar het AWBZ risico is ondergebracht bij de private verzekeringssector. Daarom betreft het hier een aangelegenheid zonder grensoverschrijdend markt karakter. Als gevolg daarvan valt de verzekering van AWBZ-zorg niet onder de EU-mededingingsregels, waar de EU schaderichtlijnen toe behoren. Vanwege het ontbreken van grensoverschrijdende aspecten zijn de Europese Commissie en het Europese Hof naar de mening van de regering niet bevoegd. Wellicht ten overvloede zij nog wel vermeld dat de AWBZ-uitvoerder op andere vlakken wel onderworpen is aan de Europese regels inzake de mededinging, bijvoorbeeld in geval van de aanschaf van kantoormeubilair.

8. Bedrijfseffecten en administratieve lasten¹²

In het kader van dit wetsvoorstel is een inventarisatie gemaakt van de gevolgen van het wetsvoorstel voor de administratieve lasten van bedrijven werkzaam binnen de AWBZ.

In algemene zin moet opgemerkt worden dat het wetsvoorstel een vereenvoudiging van de administratieve processen van zorgverzekeraars en zorgaanbieders tot doel heeft. Zorgverzekeraars hebben zelf aangegeven naast de Zvw voor hun eigen verzekerden tevens de AWBZ te willen uitvoeren, en hiermee integraal verantwoordelijk te willen zijn voor de uitvoering van het totaal van de Nederlandse sociale zorgverzekering. Zij ondersteunen dan ook het wetsvoorstel. In de wettelijke taak van de zorgverzekeraars brengt het wetsvoorstel in principe geen wijziging. Dat betekent dat de administratieve lasten voor zorgverzekeraars niet wijzigen als gevolg van dit wetsvoorstel.

Voor AWBZ-zorgaanbieders is de verwachting dat de administratieve lasten gelijk blijven. Dit wetsvoorstel regelt namelijk slechts de verschuiving van de administratieve handelingen van zorgkantoren naar verzekeraars, en niet de inhoud. Daar waar extra handelingen als noodzakelijk worden gezien, zullen deze uiteraard in beeld worden gebracht. Uitgangspunt is echter dat dat niet gebeurt. Het wetsvoorstel zal hoe dan ook een positief effect op de ervaren administratieve lasten hebben, omdat veel instellingen zowel AWBZ- als Zvw zorg leveren en daarom met twee loketten te maken hebben. In die nieuwe situatie is dat maar één loket. Daarnaast is het voornemen voor de verwerking van declaraties voor de kosten van AWBZ-zorg gebruik te maken van een clearinghouse-constructie, zodat zorgaanbieders slechts te maken hebben met één declaratieadres.

Zoals aangegeven in hoofdstuk 1 en 3.2 wordt met dit wetsvoorstel de regionale structurering van de AWBZ-zorg verlaten. In de plaats komt een landelijke structuur waarbij zorgverzekeraars de AWBZ voor eigen verzekerden gaan uitvoeren. Het regionale monopolie van de zorgkantoren verdwijnt hiermee.

Binnen de huidige marktstructuur bewegen de marktpartijen zich als volgt. Er is zoals gemeld sprake van één zorgkantoor per regio, dat voor alle verzekerden van alle verzekeraars de zorg inkoop. Hiermee is feitelijk sprake van een wettelijk gelegitimeerd monopolie. Prikkel gericht op beter functioneren hebben geen financiële oorsprong maar worden ingegeven door het toezicht dat wordt uitgeoefend door de NZa. Overigens laten rapportages over de uitvoering van de AWBZ door zorgkantoren wel een gestage verbetering zien in die uitvoering. Aan de vraagzijde is geen sprake van keuzevrijheid. Voor de verzekerden in een regio is dus sprake van gedwongen winkelnering bij het zorgkantoor van de woonplaats. Is de cliënt ontevreden over de service van het betreffende zorgkantoor, dan is er geen mogelijkheid om van zorgkantoor te veranderen: er kan niet gestemd worden 'de voeten'.

Het wetsvoorstel beoogt door een wijziging van de marktstructuur het gedrag van marktpartijen positief te beïnvloeden en doet dat onder andere door de introductie van prikkels in de relatie tussen

¹² Het kabinet hanteert de volgende definitie voor de kosten van regeldruk: 'regeldrukkosten zijn de kosten die het bedrijfsleven en burgers moeten maken om aan wettelijke verplichtingen aan overheden en derden te voldoen. Het betreft informatieverplichtingen (inclusief lasten van toezicht) en inhoudelijke nalevingskosten'.



zorgverzekeraar en cliënt. De koppeling van de uitvoering van de Zvw aan de AWBZ levert naar verwachting een voldoende sterke prikkel op om ook de AWBZ uit te voeren op een wijze die overeenkomt met de wensen die hun verzekerden hebben. Omdat immers de uitvoering van de Zvw en die van de AWBZ aan elkaar gekoppeld zijn, betekent een verzekerde die zijn zorgverzekeraar verruilt voor een andere zorgverzekeraar tegelijk ook een Zvw-verzekerde minder voor die zorgverzekeraar. Hierbij speelt ook het reputatie-effect een rol: zorgverzekeraars verbinden hun imago aan de AWBZ en voelen daardoor druk om te presteren, ook al omdat zij hierop direct kunnen worden aangesproken door verzekerden.

Overigens is de beoogde gedragsverandering in termen van verzekerdenmobiliteit moeilijk vooraf te voorspellen; met het wetsvoorstel UAZ wordt echter ontegenzeggelijk een extra keuzemogelijkheid en daarmee overstap-incentive geïntroduceerd die in het huidige stelsel ontbreekt; ontevredenheid over de uitvoering van de AWBZ door de zorgverzekeraar kan een zelfstandig dan wel extra argument vormen voor een cliënt om over te stappen naar een andere zorgverzekeraar. Uit de gegevens over overstapedrag in de Zvw-markt valt overigens af te leiden dat de overstappers in deze markt zich vooral bevinden in de leeftijdsklassen die weinig gebruik maken van AWBZ-zorg en dat overstap binnen de AWBZ-leeftijdsgroep (65+) achterblijft. Een introductie van keuzevrijheid voor hun AWBZ-zorg zou dus een positieve impuls kunnen betekenen voor de mobiliteit van deze groep op de Zvw-markt. Mocht de mobiliteit van AWBZ-gebruikers, ondanks de geïntroduceerde keuzevrijheid, laag blijven, dan zal dat, vanwege de huidige geringe bijdrage aan het overstapedrag op de Zvw-markt, weinig tot geen effect hebben op de mobiliteit in de Zvw-markt.

Zoals beschreven in hoofdstuk 3.2 wordt er in het kader van dit wetsvoorstel van uitgegaan dat verzekeraars de AWBZ ook zullen uitvoeren. Het wetsvoorstel biedt de mogelijkheid om, in het geval dit toch nodig mocht zijn, verzekeraars te verplichten de AWBZ uit te voeren. AWBZ-zorggebruikers zouden zonder nadere maatregelen ook kwetsbaar kunnen zijn doordat hun doorgaans hoge kosten zorgverzekeraars ertoe zouden kunnen brengen wegen te zoeken om te ontkomen aan hun verplichting om mensen te accepteren voor de Zvw en in te schrijven voor de AWBZ. Ter voorkoming van dit effect is een risicovereveningssysteem opgenomen in de Zvw en zal in de AWBZ een stabiel en correct werkend verdeelmodel worden ontwikkeld.

Op de markt voor zorgaanbieders wordt eveneens een gedragsverandering beoogd. Zorgverzekeraars hoeven doordat de contracteerplicht reeds is afgeschaft, geen zaken meer te doen met zorgaanbieders die naar hun inzicht kwalitatief achterblijven maar hebben de vrijheid om bij de zorginkoop kwaliteitseisen te stellen aan zorgaanbieders. De kwaliteit van de zorginkoop zal als gevolg van dit wetsvoorstel kunnen toenemen doordat zorgverzekeraars, anders dan zorgkantoren nu, zich bij het inkopen van zorg zich ook zullen kunnen richten op het leggen van dwarsverbanden met andere vormen van zorg.

De toegankelijkheid van de zorg wordt daarbij gediend met het tot stand brengen van één loket voor Zvw en AWBZ-zorg; de zorgverzekeraar wordt voor de cliënt hét aanspreekpunt voor vragen over de zorg. De betere samenhang tussen cure en care die zo gerealiseerd kan worden komt ook ten goede aan de toegankelijkheid van zorg, zeker voor mensen die zorg uit beide compartimenten gebruiken zoals kwetsbare ouderen en chronisch zieken. De gecombineerde inkoop van AWBZ- en Zvw-zorg draagt ook bij aan een betere aansluiting van zorginkoop op zorgvraag en daarmee aan de realisatie van het met de zorgverlening te dienen doel.

Wat betreft te verwachten sociaaleconomische effecten van het onderhavige wetsvoorstel kan het volgende opgemerkt worden: het wetsvoorstel heeft alleen betrekking op een wijziging in de structuur van de markt en niet op de hoeveelheid zorg die geleverd moet worden. Verwacht mag daarom worden dat de werkgelegenheid van de zorgkantoren terugvloeit naar de zorgverzekeraars op het moment dat die de AWBZ voor eigen verzekerden gaan uitvoeren.

Administratieve lasten voor burgers

Ook de burgers ervaren een vermindering van regeldruk door het terugbrengen van de zorg naar één loket.

De grondslag van deze ervaren regeldruk zit met name in informatievoorziening en (her)gebruik van gegevens op basis van indicatiestelling. Omdat deze verbetering bij die trajecten al in beeld worden gebracht, wordt dat hier kwantitatief buiten beschouwing gelaten

9. Voorlichting

Voorafgaand aan de inwerkingtreding van dit wetsvoorstel zal voorlichting in gang worden gezet waarbij zorgverzekeraars en vertegenwoordigende organisaties van patiënten en consumenten nauw zullen worden betrokken.



10. Evaluatie

Naast de in Hoofdstuk 4.2 beschreven evaluatie van de kwaliteit van het verdeelmodel, zullen de algehele effecten van het wetsvoorstel na een periode van drie jaar worden geëvalueerd. Daarbij zal in het bijzonder aandacht worden besteed aan de vraag of in voldoende mate is gekomen tot een meer klantgerichte en kwalitatief betere uitvoering van de AWBZ.

11. Inwerkingtreding en overgangssituatie

De regering streeft ernaar het voorliggende wetsvoorstel in werking te doen treden per 1 januari 2013. Op dat tijdstip loopt namelijk de aanwijzing van de bestaande verbindingkantoren af.

Voorafgaand aan de inwerkingtreding van dit wetsvoorstel zullen AWBZ-verzekerden er door middel van het voorlichtingstraject van op de hoogte worden gebracht dat zij per 1 januari 2013 een keuze kunnen maken voor een zorgverzekeraar die voor hen zowel de AWBZ als de Zvw uitvoert. Het is niet nodig om maatregelen te nemen voor het geval een verzekerde geen expliciete keuze maakt. De op 31 december 2012 bestaande zorgverzekering loopt in dat geval door en daarmee wordt de verzekerde aangemeld als AWBZ-verzekerde bij de AWBZ-uitvoerder van de betreffende zorgverzekeraar.

Ten slotte zal in een afzonderlijk wetsvoorstel worden voorzien in overgangsrecht, alsmede in noodzakelijke invoerings- en aanpassingswetgeving.

Artikelsgewijs

Ten tijde van de indiening van dit wetsvoorstel is het bij koninklijke boodschap van 29 september 2009 ingediende voorstel van wet tot wijziging van de AWBZ en de Wet toelating zorginstellingen in verband met het regelen van de voorwaarden voor aanspraken op langdurige zorg buiten Nederland en de financiering van deze aanspraken (AWBZ-zorg buitenland, Kamerstukken II, 2009/10, 32 154) reeds in behandeling bij de Staten-Generaal. Bij de opstelling van het onderhavige wetsvoorstel is ervan uitgegaan dat het eerstgenoemde wetsvoorstel tot wet zal zijn verheven en in werking zal zijn getreden voordat de behandeling van dit wetsvoorstel in de Staten-Generaal zal zijn afgerond. Bij de opstelling van het wetsvoorstel is er voorts van uitgegaan dat het inmiddels door de Tweede Kamer aanvaarde voorstel tot wijziging van de AWBZ en enkele andere wetten, in verband met de instelling van het zelfstandig bestuursorgaan CAK (Kamerstukken II, 2010/11, 32 543) tot wet zal zijn verheven en in werking zal zijn getreden voordat de behandeling van dit wetsvoorstel in de Staten-Generaal zal zijn afgerond.

Dit wetsvoorstel wijzigt derhalve de AWBZ, zoals die komt te luiden nadat de genoemde wetsvoorstellen kracht van wet zullen hebben verkregen. Mocht tijdens de behandeling van dit wetsvoorstel in de Tweede Kamer blijken dat de parlementaire behandeling van het wetsvoorstel AWBZ-zorg buitenland of het wetsvoorstel CAK nog niet is afgerond, dan zullen bij nota van wijziging nadere wettelijke bepalingen worden ingevoegd die voorzien in samenloop met dit wetsvoorstel.

In het met dit wetsvoorstel samenhangende overgangsrecht, alsmede de noodzakelijke invoerings- en aanpassingswetgeving zal worden voorzien in een afzonderlijk wetsvoorstel.

Artikel I

Artikel I, onderdeel A

In dit wetsvoorstel wordt geregeld dat de AWBZ wordt uitgevoerd door een rechtspersoon die geen zorgverzekeraar is, en die behoort tot een groep van rechtspersonen, waarvan ook een zorgverzekeraar deel uitmaakt. Deze rechtspersoon wordt AWBZ-uitvoerder genoemd. In verband daarmee is het noodzakelijk de zorgverzekeraar en de AWBZ-uitvoerder nauwkeurig van elkaar te onderscheiden. Daarvoor wordt een wijziging van de definitiebepaling voorgesteld. De AWBZ-uitvoerder moet rechtspersoonlijkheid bezitten om rechtsbetrekkingen te kunnen aangaan met zorgaanbieders en verzekeren en ook overigens voor de bedrijfsvoering rechtshandelingen te kunnen verrichten. In onderdeel cc is geen beperking aangebracht in de in aanmerking komende vormen van rechtspersoonlijkheid, al zal bijvoorbeeld de onderlinge waarborgmaatschappij, als verschijningsvorm van de vereniging, niet in aanmerking komen. De onderlinge waarborgmaatschappij moet namelijk ingevolge artikel 2:53 BW ten doel hebben verzekeringsovereenkomsten af te sluiten met haar leden, en daarvan is bij de verzekering van rechtswege bij de AWBZ geen sprake.

Artikel I, onderdelen B, R, S, T, U en V

Op dit moment wordt de AWBZ nog uitgevoerd door zorgkantoren. Deze zorgkantoren nemen –



daartoe gemachtigd door zorgverzekeraars – voor alle verzekerden in de eigen regio de uitvoering van de AWBZ ter hand. Verzekeraars hebben het voornemen de AWBZ voortaan alleen voor hun eigen verzekerden uit te voeren. De regering vindt dit een belangrijke stap voor een betere uitvoering van de AWBZ.

Aan de in de praktijk gegroeide rol van de zorgkantoren komt dan ook een einde. De hierboven genoemde onderdelen stellen in veel AWBZ-bepalingen waarin de 'zorgverzekeraar' of een 'rechtspersoon als bedoeld in artikel 40 van de AWBZ' (het verbindingskantoor/zorgkantoor) figureert, daarvoor de AWBZ-uitvoerder in de plaats.

Hieraan zij toegevoegd dat in de transitiefase de zorginkoop nog geschiedt door door de Minister aangewezen AWBZ-uitvoerders die de overige AWBZ-uitvoerders in de regio vertegenwoordigen (zie verder het algemeen deel van de memorie van toelichting en het voorgestelde artikel 15a).

Artikel I, onderdeel C

In dit onderdeel worden de AWBZ-uitvoerders uitgezonderd van de werkingssfeer van de Kaderwet zelfstandige bestuursorganen. De AWBZ-uitvoerder heeft de hoedanigheid van een (privaatrechtelijk) zelfstandig bestuursorgaan, net als de zorgkantoren, die de huidige AWBZ uitvoeren. De Kaderwet is bij inwerkingtreding niet van toepassing geworden op de bestaande zorgkantoren.

De zorgkantoren, die namens de zorgverzekeraars de AWBZ uitvoeren, en – in de nieuwe constellatie – de AWBZ-uitvoerders, kenmerken zich door hun privaatrechtelijke rechtsvorm en zijn in een groep gelieerd aan zorgverzekeraars in de zin van de Zvw. In zoverre nemen de AWBZ-uitvoerders als zelfstandig bestuursorgaan een bijzondere positie in.

De NZa als toezichthouder vervult op grond van de Wmg een zeer belangrijke rol bij het toezicht op zorgverzekeraars en AWBZ-uitvoerders.

Zonder nadere regeling zou op de AWBZ-uitvoerder het bepaalde in Hoofdstuk 4, Afdeling 3, van de Kaderwet zelfstandige bestuursorganen van toepassing zijn geworden. Artikel 37 van de Kaderwet bepaalt dat de artikelen 26 tot en met 35 van toepassing zijn indien een zelfstandig bestuursorgaan uitsluitend de opgedragen wettelijke taken en daaruit onmiddellijk voortvloeiende werkzaamheden uitvoert.

De genoemde artikelen hebben betrekking op de rol van de Minister bij begroting, het beheer en verantwoording, en regelen aangelegenheden als het goedkeuren en vaststellen van de begroting van het zelfstandig bestuursorgaan, de opstelling van het jaarverslag enz. Deze onderwerpen vinden echter al sinds jaar en dag een gelijkwaardig equivalent in regels die zijn gesteld bij of krachtens de AWBZ, de Wmg, de Wet financiering sociale verzekeringen en het daarop gebaseerde Besluit Wfsv en die worden uitgevoerd door de NZa en het CVZ. Deze sectorspecifieke regels houden optimaal rekening met de positie die zorgverzekeraars of zorgkantoren (in de huidige wet) dan wel AWBZ-uitvoerders (ingevolge dit wetsvoorstel) in het zorgstelsel innemen, en met de uitvoering ervan is door zorgkantoren, CVZ en NZa ruime ervaring opgedaan.

Tegen die achtergrond is het ongewenst om de uitvoeringspraktijk en de verantwoordelijkheidstoedeling in dit opzicht te wijzigen, door er het regime van de Kaderwet voor in de plaats te stellen. Het voorgestelde artikel artikel 4a van de AWBZ impliceert dat de bestaande sectorspecifieke wetgeving van toepassing blijft, in plaats van het bepaalde in de artikelen 26 tot en met 35 van de Kaderwet zelfstandige bestuursorganen. Zoals gezegd, in materieel opzicht is de sectorspecifieke wetgeving gelijkwaardig aan het regime van de Kaderwet.

Artikel I, onderdeel D

In dit onderdeel wordt aan artikel 6, derde lid, toegevoegd dat bij algemene maatregel van bestuur regels kunnen worden gesteld over de wijze waarop de AWBZ-uitvoerders de op hen rustende zorgplicht vervullen. Die regels kunnen betrekking hebben op zorgbemiddeling, zorginkoop en het contracteren met aanbieders. Hiermee wordt beoogd dat AWBZ-uitvoerders op dit terrein in het belang van de verzekerden een sterkere rol gaan spelen, als in de Zvw. Voor de toelichting van dit onderdeel wordt verder verwezen het algemeen deel van de memorie van toelichting.

Artikel I, onderdeel E

Het huidige artikel 9 regelt dat Zvw-verzekerden bij (en door) hun zorgverzekeraar worden ingeschreven voor de uitvoering van de AWBZ. Omdat uitvoering ingevolge dit wetsvoorstel dient plaats te vinden door een andere rechtspersoon dan de zorgverzekeraar, moet dit artikel worden aangepast. De strekking van het artikel is ongewijzigd gebleven.

In paragraaf 3.9 van het algemeen deel van de memorie van toelichting is uiteengezet dat het een zorgverzekeraar op grond van de EU-schadeverzekeringsrichtlijnen en de Wet op het financieel toezicht (Wft) niet is toegestaan om nevenactiviteiten uit te oefenen die te grote risico's met zich



brengen voor de uitoefening van de hoofdactiviteit verzekeren. DNB houdt daarop toezicht. Om die reden wordt dwingend voorgeschreven dat deze activiteiten van elkaar moeten worden gescheiden. In het voorgestelde artikel 9, eerste lid, wordt bepaald dat de zorgverzekeraar de (Zvw-)verzekerde ter inschrijving (voor de AWBZ) aanmeldt bij een aparte rechtspersoon (de AWBZ-uitvoerder) die behoort tot dezelfde groep als bedoeld in artikel 24b van Boek 2 BW. De AWBZ-uitvoerder schrijft de verzekerde in. Een groep is in artikel 24b van Boek 2 van het Burgerlijk Wetboek omschreven als een 'economische eenheid waarin rechtspersonen en vennootschappen organisatorisch zijn verbonden'.

Uit het bestaande artikel 35 van de AWBZ vloeide al de verplichting voort om de uitvoering van de AWBZ gescheiden te administreren.

Het is niet uitgesloten dat een zorgverzekeraar ervoor zou kiezen alleen de Zvw uit te voeren, zonder zich op concernniveau te verbinden aan een rechtspersoon die de AWBZ uitvoert. Voor de situatie waarin de zorgverzekeraar niet behoort tot een groep met een AWBZ-uitvoerder (1), voor in het buitenland woonachtige verzekerden (2) als ook voor de situatie waarin een verzekeringsplichtige zich – in strijd met diens verzekeringsplicht – niet bij een zorgverzekeraar heeft ingeschreven (3), bepaalt het tweede lid dat de verzekerde zich zelf inschrijft bij een AWBZ-uitvoerder. De AWBZ-uitvoerder is verplicht hem in te schrijven.

De regering verwacht echter dat steeds sprake zal zijn van een uitvoering van Zvw en AWBZ door tot dezelfde groep behorende rechtspersonen. Mocht dat onverhoopt niet het geval zijn, dan kan bij algemene maatregel van bestuur een verplichting daartoe worden opgelegd indien het algemeen belang dat vergt. Daartoe is voorzien in nieuwe bepalingen in zowel de AWBZ (artikel 33, vierde lid, en artikel 33a) als de Zvw (artikel 25, vierde lid, en artikel 30, tweede lid). Deze wijzigingen worden voorgesteld in artikel I, onderdelen K en L, en artikel IV, en aldaar toegelicht.

Het derde lid verbiedt AWBZ-uitvoerders om een persoon als verzekerde in te schrijven, indien op een andere AWBZ-uitvoerder een inschrijvingsplicht rust. Dit draagt ertoe bij dat verzekerden inderdaad bij één loket terecht kunnen en dat Zvw- en AWBZ-zorg op elkaar worden afgestemd.

Verzekerden moeten derhalve een keuze maken voor uitvoering van Zvw en AWBZ door aan elkaar gelieerde rechtspersonen. Dit wordt toegelicht in paragraaf 3.2 van het algemeen deel van de toelichting.

Artikel I, onderdeel F

Het huidige artikel 9b, eerste lid, bepaalt dat op zorg, aangewezen ingevolge artikel 9a, slechts aanspraak bestaat indien en gedurende de periode waarvoor het indicatieorgaan heeft besloten dat de verzekerde daarop naar aard, inhoud en omvang is aangewezen. Dit artikellid bepaalt echter niet wanneer de verzekerde daarop is aangewezen en stelt derhalve dienaangaande geen norm die het indicatieorgaan vervolgens toepast. Het derde lid van artikel 9b stelt voor andere vormen van zorg wel een norm. Die norm houdt in dat de verzekerde zijn aanspraak op zorg tot gelding kan brengen, voor zover hij, gelet op zijn behoefte en uit een oogpunt van doelmatige zorgverlening, daarop naar aard, inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

Het is wenselijk, zoals eerder is betoogd door J. van der Most in een artikel in het Tijdschrift voor Gezondheidsrecht¹³, dat op wetsniveau voor het geldend maken van de aanspraak dezelfde norm van toepassing is, ongeacht of het gaat om zorg die is aangewezen ingevolge artikel 9a, of niet. Daarom is van de gelegenheid gebruik gemaakt om in artikel 9b, eerste lid, voor alle AWBZ-zorg (of die nu wel of niet is aangewezen ingevolge artikel 9a) dezelfde norm te stellen, die is ontleend aan het huidige artikel 9b, derde lid: de verzekerde heeft aanspraak op zorg als hij gelet op zijn behoefte en uit een oogpunt van doelmatige zorgverlening, daarop naar aard, inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. Dientengevolge kan die norm in het derde lid geschrapt worden, en kan die (in een later stadium bij de aanpassing van de lagere regelgeving) ook geschrapt worden uit artikel 2, derde lid, van het Besluit zorgaanspraken AWBZ.

Het indicatieorgaan beoordeelt, met inachtneming van de overige regels terzake, of de verzekerde aan die norm voldoet. De bedoelde beoordeling door het indicatieorgaan behoudt het karakter van een besluit.

Artikel I, onderdelen G, I, en X

Zoals in het algemeen deel van de toelichting is uiteengezet, is het de taak van AWBZ-uitvoerders om binnen de door de overheid vastgestelde financiële kaders te voorzien in de zorgvraag van hun verzekerden door hen zorg te bieden van goede kwaliteit voor een daarbij aansluitende prijs. Daarbij past niet dat op AWBZ-uitvoerders de verplichting zou blijven rusten om te contracteren met alle

¹³ jaargang 33, nummer 4 (juli 2009)



zorgaanbieders die de wens daartoe te kennen geven. Omgekeerd is het dan ook niet langer aangewezen om zorgaanbieders te verplichten met alle AWBZ-uitvoerders die daarom verzoeken een contract af te sluiten. Om die reden zijn in onderdeel I artikel 16b en artikel 16c geschrapt. Uiteraard laat dit de verplichting van de AWBZ-uitvoerder om op grond van artikel 15 zorg te contracteren, onverlet; de keuze welke zorgaanbieders worden gecontracteerd is echter vrij.

Onderdeel G voorziet in een aanpassing van artikel 10. Een nieuw zevende lid bepaalt dat regels worden gesteld over de informatie die de AWBZ-uitvoerder over de gecontracteerde zorgaanbieders aan de verzekerden verstrekt. Zonder dergelijke informatie kan de verzekerde geen goede afweging maken over de AWBZ-uitvoerder waarbij hij ingeschreven wil zijn. Artikel 15, vierde en vijfde lid, geeft reeds toereikend overgangsrecht (indien de AWBZ-uitvoerder een bestaand contract beëindigt of niet verlengt, heeft de verzekerde aanspraak op voortzetting van reeds aangevangen zorg door die zorgaanbieder).

In onderdeel X wordt artikel 64 geschrapt. Dat artikel voorziet in het invoeren van beslissingen van het CVZ bij afgewezen verzoeken als bedoeld in de artikelen 16b en 16c om te contracteren. Omdat de in die artikelen geregelde contracteerplichten vervallen, kan ook artikel 64 vervallen.

Artikel I, onderdeel H

Het voorgestelde artikel 15a regelt dat de Minister voor bij algemene maatregel van bestuur aan te wijzen zorg voor een bij die maatregel te bepalen duur AWBZ-uitvoerders kan aanwijzen die de overige AWBZ-uitvoerders bij de zorginkoop vertegenwoordigen. Deze bepaling maakt het mogelijk dat het in de transitiefase mogelijk blijft dat op regionaal niveau zorg wordt ingekocht. Dit is nader uiteengezet in het algemeen deel van de memorie van toelichting.

Artikel I, onderdeel J

Deze wijziging vloeit voort uit artikel I, onderdeel A.

Artikel I, onderdelen K en L, Artikel IV

Artikel 33, eerste en tweede lid, zijn aangepast in verband met de uitvoering van de AWBZ door de AWBZ-uitvoerder, in plaats van de zorgverzekeraar.

Het voorgestelde artikel 33, derde lid, en 33a, vierde lid, beogen te regelen dat de rechtspersoon die de AWBZ wil uitvoeren, dat voornemen niet eerder tot uitvoering kan brengen dan nadat door de NZa is vastgesteld dat de rechtspersoon daarop is voorbereid, alsmede dat een eenmaal aangevangen uitvoering van de wet niet kan worden gestaakt zonder dat is voorzien in een adequate afwikkeling. Dienaangaande worden bij algemene maatregel van bestuur regels gesteld.

De voorgestelde artikelen 33, vijfde lid, 33a, tweede lid van de AWBZ (artikel I, onderdelen K en L) en de artikelen 25, vierde lid, en 30, tweede lid, van de Zvw (Artikel IV) geven de mogelijkheid bij algemene maatregel van bestuur te bepalen dat – kort gezegd – een zorgverzekeraar alleen zorgverzekeringen kan aanbieden als hij in een groep zit met een AWBZ-uitvoerder, en – omgekeerd – een AWBZ-uitvoerder alleen de AWBZ kan uitvoeren als die in een groep zit met een zorgverzekeraar. Deze algemene maatregel van bestuur kan en zal alleen worden vastgesteld indien het algemeen belang dat vereist. Met het algemeen belang wordt bedoeld op het algemeen belang in de zin van het Europese recht. Een verplichting van zorgverzekeraars om tot een groep te behoren waarvan ook een AWBZ-uitvoerder deel uitmaakt, beperkt de vrijheid van vestiging en het vrij verkeer van diensten. Een dergelijke beperking is op grond van de Europese schadeverzekeringsrichtlijnen alleen aanvaardbaar, indien het algemeen belang dat vergt en de betreffende voorschriften noodzakelijk en proportioneel zijn.

De regering verwacht niet dat het stellen van dergelijke voorschriften noodzakelijk zal zijn, maar acht het wel aangewezen dat daartoe zo nodig kan worden overgegaan. Hierop is tevens ingegaan in paragraaf 3.2 van deze memorie.

Het voorgestelde zesde en zevende lid van artikel 33 regelen dat beleidsbepalende personen (bestuurders en sleutelfunctionarissen) deskundig en betrouwbaar moeten zijn. De tekst van deze leden, en van het voorgestelde artikel 31a van de Wmg, is in belangrijke mate afgestemd op de artikelen 2:31, 3:8 en 3:9 van de Wet op het financieel toezicht (Wft). DNB houdt toezicht op de naleving van de Wft door zorgverzekeraars. Omdat de Wft niet van toepassing is op AWBZ-uitvoerders, is voorzien in vergelijkbare eisen. Ook onder het regime van de Ziekenfondswet (Zfw), die tot 1 januari 2006 van kracht was, werden eisen gesteld aan de deskundigheid en betrouwbaarheid van de beleidsbepalende personen.

Anders dan in het systeem van de Zfw, waar een ziekenfonds alleen werd toegelaten als de deskundig-



heid en betrouwbaarheid naar het oordeel van het CVZ waren gewaarborgd, en anders dan in het systeem van de Wft, waar het oordeel van DNB over de deskundigheid en betrouwbaarheid van belang is voor de afgifte van een vergunning, kent de AWBZ geen toelatingsbeslissing.

Wel is de rechtspersoon die de AWBZ wil uitvoeren op grond van artikel 33 AWBZ gehouden daarvan een melding te doen aan de NZa. Deze melding kan de AWBZ-uitvoerder alleen doen als hij ervoor heeft zorg gedragen dat de te benoemen personen aan de geldende eisen voldoen. Deze verplichting blijft ook na de melding van toepassing bij nieuwe benoemingen.

De NZa houdt toezicht op de naleving van de AWBZ door AWBZ-uitvoerders. De naleving van artikel 33 maakt daarvan uiteraard onverkort deel uit. Artikel 78 Wmg maakt het mogelijk dat de NZa een aanwijzing geeft aan een AWBZ-uitvoerder die niet voldoet aan het bepaalde bij of krachtens de AWBZ. Bij niet naleving van de aanwijzing beschikt de NZa over verdergaande handhavingsmogelijkheden (artikelen 80 en 84 Wmg), waaronder het opleggen van een last onder dwangsom.

Op grond van het voorgestelde artikel 31a van de Wmg zullen bij algemene maatregel van bestuur regels worden gesteld over de wijze waarop de betrouwbaarheid van de betrokken personen wordt vastgesteld. Het ligt in de bedoeling de in deze algemene maatregel van bestuur op te nemen regels te enten op het bepaalde in Hoofdstuk 2 van het Besluit prudentiële regels Wft. Aldus wordt bereikt dat in dit opzicht voor zorgverzekeraar en AWBZ-uitvoerders dezelfde eisen gelden.

De AWBZ-uitvoerder heeft de hoedanigheid van een (privaatrechtelijk) zelfstandig bestuursorgaan. Artikel 33b bepaalt dat de AWBZ-uitvoerder geen andere taken verricht dan de bij of krachtens de wet opgedragen taken. Het is om reden van transparantie en financiële inzichtelijkheid ongewenst dat binnen de AWBZ-uitvoerder de uitvoering van de wettelijke taak en de daarmee gemoeide geldstromen vermengd worden met bijvoorbeeld de uitvoering van de Zvw of de aanvullende verzekering, die in andere rechtspersonen binnen de groep plaatsvindt.

Artikel I, onderdeel M

AWBZ-uitvoerders en gemeenten dragen zorg voor een goede afstemming van zorg en ondersteuning op grond van de AWBZ en de Wmo en voeren daartoe overleg. In de huidige situatie is daarbij een belangrijke rol weggelegd voor zorgkantoren. In verband met de beoogde uitvoering van de AWBZ door AWBZ-uitvoerders voor eigen verzekerden hebben ZN en de VNG een nieuw model uitgewerkt. Dat model beoogt door de instelling van aanspreekpunten en overlegstructuren te stimuleren dat AWBZ-uitvoerders en gemeenten elkaar ook in de nieuwe situatie weten te vinden ten behoeve van de cliënt. Door middel van het stellen van nadere regels over de wijze van afstemming kan de Minister er zo nodig op sturen dat AWBZ-uitvoerders zich op een effectieve wijze inspannen voor afstemming met gemeenten.

Voor gemeenten bestaat een dergelijke verplichting al. Uit de Wmo vloeit namelijk voort dat de gemeente de regierol heeft op het terrein van wonen, welzijn en zorg. In artikel 5 van de Wmo is bovendien geregeld dat de gemeente in zijn verordening vastlegt op welke wijze de toegang tot het aanvragen van individuele voorzieningen in samenhang met voorzieningen op het gebied van wonen en zorg als bedoeld in de AWBZ, is geregeld.

Artikel I, onderdeel N

Het voorgestelde artikel 35 bepaalt dat de AWBZ-uitvoerder ter zake van de uitvoering van deze wet een administratie voert die gescheiden is van de overige activiteiten die plaatsvinden in de groep als bedoeld in artikel 24b van Boek 2 van het Burgerlijk Wetboek, waartoe de AWBZ-uitvoerder behoort. De reden van deze wijziging is dat het huidige artikel 35 ervan uitgaat dat de uitvoerder van de AWBZ overige activiteiten uitvoert, namelijk de uitvoering van de Zvw. Omdat de uitvoering van Zvw en AWBZ als gevolg van het onderhavige wetsvoorstel in verschillende rechtspersonen dient plaats te vinden, is dit niet langer aan de orde.

Artikel I, onderdeel O

Door invoeging van een nieuw artikel 35a wordt aan de invloed van verzekerden op het beleid op dezelfde wijze invulling gegeven als in artikel 28 van de Zorgverzekeringswet. Overigens zij verwezen naar paragraaf 3.8 van het algemeen deel van de memorie van toelichting.

Artikel I, onderdelen P en W

Aangezien de activiteiten van de AWBZ-uitvoerder niet kunnen worden aangemerkt als verzekeren in de zin van de Europese schadeverzekeringsrichtlijnen, en de AWBZ-uitvoerder geen schadeverzekeraar is, is de Wft niet van toepassing. Daarom is artikel 39 gewijzigd. Het voorgestelde eerste lid van dat artikel komt overeen met de tekst van artikel 49 van de AWBZ, zoals die voor de inwerkingtreding van de Invoerings- en aanpassingswet Zorgverzekeringswet op 1 januari 2006 luidde.



Het toezicht is erop gericht te voorkomen, dat een AWBZ-uitvoerder niet aan zijn verplichtingen kan voldoen. Desalniettemin kan een faillissement van een AWBZ-uitvoerder nooit helemaal worden uitgesloten. Het sociale karakter van de AWBZ komt onder meer hierin naar voren, dat artikel 39 bepaalt dat in dit soort gevallen het CVZ de vorderingen die de verzekerden op de AWBZ-uitvoerder heeft, volledig voldoet. Dit geldt ook voor de vorderingen die zorgaanbieders op de AWBZ-uitvoerder hebben. De reden hiervoor is, dat de AWBZ-uitvoerders hun verzekerden zorg laten leveren door door die AWBZ-uitvoerders gecontracteerde zorgaanbieders en dat die zorgaanbieders hun rekeningen direct aan de AWBZ-uitvoerder zenden. In dat licht bezien is het logisch, dat als de AWBZ-uitvoerder niet meer bij machte is te betalen, de vorderingen van de zorgaanbieders alsnog door het CVZ worden voldaan.

De onderdelen van artikel 57b die de toepasselijkheid van de Wft veronderstellen, zijn gewijzigd. Het betreft het eerste, derde, vierde en vijfde lid.

Artikel I, onderdeel Q

Het huidige artikel 40 vormt de grondslag voor het Administratiebesluit Bijzondere Ziektekostenverzekering, waarin de taken van verbindingskantoren en het CAK zijn omschreven. Omdat AWBZ-uitvoerders de AWBZ zelf gaan uitvoeren voor hun eigen verzekerden komt aan de rol van zorgkantoren een einde. In verband daarmee kan artikel 40 vervallen, behoudens voor zover het betrekking heeft op zorg als bedoeld in artikel 6, vijfde lid, onder verantwoordelijkheid van de Minister van Justitie.

Artikel II

Met het oog op de voorgestelde begripsomschrijvingen van zorgverzekeraar en AWBZ-uitvoerder, die zijn opgenomen in artikel 1, eerste lid, onderdeel c en cc, is ook wijziging noodzakelijk van artikel 1, onderdeel e, subonderdeel 1° van de Wet gebruik burgerservicenummer in de zorg. Deze wijziging wordt gerealiseerd in artikel II.

Artikel III

De Wet marktordening gezondheidszorg verwijst op diverse plaatsen naar rechtspersonen, bedoeld in artikel 40 van de AWBZ. Dat artikel vormt de grondslag voor het Administratiebesluit Bijzondere Ziektekostenverzekering, waarin de zorgkantoren geregeld zijn. Door het vervallen van artikel 40 behoeft de Wmg niet langer rekening te houden met uitvoering door zorgkantoren en het toezicht daarop. De voorgestelde wijzigingen van de Wet marktordening gezondheidszorg hebben dan ook tot doel de verwijzingen naar zorgkantoren te schrappen, en anderzijds het toezicht op het CAK op dezelfde leest te schoeien als het toezicht op zorgverzekeraar.

Artikel III, onderdeel F

Voor een toelichting op het voorgestelde artikel 31a Wmg zij verwezen naar de toelichting bij artikel I, onderdeel K.

Artikel IV

Dit is toegelicht bij artikel I, onderdelen K en L.

Artikel V

Bij de inwerkingtreding zal rekening worden gehouden met de vast verandermomenten (1 januari of 1 juli van een kalenderjaar).

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,