

Vergaderjaar 2009–2010

**30 597**

**Toekomst AWBZ**

**Nr. 155**

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

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 16 augustus 2010

Tijdens het algemeen overleg met de vaste commissie voor VWS op 15 april 2010 heb ik toegezegd een nadere toelichting te geven op de tijd die nodig is om de contractering van AWBZ-thuiszorg in natura met zelfstandig zorgverleners mogelijk te maken. Hieronder geef ik u deze toelichting.

### **Inhoudelijke overwegingen voor de wijziging**

Bij de verlening van de AWBZ-thuiszorg in natura zijn op dit moment naar schatting 10 000 zelfstandige zorgverleners aan de slag. Deze mensen werken als opdrachtnemers van zorgaanbieders (instellingen) die een contract hebben met een zorgkantoor voor het leveren van AWBZ-zorg in natura. In de praktijk blijkt dat de vormgeving van deze overeenkomsten van opdracht tussen zorgaanbieder en zorgverlener dusdanig is dat deze overeenkomsten door Belastingdienst en UWV vaak beoordeeld worden als een loondienstbetrekking. Een en ander is nader toegelicht in bijgaand stuk<sup>1</sup> dat onder andere op de website Rijksoverheid.nl is geplaatst.

Signalen uit het veld geven aan dat indien de relatie tussen zorgaanbieder (instelling) en zorgverleners (personen) als loondienstbetrekking wordt gekwalificeerd, de kans bestaat dat een deel van deze zorgverleners daar niet voor zal kiezen, waardoor zorgverleners voor de thuiszorg verloren kunnen gaan. Dit past niet in mijn streven om voor zoveel mogelijk mensen die in de zorg willen werken, het mogelijk te maken dit ook te doen (zie ook de paragraaf «Randvoorwaarden bij inzet van zzp-ers» in de brief van 11 februari 2009, TK 2008–2009, 26 631, nr. 302).

Indien een zorgverlener zelfstandig een contract kan sluiten met een zorgkantoor voor de levering van AWBZ-thuiszorg in natura, zal het voor deze zorgverlener eenvoudiger zijn om voor de Belastingdienst aanmelding te maken dat hij/zij daadwerkelijk als zelfstandig ondernemer werkzaam is. Daarnaast zijn deze zorgverleners dan niet meer afhankelijk

<sup>1</sup> Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt van de Tweede Kamer der Staten-Generaal.

van andere zorgaanbieders voor afspraken rond het leveren van naturazorg. De zorgaanbieder is dan niet langer per definitie een instelling, maar kan ook een natuurlijke persoon zijn.

### **Juridisch-technische aspecten**

De AWBZ regelt dat de verzekerde die zijn aanspraken op zorg tot gelding wil brengen, zich dient te wenden tot een zorgaanbieder. De wet spreekt zich er niet over uit of dit een instelling of een persoon dient te zijn. Het Besluit zorgaanspraken AWBZ (BZA) omschrijft de aanspraak op zorg als zorg te verlenen door een instelling. Door de wijze waarop de aanspraken zijn omschreven, zijn de mogelijkheden voor zorgkantoren om te voorzien in de behoefte van verzekerden op zorg beperkt tot het contracteren van instellingen. De contractering van individuele zorgverleners (personen) door zorgkantoren voor AWBZ-zorg is thans dus onmogelijk. Als oplossing voor het in de vorige paragraaf beschreven probleem rond de duiding van de relatie tussen zorgaanbieder (instelling) en zelfstandig zorgverlener (persoon) is gekozen voor een wijziging in de omschrijving van de zorgaanspraken in de BZA in die voege dat daaruit de beperking tot zorg geleverd door een instelling, wordt verwijderd. Deze wijziging van de algemene maatregel van bestuur is relatief eenvoudig tot stand te brengen, met dien verstande dat deze wijziging van het systeem uitsluitend per 1 januari van een jaar ingevoerd kan worden. Dit hangt samen met de aanbestedingsprocedure die de zorgkantoren een maal per jaar volgen. De AWBZ-zorg in natura wordt in een aanbestedingsronde voor een heel kalenderjaar gecontracteerd. Daarbij moet ik aantekenen dat de zorgkantoren geen contracteerplicht voor thuiszorg hebben. Dit betekent dat niet elke offrant in de aanbestedingsprocedure daadwerkelijk gecontracteerd hoeft te worden.

### **Invoeringstechnische aspecten**

De implementatie van de wijziging is echter aanzienlijk ingewikkelder en tijdrovender dan de wijziging van de regelgeving. Ik noem hierbij de volgende aspecten.

- **Inkoopproces en contracteerruimte**  
Naar schatting zijn zo'n 10 000 zorgverleners als zelfstandige werkzaam. Zelfs als zij niet allemaal kiezen voor het meedingen naar contracten met de zorgkantoren, zal dit de aanbestedingsprocedure aanzienlijk tijdrovender maken. Het inkoopproces moet hierop door Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de zorgkantoren aangepast worden. Dit leidt ook tot extra uitvoeringskosten. Het huidige instrument van de contracteerruimte blijft behouden. Het gaat daarbij om de evenredige verdeling van de middelen over de regio's en de beheersing van de uitgaven. Het zorgkantoor kan vervolgens de middelen over een groter aantal zorgaanbieders verdelen. Naast de huidige instellingen komen immers als gevolg van de voorgenomen wijziging ook personen (zorgverleners, die daardoor zorgaanbieder worden) in aanmerking voor bekostiging van de door hen verleende zorg. Dit vergt ook een aanpassing van de werkwijze van de zorgkantoren. De zorgverleners (personen) hebben over het algemeen alleen met zorgaanbieders (instellingen) onderhandeld over zorgverlening aan een concrete, individuele cliënt. Het offreren aan en sluiten van een contract met een zorgkantoor over een volume zorgverlening gedurende een kalenderjaar aan nog niet bekende cliënten, vergt andere kennis en kwaliteiten van de zorgverleners. Zij hebben tijd nodig om zich op deze contractering en hun andere rol voor te bereiden.

- **Tarief**  
De kostenopbouw voor zorgverlening door een zelfstandige kan anders zijn dan die voor zorgverlening door een zorgaanbieder met personeel. Dit vergt onderzoek door de NZa en zondig het voorstellen van tarieven voor zelfstandigen.
- **Kwaliteit van zorg**  
Het is van groot belang is dat de kwaliteit van de door zelfstandigen geleverde zorg vastgesteld kan worden. Dat begint al bij de contractering door de zorgkantoren. Ik overleg met de betrokken partners op welke wijze eenvoudig en eenduidig vastgesteld kan worden om de potentiële contractspartner/zorgverlener over de vereiste kwalificaties beschikt.  
Op vergelijkbare wijze als nu instellingen doen, zullen ook de zelfstandige zorgverleners inzicht moeten geven in de kwaliteit van de feitelijk geleverde zorg. Ik wil de Stuurgroep Verantwoorde Zorg VV&T vragen de gelijknamige indicatoren ook geschikt te maken voor meting door individuele zorgverleners. Ook zal ik met de betrokkenen bezien hoe de tevredenheid van de cliënten gemeten kan worden.
- **Verantwoording**  
Net als instellingen gaan de zelfstandige zorgverleners op grond van artikel 16 AWBZ naast verantwoording over de kwaliteit van de geleverde zorg en de cliënttevredenheid aan de zorgkantoren verantwoording afleggen over de geleverde zorg. Deze gegevens zijn ook van belang voor de vaststelling en inning van de eigen bijdrage van de cliënt voor de geleverde zorg door het CAK. De procedures van de zorgkantoren en het CAK worden hierop ingericht.  
De Wet cliëntenrechten zorg die onlangs bij uw Kamer is ingediend (TK 2009–2010, 30 402, nr. 2), regelt onder meer de publieke verantwoording door zelfstandige zorgverleners. Vooruitlopend op de invoering van deze wet wil ik de verantwoording voor de bedrijfsvoering door de zelfstandig zorgverleners op vergelijkbare wijze vorm geven.
- **Toezicht**  
Vanzelfsprekend vallen de zelfstandig zorgverleners onder het toezicht door de IGZ. Met de IGZ overleg ik hoe dit toezicht vormgegeven kan worden

### **Conclusie**

De invoering en uitvoering van de mogelijkheid tot contracteren van zelfstandige zorgverleners in de AWBZ-thuiszorg in natura vergt gedegen voorbereiding door alle betrokkenen en aanpassing van processen en procedures. Het was en is daarom realistisch noch verantwoord om deze wijziging eerder dan op zijn vroegst per 1 januari 2012 te effectueren. De betrokkenen hebben voldoende tijd nodig om zich op deze in de praktijk ingrijpende wijziging voor te bereiden. Eerdere invoering zou de contractering niet ten goede komen en dat zou zijn weerslag kunnen hebben op de kwaliteit en de kosten van de zorgverlening.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
A. Klink