

Vergaderjaar 1996–1997

25 000 XVI

Vaststelling van de begroting van de uitgaven en de ontvangsten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 1997

Nr. 47

BRIEF VAN DE MINISTER EN DE STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Rijswijk, 29 januari 1997

Vanaf december 1995 hebben wij vier maal overleg gevoerd met de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport over **zorgvernieuwing in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)**. Dit overleg hebben wij als zeer constructief ervaren. Het heeft naar ons oordeel de weg vrijgemaakt voor invoering van zorg-op-maat als aanspraak ingevolge de AWBZ.

Wij streven naar invoering van een model, waarin zorgvernieuwing een duidelijke plaats zal krijgen in de AWBZ en dat in principe op 1 januari 1998 zijn beslag kan krijgen.

Voor de volledigheid vatten wij de conclusies en het tijdpad waarbinnen de ontwikkelingen op het terrein van de zorgvernieuwing afgerond dienen te worden, samen.

AWBZ-aanspraken

In eerste instantie bestond het voornemen een groot zorgvernieuwingsfonds te creëren, waarin ook andere subsidieregelingen van de Ziekenfondsraad opgenomen worden. Dit voorstel is verlaten. Met de vaste commissie voor VWS is overeenstemming bereikt over het uitgangspunt dat de zorgvernieuwing niet meer wordt opgenomen in een afzonderlijke subsidieregeling, maar als uitgangspunt van het beleid zal worden geïntegreerd in de AWBZ. Met andere woorden, de mogelijkheid tot zorg-op-maat zal worden ingebed in de reguliere AWBZ-aanspraken.

In overleg met de vaste commissie voor VWS hebben wij overeenstemming bereikt over de implementatie van het model, zoals dat door de zorgaanbieders in de geestelijke gezondheidszorg is aangedragen. Dit model gaat er vanuit dat het de toegelaten instellingen mogelijk wordt gemaakt naast de bestaande verstrekkingen ook delen (onderzoek, advisering/voorlichting, behandeling, begeleiding, verzorging en verpleging al dan niet gekoppeld aan verblijf) daarvan te leveren.

In de geestelijke gezondheidszorg is bovendien de wens geuit dat deze combinaties van de zorgonderdelen slechts kunnen worden aangeboden als sprake is van samenwerking tussen de aanbieders.

Uitgangspunt hierbij is, dat budgettaire neutraliteit gewaarborgd is. Binnen het instellingsbudget kan op deze wijze een zo doelmatig mogelijke inzet van de beschikbare middelen worden geëffectueerd. Gelet op het belang van deze ontwikkeling, zal in de geestelijke gezondheidszorg in 1997 mogelijk worden gemaakt dat in een aantal vernieuwingsregio's, die voldoen aan de criteria van het landelijk overleg zorgvernieuwing, op experimentele basis wordt vooruit gelopen op het wettelijk regelen van zorgvernieuwing.

De vaste commissie voor VWS heeft ons verzocht dit model eveneens te introduceren in de gehandicaptenzorg en de ouderenzorg.

Hiermee hebben wij ingestemd, doch bezien moet worden of de uitwerking in deze sectoren op dezelfde wijze en onder dezelfde voorwaarden dient plaats te vinden. Zo is bijvoorbeeld een punt van overweging, hoe het voornemen om een aantal taken van de Sociaal Pedagogische Diensten tot aanspraak te verheffen en andere taken niet, in bovengenoemd model kan worden ingebed.

Belangrijke randvoorwaarden waarbinnen de uitwerking van bovengeschetst model moet plaatsvinden, zijn de budgettaire neutraliteit, inpasbaarheid in de systematiek van de Wet tarieven gezondheidszorg en de Wet ziekenhuisvoorzieningen, alsmede een werkbare operationalisering van samenwerking. Voorts is bij de uitwerking van het model de regiovisie van groot belang. In het wetsvoorstel Bouwbeheersing zorgvoorzieningen, dat naar verwachting binnen afzienbare tijd aan de Kamer zal worden aangeboden, wordt aangegeven dat de regiovisie de ontwikkelingen in de zorgvraag en zorgbehoefte in een regio, alsmede de beleidsmatig gewenste ontwikkelingen die in de regio zouden moeten plaatsvinden, omvat. De provincies zullen de totstandkoming van de regiovisie coördineren. De regiovisie is het resultaat van overleg van de gemeenten, patiënten/cliënten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars in een regio. Als deze partijen niet tot overeenstemming komen, is de provincie gerechtigd een regiovisie op te stellen, waarin de verschillende opvattingen van de partijen worden vermeld.

De regiovisie is enerzijds een uitwerking van de sectorale landelijke zorgvisie op regionaal niveau en anderzijds een inbreng voor het opstellen van de volgende sectorale landelijke zorgvisie.

Subsidieregelingen

Behalve de mogelijkheid van substitutie van reguliere zorg in zorgvernieuwing via aanpassing van het Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering, blijft de zorg-op-maat-regeling gehandhaafd als een ontwikkelingsbudget, uitsluitend voor experimentele zorgontwikkeling.

In de sectoren gehandicaptenzorg en ouderenzorg zal in beginsel de helft van de voormalige vrije-marge-gelden structureel worden toegevoegd aan de instellingsbudgetten ten behoeve van zorgvernieuwing, naar rato van het gebruik van de regeling. De andere helft van de vrije-marge-gelden blijft in de zorg-op-maat-regeling. Ook hier geldt evenwel dat per sector bezien zal worden hoe de specifieke uitwerking gestalte moet krijgen.

Bij de uitvoering van de zorgvernieuwingsplannen zal een toets door gemeenten plaatsvinden.

De overige subsidieregelingen van de Ziekenfondsraad zullen worden doorgelicht, om te bezien of de daarmee gemoeide middelen in het Persoonsgebonden budget ondergebracht kunnen worden, onder een aanspraak worden gebracht dan wel gehandhaafd worden.

Zorgkantoren

De uitvoering van de zorg-op-maat-regelingen en de AWBZ-aanspraken zal op een zo efficiënt en transparant mogelijke wijze moeten plaatsvinden.

Aangezien tussen de uitvoering van de reguliere AWBZ-zorg en de uitvoering van de zorg-op-maat-regelingen van de Ziekenfondsraad een duidelijke relatie ligt, hebben wij ervoor gekozen de uitvoering in één hand te leggen. Voor de uitvoering van deze taken zal in beginsel met ingang van 1 januari 1998 het zogenaamde zorgkantoor worden geïntroduceerd.

Het zorgkantoor zal optreden als verbindingskantoor-oude-stijl voor de reguliere zorg, mede verantwoordelijk zijn voor de afspraken over zorg-op-maat en beheerder zijn van de sectorale zorg-op-maat-regelingen. Voorop staat in dit systeem dat de individuele verzekeraars geen rol spelen bij de uitvoering van de zorg.

De patiënten-consumentenorganisaties, zorgaanbieders en de gemeenten dienen bij de zorgvernieuwing en de uitvoering van de AWBZ betrokken te zijn. Om die reden is de gedachte naar voren gebracht om aan het zorgkantoor een Raad van Toezicht te koppelen waarin andere partijen participeren. Bij nadere beschouwing ligt een Raad van Toezicht-model minder voor de hand, omdat een dergelijke sturing niet strookt met de (financiële) verantwoordelijkheid van het zorgkantoor. Onze voorkeur gaat daarom uit naar een Raad van Advies. In een dergelijk model kan aan de invloed van andere betrokkenen vorm worden gegeven, zonder dat de scheiding van verantwoordelijkheden in het gedrang komt.

Tot slot

In deze brief is op hoofdlijnen geschetst op welke wijze de zorg-op-maat-gedachte een structurele plaats kan krijgen in het eerste verzekeringscompartiment. De invoering hiervan zal gepaard gaan met de introductie van een uitvoeringsstructuur die eenvoudiger en doorzichtiger zal zijn dan de huidige uitvoeringsstructuur in de AWBZ.

In het voorjaar van 1997 zullen wij u een notitie toesturen waarin bovengenoemde punten (sectorgewijs) verder zijn uitgewerkt.

Allereerst zullen wij de Ziekenfondsraad en het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg verzoeken ons te rapporteren over de aan het hierboven geschetste model verbonden uitvoeringsaspecten. Ook het College voor Ziekenhuisvoorzieningen zal worden gehoord in verband met de relatie tussen dit vraaggestuurde zorgaanbod en de behoeftenormen voor het aantal bedden en plaatsen van de zorgaanbieders.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E. Borst-Eilers

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E. G. Terpstra