

Vergaderjaar 1999–2000

**26 631**

## **Modernisering AWBZ**

**Nr. 7**

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

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 10 maart 2000

#### **Introductie**

Onderstaand treft u – zoals toegezegd – mijn reactie aan op de motie Van Vliet, die is ingediend tijdens het nota-overleg op 21 februari jl. over het plan van aanpak Modernisering AWBZ. De in het debat over de geagendeerde stukken (plan van aanpak «Zicht op Zorg», de brief inzake de zorgkantoren en de brief over de landelijke en bovenregionale voorzieningen) gestelde nog openstaande vragen zal ik separaat beantwoorden.

Uit de korte gedachtenwisseling naar aanleiding van de motie bleek dat uw Kamer definitieve besluitvorming pas mogelijk acht na ommekomst van een aantal adviezen over de positionering en het takenpakket van het zorgkantoor en het toezicht daarop. In het nota-overleg heb ik reeds toegezegd deze adviezen, voorzien van een reactie, aan u voor te leggen en op basis daarvan te komen met nader uitgewerkte voorstellen voor wettelijke verankering van de uitvoering van de AWBZ op basis waarvan zorgvuldige besluitvorming mogelijk is.

Uiteraard zal ik voorafgaand aan die reactie geen initiatieven nemen inzake het positioneren van het zorgkantoor en de daarmee samenhangende verankering daarvan. In het verlengde hiervan past ook het maken van een pas op de plaats waar het gaat om het invullen van het begrip regiovisie en het starten van experimenten/koplopers in het kader van Zicht op Zorg. Ik wil overigens opmerken, dat er op dit moment geen sprake is van implementatie van veranderingen, die niet al eerder aan uw Kamer zijn voorgelegd.

Wel zijn er een aantal lopende trajecten die eerder in de Kamer aan de orde zijn geweest, en waarvan naar mijn waarneming het belang van een voortvarende aanpak onomstreden is. Waar het de flexibilisering van aanspraken, het PGB/PVB en het zorgkantoor betreft ga ik daarbij nog in op de gevolgen van de motie voor deze trajecten.

## Lopende trajecten

In de afgelopen jaren is een aantal trajecten gestart met het oog op het maken van de omslag van aanbodsturing naar vraagsturing en het verbeteren van de uitvoering van de AWBZ. Trajecten waarover uw Kamer regelmatig is geïnformeerd en waarover in afzonderlijke Algemene Overleggen of bij de behandeling van de begroting of de zorgnota is gesproken.

### 1. Aanpak wachtlijsten

Het plan van aanpak wachtlijsten verpleging en verzorging dd. 6 juli 1999, dat ook aan uw Kamer is voorgelegd, kent – zoals verwoord in de Zorgnota 2000 – een viersporenbeleid:

- «1. het uitbreiden en doelmatig uitzetten van het zorgvolume;
2. het realiseren van een regionale aanpak van wachtlijsten;
3. het ondersteunen en stimuleren van de regionale aanpak;
4. het verbeteren van de informatievoorziening over wachtlijsten en wachttijden.»

Deze aanpak maakt onderdeel uit van de meerjarenaafspraken voor de sector verpleging en verzorging. En ook in de meerjarenaafspraken gehandicaptenzorg is overeengekomen, dat terzake een soortgelijk plan van aanpak wordt opgesteld.

Onderdeel van de meerjarenaafspraken is tevens de verdeling van de volumemiddelen. Afgesproken is dat de zorgkantoren hiervoor bestedingsvoorstellen maken. Voor de inzet van de middelen 1999 en 2000 hebben de zorgkantoren al twee keer een bestedingsvoorstel ingediend. Wat betreft de invulling van de volumemiddelen 2001 komen zorgkantoren per 1 juni 2000 met voorstellen. Per gelijke datum moeten zij actieplannen inleveren voor een integrale en regionale aanpak van de wachtlijsten. Daarin gaat het om het – naast de al genoemde inzet van volumemiddelen – verbeteren van het wachtlijstbeheer. Onder wachtlijstbeheer wordt dan verstaan de wachtlijstregistratie, -begeleiding en -bemiddeling. Hiermee wordt een kwaliteitsimpuls gegeven aan de organisatie van de zorgketen. De bredere inzet is om een betere integratie en afstemming van de gehele zorgketen te bereiken. Uit registratie van de door de RIO's geïndiceerde zorg en de geleverde zorg ontstaat inzicht in de werkelijke «kloof» tussen vraag en aanbod. Daarmee ontstaat zicht op de meest wenselijke inzet van de volumegroei en een effectievere mogelijkheid tot zorgbemiddeling met het oog op het terugdringen van de wachtlijsten.

Gegeven de wachtlijstproblematiek en de uitspraken van de rechter over de zorgplicht zal het duidelijk zijn dat een intensivering van de in het plan van aanpak wachtlijsten voorgestelde activiteiten op zijn plaats is. In de komende maanden zal ik u terzake nadere voorstellen doen.

In de gehandicaptensector wordt op basis van het voornemen van mijn voorganger de regionale verantwoordelijkheid voor het Zorgregistratiesysteem (ZRS), de wachtlijstregistratie in de gehandicaptenzorg, neergelegd bij het zorgkantoor. Een betrouwbare wachtlijstregistratie kan alleen tot stand worden gebracht als er sprake is van een heldere bestuurlijk-organisatorische verankering van de registratie. Zoals ik in de Zorgnota 2000 heb aangegeven, is ter uitvoering van dit besluit het CVZ per 1 juli 1999 Landelijk Houder geworden van het ZRS.

De overdracht van verantwoordelijkheden naar het zorgkantoor vindt thans plaats en zal uiterlijk per 1 januari 2001 afgerond zijn. In mijn brief van 4 januari 1999 (Kamerstuk 24 170, nr. 39) heb ik een en ander uiteengezet en in het Algemeen Overleg gehandicaptenbeleid van 2 december

1999 is het belang van een betrouwbare wachtlijstregistratie door uw Kamer nog eens onderschreven.

Ook in de sector verpleging en verzorging is de verantwoordelijkheid voor de wachtlijstregistratie neergelegd bij de zorgkantoren. Voor de organisatie op landelijk niveau wordt een care-brede aanpak voorgestaan, waarbij de ervaringen in de gehandicaptensector worden benut.

In de geestelijke gezondheidszorg is door alle ggz-aanbieders een minimum-gegevensset overeengekomen die zal worden gehanteerd als uitgangspunt voor wachtlijstregistratie op regionaal niveau. Hierbij is, gelijk aan de gehandicaptensector en de sector verpleging en verzorging, de verantwoordelijkheid op regionaal niveau neergelegd bij de zorgkantoren. Op dit moment wordt gewerkt aan de implementatie van de minimum-gegevensset, die voor de meeste ggz-aanbieders eind 2001 vergelijkbare wachtlijstgegevens moet opleveren. Voor die tijd wordt gewerkt met peilmomenten.

## *2. Indiciestelling «nieuwe stijl»*

In de vorige kabinetsperiode is besloten tot integrale, objectieve en onafhankelijke indicatiestelling. De in de brief van 12 februari 1996 uitgezette koers is in de brief van 12 mei 1997 uitgewerkt. Gekozen is voor een procesbenadering van onderop en een gefaseerde verbreding van de indicatiestelling, te beginnen met de sector verpleging en verzorging, vervolgens de gehandicaptenzorg en tot slot de langdurige geestelijke gezondheidszorg. Vanaf 1997 bent u periodiek over de voortgang geïnformeerd en 9 juni 1999 is in een Algemeen Overleg naar aanleiding van mijn brief van 25 maart 1999 over de ontwikkelingen van gedachten gewisseld. In het nota-overleg over «Zicht op Zorg» heb ik reeds te kennen gegeven aan de verdere ontwikkeling van de RIO's meer sturing te willen geven om de beoogde onafhankelijkheid en objectiviteit te waarborgen door middel van uniforme protocollering, registratie, en dergelijke. In de loop van mei a.s. zal ik u de volgende voortgangsrapportage aanbieden.

## *3. Wonen – zorg*

In de gemoderniseerde AWBZ is er – zoals ik in de beantwoording in de eerste termijn heb aangegeven – alleen sprake van een AWBZ-gefinancierde verblijffunctie wanneer deze onlosmakelijk verbonden is met de zorgverlening. Hierdoor wordt het scheiden van wonen en zorg bevorderd en in dit verband is de voorgenomen stimuleringsregeling, zoals aangekondigd in de brief van 20 december 1999 (Kamerstuk 24 333, nr. 46) van de staatssecretaris van VROM en ondergetekende, van groot belang. Om tijdige inwerkingtreding te realiseren wordt de noodzakelijke regelgeving voorbereid, uiteraard onder het voorbehoud van instemming van uw Kamer met de gepresenteerde voornemens.

Samenhangend met dit thema is ook de deregulering van de bouwregelgeving in de zorg aan de orde gesteld. Aan de vraag om het concept-wetsvoorstel van de WEZ in september a.s. aan u voor te leggen kan ik niet voldoen, omdat – gegeven de in te winnen adviezen, waaronder dat van de Raad van State – het niet mogelijk is nog voor het najaar het wetsontwerp aan de Kamer aan te bieden. Waarover echter geen misverstand moet bestaan is het uitgangspunt in de modernisering van de AWBZ dat alleen voor grootschalige voorzieningen met gespecialiseerde functies een beoordeling van bouwplannen van toepassing is. Voor voorzieningen met een verblijffunctie, die onlosmakelijk met de zorgverlening zijn verbonden, kan in principe worden volstaan met het stellen van kwaliteits-

eisen aan het gebouw. Deze uitgangspunten vormen de basis voor de te zijner tijd aan u voor te leggen regelgeving.

#### *4. Flexibilisering aanspraken*

Voor de GGZ is de flexibilisering van aanspraken ingevoerd per 01-01-1998 en in de sector verstandelijk gehandicaptenzorg is dat per 01-01-1999 gebeurd.

Zoals bekend spelen de zorgkantoren een belangrijke rol bij deze flexibilisering van de aanspraken in het kader van de «zorg-op-maat regeling». Voor de verpleging en verzorging is de flexibilisering per 01-01-2001 voorzien. De betreffende AMvB die zowel de overgang van de verzorgingshuizen naar de AWBZ in verband met het aflopen van de Overgangswet als de flexibilisering van de aanspraak verpleeghuis regelt, is voor advies naar de Raad van State. Daarna zal de vastgestelde AMvB worden voorhangen bij beide Kamers der Staten-Generaal. Deze voorstellen zijn aan de orde geweest in het Algemeen Overleg op 9 april 1999 op basis van de brief van 22 december 1998.

De vervolgrapportage over de uitvoeringsaspecten van deze overheveling volgt binnenkort, zodat tezamen met de voorhang-procedure de betrokkenheid van de Kamer is gewaarborgd.

Gezien het feit dat de Overgangswet per 01-01-2001 afloopt en er op korte termijn duidelijkheid voor de uitvoeringsorganen moet komen, wordt aan dit traject gestaag verder gewerkt.

De in de toekomst door mij wenselijk geachte ontwikkeling waarbij op basis van functionele omschrijvingen zorgproducten worden gedefinieerd en de aanspraken van de aanbieders worden ontkoppeld, vergt een ingrijpende aanpassing van het huidige instrumentarium waardoor de contracteerplicht en de centrale capaciteitsplanning in het kader van de bouw vervalt. Een dergelijke wijziging is alleen mogelijk bij een zodanige vormgeving van de uitvoeringsorganisatie AWBZ, dat een doelmatige uitvoering bevorderd wordt waarmee een beheerste ontwikkeling van de kosten gerealiseerd kan worden. Hiertoe is een versterking van het verzekeringskarakter in de uitvoering van de AWBZ noodzakelijk. De voorbereiding van aanpassingen die nodig zijn om een daadwerkelijke omslag van een centraal aanbodgestuurd naar een decentraal vraaggestuurde uitvoering van de AWBZ mogelijk te maken zullen in het licht van de motie stil gezet worden.

#### *5. PGB/PVB*

Het PGB en het PVB vormen beide belangrijke instrumenten om tot vraagsturing en zorg op maat binnen het stelsel van persoonsgerichte bekostiging binnen de AWBZ te komen. Zoals ik in mijn brief over vereenvoudigingsvoorstellen PGB d.d. 9 maart jl. heb aangegeven, staan meerdere zaken centraal met betrekking tot de verdere ontwikkeling en uitbreiding van het stelsel van persoonsgerichte bekostiging binnen de AWBZ.

In de eerste plaats de korte termijn aanpak gericht op verbetering van de uitvoering van de PGB-regeling en de administratieve verplichtingen die hieraan verbonden zijn. Dit is aan de orde in de genoemde brief van 9 maart.

De inbedding van het PGB binnen de AWBZ, de verbreding van het PGB in relatie tot de ontwikkeling van een geflexibiliseerd verstrekkingstelsel in de AWBZ én de ontwikkeling van een persoonsvolgende budgetsystematiek (PVB) met de mogelijkheid van vouchers wordt ontwikkeld in het kader van de modernisering van de AWBZ. Zoals ik heb aangegeven wordt dit onderdeel in eerste instantie in het MDW-AWBZ-traject uitgewerkt. Deze rapportage zal in juni afgerond worden. Op basis daarvan zal verdere uitwerking plaatsvinden. In het kader van de modernisering van

de AWBZ is de keuze gemaakt voor het mogelijk maken van persoonsgerichte bekostiging. Zolang het stelsel echter gebaseerd is op aanbodsturing en het langs die weg beheersen van de kosten en nog niet vervangen is door een ander systeem dat integrale afweging en kostenbeheersing (door het zorgkantoor) mogelijk maakt, is het onvermijdelijk de vorm van een subsidieregeling te handhaven.

#### *6. Het zorgkantoor*

Met betrekking tot het zorgkantoor heb ik aan de Kamer reeds toegezegd om na ontvangst van de adviezen over zorgkantoren – in het kader van het MDW-AWBZ-traject, de uitvoeringstoets CVZ en de toezichtsnotitie – met een notitie te komen op basis waarvan zorgvuldige besluitvorming kan plaatsvinden. Daarbij noem ik ook nog het advies van de NMa dat ZN gevraagd heeft, en het advies van de Landsadvocaat dat zich richt op de vraag over de verenigbaarheid van kostenbeheersing en aanspraken op zorg, dit naar aanleiding van het verzoek van mevrouw Van Blerck.

Ik ga er vanuit dat het door het zorgkantoor uitvoeren van taken zoals ze hierboven onder lopende trajecten zijn genoemd, doorgang kan blijven vinden.

Het betreft hier allemaal reeds eerder in gang gezette trajecten waarin het zorgkantoor een wezenlijke rol vervult en die gegeven het belang van die trajecten gefaciliteerd moet worden. Een rol die is gebaseerd op het door het uitvoeringsorgaan AWBZ afgegeven mandaat, respectievelijk het Administratiebesluit Bijzondere Ziektekostenverzekering. In de beschikking aanwijzing administratie-instellingen bijzondere ziektekostenverzekering dd.19 december 1997/nr.VPZ/VU974700 is het de facto functioneren van het verbindingskantoor als zorgkantoor geïntroduceerd.

Voor deze zorgkantoorformule, heeft de Kamer in de vorige Kabinetsperiode groen licht gegeven.

#### **Tot slot**

In het licht van het bovenstaande ga ik ervan uit dat na ommekomst van de genoemde adviezen en het standpunt van het Kabinet terzake, het overleg over de modernisering van de AWBZ kan worden voortgezet.

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
A. M. Vliegthart