

Vergaderjaar 2003–2004

23 619

Curatieve zorg

26 631

Modernisering AWBZ

Nr. 19

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

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 21 november 2003

In het hoofdlijnenakkoord staat dat «bij de stelselherziening in beginsel alle op genezing gerichte zorg van de AWBZ wordt overgeheveld naar de standaardverzekering curatieve zorg». Met deze brief willen wij u informeren over de gekozen uitwerking van het begrip «op genezing gerichte zorg» en daarmee een antwoord geven op de vraag welke delen uit de AWBZ worden overgeheveld naar de standaardverzekering curatieve zorg per 1 januari 2006.

Eerst komt de vraag aan bod waarom de overheveling van op genezing gerichte zorg gewenst en noodzakelijk is. Vervolgens gaan we inhoudelijk in op de afbakening van het begrip «op genezing gerichte zorg». Tot slot staan de uitgangspunten bij de gekozen afbakening op een rij.

Waarom overhevelen?

Voor het overhevelen van de «op genezing gerichte zorg» zijn drie argumenten:

1. *De AWBZ wordt weer een verzekering voor langdurige, continue zorg.* Het overhevelen van alle op genezing gerichte zorg sluit aan bij de gedachte om de AWBZ weer terug te brengen naar haar oorspronkelijke doelstelling, namelijk een verzekering voor bijzondere ziektekosten. Dit voornemen beschreef de Staatssecretaris eerder in de brief van 15 september 2003 over «stappen naar een toegankelijke, betaalbare, solidaire en doelmatige AWBZ (TK 2002–2003, 26 631 nr. 56) waarin een perspectief wordt geschetst van een AWBZ gericht op langdurige, continue zorg.
2. *Overhevelen voor meer samenhang in de curatieve zorg.* Overhevelen van de curatieve delen van de AWBZ naar de standaardverzekering curatieve zorg leidt ertoe dat het nu bestaande financiële schot tussen onderdelen van de curatieve zorg verdwijnt. Dit bevordert niet alleen de zorginhoudelijke samenhang in de curatieve zorg maar kan op termijn ook leiden tot doelmatigheidswinst. Na overheveling zijn het

immers niet meer de zorgkantoren maar de risicodragende zorgverzekeraars die integraal verantwoordelijk zijn voor de gehele curatieve zorg.

3. *Overhevelen zodat er meer samenhang komt in de AWBZ.* Met ingang van 1 april 2003 bestaat er in de regelgeving in principe geen onderscheid meer tussen de verschillende AWBZ-sectoren (verpleging en verzorging, gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg). De curatieve delen van de AWBZ zijn echter moeilijk onder te brengen in de regelgeving en bekostiging van de ontschotte AWBZ, die zich primair richt op langdurige, continue zorg. Voor de curatieve GGZ (geestelijke gezondheidszorg) heeft dat inmiddels geleid tot een aantal uitzonderingsbepalingen in de regelgeving. Door de overheveling kunnen deze uitzonderingen vervallen en kan de AWBZ-regelgeving en -bekostiging verder worden vereenvoudigd.

Afbakening van het begrip op genezing gerichte zorg

Voor het uitwerken van het begrip «op genezing gerichte zorg» uit de AWBZ zijn verschillende mogelijkheden overwogen en getoetst (aan de hand van een vaste set criteria). De overwegingen en criteria staan in de bijlage.

Het is ons inziens mogelijk om op korte termijn een betekenisvolle stap te zetten, door het overhevelen van de curatieve GGZ per 1/1/2006 (gelijktijdig met de invoering van de basisverzekering). Deze overheveling geeft op dit moment het optimale evenwicht tussen de inhoudelijke uitwerking van het begrip «op genezing gerichte zorg» en uitvoerbaarheid.

We kiezen voor het overhevelen van de curatieve GGZ omdat hiermee het grootste deel van de «op genezing gerichte zorg» uit de AWBZ naar de basisverzekering gaat. In de GGZ gaat het grotendeels om op genezing gerichte zorg. Dit is anders dan bij verpleging en verzorging (V&V) en gehandicaptenzorg waar het meer over echte care-functies gaat. Voor de V&V en gehandicaptenzorg gaan we daarom vooralsnog uit van handhaving van de huidige situatie.

Concreet betekent dit dat per 1/1/2006 de gehele extramurale GGZ¹ overgeheveld wordt en alle intramurale GGZ tot één jaar. Na één jaar intramurale GGZ zorg zal (voor overgang naar de AWBZ) een indicatie worden gesteld door het Regionaal Indicatie Orgaan, waardoor o.a. afwenteling door de verzekeraars op de AWBZ wordt voorkomen. Met deze keuze worden de uitgangspunten die nu gelden in de curatieve somatische zorg ook gehanteerd voor de (curatieve) GGZ.

Overheveling van de curatieve GGZ volgens dit model ziet er als volgt uit (ter vergelijking is de systematiek in de curatieve somatische zorg toegevoegd).

Zorgsector	Huidige situatie		Situatie na overheveling curatieve GGZ	
	1e jaar zorg	Na 1e jaar	1e jaar zorg	Na 1e jaar
Extramurale CSZ*	Standaardverzekering	Standaardverzekering	Standaardverzekering	Standaardverzekering
Intramurale CSZ*	Standaardverzekering	AWBZ	Standaardverzekering	AWBZ
Extramurale GGZ*	AWBZ	AWBZ	Standaardverzekering	Standaardverzekering
Intramurale GGZ*	AWBZ	AWBZ	Standaardverzekering	AWBZ
Verpleging&verzorging	AWBZ	AWBZ	AWBZ	AWBZ
Gehandicaptenzorg	AWBZ	AWBZ	AWBZ	AWBZ

Legenda bij tabel

* GGZ = geestelijke gezondheidszorg

* CSZ = curatieve somatische zorg

* standaardverzekering is nu nog ziekenfonds en particuliere verz.

¹ We onderzoeken nog samen met de Minister van Justitie of het nodig is om een uitzondering voor de forensische geestelijke gezondheidszorg te maken. Er zijn argumenten om dit type zorg (indicatie wordt door de strafrechter gesteld) geheel in de AWBZ te houden.

Het gekozen model past tevens in de beleidslijn over modernisering van de GGZ. Deze beleidslijn zetten we verder uiteen in het standpunt op het rapport «Zorg van Velen» van de commissie geestelijke volksgezondheid dat u binnenkort ontvangt.

We zullen bezien hoe we in een later stadium ook de overige «op genezing gerichte zorg» uit de AWBZ naar de basisverzekering kunnen overhevelen. We hebben er nu voor gekozen om tegelijkertijd met de invoering van de basisverzekering per 1 januari 2006 voorsnog uitsluitend de GGZ-cure naar die basisverzekering over te hevelen. De reden daarvoor is dat de overheveling van de GGZ-cure in de praktijk relatief eenvoudig uitvoerbaar is. We onderzoeken of het mogelijk is om op termijn alle AWBZ-zorg tot één jaar over te hevelen, met uitzondering van die zorg waarvan (op basis van diagnostiek) vooraf bekend is of verwacht wordt dat de zorg langer dan een jaar zal duren. Omdat het op dit moment niet mogelijk is een heldere afbakening voor dit model te maken, is het risico op onduidelijkheid en afwenteling te groot. Wij vinden het daarom niet opportuun om tegelijkertijd met de invoering van de basisverzekering per 1/1/2006, alle AWBZ-zorg tot één jaar over te hevelen.

Uitgangspunten bij overheveling, gevolgen voor bekostiging

Bij de verdere uitwerking van de overheveling, hanteren we de volgende uitgangspunten:

- a) Het gaat om overheveling van «op genezing gerichte zorg» vanuit de AWBZ naar de standaardverzekering curatieve zorg. In beide verzekeringssystemen bestaat er een recht op zorg en de overheveling heeft dus geen gevolgen voor het recht op zorg van patiënten;
- b) Het streven is om de overheveling tegelijkertijd met de invoering van de standaardverzekering curatieve zorg per 1/1/2006 te laten plaatsvinden;
- c) Het gaat om overheveling van ongeveer € 1,8 miljard vanuit de AWBZ naar de standaardverzekering curatieve zorg.

Op dit moment werken we aan de ontwikkeling van een nieuwe bekostigingssystematiek in de AWBZ (functiegerichte bekostiging) en een nieuwe bekostigingssystematiek in de cure (Diagnose Behandeling Combinaties). De hier geschetste overheveling van de GGZ-cure bepaalt tevens welk deel van de GGZ blijft meelopen in de ontwikkeling van de functiegerichte bekostiging en welk deel van de GGZ overgaat naar de standaardverzekering en daarmee meeloopt in de ontwikkeling van Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's). Voor de curatieve GGZ (het over te hevelen deel) zullen dus DBC's ontwikkeld worden die in de nieuwe standaardverzekering als bekostigingssystematiek gaan dienen. De curatieve GGZ loopt daarmee niet meer mee in de ontwikkeling van de nieuwe functiegerichte bekostiging in de AWBZ. Voor het overige deel van de GGZ en de V&V en gehandicaptenzorg wordt de functiegerichte bekostiging ontwikkeld.

Tot slot: vervolgstappen

Het gekozen model zullen we nu verder uitwerken. Zo zullen we werken aan aanpassing van wetgeving en zullen o.a. de uitgavenconsequenties verder berekend worden. De berichtgeving over de voortgang van overhe

veling van «op genezing gerichte zorg» uit de AWBZ naar de standaardverzekering curatieve zorg loopt verder mee in de berichtgeving over de verdere vormgeving van de standaardverzekering.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
J. F. Hoogervorst

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
C. I. J. M. Ross-van Dorp

Huidige situatie

Zorgsector	Huidige situatie	
	1e jaar	Na 1 jaar
Extramurale CSZ	Standaardverzekering	Standaardverzekering
Intramurale CSZ	Standaardverzekering	AWBZ
Extramurale GGZ	AWBZ	AWBZ
Intramurale GGZ	AWBZ	AWBZ
Verpleging&verzorging	AWBZ	AWBZ
Gehandicaptenzorg	AWBZ	AWBZ

NB: standaardverzekering is nu nog verzekering van Ziekenfonds en particulier

Verschillende modellen voor afbakening van het begrip «op genezing gerichte zorg» zijn getoetst aan de hand van een vaste set criteria. De criteria voor toetsing van de modellen zijn: wordt voldaan aan de opdracht in het hoofdlijnenakkoord «overhevelen op genezing gerichte zorg»? Wat zijn de gevolgen voor cliënten, voor de uitvoerbaarheid door de zorgaanbieder, zorgverzekeraars en het zorgkantoor? Wat zijn de gevolgen voor de uitvoerbaarheid van de indicatiestelling, voor de wet- en regelgeving, voor de modernisering AWBZ en voor de standaardverzekering curatieve zorg? Tenslotte is gekeken naar het financiële beslag van het model van overheveling.

a) Overheveling van de AWBZ-functie «behandeling»

Onderzocht is of met het overhevelen van de AWBZ-functie «behandeling»¹ alle «op genezing gerichte zorg» uit de AWBZ naar de standaardverzekering gaat. Concreet betekent deze overheveling dat de behandeling, geleverd door bijvoorbeeld verpleeghuisartsen, orthopedagogen, psychiaters, psychologen etc. gefinancierd wordt uit de standaardverzekering. De zorg die bij de behandeling hoort, zoals verpleging en verzorging van dezelfde cliënt, wordt uit de AWBZ gefinancierd. Bij toetsing van dit model, bleken de nadelen voor de cliënt daarmee te groot. Tevens wordt slechts een deel van de «op genezing gerichte zorg» overgeheveld. De functie behandeling in de AWBZ bevat namelijk niet alle «op genezing gerichte zorg»; zo kan de functie verpleging eveneens op «genezing gerichte zorg» zijn. Ook de uitvoerbaarheid voor instellingen en verzekeraars is bij dit model te complex.

b) Overheveling van alle AWBZ zorg in het eerste jaar

Voorts is onderzocht of met het gebruik van een tijds criterium (overhevelen van alle AWBZ zorg tot één jaar) invulling kan worden gegeven aan de opdracht uit het hoofdlijnenakkoord. Wanneer het criterium van de tijdgrens integraal in de AWBZ wordt doorgevoerd, wil dat zeggen dat alle zorg het eerste jaar uit de standaardverzekering curatieve zorg wordt gefinancierd en dat alle zorg na een jaar uit de AWBZ wordt betaald. De grens van één jaar lijkt daarbij enigszins arbitrair, maar komt overeen met de huidige grens die tussen de Zfw/particuliere verzekering en AWBZ geldt (na één jaar ziekenhuisopname gaat de financiering over naar de AWBZ). Het is een heldere afbakening die afwentelingmogelijkheden sterk beperkt. Groot nadeel is echter dat ook veel «niet op genezing gerichte zorg», zoals het eerste jaar opname in het verpleeghuis van een chronische patiënt, uit de AWBZ gaat en in de standaardverzekering curatieve zorg terechtkomt.

¹ Eén van de zeven AWBZ functies is de functie behandeling. De AWBZ is gedefinieerd in zeven functies: huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging, ondersteunende begeleiding, activerende begeleiding, verpleging, behandeling en verblijf.

Overheveling van alle AWBZ zorg in het eerste jaar*

Zorgsector	Situatie na overheveling eerste jaar AWBZ	
	1e jaar	Na 1 jaar
Extramurale CSZ	Standaardverzekering	Standaardverzekering
Intramurale CSZ	Standaardverzekering	AWBZ
GGZ	Standaardverzekering	AWBZ
Verpleging&verzorging	Standaardverzekering	AWBZ
Gehandicaptenzorg	Standaardverzekering	AWBZ

* Legenda bij de tabellen

* CSZ = curatieve somatische zorg

* GGZ = geestelijke gezondheidszorg

* standaardverzekering is nu nog ziekenfonds en particuliere verzekering

* Ter vergelijking is steeds de systematiek in de curatief somatische zorg toegevoegd

c) Overheveling van alle AWBZ zorg in het eerste jaar, tenzij bij aanvang duidelijk is dat het om langdurige zorg gaat.

Het grootste nadeel van het gebruik van alleen de tijdgrens is dat zorg waarvan vooraf bekend is dat deze langer dan een jaar gaat duren (niet op genezing gerichte zorg) toch wordt overgeheveld naar de standaardverzekering. De zorg waarvan vooraf bekend is dat die langer dan een jaar gaat duren, zou eigenlijk uitgezonderd moeten worden. Om dat probleem op te lossen is naast het tijds criterium hier een ander criterium toegevoegd: verwachte duur van de zorg. Indien bij aanvang duidelijk is dat het om langdurige zorg gaat, zou die zorg in dit geval in de AWBZ blijven. Verder gaat alle zorg het eerste jaar naar de standaardverzekering curatieve zorg. Dit model is qua uitvoering op dit moment te complex. Het grootste probleem is het maken van een heldere afbakening van het begrip «verwachte duur van zorg» (bijvoorbeeld op het niveau van diagnose). Een onduidelijke afbakening kan leiden tot afwentelingsproblemen tussen AWBZ en standaardverzekering curatieve zorg. Het is daarom niet mogelijk om dit tegelijkertijd met de invoering van de basisverzekering per 1/1/2006 in te voeren. Wel zullen we bezien op welke wijze we in een later stadium alle «op genezing gerichte zorg» volgens dit model kunnen overhevelen naar de standaardverzekering curatieve zorg.

Overheveling van alle AWBZ zorg tot één jaar, tenzij bij aanvang duidelijk is dat het om langdurige zorg gaat.

Zorgsector	Patiënt zonder levenslange zorgbehoefte		Patiënt met levenslange zorgbehoefte	
	1e jaar	Na 1 jaar	1e jaar	Na 1 jaar
Extramurale CSZ	Standaardverzekering	Standaardverzekering	Standaardverzekering	Standaardverzekering
Intramurale CSZ	Standaardverzekering	AWBZ	Standaardverzekering	AWBZ
Extramurale GGZ	Standaardverzekering	Standaardverzekering	Standaardverzekering	Standaardverzekering
Intramurale GGZ	Standaardverzekering	AWBZ	Standaardverzekering	AWBZ
Verpleging&verzorging	Standaardverzekering	AWBZ	AWBZ	AWBZ
Gehandicaptenzorg	Standaardverzekering	AWBZ	AWBZ	AWBZ

d) Uiteindelijke keuze: overheveling van de curatieve GGZ

Ondanks de complexiteit is het ons inziens mogelijk om op korte termijn een betekenisvolle stap te zetten. Het is haalbaar om per 1/1/2006 alle op genezing gerichte GGZ over te hevelen. Deze overheveling geeft op dit moment het beste evenwicht tussen inhoudelijke uitwerking van het begrip «op genezing gerichte zorg» en uitvoerbaarheid. Alleen overhevelen van de curatieve GGZ heeft als voordeel dat de afbakening relatief eenvoudig te maken is. Bij de GGZ gaat het grotendeels om op genezing gerichte zorg. Dit is anders dan bij verpleging en verzorging (V&V) en gehandicaptenzorg waar het meer over echte care-functies gaat. Voor de V&V en gehandicaptenzorg gaan we daarom vooralsnog uit van handhaving van de huidige situatie.

Concreet betekent dit dat de gehele extramurale GGZ overgeheveld wordt en alle intramurale zorg tot één jaar. Met deze keuze worden de uitgangspunten die nu gelden in de curatieve somatische zorg ook gehanteerd voor de (curatieve) GGZ. Overheveling van de curatieve GGZ volgens dit model, ziet er als volgt uit (ter vergelijking is de systematiek in de curatieve somatische zorg toegevoegd).

Zorgsector	Situatie na overheveling curatieve GGZ	
	1e jaar	Na 1 jaar
Extramurale CSZ	Standaardverzekering	Standaardverzekering
Intramurale CSZ	Standaardverzekering	AWBZ
Extramurale GGZ	Standaardverzekering	Standaardverzekering
Intramurale GGZ	Standaardverzekering	AWBZ
Verpleging&verzorging	AWBZ	AWBZ
Gehandicaptenzorg	AWBZ	AWBZ