

Vergaderjaar 2005–2006

30 300 XVI

Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2006

Nr. 156

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 27 juni 2006

Tijdens het VAO over de pakketmaatregelen Zorgverzekeringswet van 21 juni 2006 is door het Kamerlid mevrouw Schippers een motie (30 300 XVI, nr. 149) ingediend waarin de regering wordt verzocht om naast onderdelen van de geestelijke gezondheidszorg (ggz) ook onderdelen van andere vormen van chronische zorg onderdeel te laten uitmaken van het experiment persoonsgebonden budget in de Zorgverzekeringswet (pgb-Zvw). Verder wordt in de motie de mening uitgesproken dat er een overgangsregeling moet zijn in het kader van het experiment pgb-Zvw, waarin bestaande overeenkomsten van budgethouders met aanbieders wordt gerespecteerd.

Tijdens het VAO heb ik al meegedeeld dat het ontwerpbesluit reeds de bedoelde overgangsbepaling bevat. Dit ontwerpbesluit is op 2 juni 2006 voor de wijzigingen van het Besluit zorgverzekering op grond van artikel 11 van de Zorgverzekeringswet aan beide Kamers der Staten-Generaal overgelegd (artikel I, onderdeel A). De overgangsbepaling betreft artikel II van het ontwerpbesluit. Verder heb ik meegedeeld dat ik vóór de stemming over de motie schriftelijk zal reageren waarom ik niet andere vormen van zorg heb aangewezen. Met deze brief voldoe ik aan die toezegging.

Over het experiment heb ik overlegd met Per Saldo en met Zorgverzekeraars Nederland. In dat overleg is een idee van mijn kant aan de orde geweest om een experiment voor zorg ingeval van diabetes, geleidhonden en thuisdialyse mogelijk te maken. Ook is over dit voorstel contact geweest met het secretariaat van het CVZ.

Op basis van deze consultatie ben ik tot de conclusie gekomen dat een pgb voor deze zorgvormen nog niet verantwoord zou zijn, omdat onderdelen van deze zorgvormen nog te veel in elkaar overlopen, dan wel geen zin zou hebben, omdat er geen keuzemogelijkheden zijn voor de verzekerde en de toegevoegde waarde voor de verzekerde ontbreekt. Bij al deze zorgvormen heeft een pgb geen toegevoegde waarde boven de mogelijk-

heid van restitutie die de Zvw al biedt. Ook een voorschot op restitutie is op grond van de Zvw al mogelijk.

Een pgb voor diabeteszorg is niet mogelijk omdat er nu een keten DBC-diabetes wordt ontwikkeld. In dit verband wordt binnenkort gestart met een experiment (Zon-Mw) over een adequate organisatie van diabeteszorg en worden ervaringen opgedaan met een nieuw proces van zorginkoop en -levering via een keten-DBC. De keten-DBC wordt ontwikkeld om te komen tot een samenhangende financiering van zorg die door zorginhoudelijk deskundige personen moet worden geleverd en waarbij er één persoon of instelling verantwoordelijk is voor de hele keten. Hierbij is er geen keuzevrijheid voor verzekerden. Een pgb is dus voor deze zorg niet geschikt.

Met een pgb voor een geleidehond kan een verzekerde geen hond inkopen. De verzekerde ontvangt immers het pgb in termijnen. Met het betalen van een beperkt termijnbedrag aan een school, zal zo'n school geen hond willen gaan opleiden. Een school heeft meer zekerheid nodig. Dat zal een zorgverzekeraar wel kunnen bieden, maar een individuele verzekerde niet.

Er is in feite wel al een pgb voor de gebruikskosten van een geleidehond geregeld. Deze kosten zijn namelijk al als zodanig als voorschot geregeld. Een pgb voor het kopen van een geleidehond heeft geen meerwaarde. Het kan niet zo zijn dat een verzekerde een willekeurige hond gaat inkopen en door iemand laat opleiden, niet zijnde een school voor geleidehonden om vervolgens deze hond te gebruiken. Het opleiden door een aangewezen school is de enige optie voor een verzekerde. Er is dus geen toegevoegde waarde nu de verzekerde geen keuzemogelijkheid heeft. Ook voor het overige zie ik geen toegevoegde waarde nu zorgverzekeraars en scholen in de declaratiesystematiek voorschotregelingen kunnen afspreken. Het lijkt dan meer te gaan om een lump sump-bedrag voor de verzekerde. Een zorgverzekeraar kan veel beter voor dit onderdeel een restitutiemogelijkheid invoeren.

Thuisdialyse omvat de opleiding door het dialysecentrum van degene die de dialyse zullen uitvoeren dan wel degene die daarbij behulpzaam zal zijn, het beschikbaar stellen en de bruikleen van de dialyseapparatuur, de chemicaliën, de vloeistoffen, controle apparatuur, enzovoorts alsmede de noodzakelijke deskundige assistentie door het centrum bij de dialyse. Deze kosten zijn begrepen in de vergoeding die het dialysecentrum op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg ontvangt. Het is op dit moment niet mogelijk om onderdelen hiervan apart te vergoeden. Een pgb voor thuisdialyse heeft geen meerwaarde boven restitutie omdat de aanbieder alleen maar het dialysecentrum kan zijn.

Tot slot heb ik nog overwogen of een pgb voor een of meer hulpmiddelen een optie zou zijn. Op dat terrein van zorg is al onder de Ziekenfondswet een experiment uitgevoerd. Daar bleek dat een pgb geen meerwaarde heeft boven een restitutie-systeem. Bij de Zvw bestaat bovendien de mogelijkheid om een voorschot op de restitutie te krijgen. Juist bij hulpmiddelen is gebleken dat zorgverzekeraars bij uitstek in staat zijn deze doelmatig in te kopen.

Alles afwegende heb ik er daarom voor gekozen het experiment beperkt te houden tot de ggz. Daarbij merk ik op dat de formulering zodanig is dat alle ggz-zorg zonder verblijf onder het experiment valt. Daarmee is het ruimer dan onder de AWBZ, omdat een pgb voor behandeling onder de AWBZ niet mogelijk is.

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