

Vergaderjaar 2005–2006

26 631

Modernisering AWBZ

Nr. 155

BRIEF VAN DE STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 5 december 2005

1. Inleiding en context

Tijdens het Algemeen Overleg over de Modernisering AWBZ van 29 juni 2005 (26 631, nr. 144) heb ik u nadere informatie toegezegd over de doelstellingen en grote lijnen van de AWBZ in de komende jaren. Daarbij kan ik niet vooruitlopen op het interdepartementale IBO-rapport over de toekomst van de AWBZ; dat rapport verschijnt binnenkort. Ik ga daar in 2006 op in.

In deze brief geef ik een aantal hoofdlijnen van mijn beleid weer. Daarnaast blik ik kort terug op het project voor de modernisering van de AWBZ. De bewindslieden van VWS zijn verantwoordelijk voor het veiligstellen van de publieke belangen in de zorg: toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit. Dat uitgangspunt staat ook centraal in een aantal trajecten en projecten die nu en in 2006 plaatsvinden. Voorbeelden daarvan zijn Zorg voor Beter en de uitvoering van het convenant AWBZ 2005–2007.

2. Waartoe dient de AWBZ.

De AWBZ verzekert, zoals ik in mijn brief van 23 april 2004 (29 538, nr. 1) al aangaf, zware chronische en continue zorg die grote financiële risico's voor individuen met zich meebrengt en die particulier niet te verzekeren is. Mijn hoofddoelstelling voor de lange termijn is de verzekering terug te brengen tot waar hij voor was bedoeld: een wet voor niet op genezing gerichte langdurige zorg.

Vanuit dat perspectief zal per 1 januari 2007 het geneeskundige deel van de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) over gaan naar de Zorgverzekeringswet.

Ik heb daarnaast de afgelopen jaren het initiatief genomen voor een nieuwe wettelijke regeling om wonen, welzijn en gezondheid beter op

elkaar af te stemmen. De Wet maatschappelijke ondersteuning is thans in behandeling in het parlement.

De Wmo moet dicht bij de burger zorgen voor een samenhangend beleid op het terrein van gezondheid, wonen en welzijn. Het Rijk hevelt daarvoor onder meer eigen bevoegdheden uit de AWBZ over naar de gemeenten voor de Wmo. Het samenvoegen van onder meer de Wet voorzieningen gehandicapten, de Welzijnswet en de huishoudelijke verzorging zorgt ervoor dat gemeenten straks een samenhangend beleid, passend bij de vraag van de burger, kunnen voeren voor haar inwoners op het terrein van gezondheid, wonen en welzijn.

De overheveling van AWBZ-functies naar de Wmo is, mede op verzoek van de Kamer, in de huidige kabinetsperiode beperkt tot de huishoudelijke verzorging. Verder blijven de huidige aanspraken in de AWBZ van kracht en moeten een aantal pilots laten zien of en hoe naderhand andere functies op termijn overgeheveld kunnen worden.

3. De inrichting van de AWBZ

Zoals hierboven al beschreven is, blijft de kern van de AWBZ om ook op de langere termijn de zorg voor de mensen in de zwaarste doelgroep aan te bieden, conform de oorspronkelijke bedoeling van de AWBZ. Voor deze mensen moeten voldoende voorzieningen van behoorlijke kwaliteit beschikbaar zijn.

De visie van waaruit de uitvoering van de AWBZ vorm krijgt, is al sinds het project van de Modernisering AWBZ gelijk: de cliënt centraal, zorg op maat, stimuleren van de vermaatschappelijking van de zorg, met zorgaanbieders en zorgkantoren die in staat zijn om op de zorgvraag in te spelen. Het project voor de modernisering van de AWBZ dat in 1999 is gestart, was bedoeld om de AWBZ op te zetten conform de hierboven beschreven visie. De opzet van dit systeem is voor het grootste deel afgerond. Een belangrijk sluitstuk rond ik in 2006 af, namelijk de bekostiging (financiering) van de intramurale AWBZ-zorg. In samenhang daarmee zal er dan ook duidelijkheid zijn over de zogenaamde full package en omslagpunten. In 2007 krijgen de intramurale AWBZ-instellingen een nieuw bekostigings-systeem. Het geld wordt specifiek (gericht) verdeeld. Zorgaanbieders krijgen een bedrag dat verband houdt met de zwaarte van de zorg voor een cliënt.

We hebben nu functiegerichte aanspraken, een onafhankelijke en objectieve indicatiestelling en een AWBZ-brede regeling van een persoonsgebonden budget. Hiermee staat de cliënt centraal en kan de zorg op maat worden geïndiceerd. Buiten de instellingsmuren kan die zorg inmiddels op maat worden gefinancierd. Vanaf 2007 kan de zorg ook intramuraal volledig naar zorgzwaarte-niveau worden gefinancierd.

Met betrekking tot kwaliteit heb ik al gerefereerd aan het kwaliteitsproject Zorg voor Beter, dat momenteel in uitvoering is. Thuiszorg, ouderenzorg en gehandicaptenzorg stimuleren om nog meer kwaliteit te leveren. Dát is waar Zorg voor Beter voor staat. Het programma biedt hulp bij het implementeren van best practices. In 2006 start Zorg voor Beter met thema's als voeding&vocht en medicatieveiligheid. Deze trajecten worden een aantal malen herhaald in de periode 2006 en 2007.

Het verplicht stellen van het zorgplan, in het kader van de intramurale financiering, is een voorbeeld van de uitwerking van mijn doelstelling de cliënt centraal te stellen. Deze verplichting versterkt de positie van de cliënt.

De AWBZ biedt ook een aantal zorgfuncties aan mensen die (nog) zelfstandig kunnen wonen. Zo komt er in 2006 bijvoorbeeld een nieuwe (structurele) financieringswijze voor de zorginfrastructuur. Regio's kunnen

dan zelf beslissen over de zorginfrastructuur die in hun gebied nodig is. Dat biedt meer mogelijkheden om mensen met een langdurige zorgbehoefte zorg thuis te laten ontvangen. Deze regeling draagt ook bij aan de vermaatschappelijking van de zorg.

De instellingen die actief zijn op grond van de AWBZ krijgen de komende jaren, net als instellingen elders in de publieke sector, te maken met uniforme eisen voor verantwoording, informatievoorziening en transparantie. Als voorbeeld noem ik in het kader van corporate governance de transparantie-eisen, die zijn gekoppeld aan de toelating van zorginstellingen, omdat een transparant bestuur en een ordelijke bedrijfsvoering een noodzakelijke voorwaarde voor het (deugdelijk) functioneren van zorginstellingen zijn.

Niet alleen zijn er transparantie-eisen die gekoppeld zijn aan de organisatie, ook gelden eisen van transparantie en verantwoording van instellingen over hun prestaties.

De afgelopen jaren is overigens al een aantal initiatieven op het terrein van de verantwoording gestart, bijvoorbeeld: het jaardocument maatschappelijke verantwoording. Dit document geeft straks uniforme informatie over betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid per zorginstelling voor alle belanghebbenden waaronder toezichthouders. Waarmee tevens een verlichting van administratieve lastendruk is gerealiseerd.

Deze informatie wordt verder ook gebruikt voor de Zorgbalans waarover u op 6 juli 2005 bent geïnformeerd (28 852/29 689, nr. 7). De Zorgbalans geeft met een aantal prestatie-indicatoren een samenhangend beeld van de prestaties van de zorg als geheel. Deze indicatoren maken een beoordeling mogelijk van de kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid van de zorg in Nederland op macroniveau. De eerste Zorgbalans verschijnt in mei 2006. In mei 2008 verschijnt de eerste Zorgbalans met een volledig inzicht in de werking van het zorgsysteem.

4. Tot slot

Ik ben in deze brief ingegaan op de hoofdlijnen van mijn beleid op het terrein van de AWBZ voor de komende periode.

Al mijn aandacht gaat thans uit naar het voorspoedig voltooien van de modernisering van de AWBZ en het meegeven van een goede start aan de nieuwe Wet maatschappelijke ondersteuning. Deze trajecten vragen veel inzet van alle partijen, overheid en (werkers in) het veld. Er moet veel werk verzet worden. De visie waaruit deze veranderingen plaatsvinden is consistent en verandert niet: klant centraal, zorg op maat, meer samenhang en betere verantwoording van prestaties.

Ik hoop hiermee tegemoet te zijn gekomen aan uw verzoek een algemeen overzicht te geven over de doelstellingen van, visie op en samenhang in de AWBZ.

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