

Vergaderjaar 2013–2014

33 362

Wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg en enkele andere wetten, teneinde te voorkomen dat zorgverzekeraars zelf zorg verlenen of zorg laten aanbieden door zorgaanbieders waarin zij zelf zeggenschap hebben

Nr. 29

AMENDEMENT VAN HET LID BRUINS SLOT

Ontvangen 19 juni 2014

De ondergetekende stelt het volgende amendement voor:

In artikel II wordt na onderdeel B een onderdeel ingevoegd, luidende:

Ba

Na artikel 13 wordt een artikel ingevoegd, luidende:

Artikel 13aa

1. In afwijking van artikel 13, eerste lid, heeft de verzekerde voor zorg zoals huisartsen en verloskundigen die plegen te bieden, fysiotherapie, logopedie, ergotherapie, oefentherapie, farmaceutische zorg, mondzorg, met uitzondering van de tandheelkundige hulp van specialistische aard, kraamzorg, dieetadviesing, generalistische basis geestelijke gezondheidszorg, ambulante specialistische geestelijke gezondheidszorg, anderhalvelijnszorg en ketenzorg alsmede verpleging en verzorging die niet gepaard gaat met verblijf als bedoeld in artikel 10, onderdeel g, recht op een door de zorgverzekeraar te bepalen vergoeding van de voor deze zorg of dienst gemaakte kosten.

2. In het geval, bedoeld in het eerste lid, behoeft de verzekerde voor zover hij behoefte heeft aan verpleging en verzorging die niet gepaard gaat met verblijf als bedoeld in artikel 10, onderdeel g, daartoe voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar. Toestemming kan worden geweigerd indien daarvoor gewichtige redenen zijn.

Toelichting

Dit amendement regelt dat verzekerden voor de vormen van zorg, genoemd in dit amendement, recht hebben op een door de zorgverzekeraar vast te stellen vergoeding van de voor deze zorg gemaakte kosten, wanneer deze zorg wordt afgenomen van een andere zorgaanbieder dan de zorgaanbieder waarmee de verzekeraar een overeenkomst heeft gesloten. De omvang van deze vergoeding mag niet zo laag zijn dat

hierdoor de keuzevrijheid van verzekerden om van een andere zorgaanbieder gebruik te maken geheel teniet wordt gedaan.

De indiener is van mening dat de toegankelijkheid van de eerstelijnszorg gewaarborgd moet blijven worden. Mensen moeten in eerste instantie geen belemmering of drempel ervaren als zij hulp nodig hebben. Zorg moet laagdrempelig en goed toegankelijk zijn. Daarbij hecht de indiener belang aan de vertrouwensrelatie tussen patiënt en zorgverlener en het bevorderen van substitutie van tweede lijns- naar eerstelijnszorg. Het eerder ingediende amendement van het lid Slob C.S.-onder nummer 20 – regelt voor een te beperkt aantal eerstelijnszorg deze goede toegankelijkheid. We noemen hier dan nog specifiek de anderhalvelijnszorg (inclusief de ander halvelijnscentra) en de ketenzorg aangezien we te maken hebben met een toename van het aantal mensen met één of meer chronische aandoeningen. Samenwerking tussen aanbieders van verschillende soorten zorg, ketenzorg dus, wordt hierdoor een vereiste. Voor de eerstelijns geestelijke gezondheidszorg (ggz) geldt dat de vertrouwensrelatie tussen zorgverlener en patiënt van groot belang is, dat dit ook de effectiviteit van de behandeling vergroot en dat ggz ook zorg in de buurt moet zijn.

Onder ketenzorg verstaat de indiener het samenhangend geheel van zorginspanningen dat door verschillende zorgaanbieders onder een herkenbare regiefunctie wordt geleverd, waarbij het cliëntproces centraal staat en waarbij zoveel mogelijk aansluiting wordt gezocht met diens omgeving. Er wordt een sluitende keten gevormd van diagnostiek, behandeling, begeleiding en palliatie, maar ook van preventie, vroeg opsporen en zelfmanagement.

Onder anderhalvelijnszorg en anderhalvelijnscentra verstaat de indiener de verplaatsing van speciale verrichtingen en kleine medische ingrepen, met behoud van kwaliteit, vanuit de tweedelijnszorg naar de eerstelijnszorg. Het gaat dan om samenwerkingsprojecten die aantonen dat behandeling of delen van behandeling die traditioneel in de tweede lijn plaatsvinden, in de eerste lijn vergelijkbare of betere resultaten opleveren in sociaal, medisch en/of financieel opzicht ten opzichte van behandeling in de tweede lijn.

Vooruitdenken bij zorgverlening en het gezamenlijk aanbieden van zorg, op een plek dicht bij de patiënt, leidt tot hogere kwaliteit. Effectieve ketenzorg vermindert bovendien de druk op specialistische ziekenhuiszorg in de toekomst. Integrale bekostiging betekent dat de gezamenlijke zorg van verschillende aanbieders één tarief krijgt. Deze nieuwe vorm van bekostiging maakt het voor zorgaanbieders eenvoudiger om de zorg samenhangend te organiseren rondom de zorgvraag van de patiënt. Door een knip tussen maken tussen wel en niet vergoeden van ongecontracteerde zorg in de eerstelijns en in de tweedelijns wordt de ontwikkeling om de zorg voor chronisch zieken dicht bij huis en op één plek te organiseren afgeremd.

De vraag naar zorg is zichtbaar aan het veranderen. Als gevolg van de toenemende levensverwachting ontstaat meer vraag naar zorg voor chronische aandoeningen en ondersteuning voor behoud van zelfredzaamheid. Vanuit het traditioneel aanbod in de eerste- en tweedelijns kan in de toekomst geen goed en betaalbaar antwoord worden gegeven op deze ontwikkelingen. Dit probleem vraagt om nieuwe zorgvormen en andere zorgorganisaties. Het uitgangspunt van de indiener daarbij is dat de zorgvraag van de onze klant leidend is. De zorg moet zo veel mogelijk in de eigen omgeving van de klant plaatsvinden. Hiermee kan onnodige intramurale en specialistische zorg zo veel mogelijk worden voorkomen.

In deze centra wordt een verbinding tussen de eerstelijns en tweedelijns zorg gemaakt.

Bruins Slot