

Vergaderjaar 2010–2011

**30 597**

**Toekomst AWBZ**

**Nr. 200**

## **VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG**

Vastgesteld 22 juni 2011

In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport<sup>1</sup> bleek er bij enkele fracties behoefte te bestaan een aantal vragen en opmerkingen voor reactie voor te leggen aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over haar brief van 13 mei 2011 over de overheveling van de geriatrische revalidatiezorg naar de Zorgverzekeringswet (30 597, nr. 184). De op 1 juni 2011 toegezonden inbreng is met de door de minister bij brief van 21 juni 2011 ingezonden reactie hieronder afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,  
Smeets

De griffier van de commissie,  
Teunissen

<sup>1</sup> Samenstelling:

Leden: Staaij, C.G. van der (SGP), Smeets, P.E. (PvdA), voorzitter, Smilde, M.C.A. (CDA), Koşer Kaya, F. (D66), Veen, E. van der (PvdA), Gerven, H.P.J. van (SP), Burg, B.I. van der (VVD), Ouwehand, E. (PvdD), Agema, M. (PVV), Leijten, R.M. (SP), Bouwmeester, L.T. (PvdA), Wolbert, A.G. (PvdA), Wiegman-van Meppelen Scheppink, E.E. (CU), Uitslag, A.S. (CDA), Elias, T.M.Ch. (VVD), ondervoorzitter, Dijkstra, P.A. (D66), Dille, W.R. (PVV), Gerbrands, K. (PVV), Mulder, A. (VVD), Venrooy-van Ark, T. (VVD), Bruins Slot, H.G.J. (CDA), Voortman, L.G.J. (GL) en Klaver, J.F. (GL).  
Plv. leden: Dijkgraaf, E. (SGP), Kuiken, A.H. (PvdA), Omtzigt, P.H. (CDA), Berndsén, M.A. (D66), Klijnsma, J. (PvdA), Ulenbelt, P. (SP), Liefde, B.C. de (VVD), Thieme, M.L. (PvdD), Mos, R. de (PVV), Kooiman, C.J.E. (SP), Arib, K. (PvdA), Vermeij, R.A. (PvdA), Ortega-Martijn, C.A. (CU), Toorenburg, M.M. van (CDA), Lodders, W.J.H. (VVD), Ham, B. van der (D66), Beertema, H.J. (PVV), Bosma, M. (PVV), Straus, K.C.J. (VVD), Miltenburg, A. van (VVD), Ormel, H.J. (CDA), Sap, J.C.M. (GL) en Tongeren, L. van (GL).

## **I. VRAGEN EN OPMERKINGEN VAN DE FRACTIES**

### **Inbreng VVD-fractie**

De leden van de VVD-fractie hebben met belangstelling kennis genomen van de wijziging van de geriatrische revalidatiezorg. Met de overheveling verwachten zij dat de kwaliteit en doelmatigheid van de geriatrische zorg bevorderd wordt. Zij hebben nog enkele vragen.

De minister geeft aan dat zij een structurele doelmatigheidswinst van € 50 miljoen verwacht. Kan de minister toelichten hoe zij op het bedrag van € 50 miljoen is gekomen?

Met de overstap naar een DBC-systeem zijn extra kosten gemoeid zijn. Kan de minister een schatting geven van deze kosten? Waar slaan deze kosten neer?

De leden van de VVD-fractie vragen of het wenselijk is te komen tot regionale revalidatieketens wanneer het uiteindelijke doel vrije prijsvorming is. Bieden regionale revalidatieketens wel voldoende ruimte voor concurrentie tussen de zorginstellingen?

VNO-NCW en MKB Nederland stellen in hun brief van 24 mei jongstleden dat de overheveling van de geriatrische zorg naar de Zorgverzekeringswet (Zvw) tot een lastenverzwaring voor werkgevers zal leiden. Kan de minister een reactie geven op deze lasten? Deelt zij de mening van deze werkgeversorganisaties dat zij een compensatie zouden moeten krijgen om de lastenverzwaring op te vangen?

Heeft de overheveling van de geriatrische zorg gevolgen heeft voor de premiebetaler? Zo ja, welke en wanneer zijn deze te verwachten?

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) adviseert de zorg te financieren met DBC-zorgproducten, maar de uiteindelijke afrekening plaats te laten vinden op grond van de geregistreerde ZZP's. De minister neemt dit advies over. Nieuwe aanbieders die nu al onder Zvw-regime vallen worden bekostigd op basis van de DBC-systematiek. Er is dan tijdelijk sprake van twee systemen. Hoe schat de minister het risico in dat dit tot oneerlijke concurrentie leidt tussen aanbieders onderling?

### **Inbreng PvdA-fractie**

De leden van de fractie van de PvdA hebben met belangstelling kennis genomen van het kabinetsvoornemen geriatrische revalidatiezorg over te hevelen naar de Zvw. Deze leden hebben nog enkele aanvullende vragen en opmerkingen.

De minister geeft aan dat revalidatiezorg is van korte aard is en daarom beter in de Zvw past. De PvdA kan zich in deze redenering vinden. De vraag aan het kabinet is wat de maximale behandelperiode van geriatrische zorg is die in de Zvw past. Op basis van welke criteria brengt de minister een scheiding aan tussen kortdurende geriatrische zorg, die dus onder de Zvw gaat vallen, en langdurende geriatrische zorg, welke AWBZ vergoed blijft? Wat was de maximale duur, in dagen, van een geriatrisch revalidatiebehandeling in 2010?

Samen met de NZa en DBC-Onderhoud zal het ministerie van VWS uitwerking geven aan alle acties die voor de overheveling ondernomen moeten worden. Één hiervan is de formulering van productbeschrijvingen. Op welke datum in 2012 zullen de DBC/DOT beschrijvingen van de geriatrische zorg klaar zijn? Hoeveel DBC/DOT zorgproducten voor

revalidatiezorg komen er precies? Hoeveel meer zijn dit er dan de huidige ZZP beschrijvingen voor geriatrie zorg? De tarieven worden macroneutraal vastgesteld. Er zal een transitie-fase met maximumtarieven worden ingesteld. Hoelang zal deze duren, wanneer zal de NZa de beoordeling tot overgang tot vrije tarieven maken? De leden van de PvdA lezen dat de minister met verzekeraars per 2013 en 2014 wil afspreken dat het nieuwe Zvw volume de oude AWBZ-productie niet mag overschrijden. Zijn deze afspraken al gemaakt? Wat gebeurt er als de verzekeraars zich niet aan de volumeafspraken houden?

Oudere cliënten hebben behoefte aan een multidisciplinaire behandeling die aan hun individuele herstel mogelijkheden en trainingstempo is aangepast en rekening houdt met comorbiditeit. De minister merkt op dat de geriatrie revalidatie zich in zorginhoud onderscheidt van de medisch-specialistisch revalidatie, welke al onder de Zvw valt. Kijkend naar deze opmerkingen vragen de leden van de PvdA fractie zich af of een overheveling dan niet op problemen gaat stuiten? Sluit een multidisciplinaire zorgvraag niet beter aan bij AWBZ financiering, omdat de AWBZ meer raakvlakken met de zorgvraag van de patiënten heeft? De minister spreekt de verwachting uit dat er zich een meer gespecialiseerd aanbod van (variabele) revalidatiezorg gaat ontwikkelen. Is deze specialisatie niet juist in tegenspraak met de vraag naar multidisciplinaire behandeling van patiënten met comorbiditeit?

De leden van de fractie van de PvdA lezen dat de aansluiting tussen ziekenhuisbehandeling en AWBZ revalidatie niet optimaal is. Een snelle start van de revalidatiebehandeling komt niet op gang. Welke prikkels krijgt het ziekenhuis om oudere cliënten die revalidatiezorg nodig hebben nu snel extramuraal te behandelen? Is er geen reëel risico dat ziekenhuizen intramuraal revalidatiezorg gaan aanbieden, tegen relatief hoge prijzen, als de revalidatiezorg wordt over geheveld naar de Zvw? Welke maatregelen neemt de minister zodat dit niet zal gebeuren?

De minister rekent op een flinke doelmatigheidswinst door deze overheveling. Hoe wordt de doelmatigheidswinst van € 50 miljoen per 2015 ingeboekt in de vaststelling van het budget voor revalidatiezorg? De leden van de fractie van de PvdA verwachten dat de administratieve kosten voor verzekeraars door de overheveling flink zullen toenemen. Waar onderhandeling over geriatrie revalidatiezorg in de AWBZ wordt uitgevoerd door de grootste verzekeraar van het regiokantoor, zullen alle verzekeraars nu individueel moeten onderhandelen met zorgaanbieder over het volume en prijs van de nieuwe zorgproducten, zeker als de zorg onder het B-segment gaat vallen. Dit vraagt om nieuw personeel en kennis. Kan de minister een inschatting maken wat de hoogte van deze nieuwe administratieve kosten zal zijn? Verwacht de minister dat hier bovenop nog eens een extra doelmatigheidswinst van € 50 miljoen behaald kan worden?

De NZa adviseert om de zorg in 2013 te financieren met zorgproducten, maar de uiteindelijke afrekening te laten plaatsvinden op grond van de geregistreerde ZZP's. Wordt het macrobudget van 2013 dus vastgesteld op basis van de ZZP tarieven? Zijn de DOT maximumprijzen gelijk aan de ZZP tarieven? Er zullen meer productbeschrijvingen dan ZZP beschrijvingen voor de geriatrie revalidatiezorg worden vastgesteld. Zorgt dit niet voor een reëel gevaar tot overschrijdingen? Zeker als de minister aangeeft dat er in principe geen financiële rem meer is op de consumptie van geriatrie revalidatiezorg?

De NZa ziet geen grote macrobudgettaire risico's voor overheveling. De leden van de fractie van de Partij van de Arbeid vragen of de minister op basis van eigen inzicht tot een andere conclusie komt. Hoe kan er geen

groot macrobudgettair risico zijn als er per 2013 wordt overgestapt van een aantal ZZP beschrijvingen naar meerdere DOT beschrijvingen, er geen financiële rem is op de consumptie van geriatrische revalidatiezorg, en het volume afhankelijk is van eventuele markteffecten? Welke partijen vrezen precies voor een latent aanwezige vraag naar revalidatiezorg en welke redenen dragen zij voor dit standpunt aan? De leden van de PvdA fractie vragen de minister de overheveling per 2013 te monitoren en halverwege het jaar een rapportage over de prijzen en het volume naar de Kamer te sturen. Zo kan het kabinet en de Kamer beoordelen of er inderdaad geen trend tot overschrijding is.

De minister van VWS wil de revalidatiezorg dichter bij huis aanbieden. Echter, Verenso heeft in 2010 een norm gepubliceerd ten aanzien van het minimaal aantal plaatsen dat een afdeling voor revalidatiezorg moet bieden voor het waarborgen van kwaliteit. Is hier niet sprake van een paradox? Dichter bij huis, maar dit kan niet wegens de kwaliteitseisen? De NZa geeft daarbij aan dat kwaliteitsverbeteringen er toe kunnen leiden dat het tarief na overheveling niet meer kostendekkend zal zijn. Dit zou betekenen dat zorgaanbieders gaan onderhandelen over hogere tarieven en het budget kan overschrijden. Hoe gaat de minister hier mee om?

De leden van de PvdA begrijpen dat het kabinet afspraken met de zorgaanbieders wil maken over de inhoud en kwaliteit van het revalidatiezorg aanbod, bijvoorbeeld in de vorm van het hanteren van kwaliteitsindicatoren. Welke doelstellingen heeft de minister op dit gebied? Wanneer zal de minister de Kamer informeren over deze afspraken? Moet, om de kwaliteitsindicatoren effectief te laten zijn, niet al per 2012 kwaliteitsinformatie bij de bestaande aanbieders worden verzameld zodat deze informatie per 2013 kan worden gepubliceerd en door verzekeraars en patiënten kan worden gebruikt? Zo ja hoe gaat de minister dit doen? Zo nee, waarom niet?

De specialisten ouderengeneeskunde zullen vanaf 2013 de indicatie tot revalidatiezorg uitvoeren. Hiertoe wordt door de beroepsgroep een triage-instrument ontwikkeld. Wanneer is dit instrument klaar? De leden van de fractie van de PvdA vragen of de specialisten ouderengeneeskunde een financieel belang hebben bij intramurale revalidatie, omdat ze deze zelf verzorgen en per DOT product bekostigd worden? Het doel van het triage-instrument is volgens de minister tweeledig. Op welke ongewenste verschuivingen in zorg tussen ziekenhuis, revalidatiecentrum en verpleeghuis doelt de minister?

### **Inbreng PVV-fractie**

De leden van de PVV-fractie hebben met belangstelling kennis genomen van de brief van 31 mei jl. met het onderwerp «Overheveling geriatrische revalidatiezorg».

We zien dat in het gekozen overgangstraject veel aandacht bestaat voor de financiële risico's die de overheveling zou kunnen meebrengen voor de overheid, verzekeraars en aanbieders van revalidatiezorg, en menen dat die risico's met het gekozen traject naar overheveling per 2013 aanvaardbaar zijn.

We misten in de brief echter een beschouwing over de gevolgen die deze overheveling heeft voor degenen die de Zvw-premies betalen, en de lastenverschuivingen die de overheveling onder premiebetalers teweegbrengt. Kunt u in dit verband ingaan op de zorgen die VNO-NCW en MKB-Nederland hebben geuit in hun brief van 24 mei jl. aan de Kamercommissie voor VWS, waarvan een afschrift is gestuurd aan de minister?

### **Inbreng CDA-fractie**

De leden van de CDA-fractie hebben met belangstelling kennis genomen van het voorstel om de geriatrische revalidatiezorg over te hevelen van de AWBZ naar de Zvw. Zij zijn van mening dat deze vorm van zorg, gericht op herstel uitstekend past binnen de Zvw. Het zal nieuwe mogelijkheden voor zorgverleners meebrengen om deze zorg te verbeteren. Het ligt voor de hand dat ook de GRZ onder de prestatiebekostiging gaat vallen, inclusief de mogelijkheid van het macrobeheersingsinstrument. Zij vragen of het begrip «geriatrische» betekent dat alleen deze revalidatie bedoeld is voor ouderen? Is het daarbij niet goed dat de zorgverleners die zich met deze zorg gaan bezig houden ook op de hoogte zijn van de specifieke eisen die de zorg voor ouderen met zich mee brengt?

Daarnaast hebben genoemde leden de volgende vragen:

Voor de overgang moeten de nodige stappen worden gezet. Kan de CIZ tijdig de indicaties gereed hebben en weten de medische specialisten of andere zorgverleners tijdig dat zij indicaties moeten stellen en hoe? Is er sprake van triage? Wie doet deze? Wie is de verantwoordelijke behandelaar tijdens de GRZ-revalidatie? Wie bepaalt wanneer de patiënt klaar is met de GRZ? Wat zijn precies de stappen om de aansluiting tussen ziekenhuisbehandeling en GRZ-revalidatie tot stand te brengen, vanaf het moment van de overheveling. Wie signaleert overgangssperikelen en voorkomt dat patiënten hiervan hinder ondervinden? Welke stappen nemen zorgverzekeraars om deze nieuwe taak op zich te nemen. Kunnen zij tijdig de ex ante verevening op orde hebben? Kortom, hoe ziet precies de transitiefase eruit? De leden van de CDA-fractie zijn tevreden over de voorgestelde overgangsregeling om in 2013 de uiteindelijke afrekening nog te laten plaatsvinden op grond van de geregistreerde ZZP's.

Het AWBZ-budget voor de GRZ omvatte € 620 miljoen. Dat moet nu worden opgebracht via de Zvw. Welke gevolgen heeft de overheveling voor de AWBZ-premie, wordt deze verlaagd? Wordt zowel de nominale premie als de inkomensafhankelijke Zvw-premie verhoogd?

### **Inbreng D66-fractie**

De leden van de D66-fractie hebben het voorstel tot overheveling van geriatrische revalidatiezorg van de AWBZ naar de Zvw met belangstelling ontvangen. De leden hebben naar aanleiding hiervan nog enkele vragen.

De leden van de D66-fractie constateren dat een randvoorwaarde om tot een succesvolle overheveling te komen er een stabiele DBC-productstructuur en een goed triage-instrument moeten zijn. De leden vragen zich af welke doelstellingen gesteld zijn met betrekking tot een stabiele DBC-productstructuur en/of een goed triage-instrument? Wat zijn de alternatieven wanneer blijkt dat dit eventueel niet op tijd gereed zal zijn?

Deze leden constateren dat de specialist ouderengeneeskunde straks de positie krijgt om de GRZ-DBC te openen. Deze leden vragen of het kabinet nog van plan is om een zogenaamde «keten-DBC» te ontwikkelen, zodat er niet opnieuw sprake zal zijn van allerlei aparte en onnodig geopende DBC's van verschillende beroepsgroepen, waardoor de geriatrische zorg heel duur wordt.

De leden van de D66-fractie constateren dat de verzekeraars in 2015 volledig risicodragend zullen zijn. Fundamenteel voor de risicodragendheid van zorgverzekeraars is een goede ex ante risicovereveningssystematiek. Deze leden vragen of de doelstelling dat de ex ante risico-

verevening in 2015 adequaat functioneert wel realistisch is, mede met het oog op het gegeven dat het in de ziekenhuissector decennia lang heeft geduurd voordat dit goed functioneerde. Hoe garandeert het kabinet dat de bovenstaande doelstelling gehaald zal worden?

### **Inbreng ChristenUnie-fractie**

De leden van de ChristenUnie-fractie zijn altijd voorstander geweest van het overhevelen van de geriatrische revalidatiezorg van de AWBZ naar de Zvw. Zoals door velen wordt beaamd is revalidatiezorg verzekerbare zorg, dit geldt ook voor geriatrische revalidatiezorg. Daarnaast zijn er ook zorginhoudelijke argumenten waar de leden van de ChristenUnie-fractie zich wel in kan vinden. Zij noemen bijvoorbeeld de mogelijkheid om revalidatiezorg meer flexibel te organiseren uit het oogpunt van kwaliteit, een betere benutting van de verpleeghuiscapaciteit, een meer adequate financiering en de zorg kan beter in de keten worden afgestemd.

De leden van de ChristenUnie-fractie zijn van mening dat de minister er te veel vanuit gaat dat de overheveling een besparing op zou kunnen leveren. Het is namelijk de vraag of door de toenemende vergrijzing en daarmee ook de toename van vraag naar geriatrische zorg het überhaupt mogelijk is voor zorgverzekeraars en zorgverleners om te besparen? In dit licht kan deze fractie ook de kritiek van de VNO NCW en MKB Nederland begrijpen. Zij waarschuwen voor een lastenverzwaring voor werkgevers door overheveling. Zij vrezen dat werkgevers straks een groot deel van de zorguitgaven voor een groeiende groep ouderen zullen moeten betalen. Wat is de reactie daarop van de minister? Hoe zit het met een toenemende administratieve lastendruk van zorgverleners? De leden van de ChristenUnie-fractie vrezen dat het onderhandelen met zorgverzekeraars veel tijd zal vergen. Daarbij komt het feit dat elke zorgverzekeraar zijn eigen eisen stelt op het gebied van kwaliteit. Is het bekend welke voorwaarden zorgverzekeraars zullen gaan stellen? Ook vraagt deze fractie zich af in hoeverre DBC-O erin slaagt om onderscheid te maken tussen verschillende geriatrische revalidanten. Het revalideren van een gebroken heup bij een voorheen gezonde man van 60 (die overigens ook vaak thuis valideert) is anders dan een oude demente dame van 80 die ook nog hartfalen heeft. Het is onmogelijk om hierop hetzelfde tarief los te laten. Kan de minister garanderen dat met verschillende revalidanten rekening wordt gehouden? In 2012 kunnen zorgaanbieders met zorgkantoren opnieuw een transitietoeslag afspreken. Welke maatregel heeft de minister getroffen dat ook andere cliënten de mogelijkheid krijgen om een korte, intensievere behandeling te krijgen? In het rapport van de NZA over de overheveling somatische revalidatiezorg van de AWBZ naar Zvw benoemt een aantal aandachtspunten. De leden van de ChristenUnie-fractie vragen of de minister kan aangeven hoeveel AWBZ instellingen die nu revalidatiezorg aanbieden een toelating tot de WTZi moeten aanvragen om ook als zorgaanbieder revalidatiezorg op basis van de Zvw te mogen leveren? Een ander punt van aandacht is het moment van financieren. Onder de AWBZ ontvangen zorgaanbieder een voorschot voor de zorg die ze leveren terwijl zij in de Zvw pas betaald zullen worden nadat zij een DBC in rekening hebben gebracht. De Nza verwacht dat zorgverzekeraars afspraken kunnen maken met zorgaanbieders over het verlenen van voorschotten. Ik vraag de minister of zij hierop al zich heeft. Is dit inderdaad het geval? Hoe zorgt de minister ervoor dat de cliënt in 2013 ook daadwerkelijk kwalitatieve goede zorg in de keten ontvangt? Ons inziens is het daarvoor noodzakelijk om middelen te verschuiven vanuit het ziekenhuis naar het verpleeghuis.

## II. ANTWOORDEN VAN DE REGERING

Op 13 mei jongstleden heb ik namens het kabinet een brief aan de Tweede Kamer gestuurd over het voornemen om de geriatrische revalidatiezorg (GRZ) per 2013 van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) naar de Zorgverzekeringswet (Zvw) over te hevelen (Kamerstukken 2010–2011, 30 597, nr. 184). De leden van de fracties geven allen te kennen dat zij met belangstelling kennis hebben genomen van dit kabinetsvoornemen. In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport bleek bij enkele fracties desalniettemin behoefte te bestaan een aantal vragen en opmerkingen voor reactie aan mij voor te leggen.

In deze brief ga ik per fractie op de vragen en opmerkingen in. Ik stuur u deze reactie voor 22 juni 2011 zodat u hier, voorafgaand aan het Algemeen Overleg over de Zvw dat voor 22 juni 2011 gepland staat, kennis van kunt nemen. De voorgenomen overheveling van de geriatrische revalidatiezorg is één van de agendapunten voor het AO van 22 juni 2011.

### Inbreng VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie hebben vragen gesteld over de verwachte doelmatigheidswinst van € 50 miljoen. Zij willen weten hoe aan het bedrag van € 50 miljoen is gekomen. Ook willen zij weten welke extra kosten er gemoeid zijn met de overstap naar een DBC-systeem en waar deze kosten neerslaan.

De leden van de VVD-fractie vragen of het wenselijk is te komen tot regionale revalidatieketens wanneer het uiteindelijke doel vrije prijsvorming is. Bieden regionale revalidatieketens wel voldoende ruimte voor concurrentie tussen de zorginstellingen?

Naar aanleiding van de brief van VNO-NCW en MKB Nederland van 24 mei jongstleden vragen de leden van de VVD-fractie mij of werkgeversorganisaties voor de lastenverzwaring als gevolg van de overheveling gecompenseerd worden, zoals VNO-NCW en MKB Nederland in hun brief voorstellen.

Veder willen de leden van de VVD-fractie inzicht in de gevolgen van de overheveling van de geriatrische zorg voor de premiebetaler?

Tot slot vragen de leden van de VVD-fractie mij hoe ik het risico inschat dat er gedurende de overgangsfase, waarin bestaande instellingen nog op basis van ZZP's worden afgerekend maar waarvoor voor nieuwe toetreders al bekostiging en financiering op basis van DBC-zorgproducten plaatsvindt, oneerlijke concurrentie ontstaat tussen aanbieders onderling.

### Reactie

De doelmatigheidswinst die resulteert uit de overheveling van de revalidatiezorg waarnaar de leden van de fractie van de VVD vragen is afkomstig uit het heroverwegingsrapport langdurige zorg. De opbrengst is ook opgenomen in de doorrekening van het regeerakkoord door het CPB. Zoals ik in mijn brief van 13 mei 2011 (Kamerstukken 2010–2011, 30 597, nr. 184) reeds uiteen heb gezet kan de GRZ na overheveling bijvoorbeeld meer ketengericht door zorgverzekeraars worden ingekocht en bestaat de mogelijkheid onder de Zvw om een deel van de GRZ ook extramuraal aan te gaan bieden. Daarnaast wordt bij zorgverzekeraars per 2015 de ex post compensatie afgeschaft. Op die manier ontstaat er een prikkel voor verzekeraars scherp in te komen zodat zorg goedkoper geleverd kan worden. Mede door initiatieven zoals deze acht ik de doelmatigheidswinst haalbaar.

De kosten die gemoeid zijn met de overheveling, slaan bij verschillende partijen neer. Voor de overgang van ZZP's naar DBC's moeten onder

andere aanpassingen gedaan worden in de ICT systemen van de instellingen en moet de administratieve organisatie en interne controle worden aangepast. Instellingen moeten de zorg in DBC-zorgproducten kunnen registreren en kunnen declareren en factureren. Maar ook verzekeraars moeten aanpassingen doorvoeren om te zorgen zij de declaraties kunnen ontvangen en controleren.

Daarnaast ben ik van mening dat de overheveling niet enkel een technische exercitie moet zijn maar dat er ook een kwaliteits- en doelmatigheidsslag moet worden gemaakt. Samen met veldpartijen waaronder de NPCF, Verenso, ActiZ, RN en ZN wordt hier stevig op ingezet. Een voorbeeld is het proeftuinenproject waarover ik u ook in mijn brief van 13 mei 2011 (Kamerstukken 2010–2011, 30 597, nr. 184) heb geïnformeerd. Dit vergt investeringen van partijen maar levert ook geld op. Om deze redenen kan ik niet precies aangeven waar kosten en opbrengsten terechtkomen.

Om de overheveling in goede banen te leiden en partijen zo goed mogelijk te begeleiden bij de overheveling heeft mijn ambtsvoorganger een bureau in de hand genomen die de instellingen ondersteuning biedt. Reeds vanaf halverwege 2010 is een groep voorloperinstellingen ondersteund bij het opzetten van de DBC-zorgproduct registratie en heeft de groep proeftuinen begeleiding gekregen bij het opzetten van hun proeftuin. Deze ondersteuning wordt doorgezet tot in ieder geval halverwege 2012 en uitgebreid naar alle instellingen die nu en in 2013 GRZ blijven leveren.

De vorming van regionale revalidatieketens staat concurrentie tussen zorginstellingen niet in de weg. In de meeste regio's zal sprake zijn van meerdere aanbieders van zowel ziekenhuiszorg, revalidatiezorg als thuiszorg, zodat in principe meerdere ketens mogelijk zijn. Ook zullen naar verwachting in de meeste regio's aanbieders actief zijn die zich niet aan een keten verbinden. De verzekeraars en verzekerden houden daarmee voldoende keuzevrijheid in revalidatiezorg.

In reactie op de vragen van de leden van de VVD-fractie over de brief van VNO-NCW en MKB Nederland van 24 mei jongstleden kan ik melden dat de overheveling van de geriatrische revalidatiezorg van de AWBZ naar de Zvw hogere lasten voor de Zvw betekent. Omdat de Zvw een lastendekkende financiering kent gaan bij overheveling zowel de nominale premie als de inkomensafhankelijke bijdrage omhoog. Het kabinet heeft bij de Startnota (Kamerstukken 2010–2011, 32 500, nr. 29) een lastenkader afgesproken. Dat betekent dat het kabinet de lasten niet met meer mag laten stijgen dan hetgeen daar is afgesproken. Stijgende ZVW-premies als gevolg van de overheveling zullen dan ook volledig gecompenseerd worden (dit geldt overigens zowel voor bedrijven als voor burgers). Het kabinet neemt hierover een besluit bij de augustusbesluitvorming.

Tot slot mijn reactie op de vraag van de VVD fractie naar het risico op oneerlijke concurrentie als gevolg van de door mij voorgestelde overgangsregeling. De afrekening in ZZP's als overgangsregeling vindt alleen in 2013 plaats. Het risico van oneerlijke concurrentie acht ik klein omdat in dit overgangsjaar weinig nieuwe aanbieders zich op deze zorgmarkt zullen begeven, of ze nu onder de Zvw vallen of een AWBZ-instelling zijn. Ik verwacht dat aan de vraag naar geriatrische revalidatiezorg in 2013 volledig zal worden voldaan door aanbieders die na de overheveling hun revalidatiezorg continueren.

### **Inbreng PvdA-fractie**

De PvdA-fractie vraagt op basis van welke criteria VWS onderscheid maakt tussen de kortdurende geriatrische revalidatiezorg die onder de

Zvw gaat vallen, en langdurende geriatrie zorg welke AWBZ vergoed blijft. De leden van de PvdA-fractie willen weten wat de maximale duur, in dagen, is van een geriatrisch revalidatiebehandeling in 2010?

Daarnaast vragen de leden van de fractie van de PvdA wanneer in 2012 de beschrijvingen van de DBC-zorgproducten van de geriatrische zorg klaar zijn, hoeveel DBC zorgproducten er precies komen voor de geriatrische revalidatiezorg en hoeveel meer dit er zijn dan de huidige ZZP beschrijvingen voor geriatrische zorg.

Ook vraagt de PvdA mij hoelang de transitiefase zal duren waarin er maximum tarieven gelden en wanneer de NZa beoordeelt of tot vrije tarieven kan worden over gegaan.

De leden van de PvdA vragen mij of de geriatrische revalidatiezorg gezien haar multidisciplinaire zorgvraag niet beter aansluit bij de AWBZ dan bij de Zvw omdat, zo stellen de leden van de PvdA fractie, de AWBZ meer raakvlakken met de zorgvraag van de patiënten heeft dan de Zvw. De leden van de PvdA vragen of het gespecialiseerde zorgaanbod dat de ik voorsta niet juist in tegenspraak is met de vraag naar een multidisciplinaire behandeling van patiënten met comorbiditeit.

De leden van de fractie van de PvdA vragen welke prikkels ziekenhuizen na overheveling krijgen om oudere cliënten die revalidatiezorg nodig hebben snel extramuraal te behandelen. Zij vragen hoe ik het risico inschat dat ziekenhuizen na overheveling, tegen relatief hoge prijzen, intramuraal revalidatiezorg gaan aanbieden en zij vraagt mij welke maatregelen ik neem zodat dit niet zal gebeuren.

De leden van de PvdA vragen net als de leden van de VVD ook naar de door het kabinet beoogde doelmatigheidswinst van € 50 mln. De leden van de fractie van de PvdA vragen zich af of de verwachten doelmatigheidswinst reëel is gezien de toenemende administratieve kosten die de overheveling volgens de leden van de fractie van de PvdA voor verzekeraars met zich meebrengt. De leden van de PvdA vragen mij hoe de doelmatigheidswinst van € 50 miljoen per 2015 wordt ingeboekt in de vaststelling van het budget voor de geriatrische revalidatiezorg.

De PvdA vraagt mij hoe het beschikbare macro kader dat wordt overgeheveld in 2013 wordt vastgesteld. De PvdA vraagt zich af of het feit dat er straks meer DBC-zorgproducten zijn dan er nu ZZP's zijn voor de GRZ zorg betekent dat er straks een reëel gevaar is op overschrijdingen. Zeker gezien het feit dat er volgens de fractie van de PvdA straks geen financiële rem meer is op de consumptie van geriatrische revalidatiezorg. De leden van de PvdA vragen mij naar de stand van zaken van mijn gesprekken met verzekeraars over de beheerste volumegroei. Zijn deze afspraken al gemaakt? Wat gebeurt er als de verzekeraars zich niet aan de volumeafspraken houden?

De fractie van de PvdA vraagt mij hoe ik aankijk tegen de macrobudgettaire risico van de overheveling. De PvdA wil graag weten hoe het zit met de latente vraag naar revalidatiezorg? De leden van de PvdA fractie vragen de minister de overheveling per 2013 te monitoren en halverwege het jaar een rapportage over de prijzen en het volume naar de Kamer te sturen zodat het kabinet en de Kamer kunnen beoordelen of er inderdaad geen trend tot overschrijding is.

De leden van de PvdA-fractie vragen mij hoe ik in de geriatrische revalidatiezorg omga met de vraagstukken kwaliteit versus bereikbaarheid en kwaliteit versus betaalbaarheid. De PvdA geeft als voorbeeld de richtlijn van Verenso (2010) waarin zij een norm publiceerd ten aanzien van het minimaal aantal plaatsen dat een afdeling voor revalidatiezorg moet bieden voor het waarborgen van kwaliteit. De PvdA vraagt of hier geen sprake is van een paradox. Kan de zorg wel aan de kwaliteitseisen voldoen en tegelijk dicht bij huis worden geleverd? Daarnaast geeft de NZa aan dat kwaliteitsverbeteringen er toe kunnen leiden dat het tarief na overheveling niet meer kostendekkend zal zijn. De leden van de PvdA fractie willen weten hoe ik hiermee omga.

De leden van de PvdA begrijpen dat het kabinet afspraken met de zorgaanbieders wil maken over de inhoud en kwaliteit van het revalidatiezorg aanbod, bijvoorbeeld in de vorm van het hanteren van kwaliteitsindicatoren en vragen welke doelstellingen ik op dit gebied heb. Moet, om de kwaliteitsindicatoren effectief te laten zijn, niet al per 2012 kwaliteitsinformatie bij de bestaande aanbieders worden verzameld zodat deze informatie per 2013 kan worden gepubliceerd en door verzekeraars en patiënten kan worden gebruikt? De leden van de PvdA fractie willen weten wanneer de Kamer hierover geïnformeerd wordt.

Tot slot heeft de PvdA nog een aantal vragen over de triage door de specialisten ouderengeneeskunde. Men wil weten wat precies het doel is van het instrument en wanneer het instrument klaar is.

## **Reactie**

Het onderscheid tussen de kortdurende geriatrische revalidatiezorg die onder de Zvw gaat vallen en de langdurende geriatrische zorg welke AWBZ vergoed blijft, waarnaar de leden van de PvdA-fractie vragen is met name gelegen in de duur en de aard van de zorg. De over te hevelen revalidatiezorg is thans onder de AWBZ geïndiceerd met ZZP9. Het belangrijkste onderscheid met de langdurige geriatrische zorg is dat revalidatie een beperkte duur heeft en in de kern een «behandeling» is. ZZP9 kent een indicatietermijn van maximaal 3 maanden, eventueel te verlengen met nog eens maximaal 3 maanden. In de praktijk komen revalidatiecliënten nauwelijks aan deze maximale termijnen toe. De gemiddelde behandelduur voor ZZP9 is namelijk aanmerkelijk korter, te weten 42 ligdagen in 2010. De aard van het begeleidingsdoel bij kortdurende revalidatie is ontwikkelingsgericht terwijl langdurige geriatrische zorg, ook wel herstellzorg genoemd, veelal gericht is op stabilisatie of begeleiding bij achteruitgang.

In reactie op de vragen van de PvdA over de DBC-zorgproducten kan ik de leden van de fractie van de PvdA het volgende melden. Op dit moment zijn er nog geen DBC-zorgproducten. Deze worden heden door DBC-Onderhoud en veldpartijen ontwikkeld. Hiertoe is in 2010 reeds een groep voorloperinstellingen gestart met registreren van zorgactiviteiten. Een voorbeelden van een zorgactiviteiten is een polikliniekbezoek of een huisbezoek. Op basis van de informatie die de voorloperinstelling aanleveren bepaalt DBC-Onderhoud hoe de zorgprofielen van de DBC-zorgproducten eruit komen te zien. Hoeveel DBC-zorgproducten er voor de geriatrische revalidatie precies komen is dus nog niet duidelijk. Wel is duidelijk dat dit er in ieder geval meer worden dan nu het geval is. Nu is er voor alle geriatrische revalidatiezorg één ZZP, te weten ZZP9. Bij de DBC-zorgproducten wordt er in ieder geval onderscheid gemaakt naar 5 diagnosegroepen: CVA, electieve orthopedie (geplande knie-/heup- en schouderoperaties), trauma, amputaties en overige zorg (waaronder longziekten, hartziekten, neurologie, plastische chirurgie, orthopedie, etc.). Dit najaar krijgt DBC-Onderhoud, op basis van de gegevens die de voorloperinstellingen in september aanleveren, zicht op hoe de DBC-zorgproducten er in concept uit komen te zien. De definitieve vaststelling van de producten vindt plaats in de zomer van 2012, als er ook kostprijzen en tarieven zijn.

Over de transitiefase heb ik u in mijn brief van 13 mei 2011 (Kamerstukken 2010–2011, 30 597, nr. 184) geïnformeerd. Deze duurt tot 2015. In 2015 worden de verzekeraars volledig risicodragend voor de geriatrische revalidatiezorg. Dat wil zeggen dat de ex post compensaties per 2015 zijn afgeschaft. De instellingen die nu al GRZ leveren en die dat in 2013 blijven doen, worden in 2013, het jaar van overheveling, nog op basis van ZZP's nagecalculeerd. De NZa verwacht dat de zorg in 2014 volledig op basis

van DBC-zorgproducten bekostigd kan worden. De NZa beoordeelt aan de hand van een impactanalyse in 2013 of de overstap op DBC-zorgproducten verantwoord is. In de transitiefase gelden maximumtarieven. Wanneer van maximumtarieven op vrije tarieven overgegaan kan worden hangt onder meer af van de kwaliteit en stabiliteit van de DBC-zorgproducten die op dat moment gelden. Maar ook andere factoren spelen een rol, zoals de mate van risicodragendheid bij verzekeraars. Bij het besluit of de tarieven voor deze zorg op enig moment vrijgelaten kunnen worden is het uitgangspunt dat de continuïteit, toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg niet in het geding mag komen. Bovendien vind ik het belangrijk om de bekostiging bij de medisch specialistische revalidatie in revalidatiecentra en ziekenhuizen in het oog te houden. Indien daar sprake is van vrije prijzen kan dat aanleiding zijn om voor de geriatrische revalidatie ook vrije prijzen te overwegen. Als over de gehele zorgketen vrije prijzen gelden, kunnen verzekeraars namelijk gemakkelijker efficiënte ketenafspraken maken. Ik stel mij voor dat ik de NZa zal vragen halverwege 2013, afhankelijk van hierboven beschreven ontwikkelingen, te bezien of vrije prijsvorming per 2014 of 2015 mogelijk is.

De zorgvraag van geriatrische revalidatiecliënten is primair revalidatie, waarbij de behandelaars rekening houden met hun specifieke geriatrische nevenproblematiek. De revalidatiebehandeling van deze oudere en kwetsbare cliëntengroep vindt thans in de AWBZ plaats onder verantwoordelijkheid van een specialist ouderengeneeskunde, en dat zal na de overheveling zo blijven. De inbreng van deze arts garandeert de specifieke geriatrische kennis en kunde bij een revalidatiebehandeling, die gegeven de definitie van GRZ, altijd multidisciplinair van aard moet zijn. Door de overheveling zal straks een betere afstemming met het ziekenhuis plaatsvinden, waardoor meer geïntegreerd op de zorgvraag kan worden ingespeeld.

Wat betreft de door mij verwachte specialisatie, doel ik op het zich specialiseren van de instelling op revalidatiezorg, bijvoorbeeld in de vorm van het opzetten van aparte units met een minimum aantal behandelplaatsen. Dat is bevorderlijk voor de kwaliteit, zoals ook Verenso, de vereniging van specialisten ouderengeneeskunde, in haar behandelkaders aangeeft. Er zijn nu nog te veel instellingen die op locaties een paar ZZP9-cliënten per jaar de revalidatie «erbij doen». Ook kan specialisatie optreden als een instelling zich richt op een specifieke diagnosegroep, zoals CVA of electieve orthopedie. Ik zie in beide vormen van specialisatie geen tegenspraak met de eis van multidisciplinaire behandeling, maar juist een versterking van de kwaliteit.

Ik wil met de aanbieders tot afspraken komen over kwaliteitsindicatoren die bij voorkeur iets zeggen over de inhoud en organisatie van het zorgproces in relatie tot het uiteindelijke resultaat van de revalidatiebehandeling. De 17 regionale proeftuinen die op initiatief van de aanbieders begin 2011 door het veld en met steun van mijn ministerie zijn ingesteld, en die zich richten op wenselijke verbeteringen in het zorgaanbod, zullen hierbij behulpzaam zijn. Deze proeftuinen worden in 2011 niet alleen op de inrichting van het zorgproces, maar ook op de outcome van de revalidatiebehandeling gemonitord. Een product van deze monitor zal een sectorbrede leidraad zijn voor kwalitatief goede revalidatiezorg. Mede op basis van de resultaten van deze proeftuinen en deze leidraad wil ik met de aanbieders afspraken maken over totstandkoming van voor deze zorg praktische en betekenisvolle indicatoren. Ik zal u in de eerste helft van 2012 de rapportage van de proeftuinen inclusief mijn conclusies toezenden.

Het risico dat de leden van de PvdA schetsen dat ziekenhuizen tegen relatief hoge prijzen intramurale revalidatiezorg gaan aanbieden als de GRZ wordt overgeheveld naar de Zvw acht ik niet aanwezig. In de eerste jaren na overheveling gaan voor de GRZ maximumtarieven gelden. Deze tarieven gelden niet alleen voor de huidige aanbieders maar ook voor potentiële nieuwe aanbieders (waaronder ziekenhuizen). Vanaf 2015, als er indien mogelijk op vrije tarieven wordt overgegaan, zijn verzekeraars volledig risicodragend voor de GRZ. Indien ziekenhuizen dan GRZ zorg willen aanbieden zullen zij hiervoor net als de huidige aanbieders marktconforme prijzen moeten hanteren om interessant te zijn voor verzekeraars om bij in te kopen.

Het bedrag dat in 2013 voor de GRZ in het BKZ onder Zvw beschikbaar wordt gesteld wordt bepaald op basis van het bedrag dat voor de zorg beschikbaar was onder de AWBZ. De overheveling in 2013 vindt daarmee macroneutraal plaats. De uitname van de GRZ vindt plaats op basis van de NZa-zorgrealisatiecijfers over 2011. Om voor 2013 tot tarieven voor de nog op te stellen DBC-zorgproducten voor de GRZ te komen wordt een rondrekening uitgevoerd met de in het BKZ voor de GRZ beschikbare middelen. Hiertoe zal VWS aan de NZa een aanwijzing geven. In grote lijnen komt deze rondrekening erop neer dat de tarieven van de DBC-zorgproducten voor de GRZ vermenigvuldigd met het verwachte volume (op basis van historische gegevens en groei-index) gelijk moeten worden gesteld aan de beschikbare middelen. Hoe deze rondrekening technisch plaatsvindt zal de NZa verder uitwerken.

De inschatting van de NZa dat er geen grote macrobudgettaire risico's kleven aan de overheveling deel ik. Zoals ik in mijn brief van 13 mei 2011 (Kamerstukken 2010–2011, 30 597, nr. 184) en bovenstaande reactie al uiteen heb gezet gelden tijdens de transitiefase maximumtarieven en ben ik voornemens om met verzekeraars afspraken te maken over het volume aan geriatrische revalidatiezorg. Vanuit Zorgverzekeraars Nederland (ZN) is aangegeven dat er een bereidheid is hierover te spreken. Van afspraken die ik kan overleggen is op dit moment echter nog geen sprake. Dit najaar wil ik hier samen met ZN verder over spreken. Op wat er gebeurt als verzekeraars zich niet aan de afspraken houden wil ik niet vooruit lopen. Mijn uitgangspunt is dat als er afspraken zijn en partijen zich hieraan committeren zij zich hieraan ook houden. Op macroniveau wil ik als ultimum remedium het macrobeheersinstrument achter de hand houden om eventuele overschrijdingen van de voor de GRZ beschikbare middelen in het BKZ, achteraf te kunnen redresseren.

Wat betreft het verzoek van de leden van de fractie van de PvdA om de prijs en het volume van de overgehevelde zorg halfjaarlijks te monitoren stel ik voor aan te sluiten bij de reguliere begroting en verantwoordingscyclus. In het kader van de reguliere begroting en verantwoordingscyclus actualiseert VWS de zorguitgaven. De geriatrische revalidatiezorg zal hierbij worden meegenomen. Indien uit deze cijfers afwijkingen blijken ten opzichte van de begroting wordt de Tweede Kamer hierover geïnformeerd.

Betreffende de kwaliteit, bereikbaarheid en betaalbaarheid van de geriatrische revalidatiezorg kan ik melden dat ik verwacht dat er na de overheveling in de regio genoeg instellingen overblijven die voldoen aan de norm van Verenso zodat cliënten dicht bij huis kunnen revalideren. Dat zal niet altijd het dichtstbijzijnde verpleeghuis zijn maar wel relatief dichtbij. Ik schat in dat een cliënt de voorkeur geeft aan de betere kwaliteit, met als uitkomst dat hij of zij snel en in betere conditie naar huis kan, boven onmiddellijke nabijheid van deze kortdurende zorg. Let wel, het gaat hier om kortdurende zorg van gemiddeld 42 ligdagen. Mocht sprake zijn van niet-kostendekkende tarieven dan zal, zoals overal elders in de zorg gebeurt, naar deze tarieven moeten worden gekeken. Ik

verwacht overigens niet dat kwaliteitsverbeteringen in deze zorg tot hogere kosten zullen leiden. Integendeel, bij geriatrische revalidatiezorg is nog veel winst te halen in een meer efficiënte organisatie van de zorg, zoals betere aansluiting in de keten en een meer gevarieerd zorgaanbod. Betere kwaliteit en meer doelmatigheid gaan hier hand in hand.

Het triage-instrument waar de leden van de PvdA-fractie naar vragen, is naar verwachting in de zomer van 2012 gereed. Specialisten ouderengeneeskunde hebben geen persoonlijk financieel belang bij intramurale revalidatie omdat ze niet per DBC-zorgproduct worden bekostigd. Ze zijn namelijk allen in loondienst. Een ongewenste verschuiving is bijvoorbeeld dat cliënten die voor GRZ in aanmerking komen, ten onrechte geïndiceerd worden voor medisch-specialistische revalidatie of voor AWBZ-herstelzorg. Met een uniform triage-instrument kunnen dergelijke verschuivingen in indicaties worden voorkomen.

Wat betreft de administratieve kosten voor verzekeraars, waar de PvdA naar vraagt, hiervoor geldt het volgende. Binnen de AWBZ, waar de GRZ nu nog onder valt, wordt momenteel ingekocht door de zorgkantoren. Dit gebeurt door de daartoe gemandateerde zorgverzekeraar per zorgkantoor-regio. De komende jaren zal dit echter veranderen omdat de zorgverzekeraars de AWBZ voor eigen verzekerden gaan uitvoeren. (Zie hiervoor ook de programmabrief van de staatssecretaris over de langdurige zorg). Dit betekent dat los van de overheveling van de GRZ de wijze van inkoop gaat veranderen. Hierdoor is niet in te schatten hoeveel extra kosten de andere wijze van inkopen met zich meebrengt. Voordeel zien de zorgverzekeraars vooral in het gegeven dat zij straks regie kunnen uitoefenen over de gehele hele zorgketen, waar de GRZ een onderdeel van is. Dit levert kwaliteitswinst op voor de cliënt. Dit is een belangrijke reden om de overheveling in gang te zetten.

De door het kabinet beoogde doelmatigheidswinst van € 50 mln acht ik reëel. Zie ook mijn reactie op de vragen van de VVD-fractie.

### **Inbreng PVV-fractie**

De leden van de PVV-fractie vragen net als de leden van de VVD en de ChristenUnie naar de zorgen die VNO-NCW en MKB-Nederland in hun brief van 24 mei jongstleden aan de Kamer hebben geuit. Zij willen hierop graag een reactie van mij.

### **Reactie**

Voor mijn reactie op deze vraag van de PVV verwijs ik naar mijn reactie bij de inbreng van de fractieleden van het VVD. Zowel de leden van de fracties van het VVD, de PVV en de CU hebben een reactie gevraagd op de brief van VNO-NCW en MKB-Nederland

### **Inbreng CDA-fractie**

De leden van de CDA-fractie vragen of het begrip «geriatrische» betekent dat deze revalidatie alleen bedoeld is voor ouderen en of het niet goed zou zijn als de zorgverleners die zich met deze zorg gaan bezig houden ook op de hoogte zijn van de specifieke eisen die de zorg voor ouderen met zich mee brengt.

Daarnaast vragen de fractieleden van het CDA wie straks de indicatiestelling doet en hoe en of er sprake is van triage en wie dit doet. Ook willen de leden van de fractie van het CDA weten wie verantwoordelijke behandelaar is tijdens de GRZ-revalidatie en wie bepaalt wanneer de patiënt klaar is met de GRZ. Wat zijn precies de stappen om de aansluiting

tussen ziekenhuisbehandeling en GRZ-revalidatie tot stand te brengen, vanaf het moment van de overheveling?

De leden van de CDA-fractie vragen hoe de transitiefase eruit ziet, welke stappen zorgverzekeraars zetten om hun nieuwe rol in de geriatrische revalidatiezorg op zich te nemen en of de ex ante verevening op tijd op orde is om de ex post compensaties af te kunnen schaffen.

Tot slot heeft het CDA nog vragen over het gevolgen van de overheveling voor de AWBZ en de Zvw premies?

### **Reactie**

Geriatrische revalidatiezorg is niet uitsluitend bedoeld voor ouderen, maar in de praktijk zijn het vrijwel altijd ouderen die er gebruik van maken. Deze zorg moet altijd onder verantwoordelijkheid van een specialist ouderengeneeskunde worden geleverd. Dat borgt de inbreng in de behandeling van deskundigheid op het gebied van geriatrische problematiek.

Het CIZ zal tijdig de benodigde indicaties gereed hebben en de betrokken artsen en zorgverleners zullen tijdig op de hoogte worden gesteld van de veranderingen in het indicatieproces. Triage wordt bij voorkeur multidisciplinair (dus zowel met artsen uit ziekenhuis en verpleeghuis) uitgevoerd in het ziekenhuis. Daarvoor wordt een instrument ontwikkeld. Zie hiervoor tevens mijn reactie op de vragen van de leden van de fracties van het VVD en D66. De specialistouderengeneeskunde opent en sluit de DBC voor de GRZ en bepaalt dus wanneer de cliënt klaar is met de revalidatiebehandeling.

Belangrijk onderdeel van het zorgproces is goede aansluiting tussen het ziekenhuis en de revalidatie. De beoogde multidisciplinaire triage, maar ook goede werkafspraken tussen de ketenpartners moet dit borgen. In veel van de eerdere genoemde proeftuinen wordt in detail op de verbetering van dit samenwerkingsproces ingezoomd en bij cliënten nagevraagd hoe men de overgang ervaart.

Betreffende de vragen van de fractie van het CDA over de rol van de zorgverzekeraars kan ik melden dat zorgverzekeraars vanaf 2013 voor hun verzekerden de geriatrische revalidatiezorg moeten inkopen. Daarbij maken aanbieders en verzekeraars in 2012 voor 2013 productieafspraken op basis van ZZP's maar declareren aanbieders al op basis van DBC-zorgproducten. Zorgverzekeraars krijgen hierdoor in de loop van 2013 zicht op de productie in DBC-zorgproduct termen. Deze kennis gebruiken ze bij de zorginkoop voor 2014. Voor 2013 en 2014 geldt dat de zorgverzekeraars een geormerkt ex ante budget ontvangen en deze voor 100% wordt nagecalculeerd. Vanaf 2015 worden de ex post compensaties afgeschaft en zijn verzekeraars volledig risicodragend voor deze zorg. Ik acht dit tijdpad haalbaar.

Tot slot de gevolgen van de overheveling voor de premies. De overheveling betekent dat de uitgaven in de Zvw stijgen en de uitgaven in de AWBZ dalen. Het gevolg hiervan zal zijn dat de nominale Zvw premie zal stijgen evenals de inkomensafhankelijke bijdrage Zvw. De AWBZ premie kan dalen. In samenhang met de stijging van de nominale premie zal ook de zorgtoeslag stijgen. Hoe groot de premie-effecten exact zijn wordt volgend jaar bezien. Zie tevens mijn reactie op de vragen van de VVD-fractie.

### **Inbreng D66-fractie**

De leden van de D66-fractie menen dat om tot een succesvolle overheveling te komen er een stabiele DBC-productstructuur en een goed

triage-instrument moeten zijn. De leden vragen zich af welke doelstellingen gesteld zijn met betrekking tot een stabiele DBC-productstructuur en/of een goed triage-instrument en wat de alternatieven zijn wanneer blijkt dat dit eventueel niet op tijd gereed zal zijn?

Deze leden van de D66-fractie vragen daarnaast of het kabinet van plan is om een zogenaamde «keten-DBC» te ontwikkelen.

Tot slot vragen de leden van de D66-fractie of mijn doelstelling dat de ex ante risicoverevening in 2015 adequaat functioneert wel realistisch is. Dit met het oog op het gegeven dat het in de ziekenhuissector decennia lang heeft geduurd voordat dit goed functioneerde. De leden van de fractie van D66 informeren hoe het kabinet garandeert dat de bovenstaande deze doelstelling gehaald zal worden.

## **Reactie**

Bij de start van de DBC-ontwikkeling zijn door DBC-Onderhoud in nauw overleg met betrokken partijen waaronder VWS, de NZa, ActiZ, Verenso en ZN kwaliteitscriteria opgesteld waaraan de DBC's voor de GRZ moeten voldoen. Een van die voorwaarden is dat de DBC's een stabiele DBC-productstructuur moeten kennen. Hiermee wordt bedoeld dat de DBC producten die voor de GRZ worden ontwikkeld medisch herkenbaar en kosten- en werklathomogeen zijn. Dit is onder meer van belang voor de zorginkoop door verzekeraars. Tot op heden zijn er geen redenen om aan te nemen dat de vooraf opgestelde kwaliteitscriteria niet gehaald zullen worden.

Door de overheveling naar de Zvw vervalt de centrale indicatie van GRZ door het CIZ. In de Zvw kent men geen centrale indicatiestelling. In de Zvw bepaalt de medisch specialist op basis van zijn expertise welke patiënt welk type zorg nodig heeft. Hierbij spreekt men doorgaans van triage. Bij patiënten die geriatrische revalidatie nodig hebben spelen de specialisten ouderengeneeskunde een centrale rol in de triage. Op dit moment vindt er in de GRZ uiteraard ook al triage plaats alleen is de wijze waarop de triage geschiedt niet uniform vastgelegd. Om hierin een kwaliteitsslag te maken is met veldpartijen afgesproken om een triage-instrument te ontwikkelen. Verenso, de branchevereniging van de specialisten ouderengeneeskunde, trekt dit project en is hiermee al gestart. Zie tevens mijn reactie op de vragen van de leden van de CDA- en PvdA-fracties.

Ik ben het met de leden van de D66-fractie eens dat een keten-DBC een toekomstperspectief zou kunnen zijn voor deze vorm van ketenzorg. Maar het is nu zaak eerst goede zorgproducten te ontwikkelen. Dat is een eerste noodzakelijke stap die de mogelijkheid van keten-DBC's dichterbij brengt.

In mijn brief van 13 mei 2011 (Kamerstukken 2010–2011, 30 597, nr. 184) heb ik aangegeven dat ik de ex post compensaties voor de GRZ in 2015 volledig wil hebben afgeschaft. Ik heb omschreven via welke weg ik dit wil gaan bereiken. Op basis van de informatie die in 2011 en 2012 onder de AWBZ op cliëntniveau beschikbaar kan een goed ex ante risicoprofiel voor de verzekeraars voor de GRZ worden opgebouwd. Hiervoor moeten zorgaanbieders in 2011 en 2012 op persoonsniveau ZZP9 registreren. Verder moeten de zorgproducten geriatrische revalidatie normeerbaar zijn binnen de systematiek van de kosten ziekenhuisverpleging en moeten deze representatief te maken zijn voor de situatie 2015. In de eerste helft van 2012 zal in overleg met Zorgverzekeraars Nederland worden gekeken of de declaratiegegevens adequaat zijn en de opbouw van het ex ante risicoprofiel volgens planning verloopt.

## **Inbreng ChristenUnie-fractie**

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen mij hoe reëel het is om aan te nemen dat de overheveling van de GRZ ondanks de toenemende vergrijzing een besparing oplevert.

Net als de leden van de VVD en de PVV vragen ook de leden van de fractie van de ChristenUnie op de brief van VNO NCW en MKB Nederland te reageren.

Tevens vraagt de ChristenUnie mij naar de gevolgen van de overheveling voor de administratieve lasten van zorgverleners. De leden van de ChristenUnie-fractie vrezen dat het onderhandelen met zorgverzekeraars veel tijd zal vergen dan de onderhandeling met de zorgkantoren en dat elke verzekeraar eigen eisen stelt op het gebied van kwaliteit.

Ook vraagt de fractie zich af in hoeverre DBC-O erin slaagt om onderscheid te maken tussen verschillende geriatrische revalidanten. Niet elke revalidant is immers hetzelfde.

De leden van de ChristenUnie-fractie willen weten voor welke patiënt in 2012 een transitietoeslag kan worden afgesproken.

De ChristenUnie vraagt wat de stand van zaken is omtrent de aandachtspunten die de NZa in haar uitvoeringstoets over de overheveling van de geriatrische revalidatiezorg heeft uitgebracht. Specifiek vraagt de ChristenUnie naar de WTZi erkenning die instellingen moeten aanvragen om ook als zorgaanbieder revalidatiezorg op basis van de Zvw te mogen leveren en naar de bevoorschotting. Tot slot vraagt de fractie van de ChristenUnie hoe ik er zorg voor ga dragen dat ervoor dat de cliënt in 2013 ook daadwerkelijk kwalitatieve goede zorg in de keten is. De ChristenUnie is van mening dat het daarvoor noodzakelijk om middelen te verschuiven vanuit het ziekenhuis naar het verpleeghuis.

## **Reactie**

Zoals ik in mijn brief heb aangegeven, is in de geriatrische revalidatiezorg zoals die nu onder de AWBZ wordt aangeboden, veel doelmatigheidswinst te behalen, onder andere door een betere organisatie in de keten en een meer flexibel zorgaanbod. Zie ook mijn reactie op de vragen van de leden van de VVD en de PvdA fractie. De overheveling zal hiervoor de ruimte geven, waardoor de prijs per revalidatietraject kan dalen. Of volumegroei zal optreden als gevolg van de vergrijzing en hoe groot die zal zijn, is nog onbekend. Vooralsnog zijn er geen indicaties voor een sterke stijging: cijfers over productieafspraken voor ZZP9 in de periode 2009- 2011 laten een stabilisering zien.

Voor mijn reactie op de vragen van de leden van de fractie van de ChristenUnie over de brief van VNO-NCW en MKB-Nederland verwijs ik net als bij de PVV naar mijn reactie bij de inbreng van de fractieleden van het VVD.

Wat betreft de door de ChristenUnie veronderstelde toename van administratieve lasten als gevolg van de onderhandelingen per zorgverzekeraar en de kwaliteitseisen die verzekeraars stellen wil ik melden dat de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren in principe gezamenlijk door het veld gebeurt. Dit betekent dat zowel patiënten, zorgaanbieders als verzekeraars hier zoveel mogelijk gezamenlijk in op trekken. Hierbij kan gedacht worden aan de ZiZo-trajecten die momenteel in veel sectoren worden gevolgd. De ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren zal binnen de GRZ waarschijnlijk op vergelijkbare wijze gaan verlopen. Omdat dit traject nog opgestart moet gaan worden is nog niet bekend hoe de indicatoren er uit zal komen te zien. Het streven is om zoveel mogelijk outcome indicatoren te ontwikkelen, omdat die daadwerkelijk wat zeggen over de effectiviteit van de geleverde zorg. Rondom uitvraag van de indicatoren

wordt eveneens in principe gezamenlijk opgetrokken door patiënten, zorgaanbieders en verzekeraars. Hoe verzekeraars de gegenereerde informatie vervolgens vertalen in hun inkoopbeleid is inderdaad aan de verzekeraar, en dit zal dan ook per verzekeraar kunnen verschillen. Wanneer er goede DBC's zijn ontwikkeld, zal uit de registratie voor de DBC's overigens ook al veel van de informatie gegenereerd kunnen worden die voor zorgverzekeraars nodig is.

De vraag is of dit per saldo tot toenemende administratieve lastendruk en onderhandelingsijd bij de zorgverleners leidt, meer dan binnen de AWBZ en of dit ongewenst is. Ook in de AWBZ wordt gewerkt aan de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren, waarvoor in de toekomst registratie nodig zal zijn. Inzicht in kwaliteit geeft impulsen tot verbetering van die kwaliteit. Dit zal een belangrijke plek innemen in de onderhandelingen met verzekeraars. Dat lijkt logisch en gewenst.

Ik ben het met de opmerking van de ChristenUnie over de uniciteit van elke revalidant en diens revalidatietraject eens. Elke revalidant is anders. Een gezonde man van 60 jaar die zijn heup breekt is anders dan de demente dame van 80 met hartfalen. De gezonde man van 60 in uw voorbeeld is echter geen casus voor de geriatrische revalidatie. Geriatrische nevenproblematiek is immers een belangrijk criterium voor de aanspraak op GRZ. De DBC's voor de geriatrische revalidatie worden thans ontwikkeld mede op basis van het bestaande zorgaanbod. Ze zullen straks voldoende onderscheidend zijn voor de verschillende behoeften van revalidatie bij cliënten met geriatrische nevenproblematiek.

Wat betreft het aandachtspunt van de NZa uit de uitvoeringstoets over het moment van financieren kan ik het volgende melden. Het klopt dat zorgaanbieders in de Zvw betaald worden wanneer de DBC in rekening is gebracht. Of dit tot problemen leidt bij de zorgaanbieders zal ondermeer afhangen van de duur van de DBC's, de kostprijs ervan en het aandeel dat de GRZ uitmaakt van de totale omzet van de aanbieder. Gebaseerd op de gemiddelde duur van ZZZ 9 nu in de AWBZ, is in ieder geval te verwachten dat de duur relatief kort zal zijn. Zie ook mijn reactie op de vragen van de PvdA-fractie. Dit betekent dat de zorgaanbieders vrij snel inkomsten zullen genereren waarmee zij lopende DBC's kunnen voorfinancieren. Mocht desondanks blijken dat er problemen ontstaan bij de zorgaanbieders dan zullen zorgaanbieders hier met zorgverzekeraars over spreken. Destijds zijn in de GGZ ook dergelijke afspraken over voorschotten gemaakt. Het betrof hier evenwel heel lang lopende DBC's met een hoge kostprijs. Het aandeel GRZ van de totale omzet verschilt per instelling.

Wat betreft het aanvragen van een Wtzi erkenning, ook een aandachtspunt uit de uitvoeringstoets kan ik melden dat geen van de bestaande aanbieders straks een nieuwe toelating voor de geriatrische revalidatiezorg hoeft aan te vragen. Het is mijn voornemen om bij AMVB te regelen dat de huidige toelatingen van de aanbieders van GRZ worden omgezet voor de desbetreffende Zvw-zorg.

Tot slot. Voor mijn reactie op de vraag naar de borging van kwaliteit van zorg voor cliënten na 2013 verwijs ik de leden van de CU-fractie naar mijn antwoord op de vraag van de leden van de PvdA-fractie over de kwaliteitsindicatoren.