

Vergaderjaar 2010–2011

30 597

Toekomst AWBZ

Nr. 184

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 13 mei 2011

Met goede revalidatie kunnen kwetsbare ouderen die een medisch-specialistische behandeling hebben ondergaan, beter en sneller herstellen en daardoor langer zelfstandig wonen en maatschappelijk actief blijven. Dit is dus een zeer belangrijke voorziening voor een specifieke doelgroep. Deze zorg wordt momenteel geleverd vanuit de AWBZ. Revalidatiezorg is kortdurend van aard en past daarom beter in de Zvw. Overheveling zorgt voor het financieel ontschotten van de medisch-specialistische behandeling en de daarop volgende revalidatie van kwetsbare ouderen, hetgeen meer ruimte biedt voor een gevarieerd zorgaanbod en zorgt voor gerichte financiële prikkels. Daardoor ontstaat meer kwaliteit en doelmatigheid in de keten.

De voorgenomen overheveling van de revalidatiezorg die op dit moment in de AWBZ wordt geleverd (geriatrische revalidatiezorg), is onderwerp van een lopend beleidstraject, waarover mijn ambtsvoorganger en de ambtsvoorganger van de staatssecretaris van VWS u al eerder hebben geïnformeerd¹. De overheveling is als maatregel in het regeerakkoord opgenomen. Het kabinet heeft besloten om de overheveling van de geriatrische revalidatiezorg (GRZ) naar de Zvw per 1 januari 2013 te doen plaatsvinden. Met deze brief informeer ik u over dit besluit en geef ik aan hoe en onder welke condities ik voornemens ben de overheveling te laten plaatsvinden. Tevens bied ik u de uitvoeringstoets aan van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) over de overheveling van de GRZ.²

In deze brief ga ik eerst in op wat de GRZ is en wat het doel is dat met de overheveling wordt nagestreefd. Vervolgens ga ik in op het eindperspectief dat ik voor ogen heb. Daarna zet ik uiteen hoe ik dit eindperspectief wil bereiken (transitie- en tijdpad).

Ik ben voornemens op grond van artikel 7 van de WMG een aanwijzing te geven aan de NZa voor uitwerking van de overheveling in beleidsregels.

¹ Tweede Kamer, vergaderjaar 2008–2009, 30 597, nrs. 49, 66 en 72; vergaderjaar 2009–2010, 29 248, nr. 109.

² Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

Op grond van artikel 8 van de WMG informeer ik u over de zakelijke inhoud van deze voorgenomen aanwijzing.

Samenvatting

Mijn inzet en die van het kabinet is om de geriatrische revalidatiezorg per 1 januari 2013 naar de Zvw over te hevelen. Samen met de NZa en DBC-Onderhoud zullen mijn medewerkers met betrokken partijen uitwerking geven aan alle acties die hiervoor ondernomen moeten worden.

In 2015 zijn verzekeraars volledig risicodragend. De ex-post compensaties zijn dan volledig afgebouwd. Zodra hiervan sprake is ligt het voor de hand dat voor de GRZ volledige prestatiebekostiging geldt, met vrij onderhandelbare tarieven.

In de transitiefase naar dit eindperspectief wil ik de onnodige risico's van de overheveling voor de overheid, de instellingen en de verzekeraars afdekken. Hiervoor heb ik in deze brief een pakket aan maatregelen beschreven. Om de risico's op instellingsniveau af te dekken stel ik voor om de bekostiging en de financiering van de instellingen in 2013 te scheiden en afspraken te maken over mogelijke bevoorschotting. In 2013 komen DBC-zorgproducten beschikbaar die tegelijkertijd met de overheveling kunnen worden ingevoerd. Hun tarieven worden macroneutraal vastgesteld. Als maatregel ter compensatie van het wegvallen van de centrale indicatie door het CIZ heb ik de beroepsgroepen gevraagd een uniform triage-instrument te ontwikkelen. Met verzekeraars wil ik afspraken maken over de volumeontwikkeling. 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 is geriatrische revalidatiezorg?

Geriatrische revalidatiezorg (voorheen:somatische revalidatiezorg) richt zich op kwetsbare ouderen die in het ziekenhuis een medisch-specialistische behandeling hebben ondergaan, bijvoorbeeld als gevolg van een beroerte of botbreuk of voor een nieuwe knie of heup. Deze oudere cliënten hebben behoefte aan een multidisciplinaire revalidatiebehandeling die aan hun individuele herstelmogelijkheden en trainingstempo is aangepast en rekening houdt met eventuele andere aandoeningen (comorbiditeit). Doel is hen te helpen terugkeren naar de oude woonsituatie en maatschappelijk te blijven participeren. Deze zorg wordt thans vrijwel uitsluitend intramuraal geleverd door instellingen uit de V&V-sector, onder leiding van een specialist ouderengeneeskunde. Geriatrische revalidatie onderscheidt zich in zorginhoud en cliëntgroep van de medisch-specialistische revalidatie. Die laatste vindt plaats onder leiding van een revalidatiearts in gespecialiseerde centra en ziekenhuizen. De medisch-specialistische revalidatie valt al onder de Zvw. In de bijlage¹ staat in meer detail beschreven hoe de GRZ gedefinieerd wordt en hoe deze is af te bakenen.

In 2010 omvatte het AWBZ-budget voor de GRZ ca. 620 miljoen euro (exclusief kapitaallasten).² Per jaar vangen circa 45 000 geriatrische revalidatietrajecten aan. De gemiddelde duur van een geriatrische revalidatiebehandeling was in 2010 42 dagen.³

In het voorjaar van 2012 zal de NZa mij adviseren over het bedrag dat gepaard gaat met de totale loon- en materiële kosten van de GRZ, aan de hand van realisatiecijfers van 2011. Op basis van dit advies zal worden bezien welke meerjarige overheveling zal plaatsvinden. In de Kaderbrief Langdurige zorg 2012 zal de definitieve contracteerruimte voor de AWBZ

¹ Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

² Bron: Nza, bijgaande Uitvoeringstoets.

³ Bron: AZR/College van Zorgverzekeringen.

worden vastgesteld. Uiterlijk juli 2012 zal de NZa een Beleidsregel Contracteerruimte AWBZ publiceren waarin het uit de AWBZ te nemen budget in mindering is gebracht op de contracteerruimte 2013 van de zorgkantoren. VWS zal voor het aanpassen van deze beleidsregel een aanwijzing geven.

Doel van de overheveling naar de Zvw

De geriatrische revalidatiezorg kan sterk verbeteren. Allereerst is de aansluiting tussen ziekenhuisbehandeling en AWBZ-revalidatie op dit moment niet optimaal. Terwijl patiënten direct na de ziekenhuisgreep gebaat zijn bij een snelle start van de revalidatiebehandeling, blijven cliënten nog regelmatig te lang in het ziekenhuis liggen of worden niet goed doorverwezen. Hoewel in veel regio's instellingen elkaar steeds beter weten te vinden, kan de samenwerking in het algemeen beter. Ten tweede is de financieringsystematiek van de AWBZ niet geënt op variabele behandelintensiteit terwijl een kort intensief revalidatieprogramma voor patiënten die dit fysiek en mentaal aan kunnen veelal beter werkt dan een langdurige laagintensieve revalidatiebehandeling van een paar uur per week. Voor bijvoorbeeld cliënten met CVA is snel en intensief revalideren bewezen effectief. ZZP-financiering gaat uit van een vast dagtarief, waardoor kortere ligduur in combinatie met intensieve behandeling wordt ontmoedigd in plaats van gestimuleerd. Ten derde geeft de AWBZ nauwelijks mogelijkheden voor extramurale behandelarrangementen, terwijl hier in de revalidatie wel behoefte aan is. In het algemeen zal een cliënt voor wie dat mogelijk is, thuis beter en sneller revalideren dan in een intramurale verblijfssituatie, uiteraard onder de voorwaarde dat passende poliklinische revalidatiezorg of zorg aan huis kan worden aangeboden. Ten vierde kan voor de GRZ een kwaliteitsslag worden gemaakt als de zorg meer geconcentreerd in gespecialiseerde instellingen wordt aangeboden. Verenso, de beroepsvereniging van de specialisten ouderengeneeskunde, heeft in 2010 een norm gepubliceerd voor het minimum aantal plaatsen dat een revalidatieafdeling moet bieden om kwaliteit te kunnen waarborgen.¹

Door overheveling van de geriatrische revalidatiezorg van de AWBZ naar de Zvw wint de geriatrische revalidatiezorg aan kwaliteit en doelmatigheid. De verwachting is dat zich een meer gespecialiseerd aanbod van revalidatiezorg ontwikkelt, de overgangen binnen de keten van «ziekenhuis naar huis» soepeler verlopen en meer variabele zorgarrangementen worden aangeboden («zorg op maat»). Zorgverzekeraars voeren na de overheveling naar de Zvw de regie over de hele keten van geriatrische revalidatiezorg en hebben belang bij een kosteneffectieve inrichting van deze ketenzorg. Zij zullen via hun inkoopbeleid de betrokken zorgaanbieders prikkelen tot meer kwaliteit en doelmatigheid.

Daarnaast zal het aanbod diverser worden, omdat de Zvw-financiering een meer gevarieerd zorgaanbod mogelijk maakt. Er komen meer DBC-zorgproducten dan er thans revalidatiezorgproducten zijn onder de AWBZ. De betrokken beroepsgroepen zullen in hun kwaliteitsleidraden ook meer gaan sturen op aanbod op maat voor de cliënt. De markt zal dus meer diversiteit gaan vertonen.

In het zicht van de voorgenomen overheveling heeft de V&V-sector met andere betrokken veldpartijen verschillende initiatieven genomen gericht op kwaliteitsverbetering van de GRZ, zoals een efficiëntere inrichting van de zorgketen, het ontwikkelen van nieuwe behandelarrangementen (oa extramuraal) en de inzet op een kortere en intensievere behandeling van revalidatiecliënten (zie de bijlage bij deze brief).

¹ Verenso, specialisten in ouderengeneeskunde, Behandelkaders Geriatrische Revalidatie, Utrecht juli 2010.

Uiteindelijk dient de doelmatigheidswinst die met deze zorg geboekt kan worden zich ook in een besparing vertalen. In het Regeerakkoord is per 2015 structureel € 50 miljoen voor doelmatigheidswinst op het BKZ ingeboekt.

Eindperspectief geriatrische revalidatiezorg

Door de revalidatiezorg geheel onder de Zvw te brengen zal aanzienlijke kwaliteitsverbetering en doelmatigheidswinst geboekt kunnen worden. Ik heb hierboven de elementen daarvan reeds geschetst. Om deze verbeteringen te realiseren zijn gerichte prikkels wenselijk, voor patiënten om voldoende keuzevrijheid te hebben en een overwogen keuze voor een behandeling te kunnen maken, voor aanbieders om kwalitatief goede zorg te leveren en voor verzekeraars om deze zorg in te kopen tegen een redelijke prijs.

De cliënt en de aanbieder

De overheveling van de GRZ moet winst voor de cliënt opleveren, in de vorm van hogere kwaliteit van het geriatrische revalidatiezorgaanbod. Ik wil bereiken dat inzichtelijk wordt wat de kwaliteit is van de zorg die geleverd wordt en dat voldoende keuzevrijheid bestaat. Ik wil dat de cliënt de zorg dicht bij huis kan ontvangen. Het gaat hier immers om kwetsbare oudere cliënten. Tegelijkertijd wil ik dat de kwaliteit van zorg geborgd wordt. Met een hoog renderende revalidatiebehandeling kunnen cliënten langer zelfstandig kunnen functioneren.

Om de kwaliteitsverbeteringen voor de cliënt te bewerkstelligen doe ik een beroep op de aanbieders van de zorg, zowel instellingen als de beroepsgroepen. Na de overheveling zal een meer gevarieerder aanbod moeten ontstaan, waardoor de cliënt zorg op maat kan krijgen, en bijvoorbeeld ook thuis of poliklinisch kan revalideren. Ook de samenwerking in de keten kan verbeterd. In de proeftuinen voor de geriatrische revalidatiezorg (zie bijlage) wordt met dit soort verbeteringen geëxperimenteerd. Uiteindelijk zullen de instellingen die nu GRZ bieden voor zichzelf de keuze moeten maken of zij in 2013 deze willen blijven leveren. Iedere instelling zal moeten afwegen of de investeringen die zij moet plegen (bijvoorbeeld aanpassingen in de ICT om DBC-zorgproducten te kunnen registreren) rendabel zijn en of zij de zorg kunnen leveren volgens de kwaliteitsstandaarden van de beroepsgroepen, op basis waarvan de zorgverzekeraars de zorg zullen gaan inkopen.

Dat er mogelijkheden voor verbetering zijn wordt door de betrokken branchepartijen, beroepsorganisaties en cliëntorganisaties beaamd. Met het oog op de overheveling zijn zij voortvarend aan de slag gegaan om verbeteringen in gang te zetten. Deze ontwikkelingen stemmen mij positief en ik ondersteun deze van harte.

De verzekeraar

In de AWBZ geldt nu nog een contracteerplicht voor het zorgkantoor. Zorgaanbieders hebben dus een garantie dat zij zorg mogen leveren. Ook gelden vaste tarieven voor de geleverde zorg (met een kleine bandbreedte). Onder de Zvw is het de zorgverzekeraar die de GRZ inkoop bij de aanbieders. Voor hen geldt geen contracteerplicht. Bovendien gelden geen vaste tarieven meer, maar (in de transitiefase) maximumtarieven en later vrije prijzen. Aanbieders zullen na de overheveling met zorgverzekeraars inkoopafspraken moeten maken over de omvang, kwaliteit en prijs van hun revalidatiezorgaanbod. Er zal meer concurrentie zijn. Daardoor ontstaan prikkels op kwaliteit en transparantie.

Ik vind het wenselijk dat verzekeraars regie gaan voeren op het inrichten van regionale revalidatiezorgketens. Dat kunnen zij doen door slim in te kopen. Hiervoor zullen verzekeraars echter wel enkele handvatten moeten hebben. Transparantie en normering van kwaliteit van (keten)zorg is hierbij belangrijk. In het eindperspectief dat ik voor ogen heb worden de zorgpaden van de NPCF en de kwaliteitsrichtlijnen van de beroepsgroepen voor de GRZ door zorgverzekeraars gehanteerd als leidraad voor de zorginkoop.

Maar transparantie en normering alleen is niet voldoende. Verzekeraars moeten geprikkeld worden om de zorg zo doelmatig mogelijk in te kopen. Per 1-1-2015 wil ik daarom dat verzekeraars volledig risicodragend zijn voor deze zorg. Hiervoor moet een goed ex ante risicovereveningsmodel beschikbaar zijn. In de volgende paragraaf ga ik hier nader op in. Als sprake is van risicodragende verzekeraars vind ik het ook wenselijk dat vrije prijzen gelden voor deze zorg. Of dat mogelijk is hangt onder meer af van de kwaliteit en stabiliteit van de DBC-zorgproducten die op dat moment gelden. Verzekeraars kunnen dan met aanbieders vrij onderhandelen. Tot die tijd zal de NZa maximumtarieven vaststellen. Bij het besluit of de tarieven voor deze zorg op enig moment vrij gelaten kunnen worden is het uitgangspunt dat de continuïteit, toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg niet in het geding mag komen. De NZa zal deze uitgangspunten toetsen overeenkomstig het kader dat zij hanteert voor de overige somatische zorg. Dat betekent dat de NZa te zijner tijd zal oordelen of de productstructuur van de GRZ voldoende stabiel is (met stabiliteit wordt bedoeld dat producten medisch herkenbaar en kosten- en werklathomogeen zijn) en of geen belangrijke onevenwichtigheden in de marktverhoudingen bestaan. Relevant in dat perspectief is dat een groot deel van de ziekenhuisbehandelingen die voorafgaan aan de GRZ (orthopedie, neurologie), nu al vrije prijzen kent. Als over de gehele zorgketen vrije prijzen gelden, kunnen verzekeraars gemakkelijker efficiënte ketenafspraken maken.

Een verantwoorde transitie

In aanloop naar dit eindperspectief voor de geriatrische revalidatiezorg is sprake van een overgangssituatie. Alle partijen zullen in de transitiefase naar het eindperspectief in hun rol moeten groeien. Tijdens deze overgangssituatie zijn de DBC-zorgproducten voor de GRZ nog niet volledig uitontwikkeld, zullen naar verwachting weinig nieuwe aanbieders tot de geriatrische revalidatiezorgmarkt toegetreden zijn en er zal nog verder moeten worden gewerkt aan de transparantie van de zorg. De overgang in 2013 van de revalidatiezorg van de AWBZ naar de Zvw en van ZZP's naar DBC-zorgproducten kan voor aanbieders, verzekeraars en overheid onzekerheid met zich mee brengen. Voor aanbieders van revalidatiezorg kan de bekostiging onzekerheid met zich meebrengen, zeker als de DBC-zorgproducten door de ontwikkelfase waarin ze nog verkeren nog niet helemaal uitontwikkeld zijn. Voor verzekeraars is nog onbekend hoe hun toekomstige verzekerdenpopulatie en schadelastverdeling eruit ziet. Het ex ante risicovereveningsmodel moet nog worden opgebouwd. Voor de overheid is het de vraag wat de invloed is van de overheveling op de budgettaire beheersbaarheid van de GRZ. Om te bezien hoe de zorg en de bekostiging gedurende de transitiefase naar het eindperspectief het beste kan worden ingericht, is de NZa in januari 2010 gevraagd hierover advies uit te brengen.

Uitvoeringstoets Nza

In december 2010 heeft de NZa de «Uitvoeringstoets Overheveling somatische revalidatiezorg van AWBZ naar Zvw» aan mij aangeboden (bijgesloten).¹ Het advies van de NZa richt zich op het moment van

¹ In mei 2009 heeft uw Kamer het eerste deel van de uitvoeringstoets ontvangen. Tweede Kamer, vergaderjaar 2008–2009, 30 597, 66.

overheveling, op de wijze van financiering en bekostiging van de overgehevelde zorg direct na de overheveling en op de mogelijke risico's, zowel voor instellingen als voor de overheid.

De NZa schetst de opties voor financiering en bekostiging onder de Zvw, zowel in het geval dat de overheveling per 1 januari 2012 zou plaatsvinden, als per 1 januari 2013.

Voordeel van overheveling per 2012 is dat het mogelijkheden schept voor verzekeraars en instellingen om, zolang er nog geen DBC-zorgproducten zijn, al vast te «oefenen» met onderhandelingen met de verzekeraars onder de Zvw. Nadeel van overheveling per 2012 is echter dat de bekostiging en financiering op basis van ZZP's zou moeten plaatsvinden omdat pas in 2013 DBC-zorgproducten beschikbaar zijn. De kwaliteits- en doelmatigheidseffecten van overhevelen in 2012 zijn volgens de NZa daarom gering. Overhevelen per 2013 betekent dat de overheveling van de GRZ samenvalt met de invoering van een nieuwe bekostigingssystematiek op basis van DBC-zorgproducten.

De overgang van een bekostigingssysteem op basis van ZZP's naar een bekostigingssysteem op basis van DBC-zorgproducten heeft volgens de NZa twee wezenlijke financiële veranderingen voor AWBZ zorgaanbieders tot gevolg. Ten eerste leidt de overgang van ZZP's naar DBC-zorgproducten mogelijk tot een verschuiving in de inkomsten tussen instellingen. Ten tweede ontvangen zorgaanbieders op een later moment een vergoeding voor de geleverde zorg. In de Zvw wordt pas betaald nadat het gehele zorgtraject is doorlopen en niet op basis van een maandelijks voorschot of (maandelijks) na het leveren van de zorg zoals in de AWBZ gebruikelijk is.

Met name vanwege de overgang van ZZP's naar DBC-zorgproducten is het volgens de NZa zorgvuldig om de laatste met een overgangsregeling in te voeren. De NZa adviseert om in 2013 de zorg te financieren met de DBC-zorgproducten, maar de uiteindelijke afrekening plaats te laten vinden op grond van de geregistreerde ZZP's.

Om te bezien in hoeverre de inkomsten voor de GRZ voor aanbieders veranderen door de overgang van ZZP's naar DBC-zorgproducten stelt de NZa voor om gedurende het overgangsjaar een impactanalyse op zorgaanbiederniveau uitvoeren. De NZa verwacht dat de zorg in 2014 volledig op basis van DBC-zorgproducten bekostigd kan worden.

Aandachtspunt bij de overheveling voor de overheidsfinanciën is dat na de overheveling naar de Zvw de AWBZ-contracteerruimte voor de over te hevelen zorg wegvalt. Na 2013 bestaat hierdoor in principe geen financiële rem meer op de consumptie van geriatrische revalidatiezorg. De NZa ziet geen (grote) macrobudgettaire risico's als gevolg van de overheveling. De NZa stelt dat het na de overheveling mogelijk is dat het tarief niet meer kostendekkend is, doordat een (beoogde) kwaliteitsslag gemaakt wordt door intensivering en innovatie van de zorg. Intensivering en innovatie kunnen evenwel ook leiden tot kostendalingen. Door sommige partijen wordt het bestaan van een nu nog onbekende maar latent aanwezige vraag naar revalidatiezorg gevreesd, die zich pas na de overheveling zou kunnen manifesteren. De NZa heeft geen aanwijzingen voor een dergelijke latente vraag. Ook kan meer aanbodgestuurde vraag ontstaan, na de overheveling kan niet worden gegarandeerd dat het volume gelijk blijft. Binnen de tarieven is de speelruimte beperkt. Het volume is echter vooral afhankelijk van de eventuele markteffecten. Een sterke stijging van de macrokosten lijkt volgens de NZa niet waarschijnlijk. Wel zijn ontwikkelingen (zoals vergrijzing) aan te wijzen die na (en dus los van) de overheveling tot verhoogde kosten van de betreffende zorg kunnen leiden. Revalidatie is zorg die altijd volgt op een medisch-specialistische behandeling.

Door het wegvallen van de centrale indicatie zoals die in de AWBZ geldt, zou volgens de NZa wel sprake kunnen zijn van ongewenste verschuivingen in zorg tussen ziekenhuis, revalidatiecentrum en verpleeghuis. Om dit te voorkomen is het nodig dat er een heldere prestatiebeschrijving komt van de GRZ en dat een triage-instrument wordt ontwikkeld dat aangeeft wanneer een cliënt voor welke herstel- of revalidatiezorg in aanmerking komt.

Het vraagstuk van de over te hevelen kapitaallasten wordt in de uitvoeringstoets niet behandeld. Op het moment van schrijven bestond nog veel onduidelijkheid over de invoering van de normatieve huisvestingscomponent (NHC) in de Care, die per 2012 is voorzien. De NZa zal in 2011 in overleg met de veldpartijen de beleidslijn met betrekking tot overheveling van de kapitaallasten nader invullen.

Reactie kabinet

Overheveling per 2012, waarvan mijn ambtsvoorganger en de ambtsvoorganger van de staatsecretaris eerder spraken, acht ik in de tijd niet haalbaar. Mede op basis van het advies van de NZa ben ik voornemens om de geriatrische revalidatiezorg per 2013 over te hevelen naar de Zvw. Indien er in 2013 wordt overgeheveld dan valt de overheveling samen met de introductie van de DBC-zorgproducten.

De NZa geeft in haar advies concrete handvatten waarmee de overheveling van de geriatrische revalidatiezorg in 2013 kan plaatsvinden op een wijze die maximale zorgvuldigheid borgt en voor de betrokken zorgaanbieders, zorgverzekeraars en cliënten zo weinig mogelijk extra lasten en (financiële) risico's veroorzaakt. Deze adviezen neem ik graag ter hand. Ik heb me ervan vergewist dat deze adviezen kunnen rekenen op een grote mate steun in het veld. In de transitiefase naar het eindplaatje wil ik de onnodige risico's van de overheveling voor de overheid, de instellingen en de verzekeraars afdekken.

Maatregelen macroniveau

Aangezien de NZa geen (grote) macrobudgettaire risico's ziet als gevolg van de overheveling maar deze ook niet geheel kan uitsluiten, wil ik voor de GRZ een beheersinstrument inzetten dat proportioneel is met de risico's.

Om risico's op prijsstijging te dempen ben ik voornemens om bij de overheveling de tarieven van de DBC-zorgproducten voor de GRZ macroneutraal vast te stellen.

De volumerisico's als gevolg van de overheveling acht ik beperkt. Wachtlijsten voor de GRZ ontbreken en er is weinig ruimte voor aanbodgestuurde groei (GRZ is zorg die altijd volgt op een medisch-specialistische behandeling). Omdat ik onnodige volumegroei niet helemaal kan uitsluiten wil ik met verzekeraars afspraken maken over de volumeontwikkeling. De insteek is dat verzekeraars in 2013 en 2014 met hun productieafspraken in de Zvw de omvang van de productie onder de AWBZ niet overschrijden.

Tot slot ben ik voornemens om in de transitiefase, indien hiertoe aanleiding is, voor de geriatrische revalidatiezorg het macrobeheersinstrument (MBI) in te zetten. Over de werking van dit instrument heb ik u in mijn brief «Zorg die loont» reeds geïnformeerd.¹ Het macrobeheersinstrument is voorzien als *ultimum remedium*. Ik zal het zonedig voor deze zorg inzetten om te voorkomen dat ik de andere onderdelen van de zorg

¹ Tweede Kamer, vergaderjaar 2010–2011, 32 620, nr. 6.

moet belasten als de uitgaven voor de geriatrische revalidatiezorg hoger zijn dan de hiervoor beschikbare middelen in het BKZ. De over te hevelen zorg zal in 2013 en 2014 als aparte budgetpost onder dit MBI worden aangemerkt, zodat eventuele overschrijdingen alleen over de betreffende aanbieders zullen worden omgeslagen.

Maatregelen mesoniveau

Bestaande aanbieders lopen mogelijk financiële risico's als gevolg van de overheveling en de invoering van DBC-zorgproducten als declaratietitel. Om deze risico's te dempen ben ik voornemens hen in 2013 op basis van ZZP's te bekostigen, conform het advies van de NZa. Nieuwe aanbieders die nu al onder het Zvw-regiem vallen (zoals ziekenhuizen en revalidatiecentra) zullen in 2013 worden bekostigd op basis van de systematiek die zij dan hebben, namelijk DBC-zorgproducten. Immers in 2013 zal zowel bij ziekenhuizen als bij revalidatieinstellingen sprake zijn van prestatiebekostiging.

Risicoverevening

Verzekeraars zullen in aanvang nog moeten groeien in hun rol als inkoper van deze voor hen nieuwe zorg. Op dit moment is bovendien over hun toekomstige verzekerdenpopulatie en schadelastverdeling nog niets bekend. Die risicovereveninggegevens moeten nog worden opgebouwd. Die opbouw kan plaatsvinden op basis van de huidige ZZP's. Mijn inzet is dat voor de verzekeraars in 2015 de ex post compensaties zijn afgeschaft en dat verzekeraars volledig risicodragend zijn voor deze zorg. Dit houdt in dat geriatrische revalidatie vanaf 2015 onder hetzelfde risicoregiem valt als de medisch-specialistische revalidatie en overige ziekenhuis-DBC-zorgproducten, zoals ik dat beschreven heb in mijn brief over de ziekenhuisbekostiging. Dit kan door de informatie die nu onder de AWBZ reeds beschikbaar is te gebruiken om een ex ante risicoprofiel voor de verzekeraars voor de GRZ op te bouwen. Voorwaarden hiervoor zijn dat de zorgaanbieders ZZP9 in 2011 en 2012 op persoonsniveau registreren en dat deze gegevens in 2014 beschikbaar komen ten behoeve van de risicoverevening voor 2015. Daarnaast 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.

Transparantie

Over vergroting van transparantie over inhoud en kwaliteit van het revalidatiezorgaanbod, wil ik met aanbieders in aanloop naar de overheveling afspraken maken, bijvoorbeeld in de vorm van het hanteren van kwaliteitsindicatoren. Deze afspraken zijn van belang voor patiënten om weloverwogen keuzes te kunnen maken over de zorg, maar ze zijn ook van belang voor verzekeraars. Alleen bij voldoende transparantie kunnen verzekeraars hun inkooprol goed vervullen.

Triage

Door de overheveling vervalt de centrale indicatie van GRZ door het CIZ. In de indicatiestelling van GRZ zullen vanaf 2013 de specialisten ouderengeneeskunde een centrale rol spelen. Ik heb deze beroepsgroep gevraagd een triage-instrument te ontwikkelen in samenwerking met de andere beroepsgroepen die betrokken zijn bij de indicatie van revalidatie- en

herstelzorg. Ik wil bevorderen dat dit instrument vóór 2013 gereed komt en zo mogelijk bindend zal zijn bij de indicatie van revalidatie- en herstelzorg. Aan de zorgverzekeraars zal worden gevraagd om in hun inkoopvoorwaarden de prestatieomschrijving voor de geriatrische revalidatiezorg en het verplicht gebruik van het triage-instrument op te nemen. Het doel van het triage-instrument is tweeledig. Ten eerste dient het ter uniformering van de triage en de toeleiding van juiste en goede zorg. Daarnaast voorkomt het ongewenste verschuivingen in zorg tussen ziekenhuis, revalidatiecentrum en verpleeghuis en is het daarmee een antwoord op budgettaire risico's op meso en macro-niveau.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E. I. Schippers