

Vergaderjaar 2012–2013

30 597

Toekomst AWBZ

Nr. 366

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 3 juli 2013

Dit jaar is de geriatrische revalidatiezorg (GRZ) van de AWBZ naar de Zvw overgeheveld, waarover ik uw Kamer in mei 2011 heb ingelicht¹. Ik heb indertijd aangegeven dat voor de GRZ voor 2013 een transitiefase gehanteerd zal worden zodat de onnodige risico's van de overheveling voor de overheid, de instellingen en de verzekeraars worden afgedekt. Tegelijkertijd heb ik de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) in een aanwijzing² gevraagd een impactanalyse uit te voeren, waarin wordt gekeken naar de (mogelijke) gevolgen van de invoering van het nieuwe bekostigingssysteem en de werking van het overgangsregime.

Impactanalyse NZa

In juli 2013 heeft de NZa het bijgesloten «Advies afbouw transitie­model voor geriatrische revalidatiezorg» aan mij aangeboden.

Vangnet

Het vangnet is ingesteld om mogelijke systeemrisico's op instellingsniveau af te dekken. De NZa concludeert dat er geen significante redenen zijn om het vangnet voor het jaar 2014 te continueren. De product­structuur voor GRZ is voldoende geschikt voor volledige invoering van DBC-bekostiging. Ook concludeert de NZa dat de financiële risico's voor individuele instellingen beperkt zijn. Het vangnet is tevens niet noodzakelijk om de zorgkosten te beheersen.

Daarnaast geeft de NZa aan dat het continueren van het vangnet in 2014 nadelen kent. Een vangnet stimuleert niet tot verbetering van de keten, doelmatigheids- of kwaliteitswinst. In 2013 blijkt dat het vangnet heeft geleid tot inkoop op basis van de oude budgetparameters. Zolang het

¹ Kamerstuk 30 597, nr. 184.

² kenmerk MC-U-3119628

vangnet zal worden behouden, stimuleert dit niet tot inkoop op basis van DBC-zorgproducten (DBC's).

Inkoop in representatie

Om macrovolumebeheersing te waarborgen heb ik, naar aanleiding van gesprekken met verzekeraars gekozen om gedurende de transitiefase inkoop in representatie toe te staan. De NZa geeft aan dat het representatiemodel leidt tot een beperking van de concurrentie in de markt voor GRZ. Tegelijkertijd stelt de NZa dat een belangrijke voorwaarde voor onderhandelen is dat er een transparante markt is waarin partijen over voldoende informatie beschikken om te kunnen onderhandelen. Zorgverzekeraars geven aan niet te beschikken over de benodigde informatie voor GRZ-zorginkoop in 2014. Door het veld wordt nog veel onzekerheid ervaren bij de volledige invoering van DBC-bekostiging in 2014 en gelijktijdig de individuele inkoop van GRZ. Om deze redenen adviseert de NZa de inkoop van GRZ voor 2014 in een vorm van representatie plaats te laten vinden. Vanaf 2015 adviseert de NZa om over te gaan op individuele inkoop en het representatiemodel voor de GRZ te laten vervallen.

Aanvullende punten

De NZa benoemt in haar advies nog een aantal aanvullende aandachtspunten. Het betreft hier elementen die betrekking hebben op de aanspraak en zorg die in 2013 werd bekostigd via het hierboven genoemde vangnet danwel uit de AWBZ, zoals persoonsgebonden hulpmiddelen en vervoer.

Perspectief geriatrische revalidatiezorg

Het advies van de NZa ondersteunt het ingezette beleid van het transitie-model GRZ. Vanaf 2014 stap ik, conform eerdere besluitvorming volledig over op prestatiebekostiging. Het loslaten van het vangnet lijkt verantwoord en geeft veldpartijen de juiste prikkel om te onderhandelen over de prijs en het volume van DBC's. Wat betreft de inkoop in representatie ben ik van mening dat het representatiemodel haaks staat op het doel van prestatiebekostiging. Tegelijkertijd heb ik begrepen dat veldpartijen volledige individuele inkoop in 2014 in de praktijk te snel vinden gaan en een meer geleidelijke transitieperiode wenselijk achten. Daarom kan ik mij voorstellen, conform het advies van de NZa, dat in 2014 nog inkoop van GRZ in een vorm van representatie kan plaatsvinden. In 2015 kopen zorgverzekeraars individueel GRZ zorg in en vervalt het representatiemodel voor de GRZ.

Met de overheveling is tegelijkertijd de aanspraak op GRZ zorg verduidelijkt. Helaas heeft dit geleid tot veel onduidelijkheid over welke patiënt waar behandeld kan worden. Zie hiervoor ook de beantwoording van uw Kamervragen van februari³ en juni⁴ 2013. Ik heb samen met veldpartijen getracht zo snel mogelijk meer duidelijkheid te creëren. Met een overheveling duurt het helaas enige tijd voordat alle betrokkenen weten wat de geëigende weg is en op elkaar zijn ingespeeld. Daarbij is eveneens gebleken dat de aanspraak in het verleden ruimer werd geïnterpreteerd dan hetgeen werd beoogd.

Uit de gesprekken die ik heb gevoerd resteerden er op een drietal punten onduidelijkheid. Dit betreft de vraag waar de diagnostiek van de kwetsbare ouderen thuishoort: in het ziekenhuis of in de GRZ instelling, de noodzakelijkheid van de voorwaarde van (ziekenhuis)opname alvorens in

³ Aanhangsel Handelingen II, 2012/13, nr. 1457

⁴ Aanhangsel Handelingen II, 2012/13, nr. 2694

aanmerking te komen voor GRZ zorg en de wenselijkheid van ruimer toegankelijke ambulante GRZ zorg. Wat het eerste punt betreft hoort initiële medische en functionele diagnostiek van kwetsbare ouderen in het ziekenhuis plaats te vinden en daar moet worden bepaald wat de volgende stap is in de keten, naar intramurale revalidatiezorg (GRZ, medisch specialistische revalidatie of zorgzwaartepakket 9b), naar huis al dan niet met aanvullende zorg of naar andere zorgvormen in bijvoorbeeld de AWBZ. Wat betreft het tweede punt over de (ziekenhuis)opname constateer ik dat

het momenteel ontbreekt aan een duidelijke en breed gedragen standaard waarin richtlijnen, zorgpaden en kwaliteitsstandaard voor kwetsbare ouderen (goede diagnostiek en zo nodig behandeling met een goede overdracht (verwijzing) en goed vervolg) zijn beschreven en dus ook nog niet algemeen wordt toegepast. Zolang het hieraan ontbreekt handhaaf ik de huidige omschrijving. Zodra er een duidelijke en breed gedragen standaard is die ook geïmplementeerd kan worden zal ik het College voor zorgverzekeringen (CVZ) om een pakketadvies vragen, waarvan herziening van de aanspraak op basis van de nieuwe stand van zaken onderdeel uit kan maken. Bij het laatste punt ben ik van mening dat GRZ met een klinische fase begint, eventueel gevolgd door ambulante behandeling. Het is niet de bedoeling dat ambulante behandeling in de plaats komt van eerstelijns zorg, maar het is wel gewenst dat de eerstelijns zorg zich verder ontwikkelt om kwetsbare ouderen de zorg te kunnen bieden die zij nodig hebben. Bovenstaand traject is in lijn met het rapport «Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen» van de KNMG uit 2010.

Wat betreft financiering van vervoer wacht ik het advies van het CVZ af. Voor 2014 zal ik de NZa vragen de huidige regelingen van vervoer en de persoonsgebonden hulpmiddelen met een jaar te continueren zodat dit vanaf 2015 structureel geregeld wordt.

In mei 2013 heeft de NZa mij geadviseerd, in haar advies over de Contracteerruimte 2013 in de AWBZ, om 38 miljoen euro terug over te hevelen naar revalidatiezorg binnen de AWBZ. Reden hiervoor is dat bij de overheveling op basis van productieafspraken 2011 rekening is gehouden dat 90% van de productieafspraken overgeheveld zou worden naar de Zvw. Op basis van realisatiecijfers 2012 is gebleken dat er teveel is overgeheveld. Vanaf 2014 zal ik daarom, conform het advies van de NZa, dit bedrag terug overhevelen ten behoeve van revalidatiezorg binnen de AWBZ.

Zakelijke inhoud voorgenomen aanwijzing

In mijn brief van mei 2011 heb ik ook aangegeven dat ik voor de over te hevelen zorg in 2013 en 2014 een apart macrobeheersinstrument (mbi) wil hanteren, zodat eventuele overschrijdingen alleen over die aanbieders zullen worden omgeslagen die geriatrische revalidatiezorg verlenen. Voor het jaar 2013 heb ik de NZa daartoe een aanwijzing gegeven. Ik ben van plan de NZa op grond van artikel 7 van de Wet marktordening gezondheidszorg (WMG) bij aanwijzing op te dragen het mbi niet alleen voor 2014 maar ook voor de jaren daarna te blijven hanteren. Daarmee is voor een langere periode zeker gesteld dat eventuele overschrijdingen waarvan het kabinet besluit dat deze geredresseerd moeten worden, alleen worden omgeslagen over de aanbieders die geriatrische revalidatiezorg leveren. Overeenkomstig artikel 8 van de WMG ga ik tot het geven van die aanwijzing niet eerder over dan na 26 september 2013. Indien van de kant

van een van de Kamers in die periode vragen worden gesteld zal ik die uiteraard zo spoedig mogelijk beantwoorden. Van de vaststelling van de aanwijzing wordt mededeling gedaan door plaatsing in de Staatscourant.

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