

Vergaderjaar 2011–2012

**29 248**

## **Invoering Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's)**

**Nr. 236**

### **BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 6 juli 2012

Op 14 april 2011 heeft de Kamer de regering verzocht (motie Dijkstra, TK 2010–2011, 29 248, nr. 194) om specifieke, meetbare, realistische en tijdgebonden doelstellingen te formuleren voor de periode 2011–2015 en jaarlijks tussentijds te rapporteren over de voortgang van de invoering van prestatiebekostiging in de ziekenhuiszorg. In de motie is mij gevraagd om de doelstellingen tenminste betrekking te laten hebben op de volgende onderwerpen (deel A motie Dijkstra):

- de implementatiegraad van uitkomstindicatoren (prestaties) in de ziekenhuiszorg;
- de implementatiegraad en stabiliteit van DOT-zorgproducten;
- de ontwikkeling van evenwichtige marktverhoudingen;
- de te bereiken prijsdaling(en) en volumebeperking(en) in het vrije segment.

Tevens is mij verzocht de Kamer in het najaar te informeren over de te bereiken verbeteringen in de risicoverevening ex ante en de daarmee gepaard gaande afname van ex-post compensaties binnen de risicoverevening, waardoor de risicodragendheid van verzekeraars toeneemt (deel B motie Dijkstra). In september zal ik de Kamer hierover een brief sturen.

In de voortgangsrapportage die ik u vorig jaar juni heb gestuurd zijn de doelstellingen geformuleerd die passen bij de onderwerpen die genoemd staan in de motie Dijkstra. In de bijlage van deze brief staat de voortgang beschreven op deze doelstellingen. Ik zal in de voortgangsrapportage tevens ingaan op de stand van zaken rondom de overheveling van de geriatrische revalidatie naar de Zvw die per 2013 plaatsvindt.

De onderwerpen die genoemd staan in de motie Dijkstra zijn in het belang van het goed functioneren van het systeem van prestatiebekostiging. Op

1 januari 2012 is de medisch specialistische zorg overgegaan van een budgetsystematiek naar prestatiebekostiging op basis van DBC-zorgproducten. Een systeem van prestatiebekostiging biedt zorgverzekeraars en zorgaanbieders de stimulansen en mogelijkheden om afspraken te maken over het toepassen van meer doelmatige werkwijzen en het verbeteren van kwaliteit.

De overgang naar prestatiebekostiging heeft veel inzet van alle betrokken partijen gevraagd. En nog steeds wordt er hard gewerkt om van deze gezamenlijk gedragen stelselwijziging een succes te maken. Dit gaat niet zonder slag of stoot. De afgelopen maanden hebben zorgaanbieders en zorgverzekeraars stevig onderhandeld en zijn met een aantal zorgaanbieders de gesprekken over de contractering 2012 nog gaande. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders nemen hun verantwoordelijkheid zeer serieus om binnen de afgesproken groei te blijven, zoals opgenomen in het bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord medisch specialistische zorg. Zoals ieder jaar informeer ik de Kamer over de zorguitgaven op basis van de marktscan medisch specialistische zorg van de NZa (najaar).

Zoals gezegd zijn de onderhandelingen in dit overgangsjaar een flinke uitdaging voor zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars. Het is vooral een jaar waar ervaring wordt opgedaan. Het beeld dat in de overleggen met aanbieders en verzekeraars over de afgelopen periode ontstaat is dat er steeds vorderingen worden gemaakt in de contractering en dat zeker ten opzichte van eerdere jaren al veel aan tempo gewonnen is. De verwachting is dat deze versnelling verder zal doorzetten in de komende jaren. De instellingen die hun contractering voor 2012 al hebben afgerond kunnen nu reeds voortvarend aan de slag om de contractering 2013 op te pakken. De verzekeraars hanteren voor deze categorie zorgaanbieders als uitgangspunt de datum van 1 december aanstaande. De komende periode zal gezamenlijk worden gezien welke lessen getrokken kunnen worden uit de afgelopen periode en of er thema's zijn die zich lenen voor een gezamenlijke aanpak ten behoeve van de contractering 2013.

Daarnaast informeer ik u graag nog over het volgende. In mijn brief van 4 april 2012 (TK 2011–2012, 29 248, nr. 228) heb ik u geïnformeerd over de instelling van de onafhankelijke commissie Baarsma. Deze commissie heb ik gevraagd mij te adviseren over een alternatief voor het zogenaamde «macrobeheersinstrument», zoals dat op dit moment is vormgegeven in de medisch specialistische zorg. Ik heb de commissie gevraagd om bij het zoeken naar een alternatief zowel te kijken naar de toepasbaarheid in de medisch specialistische zorg als naar de toepasbaarheid in de curatieve geestelijke gezondheidszorg. Op 12 juni jongst leden heb ik u het rapport van de commissie Baarsma doen toekomen (TK 2011–2012, 29 248, nr. 232). In deze brief geef ik graag mijn reactie op het rapport van de commissie Baarsma.

Ik ben de commissie erkentelijk voor het werk dat zij heeft verricht. De commissie heeft een zeer complex vraagstuk ter hand genomen en is erin geslaagd op zeer korte termijn haar visie op dit vraagstuk te geven in de vorm van het genoemde rapport.

De commissie Baarsma heeft in haar zoektocht naar een alternatief voor het huidige macrobeheersinstrument een aantal uitgangspunten gehanteerd. Deze luiden samengevat:

- De aanpak moet logisch passen binnen het Nederlandse zorgstelsel dat gereguleerde concurrentie kent.
- De kans op overschrijding van het Budgettair Kader Zorg moet worden geminimaliseerd door vooraf zo veel mogelijk waarborgen voor uitgavenbeheersing in te bouwen.

- De aanpak sluit zo veel mogelijk aan bij de inkoop van zorg door zorgverzekeraars.
- Bij de zorginkoop moet sprake zijn van een gelijk speelveld.
- Uiteindelijk blijft de mogelijkheid bestaan om als ultimum remedium een macrobeheersinstrument (mbi) in te zetten, maar toepassing van dit mbi moet in de praktijk zelden of nooit nodig zijn.
- Het alternatief moet juridisch geoorloofd en uitvoerbaar zijn. Het moet minder verstrend werken dan het bestaande mbi.

De commissie heeft in haar advies in de eerste plaats diverse voorstellen gedaan om de eerste vijf uitgangspunten verder handen en voeten gegeven. Zij heeft dat gedaan in de vorm van een vierstappenplan dat gericht is op het zo veel mogelijk voorkomen van macrobudgettaire overschrijdingen, zodat de eventuele inzet van een macrobeheersinstrument (achteraf) ook echt een «ultimum remedium» wordt.

Ik kan mij zeer vinden in deze benadering. Ik heb het mbi altijd gezien als een laatste «slot op de deur» waarvan de inzet zo veel mogelijk moet worden voorkomen. De voorstellen van de commissie betreffen mogelijke handvatten voor deze aanpak. Wel is het zo dat sommige voorstellen een verregaand karakter hebben, terwijl dat niet of veel minder geldt voor andere voorstellen. Weer andere voorstellen betreffen in feite staand beleid.<sup>1</sup> Mijn reactie op de voorstellen van de commissie is – tegen deze achtergrond – als volgt:

1. ik ben voornemens om in overleg met het veld voor 2013 een aantal stappen te zetten gericht op het naar voren halen van het contracteerproces, het vroegtijdig monitoren van gemaakte contractafspraken en het zo veel mogelijk inkopen door verzekeraars op basis van (a) objectieve en transparante criteria en (b) afspraken over prijs en volume. Ik zie dit als niet-controversiële maatregelen.
2. Voor zover de voorstellen van de commissie Baarsma een verderstrekkend karakter hebben dan de hiervoor genoemde maatregelen, laat ik de standpuntbepaling en besluitvorming over aan een volgend kabinet. Dit betreft onder andere het voorstel van de commissie om het onmogelijk te maken zorg te verlenen op basis van restitutie ten laste van de basisverzekering, maar ook het voorstel om – als verzekeraars de hun toebedeelde rol als kritische inkopers van doelmatige zorg onvoldoende waar (kunnen) maken – zorgverzekeraars een wettelijk verbod te geven om meer zorg te contracteren dan het hun toegewezen kader toestaat. Voor de implementatie van deze laatstgenoemde voorstellen zou volgens de commissie bovendien een wetswijziging nodig zijn. Daarnaast adviseert de commissie, wat het voorstel over restitutiezorg betreft, nog een toetsing door de Europese Commissie te laten uitvoeren.

De commissie Baarsma zegt dat – ook bij implementatie van het door haar voorgestelde vierstappenplan – er altijd een risico blijft bestaan op overschrijdingen van het macrokader (al is dit risico dan wel kleiner dan nu). De commissie stelt dat – mocht in dat geval het macrobeheersinstrument als ultimum remedium worden ingezet – een gerichte toepassing daarvan op de veroorzakers van de overschrijding de voorkeur verdient boven een «generiek mbi» (waarbij zorgaanbieders worden gekort naar rato van marktaandeel). De uitwerking hiervan vraagt echter meer tijd, vanwege de complexiteit hiervan. De commissie adviseert de optimale vormgeving hiervan te laten uitwerken door een internationaal samengesteld team van technische experts.

<sup>1</sup> Een aantal voorstellen betreft staand beleid, dit betreft bijvoorbeeld: het objectief ramen door het CPB, het zo snel mogelijk afbouwen van het transitie-model, het zo snel als verantwoord volledig risicodragend maken van verzekeraars, het toekomstbeeld van integrale tarieven waar ook de honoraria medisch specialisten deel van uitmaken.

Gelet op dit advies van de commissie blijf ik mij inzetten voor het – in overleg met veldpartijen – uitwerken van een «gedifferentieerd mbi», waarmee onverhoopte macro-overschrijdingen adequaat geredresseerd

kunnen worden, dat zo veel mogelijk aansluit bij het contracteerbeleid van verzekeraars en dat werkt volgens het uitgangspunt «de overschrijder betaalt». De inschakeling van een internationaal samengesteld team van technische experts vind ik daarbij minder voor de hand liggend gegeven het belang van specifieke kennis over het Nederlandse zorgstelsel bij de uitwerking. Over wat deze ultieme poging betekent voor de vormgeving van het mbi voor 2013 zal ik u later dit jaar informeren.

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

# Voortgangsrapportage invoering medisch specialistische zorg 2012

## Deel A motie Dijkstra

### Leeswijzer

Deze voortgangsrapportage is een combinatie van de motie Van der Veen (TK 29 248, nr. 57) en de motie Dijkstra (TK 29 248, nr. 194). Naast deze voortgangsrapportage zal, zoals gebruikelijk, de marktscan Zorgverzekeringsmarkt (zomer 2012) en de marktscan Medisch Specialistische Zorg (eind 2012) aan de Tweede Kamer worden aangeboden zodra ik deze van de Nederlandse Zorgautoriteit heb ontvangen. In deze voortgangsrapportage worden de volgende onderwerpen besproken: 1. Implementatiegraad en stabiliteit van zorgproducten (DOT); 2. Implementatiegraad van uitkomstindicatoren voor kwaliteit; 3. Ontwikkeling van evenwichtige marktverhoudingen; 4. Kostenontwikkelingen in de medisch specialistische zorg, 5. Overheveling geriatrische revalidatie

### 1. Implementatiegraad en stabiliteit van zorgproducten (DOT)

Met het project DBC's Op weg naar Transparantie (DOT) zijn de circa 30 000 DBC's vervangen door 4 400 DBC-zorgproducten. Het DBC-systeem was een eerste stap naar meer transparantie in de zorg en maakte het voor zowel de zorgaanbieder als de zorgverzekeraar mogelijk om meer te sturen op kwaliteit en doelmatigheid. Door het zorgaanbod slimmer te verpakken zijn de 4 400 zorgproducten vergeleken met de oude DBC's medisch herkenbaarder, kostenhomogener en de werklust komt beter tot uiting. Het aantal zorgproducten is sterk verminderd mede door het specialisme overstijgende karakter van DOT.

In de voortgangsrapportage die u vorig jaar in juni heeft ontvangen is voor het onderwerp DOT een aantal doelstellingen geformuleerd. In het onderstaande schema zijn deze doelstellingen en de stand van zaken hierbij, opgenomen.

Jaar	Doelstelling	Toelichting	Stand
2011	Vorbereiding invoering DOT en prestatiebekostiging; VWS monitort voortgang	Op 1 juli 2011 heeft de NZa beoordeeld dat DOT geschikt was om in te voeren. Sindsdien zijn er twee updates geweest van DOT. In overleg met het veld zijn enkele wijzigingen in de productstructuur doorgevoerd en zijn de maximumtarieven van een aantal DOT-zorgproducten bij de specialismen aangepast: klinische kindergeneeskunde, cardiologie en neurochirurgie.	Gerealiseerd
2012	Invoeren DOT	DOT is conform planning ingevoerd.	Gerealiseerd
2012–2013	Doorontwikkeling DOT Aandachtspunten: – Kindergeneeskunde – Zorgzwaarte – Koppeling met uitkomstindicatoren	De NZa heeft een doorontwikkelagenda opgesteld. De verbeterslag voor kindergeneeskunde staat gepland voor 2013. Voor wat betreft het onderwerp «zorgzwaarte» constateert de NZa dat DOT ten opzichte van de oude DBC's meer rekening houden met zorgzwaarte verschillen. Het onderwerp kent inmiddels een minder hoge urgentie. Desalniettemin worden de mogelijkheden van de registratie van nevendagnoses onderzocht om het systeem nog meer rekening te laten houden met zorgzwaarte. De koppeling met uitkomstindicatoren zal worden onderzocht door het Kwaliteitsinstituut dat momenteel wordt opgericht.	Deels gerealiseerd, deels nog in voorbereiding volgens planning

Jaar	Doelstelling	Toelichting	Stand
2014	Door veld aangedragen aandachtspunten voor DOT hebben een plek gekregen.	De NZa en DBC-Onderhoud zijn momenteel bezig met het uitwerken van de doorontwikkelagenda die in samenspraak met het veld is opgesteld.	Vorbereiding verloopt volgens conform planning
Structureel	DOT up-to-date houden en innovaties accommoderen	Het DOT-pakket wordt doorgaans twee keer per jaar ge-update. Op deze wijze krijgen innovaties en andere aanpassingen in de productstructuur snel een plek.	Vorbereiding verloopt volgens conform planning

## 2. Implementatiegraad van uitkomstindicatoren voor kwaliteit

Indicatoren van de kwaliteit van de ziekenhuiszorg worden ontwikkeld en geïmplementeerd in het kader van het programma Zichtbare Zorg (ZiZo) en voor de patiënt beschikbaar gesteld via de portal [www.kiesbeter.nl](http://www.kiesbeter.nl). Voor het vormgeven van het programma Zichtbare Zorg is er een meerjarenplan gemaakt voor de periode 2011–2014. De doelstellingen die horen bij dit plan zijn in de voortgangsrapportage van vorig jaar geformuleerd en opgenomen in het onderstaande schema.

### Doelstelling en stand van zaken

Doelstelling	Toelichting	Stand
De informatiewaarde van de huidige indicatoren kritisch beoordelen, waarbij indicatoren met weinig waarde als keuze- en toezichtinformatie (en een relatief hoge registratielast) worden verwijderd.	Voor wat betreft het kritisch beoordelen van de huidige indicatoren kan ik u melden dat hiervoor momenteel een stuurgroep bestaande uit vertegenwoordigers van de ziekenhuizen, zorgverzekeraars, de NPCF en de consumentbond, mee bezig is.	Loopt
Nieuwe indicatoren en verbeterde bestaande indicatoren beschikbaar stellen op basis van (bestaande) administratieve en klinische registraties.	Betrokken partijen zijn hiermee bezig. Het programma zal worden ondergebracht in het Kwaliteitsinstituut (zie verder nadere toelichting).	Loopt
Bestaande indicatoren benutten voor vergelijkbare aandoeningen.	Op dit moment wordt aan de sectorale stuurgroepen van het programma Zichtbare Zorg de opdracht gegeven om deze uitgangspunten concreet te verwerken in werkplannen. Deze werkplannen zullen naar verwachting in het najaar gereed zijn.	Loopt
Jaarlijkse uitvraag indicatoren	De uitvraag van ZiZo-indicatoren over verslagjaar 2011 is afgerond. Ziekenhuizen leverden gegevens aan voor de 19 wettelijk verplichte indicatorsets en voor de 22 indicatorsets waarvoor 2011 een pilotjaar was. 94% van de ziekenhuizen heeft niet-wettelijk verplichte indicatorsets aangeleverd. Over de vaststelling van indicatorsets ten behoeve van de uitvraag over verslagjaar 2012 zal de stuurgroep ziekenhuizen in september 2012 een besluit nemen.	Structureel

### Aanvullende toelichting

Sinds 2007 ondersteunt het transparantieprogramma «Zichtbare Zorg» partijen in elf zorgsectoren bij het inzichtelijk en vergelijkbaar maken van hun zorgkwaliteit. Het programma Zichtbare Zorg zal eind 2012 worden beëindigd. Het programma zal worden ondergebracht in het Kwaliteitsinstituut. Dit betekent dat veldpartijen een aantal taken zelf moeten gaan oppakken. Concreet gaat het hierbij o.a. om het (door)ontwikkelen van indicatoren en het bewerken van de gegevens tot vergelijkbare kwaliteitsgegevens. In 2013 zal een loket beschikbaar zijn waar de ziekenhuizen hun gegevens over 2012 en verder kunnen aanleveren.

Bij voorkeur worden indicatoren over kwaliteit onderdeel van de professionele standaarden. De ontwikkeling van indicatoren over kwaliteit krijgt daarom een plek op de meerjarenagenda van het Kwaliteitsinstituut. In de brief die de staatssecretaris en ik u op 12 april jongstleden hebben toegestuurd<sup>1</sup>, hebben wij u bericht over de stand van zaken met betrekking tot de oprichting van het Kwaliteitsinstituut. Op 24 april is het wetsvoorstel dat de taken en bevoegdheden van het Kwaliteitsinstituut regelt aan uw Kamer verzonden<sup>2</sup>. De staatssecretaris en ik zijn ons er van bewust dat deze wetgeving nog met het parlement besproken moet worden. Mede met het oog op de brede wens van uw Kamer om snel te zorgen voor het creëren van de mogelijkheid om de ontwikkeling van professionele standaarden te kunnen afdwingen treft het College voor Zorgverzekeringen, in samenwerking met de organisaties die opgaan in het Kwaliteitsinstituut voorbereidingen die erop zijn gericht het Kwaliteitsinstituut direct na inwerkingtreding van wetgeving volledig operationeel te laten zijn. Die voorbereidingen betreffen zowel inhoudelijke onderwerpen zoals het ontwikkelen van een meerjarenagenda en een toetsingskader voor de ontwikkeling van professionele standaarden en pilots, als organisatorische zaken zoals het voorbereiden van de overname van medewerkers van de organisaties die opgaan in het Kwaliteitsinstituut.

### 3. Ontwikkeling van evenwichtige marktverhoudingen

Met de invoering van prestatiebekostiging is er meer ruimte gekomen voor zorgverzekeraars om te sturen op meer kwaliteit en doelmatigheid. Dit vereist evenwichtige marktverhoudingen. De Nederlandse Zorgautoriteit en de Nederlandse Mededingingsautoriteit zien toe op (verstoringen van) evenwichtige marktverhoudingen. De Nederlandse Zorgautoriteit brengt jaarlijks de marktscan Zorgverzekeringsmarkt en marktscan Medisch specialistische zorg uit, waarbij de NZa over deze punten rapporteert. Deze twee scans geven een stand van zaken voor wat de indicatoren die van belang zijn bij een evenwichtige marktverhoudingen. In het onderstaande schema heb ik aan de hand van de marktscan zorgverzekeringsmarkt 2011 en de marktscan medisch specialistische zorg 2011 voor deze indicatoren een stand van zaken gegeven.

#### *Doelstelling en stand van zaken*

Indicator	Toelichting	Stand
Prijs- en volumeontwikkelingen	De prijs- en volumeontwikkelingen komen in hoofdstuk 4 aan de orde.	Zie hoofdstuk 4
Transparantie van kwaliteit	In 2011 hebben de Wetenschappelijke Verenigingen er werk van gemaakt om de richtlijnen voor behandelingen verder aan te scherpen. Tegelijkertijd blijven de Zizo-indicatoren zich verder ontwikkelen waardoor er een beter beeld ontstaat over de kwaliteit van de geleverde zorg. Het is van belang dat partijen hier blijvend aandacht aan besteden omdat transparantie van kwaliteit een belangrijke voorwaarde is om selectieve inkoop door zorgverzekeraars verder van de grond te laten komen.	Loopt goed
Aantal zorgaanbieders in de regio	In 2010 zijn ten opzichte van 2009 slechts beperkte verschuivingen waar te nemen in de marktconcentratie van ziekenhuizen. In totaal waren er in 2011 84 algemene ziekenhuizen, 2 categorale ziekenhuizen, 8 UMC's en 221 ZBC's bij de NZa bekend. Hoewel de NZa op dit moment geen aanwijzingen heeft voor een dergelijk misbruik, neemt het risico op mogelijk misbruik van machtspositie toe vanwege de overgang van grotendeels gereguleerde prijzen naar een situatie in 2012 waarin het merendeel van de prijzen vrij onderhandelbaar is. De NZa zal hier in haar toezichtsplan 2012 extra aandacht aan besteden.	Aandachtspunt

<sup>1</sup> Handelingen TK, 2011–2012, 32 620, nr. 59.

<sup>2</sup> Handelingen TK, 2011–2012, 33 243, nr. 2.

Indicator	Toelichting	Stand
Aantal zorgverzekeraars	In 2011 zijn er 10 verzekeringsconcerns van in totaal 27 risicodragende zorgverzekeraars. Vijf van deze concerns omvatten slechts één zorgverzekeraar.	Stabiel
Marktaandeel zorgverzekeraars	De marktaandelen van de vier grootste zorgverzekeraars (concerns) zijn sinds 2007 vrijwel stabiel. Door de goedkeuring van de fusie tussen Achmea en De Friesland door de NMa zal het landelijk marktaandeel van deze fusiecombinatie naar verwachting toenemen met 3%. De NZa verwacht geen onaanvaardbare verschraving van het orgaanbod of een gebrekkige toegankelijkheid in Nederland of delen daarvan als gevolg van de fusie.	Stabiel
% verzekerden dat wisselt van verzekeraar	Over het percentage van verzekerden dat wisselt van verzekeraars meldt de NZa dat het aantal overstappers is in 2011 met 5,5% een kwart groter dan in 2010. Het totaal aantal overstappers bedraagt daarmee ongeveer 900 000. Deze toename kan deels worden verklaard door de stijging van de nominale premie in 2011. De winst die behaald is voor een verzekerde door over te stappen is echter beperkter dan voorgaande jaren.	Verbeterd

### *Aanvullende toelichting*

Volledigheidshalve noem ik hier de stand van zaken rondom de aanscherping van de regels van de fusietoetsing. Op 9 mei jl heeft de Tweede Kamer hierover het wetsvoorstel ontvangen. Met deze zorgspecifieke fusietoets worden instellingen verplicht om niet alleen fusies beter te doordenken, maar ook om alle zogenaamde stakeholders (in ieder geval cliënten en personeel) erbij te betrekken, hetgeen de kwaliteit van de zorgverlening ten goede komt. De Tweede Kamer heeft de inbrengdatum voor het verslag vastgesteld op 12 juli aanstaande.

## **4. Kostenontwikkelingen in de medisch specialistische zorg**

De motie vraagt naar de prijs- en volumeontwikkeling in het vrije segment (B-segment). Het vrije segment is de afgelopen jaren geleidelijk uitgebreid naar 70% in 2012. Met het afschaffen van de ziekenhuisbudgetten en het invoeren van belonen naar prestatie wordt over een deel van de resterende zorg ook onderhandeld, echter onder een maximum tarief. Om deze reden is deze paragraaf uitgebreid naar de gehele medisch specialistische zorg.

### *Doelstelling en stand van zaken*

In de vorige voortgangsrapportage heb ik aangegeven dat ik streef naar een gematigde prijs- en volumeontwikkeling. Hierover zijn op 4 juli 2011 bestuurlijke afspraken gemaakt met de betrokken branchepartijen (NFU, NVZ, ZN en ZKN). De gezamenlijke ambitie is om op een jaarlijkse structurele uitgavengroei uit te komen van 2,5% exclusief loon en prijsbijstelling (incl. is dit ongeveer 5,3%) in de periode van 2012 tot 2015. Over de kostenontwikkeling in 2012 kan ik op dit moment nog niets zeggen. De betrokken branchepartijen zijn bezig om op basis van de contracten een beeld te schetsen over de uitkomsten van de contractering 2012. Een definitieve uitspraak over de kostenontwikkeling in 2012 kan echter pas gedaan worden na 2012 op basis van de cijfers van het CVZ.

Over 2011 kan ik u het zelfde melden als ik heb gedaan in de eerste suppletore wet 2012 (Tweede Kamer, vergaderjaar 2011–2012, 33 280 XVI, nr. 2 Tweede Kamer, vergaderjaar 2011–2012, 33 280 XVI, nr. 2). De totale ingeschatte overschrijding bij de instellingen bedraagt voor de medisch specialistische zorg, op basis van cijfers van het CVZ en NZa over 2011 en rekening houdend met patronen in de uitgaven-ontwikkeling van de



afgelopen jaren, € 333 miljoen (op basis van de nieuwe toedeling zoals die vanaf 2012 in de VWS-begroting is opgenomen en ontleend is aan het Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord). Uitgaande van het overeengekomen budgettair kader 2012–2014 uit het bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord medisch specialistische zorg werkt de overschrijding zoals geconstateerd op basis van 2011 niet structureel door.

In het najaar zal de NZa weer een marktscan medisch specialistische zorg uitbrengen. Hierin wordt ook aandacht besteed aan de volumeontwikkeling in verschillende onderdelen van de zorg. Ik zal de Kamer deze marktscan toesturen.

## **5. Overheveling geriatrische revalidatie**

Zoals in mijn brief van 13 mei 2011 (Kamerstukken 2010–2011, 30 597, nr. 184) is beschreven wordt de geriatrische revalidatiezorg vanaf 2013 overgeheveld van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) naar de Zorgverzekeringswet (Zvw). De voorbereidingen hiervoor lopen volgens planning.

### **Wijziging Zorgverzekeringswet**

Met het ontwerpbesluit houdende wijziging van onder meer het Besluit zorgverzekering en het Besluit zorgaanspraken AWBZ in verband met maatregelen 2013 in het zorgpakket, wordt geregeld dat de geriatrische revalidatie met ingang van 1 januari 2013 valt onder de te verzekeren prestaties Zvw en geen onderdeel meer uitmaakt van de aanspraken op grond van de AWBZ. Met mijn brief van 13 juni 2012 heb ik dit ontwerpbesluit op grond van artikel 124 van de Zvw aan uw Kamer overgelegd (Kamerstukken II 2011/12, 29 689, nr. 396). Op 18 en 20 juni 2012 heeft hierover een wetgevingsoverleg en een debat plaatsgevonden.

Door de overheveling vervalt de centrale indicatiestelling door het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ). De indicatiestelling wordt vanaf 2013 onderdeel van de ziekenhuisbehandeling en hierbij spelen de specialisten ouderengeneeskunde een centrale rol. Die beroepsgroep heeft samen met andere betrokken professionals een triage-instrument ontwikkeld. Dat instrument wordt voorafgaand aan de overheveling in 2013 geïmplementeerd.

### **Transitietraject**

In de brief van 13 mei 2011 is de transitiefase beschreven. In de transitiefase naar het eindperspectief van prestatiebekostiging en volledig risicodragende verzekeraars in 2015 wil ik de onnodige risico's van de overheveling voor de overheid, de instellingen en de verzekeraars afdekken.

Om de risico's op instellingsniveau af te dekken wordt voor bestaande aanbieders de bekostiging en de financiering van de instellingen in 2013 gescheiden. Bestaande instellingen declareren op basis van DBC-zorgproducten maar de uiteindelijke afrekening vindt plaats op grond van de geregistreerde «oude AWBZ-parameters» (zoals de ZZP's). Conform planning heeft de Nederlandse Zorgautoriteit voor 1 juli 2012 de DBC-zorgproducten, de kostprijzen en benodigde beleidsregels voor 2013 vastgesteld. De DBC-zorgproducten die worden ingevoerd moeten op een aantal punten worden doorontwikkeld. De NZa is momenteel aan het inventariseren op welke elementen de doorontwikkeling plaats dient te vinden. Om het hierboven genoemde eindperspectief per 2015 te halen

moeten de doorontwikkelde DBC-zorgproducten in 2015 worden ingevoerd.

Ondanks het feit dat ik volumerisico's als gevolg van de overheveling beperkt acht heb ik conform de toezegging in de brief van mei 2011 met verzekeraars afgesproken dat de productieafspraken (incl. groei) in de Zvw in 2013 en 2014 vergelijkbaar zijn aan de omvang van de productie onder de AWBZ. In april 2013 zal de NZa monitoren in hoeverre de productieafspraken passen binnen het vastgestelde kader. Als ondanks bovengenoemde afspraken het macrokader voor de geriatrische revalidatiezorg toch wordt overschreven, ben ik voornemens als ultimum remedium het macrobeheersinstrument in te zetten (MBI).

### **Kwaliteit van zorg**

Alle betrokken partijen onderschrijven dat de overheveling, naast meer doelmatigheid, vooral winst voor de cliënt moet opleveren. Door betere en snellere indicatiestelling in het ziekenhuis, meer afstemming en efficiency in de totale keten (ziekenhuis, geriatrische revalidatiezorg en de overgang naar huis) en een kwalitatief hoogwaardig aanbod van zorg met variatie in zorgarrangementen kan kwaliteitsverbetering en doelmatigheid hier hand in hand gaan.

Zoals genoemd in mijn brief van 13 mei 2011 hebben betrokken branchepartijen, beroepsorganisaties en cliëntenorganisaties hiervoor verschillende ontwikkelingen ingezet. De partijen voeren samen het stimuleringsprogramma «Proeftuinen voor vernieuwend aanbod van geriatrische revalidatiezorg» uit. Hiervoor zijn in 2011 16 regionale proeftuinen ingericht van samenwerkingsverbanden tussen zorgaanbieder, zorgkantoor en verzekeraar. Het doel is om de ketenzorg voor geriatrische revalidatiecliënten meer efficiënt en effectief in te richten en een meer variabel zorgaanbod te ontwikkelen en testen. Om te kunnen volgen hoe de proeftuinen verlopen en wat ze opleveren vindt op twee manieren monitoring plaats. Er wordt een monitor uitgevoerd die is gericht op het proces en de organisatie van de zorg en een effectmonitor waarbij wordt onderzocht tot welke vormen van integrale zorgtrajecten de proeftuinen leiden en welke effecten dit vernieuwde zorgaanbod heeft op de uitkomsten van revalidatie.

Uit rapportage van de procesmonitor en de tussenrapportage van de uitkomstmonitor blijkt dat in veel proeftuinen inmiddels resultaten zichtbaar zijn.

Twee centrale bevindingen zijn:

- focus op het proces levert veel inzicht op en daarmee veel, vaak ook onverwachte, verbeterpunten in de keten en intern bij betrokken organisaties. In veel proeftuinen is hierdoor een verkorting van de totale ligduur gerealiseerd.
- Revalidatie is gericht op behandeling en terug naar huis. Het revalidatiedoel van de cliënt staat voorop. Dit is een cultuuromslag voor het verpleeghuis.

Ook is gebleken dat de noodzakelijke kwaliteitsimpuls in de keten tijd kost. Om deze reden is de monitoring van de uitkomsten van de proeftuinen verlengd zodat ook de uitkomsten van de zorg die in de eerste helft van 2012 is verleend kunnen worden meegenomen. Als gevolg hiervan wordt de definitieve versie van de uitkomstmonitor in december 2012 opgeleverd.