

Vergaderjaar 2008–2009

**30 597**

**Toekomst AWBZ**

**Nr. 49**

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

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 10 februari 2009

Hierbij informeren wij u over de voortgang van de overheveling van onderdelen van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) naar de Zorgverzekeringswet (Zvw).

**Inleiding**

In de brief van 13 juni 2008 «Zeker van zorg, nu en straks» (Kamerstuk 30 597, nr. 15) heeft de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport haar toekomstvisie op de AWBZ uiteengezet. De brief gaat in op de maatregelen die nodig zijn om de AWBZ toekomstbestendig te maken en de AWBZ te behouden voor die groep mensen die langdurig op zorg is aangewezen.

Een van die maatregelen is het overhevelen van de zorg die naar haar aard beter bij de Zorgverzekeringswet past, namelijk de kortdurende en herstelgerichte zorg. In de brief van 13 juni zijn de volgende drie voornemens onderscheiden:

- I. de overheveling van de reactiveringszorg per 1 januari 2010;
- II. onderzoek naar welke elementen nog meer voor overheveling van de AWBZ naar de Zvw in aanmerking komen;
- III. een nadere bezinning op de scheiding care – cure zoals deze nu bestaat ten aanzien van de GGZ.

Deel twee, een advies op basis van de op dit terrein uitgevoerde onderzoeken, zal in 2010 worden afgerond.

Ten aanzien van het derde voornemen kunnen wij u melden dat in 2009 een nadere verkenning zal plaatsvinden van intramurale GGZ-onderdelen die mogelijk voor overheveling naar de Zvw in aanmerking komen (bijvoorbeeld het voortgezet verblijf). In 2009 zullen scenario's voor overheveling worden uitgewerkt. Wij zullen u na de afronding hiervan informeren over onze bevindingen.

In deze brief zullen wij met name onze plannen voor het eerste deel, de overheveling van de reactiveringszorg per 1 januari 2010, verder uitwerken. Zorgvuldigheid staat wat ons betreft voorop bij deze overheveling.

Uit ervaring met de overheveling GGZ blijkt dat een continue, open dialoog met veldpartijen van groot belang is. Tijdens een bestuurlijk overleg eind maart/begin april 2009 zullen we in gezamenlijkheid de balans opmaken en een definitief besluit nemen over de haalbaarheid van de overheveling per 1 januari 2010.

In deze brief willen wij aandacht besteden aan zowel inhoudelijke als meer technische aspecten van de overheveling.

Ten aanzien van de inhoudelijke kant gaat deze brief in op:

- de definitie: wat verstaan we onder somatische revalidatiezorg;
- het doel van de overheveling: waarom willen we de overheveling;
- de afbakening: wat wordt er precies overgeheveld.

Daarnaast komt een aantal systeemtechnische aspecten aan de orde, waaronder de financiering en bekostiging.

Tot slot gaan wij in op de communicatie met het veld.

### **Definitie**

In het vervolg spreken wij – in lijn met het pakketadvies 2007 van het CVZ – over somatische revalidatiezorg in plaats van over reactiveringszorg.

Revalidatiezorg in de AWBZ is goed af te bakenen. Het betreft kortdurende, op herstel en terugkeer naar huis gerichte zorg die volgt op een ziekenhuisopname en veelal in een verpleeghuis wordt geleverd.

In de praktijk blijkt het vooral te gaan om de volgende cliëntencategorieën: CVA (beroerte), heup- en knieprothesen, overige orthopedie (trauma), amputaties en overige kortdurende somatische opnames.

Hoewel revalidatiezorg kortdurend van aard is, liggen het tempo en de intensiteit van de revalidatie bij deze groep (vaak oudere) cliënten lager dan bij cliënten die revalideren in revalidatiecentra. De leerbaarheid en trainbaarheid van deze laatste groep is in het algemeen groter, waardoor zij een sneller en intensiever revalidatietraject kunnen doorlopen.

De kortdurende revalidatiezorg op somatische grondslag kan in dagbehandeling of intramuraal worden geleverd. In termen van de AWBZ geldt dat er in beide gevallen sprake is van de functie «behandeling». Bij intramurale zorg is tevens de functie «verblijf» van toepassing.

### **Doel overheveling**

De overheveling van de revalidatiezorg is in eerste instantie bedoeld om een impuls te geven aan de kwaliteit van de revalidatiezorg voor kwetsbare, veelal oudere personen met multimorbiditeit. Ook voor hen geldt dat de kans op herstel van het functioneren optimaal is als de revalidatiezorg direct aansluitend op de medisch specialistische behandeling wordt ingezet. Dit kan worden gerealiseerd door de zorg in een keten te organiseren en daarin de behoeften van de cliënt centraal te stellen. Met andere woorden, de zorgvraag van de cliënt is leidend, niet het zorgaanbod van de instellingen. Ketenzorg is een belangrijke manier om de kwaliteit en zorguitkomsten voor de cliënt te verbeteren.

Volgens de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg<sup>1</sup> biedt ketenzorg meerwaarde door kortere wachttijden, betere overdracht van informatie en betere samenhang in diensten. De grootste belemmering voor het tot stand brengen van goede ketenzorg is het bestaan van schotten in organisatie en financiering.

Eén financierings- en sturingssysteem draagt bij aan een goede afweging van alternatieven (welke vorm van zorg is het best voor de cliënt) en dus

---

<sup>1</sup> Beter zonder AWBZ? Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. 2008.

een betere organisatie van de zorgketen. Zorgverzekeraars krijgen in de nieuwe situatie een (financieel) belang om de zorg voor hun cliënten zo goed en efficiënt mogelijk te regelen. Vooraf maken de betrokken partijen – ziekenhuizen, verpleeghuizen en zorgverzekeraars – afspraken over de optimale zorg voor de verschillende cliëntencategorieën op basis van te ontwikkelen multidisciplinaire richtlijnen. Daarnaast is het belangrijk om vooraf duidelijke afspraken te maken over verantwoordelijkheden en zorgregie.

Naast deze kwaliteitsimpuls, zijn uiteraard ook de afbakening van de AWBZ en de financiële houdbaarheid van de AWBZ redenen om de somatische revalidatiezorg naar de Zvw over te hevelen. De op herstel gerichte zorg past niet in een AWBZ die zich richt naar mensen met een langdurige, chronische aandoening of beperking, van wie de zelfredzaamheid voor langere tijd is aangetast.

Tot slot zorgt de overheveling voor meer logica in de financiering: revalidatiezorg die geleverd wordt door revalidatiecentra valt ook al onder de Zvw.

### Afbakening

Een duidelijke afbakening van het begrip revalidatie is een essentiële voorwaarde voor zorgvuldige overheveling. We moeten immers haarscherp in beeld hebben wát er over gaat naar de Zvw, om te voorkomen dat er mensen tussen de wal en het schip zullen vallen.

Zoals gezegd beperken wij ons bij de overheveling tot de somatische revalidatiezorg die door verpleeghuizen wordt geleverd (al dan niet in combinatie met verblijf) ná een ziekenhuisopname.

Het sluitstuk van de zorgketen, te weten de zorg die thuis geleverd wordt en meer gericht is op zelfredzaamheid thuis, laten wij (voorlopig) buiten beschouwing. De voornaamste overweging hierbij is dat het op dit moment niet goed mogelijk is om de revalidatiecomponent te destilleren uit de verschillende AWBZ-functies als begeleiding, persoonlijke verzorging en verpleging<sup>1</sup>.

Deze functies blijven daarom voorlopig via de AWBZ gefinancierd.

Wellicht ten overvloede merk ik hierbij op dat het niet gaat om ziekenhuisverplaatste zorg, waarbij de zorg die onder verantwoordelijkheid van de medisch specialist in de thuisituatie wordt geboden, onder de Zvw valt. Hierover heb ik u geïnformeerd bij brief van 23 december 2008 («Spoorboekje ziekenhuisverplaatste zorg; Kamerstuk 31 322, nr. 51).

We zullen het bovenstaande aan de hand van een voorbeeld toelichten:

<sup>1</sup> In de eerste helft van 2009 worden er cliëntprofielen opgesteld, die de basis zullen vormen voor extramurale zorgzwaartepakketten (EZP's). Gewenst eindresultaat is een beperkt aantal samenhangende pakketten van AWBZ-zorg (verpleging, verzorging, behandeling en/of begeleiding) die passen bij duidelijk te onderscheiden cliëntgroepen. De op herstel gerichte AWBZ-zorg zal een van de categorieën vormen. Doordat ook de extramurale AWBZ-zorg wordt gedefinieerd in termen van cliëntgroepen, wordt de aansluiting met de keten van revalidatiezorg naar verwachting een stuk makkelijker. Op basis hiervan kan in een later stadium alsnog besloten worden om de thuiszorg voor de revaliderende cliënt onder de Zvw te brengen.

*Meneer Pieterse is 78 jaar en woont zelfstandig in een ouderenflat. Als meneer Pieterse een hersenbloeding krijgt, wordt hij voor behandeling opgenomen in het ziekenhuis (Zvw). Nadat de medisch specialistische behandeling is afgerond, besluit de behandelend arts of de cliënt in aanmerking komt voor revalidatie in een verblijfssetting. In de huidige situatie wordt meneer Pieterse – op basis van een standaard indicatieprotocol (SIP) van het CIZ – overgeplaatst naar een verpleeghuis. Dit valt nu onder de AWBZ. Na de overheveling is het niet het CIZ, maar de behandeld arts die – op basis van vooraf gemaakte afspraken over het optimale zorgpad – bepaalt hoe het revalidatietraject eruit ziet. De revalidatiezorg die vanuit het verpleeghuis wordt geleverd, valt dan onder de Zvw.*

*Meneer Pieterse verblijft acht weken in een verpleeghuis om te revalideren. Hij wordt onder andere behandeld door een fysiotherapeut, een ergotherapeut, een logopedist en een psycholoog. Na acht weken is meneer Pieterse zodanig hersteld dat hij terug naar huis kan. De behandeling is echter nog niet voltooid en twee maal per week ontvangt hij dagbehandeling in het verpleeghuis (nu AWBZ, straks Zvw).*

*Daarnaast heeft meneer Pieterse door de hersenbloeding lichamelijke beperkingen. Er is geen mantelzorg beschikbaar in zijn omgeving, zodat hij hulp nodig heeft bij het wassen en aankleden en het toedienen van medicijnen. De thuiszorg die meneer Pieterse vooraf ook al kreeg, kan hem hierin ondersteunen (blijft AWBZ). Daarnaast ontvangt hij huishoudelijke hulp, die door de gemeente wordt geregeld vanuit de WMO.*

Door wel dagbehandeling/dagrevalidatie aansluitend aan de intramurale revalidatie mee te nemen in de overheveling sluiten wij aan bij de toenemende extramuralisering. Uit onderzoek blijkt dat een deel van de cliënten bij een goed aanbod van dagrevalidatie na intramurale revalidatie eerder naar huis zou willen én kunnen. In de nieuwe bekostigings- en financieringsstructuur zal er een prikkel ontstaan om cliënten waar mogelijk in de thuissituatie te behandelen.

Thans laten wij nader onderzoek verrichten naar de aard en omvang van dagbehandeling/dagrevalidatie die verpleeghuizen aan revalidatiecliënten bieden aansluitend aan de intramurale revalidatie. Eind maart zijn de uitkomsten van dit onderzoek bekend.

### **Overgang naar de Zvw: financiering en bekostiging**

Het overhevelen van zorg van de AWBZ naar de Zvw betekent dat de systematiek van de Zvw van toepassing zal zijn op de somatische revalidatiezorg. Dit brengt op een aantal punten veranderingen met zich mee, waaronder de financiering (o.a. eigen bijdrage) en de bekostiging van de zorg.

#### *1. Eigen bijdrage*

Voor AWBZ-zorg, en dus ook revalidatiezorg binnen verpleeghuizen, geldt een eigen bijdrage. De eigen bijdrage voor *intramurale* zorg is een inkomensafhankelijke eigen bijdrage die gebaseerd is op het aantal dagen dat een cliënt in het betreffende jaar in de instelling verblijft. De eigen bijdrage voor *extramurale* zorg is een inkomensafhankelijke eigen bijdrage die afhankelijk is van het aantal uren zorg.

Na overheveling valt de somatische revalidatiezorg onder het regime van de Zorgverzekeringswet. De Zorgverzekeringswet kent geen systeem van inkomensafhankelijke eigen bijdragen. Het handhaven van een aparte inkomensafhankelijke eigen bijdrage voor revalidatiezorg in verpleeghuizen – naast het verplicht eigen risico van de Zorgverzekeringswet – ligt dan ook niet voor de hand. Bovendien zou het technisch lastig uitvoerbaar zijn en leiden tot hoge uitvoeringskosten. De inkomensafhankelijke bijdrage voor revalidatiezorg zoals deze nu binnen de AWBZ geldt, komt dan ook na de overheveling te vervallen.

De precieze budgettaire effecten van het afschaffen van de eigen bijdrage voor revalidatiezorg zijn op dit moment nog niet geheel duidelijk, maar zijn naar verwachting beperkt. Deze eventuele meerkosten zullen worden gedekt binnen het BKZ (Budgettair Kader Zorg). Zodra er meer duidelijkheid bestaat over de wijze waarop dit gebeurt, zal ik u nader informeren.

#### *2. Bekostiging*

De bekostiging in de AWBZ verloopt anders dan binnen de Zvw. Om de somatische revalidatiezorg na overheveling op de in de Zvw gebruikelijke wijze te kunnen bekostigen, zijn wij voornemens om voor de revalidatiezorg in verpleeghuizen DBC's (diagnose behandel combinaties) in te voeren. Hierbij zullen we zoveel mogelijk aansluiting zoeken bij de reeds

bestaande DBC's voor de revalidatiecentra. In 2009 zal een projectgroep de toepasbaarheid van de revalidatie DBC's onderzoeken en zullen de verpleeghuis DBC's aangepast/ontwikkeld worden. Begin 2010 zal een beperkt aantal koploperinstellingen – naast bekostiging en financiering op basis van de oude budgetparameters – gaan registreren in DBC's. Deze periode van registreren en proefdraaien is bedoeld om eventuele kinderziekten in een vroeg stadium op te sporen. Essentiële randvoorwaarde is de beschikbaarheid van een goed geautomatiseerd registratiesysteem. De volgende fase bestaat uit het vaststellen van de definitieve productstructuur (dat wil zeggen uit welke activiteiten/producten de revalidatiezorg bestaat) en de kostprijzen. Naar verwachting zullen in 2012 alle instellingen gaan registreren in DBC's en zullen ook de bekostiging en financiering in DBC's plaats kunnen vinden.

Samen met de NZa werken wij aan een scenario voor een soepele overgang van de AWBZ naar de Zvw voor wat betreft bekostiging en financiering. Het is mijn streven om de uitvoeringslasten voor instellingen zo beperkt mogelijk te houden. Hierover zal ik u na de zomer nader informeren.

#### *Communicatie met het veld*

Goed overleg en een open dialoog met de betrokken veldpartijen vinden wij zoals reeds aangegeven van groot belang. Draagvlak in de sector is voor ons een cruciale randvoorwaarde voor overheveling per 1 januari 2010. Organisaties als de Nederlandse Zorgautoriteit, het College voor Zorgverzekeringen en het Centraal Indicatieorgaan Zorg zijn vanaf het begin bij het traject betrokken. Daarnaast hechten wij grote waarde aan betrokkenheid van de brancheorganisaties<sup>1</sup>.

Naast periodiek overleg op ambtelijk niveau zal er in het voorjaar van 2009 een bestuurlijk overleg plaatsvinden waarbij we in gezamenlijkheid de balans zullen opmaken, de haalbaarheid beoordelen en een definitief besluit nemen over de overheveling. In de besluitvorming over het vervolgetraject zal tevens nadrukkelijk rekening worden gehouden met de gevolgen van de overheveling voor zorginstellingen en cliënten.

Vanzelfsprekend zullen wij u op de hoogte brengen van de resultaten van dit overleg.

Wij vertrouwen erop u hiermee voldoende geïnformeerd te hebben.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
A. Klink

De staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
M. Bussemaker

---

<sup>1</sup> ActiZ, Revalidatie Nederland, Zorgverzekeraars Nederland, de Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen, Vereniging van Revalidatieartsen, en de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen.