

Vergaderjaar 2008–2009

**30 597**

**Toekomst AWBZ**

**Nr. 72**

**VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG**

Vastgesteld 17 juni 2009

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport<sup>1</sup> heeft op 28 mei 2009 overleg gevoerd met minister Klink en staatssecretaris Bussemaker van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over:

- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 10 februari 2009 over de overheveling zorg AWBZ naar Zvw (30 597, nr. 49);**
- **de brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 16 april 2009 over het herallocatietraject zorgzwaartepakketten GGZ (26 631, nr. 312);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 25 mei 2009 over de overheveling somatische revalidatiezorg (30 597, nr. 66);**
- **de brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 26 mei 2009 over het herallocatietraject zorgzwaartepakketten GGZ (overheveling GGZ-zorg) (26 631, nr. 313);**
- **de brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 23 december 2008 over het Spoorboekje ziekenhuisverplaatste zorg (31 322, nr. 51).**

Van het overleg brengt de commissie bijgaand stenografisch verslag uit.

De voorzitter van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
Smeets

De adjunct-griffier van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
Clemens

<sup>1</sup> Samenstelling:

Leden: Van der Vlies (SGP), Kant (SP), Snijder-Hazelhoff (VVD), Ferrier (CDA), ondervoorzitter, Joldersma (CDA), Jan de Vries (CDA), Smeets (PvdA), voorzitter, Van Miltenburg (VVD), Schippers (VVD), Smilde (CDA), Timmer (PvdA), Koşer Kaya (D66), Willemse-van der Ploeg (CDA), Van der Veen (PvdA), Schermers (CDA), Van Gerven (SP), Wolbert (PvdA), Timmer (PvdA), Zijlstra (VVD), Ouwehand (PvdD), Agema (PVV), Leijten (SP), Bouwmeester (PvdA), Wiegman-van Meppelen Scheppink (ChristenUnie), Sap (GroenLinks) en De Roos-Consemulder (SP).  
Plv. leden: Van der Staaij (SGP), Van Velzen (SP), Neppérus (VVD), Atsma (CDA), Aasted-Madsen-van Stiphout (CDA), Ormel (CDA), Van Dijken (PvdA), Verdonk (Verdonk), Dezentjé Hamming-Bluemink (VVD), Vietsch (CDA), Arib (PvdA), Van der Ham (D66), Uitslag (CDA), Gil'ard (PvdA), Omtzigt (CDA), Langkamp (SP), Vermeij (PvdA), De Krom (VVD), Thieme (PvdD), Bosma (PVV), Luijben (SP), Heerts (PvdA), Ortega-Martijn (ChristenUnie), Halsema (GroenLinks) en De Wit (SP).

**Voorzitter: Smeets**

**Griffier: Clemens**

Aanwezig zijn 7 leden der Kamer, te weten: Koşer Kaya, Leijten, Van Miltenburg, Smilde, Wiegman-van Meppelen Scheppink, Wolbert en Smeets,

en minister Klink en staatssecretaris Bussemaker, die vergezeld zijn van enkele ambtenaren van hun ministerie.

De **voorzitter**: Ik heet de minister, de staatssecretaris, hun ambtenaren, het publiek op de publieke tribune en de afgevaardigden van harte welkom. Wij hebben een spreektijd van vier minuten afgesproken.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Voorzitter. De CDA-fractie staat positief tegenover overheveling van de somatische revalidatiezorg naar de Zorgverzekeringswet (Zvw). Het is een volgende stap in een duidelijke afbakening in het zorgstelsel. De Zorgverzekeringswet is voor curatieve zorg en de AWBZ is voor langdurige onverzekerbare zorg. Het klinkt logisch dat iemand moet revalideren als hij een heup breekt en in het ziekenhuis geopereerd is. Het revalideren hoeft niet in een ziekenhuis plaats te vinden; dat kan ook in een verpleeghuis. Toch is het anders dan gebruikelijke verpleeghuiszorg, want deze patiënt gaat immers weer naar huis; het is op herstel gerichte zorg. Naar onze mening moet deze overheveling ervoor zorgen dat de verkeerde-bedproblematiek tot het verleden gaat behoren. Maar is er ook werkelijk plaats voor iemand die van het ziekenhuis naar het verpleeghuis gaat voor revalidatiezorg of houden wij daarover onzekerheid? Graag krijg ik hierop een reactie. De overheveling is bedoeld om de zorgvrager beter van dienst te zijn. Welke voordelen heeft de zorgvrager van deze overheveling? Wij zijn gezien de ervaringen met de overheveling van de ambulante ggz kritisch op de uitvoering. Wij zijn dan ook blij met de ingangsdatum van 2012. Als blijkt dat het echt kan, is 2011 bespreekbaar. Ik heb eerst een aantal vragen over de afbakening. Het uitgangspunt is korte, op herstel gerichte, zorg van minder dan een jaar. Hoe zit het met die periode? Je hebt standaard gevallen, waarbij een aantal maanden waarschijnlijk voldoende is voor revalidatie. Er kan echter ook sprake zijn van complexe revalidatie, bijvoorbeeld als er sprake is van een grote zorgvraag en als mensen niet naar huis terugkunnen. Wordt dit onderscheid gemaakt? Hoe dan? De CDA-fractie wil een duidelijke afbakening en duidelijkheid over de definitie van de zorg die overgeheveld wordt.

De behandelend arts in het ziekenhuis indiceert en verwijst. Hoe ziet de verantwoordelijkheidsverdeling eruit? Gaat de patiënt over van de specialist naar de verpleeghuisarts? Mensen die nu al AWBZ-zorg hebben, bijvoorbeeld patiënten in een verpleeghuis, kunnen ook een heup breken. Zij gaan dan naar het ziekenhuis en komen weer terug. Hoe gaat dat in zijn werk?

Moeten de zorgverzekeraars de verpleeghuizen voor revalidatiezorg contracteren? Valt alle overgeheveld revalidatiezorg onder het B-segment? Met welke onbedoelde budgettaire effecten houdt de minister rekening? De bekostiging zal via DBC's gaan. Wat is daarbij de systematiek? Het wordt een keten-DBC: ziekenhuisbehandeling en verpleeghuisbehandeling. Wie opent de DBC? Hoe vindt de verrekening plaats tussen het ziekenhuis en het verpleeghuis? Zijn de ketens op tijd klaar? Kunnen verpleeghuizen daarmee ook op tijd klaar zijn?

Eergisteren kregen wij een brief over de ggz van de staatssecretaris. Wij zijn blij dat zij heeft aangegeven dat zij zorgvuldig de scenario's wil bestuderen. Wij steunen dat van harte, maar willen wel graag op de hoogte blijven. Ik denk dat het een goede zaak is om dat te doen.

Draagvlak voor de veranderagenda is in de zorg ontzettend belangrijk. Daarom vragen wij de bewindslieden hoe het staat met het draagvlak voor deze overheveling. Voor ons is de zorgvuldige invoering van groot belang. De tweede overheveling moet echt veel beter gaan dan de eerste. Daarom willen wij graag duidelijkheid over de gestelde vragen.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Voorzitter. Op zichzelf is de voorgestelde overheveling een logische stap om een betere scheiding aan te brengen tussen langdurige zorg en op herstel gerichte zorg. Dit is van belang met het oog op de financiële houdbaarheid van het zorgstelsel. Volgens mij is het ook een goede impuls voor kwaliteitsverbetering, namelijk de ketenzorg die wij beogen. Het vraagt wel om een heel brede en vraaggerichte benadering. Het verleden heeft uitgewezen dat iedere overheveling, ook al gaat het maar om een logische en relatief beperkte stap, een uiterst complex proces is. Met de nadruk die in het overhevelingstraject door het kabinet op zorgvuldigheid wordt gelegd, kan de ChristenUnie-fractie instemmen.

Ik heb het SER-advies over de AWBZ waarover wij vorig jaar spraken, erbij gepakt. Ik vind dat daarin een paar belangrijke randvoorwaarden worden genoemd voor overheveling. Op pagina 91 staat dat bestaande belemmeringen voor het versterken en verbreden van de eerstelijnszorg moeten worden weggenomen. Ik denk dat dit een belangrijke voorwaarde is om overheveling tot een succes te maken. De lokale situatie is ook steeds belangrijker voor de concrete zorgverlening en ondersteuning. In het SER-advies wordt ook gezegd dat in dit verband van belang is dat er ruimte komt voor experimenten om de bekostigingssystemen van de Zvw en de AWBZ zodanig in te richten dat ketenzorg voor cliënten wordt gestimuleerd. Dit vereist het definiëren van nieuwe producten; een akelig woord, maar het gaat om een juiste functionele omschrijving met kwaliteitsinformatie over geleverde prestaties. Er wordt ook een voorbeeld genoemd: de financiering van een gezondheidscentrum met huisartsen, wijkverpleegkundigen en andere deskundigen die zorg aan huis verlenen.

Bij iedere overheveling is de vraag: waar leg je de knip? Hoe kan afschuifgedrag worden voorkomen? Er moet zo veel mogelijk voorkomen worden dat instellingen en cliënten geconfronteerd worden met een, al dan niet tijdelijke, situatie waarin zorg vanuit verschillende stelsels wordt gefinancierd. Ik denk even terug aan de discussies die wij hebben gehad over de specialistische kinderdagverblijven en kinderspices, en het spoorboekje dat is opgesteld. Welke vorderingen zijn de afgelopen maanden gemaakt? Wordt de datum van 1 januari 2010 gehaald? Ik constateer dat het probleem dat wij constateerden bij kinderdagverblijven en kinderspices, breder speelt bij ziekenhuisverplaatste zorg. Ik zou bijzondere aandacht willen vragen voor de positie van pgb-houders. Overheveling naar de Zvw leidt weer tot een nieuwe, in veel situaties onwenselijke, knip tussen verpleging en verzorging. Veel pgb-houders hebben één thuishulp voor zowel de verpleging als de verzorging. Het is onwenselijk als dit door stelselwijzigingen in de toekomst niet meer mogelijk zou zijn. Er moeten logische keuzes kunnen worden blijven gemaakt. Mogelijk kan een flexibel declaratiesysteem hiervoor een oplossing zijn.

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD): Ik ben blij dat mevrouw Wiegman over het pgb begint. Wij hoopten destijds bij het maken van de Zorgverzekeringswet dat er ook wat zou worden overgeheveld van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet. Wij hebben destijds een amendement ingediend om het pgb ook in de Zorgverzekeringswet mogelijk te maken. Als experimenteel artikel is het daarin gekomen, maar de minister heeft onlangs laten weten dat hij het helemaal niets vindt en ermee wil stoppen. Mevrouw Wiegman signaleert nu dit probleem. Is zij bereid om de minister te vragen of hij juist voor de nieuwe dingen die overgeheveld gaan worden,

waarbij steeds meer de koppeling met langdurige zorg ligt, wil bekijken of het experimenteerartikel opnieuw gebruikt kan worden om te bekijken of wij dat vanuit de Zorgverzekeringswet kunnen doen? Zo kunnen wij de aansluiting garanderen en mensen keuzevrijheid geven.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Ik vermoed dat mevrouw Van Miltenburg deze vraag straks zelf zal stellen. Ik ben benieuwd naar het antwoord. In het SER-advies las ik ook zoiets. Ik voel ook wel wat voor de mogelijkheid van experimenteren. Ik denk dat het een goed advies is. Als je dat experiment in een fundamentele keuze vooraf doet, vinden wij dat er met het pgb in de Zorgverzekeringswet gewerkt moet kunnen worden. Of geef je de mogelijkheid om via declaraties dit in orde te maken? Misschien kun je nu nog niet die fundamentele keuze maken vanwege allerlei neveneffecten. In de praktijk kun je wel via flexibele declaraties die ketenzorg en dus die logische keuzes mogelijk maken.

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD): Die principiële keuze is al gemaakt. Dat amendement om een pgb mogelijk te maken in de Zorgverzekeringswet is gewoon aangenomen. Het verbaast mij dat mevrouw Wiegman, die ik ken als een groot voorstander van het pgb, ineens weer komt met iets waarbij men geen gebruik maakt van het pgb, maar van iets anders. Ik wil graag dat zij dat nader duidt.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Dan heerst er enige verwarring over de vraag op welke fundamentele keuze wij doelen. De fundamentele keuze voor de pgb-houders staat voor mij recht overeind. Het gaat mij nu even om een bepaalde verlegenheid die ik ook voel. Bepaalde delen kun je zomaar vanuit de AWBZ overhevelen naar de Zvw. Zelfs een relatief kleine stap is toch redelijk complex en lastig. Wat doe je dan? Druk je een bepaalde keuze tussen de AWBZ en de Zvw door met allerlei negatieve neveneffecten? Of ben je daar nog even voorzichtig mee en zorg je voor flexibiliteit in de praktijk? Voor mij is het ook de vraag wat daarin mogelijk is.

Voorlopig gaat alleen de revalidatiezorg naar de Zorgverzekeringswet. Ik vind het wel belangrijk dat het langetermijnperspectief in het oog wordt gehouden. Vandaag moet dat duidelijker worden. Intussen moeten wij in de praktijk de vorming van de ketenzorg niet in de weg gaan staan. Wij moeten dus met heel praktische en flexibele oplossingen kunnen komen. Over de herallocatie van de ggz – al vermoed ik dat dit deze kabinetsperiode niet meer gaat plaatsvinden – moet voor instellingen en cliënten zo snel mogelijk duidelijkheid ontstaan over het hoe en wat op korte en middellange termijn. Instellingen hebben namelijk hard gewerkt om herallocatie mogelijk te maken. Ik krijg de indruk dat veel partijen in een te laat stadium er bij betrokken zijn. Overleg met belangenorganisaties maakt ook deel uit van een zorgvuldige overheveling.

Mevrouw **Koşer Kaya** (D66): Voorzitter. De D66-fractie ondersteunt de overheveling van de reactiveringszorg uit de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet. De staatssecretaris volgt hierin het SER-advies. Zij weet ook dat wij het liefst willen dat het SER-advies integraal wordt overgenomen. Daarvoor is jammer genoeg niet voldoende steun. Reactiveringszorg heeft een tijdelijk karakter en maakt onderdeel uit van de op herstel gerichte revalidatiezorg, de eerstelijns verpleegkundige zorg of thuiszorg. Wat ons betreft gaat de staatssecretaris met dit voorstel nog niet ver genoeg. Zij zou dat volledige SER-advies integraal moeten overnemen. Ons einddoel voor de op herstel gerichte zorg is dat deze volledig onder de Zorgverzekeringswet komt te vallen; zowel intramurale op herstel gerichte zorg als de thuiszorg. Ook de zorgverzekeraars en patiënten wijzen hierop. Ik kan me de voorzichtigheid van de staatssecre-

taris wel voorstellen. Te veel stappen in korte tijd zouden de zorg kunnen schaden. Kwaliteit van de zorg staat voorop.

Ik wil graag van de staatssecretaris horen hoe zij gaat toewerken naar het volledig onderbrengen van alle herstelgerichte zorg onder de Zorgverzekeringswet. Hoe garandeert zij in de tussentijd dat de kwaliteit van de keten van herstelgerichte zorg kan verbeteren? Een randvoorwaarde voor een geslaagde overheveling van de reactiveringszorg naar de Zorgverzekeringswet is dat helder moet zijn wat hieronder valt. Ook het SER-advies maakt dat onderscheid door de reactiveringszorg als een onderdeel van een keten neer te zetten. Die heldere definitie ontbreekt op dit moment nog. Als wij denken dat wij het probleem hebben opgelost door reactiveringszorg over de schutting te gooien zonder dat wij weten wat wij precies overhevelen, zitten wij ernaast. Kan de staatssecretaris helder definiëren wat de revalidatiecentra en verpleeghuizen straks kunnen verwachten? Laten wij vooral niet reactivering en revalidatie op een grote hoop gooien. Pas bij een heldere definitie is een DBC met een bijbehorend kostenplaatje te maken. Volgens mij is binnen de reactiveringszorg nog veel ruimte voor innovatie. Wij zien dat ook in de revalidatiezorg. Hoe gaat de staatssecretaris ervoor zorgen dat de DBC's voldoende ruimte bieden voor innovatie?

Een brede zorgverzekering als de AWBZ is iets om trots op te zijn. Laten wij er daarom voor zorgen dat wij deze verzekering voor toekomstige generaties kunnen behouden. De problemen bij de AWBZ zijn evenwel bekend: aansluiting bij de wensen van de klant en de betaalbaarheid laten te wensen over. De wettelijke aanspraken van verzekerden zijn in zeer globale en algemene termen beschreven. Deze aanspraken zijn weliswaar verder uitgewerkt in regelgeving, maar het is voor verzekerden nog steeds onduidelijk of en, zo ja, in welke mate zij aanspraak kunnen maken op AWBZ-zorg. Een voordurende stijging van de AWBZ-zorg stelt de solidariteit op de proef. Nu al draagt iedere werkende Nederlander een flink deel bij. Door vergrijzing en ontgroening zal dit bedrag in de toekomst moeten toenemen om mensen die zorg nodig hebben zorg te blijven geven. Het is belangrijk dat heel helder is waar dat geld naartoe gaat. Vooral moet duidelijk worden of het uiteindelijk ten goede komt aan de patiënt.

Ik schrok tijdens de presentatie van het jaarverslag van de Algemene Rekenkamer toen ik zag dat de middelen in het AFBZ niet onder de toets van de Algemene Rekenkamer vallen en dus ook niet onder het budgetrecht van de Kamer. Dat geldt overigens ook voor het Zorgverzekeringsfonds. Kan de staatssecretaris aangeven op welke wijze het CVZ verantwoording aflegt over de 22 mld. die in het fonds omgaat? Waarom behoort het beheer van dit fonds eigenlijk niet tot de verantwoordelijkheden van de minister of de staatssecretaris? In de Zorgverzekeringswet lees ik wel dat de minister zijn invloed kan doen gelden op het beleid van het CVZ. Waarom ligt er dan geen verantwoordelijkheid voor de besteding van de middelen?

Mevrouw **Leijten** (SP): Voorzitter. Een jong gezin met een ziek kind heeft nu geen keuze. Hun kind kan in een duur en onpersoonlijk ziekenhuisbed optimale zorg krijgen, maar niet thuis. Er is namelijk een fout geslopen in de regeling van de ziekenhuisverplaatste zorg. Een jonge moeder kan de hulpmiddelen voor het spoelen van de darmen van haar dochter zelf uitkoken, maar de steriele hulpmiddelen mogen niet worden meegegeven door het ziekenhuis. Het ziekenhuis wil wel, de apotheek wil wel, maar het CIZ kan niet indiceren want het hoort niet in de AWBZ en ook de zorgverzekeraar geeft niet thuis. Dit soort discussies hebben wij ook gezien bij de medisch kinderdagverblijven. Ik zou graag willen weten hoe het daarmee staat. Is de eufemistische witte vlek bij de overheveling van dit gedeelte van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet eindelijk opgelost? Uit het overhevelen van de ziekenhuisverplaatste zorg vanuit de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet kunnen wij lering trekken. Je moet iets niet

overhevelen als niet duidelijk is dat het alternatief geborgd is. Tijdens de voorbereidingen voor dit debat wilde ik namens de SP-fractie voorstellen om de haast uit de plannen te halen en te waarborgen dat alles goed geregeld is voordat de middelen voor de zorg niet uit het ene, maar uit het andere potje komen. De kabinetsbrieven van deze week hebben ertoe geleid dat ik mijn tekst heb aangepast. De minister zegt dat hij dit onderwerp zal bespreken en dat er nog niet genoeg duidelijk is om de somatische revalidatiezorg van de AWBZ naar de Zvw over te hevelen. Het blijft de vraag wanneer de overheveling wel afdoende geregeld is. Wat is er nodig aan toezeggingen van en afspraken met zorgverzekeraars om een besluit te kunnen nemen? Kunnen wij wel zorgen voor bevoorschotting? Wij zien bij de kortdurende ggz dat dit een groot probleem is. Spreekt de minister in de tijd die hij zichzelf nog gunt ook met patiënten en ouderenorganisaties over de voornemens? Zij kunnen hun licht laten schijnen op de ketenzorg die hij graag wenst en op de vraag hoe die zal uitwerken voor mensen die zorg nodig hebben.

Hoe lang mag een revalidatie duren? De minister stelt de termijn op een jaar. Waar komt uiteindelijk de rekening te liggen als iemand niet snel genoeg revalideert en toch wordt opgenomen? Wij zien in de ggz getouwtrek over de vraag waar de rekening komt te liggen, terwijl de instelling de zorg al heeft gegeven omdat die nu eenmaal nodig is. Deze vragen moeten goed beantwoord zijn als wij gaan overhevelen.

Omdat de minister schrijft dat hij nog wil bekijken hoe dit sneller kan, willen wij hem meegeven: better safe than sorry. Wij willen niet dezelfde herhaling als in de ggz en de ziekenhuisverplaatste zorg zien. Over het overhevelen van delen uit de ggz zegt de minister ook nog met betrokkenen om tafel te gaan. Dat vinden wij goed, maar wij zouden hem willen oproepen om eindelijk eens te gaan regelen dat er een bevoorschotting komt voor de zorginstellingen. Er verdwijnt op dit moment 25 mln. in het putje van de rentes van langlopende kredieten. Efficiënt is dat niet, en zeker niet goedkoper.

Verder zou ik willen weten of de overheveling uit de AWBZ betekent dat het in het basispakket komt. Wij zijn er huiverig voor dat de zaken die wij nu overhevelen en die nu in de AWBZ verzekerd zijn, snel in de aanvullende verzekering zullen belanden. Het zijn toch zorgkosten voor onvoorziene zaken. Wij willen allemaal dat mensen snel en gezond in de samenleving terugkeren. Uiteindelijk is het voor mensen die zorg nodig hebben een potjesdiscussie. Zij hebben de zorg gewoon nodig. Als wij dan met potjes gaan schuiven, moeten wij ervoor zorgen dat er niet van die eufemistische witte vlekken gaan vallen. Dat leidt tot heel veel tragische voorbeelden.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Voorzitter. De onderwerpen waarover wij het vandaag hebben vallen uiteen in grofweg twee zaken: overheveling van hulp uit de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet en het invoeringstraject van de zorgzwaartepakketten (zzp's) in de ggz. Laat ik beginnen bij de overheveling en gelijk stellen dat de PvdA-fractie zowel de achterliggende motieven als het traject waarlangs de overheveling plaatsvindt, ondersteunt. Wij zien ook dat er tijd wordt genomen om de overheveling zorgvuldig te laten plaatsvinden. Ook al vindt het veld dat het dit keer sneller moet, wij vinden het goed dat er niet met stoom en kokend water afspraken worden gemaakt die niet goed doordacht zijn. Als het eerder kan is het mooi, maar wij hebben liever een goed uitgewerkt plan dat staat als een huis, dan allerlei bijstellingen daarna.

Door de uitdrukkelijke afstemming en samenwerking met de gekozen veldpartijen wordt het mogelijk om tot een verantwoorde invoering te komen. De PvdA-fractie waardeert dat er ondertussen wordt doorgewerkt aan het formuleren van zorgpaden en het ontwikkelen van kwaliteitscriteria voor zowel de medische component als de welzijnscomponent. Wij gaan ervan uit dat allerlei afbakeningskwesties in de komende periode

gewoon worden nagelopen. De PvdA-fractie heeft nog wel een vraag over budgethouders die vanuit de AWBZ straks tijdelijk in de Zorgverzekeringswet kunnen belanden en daarna weer terugmoeten in de AWBZ. Zij lopen het risico om straks hun contract met de eigen verpleegkundige te moeten verbreken voor een intermezzo met zorg in natura vanuit de Zorgverzekeringswet. Komt er voor deze gevallen een zorgpad met de mogelijkheid voor een pgb vanuit de Zorgverzekeringswet? Zien de minister en de staatssecretaris oplossingen voor de vraag hoe de budgethouders hun zorgverleners kunnen houden gedurende het zorgverzekeringsintermezzo? De PvdA-fractie heeft er vertrouwen in dat dit traject goed komt, maar maakt zich over een ander punt wel grote zorgen. In de decemberbrief over het spoorboekje komt dit zijdelings aan de orde. Het komt ons echter alsmaar scherper voor ogen: de nadere duiding in de CIZ-beleidsregels waardoor ziekenhuisverplaatste zorg, de medisch specialistische verpleging, geen onderdeel meer uitmaakt van de AWBZ. Sinds de invoering van deze maatregel luiden de verpleegkundigen, thuiszorgorganisaties, cliëntenorganisaties en individuele cliënten steeds harder de noodklok over de gevolgen van deze scherpere interpretatie van deze CIZ-regels. In de praktijk blijkt het onderscheid tussen gewone langdurige verpleegkundige zorg en ziekenhuisverplaatste zorg heel moeilijk te maken. Het leidt tot voortdurend gedoe en een hopeloze versnippering van de verpleegkundige zorg in de thuissituatie. Waar de staatssecretaris regelmatig pleit voor meer samenhang en een integrale benadering van zorg, positie neemt tegen versnippering en opdeling en wars is van bureaucratie, heeft zij hier een aanscherping van de CIZ-regels toegestaan die er op papier misschien logisch uitziet, maar die lijnrecht tegenover haar eigen uitgangspunten staat. Hoe kan het dat de staatssecretaris haar eigen beleid hier onderuit haalt door vanuit een kostenrekening de verpleegkundige taken op te splitsen? De PvdA-fractie wil verpleegkundigen die meer kunnen doen dan alleen strak omschreven verpleegkundige handelingen. Wij zien met deze aanpak dat ideaal langzaam verdampen. De PvdA-fractie staat achter het uitgangspunt dat je uit de AWBZ geen zorg moet willen financieren die eigenlijk in de Zorgverzekeringswet thuis hoort, maar hier is de financieringsoverweging dominantier dan het uitgangspunt dat verpleging thuis niet opgeknipt moet worden. De PvdA-fractie vindt dat de staatssecretaris van dit pad moet terugkeren, hoe logisch het aanvankelijk ook leek. Wij willen graag dat zij de maatregel terugdraait en dat de verpleegkundige zorg tijdelijk uit de AWBZ moet worden gefinancierd totdat er een financieringsconstructie is die generalistische zorg als uitgangspunt neemt en de financiering daaropvolgend maakt.

De PvdA-fractie blijft het teleurstellend vinden dat het met de zpz's in de ggz zo moeilijk gaat. Het komt neer op een gebrek aan visie en definitie. Het komt neer op historische verschillen. Het is verstandig dat dit traject wordt uitgesteld, maar wij willen graag de staatssecretaris vragen of de herallocatiepercentages alsnog met terugwerkende kracht gehaald kunnen worden als het later wordt ingevoerd.

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD): Voorzitter. Direct na haar aantreden vroeg staatssecretaris Bussemaker aan de SER een advies over de toekomst van de AWBZ. Het hele eerste jaar van haar regeerperiode heeft zij bij alle vraagstukken over de AWBZ geantwoord dat zij het SER-advies zou afwachten. Een jaar geleden kwam dat advies en nog voor de zomer hebben wij in de Kamer gesproken over de voorstellen die het kabinet zou overnemen. Inmiddels is een aantal zaken alweer teruggedraaid. Een aantal weken geleden bleek dat de staatssecretaris niet langer van plan was om zich te richten op het tot stand komen van een glasheldere polis. Dat hoorden wij in antwoord op door de VVD-fractie gestelde vragen. De staatssecretaris beloofde vorig jaar dat er deze zomer een beslissing zou worden genomen over de status van het zorgkantoor in de AWBZ. Ik heb

begrepen dat die beslissing een jaar is uitgesteld. Nu praten wij over de overheveling van een heel klein stukje op herstel gerichte zorg vanuit de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet. Ik roep even in herinnering dat ik in 2003 samen met mijn CDA-collega de heer Bujs een motie indiende om alle op herstel gerichte zorg vanuit de AWBZ over te hevelen naar de Zorgverzekeringswet. Maar goed, wij praten er vandaag over. Het is gebleken dat die overheveling niet eerder dan voor 2012 op de rol staat. Dan zijn er alweer verkiezingen geweest. Alles bij elkaar vraag ik me af wat er deze kabinetsperiode eigenlijk gebeurt met de AWBZ, behalve het oplossen van de meest pregnante zaken? Structurele oplossingen worden niet gevonden. Voor alle betrokkenen is dat zeer ernstig. De instellingen die bij dat herallocatietraject betrokken zijn in verband met de overheveling hebben geen enkele duidelijkheid. Zij moeten wel meewerken aan al die plannen, maar ondertussen weten zij ook dat het ministerie een taakstelling heeft. Het is helemaal niet ondenkbaar dat gedurende het traject naar 2012 zij tussentijds met bezuinigingen en ombuigingen te maken krijgen. Wij vinden dat een zeer kwalijke zaak. Dat is niet goed voor de kwaliteit van de zorg en dat is nu precies een van de aanleidingen om die overheveling wel te willen. Ik vind het jammer dat de plannen zich alleen maar richten op de intramurale zorg en niet op de extramurale zorg; dat moet allemaal AWBZ blijven. In de papieren zie ik een duidelijke waterscheiding. Ik weet zeker dat de minister heel graag de overheveling naar de Zorgverzekeringswet wil. Ik zou met hem best een oplossing kunnen vinden voor het pgb als ik zo mijn collega van de PvdA-fractie hoor. Het lijkt mij echter sterk dat de staatssecretaris helemaal geen zin heeft om dingen los te laten uit de AWBZ. Ze lopen als honden om elkaar heen en er wordt geen knoop doorgehakt; daar is dit kabinet goed in. Bij de herallocatie van de zorgzwaartepakketten stel ik opnieuw vast dat er geen keuze gemaakt wordt. De bureaucratie voor de cliënten en instellingen blijft bestaan. Het enige wat wel is opgelost is dat er een beetje financieringsduidelijkheid is gekomen omdat er geen verdere herallocatie plaatsvindt. De pgb-houders worden wel 2% gekort, want daar wordt gewoon geheralloceerd. Al met al is het een vrij groot puinhoopdossier.

Staatssecretaris **Bussemaker**: Voorzitter. Vandaag is het belangrijkste onderwerp de overheveling van delen van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet, in het bijzonder de revalidatiezorg. Verschillende woordvoerders hebben de achtergrond hiervan geschetst. Met name mevrouw Van Miltenburg en mevrouw Koşer Kaya zijn ingegaan op de solidariteit die van belang is voor de AWBZ, de ontstane groei en het streven om de solidariteit, geloofwaardigheid en betaalbaarheid van de AWBZ in de toekomst overeind te houden. Er is verwezen naar het SER-advies waarin inderdaad wordt geadviseerd om de kortdurende zorg naar de Zorgverzekeringswet over te hevelen. De SER heeft het niet alleen over overhevelen, maar zegt er ook bij dat zij van oordeel is dat de zorgverlening in die situaties in feite een onderdeel is van een zorgketen. Die is gericht op het terugkeren naar de situatie van voor de aandoening. De overheveling van deze zorg naar de Zorgverzekeringswet heeft als voordeel dat de zorgketen een geheel gaat vormen. Dat is precies wat het kabinet voorstaat met de overheveling: zorgen dat er een keten van zorg komt die uiteindelijk de cliënt helpt. Niet het systeem dient centraal te staan, maar de verbetering van de toekomst van de cliënt. Dat betekent wel dat het zorgvuldig moet gebeuren en dat je zeker moet weten dat de onderdelen een goede keten vormen. Voor mevrouw Van Miltenburg gaan wij niet snel genoeg, maar wij handelen niet op deze manier omdat wij die overheveling niet willen of omdat wij zouden afwijken van het SER-advies, maar omdat wij vinden dat de overheveling buitengewoon zorgvuldig moet gebeuren. Ik ben van mening dat ik nog steeds het SER-advies volg,



zoals ik al aangaf in mijn brief die wij voor de zomer van 2008 uitgebreid met elkaar besproken hebben.

Ik volg overigens ook het SER-advies wat betreft de eenduidige aanspraak binnen de AWBZ, maar daarover komen wij later nog te spreken. De woordvoerders kunnen discussiëren over wat daarvoor de beste term is, maar een glasheldere polis vind ik uiteindelijk minder toepasbaar op de AWBZ omdat je een sociale situatie in ogenschouw moet nemen. Je moet erbij betrekken hoe iemand woont, of er mantelzorg is et cetera. De term «glasheldere polis» wekt de indruk dat het altijd voor iedereen hetzelfde is. Dat de doelstelling is dat er duidelijkheid moet komen over welke aanspraken in de AWBZ horen, staat buiten kijf.

Ik constateer dat er over de beslissing tot overheveling heel weinig discussie is. Ik hoor de Kamer noch het veld erover. Eigenlijk ziet iedereen de voordelen van overheveling naar de Zorgverzekeringswet. De vraag is alleen waar je de grens legt, hoe je de positie van de cliënt borgt en hoe je ervoor zorgt dat de overheveling bijdraagt aan goede ketenzorg en je het juiste tempo kiest. Ik zal eerst ingaan op de overheveling van de revalidatiezorg. Een van mijn belangrijkste redenen om daar zorgvuldig en niet overhaast beslissingen over te nemen, heeft te maken met de mogelijkheid van witte vlekken. Die kunnen ontstaan als je niet precies weet wat je doet. Ik denk dat mevrouw Leijten en mevrouw Wolbert daar terecht op wezen. Zorgvuldigheid gaat hier echt boven snelheid. De Kamer zou mij onmiddellijk – en terecht – laten komen als mensen tussen wal en schip zouden vallen. Op de witte vlekken die ontstaan zijn uit eerdere besluitvorming kom ik op het eind van mijn beantwoording terug. Ik wil hier alleen gezegd hebben dat de discussie dus niet gaat over de vraag óf wij gaan overhevelen. Dat gaan wij sowieso doen. De discussie gaat over wat wij precies overhevelen, hoe wij dat doen, voor wie wij dat doen en hoe wij zeker weten dat wij dat buitengewoon zorgvuldig doen.

De meerwaarde van de overheveling ligt in de zorgketen die dan een geheel gaat vormen. Daarmee kan het ook een bijdrage leveren aan het oplossen van de verkeerde-bedproblematiek. Er zijn dan namelijk meer mogelijkheden voor goede inhoudelijke en logistieke afstemming van zorg. Er ontstaat één aanspreekpunt voor de cliënt en er zal geen knip meer zijn in de zorgverlening, als het tenminste onderdeel is van een keten waarin mensen toch al met de Zorgverzekeringswet te maken hebben. Als mensen al hulp vanuit de AWBZ hadden, zou het voor hen misschien wel een omgekeerde situatie kunnen betekenen. Ik kom daar straks op terug. Risico en regie moeten dus zo veel mogelijk in één hand zijn. De SER concludeert terecht dat daarmee veel winst te behalen valt in termen van kwaliteit, samenhang en doelmatigheid van de zorg.

De CDA-fractie vroeg terecht welke inhoudelijke afbakening ons voor ogen staat. Dat is een heel complex probleem. Het is ingewikkeld om dat goed en duidelijk af te bakenen. De eerste stap naar overheveling moet een haarscherpe inhoudelijke en juridische afbakening zijn van de over te hevelen zorg. De scheidslijn tussen de AWBZ en de Zorgverzekeringswet moet helder zijn om te voorkomen dat er onduidelijkheid over aanspraken ontstaat. Ik heb dit de Kamer overigens ook altijd horen bepleiten. Daaruit zijn de witte vlekken, bijvoorbeeld bij de kinderspices die mevrouw Wiegman noemde, voor een deel voortgekomen.

De zorg die wordt overgeheveld is intramurale somatische revalidatiezorg en revalidatiezorg en dagbehandeling. Dat komt in hoofdlijnen neer op kortdurende zorg gericht op herstel van functioneren die veelal wordt geboden in verpleeghuizen aan kwetsbare, vaak oudere, cliënten waarbij sprake is van comorbiditeit. Dat komt in theorie vooral overeen met het zorgzwaartepakket 9 «Verblijf met herstelgerichte verpleging en verzorging». Het zou echter te gemakkelijk zijn om nu het hele zzp 9 over te hevelen. In de praktijk blijkt dat deze zorg ook vanuit andere zzp's wordt geboden. Het betekent dus dat somatische revalidatiezorg niet altijd en uitsluitend in zzp 9 geboden wordt. Dat kunnen wij allemaal vervelend

vinden, maar de systemen zijn zo ingewikkeld. Als je zou zeggen dat je met het overhevelen van zzp 9 het probleem oplost, kun je van een koude kermis thuiskomen. Er moet dus een nieuwe omschrijving van het cliënt-profiel voor het zzp 9 worden gemaakt. Het doel van die verduidelijking is dat somatische revalidatiecliënten altijd en uitsluitend in zzp 9 terechtkomen. Met al die onderdelen zijn wij bezig. Vanaf 2010 zal een nieuwe omschrijving van zzp 9 worden gehanteerd in de indicatiestelling door het ClZ en in de registratie van de zorg door zorgaanbieders. Daarmee verkrijgen wij een betrouwbaar beeld van de omvang van de over te hevelen revalidatiezorg.

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD): Ik moest dit even op me laten inwerken. Eigenlijk heeft de staatssecretaris zojuist gezegd dat zzp 9 voor revalidatiezorg is, maar dat er ook andere zzp's zijn waarin dat wordt gegeven. Wij gingen er met die zzp's toch vanuit dat je met een indicatie terechtkwam in het zzp waarin je thuishoort? Blijkbaar is dat niet zo. Nu moet er een nieuwe omschrijving komen zodat duidelijk wordt dat je daar wel in terechtkomt. Ik zou willen dat voor elk zzp geldt dat duidelijk is waarin je thuishoort en dat je daar dan in terechtkomt. Blijkbaar zijn er nu mensen die in een veel lager zzp komen, terwijl ze eigenlijk veel meer zorg nodig hebben. Ik doe nu alsof ik verbaasd ben, maar ik heb dat natuurlijk al heel vaak gehoord. Wat zegt dit over de kwaliteit van de indicatiestelling?

Staatssecretaris **Bussemaker**: De indicatiestelling is geen systeem dat je in blokken kunt opdelen omdat mensen vaak met verschillende beperkingen of verschillende ziektebeelden te maken hebben. Je kunt dit wel zo goed mogelijk doen. Als je wilt overhevelen, moet je precies weten waar de grens ligt. In de praktijk ligt dit dus ingewikkelder. Je kunt niet alles met een computergestuurd systeem vormgeven. Ik zeg ook niet dat er een nieuw zzp moet komen, maar dat de omschrijving preciezer moet als je wilt gaan overhevelen. Nu maakt het niet zo veel uit want men krijgt de revalidatiezorg. Als je echter de hele revalidatiezorg gaat overhevelen, doe je mensen tekort die de revalidatiezorg krijgen terwijl ze in een ander zzp zitten. Er wordt namelijk niet altijd en uitsluitend zzp 9 geboden bij somatische revalidatiezorg. Wij hebben namelijk te maken met mensen en niet alleen met computergestuurde systemen.

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD): Ik ga deze uitspraak uitprinten en aan de muur hangen: het gaat over mensen, dus is het moeilijk om het in blokken te hakken, dus is het heel erg moeilijk om indicatiestelling in zorgzwaartepakketten voor elkaar te krijgen. Die conclusie trekt de staatssecretaris. De minister zegt: ik wil het niet in het zorgverzekeringspakket hebben. Als het wel duidelijk is omschreven, wordt het opnieuw geprobeerd. Wat betekent de opmerking van de staatssecretaris voor het geheel aan indicatiestellingen?

Staatssecretaris **Bussemaker**: Het is heel duidelijk. De zzp's geven een goede indicatie van welke zorg en zorgzwaarte mensen hebben in de AWBZ. Mevrouw Van Miltenburg wil dat het systeem leidend is, ik wil dat de cliënt leidend is. Die moet zo goed mogelijk worden bediend met de wijze waarop zzp's aan hem of haar worden gekoppeld. Dat is een dynamisch proces, dat altijd beter en zorgvuldiger kan worden omschreven. Ik ben niet al tevreden – ik krijg de indruk dat mevrouw Van Miltenburg dat wel is – als iedereen in één zzp past. Het leven zit anders in elkaar. Wij streven ernaar om mensen zo goed mogelijk in de zzp-systematiek onder te brengen. Daartoe hebben wij heel belangrijke stappen gezet.

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD): Ik ben niet degene die wil dat iedereen in één blok terechtkomt. De staatssecretaris heeft zelf de term «glashel-

dere polis» geïntroduceerd. Er is al tien jaar gemodderd met de indicatiestelling; het leek een heel goed plan. De indicatiestellers weten echter niets van de patiënt en stellen met een computersysteem vast wat die nodig heeft. De VVD-fractie vindt dat degenen die de patiënt behandelen, de indicatie moeten stellen. Dat is iets anders dan wat de staatssecretaris mij zojuist in de mond legde.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik val mijn collega van de VVD-fractie bij. Het is treurig om te zien dat wij de bal teruggemaakt krijgen over de zorgzwaartepakketten. Daarover komen wij nog te spreken. Als Kamer zijn wij juist heel kritisch geweest over de vraag of mensen wel in hokjes zijn te plaatsen. De staatssecretaris zegt nu hier: de zorg is een menselijk proces en mensen zijn eigenlijk niet in hokjes te plaatsen. Dan moeten wij die hele discussie overdoen.

De **voorzitter**: En nu uw vraag.

Mevrouw **Leijten** (SP): Een vraag heb ik eigenlijk niet, ik wilde een opmerking maken. De beantwoording ging een beetje de verkeerde richting op.

De **voorzitter**: Wij spreken vandaag niet specifiek over de zorgzwaartepakketten.

Mevrouw **Koşer Kaya** (D66): Los van de zorgzwaartepakketten, in het licht van de glasheldere polis en de overheveling van de reactiveringzorg, kunnen wij niet zomaar iedereen in een hokje stoppen. Om goed te kunnen werken moet zo helder mogelijk zijn wie waarbinnen valt. In dit geval is dat totaal niet helder. Ik hoop dat de staatssecretaris kan toezeggen dat dit nog wel duidelijk wordt.

Staatssecretaris **Bussemaker**: Dat heb ik net geprobeerd te zeggen. Als je overhevelt, moet je precies weten wat je overhevelt en voor wie. Dat moet je dan heel duidelijk inkaderen. De zzp's zijn niet met dat oogmerk gemaakt. Wij zijn bezig om het preciezer te doen, zodat er geen enkel misverstand kan ontstaan en mensen niet tussen wal en schip vallen. Dat is mijn grootste zorg. Vanaf 2010 gaan wij daarmee werken, precies zoals de Kamer wil. Op dat moment moeten wij zeker weten dat wij het op de goede manier doen.

Mevrouw **Koşer Kaya** (D66): Wanneer kunnen wij die invulling ongeveer verwachten? Als het in 2010 moeten worden ingevoerd, moet er nu in 2009 toch al wel wat helderheid zijn.

Staatssecretaris **Bussemaker**: Het is de bedoeling dat die nieuwe, preciezere omschrijving van zzp 9 vanaf 2010 wordt gehanteerd in de indicatiestelling en de registratie van de zorg door zorgaanbieders, zodat wij een betrouwbaar beeld krijgen van de omvang van de over te hevelen revalidatiezorg. Nu hebben wij dat nog niet. In het najaar wordt de Kamer daarover uitgebreider geïnformeerd. Bij het tijdspad kom ik er nog op terug.

Mevrouw Van Miltenburg maakte een opmerking over extramurale thuiszorg die al dan niet zou moeten worden overgeheveld. Ik heb niet gezegd dat deze zorg nooit overgeheveld zal worden, maar wel dat die voorsnog buiten beschouwing blijft. De gegevens over de aard en omvang van de revalidatiegerelateerde thuiszorg ontbreken. Het is daarom nog te vroeg voor een toekomstperspectief op de overheveling van de thuiszorg. Nader onderzoek naar de thuiszorg voor revalidatiepatiënten zal worden uitgezet bij het CIZ. De verwachting is dat wij op basis daarvan uitspraken kunnen doen over mogelijkheid en wenselijkheid van overheveling van revalidatiegerelateerde thuiszorg. Die uitkomsten zijn eind dit jaar te

verwachten. Wij moeten in het licht van de financiële afbakening precies weten om hoeveel mensen, wat voor zorg en hoeveel zorg het gaat. Ook dat is een reden om hiermee zorgvuldig om te gaan. De gegevens daarover hebben wij nu nog niet. Daar kom je pas gaandeweg achter. De Kamer herinnert zich vast nog wel mijn brief van juni vorig jaar, waarin ik stelde dat mijn streven was om de zorg voor een aantal groepen wellicht al per 1 januari over te hevelen. Dat kan echter niet als je geen betrouwbare gegevens hebt om het zorgvolume en later de uitname op macroniveau te bepalen. De analyse van de gegevens van verschillende databronnen geeft een zeer divers beeld: het gaat om een bedrag tussen 400 en 600 mln. Er is dus echt meer informatie nodig, en daarmee kom ik terug bij zzp 9 en de gegevens uit de AZR die wij gaan bijhouden. Dit is de volledigste en betrouwbaarste bron die wij hebben. Die stap moeten wij zetten om alle informatie te verkrijgen.

Mevrouw **Smilde** (CDA): U zegt dat u nog geen zicht hebt op hoeveel het kost. In de brief van april staat toch dat de budgettaire gevolgen van de overheveling vermoedelijk beperkt zijn. Op grond waarvan hebt u dan die inschatting gemaakt?

Staatssecretaris **Bussemaker**: De budgettaire effecten zijn beperkt op het geheel van wat er aan miljarden omgaat in de AWBZ en de Zorgverzekeringswet.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Dat is een wel heel algemeen antwoord, want dat geldt voor heel veel zaken. Nu gaat het over de overheveling. Kunt u het iets nader preciseren? Het is volgens u een van de redenen geweest voor het verleggen van het tijdpad.

Staatssecretaris **Bussemaker**: Wij weten dat de effecten beperkt zijn, omdat het ligt tussen 400 en 600 mln. Dat is beperkt ten opzichte van 22 mld., maar het is niet precies genoeg om over te kunnen hevelen. Wij weten niet precies waar tussen 400 en 600 mln. het ligt. Dat moeten wij preciezer bepalen, voordat wij geld overhevelen van het AWBZ-budget naar de Zorgverzekeringswet.

De productieopgave vormt in combinatie met de nacalculatiecijfers de meest betrouwbare basis voor overheveling. Die cijfers zijn halverwege 2011 beschikbaar. Om die reden is het zorgvuldig om het in 2012 te doen. De verwachting is dat de cijfers vanaf 2009 sowieso betrouwbaarder worden, omdat instellingen dan verplicht worden om zzp's op cliëntniveau te registreren. Nu gaat dat nog moeizaam, omdat wij net bezig zijn met de zzp-structuur. Kortom, er gebeurt wel degelijk wat en er worden belangrijke stappen gezet. Deze sluiten aan bij wat mevrouw Leijten en mevrouw Wiegman hebben gezegd: zorgvuldigheid voorop.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Hoe schoon zijn de cijfers die de staatssecretaris verwacht binnen te krijgen? De bestaande schotten tussen de AWBZ en de Zorgverzekeringswet kunnen gekke situaties opleveren, bijvoorbeeld doordat mensen vanuit het verpleeghuis naar het ziekenhuis moeten worden vervoerd. Daarvoor moeten dan taxibussen worden geregeld. Bepaalde zorg wordt vanuit de AWBZ afgeschoven op de Zorgverzekeringswet omdat die in een verpleeghuis duurder zou zijn. Dit kan ervoor zorgen dat bepaalde gegevens vervuild raken.

Staatssecretaris **Bussemaker**: Het is moeilijk om op die vraag een duidelijk antwoord te geven. Eigenlijk moet ik daarvoor alle gegevens al hebben, terwijl ik die nog niet (precies genoeg) heb. Wellicht kunnen wij er in het najaar iets meer over zeggen. De afbakening van zzp 9, de AZR-systeematiek en de productieopgave moeten ertoe leiden dat wij

daarin preciezer inzicht krijgen. Nu kan ik het eigenlijk niet preciezer dan zo beantwoorden.

Ik kom bij het tijdpad. Eerder is aangekondigd dat indien het mogelijk was om in 2010 over te hevelen, de nieuwe bekostigingssystematiek met de DBC's voorzien was voor 2012. Omdat duidelijk was dat de bekostigingssystematiek meer tijd zou kosten vanwege de ontwikkeling van nieuwe zorgproducten, is de NZa begin dit jaar gevraagd om een overgangsscenario te ontwikkelen voor de periode 2010–2012. De NZa heeft de haalbaarheid van verschillende overgangsscenario's onderzocht. Haar conclusie is dat de overheveling per 1 januari 2010 absoluut niet mogelijk is vanwege het ontbreken van alle genoemde gegevens. Er is een te groot risico van witte vlekken. De NZa vindt snelle overheveling (in 2011) onwenselijk omdat er dan een te korte voorbereidingstijd is voor zorgaanbieders en -verzekeraars. Ook daar geldt een risico van te veel witte vlekken. De NZa adviseert daarom de overheveling per 2012 uit te voeren. Zij pleit ook voor een zo snel mogelijke overgang naar de Zorgverzekeringswet, maar wel zodanig dat de risico's voor zorginstellingen, zorgverzekeraars en cliënten beheersbaar en voorzienbaar zijn. Daarbij sluit ik mij aan. Overheveling per 2012 is in ieder geval goed mogelijk, zegt de NZa. Ik ga mee in het zorgvuldige traject dat uit het advies van de NZa naar voren komt.

Uit het bestuurlijk overleg kwam naar voren dat een aantal veldpartijen, waaronder ActiZ, NVVA, CVZ en ZN, toch van 2011 willen uitgaan. Ik heb geen bezwaar tegen 2011, als zeker is dat alles zorgvuldig zal verlopen. Gezien alle informatie die ik nu heb, acht ik dat echter niet waarschijnlijk. Daarom koers ik op 2012. Mocht er aanleiding zijn om te constateren dat dingen toch veel sneller gaan dan wij nu verwachten, dan kunnen wij in het najaar alsnog een besluit daarover nemen. Dat gebeurt dan wel op grond van een zeer zorgvuldige risico-inventarisatie. Vooropstaat dat zorgvuldigheid boven snelheid gaat. Uit de inbreng van de Kamer beluister ik dat veel fracties dit uitgangspunt delen en dus liever koersen op 2012 met zorgvuldigheid dan op 2011 met een aantal risico's.

De **voorzitter**: Buiten mevrouw Wolbert heeft iedereen al een interruptie gehad. Ik stel voor dat wij het houden bij twee interrupties per persoon. Het woord is aan mevrouw Van Miltenburg.

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD): Voorzitter, het is jammer als de spelregels tijdens het debat worden gewijzigd, maar goed. Ik wil deze vraag toch stellen, maar wat was die ook alweer ... Het ging over de zorgvuldigheid. Voor dat argument ben ik heel gevoelig. Daarin wil ik natuurlijk altijd meegaan. De staatssecretaris moet dan wel beloven dat zij in de heel lange periode die zij daarvoor inruimt, niet elke keer de spelregels aanpast. Als zij dat wel doet, is die zorgvuldigheid namelijk een lege huls.

Staatssecretaris **Bussemaker**: Het is absoluut niet mijn bedoeling om spelregels aan te passen. Ik heb ook niet de indruk dat ik dat de afgelopen tijd heb gedaan. Je kunt echter altijd nieuwe problemen tegenkomen. Wij hebben met elkaar al uitgebreide debatten gevoerd over de witte vlekken, naar aanleiding van de problemen bij een medisch kinderdagverblijf. Zoiets wil ik dan niet opnieuw meemaken, zeker omdat het om een buitengewoon kwetsbare groep gaat. Het is mijn verantwoordelijkheid en plicht om juist met deze groep zo zorgvuldig mogelijk om te gaan. Zorgvuldigheid gaat boven snelheid, maar ik zeg de Kamer wel toe dat wij niet achterover gaan leunen met het uitzicht op 2012. Een aantal stappen willen wij snel zetten en de spelregels willen wij niet veranderen. Ik houd mij echter niet blind en doof voor eventuele nieuwe gegevens die ik nu nog niet ken maar die de komende maanden op mijn bureau komen.

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD): Dat is de zorgvuldigheid waarop de staatssecretaris eerder doelde. Met het veranderen van de spelregels bedoelde ik dat de staatssecretaris onder druk van de bezuinigingstaakstelling bij de AWBZ aan de knoppen gaat draaien, wat onbedoelde effecten kan hebben. Dat zou de zaak nog een stuk gecompliceerder maken. Instellingen moeten dan op de korte termijn aanpassingen doorvoeren bij dit soort zorg, maar zich ondertussen voorbereiden op een zorgvuldige overgang. Dát is waarvoor ik de staatssecretaris waarschuw.

Staatssecretaris **Bussemaker**: Die waarschuwing heb ik in mijn oren geknoopt, maar ik wil het iets algemener stellen. Zorginstellingen en -aanbieders krijgen met heel veel veranderingen te maken, zoals de zzp's en de integrale tarieven. Zij moeten daarmee kunnen omgaan. In algemene zin kan überhaupt de vraag worden gesteld naar het absorptievermogen van zorginstellingen en -aanbieders. Daar hebben wij rekening mee te houden. Ook dat is een reden om te pleiten voor zorgvuldigheid en tegen overhaaste besluitvorming. Ik wil niet coûte que coûte toch voor 2011 kiezen en dan vervolgens naar de Kamer moeten komen om uit te leggen dat heel grote groepen helaas tussen wal en schip zijn terechtgekomen omdat een aantal zaken niet op orde waren.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Wij spreken nu steeds over om welke zorg het gaat, hoeveel zorg het is en welke budgetten ermee gemoeid zijn. Dat zijn eigenlijk allemaal vragen die ik gemakshalve schik onder «zicht krijgen op de materie». Het gaat eigenlijk nog steeds om de vraag: waar hebben wij het over? In haar brief schrijft de staatssecretaris dat tegelijkertijd wordt gewerkt aan het formuleren van zorgpaden en het ontwikkelen van kwaliteitscriteria voor zowel de medische als de welzijnscomponent. Dat is iets anders dan «waar hebben wij het over?»; het is een stap verder, namelijk het ontwikkelen. Ik wil graag dat de staatssecretaris daarover nog iets zegt.

Staatssecretaris **Bussemaker**: Op dat punt was ik net aangekomen, dus dat komt goed uit.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Ik dacht dat u het nu ging hebben over het tijdpad.

Staatssecretaris **Bussemaker**: Nee, het tijdpad heb ik gehad. Ik geef echter toe dat ik de zorgpaden en de kwaliteit ook voor het tijdpad had kunnen behandelen. Ze zijn wel onderdeel van het tijdpad. Wij gaan nog niet overhevelen, maar ook niet stilzitten. Het gaat om verbeteringen voor de cliënt, vooral in de ketenzorg. Een impuls moet zorgen voor kortere doorlooptijden, betere overdracht van informatie en meer samenhang in de zorgverlening. Volgens mij is het ons allemaal daarom te doen. Wij willen een impuls geven aan de kwaliteit door te investeren in de ontwikkeling van de zorgpaden. Daarvoor moet voor de verschillende typen zorgvraag in kaart worden gebracht hoe het optimale zorgtraject eruitziet. Voor revalidatiezorg loopt het zorgpad van de medisch-specialistische interventie in het ziekenhuis via de revalidatie in het verpleeghuis, eventueel in de vorm van dagbehandeling, tot de terugkeer naar de thuis-situatie, mogelijk met zorg thuis. Door het ideale zorgpad te schetsen en dat te vergelijken met de huidige zorgpraktijk wordt ook duidelijk waar verbeteringen mogelijk zijn en hoe die kunnen worden gerealiseerd. Mevrouw Smilde stelde daar een vraag over: welke voordelen heeft die overheveling? Dat risico en regie in één hand komen en dat er meer afstemming ontstaat tussen medisch-specialistische interventies en de kortdurende zorg.

Mevrouw Wolbert zei dat de verpleging definitief terug naar de AWBZ zou moeten. In dat geval kun je echter geen ketenzorg bereiken. Op het

probleem van de witte vlekken kom ik nog terug, maar de oplossing daarvoor is dus niet om de verpleging tot in lengte van dagen in de AWBZ te houden. Dat wil ik evenmin bij de revalidatiezorg, omdat ik de ketenzorg mogelijk wil maken.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Ik heb een kleine correctie op dit punt. Als de staatssecretaris goed heeft geluisterd, heeft zij mij niet horen zeggen dat dit structureel en definitief zou moeten gebeuren. Mijn bedoeling is om het tijdelijk te doen, totdat de problemen met de knip zijn opgelost. Als de staatssecretaris heeft begrepen dat ik dit structureel wil, dan heeft zij de inbreng van de PvdA-fractie net niet goed op zijn merites beoordeeld. Het gaat mij er juist om dat dit tijdelijk zou moeten gebeuren.

Staatssecretaris **Bussemaker**: Dan zijn wij dat met elkaar eens. Ik kom er zo op terug.

Mevrouw Smilde stelde een zeer terechte vraag over de ketenzorg. Zij wees op een groep mensen die AWBZ-zorg krijgt, intra- en extramuraal. Stel dat een bewoner van een verpleeghuis naar het ziekenhuis gaat, daar geopereerd wordt en vervolgens terugkomt in het verpleeghuis. Krijgt hij dan herstellende zorg of de AWBZ-zorg die hij al had? Dit is een mooi voorbeeld van hoe gecompliceerd de materie is. Somatische revalidatiezorg voor cliënten die voldoende trainbaar en leerbaar zijn en bij wie er perspectief op herstel en terugkeer naar de thuissituatie bestaat, gaat over naar de Zorgverzekeringswet. De overige revalidatiezorg blijft onderdeel van de AWBZ. Dat betekent dat de revalidatiezorg voor cliënten die al langdurig op intensieve zorg zijn aangewezen en tijdelijk moeten revalideren, deel blijft uitmaken van de AWBZ. Anders zou je voor hen de hele tijd nieuwe overgangen creëren. In plaats van met ketenzorg ben je dan bezig met het opwerpen van nieuwe hindernissen tussen stelsels voor cliënten. Overheveling zou dan vooral tot heel veel administratieve ellende leiden. Kortom, ook daarin zitten dus nog wel een aantal ingewikkelde problemen als je denkt vanuit de cliënt.

De te ontwikkelen zorgpaden bieden aanknopingspunten om de zorgverlening voor revalidatiepatiënten te optimaliseren. Ze bieden ook een leidraad voor de toekomstige inkoop van revalidatiezorg en de afspraken die zorginstellingen en -verzekeraars met elkaar maken. Met het ontwikkelen van de zorgpaden wachten wij dus niet tot 2012. Met een aantal veldpartijen werken wij de komende periode aan de zorgpaden voor somatische revalidatiezorg. Daarbij is het van belang voor zowel cliënten als zorgverzekeraars om de kwaliteit van de somatische revalidatiezorg zichtbaar te maken. Vanuit het programma Zichtbare Zorg wordt gewerkt aan prestatie-indicatoren voor specialistische revalidatiezorg. Ook daarmee zijn wij aan de slag om het verder te ontwikkelen. Het maakt allemaal deel uit van het spoorboekje waar ik het al over had: de planning van wat wij allemaal gaan doen. Het definitieve besluit, op basis van het uitgangspunt «zorgvuldigheid boven snelheid», valt in september.

Mevrouw Smilde vroeg naar de verkeerde-bedproblematiek: levert dit een bijdrage aan de oplossing daarvan? De kans op verkeerde bedden wordt in ieder geval een stuk kleiner. Risico en regie komen in één hand te liggen, namelijk in die van de zorgverzekeraar. Die heeft er belang bij om ervoor te zorgen dat een cliënt zo snel mogelijk op het juiste bed terecht komt, namelijk het revalidatiebed in een verpleeghuis. Voor een goede revalidatie is het van belang dat een cliënt zo snel mogelijk start met de revalidatiezorg en zo ook geen duur ziekenhuisbed bezet.

Mevrouw Smilde vroeg ook naar de verantwoordelijkheidsverdeling. De betrokken medisch specialisten zijn daarbij aan zet, inclusief de revalidatiearts en de verpleeghuisarts. Zij bepalen gezamenlijk waar een cliënt gaat revalideren. Cliënten die in het verpleeghuis terechtkomen, vallen dan onder de verantwoordelijkheid van de verpleeghuisarts.

Een aantal leden hebben vragen gesteld over de relatie met het pgb. Hoe zit het met de positie van mensen met een pgb voor langdurige zorg tijdens een traject van revalidatiezorg? Het pgb wordt tijdens een opname stopgezet als die langer dan twee maanden duurt. De budgethouder moet dat melden bij het zorgkantoor. Die twee maanden hangen samen met het feit dat de budgethouder op basis van zijn pgb-overeenkomsten met zorgverleners vaak nog gedurende enige tijd verplicht zal zijn om loon door te betalen. Als een cliënt weer thuis is en weer de zorg ontvangt die vanuit het pgb wordt gefinancierd, wordt het pgb weer uitgekeerd, mits het indicatiebesluit nog geldig is.

Naar aanleiding van de brief van Per Saldo vroegen een aantal woordvoerders: hoort langdurige zorg thuis in de AWBZ of in de Zorgverzekeringswet en hoe zit het precies met mensen met een pgb? Aan hetgeen ik daarover al heb gezegd, voeg ik toe dat nader onderzoek naar thuiszorg voor revalidatiecliënten zal worden uitgezet bij het CIZ. De verwachting is dat wij op basis daarvan uitspraken kunnen doen over de mogelijkheid van de overheveling van de revalidatiegerelateerde thuiszorg. Op basis van dit onderzoek wil ik ook bezien of het überhaupt wenselijk is om die zorg over te hevelen.

Volgens mij heb ik hiermee de vragen over de overheveling beantwoord. Ik kom daarmee bij de andere vragen, te beginnen met die van mevrouw Leijten over de hulpmiddelen. Daarover kan ik kort zijn: dit is onderdeel van het spoorboekje. Wij nemen het mee in de voortgang van de problematiek rond hulpmiddelen en de overheveling van de hulpmiddelen van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet en de Wmo.

Er zijn een aantal vragen gesteld over de overheveling van de ggz van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet en de herallocatie van de zorgzwaartepakketten. Ik heb de Kamer daarover enkele weken geleden in een brief geïnformeerd. Daarin heb ik ook verwezen naar het toekomstperspectief voor de middellange termijn, 2011–2012, waarop eventueel delen van de ggz uit de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet kunnen worden overgeheveld. Die overheveling van delen van de ggz is op dit moment minder ver uitgewerkt dan die van de somatische revalidatiezorg. Samen met GGZ Nederland en andere betrokken partijen moet grondig worden onderzocht of de overheveling van de ggz naar de Wmo en/of de Zorgverzekeringswet wenselijk is. Ook dit moet alleen gebeuren als het voordelen oplevert vanuit de inhoud van zorg, kwaliteit, ketenzorg en het streven naar vermindering van bureaucratie. Ik heb ook geconstateerd dat partijen uit het veld daarover niet allemaal dezelfde mening hebben. Het is dus aan ons – zeg ik in het bijzonder tegen de woordvoerders van het CDA en de ChristenUnie – om daarover met hen zeer zorgvuldig van gedachten te wisselen. Het zal absoluut niet snel gaan. Eventuele overheveling zal niet in deze kabinetsperiode geschieden.

**Mevrouw Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): De staatssecretaris heeft gezegd al op korte termijn te gaan werken aan ketenzorg en zorgpaden. Is een dergelijk scenario ook denkbaar voor de ggz? Daarbij denk ik aan de instellingen die al wel heel ver zijn in hun voorbereiding en daarop hebben geanticipeerd. Kunnen zij al experimenten starten, of is de ggz nog in een minder ver stadium dan bijvoorbeeld verpleeghuizen en ziekenhuizen op het terrein van de revalidatiezorg?

**Staatssecretaris Bussemaker:** Mevrouw Wiegman oppert een interessante gedachte. Het zou onderdeel kunnen zijn van de gesprekken die wij met GGZ Nederland maar ook met alle andere betrokken organisaties gaan voeren. Ik wil toezeggen dat ik dit waar mogelijk zal doen. Het is wel zo dat je moet nadenken over wat je allemaal tegelijk kunt doen. Er lopen ook andere trajecten. Zo is de ggz nauw betrokken bij de maatschappelijke opvang en de stedelijke kompassen. Wij moeten ervoor oppassen dat wij



allerlei nieuwe dingen bedenken die elkaar doorkruisen, maar het is wel de moeite waard om verder over na te denken.

Mevrouw Wiegman vroeg hoe het staat met de herallocatie in de ggz: komt het er nog van of is het uitstel voor altijd? Ik ben van plan om door te gaan met de invoering van de zorgzwaartebekostiging in de AWBZ, inclusief het verbinden van de financiële effecten daarvan. Er lag een onduidelijkheid in de ggz-sector met het oog op een onderzoek. De Kamer heeft mij toen gevraagd om er zeer goed naar te kijken en met de ggz te praten mocht het onderzoek uitwijzen dat er echt problemen zijn. Dat onderzoek heeft uitgewezen dat er problemen zijn. Op grond daarvan hebben wij met de ggz afspraken gemaakt voor dit jaar.

Mevrouw Wiegman vroeg om snelle duidelijkheid. Die wil ik ook. Daarom voer ik gesprekken met GGZ Nederland en de andere betrokken partijen, waaronder de Federatie Opvang, over het tempo van de invoering van de zorgzwaartebekostiging en het spoorboekje. Medio juni zal ik de voortgangsrapportage over de zorgzwaartebekostiging naar de Kamer sturen. Naar ik heb begrepen, zullen wij er nog voor het zomerreces met elkaar over van gedachten wisselen. Ik kan mij zo voorstellen dat dit punt daar dan terugkomt.

De laatste vraag over de ggz is van mevrouw Wolbert. Zij spreekt haar teleurstelling uit dat de ggz zaken niet op orde heeft. Daarover hebben wij het eigenlijk al gehad; het is niet anders. De indeling in B- en C-cliënten is vertraagd. In eerdere debatten heb ik gezegd zeer tevreden te zijn over hoe de gehandicaptenzorg, de verzorging en de verpleging daarmee aan de slag zijn gegaan. Op een gegeven moment moet je accepteren dat iets is zoals het is. Ook bij de ggz moet de invoering zorgvuldig gebeuren, en uiteindelijk met zo min mogelijk uitstel.

Mevrouw Van Miltenburg vroeg in het kader van de herallocatie naar de relatie met pgb's. Mijn uitgangspunt is dat pgb-houders in de ggz niet anders moeten worden behandeld dan pgb-houders in andere sectoren. Het zou overigens heel lastig zijn om dat wel te doen, want pgb-houders maken vaak niet alleen gebruik van de ggz maar ook van zorg die valt onder de Zorgverzekeringswet en de AWBZ. De garantieregeling, die uitgaat van een budgetgarantie van 98% voor pgb-houders, is zeer ruimhartig en biedt voldoende zekerheid om bij de berekening van het pgb-tarief door te gaan op de ingeslagen weg. Ook bij de ggz is er geen sprake van een langdurige, structurele maatregel. Het gaat om uitstel omdat wij de benodigde gegevens missen.

Tot slot het thema «witte vlekken», waarover wij het eerder hebben gehad naar aanleiding van de ziekenhuisverplaatste zorg, de medisch-specialistische verzorging thuis, die zich in december vorig jaar toespitste op de verpleegkundige medische kinderdagverblijven. Daarover hebben wij een aantal keer met elkaar gesproken. Ik heb steeds gezegd dat ik deze groep buitengewoon kwetsbaar vind. Dit geldt voor de medische kinderdagverblijven, maar ook voor de door mevrouw Wolbert genoemde verpleegkundige zorg. Ik heb de Kamer eerder laten weten dat het probleem niet puur is voortgekomen uit bewust beleid. Het is typisch een probleem dat voortkomt uit op zich breed gedeelde intenties. Het CIZ moet zich strenger houden aan de aanspraken in de AWBZ. In het kader van «duidelijke aanspraken» of «de glasheldere polis» – die term vind ik wat ongelukkig – hebben wij het CIZ gevraagd om goed te controleren of mensen echt aanspraak kunnen maken op de AWBZ. Het bleek dat hier de aanspraak niet in de AWBZ zat, maar dat de financiering ook niet is geregeld in de Zorgverzekeringswet. Ik heb gezegd dat er voor deze groep een oplossing moest komen. Daarvoor is een spoorboekje gemaakt, hetgeen betekent dat op korte termijn de financiering uit de AWBZ komt. Dat betekent echter niet dat die financiering altijd in de AWBZ moet blijven. Eigenlijk is dat niet de bedoeling. Het zou het bovendien onmogelijk maken om de gewenste ketenzorg te regelen. In de planning rond het spoorboekjes is gezegd dat de Kamer nog voor eind juni zal worden geïnformeerd. Ik houd

mij dus aan de afspraak dat de Kamer in juni nog nader wordt geïnformeerd over de regelgeving.

Voor pgb-houders geldt specifiek dat zij zich kunnen wenden tot hun zorgverzekeraar. Daarnaast is er medio juni apart overleg met Per Saldo over het pgb in relatie tot ziekenhuisverplaatste zorg. Mevrouw Wolbert had het specifiek over de ziekenhuisverplaatste zorg en de positie van de verpleegkundige. Dat loopt grotendeels mee in dit proces en in het spoorboekje. Ook daar moeten wij zoeken naar een oplossing die deze situatie in ieder geval tijdelijk borgt – dat hebben wij gedaan – maar ook naar een structurele oplossing die aansluit op een aantal andere discussies. Ik noemde de ketenzorg al, maar wij hebben ook vaak gesproken over de wijkverpleegkundige en het chronischziekenbeleid, dat onder de minister valt. Daarbinnen moet het passen. Ik zal daarop terugkomen in de brief die de Kamer van mij krijgt in juni.

Eén vraag heb ik nog niet beantwoord, namelijk die over de AWBZ-gelden. Die vraag beantwoordt de minister.

De **voorzitter**: Op verzoek van mevrouw Koşer Kaya vraag ik de minister of hij haar vragen als eerste wil behandelen. Het woord is aan de minister.

Minister **Klink**: Mevrouw de voorzitter. Mevrouw Koşer Kaya heeft mij één vraag gesteld en die betrof precies het punt waarvan de staatssecretaris zei: de minister zal daar op ingaan. De vraag was aan wie het CVZ verantwoording aflegt en welk kader het daarbij in acht neemt. Op grond van de Zorgverzekeringswet ben ik verantwoordelijk voor het stelsel en voor de financiering van het stelsel. Wettelijk valt het beheer van het AWBZ-fonds onder het CVZ. Dat college voert dus de wet uit en het brengt mij jaarlijks verslag uit waarmee het verantwoording aflegt voor de besteding van de middelen. Ik ben toezichthouder voor het CVZ en stel het jaarverslag vast. Ik zie dus toe op de wijze waarop het CVZ het fonds beheert.

Mevrouw **Koşer Kaya** (D66): Maar de Kamer moet toch weten wat er met het geld gebeurt. Het gaat om 54 mld., waarvan 22 mld. bedoeld is voor de AWBZ. Wat de minister zojuist zei, staat in de stukken. Op grond van het budgetrecht kunnen wij met de gelden schuiven, maar daar gaat het mij nu niet zozeer om. Mij gaat mij erom dat wij precies moeten weten wat er met het geld gebeurt en of de cliënten de zorg krijgen die zij verdienen. Ik vind dat wij een veel betere systematiek moeten hebben, een systematiek die de besteding helder maakt. De minister zegt nu echter niet dat hij daarvoor zal zorgen. Ik vind dus dat wij moeten kunnen nagaan wat er daadwerkelijk met het geld gebeurt, hoe de middelen besteed worden.

Minister **Klink**: De tekst die ik voorlas, klonk inderdaad klinisch, maar wat ik zei betekent dat het CVZ via het jaarverslag en dergelijke tegenover mij verantwoording aflegt. Dat jaarverslag dien ik vast te stellen. De instellingen publiceren ook een jaardocument en leggen daarmee verantwoording af over de geleverde zorg. De instellingen zijn daartoe verplicht. Wij krijgen thans meer greep op en inzicht in de zorgverlening. Dat is de winst van het werken met zorgzwaartepakketten, het daaraan gerelateerde type zorgverlening en het werken met een DBC-structuur. Duidelijk wordt waar precies de middelen gealloceerd worden en welke zorg verleend wordt. In die zin gaat het om meer dan alleen een verantwoordingsmoment voor het CVZ en voor de instellingen: de onderliggende structuur wordt gaandeweg helderder, waardoor wij beleid kunnen voeren en de vraag kunnen beantwoorden in hoeverre de zorg, in dit geval de somatische revalidatiezorg, naar de Zvw overgeheveld kan of moet worden.

Mevrouw **Koşer Kaya** (D66): Waarom neemt u ook niet de verantwoordelijkheid voor de besteding van de middelen?

Minister **Klink**: In afgeleide zin ben ik daarvoor natuurlijk verantwoordelijk. Ik ben namelijk verantwoordelijk voor een zodanige werking van het systeem dat de middelen goed gealloceerd worden en bij de instellingen terechtkomen. De instellingen zijn weer gehouden om via de eigen toezichtstructuren, zoals de raad van bestuur en de raad van toezicht, verantwoording af te leggen voor de manier waarop zij met de middelen omgaan. Ik vind evenwel het grote voordeel van de invoering van zorgzwaartepakketten het verkrijgen van aangrijpingspunten voor de transparantie. Die neemt sterk toe. Bovendien geeft dit ons de mogelijkheid om meer gericht beleid te voeren. Wij kunnen veel beter categoriseren. Dit debat illustreert in feite ook dat wij op deze manier beter kunnen verkavelen. Sterker, wij kunnen op deze manier de ketenzorg beter meten, hetgeen de meer inhoudelijke doelstelling was.

De **voorzitter**: Ik zie dat mevrouw Koşer Kaya weer wil interrumperen, maar ik stel voor om het debat te vervolgen.

Mevrouw **Koşer Kaya** (D66): Deze discussie zal nog voortgezet worden.

Minister **Klink**: Voorzitter. Mevrouw Smilde heeft een drietal vragen gesteld, die vrij kort te beantwoorden zijn. Zij vroeg: gaan zorgverzekeraars verpleeghuizen en revalidatiecentra voor de revalidatiezorg contracteren? Vanaf 2012 zal dat het geval zijn. Vindt die contractering plaats in het B-segment of in het A-segment? Dat is nu nog niet bekend. Het gaat natuurlijk om de vraag of tarieven zullen gelden voor revalidatie dan wel of de prijsbepaling vrij zal zijn. Dat weten wij dus nog niet.

De derde vraag was of er onbedoelde budgettaire effecten kunnen optreden. Als wij budgettaire effecten verwachten, zouden wij, cryptisch gezegd, die als bedoeld kunnen verklaren. Wij weten natuurlijk niet precies welke effecten zich zullen aftekenen, maar één ding is duidelijk: om zo veel mogelijk van tevoren de effecten te kunnen bepalen, hebben wij goede definities nodig, waaronder die voor zzp 9. Die hebben wij ook nodig voor de revalidatiezorg die geleverd wordt door een verpleeginstelling, dus met dagbehandeling. De definities zijn nu nog niet bekend. In de loop van de zomer zal men met gepreciseerde indicaties gaan registreren en dat biedt ons de mogelijkheid om, als in 2011 gezien kan worden welk volume daarbij hoort, na te gaan welk budget overgeheveld moet worden van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet en om de kostprijs te bepalen voor precies die DBC's die vanaf 2012 gecontracteerd zullen worden. Een voordeel van de overheveling naar de Zorgverzekeringswet is dat via de contractering verzekeraars meer zullen letten op de mogelijkheid van een korte en intensieve behandeling. Kwaliteits- en prijsverschillen worden hopelijk iets duidelijker, waardoor doelmatigheid, maar ook gezondheidswinst zich kunnen gaan aftekenen. Het verkrijgen van duidelijkheid daarover is naast het bevorderen van de ketenzorg een van de doelstellingen van de overheveling van de revalidatiezorg naar de Zorgverzekeringswet.

De vraag over de verantwoordelijkheidsverdeling tussen de behandelende artsen vond ik een terechte vraag. Op het moment dat mensen in het kader van de ketenzorg van het ziekenhuis naar een revalidatiecentrum gaan, zal triage plaatsvinden binnen het ziekenhuis. Daar zal beoordeeld worden in hoeverre de patiënt geen ziekenhuiszorg maar revalidatiezorg in een centrum of verpleeghuis nodig heeft. Met de andere zorg gaat de regie over naar de behandelende verpleegarts of revalidatiearts. Dat brengt wel met zich mee dat in feite de specialist in het ziekenhuis de indicatie doet. Zijn indicatiestelling komt in plaats van die door het CIZ.

Dat is een van de systeemwinsten van de integrale benadering. Er komt een meer vloeiende overgang en er zullen minder systeembreuken zijn. In 2012 zal de bekostiging plaatsvinden via de DBC's. Er zijn nu al revalidatie-DBC's. Doordat bij de diagnose de voorspellende waarde nog betrekkelijk gering is, wordt vaak achteraf een DBC aangewezen ten behoeve van de bekostiging van de zorg in de revalidatiecentra die functioneren in het kader van de Zvw. Bezien wordt in hoeverre de DBC's die daar gebruikt worden, voldoende aangrijpingspunten bieden om voor de zorg die in 2012 overgaat te kunnen voorzien in een dekkend aantal DBC's. Zo mogelijk gaat reeds in 2011 revalidatiezorg over naar de Zvw, maar wij gaan nog uit van 2012. DBC-Onderhoud bestudeert de kwestie van de DBC's en als blijkt dat de DBC's van de huidige revalidatiecentra niet toereikend zijn, zullen zij aangevuld moeten worden met andere DBC's. Deze DBC's zullen vervolgens moeten passen bij de nieuwe DOT-structuur die in 2011 gaat gelden voor de ziekenhuiszorg. Dus er zijn nog slagen te maken, maar de zorg zal integraal via DBC's betaald worden.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Dat begrijp ik, want men is dit jaar gestart met de revalidatie-DBC's, maar wie opent de DBC? Hoe vindt de verrekening plaats tussen het ziekenhuis en het verpleeghuis c.q. het revalidatiecentrum?

Minister **Klink**: Ik vergat u dat te melden. DBC-Onderhoud zoekt uit of gewerkt kan worden met een keten-DBC. Als men met een integrale DBC werkt, opent in feite het ziekenhuis de DBC. Althans, zo stellen wij ons dat voor. Werkt men met geknipte DBC's, dan zal het revalidatiecentrum c.q. de verpleeginrichting een nieuwe DBC openen, maar niet dan nadat er een verwijzing van de kant van het ziekenhuis richting het revalidatiecentrum c.q. de verpleeginrichting is. Wat ik u nu op dit punt meld, doe ik echter meer intuïtief. Het werken met een keten-DBC heeft wel mijn voorkeur, want wij willen natuurlijk datgene waar de staatssecretaris al op wees toen zij sprak over de zorgpaden. Die worden ontwikkeld en naar mijn inschatting zou je een zorgpad best kunnen vertalen in een keten-DBC en wel zodanig dat de integraliteit is gewaarborgd. Dan krijgen wij wel te maken met de vraag: wie contracteert de keten-DBC's? Doet dat het ziekenhuis of doet dat het revalidatiecentrum? Bij een keten-DBC zal dat naar mijn verwachting afhankelijk zijn van de keus van de zorgverzekeraar. Als revalidatiecentra de zorg kwalitatief beter kunnen borgen of doelmatiger kunnen leveren, zal de zorgverzekeraar zich in eerste instantie tot die centra wenden. Soms zal hij echter het ziekenhuis in aanmerking nemen. Dezelfde vraag doet zich ook enigszins voor bij de functionele bekostiging van de zorg voor chronisch zieken die wij hopelijk in 2011 zullen realiseren. Ik denk hierbij aan diabetes, COPD, hartfalen en dergelijke.

Mevrouw Koşer Kaya vroeg naar de ruimte voor innovatie bij het opstellen van DBC's. Wij komen daarover te spreken in de loop van juni. Onlangs is een brief naar de Kamer gestuurd die voor het algemeen overleg in juni is geagendeerd. Onder andere is dan aan de orde de manier van opname van innovaties in de DBC's. Die opname is inmiddels vereenvoudigd en versneld. DBC-Onderhoud heeft daar behoorlijk hard aan gewerkt. Vervolgens is natuurlijk ook de positie van de NZa aan de orde, want op het moment dat je een nieuwe DBC creëert die voor bekostiging in aanmerking komt, moet een tarief vastgesteld worden. Van de kant van de NZa is op dit punt meer flexibiliteit ontstaan. Zoals bekend, is een zorginnovatieloket in het leven geroepen dat de mensen de weg moet wijzen in het duistere woud van instanties die zich hiermee bezighouden. Ik noem het CVZ, de NZa en ZonMW. Er is een praktische handleiding en een praktische advisering van de kant van het innovatieloket voor die zorgverleners die een DBC willen openen en die voor bekostiging in aanmerking willen laten komen.

Mevrouw Leijten vroeg of de revalidatiezorg na overheveling in het basispakket komt. Het CVZ heeft daarover geadviseerd. Het is logisch dat de revalidatiezorg in het basispakket, het verzekerde pakket van de Zorgverzekeringswet komt, want de meeste specialistische revalidatiezorg die nu buiten de AWBZ wordt verleend, wordt door de zorgverzekeraars met het basispakket vergoed. Dat heeft niet alleen een financiële logica, maar ook een zorginhoudelijke. Wij willen namelijk de ketenzorg versterken. Als je ketenzorg en zorgpaden wilt realiseren, zou het vreemd zijn als je het revalidatiedeel uit het geheel haalde en dat de mensen zelf liet betalen. Dat zou een aantal knippen in de zorg en in de financiering opleveren en dat zou in mijn beleving ongewenst zijn. Daaruit kunt u afleiden dat ik niet alleen op basis van het CVZ-rapport, maar ook op basis van zorginhoudelijke overwegingen vind dat er samenhang dient te zijn.

Mevrouw Van Miltenburg sprak over de relatie tussen de pgb's en de Zorgverzekeringswet. De Kamer heeft daarover vorig jaar een brief van mij ontvangen. Met Per Saldo zijn wij in overleg om te bezien in hoeverre de pgb's een plaats kunnen krijgen in de Zvw. Het experiment met het pgb voor hulpmiddelen was overigens niet erg succesvol. De NZa heeft geadviseerd om dat experiment niet voort te zetten. Dat begrijp ik op zichzelf wel, want het gaat hier vaak om kortdurende zorg op grond van de Zvw die altijd op herstel is gericht.

Ik wijs er in dit verband op dat wij naast het naturastelsel het restitutiestelsel kennen. De verzekerde of de patiënt krijgt met dat stelsel gewoon geld in handen. Zeker als sprake is van ZBC's gebeurt dat. In die zin biedt de restitutiepolis al een aanknopingspunt voor iets wat naar een pgb neigt, namelijk bekostiging in contante munten. In die zin is het pgb misschien een beetje dubbelop. Daarom snap ik dat in het geval van hulpmiddelen eerst een experiment is gedaan. Als de betrokkene langdurig op het hulpmiddel is aangewezen, kan hij zelf inkopen. Bij de curatieve zorg is dat vaak lastiger. Dan gaat het om kortdurende zorg en verder kennen we daar de restitutiepolis die aanknopingspunten biedt.

De **voorzitter**: Hiermee zijn wij gekomen aan het eind van de eerste termijn, maar ik zie dat er nog vragen zijn.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Ik had nog graag dat de minister inging op een van de randvoorwaarden die met het SER-advies worden genoemd, namelijk dat de eerste lijn goed op orde moet zijn en dat daar de belemmeringen moeten worden weggenomen. De eerste lijn zou versterkt moeten worden om als goede ketenpartner te kunnen functioneren.

Mevrouw **Leijten** (SP): Voorzitter. Ik heb een vraag gesteld over de bevoorschotting. Bij de ggz kent men grote problemen met het leveren van kortdurende zorg vanwege het feit dat pas wordt uitbetaald nadat de DBC is gesloten. Dat betekent dat 25 mln. in het putje gaat. Dat vind ik zonde. Kunnen wij dit probleem met overheveling voorkomen?

Minister **Klink**: Voorzitter. Mevrouw Leijten wijst terecht op een zeer relevant punt dat wij goed in aanmerking moeten nemen bij het doorlopen van het tijdpad tot 2012. Zij signaleert namelijk dat er nu renteopslag nodig is doordat er niet bevoorschot wordt. Gelukkig heeft de NZa in een regeling kunnen voorzien, maar deze manier van werken brengt wel kosten met zich mee en ik ben het met mevrouw Leijten eens dat die vermijdbaar geweest zouden zijn. Ik kan niet vooruitlopen op de ontwikkelingen en niet zeggen hoe wij dit gaan oplossen, maar wat zij signaleert, moeten wij vermijden. Hier is sprake van lessons learned, zeker als ik denk aan de ggz. Bij de zorgverzekeraars is heel vaak aan de bel getrokken en gewezen op het probleem van de bevoorschotting. Gelukkig is voor een

groot deel in een oplossing voorzien, maar het duurde heel lang, waardoor bij de instellingen onzekerheid ontstond. Mevrouw Wiegman wees op het belang van het wegnemen van belemmeringen bij de eerste lijn. Voor zover de eerste lijn bij de ketenzorg is betrokken, is het natuurlijk relevant dat die op orde is. Ik noemde al: chronisch zieken, hartfalen, COPD en diabetes. Voor goede zorg bij die aandoeningen moet men helemaal leunen op de kwaliteit die in feite bij de eerste lijn wordt geleverd. Nu hebben wij het over revalidatiezorg. De staatssecretaris sprak al over de extramurale hulp naast zzp 9 en over de zorg die ambulante in verpleeginrichtingen wordt geboden. Daarbij gaat het om een lastiger traject. Zo mogelijk integreren wij die zorg in de keten, maar er ligt wat dat betreft nog een terrein braak. Dat neemt niet weg dat de keten-DBC wel ontwikkeld wordt voor de mensen die aangewezen zijn op revalidatiecentra of verpleeginrichtingen. Wij wachten niet met de ontwikkeling van de keten-DBC en de overheveling totdat bij de thuiszorg alles goed is geregeld. Wat dat betreft maakte mevrouw Van Miltenburg een terechte opmerking: er mag geen vertraging ontstaan door het veranderen van de spelregels.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik ben blij dat de minister iets wil doen aan het uitblijven van bevoorschotting, maar gaat hij een tijdspad vaststellen? Het lijkt mij goed hier af te spreken dat de bewindslieden de kwestie niet laten rusten. Lukt het om afspraken te maken? Moeten zorginstellingen en revalidatiecentra maatregelen treffen om niet gebruik te hoeven maken van dure, kortlopende kredieten? Wat zijn de gevolgen voor het eigen vermogen als zij de revalidatiezorg gaan bieden? Welke eisen stellen zorgverzekeraars als er geen bevoorschotting is? Het lijkt mij goed dat wij afspreken dat daarop specifiek ingegaan wordt bij de presentatie van het tijdspad.

Minister **Klink**: Ik deel uw urgentie, maar gelukkig heeft ook de NZa dit probleem onderkend, want met uitvoeringstoets 2 wordt dit punt in aanmerking genomen. Hierover komen wij nog te spreken. Bij mij hebt u het urgentiegevoel dus aangewakkerd. Ik zal erop toezien dat hier inderdaad goed naar gekeken wordt en dat wij met een toereikend antwoord komen. Verder kan ik nu nog niet gaan, maar hier komen wij ongetwijfeld op terug. U hebt in ieder geval bij mij het besef van urgentie opgeroepen.

De **voorzitter**: Hiermee zijn wij gekomen aan het einde van de eerste termijn. Het woord is in tweede termijn aan de leden van de Kamer.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Voorzitter. Zoals ik zei, staan wij positief tegenover de overheveling. Het gaat bij die overheveling om op herstel gerichte zorg. Mevrouw Van Miltenburg gaf het al aan: wij zijn er erg voor dat deze zorg onder de Zorgverzekeringswet valt.

De bewindslieden hebben op al mijn vragen zeer goede antwoorden gegeven. Ik ben ook ontzettend blij met de brief die wij afgelopen maandag hebben gekregen. Daarin staat dat de zorg in 2012 overgaat. Ik vind het heel goed dat zorgvuldig wordt gehandeld en dat de tijd wordt genomen om alle problemen die vanmiddag ter tafel zijn gekomen, op te lossen.

Ik herinner nog aan het voorbeeld van iemand die zijn heup heeft gebroken. Als er in zo'n geval kans op zelfredzaamheid is, zal sprake zijn van herstellende zorg, maar is die er niet, dan wordt AWBZ-zorg geleverd. Het zal moeilijk zijn om de scheiding duidelijk aan te geven, terwijl wij dat wel heel graag willen. Wij willen heel helder in kaart krijgen wat in zo'n geval geldt. De Kamer moet ook goed kunnen volgen hoe de overheveling haar beslag krijgt. De eerste overheveling, die van de geestelijke gezondheidszorg, overkwam ons. Wij werden geconfronteerd met allerlei problemen. Nu kunnen wij echter voor de overheveling de tijd nemen. Om draagvlak

te creëren voor volgende overhevelingen, moeten wij zorgvuldig opereren.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Voorzitter. Ik dank de bewindspersonen voor de beantwoording. Als ik het al niet was, dan ben ik nu zeker overtuigd van het nut en de noodzaak van zorgvuldigheid en van het feit dat bij deze overheveling haast niet gepast is. Ik ben blij met datgene wat met name de staatssecretaris heeft gezegd, namelijk dat ze niet achterover gaat leunen, maar stappen zal zetten. Zij wil experimenten starten voor de zorgpaden. Dat vind ik goed. Het lijkt mij ontzettend belangrijk dat er bij dat traject voortdurend duidelijkheid is omtrent de bevoegdheden en de verantwoordelijkheden, met name als het om de financiën gaat. Wat natuurlijk nooit mag gebeuren, is dat uiteindelijk de patiënt de rekening thuis krijgt en hij dan van het kastje naar de muur wordt gestuurd bij zijn pogingen om te achterhalen waar uiteindelijk de vergoeding vandaan moet komen.

Het is goed dat met Per Saldo overleg wordt gevoerd. Ontzettend belangrijk voor de pgb-houders is dat ze in een vroeg stadium duidelijkheid wordt geboden en dat ze de tijd wordt gegeven om te anticiperen op mogelijke veranderingen, zodat zij de noodzakelijke voorbereidingen kunnen treffen. Op die manier kunnen zij thuis dan de zorg krijgen die zij nodig hebben.

Dank voor de toezegging om via experimenten zorgpaden tot stand te brengen voor de ggz. Ik hoop hierover in het najaar meer informatie te ontvangen.

Tot slot wil ik iets zeggen over de verantwoordelijkheidsverdeling. De ziekenhuisarts draagt de zorg over aan de verpleeghuisarts en de revalidatiearts. Daarbij zijn aan de orde de keten-DBC en de rol van de zorgverzekeraar, maar laten wij alsjeblieft de rol van de patiënt en degenen die met de patiënt te maken hebben, niet uit het oog verliezen. Ik hoor wel eens dat op vrijdagmiddag de bedden in de ziekenhuizen worden schoon-geveegd en het dan ontzettend veel moeite kost om de overdracht goed te regelen. Stress bij de patiënt en bij de familie van de patiënt moet voorkomen worden.

Mevrouw **Leijten** (SP): Voorzitter. Ik vind het heel goed dat er tijd wordt genomen voor de overdracht. Er zijn pijnlijke lessen geleerd bij de overheveling van de ziekenhuisverplaatste zorg. Er waren witte vlekken, hetgeen een eufemisme is voor grote fouten. Het zou goed zijn als er die nu niet waren. Ik ben erg voor ketenzorg en voor een goede aansluiting van de verschillende delen van de zorg op elkaar. Namens de SP spreek ik wel ongerustheid uit. Bij mij leven namelijk enkele vragen. Als er één hoofd-DBC-houder is, gaat hij dan doorbetalen? Is er dan geen getouwtrek over uren en middelen? Met de Zorgverzekeringwet zijn de verzekeraars schadelastverzekeraars geworden en is er het gevaar van het nastreven van private doelen. Als wij het tijdpad te horen krijgen, zullen wij dit aspect kritisch in aanmerking nemen. Wij hebben al de bevoorschottingsdiscussie aangezwengeld, maar die kwestie is niet zomaar ontstaan. Zij heeft te maken met de aard van het stelsel, waarvoor het merendeel van de leden van deze Kamer heeft gekozen, maar, zoals iedereen hier weet, de SP niet.

Een debat over de AWBZ krijgt al snel een bredere strekking. Dat gebeurde ook vandaag. Ik heb express de discussie niet verbreed, alhoewel ik graag met de staatssecretaris een debat had gevoerd over de zorgzwaartepakketten, het CIZ en al die andere onderdelen. Vandaag is de SP in ieder geval gerustgesteld met het antwoord over de temporisering en met het geuite voornemen om alles goed uit te zoeken. Lering moet worden getrokken uit het verleden, de overhaaste stappen. Wij zullen in het debat over de Zorgverzekeringwet en de AWBZ het zwaartepunt

blijven leggen waar wij het altijd gelegd hebben. Wij vinden echter dat nu op een goede manier wordt geopereerd.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Voorzitter. Ik dank ook de bewindslieden voor de beantwoording in eerste termijn. Het was goed om te horen dat de minister en de staatssecretaris de ontwikkeling van de zorgpaden en de kwaliteitscriteria blijven beogen. Over twee punten ben ik iets minder tevreden. De beantwoording over de pgb's en de Zorgverzekeringswet vond ik iets te kort door de bocht. De minister stelde dat de restitutiepolis al een soort pgb is. In de eerste plaats is een restitutiepolis heel duur en in de tweede plaats zou daarmee dan veel geld vrijgemaakt moeten worden voor het hele aanbod op grond van de Zorgverzekeringswet, terwijl een pgb veel meer iets op maat is en veel meer bewegingsruimte biedt voor het individu. Ik zou graag een iets breder en meer uitgewerkt antwoord op dit punt krijgen, want nogmaals, dit antwoord vond ik iets te kort door de bocht.

Ik weet niet of ik het antwoord van de staatssecretaris over de verpleegkundige hulp thuis goed heb begrepen. Volgens de fractie van de Partij van de Arbeid indiceert het CIZ geen verpleegkundige hulp meer als die hulp wordt gerekend tot het domein van de kortdurende, op genezing gerichte zorg. Het gaat mij om de versnippering en het voortdurende geharrewar en gedoe voor de cliënt. Zei de staatssecretaris dat het CIZ straks weer wel verpleegkundige hulp op grond van de AWBZ zal toestaan totdat er voor die versnippering een oplossing is? Staat dat in de brief die de staatssecretaris ons in juni zal sturen? Dan zou ik heel blij zijn met dit antwoord. Als dat niet zo is, meen ik dat wij het debat plenair moeten voortzetten.

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD): Voorzitter. Zorgvuldigheid is natuurlijk hartstikke belangrijk, maar vandaag wantrouw ik toch zeer het gebruik van het argument van de zorgvuldigheid. Nog niet zo heel lang geleden spraken wij hier over het afschaffen van het bouwregime. Daarmee waren veel en veel grotere risico's gemoeid, maar toen vond de staatssecretaris het helemaal niet nodig om een zorgvuldig traject in acht te nemen. Ik heb daarom sterk het gevoel dat wij afstevenen op afstel. Ik meen wel dat de staatssecretaris de intentie heeft om door te zetten, maar zij zegt experimenten te willen voor de ontwikkeling van kwaliteitscriteria en zorgpaden, maar volgens mij zijn daarvoor helemaal geen experimenten nodig. Het is gewoon goed om kwaliteitscriteria en zorgpaden te ontwikkelen, ook als de zorg onder de AWBZ blijft vallen. Het is ook helemaal niet verkeerd om protocollen te ontwikkelen. Zoiets zie ik dus helemaal niet als een eerste stap in de richting van overheveling.

Als het gaat om de zzp's en de ggz heb ik helemaal een verkeerd gevoel. Trouwens, het hele traject doet mij denken aan kafkaïaanse omstandigheden, want het grote voordeel voor cliënten van de overheveling van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet is dat zij dan van het CIZ af zijn. Dat zeggen ze ook allemaal, maar ze zijn helemaal niet van het CIZ af, want die bepaalt blijkbaar wat er overgeheveld wordt en hoe dat gaat. Ik dacht dat de professionals op grond van de Zorgverzekeringswet de standaarden zouden ontwikkelen en voor de vertaling in DBC's zouden zorgen. De verzekeraars zouden namens de cliënt onderhandelen over de inhoud, maar dat zijn wij blijkbaar vergeten. Het CIZ is aan zet en voordat wij het weten gaat het CIZ ook onder de Zorgverzekeringswet aan het werk. Dat zou ik een zeer trieste constatering vinden.

Tot slot wil ik iets zeggen over de korting op de pgb's in de ggz. Daarmee zijn niet enorme bedragen gemoeid, maar het gaat mij om de redenering van de staatssecretaris: een instelling mag niet met 2% gekort worden, maar een pgb gebaseerd op de grondslag van de ggz wel. Volgens de staatssecretaris zou het bij die pgb's om iets heel anders gaan. Ik ben benieuwd hoe de rechter daarover denkt, gelet op het aspect van gelijke



behandeling. Ik meen dat de staatssecretaris dat toch nog bij haar overwe-  
gingen zou moeten betrekken.

Staatssecretaris **Bussemaker**: Voorzitter. Ik beluister bij veel leden dat zij een zorgvuldige overheveling willen. Er mag niet te veel haast worden betracht. Overheveling in 2012 is voor ons, gelet op alle problemen, het uitgangspunt. Ik heb alle opmerkingen hierover goed gehoord en ik zal die betrekken bij mijn afweging. De leden weten dat ook voor mij zorgvuldigheid boven snelheid gaat.

Mevrouw Smilde refereerde terecht aan de situatie waarin iemand al gebruikmaakt van AWBZ-zorg en een heup breekt. Wat moet er dan gebeuren? Met dergelijke problemen zullen wij bij de discussie over ketenzorg te maken krijgen. Je kunt niet zeggen dat je met een paar ketens zorg voor alle ziekten kunt bieden. De werkelijkheid is vele malen gecompliceerder dan de theorie en past niet altijd bij een bepaald systeem. Met dit probleem hebben wij vaker te maken en daar hebben wij rekening mee te houden.

Wij zullen zeker contact houden met Per Saldo. Zoals ik zei, zijn wij daarmee in gesprek. Wat de zorgpaden in de ggz betreft: in het najaar zal ik de Kamer informeren en zeggen of en, zo ja, hoe wij die gaan ontwikkelen. Ik maak de kleine kanttekening dat wat wij willen wel mogelijk moet zijn, ook voor de werkers in de sector. Je kunt niet alles tegelijk, maar de gedachte is interessant.

Met de inbreng van mevrouw Leijten in tweede termijn was ik het eens. Er zijn onderdelen van de AWBZ waarover wij het wellicht niet met elkaar eens zijn, maar de komende week is alleen al voor de AWBZ acht uur debat gepland. Wij komen elkaar dus nog tegen. Dan is er vast genoeg stof om met elkaar van gedachten te wisselen.

Mevrouw **Leijten** (SP): Voorzitter. Dit was nou precies de reden dat ik het debat over de AWBZ niet wilde verbreden. Nu zijn wij het een keer eens en dat mag ook wel eens.

Staatssecretaris **Bussemaker**: Daar ben ik u zeer dankbaar voor. Dat maakt mijn dag ook weer goed.

Mevrouw Wolbert sprak over de medische verpleegkundigen. Net als bij de andere thema's geldt ook hier in 2009 een overgangsregeling. Wij gaan dus niet terug naar de oude situatie. Aanbieders mogen de verpleegkundigenhulp die thuis wordt geboden op grond van de AWBZ declareren. Daarmee is een klein budget gemoeid. De raming bedraagt zo'n 100 mln. In juni laat ik weten welke regeling wij vanaf 2010 treffen, maar daarbij handelen wij in overleg met het veld. Ik zei al dat wij niet helemaal terugkeren naar de oude situatie. Wij zoeken naar een oplossing, zoals bij de rest van de thema's van het spoorboekje. Er wordt gekozen voor kortetermijn- en langetermijnoplossingen.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Dat begrijp ik, maar wat is vanaf 2010 het uitgangspunt? Wij willen niet iets terugdraaien of iets anders regelen, maar wel dat als uitgangspunt geldt: een ongedeelde, niet versnipperde zorg voor mensen in de thuissituatie. Daar gaat het om. De regering wil integraliteit. Wij willen verpleegkundigen in de wijken die niet alleen fysieke verrichtingen doen, maar die ook hun ogen en oren de kost geven. Die bijvoorbeeld kijken of het pakje boter nog vers is. Dat is het uitgangspunt. Op grond van die gedachte moet je naar een financieringsstructuur zoeken. Graag verneem ik van de staatssecretaris dat ongedeelde werk in de thuiszorg het uitgangspunt is. Dat is met de getroffen regeling niet het geval.

Staatssecretaris **Bussemaker**: Wij zijn het met elkaar eens: bij de instelling waar aanspraak gemaakt wordt op zorg, moet ook de financiering

geregeld zijn. Dat is nu een probleem. Ook ik ben en blijf voor ongedeelde zorg en voor een integrale benadering. Dat hoeft niet altijd te betekenen dat men moet kiezen tussen de Zorgverzekeringswet en de AWBZ. Verpleging is bij uitstek zorg met zowel cure als care. De vraag is hoe je die zorg op een zo goed mogelijke manier regelt. De professionals moeten zo min mogelijk hinder ondervinden en de cliënten moeten weten waarop zij aanspraak kunnen maken, wie verantwoordelijk is en hoe de financiering is geregeld, maar hierop kom ik met mijn brief van juni terug. Ik meen dat hiervoor geen simpele oplossingen bestaan. Laten wij wel streven naar een optimale oplossing. Ik zeg echter nogmaals dat integrale zorg niet altijd hoeft te betekenen: of AWBZ, of Zvw. Het algemene uitgangspunt dat mevrouw Wolbert verwoordde, deel ik.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Dat besef ik heel goed. Simpele oplossingen zijn er niet. Uiteindelijk zal er wel een oplossing moeten komen, maar is de inzet van de staatssecretaris dat die voor de cliënt, de patiënt zo simpel mogelijk moet zijn? Is zij ook van mening dat daar de meeste aandacht naar uit moet gaan? Zal zij dat het zwaarst laten wegen?

Staatssecretaris **Bussemaker**: Ja, voor de cliënt en voor de professional die het werk moet doen, want het gaat om de interactie tussen de cliënt en de professional op de werkvloer.

Ik ben het echt niet met mevrouw Van Miltenburg eens dat bij het bouwregime sprake was van veel grotere onzekerheden, althans niet in die zin dat er nog veel meer uitgezocht moest worden. Met het bouwregime waren wij allang bezig. Bij de sector was er grote behoefte aan duidelijkheid. Daarop was al geanticipeerd. Wij hebben daarbij kunnen leren van de curesector die al eerder met kapitaallasten aan de slag was. Ik ben het wel eens met wat zij zei over de zorgpaden. Die zijn altijd van belang, of je nu overhevelt of niet, maar ik maak die zorgpaden niet om van de overheveling af te komen. Ik ontwikkel de zorgpaden nog steeds met de bedoeling om delen van de revalidatiezorg in 2012 over te hevelen. Het is dus allerminst mijn bedoeling om, zoals mevrouw Van Miltenburg zei, de zorgpaden te gebruiken om van het hele project af te komen.

Wat de pgb's betreft: ik zeg nogmaals dat wij hier te maken hebben met een overgangsregeling. Ik herinner eraan dat de B- en C-onderdelen in de ggz niet op orde waren. Ik ga nu niet een nieuw probleem aan de bestaande problemen toevoegen. Ik wil juist zoveel mogelijk problemen oplossen. Ik wijs erop dat een pgb heel vaak uit allerlei onderdelen bestaat. Het kan te maken hebben met bijvoorbeeld mggz. Voor één jaar acht ik wat hier geldt redelijk.

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD): Voor heel veel mensen geldt dat zij gebruikmaken van verschillende vormen van zorg, maar er is altijd een grondslag. Dat is de dominante factor. In ggz-instellingen verblijven ook mensen die bijvoorbeeld verpleging nodig hebben, maar die zorg wordt dan geboden onder de verantwoordelijkheid van en met bekostiging door de instelling. U maakt een verschil dat er niet is. Voor u is het misschien een vervelend klusje en dus zegt u dat het allemaal niet zoveel uitmaakt, maar voor de mensen die een pgb hebben, kan het veel uitmaken. U zegt voor de klant te kiezen en deed het voorkomen dat wij dat niet doen, maar in dit geval kiest u zeker niet voor de klant.

Staatssecretaris **Bussemaker**: Voorzitter. Ik heb in mijn eerste termijn aangegeven dat de cliënten voor 98% zeker zijn van hun budget en dat alle pgb-houders op dezelfde manier worden behandeld. Wij hebben nu één probleem met de herallocatie van de ggz. Daarvoor moeten wij niet alle afspraken die wij zorgvuldig met iedereen gemaakt hebben overhoop halen. Ik meen dat wij met de 98% zekerheid die alle pgb-houders hebben, echt een redelijk uitgangspunt hebben.

Minister **Klink**: Voorzitter. Terecht wees mevrouw Wiegman erop dat op het moment dat de patiënt van een ziekenhuis naar een revalidatiecentrum of een verpleeginrichting gaat, zorgvuldig gehandeld moet worden en dat men niet op vrijdagmiddag eventjes schoon schip kan maken. Gelukkig zijn er heel veel zorginstellingen die gaandeweg zeer proactief zijn geworden en een goede inbedding van de vervolgzorg realiseren. Het zou mij een lief ding waard zijn als patiënten op dergelijke aspecten wezen, zodat op die manier informatie ontstaat voor zorginstellingen en zij daardoor weten hoe zij goed kunnen handelen. Dit is een punt van aandacht.

Mevrouw Leijten en ik waren het opnieuw eens over de bevoorschotting. Mevrouw Wolbert heeft gelijk dat mijn antwoord over de pgb's kort door de bocht was. Wij zijn in overleg met Per Saldo en ik zal de Kamer schriftelijk over de uitkomst van dit gesprek informeren. Ook dit is terecht als punt van aandacht naar voren gebracht.

Tegen mevrouw Van Miltenburg zeg ik dat na de overheveling het CIZ er niet meer aan te pas komt. Misschien heb ik mij onzorgvuldig uitgedrukt. Het CIZ heeft in elk geval dan geen rol meer. Aangezien wij ernaar streven om de ketenzorg in het kader van de Zvw zo snel mogelijk te realiseren, zal het CIZ in dit domein geen functie meer vervullen. In feite zullen het de artsen en de specialisten zijn die de triage doen, althans vanaf 2012.

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD): Er komt een nieuw zzp. Dat betekent dat alle betrokkenen opnieuw geïndiceerd moeten worden. Dat betekent heel veel bureaucratie. Het CIZ gaat dus bepalen wat de inhoud van de DBC zal zijn. Dat vind ik raar, want het mooie van uw stelsel is nu juist dat de zorgverleners onder elkaar bepalen welke vorm van zorg wordt aangeboden. Het zou mijn wens zijn dat de werkers in de AWBZ-zorg die gelegenheid ook kregen. Bij de overheveling is in eerste instantie het CIZ het college dat de inhoud van de DBC vaststelt. Ik vind dat uitermate vreemd en onnodig. Het zorgt voor heel veel bureaucratie en er is alleen maar reden om dit niet te doen. Ik snap dit niet. Wilt u dit uitleggen?

Minister **Klink**: Dat wil ik proberen. Bij de op herstel gerichte verpleging en verzorging zal het gaan om die categorieën patiënten die straks op grond van de Zvw zorg ontvangen. Wij moeten goed in beeld hebben om hoeveel mensen het dan gaat teneinde een bepaald volume aan budgetten te kunnen overhevelen van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet. Wij moeten dan een goede inschatting kunnen maken. Het volume aan middelen moeten wij weten en op basis van de inschatting van het aantal DBC's en de aard van de DBC's een tarief kunnen vaststellen en wel zodanig dat niet alleen het volume van de budgetten toereikend is, maar ook de onderverdeling en de verdeling van de middelen over de instellingen. Anders krijgen wij hetzelfde probleem dat wij in het verleden hadden. Wij hebben lessen geleerd. Ik herinner daarvoor aan het ontwikkelen van DBC's en de ggz. Als wij anders handelen, krijgen wij wellicht te maken met onderregistratie en wordt een te hoog of te laag tarief vastgesteld. Dan is de verdeling over de instellingen ook weer ontoereikend. Daarom ben ik het van harte met de staatssecretaris eens: een goede definitie, vervolgens een goede registratie, daaraan de budgetten koppelen en daaraan weer de tarieven koppelen en wel zodanig dat zonder al te veel problemen de overheveling in 2012 gerealiseerd kan worden.

De **voorzitter**: Hiermee zijn wij gekomen aan het eind van de vergadering. Ik dank de bewindspersonen en hun ambtenaren. Ik dank het publiek op de tribune. Ik dank de geachte afgevaardigden en sluit de vergadering.