

Vergaderjaar 2008–2009

31 924 XVI

Slotwet en jaarverslag Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2008

Nr. 10

VERSLAG VAN EEN WETGEVINGSOVERLEG

Vastgesteld 16 juni 2009

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ heeft op 11 juni 2009 overleg gevoerd met minister Klink van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en staatssecretaris Bussemaker van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over **het Jaarverslag VWS 2008**.

Van het overleg brengt de commissie bijgaand stenografisch verslag uit.

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

De griffier van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Teunissen

¹ 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), Gill'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).

Stenografisch verslag van een wetgevingsoverleg van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Donderdag 11 juni 2009

Aanvang 14.00 uur

Voorzitter: Smilde

Aanwezig zijn 6 leden der Kamer, te weten:

Van Gerven, Van Miltenburg, Smilde, Van der Veen, Jan de Vries en Zijlstra,

en de heer Klink, minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, en mevrouw Bussemaker, staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Aan de orde is de behandeling van:

- **het wetsvoorstel Slotwet en jaarverslag Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2008 (31924-XVI);**

- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 20 mei 2009 betreffende toezending van het jaarverslag van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2008 (31924-XVI, nr. 3);**

- **de brief betreffende toezending van het rapport van de president van de Algemene Rekenkamer d.d. 20 mei 2009 bij het jaarverslag van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2008 (31924-XVI, nr. 4);**

- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 9 juni 2009 betreffende antwoorden op vragen van de commissie ten behoeve van het jaarverslag VWS 2008 (31924-XVI, nr. 5);**

- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 9 juni 2009 betreffende antwoorden van de regering naar aanleiding van vragen van de commissie inzake het AR-rapport bij het jaarverslag (31924-XVI, nr. 6);**

- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 29 april 2009 betreffende Beleidsdoorlichting LNV (begrotingsartikel 25) en VWS (onderdeel begrotingsartikel 41) (31104, nr. 2).**

De **voorzitter**: Ik open dit wetgevingsoverleg met de bewindspersonen van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over het jaarverslag 2008. Namens de Kamer zullen twee rapporteurs de bevindingen van de commissie aan de orde stellen. Ik geef eerst het woord aan de heer Jan de Vries.

De heer **Jan de Vries** (CDA): Voorzitter. De commissie heeft ervoor gekozen om zich te concentreren op twee thema's voor dit wetgevingsoverleg. Mijn collega Van der Veen en ondergetekende zijn de gelukkigen om daarin het voortouw te nemen. Wij hebben als commissie de mogelijkheid gehad om schriftelijk nadere vragen te stellen over het jaarverslag. Het zou kunnen dat er na afronding van de twee specifiek gekozen onderwerpen nog fracties zijn die behoefte hebben om daarop in te gaan. Mijn collega Van der Veen zal met name ingaan op de cijfers voor de gezondheidszorg. Ik heb het voorrecht om specifiek te mogen inzoomen op de administratieve lasten.

Eerst maak ik nog een opmerking vooraf. Wij hebben met de Rekenkamer geconstateerd dat het jaarverslag van het ministerie opnieuw verbeterd is ten opzichte van 2007. Dat is een compliment aan beide bewindslieden en hun ambtenaren die in groten getale vanmiddag aanwezig zijn. Dat is goed om te constateren. Of dat ook leidt tot dechargeverlening ...

De heer **Van der Veen** (PvdA): Daar zijn wij nog niet uit.

De heer **Jan de Vries** (CDA): Daar zijn wij, zoals mijn collega Van der Veen terecht stelt, nog niet uit. Wij zullen dit in onze procedurevergadering komende week bespreken.

De **voorzitter**: In een besloten gedeelte.

De heer **Jan de Vries** (CDA): In een besloten gedeelte, vanzelfsprekend. Voorzitter. Dan kom ik bij het eerste onderwerp, de administratieve lasten. Als Kamercommissie kijken wij altijd kritisch of aan toezeggingen is voldaan, bijvoorbeeld toezeggingen gedaan in een vorig wetgevingsoverleg over het jaarverslag 2007. De Kamercommissie moest in dat overleg helaas constateren dat het jaarverslag over 2007 geen enkel inzicht gaf in de vermindering van de administratieve lasten. Ondanks de toezegging van de bewindslieden moeten wij constateren dat het jaarverslag 2008 opnieuw geen antwoord geeft op de vraag of de beleidsdoelstelling van het ministerie en van het totale kabinet voor het verminderen van de administratieve lasten is gehaald. Ook krijgen wij geen antwoord op de vraag in hoeverre de ambities voor deze gehele kabinetsperiode realistisch zijn. Dat vinden wij erg spijtig, omdat wij allen ondervinden – in alle gesprekken

en bij alle werkbezoeken die wij afleggen – dat juist die administratieve lasten voor velen in de zorgsector een bron van irritatie vormen. Het gevoelen leeft breed dat die lasten de werkers in de zorg belemmeren om voldoende tijd en aandacht te geven aan hun kerntaak, het leveren van goede zorg aan al die zorgvragers en patiënten. Het zou mede daarom een plaats moeten verdienen in het beleidsverslag over het jaar 2008. Onze vraag is of de bewindslieden alsnog een poging kunnen doen om de commissie duidelijk te maken waar het kabinet staat met het behalen van de doelstellingen. Op basis van het actieplan “Naar eenvoud in uitvoering”, dat wij al eerder met elkaar hebben besproken en waar schriftelijk overleg over is geweest, vragen wij of de doelstellingen op dit terrein voldoende meetbaar en scherp afrekenbaar zijn geformuleerd. Alleen dan is het voor de Kamer mogelijk om te beoordelen of de bewindslieden hun doelstellingen zullen behalen in deze kabinetsperiode. Dat geldt overigens niet alleen de Kamer, maar ook het veld: de zorgaanbieders, de zorgverzekeraars en anderen. Zijn de bewindslieden zelf van oordeel dat de doelstellingen op dit terrein voldoende meetbaar zijn? Zo ja, kunnen zij dit aantonen? De administratieve lasten worden niet alleen veroorzaakt door deze bewindslieden en het departement, maar ook door vele andere actoren. Ik noemde al de verzekeraars, maar ik noem ook de aanbieder zelf. De bewindslieden noemen dit ook in het actieplan AWBZ: naar eenvoud in uitvoering. Het is inmiddels de vraag of zij ook scherpe en meetbare prestatieafspraken hebben gemaakt met alle actoren, of ook werkelijk een vermindering van de administratieve lasten wordt bereikt. In de verschillende sectoren hangen verschillende regels samen met administratieve lasten. Zo is er bijvoorbeeld een “administratieve organisatie en interne controle”-procedure (AO-IC) in de ziekenhuizen. Men heeft de ambitie om de kaderregeling daarvoor af te schaffen. Dat draagt natuurlijk bij aan het verminderen van de administratieve lasten, maar het is de vraag of je daarmee niet een ander effect bereikt, namelijk dat de AO-IC-procedure uiteindelijk door iedere afzonderlijke instelling moet worden ingericht en ontwikkeld. Komt dat de transparantie en doelmatigheid wel ten goede? Gisteren heeft de Kamer van de Algemene Rekenkamer een rapport ontvangen over de borging van de kwaliteit in de zorg. Hierover zullen wij nog uitgebreid komen te spreken, maar de Rekenkamer constateert dat er in de zorg nog onvoldoende borging is via kwaliteitszorgsystemen. Ik maak nu voor het gemak even geen onderscheid naar sectoren. De commissie constateert echter dat juist de kwaliteitszorgsystemen, het inzicht dat wij allen willen hebben in de kwaliteit van zorg en de registratieverplichtingen die dit met zich brengt, bij de mensen op de werkvloer en bij al die zorgaanbieders heel veel irritatie oproept. Enerzijds is er de ambitie om transparant te zijn en inzichtelijk te maken wat je doet met de beschikbaar gestelde middelen en wat je bereikt met de kwaliteit op het terrein van de zorg, maar anderzijds is de ervaring dat al die aandacht die daarvoor nodig is afleidt van de kerntaak van de medewerkers in de zorg. Misschien kunnen de bewindslieden eens ingaan op dat terugkerende dilemma: de behoefte aan transparantie, informatie en inzichtelijkheid van de kwaliteit enerzijds en de administratieve lasten die dat met zich brengt, niet alleen voor al die politici en

bestuurders, maar ook voor al die mensen op de werkvloer, anderzijds.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Voorzitter. Voor mij is dit een spannend moment. Voor het eerst is hier een rapporteur, en dan in de schaduw van iemand die op dat vlak zijn sporen al heeft verdiend. Dat maakt bescheiden en nerveus, maar ik zal het toch proberen.

Wij hebben ons geconcentreerd op de cijfers en vooral op de betrouwbaarheid en de validiteit van de cijfers. Wij hebben niet gekeken naar de hele gezondheidszorg, maar ons toegespitst op de cure en, wellicht nog iets preciezer, op de ziekenhuizen.

Kunnen wij helderheid krijgen over de wijze waarop deze gegevens worden verzameld? Hoe betrouwbaar zijn deze cijfers? Ik denk daarbij met name aan nieuwe ontwikkelingen. Er is een ander beleid voor de dbc's, die nu op een andere manier worden geregistreerd. Er wordt ook anders met de financiering omgegaan. Op welk moment weten wij nu dat de cijfers kloppen? Deze vraag is niet alleen van beleidsmatige aard. Het is ook de vraag hoe instellingen en zorgverzekeraars daarmee omgaan. Wanneer weten instellingen nu werkelijk wat hun exacte schadecijfers zijn? Op welk moment weten zij wat ze uitgegeven hebben? Een paar jaar geleden was er sprake van een forse overdekking bij de ziekenhuizen. Dat had te maken met de bevoorschotting van de zorgverzekeraars als gevolg van de dbc's. Dat heeft een aantal jaren boven de markt gehangen. Wij hebben begrepen dat dit nu is opgelost. Dat is een voorbeeld van hoe lang het duurt voordat je helderheid hebt over wat er precies is uitgegeven en voordat organisaties en instellingen zoals ziekenhuizen weten waar zij aan toe zijn.

Dezelfde vraag doet zich ook voor bij zorgverzekeraars. Je zou kunnen zeggen dat het dan nog een slag ingewikkelder is. Dan gaat het niet alleen om inzicht in schadecijfers, maar vervolgens is er ook nog een heel risicovereveningssysteem en eventueel een nacalculatie. De vraag is wat dit betekent voor zo'n zorgverzekeraar. Ik denk dat de vraag ook ons raakt op welk moment de zorgverzekeraars over voldoende betrouwbare gegevens beschikken om de premie redelijk precies vast te stellen. Het zou mooi zijn als dat is wanneer zij dat doen, maar wij hebben de indruk dat de cijfers op dat moment nog niet betrouwbaar zijn. Graag een antwoord.

Ik hoor ook graag een antwoord op de vraag wat de registratie en de late validatie van de cijfers betekent voor de bedrijfsrisico's van zowel ziekenhuizen als zorgverzekeraars. Een voorliggende vraag is uiteraard wat dit betekent voor het risicovereveningssysteem. Op welk moment is helder waar een zorgverzekeraar recht op heeft?

Bij het beleid is veel in gang gezet. De bedoeling is dat wij dat regelmatig evalueren. De Kamer moet nagaan of de doelstellingen worden gerealiseerd. Ook hier is de vraag of en wanneer de cijfers betrouwbaar genoeg zijn om een deugdelijke meting te kunnen doen als het gaat om de voortgang van gewenst beleid.

Het cirkelt allemaal om dezelfde vraag. Er is een aantal wijzigingen in gang gezet om tot andere uitkomsten te komen. In hoeverre zijn de cijfers historisch vergelijkbaar, zeker als de registratiesystemen ook veranderen?

Ik beperk mij nu tot deze wat algemene vraagstellingen en daarna zal ik er wellicht meer in detail op ingaan. Waarom heeft de minister zijn jaarlijkse toezichtsbrieven laten vervallen waarin hij oordeelt over het functioneren

van de zorg-zbo's? De conclusie van de Rekenkamer is dat dit kan leiden tot meer fragmentatie in de informatievoorziening aan de Tweede Kamer. Dat is toch een belangwekkende constatering van de Rekenkamer. Een van de conclusies in het rapport van de Rekenkamer over de kwaliteit van de zorg, waarover de heer De Vries ook een opmerking heeft gemaakt, is dat het als gevolg van het niet goed functioneren van de kwaliteits-systemen niet mogelijk is om ontwikkelingen in het beleid te meten. Wij vonden dit nogal een stevige uitspraak, die gisteren letterlijk op de briefing is gedaan. Ik hoor hierop graag een reactie van de minister.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

Minister **Klink**: Voorzitter. De heer De Vries heeft gelijk. Wij hebben vorig jaar toegezegd om in onze jaarverantwoording passages te wijden aan de administratieve lasten. Dat zullen wij volgend jaar wel doen. Hij vraagt wat die belofte waard is als hij vorig jaar niets waard was. Twee keer is scheepsrecht, zullen wij maar zeggen. Volgend jaar zullen wij die wel meenemen. Dat neemt niet weg dat op 18 november jongstleden, driekwart jaar geleden, de staatssecretaris en ik hem hebben geïnformeerd over de VWS-aanpak, met daarin de effecten van ons beleid op de administratieve lasten. Dat is ook een punt dat telkens terugkeert in het interdepartementale verkeer en binnen het kabinet, waarin de minister-president en de staatssecretaris van Financiën ons voortdurend manen om op dit dossier voortgang te boeken. Zij houden beiden een vinger aan de pols.

Wij vinden het belangrijk om eens te melden dat het percentage dat ons als doelstelling is toegemeten op 26 ligt, terwijl wij op dit moment op 32% liggen. Ik zeg dit met enige nadruk omdat ik in het interdepartementale verkeer en in de beeldvorming te vaak tegenkom dat VWS op dit punt te weinig ambities zou hebben en te terughoudend zou zijn. Mocht deze opmerking de heer De Vries niet regarderen, dan richt ik haar via hem tot collega's, het interdepartementale verkeer en de mensen hier aan tafel, die er in ieder geval stevig aan trekken. Met die 32% staan wij aan de top. Wij realiseren dit ten eerste via de AOIC. Daarover kom ik straks te spreken omdat de heer De Vries daarnaar heeft gevraagd. Het tweede onderdeel dat behoorlijk aantikt is de nacalculatie die nu via de jaarverantwoording plaatsvindt. Het derde, een stevige klapper die wij op dit moment samen met de staatssecretaris van Financiën bezien, is uniformering van de premieheffing. Nu wordt uitgegaan van drie inkomensbegrippen, meen ik. In elk geval twee, het fiscaal inkomensbegrip en het inkomensbegrip van de Zvw. Als ik goed ben geïnformeerd, is er ook nog het inkomensbegrip dat in het kader van de sociale zekerheid een rol speelt. Bij uniformering van die grondslag nemen de administratieve lasten behoorlijk af. Dat betekent dat de werkgeversbijdrage je rechtstreeks belast, althans de werkgeversbijdrage van de premie. Wij kennen namelijk een tweeledige premie. Wij kennen de nominale premie en de inkomensafhankelijke premie. Die wordt door de werkgever in termen van een bijdrage aan de werknemer gegeven. Nu gaat er een rechtstreekse heffing van de premie op het inkomen via de werkgever plaatsvinden. Dit bezien wij althans. Daarin zit een behoorlijke besparing.

Andere bronnen van die resultaten liggen in de vermindering en de uniformering van de uitgevraagde informatie, in een betere aansluiting van de informatiebronnen – ik denk daarbij vooral aan de jaarverantwoording en het jaardocument – en in een betere inzet van de ICT-mogelijkheden. In elk geval liggen wij op koers wat de doelstellingen betreft. Sterker nog, wij liggen daarop voor. Dat geeft in elk geval enige ruimte. Zo werkt dat mechanisme ook: wanneer wij maatregelen nemen waaruit administratieve lasten voortvloeien, moeten wij die intern compenseren. De ruimte die nu is gecreëerd, geeft in dat opzicht weer wat lucht, zonder dat wij die volledig willen gebruiken, c.q. opgebruiken, maar ik vrees dat "opgebruiken" een contaminatie is. De heer De Vries heeft gevraagd of het mogelijk is een transparanter systeem te ontwikkelen om de administratievelastendruk bij te houden. Ons beleid is erop gericht om in toenemende mate verantwoording af te leggen over de prestaties in de zorg. Ik kom straks nog te spreken over het dilemma dat hij daarmee aansnijdt. Dat gebeurt in termen van kwaliteit en veiligheid want op die punten loopt inderdaad een aantal trajecten die administratieve lasten zullen toevoegen aan de instellingen. Daarop zal ik zo terugkomen. Daarop vooruitlopend: wanneer patiënten en cliënten kwaliteitsinformatie kennen en krijgen, wordt voor hen het duistere bos van de zorgverlening een stuk transparanter. Dat is de keerzijde van het geheel. Er zit dus wel winst aan die kant met betrekking tot de toegankelijkheid van de zorg en het inzicht in de kwaliteit. Bij het verzamelen van die informatie wordt zo veel mogelijk gebruikgemaakt van bestaande informatiebronnen en bedrijfsvoeringssystemen, maar wij kunnen niet voorkomen dat een extra uitvraag soms noodzakelijk is om de door ons gewenste informatie te krijgen. Wij spannen ons in om de taken te beleggen bij eigen uitvoeringsorganisaties, bijvoorbeeld de NZa en het CVZ, om die te bevragen op de informatie die nodig is, maar soms kan het niet anders dan dat wij ook teruggaan naar de zorginstellingen, dus naar de bron. Ik geef met betrekking tot de kwaliteitsinformatiesystemen en het veiligheidsbeleid nog één illustratie die ik vanmorgen tegenkwam toen het ging over de medische technologie en de innovaties daaromheen. Ook de heer Zijlstra vraagt met enige regelmaat hoe veilig de toepassing van moderne instrumenten in de gezondheidszorg nu eigenlijk is. Dat is een relevant vraagstuk. Bij het gebruik van medische apparatuur kan een checklist worden gehanteerd. Het ging vanmorgen om de toediening van morfine. Op het moment dat men dat doet, moet men zich er wel van vergewissen dat het daadwerkelijk om een bepaalde hoeveelheid ging, bijvoorbeeld om 3 milligram, en dus niet om 33 milligram. Dat betekent wel een tweede handeling die je moet realiseren. Dat wordt dan in protocollen vastgelegd. De inspectie toetst daar ook op. Dat kun je zien als extra administratieve lasten, maar het effect is wel een veiliger zorg. Dat dilemma doet zich simpelweg voor. Wij houden wel degelijk kwantitatief goed in beeld wat de administratieve lasten zijn, maar wij zullen af en toe een afweging moeten maken tussen het toevoegen van lasten aan de ene kant en de doelstellingen die wij hebben aan de andere kant. Dat geldt natuurlijk ook voor de kwaliteitsinformatiesystemen, die 80 aandoeningen en 80 indicatoren die wij gaan ontwikkelen. Dat is 80% van de curatieve zorg als ik spreek over de ziekenhuizen.

Binnen de AWBZ is men al verder gevorderd dan in de curatieve sfeer. Maar dat betekent daadwerkelijk dat je informatie moet meten. Maar nogmaals, wij doen dat wel tegen de achtergrond van de opdracht die wij hebben om de administratieve lasten met zo'n 25% te verminderen. Dat gaan wij dan ook realiseren, want tegenvallers moeten en zullen wij compenseren. Er is gevraagd in hoeverre de ambities voldoende meetbaar zijn. Wij streven ernaar en wij werken ook met een systeem van AL-reductie die kwantitatief meetbaar is. Er is een nulmeting geweest in 2007. Als er nieuwe wetgeving c.q. nieuwe regelgeving is, dan kwantificeren wij dat telkens op basis van een programma dat daarvoor ontwikkeld is. Die worden dan af- of bijgeboekt bij de totale administratieve lasten. Nogmaals, dat gebeurt tegen de achtergrond van een reductie van 25%. Dat is de doelstelling. Bij alle nieuwe wet- en regelgeving wordt dat in feite afgeboekt op die 25% die als harde doelstelling wordt gehanteerd. Op dit moment liggen wij dus op koers.

Terecht is gevraagd in hoeverre andere betrokkenen, zoals verzekeraars, zorgkantoren en zbo's, gecommiteerd zijn aan het verminderen van die administratieve lasten. Voor zover het om private partijen gaat, is dat uiteindelijk natuurlijk niet het geval. Er kan althans wel sprake zijn van een moreel commitment, maar wij kunnen het niet afdwingen bij verzekeraars. Dat geldt ook voor het management van zorginstellingen. Het is echter wel een punt dat wij voortdurend onder de aandacht brengen van verzekeraars en management van instellingen.

Soms zijn er ook tegenstrijdige belangen. Ik noem bijvoorbeeld de wetgeving inzake de regelingen rondom de wanbetalers die binnenkort in de Eerste Kamer zal worden behandeld. De zorgverzekeraars zijn blij met het feit dat wij een bronheffing gaan realiseren op het moment dat er sprake is van wanbetaling, maar de Commissie Regeldruk zegt tegelijkertijd bij monde van de heer Wientjens en anderen dat er wel een administratieve belasting van werkgevers plaatsvindt. Immers, op het inkomen dat zij reserveren voor hun werknemers, moet uiteindelijk dan die heffing worden ingehouden. Dat is een afruil waar ik voor sta. Het is dus niet alleen maar een afruil in die zin dat wij binnen onze eigen boekhouding rekening houden met de plussen en minnen van administratieve lasten, maar soms zie je ook verschuivingen tussen private partijen die al dan niet belast worden.

Ik kom te spreken over de afschaffing van de AOIC en de lastenverminderingen daaromtrent. De afschaffing van de AOIC-regeling zorgt ervoor dat zorginstellingen slechts hoeven te voorzien in hun eigen bedrijfsvoering zonder dat nadere overheidsvereisten daar plaatsvinden. Dat betekent inderdaad een afname van de administratieve lasten. Die is bij ons als besparing voor 32 mln. ingeboekt, ongeveer 22% van het totaal dat wij op dit moment inboeken. Dat had hoger kunnen zijn, maar er is bewust voor gekozen om niet de volledige vermindering van alle lasten door te berekenen, omdat we alleen dat deel van de maatregelen willen boeken dat een merkbare vermindering oplevert. Bij het afschaffen van de AOIC-regeling zal een deel van de administratieve lasten blijven bestaan. Die handelingen zijn in de loop van de tijd verworden tot bedrijfseigen lasten en worden dus niet als een vermindering ingeboekt.

De staatssecretaris wil hierop graag nog een aantal aanvullingen geven in verband met de langdurige zorg, met name op het scharnierpunt van de kwaliteitsinformatie en de lastendruk die daar ervaren wordt. Ik ben altijd van mening dat de staatssecretaris daar heel goede voorbeelden bij geeft en zie dit als een addendum bij wat ik zelf naar voren heb gebracht.

Staatssecretaris **Bussemaker**: Voorzitter. Ik hoop dat ik dit deze keer ook kan waarmaken. Er resten twee vragen, waarvan de eerste van de heer De Vries is over de eenvoud van de uitvoering. Binnenkort zal ik de Kamer een brief sturen over de stand van zaken. Het programma Eenvoud in uitvoering is specifiek gericht op het verminderen van de administratieve lasten in de AWBZ en een van de onderdelen is de mandatering van indicatiesystemen.

De tweede vraag ging over enerzijds de transparantie en anderzijds de administratieve lasten op de werkvloer. Dat thema spreekt mij zeer aan. Ik merk in het veld nog wel eens een verschil in perceptie van administratieve lasten en van wat nu precies welke lasten met zich brengt. Ik ben er nog steeds van overtuigd dat de invoering van de zorgzwaartepakketten in het afgelopen jaar veel heeft gevraagd van de aanbieders, omdat elke cliënt moest scoren in het zorgzwaartepakket. Nu dat eenmaal is gebeurd, hoeft geen uurtje-factuurte meer te worden geschreven. Er zijn instellingen die de indruk hebben dat zij een zzp elke keer in minuten moeten registreren. Dat hoeft niet. Onlangs in een debat daarover werd gevraagd of altijd in vijf minuten geregistreerd moest worden. Er wordt in het kader van de eigen bijdrage wel op minuten afgerond, maar niet elke medewerker hoeft elke vijf minuten op te schrijven. Dat debat moet en zal ik ook graag met het veld voeren om te zien hoe de beleidsmaatregelen ook in een vermindering van de administratieve lastendruk worden vertaald en de medewerkers ondersteunen om niet weer nieuwe administratieve handelingen te moeten voeren. Hierbij speelt ook de perceptie een rol van wat precies administratieve lasten zijn. Mijn ervaring is dat professionals sommige administratieve handelingen helemaal niet als hinderlijk maar juist als nuttig ervaren. Ik noem bijvoorbeeld het maken van een zorgplan of het informeren van de familie over hoe het met de cliënt gaat. Overbodige regelingen, regelingen waar men het nut niet van inziet, worden vooral als vervelende administratieve handelingen gezien en wij moeten er alles aan doen om die tegen te gaan. Dat is echter ook een verantwoordelijkheid van de sector en de zorgverzekeraars. Zo blijf ik ook steeds het debat aangaan om niet steeds nieuwe keurmerken te vragen. In de langdurige zorg hanteren wij één noemer – normen voor verantwoordelijke zorg – opdat geen enkele aanbieder nieuwe en aanvullende normen voor een ander zorgkantoor hoeft te registreren. Innovatie en ICT-toepassingen kunnen daarbij zeer helpen. Soms is een slag nodig om professionals daarmee te helpen om bijvoorbeeld te wennen aan het werken met zakcomputers in plaats van alles op te schrijven. Als het een keer zo ver is, is iedereen dolenthousiast, maar om de mensen zo ver te krijgen is begeleiding nodig. Een aantal projecten in het kader van het Zorginnovatieplatform, ook gericht op de langdurige zorg, probeert daaraan bij te dragen. Dat moet wel

samen met de beroepsverenigingen en de koepels gebeuren.

Minister **Klink**: Voorzitter. De heer Van der Veen stelde een vraag naar een ingewikkelde materie. Het is wel een heel relevante vraag, want dit heeft in feite te maken met in hoeverre onze financieringscijfers, op basis waarvan toch veel beslissingen worden genomen, toereikend beschikbaar zijn en in welke mate en welk tempo zij beschikbaar zijn. Ik kom daar zo in illustratieve zin nog wel even op terug. Ik geef een korte toelichting van de bronnen die wij daarbij hebben en de termen die daarbij min of meer worden gehanteerd.

De financieringscijfers zijn van groot belang voor het BKZ, die budgettaire kader zorg. Zij geven de schadelast weer die in het kader van de Zvw en de AWBZ wordt gelopen. Voor de schadelast in het algemeen geldt dat wij het voor de AWBZ hebben over het deel uit de voorschotten die door het CAK aan instellingen worden betaald. Bij de Zorgverzekeringswet bestaat de schadelast uit het totaal van de schade die bij de zorgverzekeraar is gedeclareerd en de nog te declareren schade met betrekking tot het verantwoordingsjaar. Bij de Zvw leveren de zorgverzekeraars de schadelastgegevens aan bij het CVZ. Dat gebeurt via vier kwartaalstaten en jaarstaten. Op basis van die staten rapporteert het CVZ vier keer per jaar aan ons over de te verwachten schadelast. In het najaar levert het CVZ ons een jaarprognose die is gebaseerd op de tweede kwartaalrapportage. Die is echter nog altijd voorzien van een behoorlijke mate van onzekerheid. Daarom zijn wij voorzichtig met het verbinden van conclusies aan die cijfers. In januari levert het CVZ een rapportage op basis van de derde kwartaalrapportage. In maart komt het CVZ altijd met een jaarprognose over het voorgaande jaar op basis van de vierde kwartaalrapportage. De CVZ-cijfers zijn dan gebaseerd op 100% van de verzekerden. Het CVZ kijkt op hoofdlijnen naar de plausibiliteit van de gegevens van de zorgverzekeraars. Het past over het algemeen relatief geringe correcties toe op de aangeleverde gegevens van het jaar voorafgaand aan de rapportage. Dan zijn de vier kwartalen voorbij en heeft het CVZ inzicht in de schadelastgegevens. De maatlivering van het CVZ gebruiken wij als basis voor ons jaarverslag. Wij toetsen de ontvangen gegevens aan de beschikbare kaders om te zien in hoeverre er overschrijdingen dan wel onderschrijdingen zijn. De verschillen worden geanalyseerd en als het verschil structureel van aard is, werkt dat door naar latere jaren en spreken wij in feite over een structurele onder- of overschrijding. Als het verschil incidenteel is, heeft het uiteraard geen meerjarige doorwerking. Dat kan bijvoorbeeld te maken hebben met een versnelling van declaraties die heeft plaatsgevonden, waardoor je in jaar X meer aan het betalen bent terwijl dat in jaar X+1 weer wordt terugverdiend op grond van het feit dat op een gegeven moment die versnelling wordt weggephaseerd.

Op 1 juni leveren de zorgverzekeraars de jaarstaten over het afgelopen jaar aan bij het CVZ. De jaarstaten bevatten specifieke informatie over de risicoverevening, informatie ten behoeve van de afrekening met het buitenland en informatie over de wanbetalers. Dat zijn zaken die met name het eigen takenpakket van het CVZ behelzen. Die informatie gaat vergezeld van een accountantsverklaring en een bestuursverklaring naar het departement. Daarnaast bevatten de jaarstaten een

specificatie van de kosten en de productie. Daarvoor is overigens geen accountantsverklaring vereist. Het CVZ stelt op basis van de jaarstaten de junilevering aan VWS op over in dit geval de schadelast. Dat wordt als voorbeeld genomen voor 2008. Daarover voert het CVZ een plausibiliteitscontrole uit en maakt correcties als dat nodig mocht zijn. Wij gebruiken van onze kant de junilevering over het voorgaande jaar als een informatiebron bij het opstellen van de nieuwe begroting. Dat lijkt technisch, maar laat ik het gelijk maar even illustreren. Het speelt op dit moment bijvoorbeeld met betrekking tot de inschatting van overschrijding van de medisch specialisten. Wij maken daar gebruik van de schadelastgegevens die het CVZ ons geeft over het jaar 2008. De vier kwartalen hebben wij dan in elk geval in beeld. Op basis daarvan nemen wij onze beslissingen rondom de begroting, want veel moet voor de zomer al via beleidsregels of anderszins worden geïnitieerd. Bij de ziekenhuissectoren ligt dat anders. Daar hebben wij niet zozeer te maken met het CVZ, maar met de NZa. De reden daarvan is dat de schadelastcijfers van het CVZ substantiële overdekkingen laten zien ten opzichte van de ziekenhuizen. Dat is althans de afgelopen jaren zo geweest. Er kunnen ook onderdekkingen zijn. De praktijk leert echter, vanwege de tarieven die verbonden zijn geweest met de dbc's en de mate waarin er in het verleden is geregistreerd – dat is het aantal maal de prijs – dat dit dan bepaalde declaraties oplevert van ziekenhuizen die uiteindelijk over de budgetten heen kunnen komen die zijn toegekend. Dat heeft dan te maken met een onderregistratie in het verleden van dbc's dan wel, in combinatie daarmee, met een te hoog tarief dat rondom dbc's is vastgesteld.

De overfinanciering van ziekenhuizen wordt uiteindelijk wel teruggedraaid en teruggehaald. De ziekenhuizen zullen ter financiering van de budgetten niet meer ontvangen dan het uiteindelijk vastgestelde budget. Er is dus sprake van overfinanciering, maar er wordt altijd gecorrigeerd in de jaren daaropvolgend. Daarom gebruiken wij ook de budgetgegevens van de NZa voor de toetsing van het BKZ. Wij ontvangen vier keer per jaar van de NZa een rapportage over de budgetontwikkeling van de ziekenhuizen. Even nader inzoomend op de NZa: de kosten van het A-segment worden gebudgetteerd op basis van de productieafspraken. Daar vindt dus ook een nacalculatie op plaats. De ziekenhuizen hebben per 1 juni 2008 de nacalculatie 2007 ingediend bij de NZa. Die nacalculatie over 2007 heeft de NZa verwerkt in de rapportages die wij in januari en maart hebben ontvangen. Binnenkort verwachten wij de junilevering van de NZa en de hierin opgenomen gegevens over 2008. De productieafspraken en nacalculaties ontvangen wij in het voorjaar van 2010. In de NZa-budgetten zitten geen dbc's met vrije prijzen. Voor inschatting van de schadelast van het B-segment gebruiken wij de jaarverslagen over 2007 van de ziekenhuizen.

Dan nog een opmerking over de GGZ. Daar hebben wij voor de inschatting van de schadelast gebruikgemaakt van de budgetgegevens van de NZa. De financieringscijfers van het CVZ over de geneeskundige GGZ geven hiervoor nog onvoldoende basis. Ook hier dus niet de schadelastgegevens van het CVZ, maar de inschatting van de schadelast op basis van de NZa-gegevens. De heer Van der Veen heeft gevraagd of aan te geven is in hoeverre de premie voor de Zorgverzekeringswet wordt beïnvloed door de registratiesystematiek van de

schadecijfers en in hoeverre dat van invloed is op het bedrijfsrisico van de verzekeraars. De nominale premie wordt vastgesteld door de individuele verzekeraars. Zij oriënteren zich natuurlijk al op de rekenpremie die daarbij in beeld is. De verzekeraars registreren de schade van hun eigen verzekerden. Op het moment dat de premie moet worden vastgesteld, beschikken zij over de schadelast van het jaar voorafgaand daaraan. Als wij over 2009 spreken, moeten zo meteen de premies worden vastgesteld. Men kijkt dan naar de schadelastgegevens over 2008. Men kijkt ook naar een deel van 2009. Dat geeft in feite de basis voor het vaststellen van de premie. Ik denk dat deze kennis van zaken weliswaar voor de boeken relevant is, maar water naar de zee dragen is in het geval van de heer Van der Veen, die hier in het verleden natuurlijk wat vaker mee te maken heeft gehad. Verzekeraars moeten aannames maken over de premievaststelling, want zij kennen niet het totaal van het lopende jaar, dus in dit geval 2009, en al zeker niet over 2010, want daarvoor heb je de premievaststelling nodig. Dat betekent inderdaad dat zij daar risico's op lopen, maar dat hangt niet zozeer samen met de registratiesystematiek maar met de onzekerheid van de groei van de zorguitgaven.

Dan de vraag in hoeverre de registratiesystematiek van invloed is op de ziekenhuizen. De huidige dbc-registratiesystematiek wordt gekenmerkt door een groot aantal declarabele producten. Dat zijn ongeveer 30.000 dbc's. Die kennen een hoge mate van detaillering. Dat maakt het huidige registratiesysteem tot een ingewikkeld administratief proces met een aanzienlijke kans op uitval van declaraties. Zoals ik in mijn eerdere brief aangaf, wordt juist met het oog op het vereenvoudigen van die systematiek en registratiesystemen gewerkt aan de DOT, de nieuwe productstructuur die hopelijk in 2011 zal leiden tot registratie en declaraties. Dat zal een aanmerkelijke vereenvoudiging van het administratieve proces met zich mee brengen. En dat niet alleen. Ziekenhuizen krijgen dan veel meer inzicht en het is dan veel gemakkelijker om de feitelijke kosten toe te rekenen aan de dbc's die als instrument van declaratie dienen. Ik denk dat wat dat betreft een grote mate van winst zal worden behaald. Ik zeg nogmaals dat die winst niet alleen zichtbaar zal zijn op het terrein van de administratie, maar ook bij het inzichtelijk maken van de kostenstructuur en het daarop enten van het strategisch beleid. Daarmee kunnen ook de bedrijfsrisico's in de hand worden gehouden. Die DOT-structuur is daarom buitengewoon belangrijk.

Ik kom op de risicovereveningssystematiek. Gevraagd is in hoeverre de huidige registraties daaraan risico's toevoegen. In het kader van de risicoverevening wordt ex ante gewerkt met de gegevens van VWS. Dat betekent dat verzekeraars op basis van verzekerdenkenmerken die gekoppeld worden aan kosten, gecompenseerd worden voor eventuele te hoge lasten die voortvloeien uit die kenmerken. Dat kan te wijten zijn aan de regio, de leeftijd, de sekse enz. Dan vindt er dus een ex ante verevening plaats. Die ramingen zijn gebaseerd op realisatiecijfers van het jaar t-2, dus twee jaar voorafgaand aan de feitelijke verevening zijn er de maatgetallen c.q. de kenmerken op basis waarvan de verevening ex ante plaatsvindt. Daarnaast is er een macronacalculatie. Daarmee worden verzekeraars gecompenseerd voor de afwerking, de ramingen, van VWS met betrekking tot de groei van de macroschadecij-

fers. Omdat het om het jaar t-2 ging, weet je immers niet wat de volle omvang is van de schadecijfers die daarmee gemoeid zijn. Als die hoger zijn dan verondersteld, vindt er ex post een generieke macroverevening plaats. Daarnaast vindt er natuurlijk een meer specifieke ex post verevening plaats. Die heeft te maken met de feitelijke kostenontwikkeling. Dan moeten wij spreken over de hoge kostenverevening, de bandbreedteregeling enz. Je hebt het dan over de feitelijke kosten. Beide, de ex post en de ex ante, zorgen ervoor dat de bedrijfsrisico's van verzekeraars in de hand worden gehouden.

Gevraagd is of er voldoende aanknopingspunten zijn voor een beleidsmatige sturing. Dat is naar mijn idee een zeer relevante vraag. Die heeft te maken met de mate waarin de schadelastgegevens van het CVZ toereikend zijn en ook met de mate waarin de budgetten en de gegevens daaromtrent toereikend zijn die de NZa ons geeft. Dat is van belang om de overschrijdingen en de onderschrijdingen te schatten en voor de maatregelen die je daarvoor neemt. Dat zijn cijfers waarvan wij op dit moment uit moeten gaan op grond van het feit dat wij die halen uit de administratie van verzekerden. Vervolgens komen die via het CVZ en de NZa op ons af. Dat zijn de bronnen op basis waarvan wij het beleid moeten maken. Dat betekent ook dat die heel nauwkeurig dienen te zijn. Als dat niet het geval is, heeft dat immers nogal wat implicaties.

Cijfers kunnen dus onzekerheid met zich brengen, bijvoorbeeld omdat het voorlopige cijfers zijn. Om de Kamer zo spoedig mogelijk te informeren over de ontwikkelingen, moeten wij soms met voorlopige cijfers werken. Gaandeweg kristalliseert een en ander zich wel uit, maar het beleidstempo en het beleidsritme lopen niet altijd synchroon met de feitelijke cijfers over het voorafgaande jaar. Die worden immers meestal in het najaar bekend en soms in het jaar dat daarop volgt. Ik kom op de historische vergelijkbaarheid van cijfers. Wij kennen op dit moment de gespecificeerde overzichten van 2003. Die zijn nader gespecificeerd naar gehandicaptenzorg, verpleging, verzorging en bijvoorbeeld de vrij gevestigde psychiaters en psychotherapeuten. Die vielen toen nog onder de langdurige zorg. In die zin is er vanaf 2003 wat de categorieën betreft waarop de verschillende begrotingsonderdelen betrekking hebben, een behoorlijk overzicht van de ontwikkelingen te zien. Er is gevraagd waarom de toezichtbrief vervallen is waarin het functioneren van zbo's beoordeeld werd. Dat heeft te maken met de nieuwe Kaderwet zelfstandige bestuursorganen. Op basis daarvan is de jaarlijkse verantwoording van de afzonderlijke zbo's komen te vervallen. In ons geval betreft dat drie zbo's: het CVZ, de NZa en het CSZ. Eigenlijk ben ik het niet eens met de Rekenkamer dat hierdoor fragmentatie in de informatievoorziening zou ontstaan, want de betrokken zbo's worden volledig uit de VWS-begroting betaald en over de begrotingsuitvoering wordt op één moment verantwoording afgelegd, namelijk in mei. Een aparte verantwoordingsbrief zou in de weg staan aan de Kaderwet zelfstandige bestuursorganen. Naar mijn gevoelens zou een dergelijke brief eerder bijdragen aan fragmentatie dan aan samenhang. In die zin kan ik het oordeel van de Rekenkamer in dit geval niet zo goed volgen. Naar mijn beleving is dit een vereenvoudiging die tot minder fragmentatie leidt en waarmee wij voldoen aan de Kaderwet zelfstandige bestuursorganen.

De **voorzitter**: De staatssecretaris wil het woord in dit geval niet voeren. Dan geef ik het woord nu aan de heer De Vries, die deze vergadering om half vier moet verlaten voor een debat elders in dit huis. Aansluitend vraag ik beide bewindspersonen een reactie daarop. Dan zal ik het woord aan de heer Van der Veen geven, vervolgens aan de andere woordvoerders en ten slotte aan de bewindslieden. Wij beginnen met de heer De Vries en een reactie daarop van de bewindslieden.

De heer **Jan de Vries** (CDA): Voorzitter. Ik dank beide bewindslieden voor hun informatie. Het beeld van de administratievelastenverlichting in de zorg is mogelijk anders dan feitelijk het geval is. Dat is een extra reden om voortaan in ieder geval de actuele cijfers op te nemen in het jaarverslag. Dank voor die toezegging. Eigenlijk hoor ik u zeggen – en ik zeg dit met enige schroom, omdat ik niet weet of ik namens alle collega's spreek – dat wij op dit moment onze doelstelling hebben gehaald. Wij zitten op 32%. Dat biedt ruimte om bij nieuw beleid eventueel te kunnen compenseren, zonder dat wij onze doelstelling van 26% in gevaar brengen. Dat kan ertoe leiden dat er gemakzuchtig met die doelstelling wordt omgegaan, omdat men denkt: wij hebben alle ruimte voor nieuwe administratieve lasten. Het zou echter ook anders kunnen. Laat ik het als vraag en wat neutraler formuleren. Zien de bewindslieden hier ook reden in, voor de rest van deze kabinetsperiode, dus voor 2010, 2011 en eindigend in 2012, de beleidsdoelstelling op te hogen waar het gaat om het verminderen van administratieve lasten? Daar blijkt immers ruimte voor te zijn. Zo ja, voor welke doelstelling kiezen de bewindslieden dan? Daaraan gekoppeld is een andere vraag. Beide bewindslieden wezen op het feit dat zij ook andere, soms private organisaties, maar soms ook zbo's, zoals zorgaanbieders of zorgverzekeraars, aanspreken op hun betrokkenheid en verantwoordelijkheid. De vraag is waarom zij het laten bij aanspreken en waarom zij er niet voor kiezen, ook met hen meetbare afspraken te maken over wat zij bijdragen aan de door iedereen gewenste doelstelling, de administratieve lasten te verminderen. Voorzitter. Hier wil ik het in tweede termijn bij laten.

Minister **Klink**: Voorzitter. Gemakzucht is niet aan de orde. Het is niet zo dat wij een soort reservepotje hebben gecreëerd dat wij nu maar even gaan opsouperen. Althans, ik heb het gevoel dat wij, zeker ook in reactie op het ongelooft dat toch bestaat in de richting van VWS, graag zouden zien dat wij niet alleen in top staan, maar ook in top blijven. Ik kreeg in mijn spreekteksten ook bewoordingen mee als "beste jongetje van de klas" enzovoorts. In die zin hecht ik er wel aan dat wij daar waar wij administratieve lasten toevoegen, die ook weer zoveel mogelijk beperken. Ik gaf wel aan dat dit op sommige domeinen echt noodzakelijk is om de gewenste kwaliteit en veiligheid te realiseren. De staatssecretaris had het terecht over de meer kwalitatieve benadering dat men het, zodra het de zorg echt eigen is, ook niet direct ervaart als een administratieve last. Laat ik daar het voorbeeld bij geven van de kwaliteitsindicatoren. Daar wordt door de wetenschappelijke verenigingen behoorlijk aan gewerkt in de wetenschap dat men zich transparant maakt en men zich daarmee kwetsbaar maakt. Dat gebeurt echter wel met de gezamenlijke schouders eronder. Ik denk dat wij in dat opzicht kwalitatief selectief

moeten zijn. Wij proberen in algemene zin de 33% niet terug te brengen naar 25%.

Op de vraag in hoeverre wij afspraken hebben met verzekeraars over private zbo's moet ik het antwoord schuldig blijven. Wellicht heeft de staatssecretaris daar wel informatie over en kan zij mij aanvullen. Ik neem uw opmerking als een suggestie mee om dat te agenderen, als wij met ZN of de NVZ spreken.

Staatssecretaris **Bussemaker**: Ik heb met de zorgkantoren onlangs een gesprek gehad over de AWBZ en daarin is dit punt aan de orde gekomen. Wij hebben gesproken over wat zij eraan kunnen doen, ook naar aanleiding van een signaal van ActiZ. Ook daar zie je dat er sprake is van samenwerking in de sector om te bezien hoe zij alles wat zij vragen eenduidig en simpel kunnen richten op kwaliteitsverbetering en elke extra administratieve last, bijvoorbeeld waar het gaat om keurmerken of informatie vooraf, zoveel mogelijk kunnen beperken. Ook ik neem de uitnodiging graag aan om daar verder afspraken over te maken. Dat moet wel van twee kanten komen, zoals bij de zorgkantoren, waar dat goed loopt.

De heer **Jan de Vries** (CDA): Zijn de bewindslieden voornemens om bij de begroting 2010 een nieuw streefpercentage te kiezen, waar het gaat om het verminderen van de administratieve lasten?

Minister **Klink**: Ik ga maar eens "ja" zeggen. Was de vraag die de heer Zijlstra buiten de microfoon stelde een officiële vraag?

De heer **Jan de Vries** (CDA): De vraag die de heer Zijlstra buiten de microfoon stelde, namelijk of dat percentage dan hoger of lager is, was terecht. Wij gaan ervan uit dat bewindslieden bedoelen dat zij tot een hogere taakstelling komen dan reeds nu behaald.

Minister **Klink**: Dat is een beetje afhankelijk van welk maatgetal je neemt. Als je zegt dat het hoger dan 25% moet zijn gegeven het feit dat wij op 32% of 33% zitten, denk ik dat wij hoger komen te zitten. Als u vraagt of wij nog hoger gaan dan die 33%, lijkt mij dat een beetje overmoedig en doet dat mij aan Piggelmee denken.

De heer **Jan de Vries** (CDA): Juist afspraken met bijvoorbeeld de zorgkantoren, dus met Zorgverzekeraars Nederland en de zorgaanbieders, kunnen natuurlijk bijdragen aan uw doelstelling om die ambitie toch te halen.

Minister **Klink**: Ik heb zojuist gezegd wat de bandbreedtes zijn.

Staatssecretaris **Bussemaker**: Ik heb een aanvullende opmerking. Dit is een debat dat wij dan echt met de Kamer moeten hebben. Hoe minder administratieve lasten, hoe liever mij het is. Wij hebben echter ook vaak debatten met de Kamer waarin wordt gevraagd naar meer controle, naar meer transparantie en naar meer duidelijkheid over registratie en toelating. Die zaken moeten wij samen wel afwegen. Als je de positie van de cliënten wilt verbeteren en versterken, kunnen daar ook elementen aan vastzitten. Ik zou dus graag ook dat inhoudelijke debat voeren zodat het niet alleen een technisch debat wordt over percentages.

Minister **Klink**: Ik sluit mij van harte bij deze opmerking aan, maar dit soort zaken wordt niet altijd geïnitieerd door de Kamer. De Kamer ontvangt binnenkort het voorstel voor de Wet cliëntenrechten zorg. Een punt wat daarin buitengewoon belangrijk is, is de samenhang in de zorg die wordt geboden voor met name mensen die te maken hebben met een chronische ziekte, dus met hartfalen, COPD of andere aandoeningen. Dat geldt overigens ook voor mensen die te maken hebben met de eerste en tweede lijn revalidatiecentra. Wij vinden het van belang dat iemand zich verantwoordelijk stelt voor de samenhang van die zorg. Een heel actuele vraag die bij ons op dit moment voorligt, is wat wij nu moeten doen. Moet je nu bijvoorbeeld zeggen dat er één hoofdverantwoordelijke moet zijn die zich er bij een verwijzing naar een tweede lijn van vergewist dat zijn of haar patiënt daar in goede handen is, dat die opgenomen is, dat er niet te lange wachtlijsten zijn en in hoeverre er bijvoorbeeld op een andere plek waarnaar niet is verwezen kortere wachtlijsten zijn? Moet je van een huisarts of een cardioloog vragen dat hij dat gaat nabellen? Zo rechtstreeks en huiselijk wordt het dan. Het betekent nabellen bij iemand waarnaar je verwezen hebt om te vragen of betrokkene gemeld is, wanneer hij behandeld wordt en of er nog wachtlijsten zijn. De patiëntenorganisaties vinden dat natuurlijk geweldig en ik ook, maar de vraag is of je alle zorgverleners daarmee moet belasten. Het geeft immers nogal een administratieve last.

Wij staan nu voor de vraag of wij brede of wat smallere eisen gaan stellen. Wij hebben uiteindelijk voor het laatste gekozen, want "Jede Konsequenz führt zum Teufel". Ergens moet je het midden houden. Die afwegingen zijn op dit moment binnen de zorg aan de orde rondom kwaliteit, veiligheid en samenhang. Deze afwegingen plaatsen ons telkens voor de vraag in hoeverre wij achterstallig onderhoud plegen en in hoeverre wij overmatige eisen stellen aan het veld, die in feite niet nodig zijn. Dat er op onderdelen iets moet gebeuren, is echter duidelijk. Wij gaan beperkte eisen stellen aan de samenhang in de zorg en tegen die achtergrond is zo'n reservoir van 25% tot 32% wel gerieflijk op grond van het feit dat wij ons daarover niet direct zorgen hoeven te maken. Het is echter ook niet de bedoeling om lekker af te minnen naar 25%.

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD): De staatssecretaris zegt dat zij een deugdelijk debat met de Kamer wil over administratieve lasten. Zij legt daarbij haar kaders neer. Het kan echter niet zo zijn dat, omdat zij bepaalt dat hiermee aan de eigen doelstelling wordt voldaan, alles wat de Kamer vraagt, daar bovenop komt. Er moet sprake zijn van een onderhandeling. Als de Kamer iets heel belangrijk vindt, moet de staatssecretaris bereid zijn om iets wat zij heel belangrijk vindt, als eis te laten vallen. Anders is het altijd de Kamer die het gedaan heeft, want die zorgt altijd voor de koppen op de regelgeving, omdat de staatssecretaris altijd op het maximum gaat zitten van de door haar zelf gestelde doelstelling. Dan moet het in samenspraak gebeuren en ik heb niet het gevoel dat dit laatste altijd gebeurt. Als dat het uitgangspunt van de staatssecretaris is voor het debat, stel ik daar tegenover dat dit ook bespreekbaar moet zijn met de Kamer.

Staatssecretaris **Bussemaker**: Het nodigt wat mij betreft

uit tot een goed inhoudelijk debat, waarbij aan beide kanten geen sprake kan zijn van vrijblijvendheid.

De **voorzitter**: Dat lijkt mij een goede afronding van dit stuk. Dan hebben wij de rapportage van de administratieve lasten gehad. Ik geef nu het woord aan de heer Van der Veen als rapporteur. Aansluitend geef ik het woord aan de Kamerleden.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik dank de minister voor de uitvoerige beantwoording van de vragen. De minister verwees naar mijn vorige functie. De opsomming die hij gaf van wie alles aanlevert en wanneer dat gebeurt, klonk mij bekend in de oren. Ik weet ook door mijn vorige functie dat, als cijfers werden aangeleverd, je altijd tot een prognose kwam. De vraag was alleen altijd: hoeveel wordt er geschat en hoeveel is er gebaseerd op feitelijke cijfers? Na een aantal jaren kwam je altijd wel uit op de gevalideerde cijfers.

Het gaat nu juist om de vraag wanneer die echte, gevalideerde cijfers bekend zijn en hoe betrouwbaar de prognoses zijn. Voor de AWBZ geldt dat niet, omdat het anders wordt gemeld en voor een deel van de Zorgverzekeringswet ook niet. Huisartsenhulp en farmacie worden immers netjes en op hetzelfde moment geregistreerd. Het knelpunt ligt vooral bij de ziekenhuizen en bij de veranderde financieringsystematiek en daarmee bij de dbc's. Ik heb daarover van de minister geen duidelijk antwoord gekregen.

Alles wat aangeleverd moet worden, klopt feitelijk, maar de hamvraag is hoe betrouwbaar de gegevens zijn en op welk moment wij voortgang kunnen meten. Op die vraag heb ik nog geen antwoord gehoord. Ik weet niet of een en ander nu mondeling aan de orde moet komen. Wellicht is het handig om, gelet op de complexiteit van de materie, schriftelijk weer te geven hoe het precies loopt en met welke mate van nauwkeurigheid op welk moment wat bekend is. Om dat punt cirkelen de vragen van de commissie steeds heen. Ik neem aan dat mijn collega's akkoord gaan met het voorstel om een schriftelijke reactie te krijgen. Ook in het rapport van de Rekenkamer zit op dit punt wat onzekerheid. De minister krijgt nu de gegevens ongeveer aan het begin van het jaar aangeleverd van de fondsbeheerder. Over die gegevens wordt gezegd dat zij redelijk nauwkeurig zijn en er wordt voorgesteld om de aanlevering te verschuiven naar het einde van het jaar. Daarmee krijgt de fondsbeheerder wat meer tijd. Daarbij blijft de brandende vraag, hoeveel betrouwbaarder de cijfers zijn geworden met de winst van acht of negen maanden. Het feit dat het aanleveren van de cijfers door de fondsbeheerder wordt opgeschoven, zegt iets over de betrouwbaarheid van de cijfers. Hoe gecertificeerd zijn deze cijfers dan? Vragen als wanneer wat wordt aangeleverd, hoe betrouwbaar en vergelijkbaar de informatie is, wat het betekent als de financieringsystematiek bij de Ziekenhuisraad verandert, zijn volgens mijn fractie van groot belang.

De heer **Van Gerven** (SP): Voorzitter. Ik zal eerst in algemene zin wat zeggen over het jaarverslag en vervolgens een motie indienen.

Het valt mij op dat de toon van het Jaarverslag weer erg positief is. Deze opmerking heb ik bij eerdere gelegenheden ook al gemaakt. Een aantal hete aardappelen dat in 2008 is langsgesproken, wordt niet gememoreerd. Over

die onderwerpen staat in het jaarverslag heel weinig geschreven. Daarom is mijns inziens het jaarverslag te positief en te roze gekleurd. Sommige mensen houden van de kleur roze, maar in de politiek geef ik de voorkeur aan rood en aan duidelijkheid.

Ik noem een paar punten. Ik mis de discussie rond de Jsselmeerziekenhuizen en ik lees niets over te weinig kraamverzorgers. Verder ontbreken de cijfers over wachtlijsten. Wij hebben daarover al eerder gesproken. Daarom pleit ik er nogmaals voor om in het jaarverslag een paragraaf of deel over wachtlijsten op te nemen waarin ook het verloop ervan wordt geschetst. Alle inspanningen zijn erop gericht om aan iedereen de zorg te leveren die nodig is. Belangrijke parameters daarbij zijn natuurlijk het verloop van de wachtlijsten, het voldoen aan treeknormen en dergelijke. Het zou mij een lief ding waard zijn als wij het verloop of de ontwikkeling ervan in het jaarverslag zouden kunnen terugvinden. Ook over de kosten van het persoonsgebonden budget is in het jaarverslag weinig terug te vinden. Ik heb begrepen dat deze kosten zijn geëxplodeerd. Over de uitvoering van de compensatie van het eigen risico is ook veel te doen geweest, maar ook daarover vinden wij weinig terug. Ik zal het verder niet hebben over orgaandonatie. Daarover staat wel een cijfer in het jaarverslag, maar er wordt niet duidelijk toegelicht hoe het komt dat het aantal orgaandonaties en het aantal donoren zijn afgenomen. Toch is hierover een belangwekkende discussie gevoerd in 2008. Ik hoor de bewindslieden hier graag op reageren. Hebben zij plannen om dit de volgende keer anders te doen? Ik kom tot het indienen van mijn motie.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat het kabinet de onderbesteding van 34 mln. voor het mantelzorgcompliment wil inzetten ter dekking van de algemene begrotingsproblematiek;

tevens constaterende dat het kabinet de uitkering voor mantelzorgers wil verlagen naar € 230;

spreekt uit dat deze verlaging onwenselijk is en dat de in 2008 niet tot besteding gekomen middelen voor het mantelzorgcompliment dienen te worden gereserveerd,

en gaat over tot de orde van de dag.

De voorzitter: Deze motie is voorgesteld door het lid Van Gerven. Naar mij blijkt, wordt de indiening ervan voldoende ondersteund. Zij krijgt nr. 7 (31924-XVI).

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD): Voorzitter. Ik was de minister nog een reactie schuldig op de vraag of hij de schorsing van vijf minuten goed gebruikt heeft. Ik heb met genoegen naar zijn antwoord in eerste termijn geluisterd, dus bij dezen.

Ik ben maar een eenvoudig Kamerlid en ik zit altijd een beetje met het jaarverslag in mijn maag als ik uit moet leggen aan de mensen namens wie ik in de Kamer zit

wat er nou eigenlijk in staat en of ik erin kan lezen of er dit jaar iets is bereikt. Ik vind het altijd bijzonder lastig om die informatie uit het jaarverslag te halen. Ik vind het eigenlijk zelfs vrij onmogelijk, vooral ook omdat er wel prestatiedoelstellingen worden gemeten maar eigenlijk zelden effectdoelstellingen, terwijl het ons uiteindelijk toch om dat effect gaat. We praten over wat wij willen bereiken. Het is mijn taak als volksvertegenwoordiger om te controleren of het beleid dat de minister vervolgens maakt die doelstelling waarmaakt. In zijn algemeenheid is dat niet altijd gemakkelijk.

Niettemin is de minister heel erg optimistisch over de mate waarin de kabinetsdoelstellingen op koers liggen. Je moet dan toch vaststellen dat er weinig cijfers in het jaarverslag staan die deze positieve toonzetting, dat roze kleurtje waar mijn collega over sprak, onderbouwen. Kan er niet gewoon gewerkt worden aan meer prestatiedoelstellingen die gericht zijn op het effect? Daarmee kan de Kamer namelijk kijken of het daadwerkelijk het geval is als de minister zegt dat iets is gelukt.

Ik kom nog even terug op de administratieve lasten en de goede voorbeelden die de staatssecretaris in haar antwoord weet te geven. Zij stelt te merken dat er in de transitieperiode weliswaar meer administratieve lasten zijn, maar dat het reuze mee zal vallen als het straks eenmaal geregeld is. In theorie is dat natuurlijk het geval, als de opdracht, de vraag die je stelt, tenminste aansluit bij de behoefte in de instelling om het op die manier te registreren. Dan heb ik het bijvoorbeeld over zorgzwaartepakketten waarbij het gaat over indicatiestelling. Die leveren een enorme administratieve last op. De instellingen zullen er heus wel aan wennen om het op die manier te registreren, maar het punt is nu juist dat zij stellen dat zij er zelf zo weinig mee kunnen en dat zij daarnaast ook nog eens hun eigen administratieve molentje op gang moeten houden. Dat geldt zeer zeker ook voor de zorgplannen die een wettelijke verankering moeten krijgen. Als je daar vanuit beleid veel inhoudelijke eisen aan stelt, is de kans heel erg groot dat er straks twee zorgplannen komen, namelijk het zorgplan dat nodig is voor de verslaglegging van de staatssecretaris en het zorgplan dat nodig is om ook daadwerkelijk de zorg te leveren die de instelling heeft afgesproken met de cliënt.

Dan kom ik op het persoonsgebonden budget. Daarvan moet je vaststellen dat het ontzettend moeilijk is te ramen. De staatssecretaris zegt dit ook altijd bij de begroting. Het persoonsgebonden budget is namelijk een keuze-instrument en als mensen daarvan gebruik willen maken, wil je er verder niet zo veel doelstellingen aan verbinden. Aan de andere kant, als je vaststelt dat het ook als vluchtmogelijkheid wordt gebruikt doordat het een subsidieregeling is, kun je toch alleen maar vaststellen dat het belangrijk is om zo snel mogelijk het persoonsgebonden budget onderdeel te maken van de reguliere begroting? Als dan de kosten van het persoonsgebonden budget stijgen, kunnen de kosten van de naturazorg dalen. De staatssecretaris heeft al vaker gezegd dat zij dit misschien wel van plan is te doen. Wanneer zien we dat dan eindelijk terug in de begroting en vervolgens in het jaarverslag? Dan krijgen we namelijk een heel wat beter beeld van wat er daadwerkelijk nodig is voor de zorg in de AWBZ.

De heer **Zijlstra** (VVD): Voorzitter. In aansluiting op wat mevrouw Van Miltenburg net aangaf, zeg ik weleens

gekscherend dat jaarverslagen in de politieke omgeving wel bedoeld lijken om zo onduidelijk mogelijk te zijn. Het maakt overigens daarbij niet veel uit welke regering er zit, zeg ik er eerlijkheidshalve bij.

Er is zonet al ingegaan op de effectmeting. Ik wil een paar aanvullende opmerkingen maken over de administratieve lasten.

Hebben we nu goed inzicht in de hoeveelheid regels die voortkomt uit brancheverenigingen en dergelijke? Wij maken ons hier terecht heel druk over de administratieve lasten, maar in de praktijk worden heel veel regels vastgesteld op lager niveau en daar vindt ook een overlap plaats waardoor de dingen dubbel gebeuren. Een voorbeeld, waarbij het die kant opgaat, is het volgende. Er zijn zelfstandige behandelcentra in dit land, die een keurmerk hebben, waarbij ze aan allerlei kwaliteitseisen moeten voldoen. Die zijn zwaarder dan het toetsingskader van de inspectie. De praktijk op dit moment is echter dat de inspectie het werk feitelijk gaat overdoen als je het keurmerk hebt, en nog tegen een lager kwaliteitsniveau ook. Kan dat soort zaken niet worden gecombineerd? Dat is handig voor de inspectie. Het is namelijk minder werk; zij hoeft minder steekproeven te doen. Dat helpt ook om het keurmerk en daarmee de kwaliteit van zo'n branche omhoog te helpen. Kunnen wij ook aan de slag met zulke slimme oplossingen? Dat zou immers hierbij helpen.

Over het op koers zijn, zijn al een aantal dingen gezegd. Ik licht de infectieziektebestrijding er maar even uit. Er wordt naar de HPV-vaccinatie verwezen. Wij zouden op koers liggen met het rijksvaccinatieprogramma. Nu is de inhaalslag geen daverend succes geweest. Daar hebben wij ook al een spoeddebat over gevoerd en menig woord is daarover gewisseld. Hoe komen wij dan tot de conclusie dat het kennelijk allemaal goed op koers ligt? Wellicht ligt het cijfermatig op dit moment nog op koers, maar in hoeverre – deze vraag vind ik wel horen bij een verantwoording – is dit soort zaken, die de minister het afgelopen jaar heeft geconstateerd, van invloed op toekomstig beleid? Dan heb ik het over een toenemende antipathie tegen of vrees voor vaccinaties. Terwijl de kwaliteitscriteria te vergelijken zijn met die van het verleden, roept hetzelfde kwaliteitsniveau nu namelijk heel veel meer discussie op. Wat betekent dat voor het op koers zijn? Zijn wij met de koers op weg naar een muur, die wij zouden willen vermijden? Die aspecten mis ik in het vastleggen van prestaties. Daarmee kom ik terug op het terechte punt van mevrouw Van Miltenburg: dat komt doordat wij wel de prestatie meten maar niet het effect ervan. Is de minister bereid om dat in de toekomst veel meer te doen? Dat is namelijk de enige manier voor de Kamer om werkelijk aan toetsing en controle te kunnen doen.

Wij gaan nog debatteren over dbc's en over budgetoverschrijdingen van medisch specialisten. De minister heeft op dat punt een overschrijding van zo'n 500 mln. Dat blijkt ook uit het stuk. Er zijn nu allerlei discussies gaande over de vraag of die cijfers kloppen. In de aanloop naar het toekomstige debat, maar het raakt natuurlijk ook hieraan, wil ik weten of die cijfers correct zijn. Het spreekwoord is bekend: cijfers liegen niet. Maar met cijfers kun je fantastisch liegen. Met een verantwoording moeten wij er juist voor zorgen dat wij zulke onduidelijkheden kunnen wegnemen. Kan de minister naar aanloop van het debat dat wij over een paar weken voeren, verduidelijken wat de feitelijke cijfers zijn over

overschrijdingen, zodat wij een heldere discussie kunnen voeren?

De heer **Jan de Vries** (CDA): Naar aanleiding van de motie-Van Gerven die ik net onder ogen heb gekregen, heb ik nog een vraag. In het jaarverslag gaat het op bladzijde 69 over het mantelzorgcompliment. In de tweede supplettoire begroting werd geconstateerd dat er 34 mln. overbleef. Die wordt ingezet voor de algehele begrotingsproblematiek. Die tweede supplettoire begroting is hier al gepasseerd. Inmiddels is de slotwet er en hebben wij het dus niet meer over die 34 mln. Is de heer Van Gerven dus niet te laat met zijn voorstel? Had hij dat destijds niet in een amendement moeten formuleren? Of komt de SP-fractie nu met een amendement op de slotwet? De heer Van Gerven kan immers wel een motie indienen, maar hij heeft gewoon amendementsrecht bij de slotwet. Of begrijp ik het niet helemaal goed?

De heer **Van Gerven** (SP): Als u procedureel gelijk hebt, moeten wij de slotwet amenderen. Onze intentie is echter duidelijk. Wij willen die 34 mln. namelijk graag reserveren om dat bedrag in stand te houden. Het idee van verruiming vinden wij een goed idee.

Voorzitter: Van der Veen

Mevrouw **Smilde** (CDA): Voorzitter. Ik heb twee vragen. De Algemene Rekenkamer controleert het jaarverslag van het ministerie, maar wij hebben ook met zorgaanbieders en zorgverzekeraars te maken in het kader van de Zorgverzekeringswet en de AWBZ. Mijn eerste vraag is hoe daar de rechtmatigheidscontrole plaatsvindt, want daar baseren wij een aantal gegevens op. Mijn tweede vraag heeft betrekking op de prestatie-indicatoren. Die liggen op koers voor de doelstelling 2011. Er zullen ook andere prestatie-indicatoren worden gemeten en gepubliceerd. Graag krijg ik daar een korte toelichting op, want het is nu een beetje vaag geformuleerd.

Voorzitter: Smilde

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

Minister **Klink**: Voorzitter. Ik wil graag aan het verzoek van de heer Van der Veen tegemoetkomen om schriftelijk uiteen te zetten wanneer welke gegevens aangeleverd worden. Ook zal ik ingaan op de mate van betrouwbaarheid die dat met zich brengt en op de vraag of de betrouwbaarheid dusdanig is dat je er beleid op kunt baseren. Dat heeft te maken met de schadelastgegevens en de gegevens rondom de budgetten van ziekenhuizen. Voor de ggz-instellingen heeft het ook te maken met de budgetcijfers die de NZa aanlevert.

De heer Van Gerven vraagt naar de mate van rooskleurigheid van een en ander en verwees naar een aantal punten die op zichzelf wel relevant zijn. Dat zal ik zeker niet ontkennen. Bijvoorbeeld het gebrek aan kraamverzorgenden vorig jaar zomer. Uiteindelijk konden er minder uren kraamzorg dan het noodzakelijke aantal geleverd worden. De heer Van Gerven verwees ook naar de wachtlijsten en de Treeknormen. Dat heeft inderdaad te maken met het feit dat wij in onze jaarverslagen wel prioriteren. Die prioritering heeft onder andere te maken met de vijf doelstellingen die het kabinet aan het begin van zijn periode heeft geformuleerd. Die betreffen de veiligheid van de zorg, de 80 aandoeningen- en prestatie-indicatorensets die te maken hebben met

ziektebeelden, het punt dat 90% van de zorgaanbieders in de AWBZ een voldoende zouden geven voor de kwaliteit van de zorg en de rechten en plichten van patiënten en cliënten in de WCZ. Al die dingen hebben prioriteit gekregen in ons jaarverslag, maar dat neemt niet weg dat die andere zaken ook van belang zijn en dat wij de Kamer met enige regelmaat rapporteren over de vervolgtrajecten die zich daar aftekenen. Dat geldt ook voor orgaandonatie.

De heer Zijlstra stelde een soortgelijke vraag. Hij wilde weten in hoeverre er sprake is van afrekenbaarheid. Er zijn ook andere documenten die, naar mijn mening althans, een positief beeld geven van de ontwikkelingen die zich aftekenen. Laat ik de vrije prijsvorming, het B-segment, noemen. De jaarlijkse monitor van de NZa geeft aan dat gunstige effecten te constateren zijn op kwaliteit, prijsontwikkeling en volumeontwikkeling. Gisteren bracht Prismant het feit naar buiten – dit komt ongetwijfeld ook in onze rapportages terug – dat de arbeidsproductiviteit is verbeterd. Er komt een grote vraag naar zorg op ons af; de verbetering van deze productiviteit is van belang voor het aantal handen aan bed. Die ontwikkelingen zijn dus gunstig.

Ik meen dat wij met de prioriteiten die wij kiezen de roze bril "vooralsnog" op kunnen houden. In 2007 kwam het NIVEL/EMGO-rapport naar buiten met harde getallen over vermijdbare doden. Daar hebben wij het harde getal van 50% reductie in 2011/2012 naast gezet. Wij buigen ons op dit moment over de vraag in welke mate het NIVEL/EMGO-onderzoek moet worden herhaald. In de tussentijd willen wij wel zelf via tussenrapportages de vinger aan de pols houden zodat duidelijk wordt of deze harde doelstelling ook wordt gerealiseerd. Dat ligt iets minder ingewikkeld bij de andere doelstelling die wij hadden, namelijk de rechten en de plichten van patiënten. Deze zullen in 2011 wettelijk zijn vastgelegd. Dat hebben wij in eigen hand. Dat is een kwestie van wetgeving maken, daarover met de Kamer debatteren en die wetgeving, naar ik hoop, afronden. Dat heeft wel effect: de zorg wordt inzichtelijk en de cliëntenraden krijgen een betere positie. Nogmaals, dat ligt bij kwaliteit en veiligheid anders. Het is dus belangrijk om regelmatig de vinger aan de pols te houden. The proof of the pudding zal dan inderdaad in the eating zijn. Dat moeten wij zien te realiseren. Eerder sprak ik over "vooralsnog", omdat wij ons daar zeer van bewust zijn.

Mevrouw Van Miltenburg vroeg naar deze effecten. Ik wil mijzelf, onszelf en het kabinet daarop afrekenbaar maken. Om die reden zullen wij in onze tussentijdse rapportages over kwaliteit en veiligheid duidelijk maken hoe wij die doelstellingen willen realiseren en daarbij de parameter voor die harde uitkomst aangeven. Wetgeving is een instrument waarmee bepaalde doelen worden beoogd, maar het zit hem hier met name in de sfeer van de veiligheid.

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD): Vandaag hebben wij een rapport van de Algemene Rekenkamer ontvangen. In de begroting zijn al heel veel prestatie-indicatoren voor innovatie te vinden. Als het effect op de borging van zulk soort nieuw beleid in het regulier beleid echter niet wordt gemeten, dan kun je wel zeggen dat al jarenlang goed wordt gescoord op het gebied van innovatie, maar dan heb je niet daadwerkelijk iets geborgd. Dat hoort er naar mijn mening ook bij.

Minister **Klink**: Deze belangrijke aanvulling spreekt mij aan. Er kunnen duizend bloemen bloeien; die sterven weer en dan komen er weer duizend. Vervolgens zeg je telkens dat het lekker op koers ligt. Als mevrouw Van Miltenburg het zo bedoelt, ben ik het met haar eens. Zo wil ik dat wel bij onze verantwoording betrekken over de mate waarin de innovaties zodanig zijn geïnstitutionaliseerd dat zij breder kunnen worden verspreid. Ik geef twee voorbeelden. Het eerste gaat over de samenhang in de zorg en de keten-dbc's die daarbij horen. De verankering vindt dan plaats in de keten-dbc. Het contracteren van die samenhang in de zorg is dan precies waarop mevrouw Van Miltenburg doelt. Een ander voorbeeld zag ik afgelopen zaterdag in Maastricht. Het blijkt buitengewoon effectief te zijn als medisch specialisten samen met de huisartsen met enige regelmaat consulten realiseren. In dit geval ging het over reumapatiënten. Dat leidt ertoe dat niet twee derde van de patiënten wordt doorverwezen naar de tweede lijn, maar nog maar een derde. Dat levert een betere zorg op en een kostenbesparing van jewelste. Een dbc is immers in de regel een factor tien, of zelfs een factor twintig, van een consulttarief bij een huisarts. Daarvoor kun je applaudiseren, maar als wij dat niet borgen in onze bekostigingssystematiek of in de opleidingssystematiek, dan kun je daar wel prachtig naar verwijzen, maar dan heb je daar in beleidsmatige zin te weinig mee gedaan. Ik zal bekijken welke innovaties wij van betekenis vinden en in hoeverre deze een of twee jaar na dato zodanig zijn geborgd in onze systemen dat er sprake is van een grote mate van verspreiding.

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD): Ik vind dit een heel fijne toezegging. Ik geloof oprecht dat u het meent, maar kunt u ons op enig moment laten weten op welke manier u dat gaat doen?

Minister **Klink**: Ja, ik wil mij daar graag aan verbinden. Ik zal binnenkort schriftelijk laten weten in hoeverre hoe wij de vinger aan de pols kunnen houden wat betreft de resultaten van de innovatie. De Kamer krijgt zeer binnenkort een meer algemene inleiding, met de oogmerken voor het zorginnovatieplatform. Daar heb ik de borging nadrukkelijk zelf ingevlochten, want anders loopt deze gewoon weg. Die prestatiedoelstelling loopt langs meerdere lijnen. Wij willen ons wel afrekenbaar maken wat betreft de kraamzorg. Over de daadwerkelijk gerealiseerde gegevens over de orgaandonatie zullen wij ook met enige regelmaat rapporteren, zoals ik heb toegezegd.

Dan de vraag van de heer Zijlstra over de brancheverenigingen. Ik zie het belang ervan. Ik zal dit agenderen in het contact met ZN en andere brancheverenigingen. Ik heb zo-even additionele informatie gekregen dat wij afspraken hebben gemaakt om in het jaardocument zo veel mogelijk van beide zijden te integreren, zodat zorgverzekeraars die op de kwaliteit van de zorg willen letten, kunnen terugvallen op de lijn van de prestatie-indicatoren die wij ontwikkelen of de basisset die de inspectie hanteert, en niet met eigen registratiesystemen werken.

De heer Zijlstra deed een suggestie over geleed of tweedelijnstoezicht van de inspectie. Als er heel goede certificatiesystemen zijn en het interne toezicht op orde is, kan de inspectie zeggen dat zij de volgende drie jaar hooguit in de marge controleren in hoeverre die systemen daadwerkelijk functioneren, zodat 20% van alle

ziekenhuizen wordt gevrijwaard van thematisch, risicogestuurd of andersoortig toezicht. Binnen de inspectie worden ideeën ontwikkeld om tegen de 20% best presterende te zeggen, op voorwaarde dat dit is geborgd, dat zij minder te maken krijgen met de inspectielasten, terwijl de 20% die daar volstrekt niet aan voldoet, te maken krijgt met intensiever toezicht. De inspectie heeft dat nu op het netvlies. Ik stel voor dat de inspectie mij daarover rapporteert en dat ik daarover rapporteer aan de Kamer, ook in het licht van het wetsvoorstel van de minister van Justitie over de maatschappelijke onderneming, waarmee een soortgelijk doel wordt beoogd, namelijk het verminderen van verticaal toezicht wanneer het horizontaal toezicht op orde is. Dat krijgt men nog van mij te horen. Ik zie het punt van de harde doelstellingen bij de bestrijding van infectieziekten en ik neem dat mee. De heer Zijlstra vraagt om bij die oordelen ook een risicoanalyse te voegen waar het eventueel kan ontsporen. Ik ga bekijken in hoeverre een dergelijke risicoanalyse bij de bestrijding van infectieziekten door vaccinatie, die in de sfeer ligt van de betrouwbaarheid en het draagvlak van het hele systeem, kan worden meegenomen. Deze geeft meer kleur aan datgene wat je presenteert en dan weet je ook waarover je kunt spreken. Ik kan niet helemaal beoordelen in hoeverre dat een enorme werklast met zich brengt. De Kamer wil deze ook verhinderen, omdat wij de rijksoverheid met 20% willen reduceren.

Het is wel van belang dat wij op de website van Algemene Zaken, www.MinAZ.nl, een overzicht hebben gegeven hoe het staat met de prestatie-indicatoren, waarnaar mevrouw Smilde heeft gevraagd. Dit jaar komen wij met tien indicatoren voor ziektebeelden over de brug. Volgend jaar zullen het er 27 zijn. Aangezien er rond die ziektebeelden parallel wordt gewerkt, verwachten wij in 2011 met 80%, althans tachtig indicatorensets te kunnen komen die deze tachtig aandoeningen zullen regaderen. Dat vergt, evenals bij veiligheid, wel een vinger aan de pols om te zorgen dat dit daadwerkelijk lukt. Het bureau Zichtbare Zorg en ikzelf zitten daar bovenop want ik verplicht mij en heb mij verplicht tot die 80% van de aandoeningen. Wij verwachten dit in 2011 c.q. 2012 in elk geval te hebben gerealiseerd. Mevrouw Smilde had nog één vraag, namelijk over de rechtmatigheid van de uitgaven bij de zorgverzekeraars. In de Zvw is het zo geregeld dat de zorgverzekeraars hun verantwoording aanleveren met daarin alle uitgaven die onder de basisverzekering vallen. Die zijn door een externe accountant voorzien van een getrouwheidsverklaring. Het toezicht wordt uitgeoefend door de NZa.

Staatssecretaris **Bussemaker**: Voorzitter. Er liggen nog enkele vragen. De woordvoerders van de fracties van SP en VVD hebben het pgb genoemd. Het pgb groeit. De explosie herken ik niet want het is een van jaar tot jaar stijgende lijn. Binnenkort zal de commissie overigens een brief van mij ontvangen over pgb-maatregelen, mede naar aanleiding van de vele moties die de afgelopen tijd door de Kamer zijn ingediend. Daarin komt ook het punt terug dat mevrouw Van Miltenburg aanroerde, namelijk het onder de contracteerruimte brengen van het pgb. Overigens deel ik haar analyse dat dit een vlucht-mogelijkheid kan zijn en in die zin dus geen stimulans. Althans, ik heb voor aanbieders van zorg in natura al de conclusie getrokken dat zij datgene wat innovatief was

aan het pgb over moeten nemen. Dat is wel de bedoeling, anders hebben mensen nog geen keuzevrijheid tussen zorg in natura en een pgb. Daarover wordt de commissie zeer binnenkort uitgebreid geïnformeerd.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik heb een vraag over de uitwisselbaarheid. Als het pgb groeit, zou de zorg in natura moeten afnemen als je het totale budget gelijk zou houden. Leidt dat niet tot een mogelijke verschraling van het aanbod van zorg in natura want is het wel één op één uitwisselbaar? Als het ene groeit, neemt het andere dan evenredig af? Wij kennen die discussie ook over A- en B-segmenten in de ziekenhuiszorg. Daar gaat het ook niet op.

Staatssecretaris **Bussemaker**: Dat gaat hier ook in die mate niet op dat zorg in natura en pgb groeien. Maar het pgb groeit harder. Ik vind zelf echter dat het pgb niet zou mogen groeien omdat structureel een bepaald aanbod ontbreekt bij zorg in natura. Mensen krijgen een indicatie bij het CIZ en daarna moet de keuze volgen tussen pgb en zorg in natura. Als je zorg in natura wilt krijgen, moet dat ook kunnen. De afgelopen jaren hebben wij bijvoorbeeld vooral bij zorg voor jeugdigen, voor kinderen, gezien dat die onvoldoende werd aangeboden door aanbieders van zorg in natura, waardoor mensen een pgb namen. Dat is innovatief. Op zich is dat de innovatieve kracht van het pgb, maar het is wel de bedoeling dat ook aanbieders van zorg in natura dit gaan aannemen.

Andersom kunnen mensen een pgb aanvragen omdat zij, zoals sommige critici zeggen, helemaal geen zorg aanvragen, maar een pgb'tje, omdat zij denken op die manier een zak geld te krijgen waarmee zij van alles kunnen doen. Daartegen heb ik het afgelopen jaar maatregelen getroffen. Daaraan stellen wij paal en perk. Daarop zijn de AWBZ-pakketmaatregelen voor een deel afgestemd. Dat neemt niet weg dat het pgb ook zeer waardevol is voor de mensen voor wie het een meerwaarde heeft en de zelfstandigheid vergroot. Daarbij is het de bedoeling dat zorg in natura afneemt als het pgb toeneemt en dat dit onder één contracteerruimte zit. Dan moet dat wel, hoe dan ook. Ook al zou wellicht de totale behoefte aan zorg kunnen afnemen of toenemen. Mevrouw Van Miltenburg heeft ook gevraagd naar de zorgplannen. Zij zei: straks zijn er twee zorgplannen, een voor VWS en een voor de echt geleverde zorg. Dat geloof ik niet, want die zorgplannen stellen wij verplicht na zeer uitgebreid overleg met de sector, die daarop zeer heeft aangedrongen. Wij leggen niets vast over wat er in het zorgplan moet staan. Wij zeggen alleen dat er een zorgplan moet zijn. Dat moet gaan over wat cliënten echt vinden, wat wordt vastgesteld op de werkvloer of vanuit hun beleving en moet op geen enkele manier voldoen aan allerlei bureaucratische eisen van de instelling. Ik denk dat het eerder andersom is, dus dat het zorgplan kan bijdragen aan het verminderen van wellicht overbodige vragen die nu bij bureaucratische zorgplannen gesteld worden.

Dan de motie van de heer Van Gerven over het mantelzorgcompliment. De heer De Vries had gelijk: het is niet de eerste keer dat wij hierover spreken. In het najaar van 2008 is er volgens mij ook al een motie over ingediend. Er is toen in ieder geval een debat over geweest, waarin mij is gevraagd om dat geld niet bij de minister van Financiën terug te storten maar te behou-

den. Ik heb de Kamer toen ook zeer uitgebreid gewezen op de financiële regels die kabinetbreed zijn gemaakt. Ik heb er ook op gewezen dat de minister van Financiën het jaar daarvoor zo aardig was geweest om voor één keer een uitzondering te maken, omdat dat het eerste jaar was waarin het mantelzorgcompliment werd uitgekeerd. Dat was een zeer nadrukkelijke wens van de Kamer, omdat wij nog maar heel weinig mensen hadden kunnen vinden en dus heel veel geld overhielden. Dat geld is voor een groot deel naar de gemeenten gegaan die nu een inhaalslag kunnen maken om de mantelzorg-ondersteuning te organiseren.

Ik heb toen ook al direct gezegd: dit is voor één keer, dit is een uitzondering en kan geen structureel onderdeel worden, want dan zouden wij dat bij alle andere onderwerpen ook wel kunnen doen. Ik vind het eigenlijk heel vervelend dat iets positiefs wat je één keer doet, dan toch elke keer weer leidt tot een herhaalde discussie. Wat mij betreft, is deze discussie vorig jaar al afgerond. Wij gaan er wel voor zorgen, al met ingang van dit jaar, dat de doelgroep van degenen die dat mantelzorgcompliment krijgen, uitgebreid zal worden. Daarover heb ik al uitgebreid met de Kamer gesproken naar aanleiding van adviezen van de Sociale Verzekeringsbank. Ik ontraad dus de aanvaarding van deze motie.

De heer **Van Gerven** (SP): Er worden in het jaarverslag ook middelen gereserveerd voor de tienermoeders. Wij kennen de systematiek en die is in zijn algemeenheid natuurlijk juist. Houd je iets over, dan gaat dat naar de algemene pot. Daar is niets mis mee. Maar het gaat natuurlijk om het doel. De staatssecretaris verlaagt het bedrag van € 250 naar € 230. Dat heb ik toch juist gezien?

Staatssecretaris **Bussemaker**: Wij hebben nog geen besluit genomen voor dit jaar.

De heer **Van Gerven** (SP): In uw brief staat dat het € 230 wordt.

Staatssecretaris **Bussemaker**: Die brief gaat over iets anders.

De heer **Van Gerven** (SP): Het is een brief van 5 december 2008.

Staatssecretaris **Bussemaker**: Dat zou over de toekomst kunnen gaan. Daar moeten wij met elkaar nog het debat over voeren. Wij moeten nog met elkaar bespreken hoe breed die doelgroep wordt. Er is wel een bedrag van 65 mln. voor gereserveerd. Daar moet ik binnen blijven. Dus hoe ruimer de omschrijving van de doelgroep, hoe minder iedereen uiteindelijk kan krijgen. Dat is een beslissing die ik zeer nauwkeurig zal voorleggen en waarover ik met de Kamer zal discussiëren. Wil je een hoog bedrag voor een selecte groep of wil je een lager bedrag voor een bredere groep? Daar zoeken wij het midden, want ik heb steeds gezegd dat het wel een substantieel bedrag moet blijven.

De heer **Van Gerven** (SP): In die brief noemt u het bedrag van € 230. Ik begrijp dat dit een rekenvoorbeeld is, maar waarschijnlijk gaat u daarvan uit. U baseert zich op die 65 mln. Wat de SP betreft, moet de € 250 worden gehandhaafd en moet er een zo ruim mogelijke

doelgroep worden geformuleerd. Wij steunen u dus daarin.

Staatssecretaris **Bussemaker**: Als u dan ook het geld erbij kunt leveren, dan komen wij er wel uit. Het mantelzorgcompliment is tot stand gekomen op uitdrukkelijk verzoek van de Kamer. Het was oorspronkelijk een amendement van de heer Van der Vlies. Daarvoor is een bedrag van 65 mln. gereserveerd en daarbinnen moet het gewoon. Anders gaat het van andere zaken af. Ik denk dat u dat in het merendeel van de gevallen ook niet zou willen. Afgelopen jaar was het compliment gewoon € 250 en voor volgend jaar zijn wij aan het kijken hoe wij die doelgroep kunnen verbreden en wat dan nog een redelijk en dus aanvaardbaar bedrag is om ook binnen die 65 mln. te blijven.

De heer **Zijlstra** (VVD): Ik wil even een cynische opmerking maken. Wij hebben het vandaag over administratieve lasten gehad. Volgens mij is dit een prachtig voorbeeld.

De **voorzitter**: Als de staatssecretaris klaar is met haar beantwoording, zal ik een samenvatting geven.

Staatssecretaris **Bussemaker**: Ik was klaar en ik neem dit voor kennisgeving aan.

De **voorzitter**: Ik vat samen wat er aan toezeggingen is gedaan. Het verloop wat de administratieve lasten betreft, wordt in het jaarverslag opgenomen. De bewindslieden zullen met het werkveld, private partijen en dergelijke spreken over hun aandeel in het verminderen van de administratieve lasten. De minister en de staatssecretaris kijken in overleg met de Tweede Kamer naar een hoger streefpercentage voor vermindering van de administratieve lasten. Schriftelijk zal de Kamer worden meegedeeld welke gegevens wanneer worden aangeleverd en wat de mate van betrouwbaarheid is om daarop beleid te baseren, wat zal gebeuren op grond van het rapport van de heer Van der Veen. De bewindslieden komen schriftelijk terug op de resultaten op het gebied van innovatie en zij zullen bezien of een risicoanalyse kan worden gemaakt, onder andere voor het draagvlak van infectiebestrijding. Ook schrijven de bewindslieden een brief over de pgb-maatregelen naar aanleiding van een aantal debatten.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Voorzitter. De heer Zijlstra heeft gevraagd hoe het zit met de overschrijding van de specialistische handelingen met 500 mln. Ik zou dat als referentiepunt nemen, omdat daarmee naar iets concreets kan worden toegewerkt. In de tweede plaats is het bij vernieuwing van de cijfers ook aardig om te weten wie, wat en wanneer certificeert en wat dat betekent in de tijd. In de derde plaats heeft de Algemene Rekenkamer aangegeven – de Kamer heeft dat zelf ook door middel van een amendement uitgesproken – dat zij zich niet mag bemoeien met de premie-uitgaven. Wellicht kan ook bekeken worden of dat van betekenis is voor de vraag of de cijfers niet eerder betrouwbaar zijn.

De **voorzitter**: Ik ga ervan uit dat de bewindslieden hierop zullen terugkomen. Ik dank de minister, de staatssecretaris en hun ambtenaren hartelijk voor de verstrekte inlichtingen. Ik wil

eveneens de rapporteurs bedanken, van wie er nog maar een aanwezig is.

Sluiting 16.00 uur.