

Vergaderjaar 2008–2009

30 597

Toekomst AWBZ

Nr. 42

VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Vastgesteld 9 december 2008

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ heeft op 13 november 2008 overleg gevoerd met staatssecretaris Bussemaker van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over:

- **de brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 26 september 2008 inzake de aanwijzing NZa contracteerruimte 2009 (26 631, nr. 274);**
- **de brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 3 oktober 2008 over de stand van zaken met betrekking tot de nieuwe concessieverlening aan zorgkantoren (30 597, nr. 31);**
- **de brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 11 november 2008 inzake de aanwijzing zorgkantoren 2009–2011 (30 597, nr. 38).**

Van dit overleg brengt de commissie bijgaand geredigeerd woordelijk verslag uit.

Voorzitter: Jan de Vries
Adjunct-griffier: Clemens

Vragen en opmerkingen uit de commissie

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Voorzitter. Bij het discussiëren over de contracteerruimte binnen de AWBZ beland je in lastige technische verwikkelingen en een complex systeem van afspraken. Het kost moeite om bij deze technische opzet oog te blijven houden voor de kern van de zaak, namelijk de totstandkoming van een goede prijs-kwaliteitverhouding, zodat aan de wensen en behoeften van de cliënt zo optimaal mogelijk tegemoet wordt gekomen.

De PvdA-fractie stelt vier punten aan de orde. Op de eerste plaats het verschil in inkoopbeleid tussen zorgkantoren, op de tweede plaats het voornemen van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) om de systematiek van de regiobudgetten aan te passen, op de derde plaats de verleende concessie voor de komende jaren en de controle daarop en op de vierde plaats het uiteindelijke doel van de cliëntvolgende budgetten en de werking van de markt.

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), Koşer Kaya (D66), Willemse-van der Ploeg (CDA), Van der Veen (PvdA), Schermers (CDA), Van Gerven (SP), Wolbert (PvdA), Heerts (PvdA), Zijlstra (VVD), Ouwehand (PvdD), Agema (PVV), Leijten (SP), Bouwmeester (PvdA), Wiegman-van Meppelen Scheppink (ChristenUnie) en Sap (GroenLinks).

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), Van der Ham (D66), Uitslag (CDA), Gill'ard (PvdA), Omtzigt (CDA), Langkamp (SP), Vermeij (PvdA), Arib (PvdA), Kamp (VVD), Thieme (PvdD), Bosma (PVV), Luijben (SP), Tichelaar (PvdA), Ortega-Martijn (ChristenUnie), Halsema (GroenLinks) en De Wit (SP).

Op de eerste plaats stel ik het verschil in inkoopbeleid tussen zorgkantoren aan de orde. Verschillen in de inkoop wekken de indruk van een te ruime beleidsvrijheid. Dit irriteert de fractie van de PvdA zeer. Zorgaanbieders worden er wanhopig en moedeloos van. Ik heb hier al diverse keren vragen over gesteld. Het mag voor de cliënt niet uitmaken waar hij woont of aan welke verzekeraar de concessie is verleend. Toch bestaat er verschil in inkoop tussen de ene en de andere regio, waardoor grote verschillen ontstaan in bijvoorbeeld de beschikbaarheid van Ketenzorg Dementie. Ook lijkt er sprake van rolverwarring en een bijzondere taakopvatting. Waarom leggen de zorgkantoren bijvoorbeeld aan de zorgaanbieders een controle op van de interne bedrijfsvoering? Waarom voeren de zorgkantoren materiële controles uit? Dat doet toch de accountant? De staatssecretaris vindt de verschillen kennelijk ook niet gewenst, want zij streeft naar meer uniformiteit en eenduidigheid. Uit de stukken die de Kamer heeft ontvangen, wordt voor mijn fractie niet duidelijk hoe de staatssecretaris nu precies stuurt op meer eenduidigheid. Hoe pakt de staatssecretaris dat aan en wat moeten de exacte uitkomsten zijn?

Op de tweede plaats de aanpassingen van de regiobudgetten, waarmee de NZa experimenteert. De staatssecretaris spreekt daar niet over, maar hoe is de stand van zaken? Hoe verlopen die aanpassingen dit jaar en in 2009?

Op de derde plaats de constatering dat de zorgkantoren nu een concessie voor drie jaren hebben gekregen. De voorwaarden hiervoor zijn voor mijn fractie niet helder. Mogen de zorgkantoren nu wel of geen tariefkortingen gaan doorrekenen? Mag dit ook door instellingen gebeuren, die door de invoering van de zorgzwaartepakketten (ZZP) 2% achteruit gaan in hun budget? Volgens ActiZ is 3,5% korting op ondersteunende begeleiding (OB) en persoonlijke verzorging (PV) structureel. Hoe controleert de staatssecretaris de cumulatieve effecten van deze drie maatregelen? Zijn deze voor sommige organisaties niet erg ongunstig? Mogen de zorgkantoren nu wel of geen prijsconcurrentie bevorderen?

Voorzitter. Wat gaat de staatssecretaris nu precies evalueren en waarom pas over twee jaar? Kan dat niet beter over een jaar gebeuren?

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD): Ik ben in verwarring door de vragen die u stelt over het feit of de zorgkantoren de bezuinigingsmaatregel, die de staatssecretaris in de begroting heeft opgenomen, nu wel of niet mogen doorvoeren.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Ik vraag aan de staatssecretaris of zij het cumulatieve effect monitort van de kortingen, het beleid plus de pakketmaatregelen.

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD): Dan is de vervolgvraag of zorgkantoren wel of niet eigen kortingen mogen opleggen, omdat bijvoorbeeld de kwaliteit hen niet aanstaat. Of vindt u dat de maatregelen van de staatssecretaris voldoende zouden moeten zijn?

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Ik heb met name grote moeite met de prijsconcurrentie en het aanbestedingsgedrag van zorgkantoren. Het concurreren op kwaliteit heeft absoluut mijn voorkeur. Ik wil graag van de staatssecretaris horen hoe zij daar eenduidigheid in wil bereiken en wat dan haar keuzes zijn. Dat is precies de vraag die ik aan de staatssecretaris wil stellen.

Ten slotte het doel van de cliëntvolgende financiering in plaats van het inkopen via zorgkantoren. Het valt mij op dat met name de zorgverzekeraars anticiperen op het verdwijnen van de zorgkantoren en op het straks mogelijk rechtstreeks inkopen voor hun eigen verzekerden. In het debat over het advies van de Sociaal Economische Raad (SER) heb ik al eens een keer mijn zorgen geuit over het feit dat deze werkwijze zonder

tussenkomen van de zorgkantoren de onderlinge concurrentie tussen zorgaanbieders verder zal aanwakken, evenals de wens van de organisaties om steeds groter te worden zodat zij bijvoorbeeld een groot reclamebudget kunnen reserveren. Mijn fractie vindt schaalvergroting en toename van marktgedrag ernstige negatieve consequenties van het cliëntvolgende bekostigingssysteem, hoe sympathiek wij daar op zichzelf ook tegenover staan. Wat wordt er aan dit bijeffect gedaan, aan de toename van de concurrentie en het risico van het weggedruken van kleine aanbieders? Wat wordt er gedaan aan de moeizame kostenbeheersing bij cliëntvolgende financiering? Ik wil de staatssecretaris vragen om bij de uitwerking van toekomstscenario's, waar de coalitie in het begrotingsdebat van vorige week om heeft gevraagd, ook uitvoerig stil te staan bij de negatieve effecten van de cliëntvolgende bekostiging en de mogelijke oplossingen daarvoor.

De heer **Jan de Vries** (CDA): Ik heb zelf nog een vraag. De staatssecretaris heeft in haar brief aangegeven afspraken met de zorgverzekeraars te maken over de uitvoering van de AWBZ voor hun verzekerden. U vraagt om daarnaast de negatieve gevolgen van de cliëntvolgende bekostiging uit te zoeken, maar dat heeft de staatssecretaris zich niet voorgenomen. Zij heeft dit in ieder geval niet in deze brief aangekondigd.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Daar gaat mijn vraag over. Ik vraag haar om dat alsnog te doen. Ik heb al verschillende keren mijn twijfel en aarzeling uitgesproken. De PvdA-fractie staat positief tegenover een cliëntvolgende bekostiging, maar het is een feit dat de negatieve consequenties daarvan niet goed in kaart worden gebracht en niet goed worden opgevangen door maatregelen. De staatssecretaris heeft overigens zelf ook haar zorg daarover uitgesproken. Ik wil dat zij nu de mogelijk negatieve bijeffecten goed in kaart brengt, evenals de oplossingen die zij daarvoor in de toekomst in petto heeft.

De heer **Jan de Vries** (CDA): Vindt u de persoonsvolgende bekostiging wel een volwaardig alternatief ten opzichte van inkoop door zorgverzekeraars?

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Dat is pas zichtbaar als de nadelen – waar maar niet over gesproken wordt – goed in kaart zijn gebracht en de oplossingen daarvoor. Het negatieve effect is sterkere concurrentie en schaalvergroting. U ageert in de Kamer ook tegen de tendens van schaalvergroting. Dat is absoluut een negatief bijeffect van cliëntvolgende bekostiging.

Mevrouw **Leijten** (SP): Door het antwoord van mevrouw Wolbert aan de heer De Vries vraag ik mij af wat mevrouw Wolbert van concurrentie vindt. Mevrouw Wolbert wil een onderzoek naar de nadelige gevolgen. Moeten wij ermee doorgaan of moeten wij pas op de plaats maken?

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): De PvdA gaat nooit door als er negatieve consequenties aan vastzitten. Daar gaat het juist om. Deze negatieve consequenties moeten worden voorkomen. De staatssecretaris spreekt haar twijfel op dit punt uit. Ik herken dat want ik zie ook de risico's. Als wij praten over toekomstscenario's van de AWBZ, dan kan de staatssecretaris het niet laten bij het uitspreken van haar zorg, maar moet zij ook de oplossingsrichting aangeven. Ik ben daar erg benieuwd naar.

Mevrouw **Leijten** (SP): De SP wil geen vermarkting van de zorg. De PvdA-fractie signaleert negatieve gevolgen. Ik wil weten waar de PvdA-fractie staat als het gaat over de negatieve gevolgen. Zijn deze zo negatief dat wij nu pas op de plaats moeten maken of moeten wij deze eerst in kaart brengen en de put dempen als het kalf verdronken is?

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): De cliëntvolgende financiering legt het primaat bij de cliënt en nergens anders. Daar ben ik een groot voorstander van. Wij praten hier dagelijks over meer macht voor cliënten en meer vraagsturing. Dit is de ultieme vraagsturing. Ik weiger om achter dat fantastische principe aan te lopen als niet goed in kaart wordt gebracht wat daar de negatieve consequenties van zijn. Ik heb grote twijfels als de cliëntvolgende financiering ertoe leidt dat er meer marktmacht en concurrentie ontstaat.

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD): Betekent dit dat de PvdA op dit moment nog steeds collectief gefinancierde zorg een volwaardig alternatief vindt, ondanks alle mooie dingen die u net hebt opgesomd?

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Ik val in herhaling. Ik weet niet hoe ik het anders moet zeggen. Er zitten grote nadelen aan dit systeem. Dat ben ik van harte met u eens.

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD): Is collectief gefinancierde zorg op dit moment voor u nog steeds een volwaardig alternatief? Ja of nee?

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Zoals het nu functioneert, absoluut niet. Ik wil graag naar een systeem waarin de cliënt veel meer positie heeft, ook als het gaat over de financieringsstromen. Het staat voor mij niet vast dat de cliëntvolgende financiering de bestaande nadelen van marktgedrag en concurrentie gaat oplossen.

Mevrouw **Leijten** (SP): Voorzitter. Dit debat gaat over de contracteer-ruimte en de zorgkantoren. Dat is eigenlijk een eufemisme voor het door de aanbieders optimaal met elkaar concurreren op de prijs. Ik heb een aantal vragen over de stukken en over de reële actuele problemen en hoe die worden opgelost.

Op de eerste plaats vraag ik hoe het mogelijk is dat de tariefsverlaging er nog steeds in zit. Dit is een toepassing van de kaasschaaf op de zorg. Wat ons betreft moet dat stoppen. Het moet 110 mln. opleveren en dat is gewoon een bezuiniging. Graag een reactie van de staatssecretaris hierop. Verder wil ik weten wie de zorgplicht heeft. Dat is totaal onduidelijk. Dat is onduidelijk in het voorbeeld van de heer De Graaf die in Ulrum de huur voor de tillift zelf moest gaan betalen. De staatssecretaris heeft al gezegd dat dat onwenselijk is. Vervolgens moet de heer De Graaf naar een ander verzorgingshuis, omdat het huidige verzorgingshuis de zorg niet aan kan. Waar ligt dan het primaat van de cliënt? Hoe wordt ervoor gezorgd dat het geld dat aan dit specifieke verzorgingshuis is gegeven voor de zorg van deze cliënt, ook goed besteed wordt? Waar is hier de rol van het zorgkantoor?

Voorzitter. Dat brengt mij op de kwaliteitstoets. Daar vind ik heel weinig van terug. Er wordt nu op prijs gestuurd en niet op kwaliteit. Wie controleert de kwaliteit als er pakketten zorg doorverkocht worden? De pakketten mogen worden doorverkocht aan aanbieders, die niet onder de wet voor de toelating van zorginstellingen vallen. Dat leidt tot fraude en tot zorg die geleverd wordt door mensen die daarvoor niet zijn opgeleid. Dit leidt tot onmenselijke omstandigheden. Wat is hier de rol van de zorgkantoren en de zorgverzekeraars? In de brief van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) zie ik hier niets van terug.

Waar en hoe is de 248 mln. ingezet voor extra personeel? Wij hoorden geluiden van ook deze keer weer Stichting Philadelphia Zorg. Daar moet het personeel in de gehandicaptensector de motie accepteren en dus een achteruitgang in salaris, of er volgt ontslag, want met de invoering van de ZZP's is er minder geld. Hoe valt dit te rijmen met het extra inzetten van middelen voor personeel?

Dit beleid leidt tot fusies. Alle fracties in de Kamer vinden dat onwenselijk. Welke maatregelen worden via de financiering concreet genomen om die fusies tegen te gaan? Ik zie er niets van terug.

Dan de realiteit van de mensen op dit moment. Het uitblijven van een oplossing voor de fraude met de persoonsgebonden budgetten (pgb) leidt ertoe dat zorgkantoren niet meer uitbetalen aan bemiddelaars. Ik ben de eerste om te zeggen dat er veel zwarte schapen onder de bemiddelaars zitten, maar dat geldt niet voor allemaal. Het bewindvoeringskantoor H3 Inkomensbeheer en Bewindvoeringen in Heerlen voert het vrijwillige bewind over het pgb van sociaaIzwakke mensen. Zij ontvangen het geld niet meer. Die sociaaIzwakke mensen hebben dit op hun rekening ontvangen en uitgegeven. Er is geen zorg voor ingekocht. Dit geld zal straks dus terugbetaald moeten worden. Dat is een groot probleem. Ik heb hier vorige week een vraag over gesteld, maar ik heb er nog steeds geen oplossing voor gezien. Vandaag wil ik een oplossing van de staatssecretaris horen, want dit leidt tot schrijnende gevallen. Wat gebeurt er met de vrouw uit Drenthe die graag van de reguliere thuiszorgaanbieder de zorg wil blijven ontvangen? Deze kan dat niet meer leveren, omdat het budget op is. Het zorgkantoor zegt dat de nieuwe zorgaanbieder in Houten zit. Deze mag dat wel doen. Het resultaat is dat een vrouw uit de Bijlmer drie uren naar Drenthe moet reizen om drie uur zorg te verlenen. Dat is geen probleem voor het zorgkantoor, want die kijkt naar de prijs en niet naar de kwaliteit en het leveren van de gewenste zorg. Dit is aan de orde van de dag en hier moet ook een oplossing voor komen.

Ik wil weten hoeveel geld de zorgkantoren uitgeven aan startsubsidies voor nieuwe aanbieders in de regio. Ik wil weten hoe de staatssecretaris vooraf kwaliteitseisen gaat stellen, in plaats van achteraf de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) naar bijvoorbeeld Philadelphia te sturen of de Fiscale Inlichtingen- en Opsporingsdienst (FIOD) naar UenZo.

Voorzitter. Ik ontving gisteren een e-mail van de buurvrouw van iemand in Buitenpost. De vrouw was ontslagen uit het ziekenhuis en van haar thuiszorgaanbieder ontvangt zij nog wel Tafeltje Dekje, maar niet meer de zorg die zij nodig heeft na de ingreep in het ziekenhuis. Wie is hier aan zet? Moet die vrouw die net is ontslagen uit het ziekenhuis, zelf het zorgkantoor bellen voor haar zorg of moet Thuiszorg Friesland dat regelen? Er is hier toch een zorgplicht, maar wie is er verantwoordelijk voor?

Voorzitter. De wenselijkheid om commerciële partners, namelijk de zorgverzekeraars, de AWBZ te laten verdelen zal leiden tot fusies en directe doorverwijzing naar eigen partijen. Dat willen wij niet. Wij willen dat in de financiering van de zorg de mensen waar het om gaat, veel meer centraal komen te staan. Dit zijn de mensen die de zorg nodig hebben en de mensen die de zorg moeten krijgen. Het door aanbieders concurreren op prijs moet stoppen.

De heer **Jan de Vries** (CDA): Ik heb een vraag aan mevrouw Leijten. Als u dat laatste vaststelt, waarom hebt u dan begin juli tegen de motie van het CDA, en ik dacht ook van de VVD, gestemd waarin gepleit werd voor persoonsvolgende bekostiging als volwaardig alternatief?

Mevrouw **Leijten** (SP): Voorzitter. Bij de huidige omstandigheden in de zorgmarkt moet er nu voor gezorgd worden dat de concurrentie tussen de aanbieders stopt. Dat leidt tot verschraling en onduidelijke en ondoorzichtige partijen. Wij weten allemaal dat Philadelphia nog steeds geen jaarrekening kan overleggen. Nu moet de IGZ erop afgestuurd worden. Wat gebeurt er met alle mensen die daar werken en alle mensen die daar zorg ontvangen? Daar geeft het voorstel geen antwoord op. Dat moet eerst goed worden geregeld. Daarna is het logisch dat personen optimaal kunnen gaan kiezen. Dan moet er wel voor de voorwaarden gezorgd worden. Deze zijn er niet en daarom gaan wij niet mee met het voorstel.

De heer **Jan de Vries** (CDA): Dat voorstel was niet gericht op de actuele omstandigheden. Dat ging over de lange termijn en de toekomst van de AWBZ. Als ik u goed begrijp, dan bent u voor een meer persoonsvolgende bekostiging, ook in de vorm van vouchers waarbij de cliënt zelf meer zeggenschap krijgt over de aanwending van de middelen en de keuze van de aanbieder.

Mevrouw **Leijten** (SP): Voorzitter. In ons verkiezingsprogramma staat dat wij voor persoonsvolgende financiering zijn en ook voor financiering voor zorgzwaarte. Het gebruik van vouchers, dat wil zeggen dat iemand een bon ontvangt om zelf zorg in te kopen, is niet voor iedereen geschikt. Niet iedereen die zorg nodig heeft, wil dat. Daarom vinden wij dat een vlucht vooruit. Eerst moet de basiskwaliteit van de zorg op orde zijn. Het personeel moet in fatsoenlijke omstandigheden kunnen werken en de mensen moeten geholpen worden. Pas toen de familie naar de media stapte, werd duidelijk dat het doorberekenen van de kosten van een tillift niet is toegestaan. Dit moet eerst geregeld worden.

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD): Voorzitter. In 2003 heeft de VVD samen met het CDA een motie ingediend om de zorgkantoren op te heffen. Ik vind het teleurstellend dat wij nu weer praten over het verlengen van de concessie voor de zorgkantoren voor de komende drie jaar. Voorlopig zitten wij hier nog mee en ook met de regiobudgetten. Mensen weten nog steeds niet waarom zij voor de AWBZ niet naar hun eigen verzekeraar, maar naar een zorgkantoor moeten gaan. Deze ingewikkelde zaken zijn wat ons betreft ongewenst, niet alleen voor de VVD, maar ook voor de zorgverzekeraars en de zorgkantoren. Zij zouden liever de AWBZ voor de eigen verzekerden uitvoeren. Dat hoeft geen onderdeel te zijn van de zorgverzekering en het kan een publieke verzekering blijven. Zij willen het voor de eigen verzekerden uitvoeren, omdat het dan ook gemakkelijker wordt om goede ketenzorg boven de domeinen te gaan aanbesteden. Dit is de cliënt centraal zetten. De cliënt hoeft niet te merken uit welk potje de zorg betaald wordt. De cliënt moet de juiste zorg op een zo gemakkelijk mogelijke manier kunnen ontvangen. Ik wil van de staatssecretaris weten wat de bedoeling is van het kabinet en wat wij over drie jaar gaan doen. Van een zorgkantoor heb ik gehoord dat uiterlijk in 2010 besloten gaat worden of de zorgkantoren worden opgeheven of dat de concessie opnieuw wordt verlengd. Dit zou onderdeel zijn van de afspraak. Op basis waarvan gaat deze beslissing dan te zijner tijd genomen worden en op welke manier worden wij de komende jaren op de hoogte gehouden van de voortgang van het proces? Dat lijkt mij wel belangrijk. De vorige keer zijn wij ook jarenlang aan het lijntje gehouden met de belofte dat deze opgeheven zouden worden. Uiteindelijk werden wij gewoon met de nieuwe concessie geconfronteerd. Zo is dat nu ook weer gegaan. Kan er een soort stappenplan komen, zodat de Kamer op 1 april 2010 of eerder kan beoordelen of de zorgkantoren wel of niet opgeheven kunnen worden?

Ik heb er grote moeite mee dat de zorgzwaartefinanciering op 1 januari ingevoerd gaat worden. Het is nadrukkelijk de bedoeling van de Kamer en zeker van de VVD, om de cliënt een steviger positie te geven. De komende jaren wordt de zorg nog steeds door zorgkantoren ingekocht. Op welke manieren is in de concessie opgenomen dat de cliënt in ieder geval enige zeggenschap krijgt over wat er ingekocht wordt en welke invloed hij heeft op het zorgplan? Veel zorginstellingen zijn al bezig met de zorgplannen en honoreren de wensen van de cliënt niet, omdat dat niet op die manier is afgesproken met het zorgkantoor. Waar kan de cliënt dan zijn recht halen? Welke meerwaarde heeft het ZZP dan nog voor die cliënt? Is het überhaupt de bedoeling dat de cliënt op termijn die zorg zelf gaat inkopen, ook al heeft hij geen pgb, en op welke manier zou dat dan vormgegeven worden? Of is dit een brug te ver voor de staatssecretaris? Hoeveel ruimte

hebben de zorgkantoren, zeker als het gaat over intramurale zorg, om daadwerkelijk af te rekenen op kwaliteit? Dit wordt door iedereen gewenst, zelfs door de PvdA. Mag dit volgens de staatssecretaris leiden tot een zorgkantoor dat bepaalde zorginstellingen niet meer contracteert omdat de kwaliteit onder de maat is, en kiest voor instellingen die wel de juiste kwaliteit leveren? Dat zou automatisch het faillissement van de zorginstelling tot gevolg kunnen hebben wegens gebrek aan door het zorgkantoor toegekende middelen. Is de staatssecretaris bereid deze uiterste consequentie te aanvaarden en zijn de zorgkantoren hiervan op de hoogte? Hoeveel mogelijkheden hebben zij om instellingen te dwingen om het aantal bedden af te bouwen? Als zij minder willen aanbesteden omdat de kwaliteit onvoldoende is en er minder mensen zijn die in die instelling willen wonen, mag het zorgkantoor dan op termijn de beslissing nemen dat die zorginstelling gaat verdwijnen? Is het afbouwen van bedden een beslissing van het zorgkantoor, van de instelling of van een andere instelling?

De contracteerruimte. In 2009 worden de ZZP's ingevoerd, maar er wordt nog steeds afgerekend op basis van oude parameters en oude budgetten. Wat is de waarde van het ZZP? Is dit niet enkel een bureaucratisch gebeuren zonder enige meerwaarde? Dat moet wel helder zijn. Op welke termijn is het de bedoeling dat de ZZP's wel waarde krijgen?

Tot slot het volgende. De VVD houdt er ernstig rekening mee dat door het maximeren van het aantal uren begeleiding op tien, er groepen cliënten zullen zijn, bijvoorbeeld mensen met een ernstige lichamelijke handicap die in een semimurale setting wonen, die hier niet voldoende aan hebben. Zij zullen een herindicatie aanvragen voor een volledig pakket thuis, want in de contracteerruimte is geen rekening gehouden met de mogelijkheid dat er misschien meer intramurale zorg ingekocht moet worden. Hoe wordt dit gemonitord? Hoe wordt voorkomen dat deze mensen straks te weinig zorg krijgen en ook niet kunnen beschikken over het volledige pakket thuis?

Voorzitter: Van Miltenburg

De heer **Jan de Vries** (CDA): Voorzitter. Het beeld van de contracteerruimte over 2008 is ten opzichte van 2007 eigenlijk redelijk positief. Dat mag ook een keer gememoreerd worden. Wij hebben nog geen echte knelpunten gezien. Blijkbaar heeft de reservering van 25 mln. een goede uitwerking gehad en misschien tot een betere verdeling van de budgetten geleid. Er wordt beter gestuurd op onderuitputting, dat is ook een goede zaak. Een voorbeeld hiervan is de 0,5% extra dat gecontracteerd kan worden, de margeregeling. Heeft dat in de oktoberronde geleid tot een meer vrijwillige herverdeling tussen zorgaanbieders en zorgkantoren, zodat nog meer knelpunten voorkomen konden worden?

Voorzitter. In de kern gaat het erom dat zorgverzekeraars, zorgkantoren samen met zorgaanbieders hun verantwoordelijkheid nemen om tot een goede en tijdige zorg in hun regio te komen. Daarmee dient ook transparantie in wachtlijsten en inzicht in onderuitputting van het budget te worden geboden. Er moet met elkaar overlegd worden om de knelpunten te voorkomen. Heeft de staatssecretaris de indruk dat die bereidwilligheid aan alle kanten bestaat en dat met name door de zorgkantoren de transparantie over de uitputting van het budget en de kwaliteit van de wachtlijsten is verbeterd? De kwaliteit is regelmatig aan de orde geweest, want alleen dan kan goed op het budget gestuurd worden.

Voorzitter. In de casus Meavita/Menzis heeft in onze ogen de NZa uitstekend gehandeld. Hieruit blijkt de kwetsbaarheid, indien er een grote aanbieder in de regio is. Dat wil ik graag benadrukken. Hoe kunnen zorgkantoren daarin beter sturen?

Mevrouw **Leijten** (SP): Voorzitter. Hoe verhouden de budgetten die instellingen krijgen voor het aantal uren zorg zich tot de door het CDA zo gewenste keuzevrijheid van cliënten, zoals bij Stichting Thuiszorg Groningen? Mensen kiezen voor Thuiszorg Groningen, maar kunnen daar niet terecht, omdat het zorgkantoor zegt dat het budget op is.

De heer **Jan de Vries** (CDA): Dit is kortetermijnproblematiek van het bestaande systeem dat niet optimaal is. Daarom kiest het CDA voor de persoonsvolgende bekostiging in de vorm van vouchers, waarbij de sturing door de cliënt zelf alleen maar sterker en groter kan worden.

Mevrouw **Leijten** (SP): Voorzitter. De heer De Vries wil de wachtlijsten opheffen en meer keuze realiseren voor de mensen die zorg nodig hebben. Wat moet er dan gebeuren?

De heer **Jan de Vries** (CDA): Omzetmaximalisatie van de instellingen is niet ons doel. Ons doel is dat de cliënt op het juiste moment goede zorg kan krijgen binnen de daarvoor bestaande normen en het liefst bij de aanbieder die hij of zij wenst. In de eerste plaats gaat het ons om de goede zorg op het juiste moment.

Voorzitter, ik ga door en ik kom nog op dit punt terug. Voor 2009 is er bijna 600 mln. extra beschikbaar voor autonome groei. Daarnaast investeert de staatssecretaris ook nog in bijvoorbeeld de kwaliteit van de gehandicaptenzorg en is er ook ruimte voor een budget voor de extreme zorgzwaarte. Is het laatste budget voldoende in 2009? Wij constateren dat er via het Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE) een toenemend beroep wordt gedaan op dat budget.

Voorzitter. Het is goed om te constateren dat de staatssecretaris opnieuw 35 mln. reserveert voor een mogelijke herverdeling en tegelijkertijd met de margeregeling onderuitputting probeert te voorkomen. Kan de staatssecretaris toelichten wat de maatwerkregeling van 0,25% en een opbouwregeling van 0,25% in de praktijk betekent? Wij kunnen dat niet helemaal achterhalen.

Het aantal budgettrondes wordt in 2009 verkleind van drie naar twee. Dat levert minder administratieve lasten op en daar zijn wij als CDA-fractie erg blij mee, ook in verband met het pakket dat wij vorige week hebben getoond. Kan dit mogelijk een nadeel opleveren voor de zorgaanbieders, omdat zij misschien later gecompenseerd worden voor een geaccepteerde groei? Graag een reactie van de staatssecretaris.

De contracteerruimte en de beleidsregels voor 2009 zijn inmiddels een feit, ook al is het in conceptvorm. Helaas. Ik begrijp dat het nodig is om snel helderheid te geven, maar misschien zijn wij te laat met dit debat. Wij hadden graag gezien dat in de beleidsregels ook ruimte zou worden geboden voor het werken met het prijsmodel, zodat door zorgkantoren vooruitgelopen kan worden op een meer persoonsvolgende bekostiging. In Brabant heeft men geprobeerd om met dit systeem te werken. De bestaande beleidsregels leiden tot een gekunstelde werkwijze en maken dit eigenlijk niet goed mogelijk. Is het mogelijk om een extra beleidsregel uit te vaardigen, waarin de mogelijkheid wordt geboden om met het prijsmodel te werken en geen productieafspraken te maken? De zorgaanbieders en zorgkantoren in bijvoorbeeld Brabant smachten hierom.

De **voorzitter**: Als woordvoerder van de VVD wil ik weten of u hiermee het Zeeuws model van de Wmo bedoeld, waarbij ingeschreven kan worden tegen een vaste prijs. Dat gebeurt toch gewoon?

De heer **Jan de Vries** (CDA): Ja. Dat is niet helemaal vergelijkbaar. Het gaat erom dat men eigenlijk geen productieafspraken naar volume met de aanbieder maakt, maar zoveel mogelijk de cliënt de mogelijkheid biedt om de zorg in te kopen en te ontvangen van de door hem gewenste

aanbieder. Hierbij wordt uitgegaan van het feit dat dit in de praktijk redelijk in balans is, waardoor onderuitputting en onnodige tussentijdse bijstelling van de productieomvang per aanbieder wordt voorkomen. CZ is een zorgkantoor en heeft getracht dat systeem in het afgelopen jaar uit te voeren tot grote tevredenheid van de zorgaanbieders en cliënten. De beleidsregels vormen een belemmering voor het ten volle tot uitvoering brengen, omdat men nog steeds verplicht is productieafspraken te maken met iedere individuele aanbieder. Dat past niet in dat systeem. Waarom kan dit niet verder mogelijk gemaakt en gestimuleerd worden in aanloop naar de persoonsvolgende bekostiging? Volgens ons moet een verruiming van de beleidsregels tussentijds altijd mogelijk zijn.

Volgende week spreken wij over de herallocatie binnen de ZZP's. Wij begrijpen eigenlijk niet dat de staatssecretaris ook nog in de ZZP-tarieven een bandbreedte van 2% mogelijk maakt. Wij zijn niet overtuigd van de wenselijkheid. Wij vinden dat je niet enerzijds een herallocatie en anderzijds een tariefskorting van maximaal 2% moet toestaan. Ik veronderstelde dat de NZa hiervoor negatief geadviseerd heeft, maar de staatssecretaris heeft er toch voor gekozen.

Voorzitter. Dan de bonus-malusregeling. Wij hadden graag gezien dat hier het nieuwe systeem was ingevoerd. Dat is blijkbaar niet gelukt. De zorgaanbieders willen toch graag de bonus/malusregeling in plaats van een generieke korting. Zij zien blijkbaar de nadelen van bureaucratie heel anders dan de staatssecretaris. Kan de staatssecretaris hierop reageren? Voorzitter. Het laatste punt: de aanwijzing van de zorgkantoren. Deze is er inmiddels, maar ook daar zijn wij te laat mee. Zijn overigens ook de zorgvragers betrokken bij het opstellen van de aanwijzing? In hoeverre zijn hun belangen en wensen voldoende vertaald in de afspraken die de staatssecretaris heeft gemaakt?

Voorzitter. Laat het helder zijn. De staatssecretaris belooft afspraken te gaan maken over inkoop door de zorgverzekeraars. Wij willen daarnaast de persoonsvolgende bekostiging in de vorm van bijvoorbeeld vouchers als volwaardig alternatief in het plan van aanpak terugzien. Het kan niet zo zijn dat er in de komende tijd maar één model van zorginkoop wordt uitgewerkt. Er moet een volwaardig alternatief zijn. Waarom loopt de concessie voor nog drie jaren? Was twee jaar niet mogelijk geweest? Mevrouw Wolbert heeft al gesproken over het hobbyisme van zorgverzekeraars die op allerlei manieren verschillend werken. Hier is meer eenduidigheid nodig. In de brief zie ik niet terug hoe dat uiteindelijk vorm heeft gekregen.

Voorzitter: Jan de Vries

Antwoord van de staatssecretaris

Staatssecretaris **Bussemaker**: voorzitter. Verschillende fracties hebben vragen gesteld over het bestaansrecht van zorgkantoren, de toekomst ervan en de relatie met de persoonsvolgende budgetten, vouchers et cetera. Hier ga ik als eerste op in en daarna komt de concessieverlening en de contracteerruimte aan de orde.

Wij hebben de afgelopen tijd verschillende keren met elkaar gedebatteerd over de toekomst van de AWBZ, mede naar aanleiding van het SER-advies en de uitdagingen die er liggen. Met stip bovenaan staat de versterking van de positie van de cliënt, verbetering van de kwaliteit, vermindering van de bureaucratie, solidariteit en houdbaarheid en het bevorderen van diversiteit in wonen. Deze thema's komen steeds terug.

De versterking van de positie van de cliënt is een heel belangrijk thema. Hierbij speelt ook de positie van de zorgkantoren een belangrijke rol. Ik wil mij de komende jaren vooral richten op het volgen van de veranderagenda met alle stappen die wij de afgelopen tijd uitgebreid met elkaar hebben besproken. Ik wil niet dat dit vermengd wordt met een te vroege

structuurwijziging. Dat is de reden waarom ik er voor heb gekozen om de zorgkantoren niet met ingang van 1 januari op te heffen, maar juist om de zorgkantoren een rol te geven bij het verbeteren van een aantal elementen. Dat betekent dat in de aanwijzing de zorgkantoren een verlenging krijgen voor drie jaren, juist om continuïteit in de uitvoering te bieden en om ruimte te creëren voor het doorvoeren van de veranderagenda. Dat betekent tevens dat ik nu nog niet de stap zet om de AWBZ door de zorgverzekeraars voor hun eigen verzekerden te laten uitvoeren. Eerst moet de komende periode alle energie en tijd worden ingezet voor de uitvoering van de veranderagenda. Naar mijn idee is het nog niet verantwoord om nu al de uitvoering aan de zorgverzekeraars over te laten. In gesprekken met zorgverzekeraars is mij gebleken dat de visie op de uitvoering daarvan niet bij alle zorgverzekeraars dezelfde is. Dat geldt ook voor de te volgen weg naar het bereiken van dat doel.

Er zijn verschillende redenen, zoals praktische, om dat nu niet te doen. Zorginstellingen zijn nog niet eens in staat om declaraties op individueel niveau aan te leveren. Dat is een voorwaarde voor persoonsvolgende bekostiging en daarmee ook een voorwaarde voor de uitvoering door zorgverzekeraars. Het gaat mij niet alleen om de praktische elementen die daarin een rol spelen. Ik wil eerst overtuigd zijn van de inhoudelijke meerwaarde ervan. In verschillende gesprekken met verzekeraars heb ik kenbaar gemaakt dat het hun verantwoordelijkheid is om anderen en mij te overtuigen van de meerwaarde. Deze zie ik nu nog niet. Er moet nog veel werk verzet worden, zoals het door de zorgverzekeraars met gemeenten afstemmen van de zorg. Dit thema was ook vorige week bij de begroting aan de orde. Ik weet dat de PvdA-fractie al meerdere keren heeft gezegd dat het machtsevenwicht niet toereikend is. Hoe stemmen zij hun zorg af op lokale behoeften? Wat is de betekenis voor de zorginkoop en wat mag een cliënt van de zorgverzekeraar verwachten? Op deze punten wil ik meer helderheid en ambities zien van de zorgverzekeraars.

Tevens wil ik van hen weten wie zij voor zich zien als zij de AWBZ voor eigen cliënten uitvoeren. Mijn idee is dat men hierbij vooral aan ouderen denkt en veel minder aan gehandicapten. Ik wil dit punt uitgebreid met de zorgverzekeraars bediscussiëren. De vraag is wat het betekent voor kwetsbare, meervoudig zwaar gehandicapte cliënten als de zorgverzekeraars zelf gaan uitvoeren. Geen enkele verzekeraar wil deze groep op voorhand aannemen. Dat zijn vragen waar wij niet licht over kunnen denken en die wij zeer zorgvuldig moeten beoordelen. In die zin sta ik anders in de discussie dan bijvoorbeeld de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) en ook ActiZ. Zij zien het liefst dat er helemaal geen sprake is van zorginkoop door een zorgverzekeraar. Ik denk dat het vooralsnog niet wenselijk is, gezien de stappen die wij nu op korte termijn moeten zetten en de vragen die nog beantwoord moeten worden voor de langere termijn. Hierbij moet in de discussie betrokken worden welke gehandicapten in beeld zijn bij de zorgverzekeraars. Dat geldt ook voor de langdurige ggz, die minder in beeld is.

Hierbij speelt ook een rol dat de sector in beweging is en dat er een neiging bestaat tot concentratie van zorgaanbieders en omzetmaximalisatie. Mevrouw Leijten en de heer De Vries verwezen hier expliciet naar. De heer De Vries had hierover een interessant artikel in Het Financieele Dagblad gepubliceerd, waarin verwezen werd naar de eerdere discussies die wij met elkaar gehad hebben over fusies, maar ook naar wat vraagsturing betekent. Vraagsturing kan worden opgevat als een economische dienst. Ik weet dat er voorstanders zijn om de zorg en ook de AWBZ als een markt van vraag en aanbod te zien, waarbij de cliënt zelf met de verzekeraar kan onderhandelen over de beste oplossing. Ook bij de persoonsvolgende bekostiging geldt dat de cliënt sterk genoeg moet zijn om op voet van gelijkheid met de aanbieder te kunnen onderhandelen over de beste zorg. Ik denk dat de heer De Vries correct opmerkt dat in de zorg gezocht wordt naar bezielde ondernemen, rekening houdend met de speci-

fieke karakterkenmerken van de zorg. De markt kan nooit helemaal vrij zijn en er is sprake van een gereguleerde markt. Hiermee moeten wij terdege rekening houden.

Ook de vraag van solidariteit speelt hierbij een rol. Hoe zorgen wij ervoor dat alle cliënten voor wie de AWBZ bedoeld is, er in de toekomst zeker van kunnen zijn dat zij er gebruik van kunnen maken? Ik ben ervoor dat de AWBZ teruggaat naar de kern. Dat betekent niet dat ik aan de dingen die er onbedoeld in zijn gekomen, zoals de al te grote groei van de ondersteunende begeleiding, een einde wil maken. Tegen deze achtergrond is het voor mij een stap te ver om het proces van zorgverlening volledig over te laten aan zorgaanbieders en cliënten, temeer omdat de prijs- en pakketbepalingen altijd een publieke verantwoordelijkheid zullen blijven. Dat is wat iedereen zegt, ook de aanbieders. De overheid moet duidelijk aangeven wat er in het pakket zit en wat de prijs is. Dat is een van de ambitieuze doelstelling op korte termijn. De vraag is dan in welke structuur of organisatie de zorginkoop inhoudelijk het meeste oplevert. Deze vraag staat voor mij centraal in de discussie, ook bij de uitvoering op lange termijn.

Ik vind het nu te vroeg, gezien het feit waar wij nu staan en wat er nog niet geregeld is, om voor kwetsbare groepen de zorginkoop toe te kennen aan zorgverzekeraars. Daarom heb ik voor een andere route gekozen en dat is het verlenen van een concessie onder voorwaarden. Het alternatief zou een persoonsvolgende bekostiging kunnen zijn, waarnaar verschillende fracties verwezen hebben en waarover ik eerder met de Kamer heb gedebatteerd. Er zitten voor- en nadelen aan het persoonsvolgende bekostigingssysteem. Ik zie de kracht van meer macht voor de cliënt en de emancipatie van de zorgvrager. Er zit ook een risico aan een te sterk geïndividualiseerd systeem, waarin elke verzekerde zelf de zorg moet regelen op basis van het bedrag dat na indicatiestelling beschikbaar is. Mevrouw Wolbert vroeg daar ook naar. Moet de cliënt met zichzelf of met zijn gehandicapte kind gaan leuren als er geen aanbieder of iemand anders aanspreekbaar is? Als iemand aanspreekbaar wordt, dan weet ik wel wie dat is. Dat is degene die op mijn stoel zit. Als de manier uit handen wordt gegeven om daar controle op uit te oefenen omdat men dit niet meer wil, moet men consequent zijn en niet bij problemen steeds de verantwoordelijkheid terughalen. Dat vind ik ingewikkeld aan een ver doorgevoerd persoonsvolgend bekostigingssysteem, omdat ik denk dat veel AWBZ-clieënten er goed toe in staat zijn, maar ook veel cliënten niet. Hiermee moeten wij terdege rekening houden. Ook kan het calculerend gedrag uitlokken, waarvan uiteindelijk vooral de mondige burgers de vruchten plukken. Hoe kan het persoonsvolgende bekostigingssysteem in een matige variant worden doorgevoerd? Welke randvoorwaarden moeten worden gecreëerd om de positieve elementen een kans te geven en de negatieve zoveel mogelijk te voorkomen? Dat zijn essentiële vragen. Ik ben graag bereid de Kamer, en mevrouw Wolbert vroeg hiernaar, nog eens uitgebreid te informeren over de principiële en praktische vragen die aan beide keuzes ten grondslag liggen en waar men aan kan denken in de toekomst.

Mijn prioriteit ligt de komende jaren bij het zetten van een aantal stappen dat hoe dan ook nodig is voor het versterken van de positie van de cliënt. Zonder versterking van deze positie zijn beide varianten die ik heb geschetst, inadequaat. Bij beide varianten moet worden nagedacht over het borgen van de publieke invloed. Ik vind dat een hele lastige vraag en daar is geen gemakkelijk antwoord op, zeker niet in combinatie met het streven naar minder bureaucratie.

Het denken moet niet stopgezet worden. De komende jaren moeten wij blijven werken aan elementen waar concrete winst te boeken is en dat is bij de verdere ontwikkeling en invoering van de ZZP's, het nadenken over en het ontwikkelen van de extramurale zorgpakketten, het verplicht stellen van het zorgplan – zeer cruciaal – het formuleren van heldere zorg-

afspraken, het komen tot meer eenduidige en scherpere indicatiestelling, een goed werkend declaratieverkeer op individueel cliëntniveau – dat is in alle gevallen een absolute noodzakelijkheid – en goede afspraken met de zorgverzekeraars over het contracteren van zorg. Dit zijn noodzakelijke voorwaarden die moeten zijn ingevuld om persoonsvolgende bekostiging te kunnen introduceren.

Op basis van deze randvoorwaarden heb ik afspraken gemaakt met ZN. Ik weet dat zij het liefst zo snel mogelijk de inkoop voor eigen cliënten doen en snel aan de slag willen met de uitvoering van de AWBZ. Ik heb met hen afgesproken dat er voor eind 2008 een gezamenlijk plan van aanpak wordt opgesteld waarin de randvoorwaarden voor een go/no-go staan weergegeven. Aan de hand van ervaringen bij de uitvoering van het plan wil ik op 1 juli 2010 een besluit nemen over de uitvoering van de AWBZ door zorgverzekeraars voor eigen verzekerden. Daar komen alle vragen aan de orde over de randvoorwaarden, waaraan moet worden voldaan, voor wie is het mogelijk en op welke termijn en wat kunnen de zorgverzekeraars in de toekomst laten zien. Zij moeten nu bewijzen dat zij voldoen aan de eisen voor algemene sturing, verbetering van de kwaliteit, vermindering van de bureaucratie, versterking van de positie van de cliënt, meer ketensamenwerking, et cetera. Daartoe heb ik hen uitgedaagd. De komende jaren volgen wij een stappenplan. Ik zeg toe de Kamer, en met name mevrouw Van Miltenburg die hiernaar vroeg, hierover in het voorjaar door middel van rapporten te informeren aan de hand van het go/no-gomoment. De toezegging die ik zojuist aan mevrouw Wolbert deed, sluit hier nauw op aan. Deze kunnen wellicht gecombineerd worden.

Wij gaan ons voorbereiden op de volgende stappen: de ketenzorg en de snellere doorlooptijden, kortom de meerwaarde die een dergelijke aanpak verdient. Een essentiële vraag hierbij is de wijze van borging van de positie van kwetsbare cliënten. Het kan zijn dat hiervoor geen goede oplossing gevonden kan worden in deze constructie. Wij gaan stappen zetten, maar deze stappen moeten zichzelf nog bewijzen. Ik houd zeer streng de vinger aan de pols of het gaat zoals wij dat willen. Hierbij brengen wij ook de risico's in beeld, zoals de mogelijkheid dat er meer bureaucratie ontstaat, meer fusies of een afwenteling van de Zorgverzekeringwet (Zvw) op de AWBZ of dat er onvoldoende borging is voor kwetsbare groepen.

Mevrouw Leijten (SP): Wij zijn al op weg om dit gewoon door de zorgverzekeraars te laten uitvoeren. De staatssecretaris gaat nu alle vooren nadelen in kaart brengen. De staatssecretaris zegt in een bijzin dat de voordelen wel degelijk gezien worden. Ik kan nog wel een rijtje nadelen noemen, bijvoorbeeld de «voorkruiptzorg» in de gewone ziekenhuiszorg. In het Kennemer Gasthuis worden specialisten voor hoge bedragen omgekocht om wachtlijsten te omzeilen. Dat wil ik niet terugzien bij de langdurige zorg. Ik vind het zeer onwenselijk dat mensen dubbel afhankelijk worden van een zorgverzekeraar als het gaat om zowel de genezende als langdurige zorg. Ik wil vragen daar aandacht aan te besteden. Het moment van go/no-go moet hier besproken worden. Hoe kijkt de staatssecretaris aan tegen het feit dat de commerciële partners met een winstoogmerk de langdurige zorg moeten gaan uitvoeren, waarvoor wij allemaal premie betalen via de belastingen?

Mevrouw Van Miltenburg (VVD): Ik vind dat de staatssecretaris dit op een goede manier aanpakt. Er worden wel degelijk stappen gezet en dat is in het vorige kabinet niet gebeurd. Toen werd telkens gezegd dat het er aan kwam. De staatssecretaris ziet de risico's en de voordelen. Er is toegezegd dat het stappenplan er komt. Ik wil graag van de staatssecretaris horen waar de cruciale punten liggen. Misschien kan dat nu niet worden vermeld, maar dan verzoek ik de staatssecretaris dat in de stukken aan te

geven. Een aantal zaken moet opgelost zijn voordat een besluit wordt genomen. Aan elk systeem zitten voor- en nadelen.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Ik vind het logisch dat de staatssecretaris de geschetste stappen zet. Een aantal van deze maatregelen moet worden genomen, onafhankelijk van welk systeem er komt. Ik wil liever niet een heel traject doorlopen en aan het eind een go/no-gobeslissing nemen, maar al veel eerder in het stappenplan een aantal van dit soort momenten inbouwen. Dat vraagt om een prioritering of rangorde in voorwaarden. Sommige zijn meer basaal dan anderen. Ik dring aan op een soort ordening en eerdere keuzemomenten.

Voorzitter: Van Miltenburg

De heer **Jan de Vries** (CDA): De staatssecretaris schetst twee beleids-opties, die ook door de Kamer ingebracht zijn. Deze stonden ook in de stukken van de SER en in de beleidsreactie van het kabinet. Is de staatssecretaris bereid om, zoals zij ook doet voor de uitvoering door de zorgverzekeraars, ook een plan van aanpak met randvoorwaarden en een go/no-gobesluit in 2010 voor de persoonsvolgende bekostiging in te zetten? Hierbij moet een parallelle ontwikkeling plaatsvinden, zodat over beide opties in 2010 een besluit kan worden genomen. Het zou heel slecht zijn als wij straks in 2010 moeten constateren dat wij alleen nog maar zorgkantoren als optie hebben.

Staatssecretaris **Bussemaker**: Voorzitter. Ik heb de indruk dat de vragen goed op elkaar en op mijn betoog aansluiten. Ik loop nu op geen enkele manier vooruit op definitieve besluitvorming. De zorgverzekeraars moeten de stappen die wij nu gaan nemen, toch zetten, ook als wij naar een ander systeem gaan. Er moet een en ander gebeuren in de richting van kwaliteit en sturing door cliënten. Daarnaast komen de eisen die aan een ander systeem gesteld worden, aan de orde.

Aan beide systemen stel ik een aantal cruciale voorwaarden. De meest cruciale is de borging van kwetsbare cliënten. Ik heb met de zorgverzekeraars afgesproken dat wij voor het einde van dit jaar de stappen formuleren die de komende jaren gezet moeten worden om de borging te garanderen. Daarnaast heb ik de principiële vraag voorgelegd over beide systemen. Deze vraag werk ik gelijktijdig uit met daarbij de voor- en nadelen. Hierbij hoort ook de vraag hoe bij beide systemen wordt voorkomen dat er te veel marktwerking of een te sterk individualiserend systeem ontstaat. Bij alle systemen moet er een publieke borging komen. Als derde theoretisch model kan ik het overheidssysteem uitwerken, maar naar mijn idee wordt hierdoor een stap terug gezet naar de invoering van regionale indicatieorganen. Ik denk niet dat dit de weg is die wij moeten inslaan. Wij moeten wel heel goed nadenken bij het inslaan van een andere weg hoe de publieke borging daar een goede plek krijgt.

Mevrouw **Leijten** (SP): Bepaalde stappen moeten hoe dan ook gezet worden. Het gevaar is levensgroot aanwezig, zo niet evident, dat op het moment dat de staatssecretaris samen met de zorgverzekeraars een stappenplan gaat maken, deze commerciële partijen alles gaan voorbereiden op de invoering. Zo meteen worden wij geconfronteerd met een rijdende trein, die niet meer gestopt kan worden. Ik heb overigens niet gevraagd naar het derde model waar de staatssecretaris over spreekt. Ik heb gevraagd naar de kwaliteitsverbetering op dit moment, maar ik neem aan dat de staatssecretaris nog op al mijn vragen terugkomt. Ik vind het gevaar levensgroot aanwezig dat, als de staatssecretaris nu samen met de zorgverzekeraars stappen gaat formuleren, wij in 2010 geconfronteerd worden met het feit dat alles is voorbereid en dat de trein aan het rijden

is. Wij kunnen niet meer terug. Ik wil van de staatssecretaris weten dat dit in ieder geval niet gebeurt.

De heer **Jan de Vries** (CDA): Het is goed dat beide systemen parallel worden ontwikkeld met dezelfde randvoorwaarden, vragen en kwaliteits- en publieke borging. Mijn vraag is om bij de nadere uitwerking van de persoonsvolgende bekostiging, maar ook bij het andere systeem, ook de belangenbehartigers van de zorgvragers te betrekken. De staatssecretaris gaat met de zorgverzekeraars het systeem nader uitwerken, waarbij de zorgverzekeraars de inkoop verzorgen voor hun eigen cliënten. Het lijkt mij vanzelfsprekend dat de staatssecretaris bij het nader uitwerken van de randvoorwaarden en bij vragen over het alternatieve systeem van de persoonsvolgende bekostiging de zorgvragers betreft.

Voorzitter: Jan de Vries

Staatssecretaris **Bussemaker**: Voorzitter. Die zullen inderdaad bij beide systemen betrokken worden, want dit valt onder punt een: versterking van de positie van de cliënt. Wij praten hier niet over doelen op zich, maar over middelen en organisatievormen om het doel van de versterking van de positie van de cliënt en verbetering van kwaliteit te bereiken. Dat moet nu al gebeuren, welke keuze er ook gemaakt wordt.

Er is geen sprake van een rijdende trein. Als het aan de zorgverzekeraars lag, zouden zij nu al de AWBZ voor hun cliënten uitvoeren. Dit geldt voor een aantal zorgverzekeraars. Dat vergt een politiek besluit. Ik wil geen stilstand in het traject en wij moeten verder kijken hoe wij de toekomst invullen. De Kamer vraagt mij telkens wat ik op de lange termijn ga doen. Dat is een terechte vraag, maar alles moet in de juiste volgorde gebeuren. Wij beginnen nu praktisch met het no regretbeleid. Ondertussen wordt een aantal varianten uitgewerkt met alle voor- en nadelen.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): De staatssecretaris heeft opgemerkt dat er zorgverzekeraars zijn die dat nu al willen uitvoeren. Vooruitlopend daarop blijkt dat sommige zorgverzekeraars dat vertalen in de bemensing en kwaliteit van hun zorgkantoren. Kan de staatssecretaris in haar antwoord en in het stappenplan dat kwaliteitsaspect van de zorgkantoren en de expertise en deskundigheid die daar aanwezig zijn, meenemen?

Staatssecretaris **Bussemaker**: Dat is een andere vraag. Dit gaat over de principiële keuzes. Deze vraag gaat over de kwaliteit van de zorgkantoren. Deze komt terug bij de controle en de concessie.

Staatssecretaris **Bussemaker**: Voorzitter. Ik kom nu toe aan de concessieverlening en aanwijzing van de zorgkantoren van 2009 tot 2011. Mevrouw Van Miltenburg en de heer De Vries vroegen of zorgvragers betrokken zijn bij de aanwijzing. Zij zijn daarbij betrokken, juist om de persoonsvolgende bekostiging uit te werken. De concessie is voor drie jaar verleend en niet voor twee jaar, omdat er heel veel moet gebeuren. Ik wil rust bereiken bij dit soort afspraken om de komende jaren alle energie goed te kunnen besteden aan wat nodig is. Het is ook van belang om meer eenduidigheid te krijgen.

Mevrouw Van Miltenburg vroeg op welke manier in de concessie is opgenomen dat de cliënt invloed heeft. Allereerst doordat het zorgplan centraal komt te staan. In de mandaat- en volmachtovereenkomst is opgenomen dat zorgkantoren het principe hanteren dat de AWBZ-verzekerde centraal moet staan en dat de verzekerde gebaat is bij zo weinig mogelijk tussenstations. Ook de ketenzorg moet in orde zijn. De zorgkantoren maken met de zorgaanbieder afspraken over de kwaliteit. Hierbij is afgesproken dat de cliënt van een zorginstelling erop kan rekenen dat minimaal één keer per jaar zijn zorgplan wordt geëvalueerd en waar nodig, bijgesteld.

De aanwijzing voor de zorgkantoren geldt voor drie jaar. In mijn beschikking heb ik opgenomen dat de zorgkantoren zorgvuldig uitvoering geven aan alle taken die aan de zorgverzekeraars zijn opgedragen in de mandaat- en volmachtovereenkomst. Dat biedt het ministerie van VWS, de zorgverzekeraars en de NZa aanknopingspunten om de zorgkantoren daar ook op aan te spreken. De vraag over de sturing ligt op de eerste plaats bij ons, maar daarnaast ook bij de NZa en vervolgens bij de zorgverzekeraars.

Er zijn afspraken gemaakt over de uitvoering van de AWBZ voor de komende drie jaar. De afspraken die ik met de zorgverzekeraars heb gemaakt, sluiten direct aan bij de brieven die ik eerder naar de Kamer heb gestuurd over de toekomst van de AWBZ en het centraal stellen van cliënten en meer kwaliteit.

Op een drietal prestatievelen moeten de zorgkantoren zich de komende drie jaar meer in het bijzonder gaan richten. Op de eerste plaats is dat service bieden aan cliënten, zoals zorgbemiddeling, goede informatieverstrekking over bijvoorbeeld het pgb en informatie over zorgaanbod via websites, inzicht in wachttijden en een goede klachtafhandeling et cetera. Het zorgkantoor moet daarbij voor cliënten het aanspreekpunt in de regio zijn.

Op de tweede plaats komt de bestrijding van de administratieve lasten en het inrichten van een moderne administratieve organisatie. Daarbij is cruciaal dat zorgkantoren geen onnodige informatie-uitvraag bij zorgaanbieders doen. Ik heb veel nadruk opgelegd op het feit om dit punt en het stellen van uniforme eisen aan zorgaanbieders in de concessieverlening centraal te stellen. De zorgkantoren moeten zoveel mogelijk aansluiten bij de normen voor verantwoorde zorg, zodat instellingen niet onnodig worden geconfronteerd met verschillende kwaliteitseisen. Ook op andere terreinen zoals zorgzwaartefinanciering, zullen zorgkantoren uniforme eisen stellen en onnodige administratieve lasten voorkomen. Bij moderne administratieve organisaties gaat het ook om het verbeteren van de kwaliteit van het berichtenverkeer, de AWBZ-brede Zorgregistratie (AZR) en het invoeren van een cliëntvolgende administratie en declaratiesysteem. Dit is een voorwaarde voor persoonsvolgende bekostiging. Ik vind het heel belangrijk, en dat meld ik ook in elk gesprek met zorgkantoren en zorgverzekeraars, dat men uitgaat van de normen voor verantwoorde zorg. Deze staan centraal. Ik kan zorgverzekeraars niet verbieden om daar eigen keurmerken en dergelijke aan toe te voegen, maar ik heb hen wel gevraagd om daar zo terughoudend mogelijk mee te zijn en zoveel mogelijk aan te sluiten bij de normen voor verantwoorde zorg.

Het derde punt gaat over de zorginkoop en contractering. Dit betreft het inkopen van voldoende zorg, bij de vraag passende zorg, kwalitatief verantwoord en doelmatig, en passend binnen de regionale contracteer-ruimte. De zorgkantoren handelen daarbij binnen uniforme kaders. Het kan niet zo zijn dat een zorginstelling die in meerdere regio's actief is, te maken krijgt met volstrekt andere inkoopvereisten. Wel hebben zorgkantoren binnen de uniforme kaders ruimte voor regionaal maatwerk. Zo zal in een regio als Friesland het begrip bereikbaarheid een veel belangrijker onderdeel van de inkoopvereisten vormen dan in de Randstad. Dat is goed, want op deze manier kan met de regionale zorginkoop maatwerk geboden worden. Zorgkantoren zullen in de regio met cliëntenorganisaties, de zorgverzekeraars, de gemeenten en de zorgaanbieders samenwerken om de inkoop af te stemmen op de behoeften van de AWBZ-verzekerden in de regio. Belangrijke elementen daarbij zijn samenhang van zorg en ondersteuning over domeingrenzen heen en keuzevrijheid en diversiteit in wonen. Bij de uitvoering van de AWBZ zullen zorgkantoren zich duidelijk in de regio inbedden als herkenbare uitvoeringsorganen van de AWBZ. Daarmee zijn de zorgkantoren een duidelijk aanspreekpunt voor de AWBZ-verzekerden in de regio en voor mensen met een zorgindicatie, als zij aangewezen zijn op langdurige zorg.

Zij zijn ook een duidelijk aanspreekpunt voor zorgaanbieders en gemeenten, mede gelet op de wenselijke Ketenzorg Dementie en de maatschappelijke opvang.

Mevrouw Leijten heeft gevraagd naar de kwaliteit van de prestatie van zorgkantoren. Waarom presenteren de zorgkantoren niet vooraf de kwaliteitseisen in plaats van achteraf? De zorgkantoren maken een leidraad zorginkoop voorafgaand aan het contracteringsproces.

Vanaf 2009 zijn daarin leidend het kwaliteitskader verantwoorde zorg in de verpleging en verzorging en gehandicaptenzorg. In de ggz zal dit kader leidend worden.

Hoe kunnen zorgkantoren uniforme kwaliteitseisen opstellen en kunnen deze afgedwongen worden? Verschillende leden, onder andere mevrouw Leijten, hebben daarnaar gevraagd. Ik heb met de zorgkantoren afgesproken dat zij met de zorgaanbieders afspraken maken die aansluiten bij de landelijke kwaliteitskaders. Daarom gaan zorgkantoren in principe niet zelf weer een selectie maken van de indicatoren uit de landelijke kwaliteitskaders. Tussen de zorginstelling en het zorgkantoor vindt overleg plaats over de verbetercyclus die hoort bij het kwaliteitskader. Het zorgkantoor zal erop toezien dat de keuze van verbetertrajecten die de instelling voorlegt, is afgestemd met de cliëntenraad van de instelling. Dat wordt teruggenomen naar de inbreng door cliënten bij de kwaliteit. Overigens is het wel zo dat er verschillende accenten kunnen bestaan bij het inkoopbeleid in de regionale omstandigheden, juist om rekening te houden met regionale cliënten. Organisaties worden door de zorgkantoren betrokken bij de vormgeving van het inkoopbeleid. De zorgkantoren zullen daar de komende tijd nog meer in investeren.

Mevrouw Leijten heeft een specifieke vraag gesteld over de kwaliteit. Zij heeft mij intussen ook schriftelijke vragen gesteld over de tillift, die ik kortgeleden beantwoord heb. Het betrof een man die naar een andere instelling moest verhuizen. Hij zou een vrijwillige eigen bijdrage moeten gaan betalen voor de tillift, als hij in de instelling wilde blijven wonen. De vraag is wat hierbij de rol van het zorgkantoor is. De vraag is of de huidige instelling nog voldoende zorg kan leveren gezien de zorgzwaarte van de cliënt en of het niet in de rede ligt om een andere instelling te benaderen. Hier komt het zorgkantoor in beeld, want het zorgkantoor heeft de zorgplicht en het is aan het zorgkantoor om actief te bemiddelen bij het aanbieden van adequate zorg aan de cliënt. In de huidige situatie is die rol al aan het zorgkantoor opgedragen. In de komende concessieperiode vanaf 2009 zal dit aspect extra worden aangezet. Over dit specifieke geval waar mevrouw Leijten vragen over heeft gesteld, zal ik contact opnemen met de IGZ voor het toezicht op de Philadelphia Groep, waar deze instelling onderdeel van uitmaakt. Dit geval illustreert mijn visie dat ik het niet verantwoord vind om zomaar over te gaan tot persoonsvolgende financiering. Deze man is een goed voorbeeld van iemand die geen onderhandelingspositie met zijn aanbieder heeft. Als het systeem te snel, niet goed of met te weinig publieke borging wordt doorgevoerd, kan iemand tussen wal en schip terecht komen.

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD): Ik heb twee vragen. De staatssecretaris antwoordt op mijn vraag over hoe de cliënt centraal komt te staan in de concessie terwijl de zorgkantoren collectief inkopen, dat daarvoor het zorgplan bestemd is. Het probleem is dat die mensen bij het onderhandelen over het zorgplan, want daar moeten zij ook over onderhandelen, te horen krijgen dat zij graag willen dat dit iets anders is dan wat is afgesproken met het zorgkantoor. Wat is dan nog hun positie? Hoe kunnen zij vormgeven aan hun wens voor de vraaggestuurde ZZP? Dat staat haaks op elkaar. De kwaliteitseisen en eisen van de inkoper houden niet per definitie rekening met de individuele wensen van de klant. Ik heb gezegd dat er in de concessie uniforme kwaliteitseisen moeten zijn volgens de norm voor verantwoorde zorg. Hoe verhoudt zich dat tot de klant-

gerichtheid, in die zin dat er overal kwaliteitsmetingen gedaan worden bij klanten over wat zij belangrijk vinden? Dat kan haaks staan op wat er in de norm voor verantwoorde zorg wordt gevraagd. Wat moet het zorgkantoor dan doen?

Mevrouw **Leijten** (SP): Voorzitter. Er wordt gesteld dat wij niet mogen ingaan op individuele gevallen, maar deze zijn wel exemplarisch. Vanaf 7 augustus is er geen zorg geweest voor deze man.

De **voorzitter**: Mevrouw Leijten, wij voeren hier een debat over de contracteerruimte en over de aanwijzing van zorgkantoren. Wij gaan niet een individuele casus bespreken. Dat doen wij in de Kamer nooit. De overige leden kennen overigens deze casus niet. Op basis van een individuele casus kunt u een algemene vraag stellen aan de staatssecretaris over de contracteerruimte en in dit geval over de concessieverlening en de rol van de zorgkantoren.

Mevrouw **Leijten** (SP): Hoe kan het gebeuren dat iemand vanaf 7 augustus tot nu geen zorg heeft ontvangen? Waar heeft het zorgkantoor een fout gemaakt of had de cliënt naar het zorgkantoor moeten gaan?

De **voorzitter**: Mevrouw Leijten, u mag niet een individuele casus gebruiken, maar u mag wel een algemeen probleem schetsen bij de rol van de zorgkantoren.

Mevrouw **Leijten** (SP): Voorzitter. Ik wil ook de realiteit bespreken. Ik heb duidelijk gevraagd waar de zorgplicht ligt. Dit geval duidt aan dat dit blijkbaar niet goed geregeld is. Wat is de keuze van deze man? Wie bepaalt of de zorgzwaarte is toegenomen? Hoe wordt omgegaan met de tillift als er niet geklaagd wordt?

De **voorzitter**: Mevrouw Leijten, ik ontnem u het woord als u zo door gaat. Dat doe ik liever niet. Nu gaat u toch op de concrete casus in. Ik vraag de staatssecretaris in algemene termen te antwoorden, want het probleem in relatie tot de zorgplicht is helder. Had u nog andere vragen?

Mevrouw **Leijten** (SP): De doorverkoop heeft ook te maken met kwaliteitseisen. Ik heb meer dingen aangestipt die te maken hebben met kwaliteit, maar dat past blijkbaar niet in de papieren werkelijkheid van deze staatssecretaris.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Voorzitter. Ik heb een vraag over de concessieverlening voor drie jaar. Ik begrijp dat de staatssecretaris rust en continuïteit nastreeft om een aantal problemen de wereld uit te helpen. Geldt dat ook voor de instellingen waar de zorg wordt ingekocht? Betekent dit dat daar ook wordt gestreefd naar rust en continuïteit en dat om dezelfde reden er meerjarige contracten ingekocht kunnen worden? De tweede vraag gaat over het sturen op de concessieverlening. Deze is voor drie jaar verleend, terwijl de evaluatie na twee jaar plaatsvindt. Kan dit een jaar eerder gebeuren?

De staatssecretaris zegt dat de sturing in eerste instantie bij haar ligt, in tweede instantie bij de NZa en in derde instantie bij de verzekeraars. Gelijkzeitig zegt de staatssecretaris dat zij niet kan verbieden dat de zorgkantoren eigen kwaliteitseisen stellen. Wie stuurt er nu eigenlijk? Sturen wij of sturen de zorgkantoren en heeft de staatssecretaris daar invloed op?

Voorzitter: Van Miltenburg

De heer **Jan de Vries** (CDA): Waarom heeft de staatssecretaris ervoor gekozen om naast de concessie dit soort type afspraken te maken over eenduidigheid in kwaliteitseisen en dergelijke? Waarom vormen deze afspraken geen onderdeel van de concessie, zodat deze ook gehandhaafd kunnen worden?

Voorzitter: Jan de Vries

Staatssecretaris **Bussemaker**: In antwoord op de vraag van mevrouw Van Miltenburg over het centraal stellen van de cliënt in relatie tot het zorgplan en de zorginkoop, kan ik antwoorden dat het zorgkantoor collectief inkoop. Vervolgens wordt op individueel niveau een zorgplan gemaakt. Dat zorgplan bevindt zich op een ander niveau, maar moet altijd kunnen passen binnen de afspraken over de collectieve inkoop, tenzij de cliënt overvraagt. Dan zijn wij terug bij calculerend gedrag. In principe moet dat binnen het zorgplan mogelijk zijn, omdat wij het over een ander abstractieniveau hebben. De Consumer Quality Index (CQ-index) vormt onderdeel van het kwaliteitskader verantwoorde zorg.

Mevrouw Leijten heeft een vraag gesteld over de aanbieder die zorgt voor de kwaliteit en het zorgkantoor dat de zorgplicht heeft. Als een zorgaanbieder denkt dat hij de kwaliteit niet kan leveren, dan moet hij dat melden bij het zorgkantoor. Het zorgkantoor heeft een zorgplicht.

Mevrouw Wolbert heeft gevraagd naar de meerjarige contracten. Dat is niet vanzelfsprekend, maar meerjarige contracten worden wel overwogen in het kader van de ketenzorg. Op de evaluatie na één jaar kom ik in tweede termijn terug.

Op de vraag van het CDA over de relatie tussen de concessieverlening en kwaliteit, kan ik antwoorden dat de kwaliteitsnormen onderdeel vormen van de concessieverlening. Deze staan daar niet los van.

In de brief van 26 september heb ik de Kamer geïnformeerd over de zakelijke inhoud van de contracteerruimte. Wij hebben tijdens het overleg van 30 oktober en tijdens de begrotingsbehandeling gesproken over de pakketmaatregelen die daarmee samenhangen en de aanwijzing voor de beleidsregels voor de NZa die zij binnenkort moeten vaststellen. Na dit overleg stuur ik de aanwijzing naar de NZa om de beleidsregels voor 2009 per 1 december 2008 vast te stellen.

De contracteerruimte bedraagt ruim 16 mld. en is gericht op voldoende zorg voor iedereen. De heer De Vries zei terecht dat de jaarlijkse contracteerruimte opgehoogd wordt met de zogenaamde groeiruimte, die bestemd is voor zowel meer cliënten als meer kwaliteit. In 2009 bedraagt de groeiruimte 591 mln. De komende jaren wil ik benutten om de regionale verdeling van de AWBZ-gelden kritisch tegen het licht te houden. Daarbij gaan wij ook kijken naar demografische en sociaaleconomische factoren en de zorgzwaarte van cliënten in de regio. Tegen de heer De Vries kan ik zeggen dat vanaf 2008 de groeiruimte verdeeld wordt volgens objectieve parameters, die al beter aansluiten bij de regionale behoeften. De komende jaren zullen wij samen met de NZa verdere stappen zetten in de richting van het meenemen van de totale contracteerruimte en een verdere verbetering op regionaal niveau. Ik denk dat heer De Vries terecht opmerkte dat zich in 2008 nauwelijks knelpunten hebben voorgedaan in de reguliere zorgverlening. Dat is wel eens anders geweest. Dat weten de Kamerleden net zo goed als ik. Voor de resterende maanden van 2008 worden zowel door de NZa als door ZN geen knelpunten meer verwacht. Ik hoop dat dit zo blijft.

De rust waar de heer De Vries naar verwees, is mede gerealiseerd door het knelpuntenbudget van 25 mln. en de financieringsruimte van 0,5% voor de zorgkantoren. Beide instrumenten wil ik in 2009 achter de hand houden. Ik moet een correctie aangeven. In de brief was sprake van 35

mln. knelpuntenruimte. Er is nu geconstateerd dat het bedrag van 25 mln. dat wij dit jaar hanteren, genoeg is en dat vooralsnog verwacht mag worden dat het ook voldoende is voor 2009. Ik houd ook voor 2009 een knelpuntenbudget van 25 mln. achter de hand. Dat is dus anders dan het bedrag van 35 mln. dat ik heb genoemd in de brief die ik eerder aan de Kamer heb toegestuurd. Ook hier speelt mee dat het steeds beter lukt om op regionaal niveau tot oplossingen te komen voor individuele zorgaanbieders. Een voorbeeld daarvan is het woon-zorgcomplex Hart van Thornspic in Doornspijk van de Stichting Protestants Christelijke Woonzorg Unie Veluwe. Zij hebben begin dit jaar problemen kenbaar gemaakt en toen is aangedrongen op overleg in de regio. Vaak levert dat nog problemen op zoals bij Meavita. Het is misschien aardig om te vermelden dat wij kortgeleden van hen een bedankbrief ontvingen, omdat zij blij waren dat het aanvullende budget door het zorgkantoor was toegekend en dat dit op basis van een goede regionale afweging was gebeurd. Daarnaast bestaan er middelen voor de reguliere zorgverlening en wordt ruimte beschikbaar gesteld voor kwaliteitsimpulsen en innovatie en 248 mln. voor de V&V-sector voor meer handen aan het bed. Dit wordt in 2009 gecontinueerd. Tegen mevrouw Leijten kan ik zeggen dat ik daarmee niet kan uitsluiten dat op instellingsniveau zich problemen kunnen voordoen als bijvoorbeeld de financiën niet op orde zijn. Het bedrag van 248 mln. is bestemd voor de hele sector. Voor de gehandicaptenzorg stellen wij overigens extra middelen beschikbaar van 42 mln. vanaf 2009.

Bij Philadelphia is sprake van een zorgelijke situatie, maar deze heeft niets te maken met het gebrek aan geld dat wij reserveren voor meer handen aan het bed. Dat reserveren wij voor de hele sector. Met Philadelphia zijn wij in gesprek over de financiële gang van zaken. Daar bovenop komt de specifieke ruimte voor innovatie en kleinschalige en transitie-experimenten, voor Ketenzorg Dementie, voor het Nationaal Ouderenprogramma en het Centrum voor Consultatie en Expertise Advies (CCE)-budget voor de extreme zorgzwaarte. De heer de Vries heeft gevraagd of dat budget voldoende is. De NZa monitort de uitputting van het budget extreme zorgbehoefte gehandicapten. Als er behoefte aan is, zal ik het budget voor deze groep verder verhogen, want mensen met extreme zorgzwaarte mogen niet de dupe worden van verkeerde ramingen. Mevrouw Van Miltenburg heeft gevraagd naar de pakketmaatregelen, met name of het maximum van tien uur begeleiding voldoende is. Het maximum is twintig uur. De normale regel is tien uur. Dit aantal kan opgeplust worden. Het ClIZ heeft beleidsvrijheid om in evidente en redelijke gevallen een hoger aantal uren toe te kennen. Deze zorgvraag kan plaatsvinden binnen de contracteerruimte die nu beschikbaar is, ook in de vorm van een volledig pakket thuis. Ik heb geen signalen ontvangen waaruit ik af zou moeten leiden dat de contracteerruimte niet voldoende is.

Een vraag van mevrouw Wolbert ging over het zicht krijgen op de cumulatie van effecten van maatregelen, onderhandelingsruimte van zorgkantoren en generieke prijskortingen. De NZa doet daar onderzoek naar en in mei is er een onderzoek klaar naar de omvang van het budget ten opzichte van de omvang van de zorgvraag. In het najaar komt er een rapport dat inzicht geeft in de extramurale zorgmarkt. Uit het laatste rapport blijkt dat de tariefkortingen door zorgkantoren afnemen. Tevens blijkt dat zorgaanbieders nog voldoende eigen vermogen hebben en voldoende zorgbudgetten om zorg te verlenen. Uit de monitoring door de NZa blijkt dat de gevolgen niet zorgwekkend zijn.

De heer De Vries heeft een vraag gesteld over de bonus/malusregeling en de visie van ActiZ dat het onrechtvaardig is om de sector opnieuw met een prijskorting te confronteren. Ik deel deze visie niet, want de maatregel beoogt het vorig jaar ingezette beleid te continueren. Bij de begroting 2008 heb ik met de Kamer overleg gevoerd op welke wijze een oplossing gevonden kon worden voor de onvoorziene toename in de AWBZ-uitgaven. Onderdeel van deze maatregel was een structurele aanpassing

van de tarieven op OB en PV met een opbrengst van 115 mln. Er is dus ook geen sprake van een aanvullende prijskorting. Bij de continuering van de prijsstelling uit 2008 is rekening gehouden met de verwachting dat de helft van de instellingen een volumereductie in die klasse heeft weten te realiseren. Bij de afrekening in 2008 zal blijken in hoeverre men daarin geslaagd is. Het is positief dat ActiZ aangeeft dat een aantal instellingen zich heeft ingezet om de doelmatige zorgleverantie in de klasse te bezien, zeker gezien de eerdere signalen uit het veld dat dit moeilijk realiseerbaar zou zijn. Het is mijns inziens echter te vroeg om op basis van een door ActiZ gehouden steekproef te constateren dat alle instellingen aan de voorwaarden hebben voldaan. Daarvan wil ik eerst de afrekeningen ontvangen. De afspraak is gemaakt voor een jaar, eventueel te continueren in 2009. Echter, nu zowel het bonus/malusstelsel als het stelsel van de weektarieven door de NZa als niet uitvoerbaar worden gekenschetst, zijn er geen alternatieven voorhanden dan een continuering van de prijsaanpassing van 3,5%.

Naar aanleiding van het advies van de NZa en de noodzaak om een invulling te vinden voor de structureel overeengekomen ombuiging is ook meermalen overleg geweest in het technisch overleg ter voorbereiding van de Advies Commissie Care van de NZa, waarbij zowel ActiZ als het ministerie van VWS aanwezig waren. Tijdens het overleg zijn geen andere werkbare alternatieven naar voren gekomen dan het continueren van de tariefskorting van 3,5% uit 2008. Ook de zorgverzekeraars en de aanbieders, die vertegenwoordigd waren door de VGN en GGZ Nederland, hebben in de commissie CIR aangegeven het advies van de NZa te steunen om de bonus/malusregeling per 1 januari 2009 te beëindigen. Ik kan mij dan ook niet herkennen in de uitspraak van ActiZ.

Tot slot, voorzitter, een vraag over het ZZP. Af en toe is er gerefereerd aan het ZZP, maar omdat wij daar volgende week een debat over hebben, ga ik ervan uit dat wij daar volgende week uitgebreid op terugkomen.

Mevrouw Van Miltenburg had een vraag die gerelateerd is aan het onderwerp van vandaag. Zij schetst dat het ZZP alleen een bureaucratisch systeem zou worden, nu in 2009 het systeem slechts gedeeltelijk wordt gebruikt. Mevrouw Van Miltenburg zei dat er helemaal geen financiële gevolgen aan vastzitten. Het gaat hier toch echt om een zorgvuldig invoering- en overgangsproces. Daarom wordt 2009 gebruikt als overgangsjaar. Volgende week tijdens het algemeen overleg over de ZZP's zullen wij daarop en op de maatwerkregeling uitgebreid ingaan.

Nadere gedachtewisseling

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Voorzitter. Ik ben blij om te horen dat de staatssecretaris de zorg van de PvdA-fractie deelt rond de invoering van de cliëntvolgende bekostiging. Ik ben ook blij om te horen dat er een stappenplan komt, waarin de voors en tegens uitgewerkt en gemonitord worden met een go/no-gomoment.

Op twee punten heb ik nog aanvullende vragen voor de staatssecretaris, omdat ik daarop nog geen antwoord heb gekregen. Ik ben bezorgd over de sturing van de zorgkantoren. Er wordt gestuurd op eenduidigheid, maar de irritatie bij mijn fractie gaat over het onderlinge verschil. Ik begrijp dat er in de regio eenduidige afspraken moeten worden gemaakt, dat is niet meer dan vanzelfsprekend. Het gaat mij om het verschil in afspraken tussen de regio's. Die kunnen soms groot en pijnlijk zijn. Ik wil weten hoe de staatssecretaris daar tussentijds op stuurt.

Als de concessie voor drie jaar verleend is en men komt na een jaar tot de ontdekking dat er nog steeds dezelfde verschillen zijn, hoe gaat de staatssecretaris daar exact in sturen en hoe gaat zij dat wijzigen? In dat licht wil ik echt weten waarom pas na twee jaar wordt geëvalueerd en niet na een jaar. Ik wil zeker weten dat wij in de komende drie jaar de doelen halen die wij gesteld hebben. Ik wil niet pas na twee jaar een keer zien hoe de vlag

erbij hangt, want dan hebben wij nog maar een jaar om bij te sturen. Dat is veel te kort.

Mevrouw **Leijten** (SP): Voorzitter. Over de werkelijkheid mag ik het niet hebben, maar ik zal het toch doen. Wie controleert het geld dat voor zorg naar de instellingen gaat? Is dat het zorgkantoor? Zo ja, hoe kan het dan zijn dat in de desbetreffende zaak de tillift niet aanwezig is en dus iemand zorg onthouden wordt? Het hierop afsturen van de IGZ is te little, te late. Ik heb gevraagd aan de staatssecretaris hoe wij vooraf kwaliteitseisen kunnen stellen, zodat wij niet achteraf de IGZ of de FIOD hierop af moeten sturen. Dan is al veel persoonlijk leed geschied.

Over de doorverkoop heb ik een antwoord gekregen, maar dat vind ik te mager. Wat doen wij nu met de uitbetaling van de pgb's? Ik wil hier antwoord op ontvangen, want dat zijn problemen die nu bestaan. De staatssecretaris heeft beloofd dat zij daar een brief over zou schrijven, maar die hebben wij nog niet gezien.

Ik vind het treurig dat wij het wel hebben over de toekomst, de toekomst, de toekomst, maar dat wij nu niet kunnen garanderen dat de basiszorg op orde is. Bij Philadelphia, een van de grootste zorgaanbieders, is het een drama. Dat weten wij al een jaar. Er is gewoon nog niets gebeurd. Hier heeft een zorgkantoor geen zorgplicht, want het gaat over regio's heen. De staatssecretaris gaat pas in november met de inspectie dreigen. Ik vind het treurig om dit te zien. Dit moet toch echt opgelost worden. Daar wil ik antwoorden op ontvangen.

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD): Voorzitter. Ik bedank de staatssecretaris voor de antwoorden. Ik ben het in grote lijnen eens met de stappen die zij neemt. Ik herhaal dat de VVD nog steeds vindt dat de zorgkantoren opgeheven moeten worden en dat de AWBZ uitgevoerd moet gaan worden door de zorgverzekeraars. Ik herhaal dat het helemaal niet zo is dat ik vind dat over drie jaar de AWBZ geprivatiseerd moet zijn. Uit het antwoord van de staatssecretaris bleek dat ik dit zou hebben gesuggereerd. Dat is helemaal niet waar. Ik denk dat een publieke verzekering gewoon door de zorgverzekeraars uitgevoerd moet worden. Dat deden zij vroeger namelijk ook. Ik vind het wel goed dat cliënten kunnen aangeven wanneer zij niet tevreden zijn met de uitvoering van de AWBZ door hun zorgverzekeraar en dat zij naar een andere verzekeraar kunnen overstappen. Dat kan op dit moment niet, want zorgkantoren zijn monopolisten.

De staatssecretaris heeft duidelijk vermeld dat, bij de beoordeling over het wel of niet overgaan, voor haar het belangrijkste is dat de positie van de meest kwetsbare cliënten goed geborgd is. Daar ben ik het mee eens. Ik kan er eraan toevoegen dat het ook voor de VVD belangrijk is dat de komende anderhalf jaar verzekeraars aantonen dat zij de positie van de individuele klant centraal zetten en laten zien wat de meerwaarde is voor cliënten. Cliënten moeten gewoon kunnen opbellen voor een oplossing van de problemen waar cliënten tegenaan lopen.

Ik vind het ook heel erg belangrijk dat verzekeraars aan kunnen geven dat zij echt inkopen op kwaliteit. De Kamerleden horen vaak van de aanbieders dat zij gekort worden omdat de kwaliteit onvoldoende is, waardoor wel eens de indruk ontstaat dat alle aanbieders gekort worden. De aanbieders die niet gekort maar beloond worden voor de kwaliteit, hebben er geen belang bij om dat aan ons te melden. Voor het evenwicht in het verhaal zou ik graag willen dat de staatssecretaris nagaat hoeveel aanbieders beloond worden voor kwaliteit.

Tot slot, kunnen de zorgkantoren nou actiever beoordelen of iemand in staat is een pgb te hanteren? Ik sluit me aan bij de vraag van mevrouw Leijten dat, als cliënten daartoe niet in staat zijn, het zorgkantoor moet kunnen weigeren. Volgens mij was dit de afspraak die voorheen bestond.

Voorzitter: Van Miltenburg

De heer **Jan de Vries** (CDA): Voor de lange termijnvisie ben ik blij met de toezegging van de staatssecretaris om beide modellen, enerzijds de zorgverzekeraar, anderzijds de persoonsvolgende bekostiging, nader uit te werken met de voor- en nadelen, de randvoorwaarden en dergelijke. Wij krijgen daar nog bericht over, zodat wij uiteindelijk ook in 2010 een go/no-go kunnen geven voor één of meerdere systemen, die uiteindelijk de zorgvraag ten goede komen. Daar gaat het om.

Ik hoor de staatssecretaris over de concessieverlening zeggen dat de kwaliteitscriteria onderdeel uitmaken van de concessieverlening. Ik zie deze niet terug in de concessieverlening. Ik lees alleen in de toelichting dat er afspraken zijn gemaakt, parallel aan de concessieverlening, over verschillende noodzakelijke beleidsontwikkelingen die voor ons niet ter discussie staan. Ik heb eigenlijk dezelfde vraag als mevrouw Wolbert: hoe kan de staatssecretaris op deze manier echt sturen en controleren of de afspraken nagekomen worden? De afspraken zijn met ZN gemaakt en allerlei zorgverzekeraars hebben hun eigen hobby's. Dat zien wij in ieder geval tot op heden. Wij vinden dat daar een sterkere publieke sturing op moet zitten, meer eenduidigheid en natuurlijk maatwerk waar nodig. Het is goed om te constateren dat de beleidsregels voor de contracteer ruimte voor 2009 nog niet uitgewerkt zijn. Dat gebeurt na dit overleg. Ik vraag de staatssecretaris wel om in de nieuwe beleidsregels ook ruimte te geven voor het prijsmodel. Dit loopt vooruit op en helpt bij de agenda van de staatssecretaris en op de gezamenlijke agenda om meer persoonsvolgend te werken, zoals in sommige regio's al het geval is. Waarom zouden wij hier die ruimte niet voor geven? Ik heb begrepen dat de NZa hier geen problemen mee heeft. Nu is het zo dat zorgkantoren verplicht zijn om met alle aanbieders productieafspraken te maken. CZ heeft in het lopende jaar geprobeerd op een andere manier te werken. Dat noemen zij het prijsmodel.

De **voorzitter**: Mag ik u even onderbreken? Ik begrijp dat de staatssecretaris u om een uitleg vraagt, maar ik stel voor dat u dit schriftelijk aan de staatssecretaris voorlegt. Als u dat nu moet gaan uitleggen, leidt dat tot veel vraagtekens en kost het erg veel tijd in dit debat.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Voorzitter. Ik wil wel de mogelijkheid hebben om daar iets over te zeggen. Als ik hier pleit voor meer eenduidigheid, en de heer De Vries gaat ervoor pleiten om binnen die eenduidigheid in Brabant een experiment op prijs uit te voeren, dan hebben wij een ander gesprek.

De **voorzitter**: Ik stel voor dat de staatssecretaris op dit onderdeel schriftelijk terugkomt. Dat kan zij misschien doen voor het overleg over de ZZP's. Dan kunnen er nog plenaire vragen gesteld worden.

De heer **Jan de Vries** (CDA): Voorzitter, ik ben het eens met uw voorstel, maar dat kan alleen als er nog ruimte is om de beleidsregels aan te passen.

De **voorzitter**: Dan vraag ik nu aan staatssecretaris of er nog ruimte is om deze vraag schriftelijk te beantwoorden, voordat de beleidsregels definitief worden.

Voorzitter: Jan de Vries

Staatssecretaris **Bussemaker**: Het was de bedoeling dat deze vandaag zouden worden uitgestuurd. Het lijkt mij ingewikkeld om te wachten tot het algemeen overleg over de ZZP's.

De **voorzitter**: Dan denk ik dat u toch antwoord moet geven op de vragen van de heer De Vries, die hij overigens in eerste termijn heel uitgebreid heeft toegelicht. Dat zeg ik ook in de richting van mevrouw Wolbert. In eerste termijn hebt u uitgebreid gelegenheid gehad om te interrumpen.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Ik snap heel goed wat de heer De Vries bedoelt, maar hij vraagt nu om het in te voeren.

De heer **Jan de Vries** (CDA): Ik vraag het in te voeren, niet voor één regio afzonderlijk, maar om aan alle zorgkantoren de ruimte te bieden om op deze manier te werken. Dat levert namelijk ook veel minder administratieve lasten op.

Daarnaast nog een vraag over de ZZP. Ook daar ligt een mogelijke relatie met de contracteerruimte. Bij de ZZP is aan de orde of wij naast de herallocatie ook nog een bandbreedte in de tarieven van maximaal 2% mogelijk maken. In eerste termijn heb ik gezegd dat de CDA-fractie dat onwenselijk vindt. Ik denk dat wij dit punt niet vooruit kunnen schuiven naar het overleg van volgende week.

De **voorzitter**: Volgens mij heeft de staatssecretaris daar in eerste termijn al antwoord op gegeven, maar misschien kan zij dat dan nog een keer doen.

Staatssecretaris **Bussemaker**: Voorzitter. De vraag over de sturing van de zorgkantoren en de afspraken tussen zorgkantoren kan ik als volgt beantwoorden. Ik kan u zeggen dat de evaluatie na één jaar plaatsvindt. Elk jaar komt er een rapportage van de NZa over de stand van zaken. De evaluatie gaat naar de Tweede Kamer, zodat de Kamerleden elk jaar op de hoogte worden gebracht. Hierin zullen de tekst en uitvoering van de eisen die in de concessie zijn gesteld, terugkeren. Hier kunnen wij ook in opnemen dat er gekeken wordt naar de afspraken tussen de regio's. De eerste keer is eind 2009. Richting de toekomstige uitvoering informeer ik de Kamer dan over de volgende plannen op 1 juli 2010. Dat gaat meer over de algemene toekomstige lijnen waar wij het eerder over hebben gehad. Ik kan de Kamer toezeggen dat die evaluatie elk jaar wordt toegezonden en dat daarin de afspraken tussen de regio's worden meegenomen.

Mevrouw Leijten vraagt wie de aanbieders controleert. Dat betreft volgens mij een discussie die wij heel vaak met elkaar voeren. De Kamer weet net zo goed als ik hoe dat gaat. Er wordt gekeken, zeker straks met de ZZP's, hoeveel geld een instelling aan de hand van de zorgzwaarte krijgt. De instelling moet zelf het geld verantwoorden en heeft daar een raad van bestuur en een raad van toezicht voor. Daarna komt de IGZ. Dat is een gelaagd systeem. Dat is met reden zo samengesteld. Ik weet dat de Kamer regelmatig met de minister en met mij spreekt over het feit wat er gebeurt als de raad van toezicht niet goed functioneert. Dat is een punt dat onze aandacht heeft. Hier zijn geen simpele oplossingen voor te bedenken. Vooraf moet een instelling voldoen aan de eisen die wij stellen, zoals in de Wet toelating zorginstellingen (WTZi). Het lijkt mij niet zinvol om dat op andere manieren te willen controleren. Dat leidt ook tot extra bureaucratie. Het past overigens ook niet bij mijn uitgangspunt dat wij meer van vertrouwen in de sector uit moeten gaan en dat de relatie tussen professionals en zorgverleners centraal staat.

Over de pgb's komt binnenkort een brief.

Ik heb goed naar de opmerkingen van mevrouw Van Miltenburg geluisterd over het korten van de aanbieders. Ik ben het met haar eens dat wij in het algemeen vooral degenen horen die erop achteruitgaan. Die discussie hebben wij ook bij de ZZP's. De instellingen die zich melden, zijn instellingen die erop achteruit gaan. Gemeenten die zich bij de Kamer en bij mij melden, zijn gemeenten die bij de Wmo nadeelgemeenten zijn geworden. Het kan inderdaad geen kwaad om bij tijd en wijle goed te beseffen dat

daar ook instellingen tegenover staan die erop vooruit zijn gegaan. Als het mogelijk is, zeg ik de Kamer graag toe informatie over belonen van aanbieders voor kwaliteit mee te nemen in een volgende brief. Ik moet daar eerst informatie over verzamelen. Volgens mij moet het geen probleem zijn.

Wij zijn in overleg met Per Saldo over de pgb's en de zorgkantoren. Over pgb's krijgt de Kamer nog een brief. Er komen nadere onderzoeken. Bij de begrotingsbehandeling zijn voor een ander onderdeel door mevrouw Wolbert en mevrouw Leijten moties ingediend.

De heer De Vries spreekt over de kwaliteitselementen in de concessie. Kwaliteit is onderdeel van de concessieverlening. Er zijn afspraken met ZN gemaakt over de kwaliteit. In artikel 4f van de concessieverlening wordt in de mandaat- en volmachtregeling gesproken over «bij de eisen op het gebied van kwaliteit geldt dat het zorgkantoor aansluit bij de landelijke kwaliteitskaders per sector, met daarin zowel een zelfevaluatie door de aanbieder als een onafhankelijk kwaliteitswaarderingsonderzoek».

Kortom, de kwaliteit is echt integraal onderdeel van de afspraak met de zorgkantoren en zorgverzekeraars.

Dan de vraag van de heer De Vries over het prijsmodel dat door CZ wordt gehanteerd. Dat is nu al mogelijk en hoeft niet afzonderlijk opgenomen te worden in de aanwijzing. Daarnaast is er ruimte voor kleinschalige experimenten die ook nu al mogelijk zijn. Ik hoef daar de beleidsregels niet voor aan te passen. Ik ben bereid om bij een volgend overleg met de zorgverzekeraars dit punt onder de aandacht te brengen.

Tot slot heeft heer De Vries de vraag gesteld over de 2% ZZP. Dat is geen tariefkorting, maar onderhandelingsruimte over de kwaliteit binnen de ZZP's.

Ten aanzien van het vorige punt zeg ik er nadrukkelijk bij dat ik voor het vaststellen van de beleidsregels per 1 december, deze aanwijzing binnenkort naar de NZa moet sturen. Ik zie geen mogelijkheid om op die onderdelen bij het algemeen overleg van volgende week terug te komen. Voor het concrete punt dat de heer De Vries noemt, hoeft dat niet door de beleidsregel te veranderen. Dit kan op een andere manier vorm krijgen.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Ik zou het op prijs stellen als wij een beschrijving ontvangen over het type systeem en de experimenten met de prijsstelling bij de zorginkoop, die op dit moment uitgevoerd worden.

Staatssecretaris **Bussemaker**: Ik zeg de Kamer toe dat ik daarop in een volgende brief over de contracteerruimte terug zal komen.

Mevrouw **Leijten** (SP): In mijn eerste termijn heb ik gevraagd naar het op dit moment niet meer uitbetalen van pgb's aan bemiddelaars en de problemen die dat oplevert. Ook in tweede termijn heb ik die vraag gesteld en ik krijg hetzelfde antwoord. Ik spreek over het handelen van zorgkantoren dat tot problemen leidt. Mijn vraag is hoe de staatssecretaris hierover oordeelt en wat er gedaan kan worden om mensen niet in de problemen te brengen.

Staatssecretaris **Bussemaker**: Daarover zijn wij in overleg met Per Saldo. Mensen moeten goed voorgelicht worden over pgb's. De motie die mevrouw Wolbert bij de begroting heeft ingediend, gaat over het feit dat de aanbieders melden dat zij melden dat de regionale contracteerruimte volledig is belegd met contractafspraken en vragen de cliënt om een pgb aan te vragen. Dan kunnen zij zorg verlenen zonder dat de burger goed geïnformeerd wordt over de voor- en nadelen en verantwoordelijkheden die bij een pgb horen. Dat moeten wij absoluut tegengaan. Dit is een voorbeeld van het bestrijden van de kwalijke kant, maar het pgb moet niet administratief onmogelijk gemaakt of met een enorme bureaucratie opgepadeld worden. Bij het pgb discussiëren wij vaak over de kwaliteit en hoe

ver je daarin moet gaan. Ik kan niet anders concluderen dan dat, als wij het pgb zien als een middel dat cliënten veel meer ruimte geeft, er een verantwoordelijkheid bij hoort. Als overheid moet je niet in elk incident willen treden. Dat zou betekenen dat je moet concluderen dat je het pgb niet meer wilt hanteren.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik stel deze vraag nu voor de vierde keer. Menzis heeft gezegd dat het in Limburg gebeurt en het is dus geen incident. Het is ingezet beleid. Doordat er geen maatregelen worden genomen om fraude te voorkomen, worden op dit moment de pgb's enkel aan de budgethouders uitgekeerd. Dat leidt tot problemen. Daar wil ik het over hebben.

Staatssecretaris **Bussemaker**: Voorzitter. Als zorgkantoren direct uitkeren aan cliënten, hoeft daar niets mee mis te zijn, mits de cliënten het aan kunnen.

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD): Ik neem aan dat hier in de laatste brief op ingegaan wordt, want deze vraag heeft wel degelijk relatie met mijn vraag over het feit of zorgkantoren een pgb wel of niet mogen weigeren. In eerste termijn heb ik een vraag gesteld over in hoeverre zorgkantoren, als zij daadwerkelijk afrekenen op kwaliteit, de facto de beslissing mogen nemen dat een instelling moet verdwijnen en dat deze daarom failliet kan gaan. Hier heeft de staatssecretaris nog niet bevredigend op geantwoord.

Staatssecretaris **Bussemaker**: Voorzitter. Zorgkantoren mogen een pgb weigeren. Dat vind ik een andere vraag. Dat debat kunnen wij beter voeren als de brieven uitgestuurd zijn.

Op de tweede vraag van mevrouw Van Miltenburg kan ik antwoorden dat het zorgkantoor dat niet mag besluiten. Ik besluit daarover door middel van een aanwijzing of het loopt via de IGZ.

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD): Wat is dan de procedure? Hoe hebt u dat afgesproken? Moet een zorgkantoor dat dan bij u melden?

Staatssecretaris **Bussemaker**: Ja, dat melden zij.

Voorzitter: Van Miltenburg

De heer **Jan de Vries** (CDA): Ik heb nog twee vragen.

Op de eerste plaats is het geen tariefskorting van 2%, maar een bandbreedte die afgesproken kan worden bij het afspreken van tarieven. Het CDA vindt dit onwenselijk voor 2009, parallel aan het heralloceren in relatie tot de ZZP. Als de staatssecretaris hier geen conclusie aan verbindt, ben ik genoodzaakt hier de volgende week op terug te komen.

De tweede vraag betreft het prijsmodel. Het is goed dat de staatssecretaris daar later op terug komt. De verzekeraars hebben de indruk dat zij die ruimte niet volledig hebben of belemmerd worden door de administratieve verplichtingen die erin zitten. Ik stel voor dat de staatssecretaris ook met de verzekeraars bespreekt of er geen onnodige belemmeringen zijn bij het invoeren van en het werken met een dergelijk model.

Voorzitter: Jan de Vries

Staatssecretaris **Bussemaker**: Voorzitter. De eerste vraag zal ik schriftelijk beantwoorden, want het is vrij technisch. Hierover is uitgebreid met een aantal betrokkenen overlegd. De brief zal ik sturen voor het overleg over de ZZP's, dan kan dit onderwerp volgende week besproken worden. Op het prijsmodel zal ik, zoals gevraagd, terugkomen in de volgende rapportage.

De **voorzitter**: Ik probeer de toezeggingen die de staatssecretaris heeft gedaan, te clusteren. Ik sluit mij aan bij de laatste toezegging die de staatssecretaris heeft gedaan. In een volgende rapportage komt de staatssecretaris terug op de bonussen en beloningen voor de aanbieders bij het leveren van kwaliteit, zoals mevrouw Van Miltenburg heeft gevraagd. De staatssecretaris komt ook terug op de werking en eventuele belemmeringen van het prijsmodel. De staatssecretaris komt binnenkort met een brief over de pgb's. Deze brief was al eerder toegezegd. De staatssecretaris komt ook na een jaar met een evaluatie van de concessieverlening. Ieder jaar zal een evaluatie plaatsvinden, dus ook over 2009. Binnen afzienbare termijn zal de staatssecretaris een uiteenzetting geven over de voor- en nadelen en randvoorwaarden van de verschillende modellen voor de toekomstige inkoop van zorg in de AWBZ door zorgverzekeraars en via een persoonsvolgend budget. Hierbij wordt het plan van aanpak meegenomen dat met de zorgverzekeraars wordt afgesproken. Dit moet leiden tot een go/no-gobeslissing voor beide modellen in 2010. Medio 2010 besluit de staatssecretaris over de uitvoering van de AWBZ voor de verzekerden, waarbij met name aandacht aan de zwakke zorgvragers wordt besteed.

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

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