

Vergaderjaar 2012–2013

29 248

Invoering Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's)

Nr. 245

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 6 december 2012

In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport bestond bij enkele fracties behoefte een aantal vragen ter beantwoording voor te leggen aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 6 juli 2012 inzake voortgang invoering prestatiebekostiging, uitvoering van de motie Dijkstra (Kamerstuk 29 248, nr.194) (Kamerstuk 29 248, nr.236).

De op 30 oktober 2012 toegezonden vragen zijn met de door de minister bij brief van 5 december 2012 toegezonden antwoorden hieronder afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,
Neppérus

De griffier van de commissie,
Teunissen

I Vragen en opmerkingen vanuit de fracties

Inbreng VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie hebben met belangstelling kennis genomen van de brief betreffende de stand van zaken omtrent de invoering van prestatiebekostiging. Zij zijn verheugd te zien dat er voortgang is gemaakt met de implementatie van prestatiebekostiging. Zij hebben nog een paar vragen.

De minister geeft aan dat instellingen die hun contractering voor 2012 hebben afgerond nu voortvarend aan de slag kunnen met de contractering voor 2013. Verzekeraars hanteren volgens de minister voor deze categorie zorgaanbieders als uitgangspunt de datum 1 december a.s. Kan de minister toelichten hoe groot de groep zorgaanbieders is waar hier over gesproken wordt? Wordt met uitgangspunt de datum bedoeld waarop voor deze groep de contractering voor 2013 wordt gestart, of wordt afgerond? Hoe groot acht de minister zelf de kans dat deze datum haalbaar is?

Inbreng PvdA-fractie

De leden van de fractie van de PvdA hebben met belangstelling kennis genomen van de brief inzake de uitwerking van de motie-Dijkstra over het formuleren van doelstellingen en een jaarlijkse tussenrapportage over de voortgang van de invoering van prestatiebekostiging in de ziekenhuiszorg.

De leden van de fractie van de PvdA hechten, zoals ze ook al in debatten over dit onderwerp hebben gemeld, groot belang aan transparantie en betere en toetsbare kwaliteit in de zorg. Deze leden willen graag meer duidelijkheid welke stappen zijn gezet om de kwaliteit beter te meten, onder anderen in de voortgang van het opstellen van uitkomstindicatoren. Wat is de stand van zaken met betrekking tot het bezien en herzien van de huidige indicatoren? Heeft de stuurgroep die hiermee bezig is al stappen gezet? Kunnen er al nieuwe of verbeterde indicatoren gebruikt worden in de onderhandelingen voor 2013? Zo ja, om hoeveel indicatoren gaat het? Hoeveel procent van de uitkomstindicatoren is inmiddels beschikbaar? Is de minister van mening dat met de huidige set indicatoren de kwaliteit van zorg goed meetbaar is? Zo ja, kan de minister dit toelichten? Zoals ook in de brief vermeld staat is bij het formuleren en verbeteren van indicatoren een grote rol weggelegd voor het Kwaliteitsinstituut. Deze leden vragen naar de stand van zaken met betrekking tot het Kwaliteitsinstituut, en hoe dit is gepositioneerd ten opzichte van het Zorginstituut Nederland?

De leden van de fractie van de PvdA vragen naar de stand van zaken rond het afsluiten van contracten tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Zijn alle contracten voor 2012 nu afgesloten? Zo nee, hoeveel contracten zijn nog in de onderhandelingsfase, om welke contracten gaat het en waar zitten de knelpunten? Hoeveel instellingen hebben de contractering voor 2012 afgerond, en hoeveel nog niet?

Waarop is de verwachting gebaseerd dat de versnelling ten aanzien van het tempo van contracteren verder zal doorzetten? Hoeveel instellingen zijn reeds bezig met de onderhandelingen voor 2013? Wordt met de «uitgangsdatum 1 december 2012» bedoeld dat op die datum de contractering start voor 2013? Wat is de verwachting ten aanzien van het tijdstip waarop alle contracten voor 2013 zijn afgesloten? De leden van de fractie van de PvdA vragen of inmiddels bekend is welke lessen getrokken kunnen worden uit de afgelopen periode, en welke thema's zich lenen voor een gezamenlijke aanpak ten behoeve van de

contractering 2013. Op welke wijze zijn de verschillende veldpartijen hierover in overleg geweest, en welke rol heeft de overheid hierin gespeeld? Welke stappen heeft de minister gezet in overleg met het veld om het contracteerproces voor 2013 naar voren te halen? Welke stappen worden gezet om het proces nog verder te stroomlijnen richting 2014?

De leden van de fractie van de PvdA hebben altijd gewezen op de noodzaak van het voorkomen van overschrijdingen. Zij kunnen zich dus zeer wel vinden in een benadering waarbij vooraf zo veel mogelijk waarborgen voor uitgavenbeheersing worden ingebouwd. Zij vragen welke stappen gezet gaan worden, gericht op het naar voren halen van het contracteerproces en het vroegtijdig monitoren van de contractafspraken.

De leden van de fractie van de PvdA hechten aan een zo spoedig mogelijke standpuntbepaling van een nieuw kabinet ten aanzien van het voorstel van de commissie-Baarsma om het onmogelijk te maken zorg te verlenen op basis van restitutie ten laste van de basisverzekering. Kan aangegeven worden welke theoretische gevolgen dit voorstel kan hebben voor de diverse spelers?

Deze leden vragen op welke manier vastgesteld kan worden of verzekeraars hun rol als kritische inkopers van doelmatige zorg voldoende waar kunnen maken. Welke criteria worden daarbij gehanteerd, en wie stelt op welk moment vast of verzekeraars hun taak voldoende goed uitoefenen? In dit verband vragen de leden van de fractie van de PvdA ook naar de mening van de minister ten aanzien van het instellen van een maximumpremie voor de ziektekostenverzekering.

De leden van de fractie van de PvdA vragen een reactie op de constatering (in het Nza-rapport « Van Fabels naar feiten, Stand van de zorgmarkten 2012») dat de volumegroei niet adequaat is aangepakt door verzekeraars. Op welke wijze kunnen verzekeraars zodanig in positie gezet worden, en kunnen de weeffouten in het systeem worden gerepareerd, dat de verzekeraars wél zodanig inkopen dat de volumegroei in de hand gehouden wordt?

De minister kondigde in 2011 aan dat ze zorgverzekeraars en ziekenhuizen wilde bijstaan in het maken van de afwegingen over het vaststellen van de beste kwaliteit en doelmatigheid van zorg, en op welke wijze deze het best georganiseerd kan worden. De minister zag hier onder meer een rol in het bijstaan bij het tot stand komen van richtlijnen. Welke stappen heeft de minister op dit punt gezet?

De leden van de fractie van de PvdA vragen wanneer de uitwerking van het macrobeheersingsinstrument (mbi) voor 2013 tegemoet gezien kan worden. Het mbi werd aangekondigd als een generieke korting voor ziekenhuizen op basis van marktaandeel. Deze leden vragen of de minister een overzicht kan geven van het marktaandeel van de verschillende ziekenhuizen en de verschuivingen die het afgelopen jaar hebben plaatsgevonden.

De leden van de fractie van de PvdA vragen een reactie van de minister op het NZa rapport « Van Fabels naar feiten, Stand van de zorgmarkten 2012» . In dit verband vragen zij ook naar de mate waarin doelmatige zorg gegeven wordt en met name naar de mate van praktijkvariatie. Zijn wijzen op het belang van het vastleggen van de mate van praktijkvariatie, zodat daarmee ondoelmatige zorg herkend wordt en kan worden voorkomen. Op welke wijze wordt op dit moment praktijkvariatie gemeten en hoe kan dit zo nodig worden verbeterd?

Inbreng SP-fractie

De leden van de SP-fractie hebben met onvrede kennis genomen van de voortgang invoering prestatiebekostiging.

Zij constateren dat de medisch specialistische zorg per 1 januari 2012 van een budgetsysteem naar prestatiebekostiging is overgegaan. Deze leden hebben met grote zorgen gezien met hoeveel problemen deze overgang gepaard ging. De onderhandelingen over de contractering voor 2012 zijn nog steeds niet afgerond, terwijl het jaar bijna afgelopen is. De leden van de SP-fractie vragen om een uitgebreide analyse van de onderhandelingen van het hoofdlijnenakkoord, de bekostiging van de overgang, extra personele bezetting en kosten van software per ziekenhuis.

Deze leden constateren dat er lessen getrokken worden uit deze overgang naar prestatiebekostiging. Zij willen weten wie hiervan een uitgebreide analyse maakt, en hoe het veld hierbij betrokken wordt.

De leden van de SP-fractie hebben geconstateerd dat de 30 000 DBC's zijn vervangen door 4 400 DOT's. Deze leden vragen wederom een uitgebreide analyse per ziekenhuis, hoe de overgang is verlopen, hoe de bezetting is uitgebreid en hoeveel geld met de overgang en software naar de DOT is gemoeid. Zij willen voorts weten in hoeverre de DOT's transparanter zijn dan de DBC's, en hoe de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg is verbeterd.

Kan ook ingegaan worden op het toegenomen risico op overproductie door het DOT verrichtingenstelsel nu een groter gedeelte van de ziekenhuiszorg onder de vrije prijsvorming valt. Welke ideeën leven er om het DOT systeem te vervangen door een financieringstelsel dat niet gebaseerd is op betaling per verrichting?

Verder vragen de leden van de SP-fractie zich af of het niet wenselijk is dat de volumegroei per ziekenhuis door zorgverzekeraars bij de inkoop van ziekenhuiszorg flexibel wordt toegepast? Het is zeer goed voorstelbaar dat het ene ziekenhuis omdat het meer aantrekkingskracht heeft of meer gespecialiseerde zorg biedt, terecht een zorggroei kent die boven de 2,5% volumegroei uitkomt, terwijl een ander ziekenhuis daarentegen deze groei niet haalt.

De leden van de SP-fractie constateren dat in het kader van Zichtbare Zorg in 2013 een loket beschikbaar zal komen waar ziekenhuizen hun gegevens over 2012 en verder kunnen aanleveren. Genoemde leden willen weten wie dat loket beheert, welke gegevens ziekenhuizen moeten aanleveren en wie hiervoor verantwoordelijk is.

Deze leden vragen voorts een reactie op recente berichtgeving over de daling van de volumegroei in ziekenhuizen. Kan een verklaring van deze daling worden gegeven, en hoe dit het hoofdlijnenakkoord beïnvloedt?

Inbreng CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie lezen in de tekst dat een heleboel werk is verzet om van het aantal van 30 000 DBC's naar 4 400 DOT's terug te brengen. Dit is een goede ontwikkeling. Wel hebben deze leden nog enkele vragen.

De minister maakt enkele opmerkingen over de contractering. Daarbij spreekt zij de verwachting uit dat deze versnelling van de contractering verder zal doorzetten in de komende tijden. Deze leden vragen hoe lang de gemiddelde doorlooptijd van de contractering op dit moment is. Tevens vragen zij hoe zij de opmerking van de minister moeten plaatsen

tegen de achtergrond van de onrust die bij ziekenhuizen is ontstaan over de (lange) duur van de contractering door zorgverzekeraars. Opvallend is dat de minister niet een internationaal samengesteld team van technische experts wil inschakelen om in te zetten bij de vormgeving van het macrobeheersinstrument (mbi). De commissie-Baarsma had hier gegronde redenen voor om dit wel te doen. Deze leden ontvangen graag een uitgebreide motivering waarom de inbreng van een internationaal team geen meerwaarde heeft. Daarbij is het argument dat het hier gaat om het belang van specifieke kennis over het Nederlandse zorgstelsel enigszins mager. De stijgende zorgkosten zijn een internationaal probleem, waar in veel landen actief over nagedacht wordt.

De leden van de CDA-fractie ondersteunen de werkzaamheden rondom de kwaliteitsindicatoren. Er is natuurlijk samenhang met het Kwaliteitsinstituut, en daarom zijn deze leden ook benieuwd of de minister nog verwacht dat het Kwaliteitsinstituut op tijd van start zal gaan. Het wetsvoorstel moet nog plenair worden behandeld. Zij vragen of de ingangsdatum van 1 januari 2013 nog steeds haalbaar is. Zo niet, welke effecten heeft dit dan op de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren? De minister geeft aan dat zij het programma Zichtbare Zorg gaat onderbrengen in het Kwaliteitsinstituut. Dit betekent dat veldpartijen een aantal zaken zelf moeten gaan oppakken. Wie zijn deze veldpartijen? Hebben zij voldoende kennis om de indicatoren door te ontwikkelen? Is het nog niet te vroeg om dit uit te besteden, omdat het inzichtelijk en vergelijkbaar maken van zorgkwaliteit pas net in de steigers staat?

Inbreng D66-fractie

De leden van de D66-fractie hebben met bijzondere interesse kennis genomen van de uit de motie-Dijkstra (29 248, nr. 194) voortvloeiende voortgangsrapportage van de invoering van prestatiebekostiging in de ziekenhuiszorg. Deze leden hebben nog een aantal opmerkingen en verhelderende vragen.

De leden van de D66-fractie zijn verheugd dat de commissie-Baarsma advies heeft uitgebracht over een alternatief voor het «macrobeheersinstrument» (mbi) dat van toepassing kan zijn op de medisch specialistische zorg en de curatieve geestelijke gezondheidszorg. Zij kunnen zich zeer vinden in de benadering van het mbi als een «ultimum remedium.» Mocht het mbi toch worden ingezet dan geven deze leden nadrukkelijk de voorkeur aan een systeem waarbij de budgetkorting niet generiek, maar door de overschrijder wordt betaald. Deze leden hechten er waarde aan de uitwerking hiervan zo snel mogelijk voort te zetten. Welke deadline stelt de minister om dit uit te werken? Wil de minister, wanneer dit eind 2012 nog niet geregeld is, zich alsnog wenden tot een internationaal team van technische experts?

.De leden van de D66-fractie zijn blij dat het systeem van prestatiebekostiging steeds verder wordt voortgezet. Zij hechten er veel waarde aan dat het tempo er in blijft. Welke stappen wil de minister in 2013 precies zetten met het realiseren van het zo veel mogelijk inkopen door zorgverzekeraars op basis van a) objectieve en transparantie criteria en b) afspraken over prijs en volume? Genoemde leden verlangen geen inspanningsverplichting van de minister in 2013, maar een concreet resultaat. Kan de minister specificeren wat zij eind 2013 minimaal bereikt wil hebben als het gaat om een koppeling tussen behandeluitkomsten en prijs- en volumeafspraken?

De leden van de D66-fractie zijn blij te vernemen dat het project DBC's Op weg naar Transparantie (DOT) er voor heeft gezorgd dat circa 30 000 DBC's zijn vervangen door 4 400 meer herkenbare en transparante DBC's. Deze leden hebben wel signalen ontvangen dat er als gevolg van de transitie nog steeds behandelingen voorkomen, waarvoor geen DBC-traject bestaat. Tussen signalering van zo'n «zwart gat» en het realiseren van een oplossing zit soms 2 jaar. Hierdoor kan het voorkomen dat geleverde zorg een tijd lang niet declarabel is. Herkent de minister dit? Zo ja, wat wil zij hieraan doen?

De leden van de D66-fractie stellen vast dat de minister wil dat indicatoren over kwaliteit bij voorkeur onderdeel van de professionele standaarden worden. Kan de minister toelichten wat zij hiermee bedoelt. Deze leden krijgen de indruk dat met deze formulering een slag om de arm gehouden wordt. Is daarvan sprake en zo ja waarom is dat dan het geval? De leden van de D66-fractie kijken uit naar de komst van het Kwaliteitsinstituut dat vanaf 1 januari 2013 onderdeel moet gaan uitmaken van het Nederlands Zorginstituut. Hoe staat het met de voorbereidingen van het Kwaliteitsinstituut, en denkt de minister de beoogde datum van 1 januari 2013 te gaan halen? Deze leden hechten eraan de beroepsgroepen intensief te betrekken bij de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren. Dat creëert draagvlak onder de professionals en dat is noodzakelijk om de prestatiebekostiging te laten slagen. Deze leden pleiten er daarom nadrukkelijk voor om de indicatoren op te nemen in de professionele standaarden. Kan de minister de rol van de wetenschappelijke verenigingen hierbij duiden? Kan zij aangeven hoeveel tijd zij wil uittrekken voor de ontwikkeling van een volledige dekkende set aan kwaliteitsindicatoren? De leden van de D66-fractie hechten aan een snelle totstandkoming van goede indicatoren. Wat doet de minister om de druk op de ketel te houden en te voorkomen dat er onnodige vertraging optreedt? Op welke wijze gaat zij het onlangs gepresenteerde initiatief «*Meetbaar beter*» van de hartcentra van het St. Antonius Ziekenhuis in Nieuwegein en het Catharina Ziekenhuis in Eindhoven in dit proces betrekken? Hoe gaat de minister stimuleren dat dit initiatief van kwaliteitsstandaarden in de cardiologische zorg door de andere hartcentra in Nederland omarmd gaat worden?

De leden van de D66-fractie constateren dat de geriatrische revalidatie met ingang van 1 januari a.s. vanuit de AWBZ wordt overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet. Door deze overheveling vervalt de centrale indicatiestelling door het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ). Welke gevolgen heeft dit voor de omvang van het CIZ, uitgedrukt in kosten en fte's?

Inbreng ChristenUniefractie

De leden van de fractie van de ChristenUnie hebben met belangstelling kennisgenomen van de brief over de voortgang invoering prestatiebekostiging. Op 1 januari 2012 is de medische specialistische zorg overgegaan van een budgetsystematiek naar prestatiebekostiging op basis van DBC-zorgproducten. Deze leden zien aanleiding om een aantal vragen te stellen over de DBC-zorgproducten. Deelt de minister de rol van DBC-Onderhoud als uitvoerder voor de ontwikkeling en het onderhoud van DBC's voor het veld ten opzichte van de NZa als toezichthouder in de zorg? Volgens DBC-Onderhoud bevat het systeem van prestatiebekostiging in de ketenzorg nog ongewenste prikkels. Kan de minister aangeven wat voor ongewenste prikkels dit precies zijn? Op wat voor wijze zouden deze kunnen worden weggenomen? Is de minister op de hoogte van de bestaande belemmeringen in de structurele bekostiging van e-health? Deze leden zijn benieuwd naar een oplossing hiervoor. Deelt de minister de aanbeveling om e-health activiteiten mee te nemen in de afleiding en

prijsbepaling van een zorgproduct, zodat Health structureel onderdeel wordt van de onderhandelingen met zorgverzekeraars?

II Reactie van de minister

Aanleiding

In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport bestond er bij enkele fracties behoefte een aantal vragen en opmerkingen voor te leggen bij mijn brief van 6 juli 2012 (29 248, nr. 236) inzake de Voortgang invoering prestatiebekostiging (uitvoering van de motie-Dijkstra/29 248, nr. 194). Vanwege de overlap van de gestelde vragen heb ik de antwoorden gegroepeerd naar thema.

Contractering

De VVD-fractie en de PvdA-fractie vragen naar de stand van zaken rond de contractering 2012 en 2013.

Ik kan u melden dat nagenoeg alle ziekenhuizen een contract hebben gesloten over 2012. Enkele ziekenhuizen hebben afspraken met zorgverzekeraars gemaakt, maar zijn nog in gesprek over de laatste onderdelen van de contracten. Dat betekent niet dat deze ziekenhuizen geen zorg meer kunnen leveren. Zoals ik heb aangegeven in mijn brief aan de Tweede Kamer «contractering van ziekenhuizen door zorgverzekeraars» (CZ-3111862, 5 april 2012) zijn er afspraken gemaakt met de zorgverzekeraars over de liquiditeit van zorgaanbieders in het geval dat er nog geen contracten zijn afgesloten. Zorgverzekeraars hebben aangegeven dat zij bij ziekenhuizen waarmee nog onderhandeld wordt met het perspectief op het sluiten van een contract (en waardoor deze ziekenhuizen nog geen DBC's over 2012 kunnen declareren), zullen voorkomen dat liquiditeitsproblemen ontstaan.

Zorgverzekeraars Nederland laat weten dat de zorgaanbieders en zorgverzekeraars, die de contractering voor 2012 hebben afgerond, doorgaan met de contractering voor 2013. Hoewel ik weet dat veel instellingen hier al mee bezig zijn, kan ik niet exact aangeven om hoeveel instellingen dit gaat. Het is niet mogelijk om een tijdstip te geven waarop alle contracten voor 2013 zijn afgesloten.

De PvdA-fractie en de CDA-fractie vragen naar de versnelling van de contractering. De leden van de CDA-fractie vragen hoe lang de gemiddelde doorlooptijd van de contractering op dit moment is. Tevens vragen zij hoe zij mijn opmerking over het doorzetten van de versnelling van de contractering, moeten plaatsen tegen de achtergrond van de onrust die bij ziekenhuizen is ontstaan over de (lange) duur van de contractering door zorgverzekeraars. De PvdA vraagt welke stappen gezet gaan worden, gericht op het naar voren halen van het contracteerproces en het vroegtijdig monitoren van de contractafspraken.

De afgelopen jaren heeft de contractering feitelijk het hele jaar gekost. Dit moet sneller. De ervaring die dit jaar is opgedaan met DOT en prestatiebekostiging en het afbouwen (2013) en afschaffen (2014) van het transitie-model zullen hier aan bijdragen, ook naar verwachting van verzekeraars en instellingen. Met branchepartijen ben ik in gesprek over de wijze waarop het contracteerproces voor het jaar 2014 verder versneld wordt. Dat is geen gemakkelijke opgave. Het vraagt niet alleen een aanvullende inzet van verzekeraars en aanbieders, maar een vroegere start van het contracteerproces impliceert ook dat zowel reguliere besluitvorming van de overheid als de relevante financiële kaders én door de NZa vast te

stellen beleidsregels ruim voor aanvang van het contracteerjaar afgerond moeten zijn. Ik wil met betrokken partijen bespreken hoe zo'n eerdere afronding kan worden uitgevoerd. Dit mede met het oog op het wetsvoorstel dat in de Tweede Kamer ligt (verbod verticale integratie en aanpassing art. 13 Zvw) waarin is opgenomen dat een naturaverzekerde die naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder is gegaan, recht heeft op volledige vergoeding indien niet uiterlijk zes weken voor 1 januari van het kalenderjaar waarin hij die zorg genoten heeft, bekend was met welke zorgaanbieders zijn zorgverzekeraar een zorgcontract had gesloten.

De voorstellen die ik heb gedaan in het kader van de Taskforce versnelling informatievoorziening zijn onder meer bedoeld om eerder inzicht te krijgen in de feitelijke uitvoering van contractsafspraken. Daarnaast zijn de brancheorganisaties van ziekenhuizen en verzekeraars zelf momenteel bezig om instrumenten te implementeren om deze informatie bijeen te brengen. De voortgang van de contractering en de mogelijkheden om dit te versnellen worden besproken in bestuurlijke overleggen met de betrokken koepelorganisaties, maar ook in overleggen van deze partijen onderling.

DBC-systematiek / DOT

De SP-fractie vraagt mij om een uitgebreide analyse per ziekenhuis, hoe de overgang is verlopen, hoe de bezetting is uitgebreid en hoeveel geld met de overgang naar de DOT is gemoeid.

De afgelopen jaren hebben zorgaanbieders en zorgverzekeraars hard gewerkt om de overgang naar DOT mogelijk te maken. Dit heeft veelal extra inspanning gevraagd van medewerkers die reeds in dienst waren. In sommige gevallen zijn tijdelijk extra medewerkers aangetrokken om het traject DOT te begeleiden. Naast de personele inspanningen zijn er aanpassingen gedaan in de ziekenhuisadministratie. Het zou evenwel een vertekend beeld geven om de kosten hiervan uitsluitend aan DOT toe te rekenen. Elk bekostigingssysteem heeft immers hardware en software nodig om ten minste te registreren welke zorg geleverd wordt. Ik heb geen overzicht van kosten die aan DOT toegeschreven kunnen worden. Daarnaast worden met de ziekenhuisadministratie ook andere informatie-doeleinden bediend. Zorgaanbieders zijn overigens vrij in de inrichting van hun bedrijfsvoering. Het is aan hen om te bezien op welke manier zij die bedrijfsvoering digitaal ondersteunen. Navraag leert dat er in de sector verschillende aanbieders zijn van softwaresystemen voor het registreren en verwerken van de geleverde zorg. De kosten hiervoor zijn afhankelijk van de wijze waarop een zorgaanbieder de eigen bedrijfsvoering wil inrichten. Ik bekijk wel met de ziekenhuizen en de ZBC's op welke wijze deze zogenaamde nalevingskosten geminimaliseerd kunnen worden, door steeds weer de aansluiting met deze interne bedrijfsvoeringsprocessen te blijven zoeken.

De SP-fractie vraagt mij in hoeverre de DOT's transparanter zijn dan de DBC's, en hoe de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg is verbeterd.

De DOT's (DOT-zorgproducten) staan niet op zich zelf, maar zijn onderdeel van het systeem van prestatiebekostiging. Het zijn de prestatietitels waarop zorgaanbieders worden bekostigd. Dit systeem als geheel stimuleert kwaliteit en doelmatigheid. Dat gezegd hebbende, hebben de DOT's aanzienlijke voordelen ten opzichte van de oude DBC's. De medische herkenbaarheid is beter, zorgzwaarte komt meer tot uiting en de kosten komen beter tot uitdrukking in de DOT's. Het aantal is teruggebracht van circa 30 000 DBC's naar 4 400 DOT's. Dit vergemakkelijkt de onderhandelingen over kwaliteit en prijs. De automatische afleiding van

DOT's betekent een administratieve lastenverlichting voor de medisch specialist (vermindering bureaucratie).

De leden van de SP-fractie vragen mij in te gaan op het toegenomen risico dat de SP ziet op overproductie, doordat het DOT verrichtingenstelsel nu in een groter gedeelte van de ziekenhuiszorg onder de vrije prijsvorming valt. De SP vraagt mij welke ideeën er leven om het DOT-systeem te vervangen door een financieringstelsel dat niet gebaseerd is op betaling per verrichting.

Vrije prijsvorming biedt de mogelijkheid voor verzekeraars om maatwerkafspraken te maken over de prijs en kwaliteit van te leveren zorg. Steeds meer sturen zorgverzekeraars op kwaliteit en streven zij er naar praktijkvariatie tegen te gaan. Hier is overigens nog wel een weg te gaan. Door de toenemende transparantie in de zorg zijn zorgverzekeraars beter in staat zorgaanbieders te belonen voor gezondheidsuitkomsten. Het DOT-systeem is een belangrijk onderdeel hiervan en zorgt voor meer transparantie in de zorg. Het is mijn streven, zoals aangegeven in het regeerakkoord, om afspraken te maken met betrokken partijen over een aanpak waarmee zorgaanbieders meer afgerekend zullen worden op gezondheidswinst dan nu het geval is.

D66 geeft aan signalen te ontvangen dat er als gevolg van de transitie nog steeds behandelingen voorkomen, waarvoor geen DBC-traject bestaat. Tussen signalering van zo'n «zwart gat» en het realiseren van een oplossing zit soms 2 jaar. Gevraagd wordt of ik deze signalen herken en wat ik hier aan wil doen.

Het doorontwikkelen van de DBC/DOT-systematiek is een continu proces en kent regelmatig updates. In het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord medisch specialistische zorg zijn afspraken gemaakt over de doorontwikkelagenda DOT. In 2012 zijn er flinke stappen gezet om deze agenda uit te voeren.

De doorlooptijd van een verzoek voor een nieuw DOT-zorgproduct is afhankelijk van de omvang en impact. Om zorg met een innovatief karakter toch sneller te implementeren, kunnen zorgaanbieders en verzekeraars een beroep doen op de beleidsregel innovatie. Met deze beleidsregel is het mogelijk om op korte termijn en voor de duur van maximaal 3 jaar een prestatie en tarief aan te vragen.

De ChristenUnie-fractie vraagt of ik DBC-Onderhoud zie als uitvoerder voor de ontwikkeling en het onderhoud van DBC's voor het veld ten opzichte van de NZa als toezichthouder in de zorg.

Uit hoofde van de Wet marktordening gezondheidszorg (WMO), ligt de primaire verantwoordelijkheid voor de prestatie- en tariefregulering op het gebied van de zorg bij de NZa. Dit geldt ook voor het beheer van de DBC-systematiek. Daarnaast hebben ook veldpartijen een eigen verantwoordelijkheid voor de DBC-systematiek. In dat licht horen ook veldpartijen hun verantwoordelijkheid te nemen voor de (door)ontwikkeling en het beheer van de DBC-systematiek en de daarvoor benodigde werkzaamheden ook zelf te bekostigen. Tegen deze achtergrond ben ik de huidige verantwoordelijkheidstoedeling tussen publieke en private partijen ten aanzien van de DBC-systematiek, alsmede -in het verlengde daarvan- de onderlinge verhouding tussen DBC-O, de NZa en de minister van VWS, aan het heroverwegen. Over een eindmodel per 2015 heb ik de NZa verzocht in overleg met alle relevante veldpartijen mij uiterlijk 1 april 2013 te adviseren. Ik heb gevraagd om een advies dat een duidelijke, werkbare uitsplitsing van verantwoordelijkheden ten aanzien van de werkzaamheden voor de (door)ontwikkeling en het beheer van de DBC-systematiek (inbegrepen DIS en groupers) naar publiek en privaatsfeer weergeeft.

Onderdeel van dit advies zal ook een beschrijving van de transitie van het huidige model naar het voorgestelde eindmodel zijn. De publieke taken worden bij de NZa belegd en de private taken bij de veldpartijen.

De ChristenUnie geeft aan dat volgens DBC-Onderhoud het systeem van prestatiebekostiging in de ketenzorg nog ongewenste prikkels bevat. De ChristenUnie vraagt wat voor ongewenste prikkels dit zijn en op wat voor wijze deze zouden kunnen worden weggenomen.

Ik denk dat u doelt op het onderzoek dat DBC-Onderhoud heeft uitgevoerd naar declaratie van reguliere ziekenhuis-DBC's naast keten-DBC's voor diabetes mellitus. In dit onderzoek word geconcludeerd dat er in sommige gevallen sprake is van dubbele bekostiging. Ik constateer op basis van dit soort signalen dat het gewenste effect nog niet is bereikt en dat we verder moeten werken aan het wegnemen van ongewenste prikkels. Ik denk hierbij aan de introductie van integrale bekostiging, maar ook het verhogen van de risicodragendheid van zorgverzekeraars dat stimuleert tot het doelmatiger inkopen van zorg.

Tot slot vragen de leden van de ChristenUnie-fractie of ik op de hoogte ben van de bestaande belemmeringen in de structurele bekostiging van e-health en welke oplossingen ik hiervoor zie. Hierbij wordt gevraagd of ik de aanbeveling deel om e-health activiteiten mee te nemen in de afleiding en prijsbepaling van een zorgproduct, zodat e-health structureel onderdeel wordt van de onderhandelingen met zorgverzekeraars.

Hoewel het functioneel beschrijven van zorg in prestaties partijen reeds veel ruimte biedt om afspraken te maken over e-health, zijn er ook belemmeringen aan te wijzen die nader onderzocht moeten worden. Ik wil de NZa vragen specifiek deze belemmeringen in de bekostiging in kaart te brengen en mij te adviseren over de oplossingen. Dit adviesverzoek aan de NZa maakt onderdeel uit van een breed scala aan activiteiten ter verbetering van het gebruik van e-health in de zorg. Hierover heb ik de Eerste- en Tweede Kamer afgelopen zomer geïnformeerd.

Zorginkoop

De leden van de fractie van de PvdA vragen op welke manier vastgesteld kan worden of verzekeraars hun rol als kritische inkopers van doelmatige zorg voldoende waar kunnen maken. De PvdA vraagt welke criteria daarbij worden gehanteerd, en wie op welk moment vaststelt of verzekeraars hun taak voldoende goed uitoefenen. In dit verband vragen de leden van de fractie van de PvdA ook naar de mening van de minister ten aanzien van het instellen van een maximumpremie voor de ziektekostenverzekering.

De leden van de fractie van de PvdA vragen een reactie op de constatering (in het NZa-rapport «Van Fabels naar feiten, Stand van de zorgmarkten 2012») dat de volumegroei niet adequaat is aangepakt door verzekeraars, Op welke wijze kunnen verzekeraars zodanig in positie gezet worden, en kunnen de weeffouten in het systeem worden gerepareerd, dat de verzekeraars wel zodanig inkopen dat de volumegroei in de hand gehouden wordt?

De leden van de fractie van de PvdA vragen een reactie op het NZa rapport « Van Fabels naar feiten, Stand van de zorgmarkten 2012». De leden van de PvdA vragen naar de mate waarin doelmatige zorg gegeven wordt en met name naar de mate van praktijkvariatie. Daarbij worden de vragen gesteld op welke wijze op dit moment praktijkvariatie gemeten wordt en hoe dit zo nodig kan worden verbeterd.

In het NZa-rapport « Van Fabels naar feiten, Stand van de zorgmarkten 2012». staat een aantal redenen waarom verzekeraars de volumegroei niet adequaat hebben aangepakt: onvoldoende risicodragendheid, budgettering van de ziekenhuizen, een te klein B-segment (waarin vrije prijzen gelden). Inmiddels zijn er verschillende stappen gezet om zorgverzekeraars beter in positie te brengen. Zo zijn de budgetten voor ziekenhuizen afgeschaft. Door de invoering van prestatiebekostiging is er in 2012 meer ruimte voor zorgverzekeraars om met de ziekenhuizen te onderhandelen over de inkoop van zorg en zijn de tarieven voor 70% van de ziekenhuiszorg vrijgegeven. Ten tweede dragen zorgverzekeraars steeds meer risico. In 2012 is de risicodragendheid toegenomen door het afschaffen van de macronacalculatie. De ex post compensatie binnen de risicoverevening wordt ieder jaar kleiner. Hierdoor is de prikkel om doelmatig zorg in te kopen groter geworden. Dit laat onverlet dat ons stelsel voldoende randvoorwaarden en prikkels moet bevatten.

Ik constateer dat met de stappen die zijn gezet zorgverzekeraars hun rol als kritische inkopers van doelmatige zorg steeds beter oppakken. Er is veel werk verzet om de afspraken in het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord medisch specialistische zorg ten uitvoering te brengen. Zorgverzekeraars betrekken het aspect praktijkvariatie bij hun zorginkoop. Er zijn zorgverzekeraars die op basis van benchmarkgegevens (die zij hebben verworven via eigen declaratie-informatie) ziekenhuizen met elkaar vergelijken, op basis van de mate waarin bepaalde behandelingen worden ingezet. Indien zich grote uitschieters voordoen is dit een reden voor gesprek met het ziekenhuis en kunnen op basis hiervan in het contractafspraken worden gemaakt, bijvoorbeeld om de praktijkvariatie terug te dringen.

De NZa houdt toezicht op de rechtmatige uitvoering van de Zorgverzekeringswet door de zorgverzekeraars. Hierbij wordt getoetst of de acceptatieplicht, het verbod op premiedifferentiatie en de zorgplicht zijn nageleefd en of de uitgaven rechtmatig zijn. De NZa houdt geen toezicht op de vraag of zorgverzekeraars hun zorg doelmatig inkopen, dit is de verantwoordelijkheid van de verzekeraars zelf. In de Zorgverzekeringswet is sprake van risicodragende zorgverzekeraars. Daarmee zijn verzekeraars zelf verantwoordelijk voor het doelmatig besteden van middelen. Indien zorgverzekeraars niet doelmatig met deze middelen omgaan, zal dit direct effect hebben op de premie. Een hoge premie kan tot gevolg hebben dat verzekerden overstappen naar verzekeraars die hun premie wel laag weten te houden. Zorgverzekeraars zijn dus zelf verantwoordelijk voor een doelmatige inzet van middelen omdat dit direct consequenties voor hun bestaansrecht kan hebben.

Wat betreft het instellen van een maximumpremie voor de zorgverzekering, kan ik aangeven dat ik dit niet wenselijk acht. Een maximumpremie kan onbedoeld een verkeerd signaal geven waardoor de markt het als een richtpunt ziet. We zien dit ook vooral gebeuren bij de maximumtarieven. Opgemerkt moet worden dat de verzekeraars dit jaar de premie lager hebben vastgesteld dan de raming van de overheid. Daarnaast staat het opleggen van een maximumpremie op gespannen voet met de vrijheid van de verzekeraar.

Tot slot is in het Regeerakkoord VVD-PvdA van 29 oktober 2012 een aantal maatregelen aangekondigd om de zorguitgaven beter beheersbaar te maken door zorgverzekeraars en zorgaanbieders maximaal te prikkelen om binnen de grenzen van het Budgettair Kader Zorg te blijven. Zo wordt de basisverzekering beperkt tot naturapolissen en benadrukt het Regeerakkoord het belang van selectieve contractering op basis van heldere kwaliteitscriteria, ter verbetering van de zorginkoopmarkt. Daarnaast wil ik de mogelijkheden bekijken of het mogelijk is om de

Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) vooraf te laten toetsen of het door de verzekeraars gecontracteerde volume past binnen het begrotingskader zorg.

De leden van de SP-fractie vragen zich af of het niet wenselijk is dat de volumegroei per ziekenhuis door zorgverzekeraars bij de inkoop van ziekenhuiszorg flexibel wordt toegepast.

Daar ben ik het zeer mee eens. In het hoofdlijnenakkoord is dan ook niet afgesproken dat alle ziekenhuizen met 2,5% zouden moeten groeien. Dat is een macro-afspraken, waarbinnen verzekeraars en ziekenhuizen op lokaal niveau flexibel met deze groeivoet om kunnen gaan. Hierdoor kunnen sommige ziekenhuizen meer groeien dan 2,5%, andere juist minder.

De leden van de SP-fractie vragen voorts een reactie op recente berichtgeving over de daling van de volumegroei in ziekenhuizen. Gevraagd wordt of ik een verklaring kan geven van deze daling en hoe dit het hoofdlijnenakkoord beïnvloedt.

Er zijn op dit moment nog geen harde cijfers beschikbaar over het verloop van de zorguitgaven in 2012. Ik vind het daarom te vroeg om nu al te speculeren over uitkomsten en mogelijke oorzaken. In de brief van 29 november 2012 heb ik u geïnformeerd over de diverse resultaten die reeds zijn geboekt en initiatieven die ik ben gestart om de informatievoorziening hierover verder te verbeteren en te versnellen.

Commissie Baarsma en macrobeheersinstrument

Ten aanzien van de commissie Baarsma geven de leden van de PvdA-fractie aan te hechten aan een zo spoedig mogelijke standpuntbepaling van het kabinet ten aanzien van het voorstel van de commissie om het onmogelijk te maken zorg te verlenen op basis van restitutie ten laste van de basisverzekering. De PvdA vraagt voorts of aangegeven kan worden welke theoretische gevolgen dit voorstel kan hebben voor de diverse spelers.

Ten aanzien van het macrobeheersinstrument vragen de leden van de PvdA-fractie wanneer de uitwerking daarvan voor 2013 tegemoet gezien kan worden en of ik een overzicht kan geven van het marktaandeel van de verschillende ziekenhuizen en de verschuivingen die het afgelopen jaar hebben plaatsgevonden. De leden van de D66-fractie vragen welke deadline ik stel voor de uitwerking van het gedifferentieerd macrobeheersinstrument. Ook vraagt de D66-fractie of ik mij wil wenden tot een internationaal team van technische experts wanneer dit eind 2012 nog niet geregeld is.

Over de theoretische gevolgen van het voorstel van de commissie Baarsma voor de diverse spelers kan ik het volgende opmerken. Doel van de maatregel is onder meer om de zorguitgaven beter beheersbaar te maken door zorgverzekeraars en zorgaanbieders maximaal te prikkelen om binnen de grenzen van het Budgettair Kader Zorg te blijven. Zorgaanbieders worden gestimuleerd zorg te leveren binnen de (financiële) grenzen van de contracten die zij sluiten met de verzekeraars. Hierdoor wordt de kans verkleind dat de overschrijding van de financiële kaders achteraf moet worden teruggehaald bij de zorgaanbieders. Zorgverzekeraars worden meer aangezet tot het (selectiever) contracteren van zorg. Zoals de commissie Baarsma terecht opmerkt blijft het daarvoor van belang dat de werking van de zorginkoopmarkt wordt verbeterd, onder meer door meer inzicht voor verzekeraars in de kwaliteit van de zorg.

Het kabinet heeft in het regeerakkoord aangegeven de basisverzekering te willen beperken tot naturapolissen. Deze maatregel is bedoeld om verzekeraars te prikkelen selectiever te laten contracteren op basis van heldere kwaliteitscriteria. Daarnaast is in het regeerakkoord opgenomen dat bekeken wordt of het mogelijk is de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) vooraf te laten toetsen of het door de verzekeraars gecontracteerde volume past binnen het begrotingskader zorg. Om op die manier de kans op inzet van het macro beheersingsinstrument zo klein mogelijk te maken. Beide maatregelen sluiten aan bij het betreffende voorstel van de commissie Baarsma.

Ik ben bezig de uitwerking van de beleidsvoornemens in het regeerakkoord die raken aan de vormgeving van het macrobeheersinstrument ter hand te nemen. Ik ben hierover in overleg met veldpartijen. Parallel aan die uitwerking zal ik op korte termijn een extern juridisch adviesverzoek rondom het macrobeheersinstrument in gang zetten. Op basis van het uitgebrachte juridische advies en daarop volgend overleg met veldpartijen zal ik een besluit nemen over de vormgeving van het macrobeheersinstrument voor 2014. De vormgeving van het macrobeheersinstrument voor 2013 blijft ongewijzigd. Overigens beschik ik niet over een overzicht van de marktaandeelen van individuele ziekenhuizen.

Via het wetsvoorstel verbod op verticale integratie dat momenteel bij de Tweede Kamer ligt is de aanpassing van artikel 13 opgenomen die verzekeraars de vrijheid geeft om geen vergoeding te geven als verzekeren naar een niet gecontracteerde aanbieder gaan. Dit wetsvoorstel zie ik als een eerste stap op weg naar de naturaverplichting.

Kwaliteitsinstituut en ZichtbareZorg

De PvdA vraagt naar de stand van zaken met betrekking tot het bezien en herzien van de huidige indicatoren. Ook vragen de leden van de PvdA of er nieuwe of verbeterde indicatoren gebruikt kunnen worden in de onderhandelingen voor 2013 en hoeveel dit er zijn. Tot slot vraagt de PvdA hoeveel procent van de uitkomstindicatoren beschikbaar zijn en of ik van mening ben dat met de huidige set indicatoren de kwaliteit van zorg goed meetbaar is.

De stuurgroep Ziekenhuizen heeft besloten om de indicatorset voor verslagjaar 2013 gelijk te houden aan die voor 2012. Wel zijn inhoudelijke verbeteringen doorgevoerd en zijn de indicatoren aangepast voor gebruik met DOT-zorgproducten. Dat betekent dat ook in 2013 40 indicatoren worden uitgevraagd. Door het programma Zichtbare Zorg wordt momenteel een instrument ontwikkeld om de indicatoren die de afgelopen jaren zijn ontwikkeld, te kunnen toetsen aan recente (methodologische) inzichten met betrekking tot de doeltreffendheid van indicatorwaarden. De uitkomsten zullen mede bepalend zijn voor de doorontwikkeling van indicatoren in de komende jaren, waardoor de indicatie voor de kwaliteit van zorg steeds in waarde zal toenemen; zo maar enigszins mogelijk met minder indicatoren en mede daardoor een lagere administratieve last. In de NZa marktscan 2008–2012 over medisch specialistische zorg staat kwaliteit weliswaar in de top-3 van overwegingen voor keuze door zorgvragers, maar tegelijk vergelijkt meer dan de helft van de zorgvragers de zorgaanbieders niet onderling. Het kwaliteitsinstituut kan eraan bijdragen dat meer zorgvragers bewust kiezen voor een zorgverlener.

De leden van de PvdA vragen welke stappen ik heb genomen om het veld bij te staan bij het tot stand komen van richtlijnen. Deze taak ligt bij het Kwaliteitsinstituut dat nu wordt opgericht.

De PvdA-fractie vraagt naar de stand van zaken met betrekking tot het Kwaliteitsinstituut, en hoe dit is gepositioneerd ten opzichte van het Zorginstituut Nederland.

Het College van Zorgverzekeringen treft op dit moment zowel inhoudelijke als organisatorische voorbereidingen om het Kwaliteitsinstituut bij inwerkingtreding van deze wetgeving volledig operationeel te laten zijn. Ik hoop binnenkort met uw Kamer over het wetsvoorstel te spreken.

In het kader van de voorbereiding heeft het Kwaliteitsinstituut in oprichting een voorlopig toetsingskader ontwikkeld. Verschillende pilots beoordelen op dit moment de bruikbaarheid hiervan. Ook is het proces in gang gezet om samen met veldpartijen te komen tot een eerste agenda voor het prioriteren van te ontwikkelen standaarden. Op deze wijze kan het Kwaliteitsinstituut in oprichting doorgaan met de stimulerende en ondersteunende taken richting zorgaanbieders, -verzekeraars en cliëntenorganisaties die tot het einde van dit jaar bij de Regieraad, het Coördinatieplatform Zorgstandaarden, Zichtbare Zorg en het Centrum Klantervaring Zorg lagen. Pas na inwerkingtreding van de wet kan het Kwaliteitsinstituut gebruik maken van doorzettingsmacht door het overnemen van de regie wanneer de veldpartijen hun verantwoordelijkheid voor het ontwikkelen van professionele standaarden en meetinstrumenten niet waar maken.

Het Kwaliteitsinstituut wordt onderdeel van Zorginstituut Nederland. Dit wordt de nieuwe naam voor het huidige College van Zorgverzekeringen (CVZ). Om te zorgen dat de taken ten aanzien van kwaliteit en pakket gescheiden zijn worden zij ondergebracht in aparte werkprogramma's die gekoppeld zijn aan aparte adviescommissies. In het wetsvoorstel is bepaald dat het lidmaatschap van de Adviescommissie Kwaliteit onverenigbaar is met het lidmaatschap van het bestuur van Zorginstituut Nederland en de Adviescommissie Pakket. Een inhoudelijke samenhang tussen beide onderdelen is echter evident. Beide onderdelen zullen daarom, daar waar zinvol en nodig, kennis delen.

De SP constateert dat in het kader van Zichtbare Zorg in 2013 een loket beschikbaar zal komen waar ziekenhuizen hun gegevens over 2012 en verder kunnen aanleveren. De SP wil weten wie dat loket beheert, welke gegevens ziekenhuizen moeten aanleveren en wie hiervoor verantwoordelijk is.

Omdat het programma Zichtbare Zorg eind 2012 wordt beëindigd en het loket dat het Kwaliteitsinstituut in oprichting ontwikkelt nog niet gereed is, wordt een tijdelijke voorziening beschikbaar gemaakt voor zorgaanbieders die verplicht zijn om de kwaliteitsparagraaf van het jaardocument Maatschappelijke Verantwoording aan te leveren. Deze tijdelijke voorziening wordt ondergebracht bij het CIBG (onderdeel van VWS) en gekoppeld aan het portaal waar deze aanbieders ook de overige JMV informatie aanleveren. Op www.jaarverslagenzorg.nl is net als in de afgelopen jaren gedocumenteerd welke informatie de zorgaanbieders moeten aanleveren.

Het CDA is benieuwd of het Kwaliteitsinstituut op tijd van start zal gaan en welke effecten een eventueel latere start heeft op de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren. Daarnaast vraagt het CDA of de veldpartijen voldoende kennis hebben om de indicatoren door te ontwikkelen.

Het Kwaliteitsinstituut kan niet op tijd van start gaan, omdat er nog geen parlementaire goedkeuring is gegeven aan het wetsvoorstel ter zake. Vanaf 1 januari 2013 zal het Kwaliteitsinstituut in oprichting de stimule-

rende en ondersteunende taken richting veldpartijen, die tot einde van het jaar door onder meer Zichtbare Zorg worden uitgevoerd, doorzetten. De taken zullen minder uitgebreid zijn. Zo worden de veldpartijen (zorgaanbieders, -verzekeraars en -cliënten) zelf weer verantwoordelijk voor het proces om te komen tot professionele standaarden en indicatoren.

De deelnemers aan het programma Zichtbare Zorg zijn vroeg op de hoogte gebracht van het teruggeven van de volledige verantwoordelijkheid voor het ontwikkelen, onderhouden en uitvragen van indicatoren. Deze verantwoordelijkheid wordt in de meeste sectoren ook goed opgepakt.

De indicatoren voor verslagjaar 2013 zijn inmiddels vastgesteld zodat voor de zorgaanbieders duidelijk is welke gegevens in 2014 moeten worden aangeleverd. Het Kwaliteitsinstituut in oprichting zal de indicatoren die door de partijen in ZiZo zijn ontwikkeld langs het toetsingskader te leggen en zo nodig werkzaamheden te plannen voor onderhoud aan indicatoren die niet voldoen aan de laatste inzichten. Vanaf 2013 kan onderhoud aan bestaande indicatoren en de ontwikkeling van nieuwe indicatoren aan de hand van de agenda van het Kwaliteitsinstituut worden opgepakt door de deskundigen uit de kringen van zorgverleners, zorgvragers en zorgverzekeraars. Dat gebeurt bij voorkeur als onderdeel van de ontwikkeling van een professionele standaard.

D66 vraagt om een toelichting op de zinsnede dat indicatoren over kwaliteit bij voorkeur onderdeel van de professionele standaarden worden. D66 pleit ervoor dat de indicatoren in de professionele standaarden op te nemen en te zorgen dat de medische beroepsgroepen betrokken worden bij de professionele standaarden.

Net als de leden van de D66 fractie ben ik voorstander van het koppelen van meetinstrumenten, zoals kwaliteitsindicatoren, aan de professionele standaarden. Het Kwaliteitsinstituut in oprichting zal daarom stimuleren dat bij de professionele standaarden ook meetinstrumenten worden ontwikkeld. Dat gebeurt onder meer door het toetsingskader dat het Kwaliteitsinstituut in oprichting ontwikkelt. In dat kader staan de voorwaarden waaraan de professionele standaarden en de meetinstrumenten die daarbij horen moeten voldoen. Daarin staat dat bij de professionele standaard ook meetinstrumenten horen. Daarnaast is een van de belangrijkste eisen dat alle relevante partijen betrokken zijn bij het opstellen ervan. Naast cliëntenorganisaties en zorgverzekeraars betekent dat uiteraard dat de beroepsgroepen ook betrokken moeten zijn.

De leden van de D66 vragen hoeveel tijd nodig is voor de ontwikkeling van een volledige dekkende set aan kwaliteitsindicatoren en geven aan dat zij hechten aan een snelle totstandkoming van goede indicatoren. Zij vragen wat er gedaan wordt om de druk op de ketel te houden zodat voorkomen wordt dat er onnodige vertraging optreedt. Ook willen de deze leden weten op welke wijze het initiatief van kwaliteitsstandaarden in de cardiologische zorg betrokken wordt bij het proces en verder wordt uitgerold.

Net als de leden van de D66 fractie hecht ik aan de snelle totstandkoming van kwaliteitsindicatoren. Ik hecht daarbij ook aan zorgvuldigheid. Het programma Zichtbare Zorg, maar ook internationale initiatieven zoals de kwaliteitsregistraties in Zweden, laten zien dat bij de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren het van belang is dat de indicatoren meten wat ze moeten weten en geschikt zijn om verschillen in kwaliteit daadwerkelijk te laten zien. Het ontwikkelen van nieuwe indicatoren vergt dus enige tijd. Er zijn echter de laatste jaren al veel indicatoren ontwikkeld binnen het programma Zichtbare Zorg die al diverse onderdelen van de zorg dekken.

Zoals aangegeven in antwoord op vragen van de PvdA-fractie treft het College voor Zorgverzekeringen op dit moment zowel inhoudelijke als organisatorische voorbereidingen om het Kwaliteitsinstituut bij inwerkingtreding van de wetgeving volledig operationeel te laten zijn. Het Kwaliteitsinstituut in oprichting kan de stimulerende en ondersteunende taken richting veldpartijen, die tot einde van het jaar door programma's die onderdeel van het Kwaliteitsinstituut worden, doorzetten.

Het ontwikkelen van professionele standaarden en meetinstrumenten is en blijft de verantwoordelijkheid van veldpartijen. Het Kwaliteitsinstituut kan zowel bij de ontwikkeling als de implementatie een rol spelen bijvoorbeeld door verspreiden van de kennis die er al is. Dat kan dus ook met het initiatief dat de leden van de D66-fractie benoemden. De initiatiefnemers kunnen hun professionele standaarden inbrengen bij het Kwaliteitsinstituut in oprichting dat, wanneer de standaarden voldoen aan het toetsingskader, de standaarden na inwerkingtreding van de wet kan bijschrijven in het register voor standaarden.

Pas na inwerkingtreding van de wet kan het Kwaliteitsinstituut echt de druk op de ketel zetten door gebruik te maken van de mogelijkheid om zelf de regie over te nemen wanneer de veldpartijen hun verantwoordelijkheid voor het ontwikkelen van professionele standaarden en meetinstrumenten niet waar maken. Het wetsvoorstel ter zake ligt sinds 24 april 2012 in de Tweede Kamer.

De leden van de D66-fractie vragen hoe het staat met de voorbereidingen van het Kwaliteitsinstituut en of de beoogde datum van 1 januari 2013 gehaald gaat worden.

Het wetsvoorstel dat de taken en bevoegdheden van Zorginstituut Nederland voor het nieuwe onderdeel Kwaliteitsinstituut regelt is op 24 april jongstleden aan uw Kamer verzonden. De nota naar aanleiding van het verslag is op 9 oktober 2012 verzonden. Ik hoop op een spoedige behandeling van de wet. Zoals hierboven en in antwoorden op vragen van de leden van de PvdA-fractie al is gesteld is, treft het College voor Zorgverzekeringen op dit moment zowel inhoudelijke als organisatorische voorbereidingen om het Kwaliteitsinstituut bij inwerkingtreding van de wetgeving volledig operationeel te laten zijn. Vanaf 1 januari 2013 zal het Kwaliteitsinstituut in oprichting de stimulerende en ondersteunende taken richting veldpartijen, die tot einde van het jaar door programma's die onderdeel van het Kwaliteitsinstituut worden, wel doorzetten. Echter pas na inwerkingtreding van de wet kan het Kwaliteitsinstituut gebruik maken van wettelijke bevoegdheden zoals de mogelijkheid om zelf de regie over te nemen wanneer de veldpartijen hun verantwoordelijkheid voor het ontwikkelen van professionele standaarden en meetinstrumenten niet waar maken.

Overheveling geriatrische revalidatie

De leden van de D66-fractie vragen welke gevolgen het vervallen van de centrale indicatiestelling heeft voor het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) als gevolg van de overheveling van de geriatrische revalidatie van de AWBZ naar de ZVW.

De rol van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) bij de indicatiestelling voor de ZZP die vervalt door de overheveling van de geriatrische revalidatiezorg naar de ZVW is erg klein. De reden hiervoor is dat deze indicatiestelling via een Standaard Indicatieprotocol verloopt. Dat betekent zorgaanbieders digitaal een standaard indicatieprotocol (SIP) invullen en dit protocol via kernvragen leidt tot een indicatie. De zorg kan vervolgens gelijk starten. Het CIZ zet deze indicatie in principe zonder

eigen afweging om in een indicatiebesluit. Toetsing door het CIZ gebeurt achteraf steekproefsgewijs. Om deze reden neemt het werk voor het CIZ als gevolg van de overheveling nauwelijks af.

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