

Vergaderjaar 2011–2012

32 644

Beleid ten aanzien van chronisch zieken

Nr. 5

VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Vastgesteld 30 maart 2012

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ heeft op 14 maart 2012 overleg gevoerd met minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over:

- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 11 februari 2011 over de Eerste rapportage evaluatiecommissie Integrale bekostiging Zorg voor chronisch zieken (32 644, nr. 1);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 17 maart 2012 met antwoorden op vragen van de commissies inzake Rapport Afstemming in de zorg rond chronische aandoeningen; Terugblik 2010 (24 170, nr. 120);**
- **de brief van de president van de Algemene Rekenkamer, S.J. Stuiveling, d.d. 17 februari 2012 met antwoorden van de Algemene Rekenkamer op vragen van de commissie Rijksuitgaven en Volksgezondheid, Welzijn en Sport inzake het rapport «Afstemming in de zorg rond chronische aandoeningen; Terugblik 2010» (24 170, nr. 118);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 22 maart 2011, lijst van vragen en antwoorden over directe toegang paramedische beroepen (29 247, nr. 142);**
- **de brief van de president van de Algemene Rekenkamer, S.J. Stuiveling, d.d. 17 november 2011, met het Rapport Afstemming in de zorg rond chronische aandoeningen; Terugblik 2010 (24 170, nr. 111);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 13 december 2011, met de Aanbieding van en reactie op het rapport «Diabetes Care in the Netherlands: improving health and wealth» (22 894, nr. 306);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 14 februari 2012 met de Tweede Tussenrapportage van de Evaluatiecommissie integrale bekostiging van zorg voor chronisch zieken (32 644, nr. 4);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 14 februari 2012 met de stand van zaken van de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren voor de ketenzorg voor chronisch zieken (29 247, nr. 170).**

¹ Samenstelling:

Leden: Van der Staaij (SGP), Smeets (PvdA), voorzitter, Smilde (CDA), Koşer Kaya (D66), Van der Veen (PvdA), Van Gerven (SP), Ouwehand (PvdA), Agema (PVV), Leijten (SP), Bouwmeester (PvdA), Wolbert (PvdA), Wiegman-van Meppelen Scheppink (ChristenUnie), Uitslag (CDA), Elias (VVD), ondervoorzitter, Dijkstra (D66), Dille (PVV), Gerbrands (PVV), Mulder (VVD), Venrooy-van Ark (VVD), Bruins Slot (CDA), Voortman (GroenLinks), Klaver (GroenLinks) en Straus (VVD).
Plv. leden: Dijkgraaf (SGP), Kuiken (PvdA), Omtzigt (CDA), Berndsen (D66), Klijnsma (PvdA), Ulenbelt (SP), Hazekamp (PvdD), De Mos (PVV), Kooiman (SP), Arib (PvdA), Eijnsink (PvdA), Ortega-Martijn (ChristenUnie), Van Toorenburg (CDA), Van der Burg (VVD), Van der Ham (D66), Beertema (PVV), Bosma (PVV), Lodders (VVD), Van Miltenburg (VVD), Ormel (CDA), Sap (GroenLinks), Van Tongeren (GroenLinks) en De Liefde (VVD).

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

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

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

Voorzitter: Smeets
Griffier: Sjerp

Aanwezig zijn acht leden der Kamer, te weten: Smilde, Wiegman-van Meppelen Scheppink, Mulder, Dijkstra, Van der Veen, Leijten, Voortman en Smeets,

en minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, die vergezeld is van enkele ambtenaren van haar ministerie.

De **voorzitter**: Ik open dit algemeen overleg van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Op de agenda staat de afstemming van de zorg voor chronisch zieken. Ik heet de minister en haar ambtenaren, het publiek en de geachte afgevaardigden welkom. We hebben een spreektijd afgesproken van vier minuten per fractie.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Voorzitter. De aanpak van chronische zorg is cruciaal voor de houdbaarheid van ons zorgstelsel, want niet alleen hebben we te maken met steeds meer chronische zieken, de chronische zieken hebben ook vaak meer dan één chronische ziekte. We hebben dus een dubbele «chronisering» van zieken. Hoe beter we hun de zorg kunnen aanbieden, zowel inhoudelijk als organisatorisch, hoe beter de patiënt af is en, in het kielzog daarvan, ook ons stelsel. Patiënten hebben te maken met verschillende typen zorg op verschillende momenten: meestal eerstelijns, soms tweedelijns en vaak met meerdere zorgverleners tegelijk. Afstemming is daarom cruciaal en de ketenzorg die we daarvoor een paar jaar geleden hebben opgestart, kan daarop een antwoord zijn. Die komt traag op gang en dat verbaast ons niet, gezien de ingewikkeldheid van het geheel. Er zijn deelonderzoeken geweest en medio 2012 komt de evaluatie van de eerste drie jaar ketenzorg via integrale bekostiging, en dan kunnen we natuurlijk pas goed aangeven welke kant we op moeten gaan. Ik zal bespreken waar we tegenaan lopen bij de tussenstand. Er is nu slechts voor een paar aandoeningen ketenzorg met integrale bekostiging mogelijk en wij maken ons zorgen over de trage ontwikkeling van zorgstandaards, want die zijn nodig om een goede omschrijving te krijgen. Er ligt volgens mij een Kamermotie waarin wordt gesteld dat zorgstandaards nodig zijn, en dat zijn ze ook, om af te stemmen. Het kan bijvoorbeeld zijn dat er binnen zo'n keten zorg nodig is die niet in het basispakket zit, maar die binnen de keten toch vergoed wordt. Ook de afstemming voor comorbiditeit moet gebeuren op grond van de zorgstandaards. Daarnaast zijn zorgstandaards een goed aangrijppingspunt voor zorgverzekeraars om op te contracteren. Wij begrijpen niet helemaal waarom de minister het niet op haar weg vindt liggen om zorgverzekeraars aan te spreken op dat contracteren. Waarom eigenlijk niet? En hoe worden patiënten betrokken bij de zorgstandaards? Kan de minister aangeven hoe voorkomen kan worden dat een patiënt met een lage zorgzwaarte wel en een patiënt met een hoge zorgzwaarte niet in een zorgprogramma wordt opgenomen? Welke concrete stappen kunnen we nu zetten? Afstemming tussen zorgverleners is natuurlijk randvoorwaarde nummer één, al was het alleen maar om patiëntveiligheidsredenen. Ook voor de patiënt zelf zijn inefficiënte afspraken hinderlijk en vervelend. Als wij willen dat chronisch zieken ook gewoon aan het arbeidsproces deelnemen, moeten zij voor hun zorgvraag juist wel efficiënt worden geholpen. Er zijn goede voorbeelden in ons land van anderhalvelijnszorg en wij hopen dat juist in die situaties waarvan wij eerder hebben aangegeven dat er experimenten kunnen worden uitgevoerd, die experimenten ook met deze vorm van zorg en met deze chronisch zieken zullen worden gedaan. Integrale bekostiging valt niet mee, omdat er te veel per discipline wordt geredeneerd, zegt de Rekenkamer. Wordt dat inmiddels opgepakt? Ook dit

pleit weer voor een zorgstandaard. Graag een reactie hierop. Ons lijkt dat er een fikse rol voor de zorgverzekeraar ligt nu deze zowel voor de eerste als voor de tweede lijn risicodragend is geworden. Is dat al zichtbaar? En hoe zit het met de ontschotting tussen de eerste en de tweede lijn? De discussie over de overschrijdingen in de huisartsenzorg is hier natuurlijk niet los van te zien. We hebben al wel afspraken gemaakt in een bestuurlijk akkoord met de tweede lijn en die afspraken zijn ook nodig met de eerste lijn. De sector heeft ook last van een dubbele boekhouding, door zowel de integrale bekostiging als de verschillende beleidsregels. Samenwerking in de vorm van geïntegreerde eerstelijnszorgproducten biedt kans op voorkoming van ongewenste doublures maar ook op administratieve lasten. Wij hechten aan het eindrapport van de evaluatie omdat we ook hierin knopen willen doorhakken. Wij realiseren ons dat we echt nog midden in het proces zitten: stuck in the middle. Wij zijn warm voorstander van ketenzorg en we zouden de minister dus willen vragen om aan alle kanten mogelijk te maken dat dit proces voortgang kan krijgen. Het is echt de enige manier om de zorg voor chronische patiënten te centreren.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik wil reageren op het laatste gedeelte van het betoog van mevrouw Smilde. Als je het rapport leest, en de brieven over hoe het nu gaat met de ketenzorg, word je niet vrolijk. Toch hoor ik mevrouw Smilde zeggen dat we op deze weg door moeten.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Daar heeft de heer Van der Veen gelijk in, maar ik heb in de rapporten ook gelezen dat men zegt: laten we deze weg wel verder op gaan, maar aanpassingen doen. Ik realiseer me zeer wel dat we hierover misschien zelfs een tikje prematuur spreken omdat we eerst het eindrapport van de eindevaluatie van deze zomer moeten hebben. We besluiten echter wel vaker om toch een AO te houden. Daarom heb ik ook een paar keer gezegd dat we knopen moeten doorhakken. Voor ons is essentieel dat de zorg rond de patiënt wordt gecentreerd, en dat is met ketenzorg het geval. Volgens mij ligt er zelfs een motie van de collega van een heer Van der Veen waarin de regering wordt verzocht om het op grond van zorgstandaards te doen. In die zorgstandaards staat vaak ook al aangegeven hoe je de zorg op een goede manier kunt stroomlijnen.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik zeg ook niet dat wij tegen ketenzorg of tegen samenwerken zijn. Integendeel. Maar als bijvoorbeeld de NPCF zegt dat patiënten geen verbetering ervaren, dan vraag ik me af of we op de goede weg zitten, terwijl we het er wel over eens zijn dat de ketenzorg moet plaatsvinden.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Dan moeten we misschien een onderscheid maken, want over de ketenzorg waar al veel langer – avant la lettre, kan ik wel zeggen – ervaring mee is, namelijk de diabeteszorg, is iedereen tamelijk enthousiast. Misschien moeten we dus ook constateren dat een aantal ketens gewoon nog niet goed op orde is, en we het eindrapport nodig hebben om daar definitief knopen over door te hakken.

Mevrouw **Leijten** (SP): We moeten de volgende evaluatie eerst afwachten om een conclusie te kunnen trekken, zegt mevrouw Smilde. Ik vraag haar toch om te reageren op wat er in de eerste rapportage van de evaluatiecommissie staat, namelijk dat goede ketenzorg ook verleend kan worden zonder integrale bekostiging. Een warm voorstander van ketenzorg zijn we allemaal, maar integrale bekostiging is dus niet per definitie nodig. Die leidt tot veel bureaucratie en kan ook een belemmering zijn voor samenwerking. Ik zou graag willen dat mevrouw Smilde daar eens op ingaat.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Daar wil ik inderdaad op ingaan. Ik denk dat de integrale bekostiging juist van essentieel belang is om tot ontschotting te komen tussen de eerste en de tweede lijn. We zien dat bijvoorbeeld ook in de verloskunde, waar straks ook een integrale bekostiging komt. Ik zie daar veel voordelen in. Je moet niet de integrale bekostiging weglaten, maar de belemmeringen aanpakken.

Mevrouw **Leijten** (SP): In de eerste rapportage worden fikse uitspraken gedaan over de bureaucratie en de inefficiëntie waar dit toe leidt. Ik spreek praktijkondersteuners die 40% van hun tijd kwijt zijn aan de administratie van de integrale bekostiging van ketenzorg. Ik ben een beetje verbaasd dat de CDA-fractie, terwijl we dagelijks spreken over te dure zorg, zegt: het is zoals het is, we modderen nog even aan en we gaan door op deze weg. Is dat nu werkelijk de houding van het CDA? Voortmodderen op deze weg?

Mevrouw **Smilde** (CDA): Dit is een conclusie die mevrouw Leijten uit mijn woorden trekt. Ik zeg dat helemaal niet. In het laatste stukje van mijn betoog zei ik dat we «stuck in the middle» zijn en straks een knoop moeten doorhakken. Deze rapporten zijn heel handig, ook om te zien waar precies de knelpunten zitten. Het is dus helemaal geen kwestie van doormodderen, maar van bekijken waar de belemmeringen zitten en die wegnemen.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Voorzitter. Vandaag blikken we terug op de integrale bekostiging bij chronische aandoeningen. Op de agenda staan diverse rapporten en evaluaties. Laat mij vooropstellen dat de ChristenUnie altijd een groot voorstander is geweest van ketenzorg. Bij ketenzorg staan het verbeteren van de kwaliteit van zorg en het vergroten van de efficiëntie voorop, maar inmiddels weten we ook dat er een keerzijde zit aan ketenzorg. Want doordat alles is vastgelegd in standaarden en protocollen is er geen zorg op maat meer. Door protocollen blijven patiënten in beeld en dat is positief, maar niet elke patiënt hoeft even vaak gezien te worden. Zorg op maat blijft in onze ogen wenselijk en ik ben erg benieuwd of de minister ideeën heeft over het beter vormgeven daarvan. Ook mag het debat van vandaag niet losstaan van het debat over preventie. De toename van het aantal diabetespatiënten hangt voor een groot deel samen met leefstijl. Het klinkt als een cliché, maar voorkomen is beter dan genezen. Leefstijlinterventies zijn van groot belang.

Ik begin met de ketenzorg bij diabetes. Samenwerking komt steeds meer op gang, maar concrete onderhandelingen tussen financiers, hoofdcontractanten en subcontractanten verlopen veelal moeizaam. Blijkt hieruit dat er onvoldoende duidelijkheid is over de relatie tussen marktwerking en samenwerking en dat die wel eens frictie kan geven? De evaluatiecommissie constateert nog steeds een toename van de administratieve lasten en het naast elkaar bestaan van het nieuwe en het oude systeem van bekostiging. Hoe kan dit concreet worden aangepakt?

Uit recent onderzoek van Achmea blijkt hoe explosief de kosten van diabeteszorg zijn gestegen. Ook groeide het aantal diabetespatiënten. Integrale zorg wordt gezien als de beste zorg voor patiënten met diabetes. Onderzoek naar het effect van integrale bekostiging heeft aangetoond dat de kwaliteit sinds 1998 flink omhoog is gegaan. De zorg voor diabetespatiënten is enorm uitgebreid. We gingen echter niet alleen voor verbetering van de kwaliteit, maar ook voor doelmatigheidswinst. Dit is tot nu toe niet aantoonbaar gelukt, want doelmatigheid zou moeten blijken uit substitutie van de dure tweedelijnszorg naar de goedkopere eerstelijnszorg. Wat mijn fractie betreft, moeten we daar dit jaar echt grote stappen in kunnen zetten. De oorzaak van deze kostenstijgingen ligt voor een groot deel in allerlei weeffouten, die inmiddels naar boven zijn

gehaald. Denk aan dubbele bekostiging van losse verrichtingen in de eerste lijn. Denk aan dubbele dbc's tussen de eerste en de tweede lijn. Denk aan prikkels voor risicoselectie. Ook gaat 25% tot 50% van het ketentariaf op aan overhead en administratie. Deze weeffouten moeten echt verdwijnen. Wat gaat de minister hieraan doen? Hierbij is wel regie nodig, want achter elke weeffout zit wel een of ander deelbelang van een betrokkene in de ketenzorg.

Ik heb nog een paar opmerkingen over het rapport van Novo Nordisk. Ik wil vandaag één aanbeveling uit het rapport van Novo Nordisk benadrukken, namelijk: betrek werkgevers, UWV en deelnemende zorgpartijen bij diabeteszorg. Ik hoorde het verhaal van een patiënt die erg gevoelig is voor het krijgen van hypo's en toch door zijn werkgever als chauffeur wordt ingezet voor leerlingenvervoer. Niet handig. Hetzelfde geldt voor het draaien van nachtdiensten. De minister geeft aan dat zij zich samen met het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid inzet voor de versterking van de relatie tussen arbeid, gezondheid en zorg. Er wordt ook aandacht geschonken aan specifieke doelgroepen, zoals chronisch zieken. Ik hoor graag van de minister welke concrete ambities zij heeft.

Er is een actieprogramma chronische longziekten. Ik onderstreep de doelen die zijn geformuleerd in dit actieprogramma, te weten minder opnamedagen in het ziekenhuis, minder verloren werkdagen, meer rendement en kwaliteit van leven van patiënten, minder kinderen onder de achttien jaar die beginnen met roken en minder doden door astma en COPD. Is de minister bereid om dit actieprogramma samen met Long Alliantie Nederland uit te voeren?

Vandaag hebben we het over chronische aandoeningen die een plek hebben gekregen in de ketenzorg en de zorgstandaarden. Het is schrijnend dat intussen bij andere chronisch ziekten de samenhang in zorg afneemt als gevolg van bezuinigingen. Denk aan reumapatiënten, die vanaf 1 januari hun fysiotherapie niet meer vergoed krijgen. In totaal verwacht 82% van de respondenten in een onderzoek van het Reumafonds de eigen kosten dit jaar niet te kunnen betalen, omdat de aanvullende verzekering minder behandelingen vergoedt en omdat de premie simpelweg te hoog is. Ik hoor dus graag van de minister hoe zij zich ook voor de zorg voor deze chronisch zieken gaat inzetten.

De heer **Mulder** (VVD): Voorzitter. We spreken vandaag over een belangrijk onderwerp. Er zijn 4,5 miljoen mensen met een chronische ziekte en de inschatting is dat deze groep de komende decennia alleen maar groter zal worden, net als de groep van mensen met meer dan één chronische ziekte. We hebben nu de tweede tussenrapportage gekregen. Daar staat goed nieuws in: er is blijkbaar meer eenheid in de behandeling en er zijn prikkels tot samenwerking. Er staat echter ook minder goed nieuws in. Patiënten ervaren nog geen integrale ketenzorg. Achmea zegt dat de kosten met wel 50% zijn gestegen door de ketenbekostiging. Ook is er een gebrek aan transparantie. Het is niet duidelijk wat er precies wordt geleverd aan de patiënt voor de betaalde zorg. De voorzitter van de evaluatiecommissie zei laatst in een interview dat het nog ontbreekt aan wetenschappelijke onderbouwing. En in deze tussenrapportage staat dat er nog weinig zicht is op de totale effecten van integrale bekostiging. We wachten af wat er medio dit jaar nog komt.

Is de kernvraag niet of de invalshoek van ketenbekostiging wel goed is? We spreken immers over de bekostiging van een ziekte en eigenlijk willen we niet een ziekte bekostigen maar de kwaliteit van leven van de patiënt. Het gaat dus niet om de behandeling van de ziekte op zichzelf, maar om de zieke. Moeten we dan niet – hiermee loop ik misschien vooruit op de definitieve rapportage – komen tot een andere ordening van patiënten. Ik geef een voorzet. We zouden vier groepen kunnen onderscheiden: de eerste groep bestaat uit gezonde mensen die niet of bijna niet naar een

dokter gaan. De tweede groep bestaat uit mensen die af en toe iets hebben, die behoefte hebben aan acute zorg. De derde groep omvat mensen met een chronische aandoening en de vierde groep bestaat uit mensen, vooral ouderen, die meerdere chronische aandoeningen hebben. Moet je niet nagaan wat voor deze specifieke groepen patiënten wenselijk is, dus welke behandeling en welk aanbod daarbij hoort en moet je niet vervolgens die bekostiging daarop afstemmen?

Voor de eerste groep mensen is het oké. Voor de tweede groep mensen die af en toe iets heeft, is de huisarts genoeg. De aandoening gaat vanzelf weg, de huisarts lost het probleem op of hij verwijst door. De derde groep patiënten heeft bijvoorbeeld COPD, diabetes of de ziekte van Parkinson. Voor die mensen moet je een maatwerkprogramma maken. Bas Bloem heeft een project, namelijk ParkinsonNet. Ik hoorde dat er sprake is van projectfinanciering, dus dat de bekostiging nog niet structureel is geregeld. Moeten we voor ParkinsonNet niet een op maat gesneden financiering regelen? De vierde groep bestaat uit mensen die gelijktijdig meerdere aandoeningen hebben en die vaak afhankelijk zijn van de huisarts, de verpleeghuisarts en misschien ook van de geriater. Daarop moeten we de bekostiging toespitsen en we moeten de belemmeringen wegnemen.

De minister zei laatst dat ze nog nadenkt over e-health. Op ParkinsonNet kan men bijvoorbeeld doen aan zelfmanagement en men kan gebruikmaken van de chatfunctie. De vraag is of er dan sprake is van zorg en of je daarvan niet vergoede zorg moet maken.

Mevrouw **Leijten** (SP): Het is interessant dat de heer Mulder ParkinsonNet noemt. Daar staat immers juist centraal dat er vanuit de behoefte van de patiënt wordt geredeneerd en dat de samenwerking op basis daarvan wordt geformuleerd. Er is geen zak geld naar een hoofdonderhandelaar of naar een hoofdeigenaar van de zorgketen geschoven. Nee, het is gewoon van onderop ontstaan. Is de grote les van ParkinsonNet niet dat we, als we de professionals aan het roer zetten om samen te werken voor een groep patiënten met bepaalde ziektebeelden, de zorg centraal laten staan in plaats van het geld? We hebben de concurrentie en al die financiële prikkels dus helemaal niet nodig om de zorgprofessionals te laten samenwerken.

De heer **Mulder** (VVD): Ik denk dat de VVD-fractie en de SP-fractie het deels met elkaar eens zijn over het centraal stellen van de patiënt. Dat is precies waarover ik het had: de patiënt centraal stellen in plaats van ketenbekostiging en ik gaf ParkinsonNet als voorbeeld. Als je de patiënt centraal stelt, krijg je er inderdaad een organisatie bij. Die moet je echter wel bekostigen. Het probleem met Bas Bloem is dat hij projectfinanciering krijgt en dat hij op zoek is naar structurele bekostiging. Je moet dat dan wel mogelijk maken. De Tweede Kamer en de minister moeten dit soort initiatieven niet zelf ontplooiën, maar zij moeten ervoor zorgen dat mensen die dergelijke initiatieven ontplooiën, de ruimte en de faciliteiten krijgen om een en ander van de grond te krijgen. Daar past bekostiging wel bij, omdat je daarmee de juiste prikkel kunt geven.

Mevrouw **Leijten** (SP): De SP-fractie leert van ParkinsonNet dat, als de professionals om de tafel worden gezet, zij een sluitende keten zullen maken en dat het geld helemaal niet leidend is maar de patiënt. We moeten er wel voor zorgen dat de zorgverleners goed betaald worden. Wellicht is op dit moment de integrale bekostiging wel het probleem, want daarover zijn de patiënten niet tevreden. Is de heer Mulder daadwerkelijk bereid om van ParkinsonNet te leren en, de integrale bekostiging ook los te laten als het om ketenzorg gaat?

De heer **Mulder** (VVD): Misschien zijn de SP-fractie en de VVD-fractie het met elkaar eens over het feit dat integrale bekostiging nooit een doel op zichzelf is maar dat het altijd een middel is. De volgorde is de volgende: de patiënt, dan de behandeling en vervolgens de bekostiging die de patiënt volgt. Dat is de volgorde der dingen. Je moet niet eerst bekostigen en dan nagaan wat iemand nodig heeft. Misschien zijn de SP-fractie en de VVD-fractie het dus wel eens. Ik zeg dat altijd een beetje aarzelend, want dat weet je nooit helemaal zeker.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik zit nog even bij te komen van dit huwelijk.

De aanleiding voor de ketenzorg was dat er is gezegd dat – ik ben zelf één van de initiatiefnemers geweest van de diabetesketen – ervoor gezorgd moet worden dat er meetbare doelen zijn, dat de uitkomsten gemeten kunnen worden en dat op basis daarvan de financiering wordt geregeld. Dat was simpelweg het uitgangspunt. Vervolgens moet je de hulpverleners zo gek zien te krijgen dat ze dat gaan doen. Je wilt ook dat het redelijk structureel gebeurt en dat niet van een meneer of een mevrouw afhankelijk is of het wel of niet gaat ontstaan. Hoorde ik de heer Mulder zeggen dat hij vindt dat dat principe moet worden losgelaten, dat hij vindt dat we het nu moeten laten afhangen van hulpverleners om al dan niet iets rond de ziekte te organiseren en dat we vervolgens moeten nagaan hoe we dat gaan betalen?

De heer **Mulder** (VVD): Ik begin met de ketenzorg. Je komt altijd ergens vandaan en volgens de VVD-fractie is ketenzorg een tussenstap. Ik wil niet zeggen dat het een tussenstap is op weg naar het paradijs, maar het is wel een tussenstap op weg naar verbetering. Het is niet zo dat je het de hulpverleners laat bepalen. Daarom begon ik met de opmerking dat ons zorgstelsel vraaggestuurd moet zijn en dat het begint met de patiënt. Die staat centraal. De vraag is dus wat het proces, de aanbieder en de bekostiging toevoegen aan de kwaliteit van leven van de patiënt. Dat is het uitgangspunt. Daarna zorg je ervoor dat die prikkels zodanig zijn dat die patiënt aan zijn trekken komt. Wij laten dat dus niet zomaar aan de hulpverleners over. Nee, we moeten het systeem zodanig vormgeven dat de patiënt centraal staat. Daarom heb ik laatst in het AO het zorglandschap, «het patiëntenlandschap» genoemd. Dat is met die experimenten immers de kern: kwaliteit van leven in plaats van vastleggen van bovenaf, door de overheid, wat er precies moet gebeuren. Nee, je moet dat laten ontstaan.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik probeer het me voor te stellen. Stel dat ik de ziekte van Parkinson heb. Moet ik dan gaan winkelen of zo en kijken of ik iemand kan vinden die een keten gaat organiseren? Ik kan me er heel weinig bij voorstellen. Ik heb wel heel veel kritiek op de wijze waarop het nu gaat en ben ervoor in om in ieder geval elk alternatief te snappen.

De heer **Mulder** (VVD): Als ik de ziekte van Parkinson of een andere aandoening had, dan zou ik eens rustig gaan googelen om te zien waar ik het beste terecht kan. Dat zou voor veel aandoeningen kunnen gelden. Ik zou dan heel blij zijn met allerlei kwaliteitsindicatoren – daarvan zou in de zorg veel meer gebruik moeten worden gemaakt – omdat ik dan kon kiezen. Zo zou ik dat dus doen. Ik hoop overigens dat de heer Van der Veen die aandoening niet heeft. Als die patiënt centraal staat, dan hoort daar eigenlijk ook een individueel behandelplan bij. Het rapport van de Algemene Rekenkamer hinkt ook nog steeds op twee gedachten. Aan de ene kant begint de Algemene Rekenkamer over afstemming en aan de andere kant wil zij de patiënt er beter bij betrekken. In dat rapport wordt dus ook nog niet de stap gezet naar het centraal stellen van de patiënt. Achmea zegt dat de zorg duurder is geworden. Hij

werkt met een gemiddelde, ook in de laatste rapportage. Je kunt wel gemiddelde kosten hebben, maar dan heb je ook een gemiddelde patiënt. Misschien zijn er patiëntengroepen die wel degelijk overduidelijk baat hebben bij ketenzorg en misschien is er een groep die daarbij geen baat heeft. Er zou naar aanleiding van die evaluatie en wellicht ook naar aanleiding van die analyse van Achmea een verdiepingsslag moeten worden gemaakt. Dan is die analyse van Achmea dat alles duurder wordt misschien wel de laatste stuip trekking van een systeem dat is gebaseerd op een ziekte en dus niet op een zieke. Kan de minister een reactie geven op het overgaan op een model waarin de patiënt centraal wordt gesteld en waarin de zieke wordt bekostigd in plaats van de ziekte.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Voorzitter. De D66-fractie is een groot voorstander van ketenzorg waarmee we zorg rondom patiënten organiseren. Daarvoor is nodig dat huisartsen, wijkverpleegkundigen en specialisten samenwerken. Het is dan funest als we zorgverleners uit verschillende potjes betalen. Daarom steunen we de integrale bekostiging voor chronisch zieke patiënten. Die integrale bekostiging moet immers leiden tot een hogere kwaliteit van zorg voor de patiënt. We moeten de zorg kunnen blijven betalen. Daar willen we natuurlijk, net als iedereen, naartoe.

Dit soort hervormingen gaat niet vanzelf, dat blijkt wel. De evaluatiecommissie die de integrale bekostiging van zorgnetwerken voor diabetes, COPD en hartfalen onderzoekt, constateert enerzijds dat we goed op weg zijn. Huisartsen en specialisten werken steeds meer samen. Zorgverzekeraars pakken hun rol op en contracteren op grotere schaal. Diabeteszorg en de ketenzorg voor COPD en hartfalen nemen toe. Anderzijds zijn er heel belangrijke zaken die nog niet goed verlopen. Het ontbreekt aan transparantie over de kwaliteit van zorg en de patiënten ervaren vaak nog te weinig de voordelen van integrale zorg. Daarover stel ik dan ook een aantal vragen aan de minister.

Een belangrijk aandachtspunt is het verbeteren van die transparantie. Daarop heeft de D66-fractie natuurlijk vanaf het begin gehamerd.

Zorgverzekeraars aarzelen nu over de inkoop van ketenzorg, omdat ze niet voldoende zicht hebben op de kwaliteit van de geleverde zorg. Kwaliteitsindicatoren zijn nodig, maar die komen nauwelijks van de grond. Daarom hebben collega Voortman en ik in december een motie ingediend om die ontwikkeling te versnellen. Kwaliteitsindicatoren worden gebaseerd op zorgstandaarden. Mevrouw Smilde had het er ook al over. Nu blijkt dat er al een jaar lang geen nieuwe standaarden zijn ontwikkeld. Wat ons betreft is zeer zorgelijk dat het veld te langzaam vooruitgang boekt. Is de minister dat met mij eens?

De minister verwacht veel van het kwaliteitsinstituut. Ze noemt het in haar brief naar aanleiding van de tweede evaluatie nog een keer, maar op korte termijn biedt dat natuurlijk geen oplossing. Zo'n tussenevaluatie is er ook om na te gaan waar je nu echt op moet acteren. Ik zou graag weten met welke concrete acties de minister de druk op het veld wil verhogen en of zij ook bereid is om dwingend op te treden.

De patiënt ervaart nog te weinig de voordelen van integrale zorg en daar gaat het juist om. Het doel van zorgnetwerken is dat de patiënt in het middelpunt staat, maar de helft van de chronische patiënten heeft geen individueel zorgplan en het zelfmanagement komt onvoldoende van de grond. Zou de minister dan toch streefcijfers voor invoering van zorgplannen willen formuleren? Wil ze bevorderen dat patiënten actiever bij de zorgprogramma's worden betrokken?

Het netwerk van Bas Bloem werd alweer genoemd. Ik zou willen wijzen op MijnZorgnet waarin ook heel duidelijk de samenwerking met de patiënt in de ketenzorg een belangrijke rol speelt. De evaluatiecommissie wijst op goede voorbeelden in het buitenland, maar in Nederland zijn er ook goede

voorbeelden te geven. Hoe gaat de minister ervoor zorgen dat dergelijke initiatieven structureel worden gefinancierd en uitgebreid?

Als we de zorg echt rondom en met de patiënt willen organiseren, dan moeten we versnippering tegengaan. Geneesmiddelen en fysiotherapie vallen nu nog niet onder de ketenfinanciering. Dat is dus een probleem. Graag hoor ik van de minister hoe zij daar tegenaan kijkt.

De minister gaat experimenten starten met populatiegebonden bekostiging. Ik hoorde de heer Mulder hierover net al een beetje uitweiden en zeggen dat we misschien wel op een andere manier naar die ketens moeten kijken. Die experimenten zijn prima, maar de huidige evaluatie leert ons wel dat ongelooflijk belangrijk is dat we heel gedegen evaluatiecriteria vastleggen en dat we de tijd nemen om te monitoren. Ik zou heel graag van de minister horen hoe zij daar tegenaan kijkt en hoe zij dat in het tijdpad ziet, ook als het gaat over het onderwerp waar we het vandaag over hebben. Wanneer gaan we definitief beslissen?

Het invoeren van ketenzorg gaat met horten en stoten. Successen worden echter ook zichtbaar. Huisartsen melden dat door ketenzorg een op de drie diabetespatiënten het gewicht en het cholesterolgehalte beter onder controle heeft en een onderzoek toont aan dat diabetespatiënten in een zorgnetwerk gemiddeld 40% minder zorgkosten genereren. Ik heb het nu dus duidelijk over een ander onderzoek dan dat wat net werd genoemd. Dat zijn bemoedigende cijfers. De D66-fractie roept de minister op om voortvarend door te gaan op de ingeslagen weg met de kanttekeningen die ik heb gemaakt.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Voorzitter. Laat ik met een persoonlijke opmerking beginnen. Ik heb net al in een interruptie aangegeven dat ik in mijn vorige functie samen met anderen heel druk bezig ben geweest met het ontwikkelen van ketenzorg voor diabetes. Het idee was, aan payful performance te doen. Dat houdt in dat je meer betaalt krijgt naarmate je beter presteert. Dat was toen het uitgangspunt. Toen het vorige kabinet die ketenzorg verder aan de orde stelde, hebben wij er op basis van mijn ervaring voor gewaarschuwd om niet te snel alles overhoop te halen en niet te veel tegelijkertijd te doen omdat het een ingewikkeld traject is. Ik denk dat we een aantal dingen te snel hebben gewild. Dat is het eerste punt.

Het tweede punt is dat het doel was om die ketensamenwerking van de grond te krijgen en dat de bekostiging te veel een middel is geworden. We hebben te veel geprobeerd om alle mogelijke marktelementen in te bouwen waardoor het idee van payful performance, dat in wezen simpel is – de heer Mulder noemt het anders, maar in feite is het payful performance – steeds meer is weggevallen. Dat komt ook omdat uiteraard alle mogelijke belangengroepen in zo'n keten zitten. Zij hebben allemaal hun eigen eisen en belangen. Naar mijn idee is een deel van de waarde van de ketensamenwerking overvleugeld door de wijze waarop er bekostigd moet worden. We vinden dat ook terug in de verhalen van de evaluatiecommissie. Op zichzelf ben ik het met anderen eens, ook met mensen buiten deze Kamer, dat die evaluatie wat aan de vroege kant komt. Eigenlijk is het op een aantal belangrijk punten een redelijk vernietigend verhaal van de evaluatiecommissie. Zij zegt, en Achmea geeft dat ook aan, dat die kosten alleen maar heel fors toenemen. De vraag is wat het betekent dat de evaluatiecommissie binnen de termijn geen goed oordeel kan vormen over het al dan niet laten vervallen van die overgangsregeling. Graag wil ik ook een reactie van de minister op de cijfers van Achmea.

De comorbiditeit is eerder aan de orde geweest. Mensen met meerdere aandoeningen lopen tegen problemen aan doordat die ketens nieuwe schotten opwerpen. Ze moeten shoppen tussen de verschillende ketens. Niet alles zit in het basispakket. Anderen hebben dat al opgemerkt. Denk bijvoorbeeld aan fysiotherapie. De vraag is hoe je daar uitkomt. Dat is van

begin af aan een probleem geweest. Wat doe je met de onderdelen in de aanvullende verzekering? Als je het verhaal van de NPCF leest, dan zie je dat de patiënt die integrale zorg niet ervaart, dat hij er gevoelsmatig in ieder geval geen beeld bij heeft. Dan ben je toch wel erg slecht bezig, als je juist vindt dat het om de patiënten gaat en dat zij als het ware ook de katalysator zouden moeten zijn in deze ontwikkeling. Hoe krijgen we voor elkaar dat die patiënten die integrale zorg meer ervaren? Dat zou al aardig zijn. En hoe krijgen we voor elkaar dat die patiënten zelf ook druk uitoefenen om die ketenzorg te laten ontstaan?

Over de administratieve lasten is het nodige gezegd. Mij lijkt dat we ons ook daarover de nodige zorgen kunnen maken.

De ontwikkeling van de zorgstandaarden – collega Wiegman heeft dat punt naar mijn idee ook al aangehaald – gaat ontzettend traag. Dat is al een paar jaar het geval en dat heeft ook te maken met het feit dat verschillende belangen een rol spelen. Hoe krijgen we dat beter voor elkaar?

Kortheidshalve sluit ik mij aan bij de opmerkingen van mevrouw Wiegman over de aanbeveling van Novo Nordisk en over de Long Alliantie Nederland.

Mijn verzoek is toch – ik meen dat Zorgverzekeraars Nederland daarop ook aandringt – om de verschillende vormen van de eerstelijnsfinanciering waarmee we bezig zijn, in samenhang met elkaar te bekijken en, terug te gaan naar het oorspronkelijke uitgangspunt dat toen ook gold voor de diabeteszorg: de patiënt. Probeer die payful performance of die outcome-financiering weer leidend te maken en probeer door die ketens heen de individuele belangen toch wat naar de achtergrond te schuiven, al zal dat ontzettend lastig zijn.

Ik wil niet dat je moet googelen om te zien waar ketenzorg aanwezig is en waar niet. Ik vind sowieso dat samenwerking tussen hulpverleners de standaard moet zijn. Dat kun je nog een keer bevorderen, maar ik pas ervoor om dat via Google te achterhalen. Ik vind dat je het in de zorg gewoon netjes moet regelen.

Mevrouw **Leijten** (SP): Is de heer Van der Veen het met de Algemene Rekenkamer eens dat de minister van VWS in 2006, de heer Hoogervorst, ervan overtuigd was dat het nieuwe stelsel van marktwerking zou bijdragen aan een betere afstemming van zorgverlening aan patiënten met chronische aandoeningen? Die marktwerking zou de zorgaanbieders immers belonen voor het ketenverband. Is de heer Van der Veen het met de Algemene Rekenkamer eens dat de toenmalige minister kennelijk te optimistisch is geweest? Zo ja, waarom wil hij dan terug naar het begin? Was het begin van de heer Hoogervorst niet dat de marktwerking zou leiden tot ketenafspraken?

De heer **Van der Veen** (PvdA): Nee, het begin was dat – ik begin bij mijn eigen begin – je aan payful performance zou kunnen doen, dus dat je een betere kwaliteit zou kunnen belonen. Dat had te maken met samenwerking en een goede onderlinge afstemming. Naar dat begin zou je terug moeten gaan. Ik zeg heel voorzichtig dat ik zelf altijd wat minder het geloof heb gehad dat marktwerking de grote stimulans zou zijn. Ook in de vorige kabinetsperiode heb ik mijn zorgen uitgesproken over de snelheid waarmee die ketens van de grond moesten komen en alle theoretische concepten daaromheen. Ik denk dat je dit prima zonder marktwerking kunt doen en dat je nog eens moet kijken naar het resultaat en de kwaliteit. Dat je daarvoor wilt belonen, vind ik nog steeds een redelijk uitgangspunt. Dat is echter iets anders dan dat wat de heer Hoogervorst bedoelde.

Mevrouw **Leijten** (SP): Daarmee neemt de PvdA-fractie vandaag dus geen afstand van de ketenzorg maar van de integrale bekostiging zoals die door

de heer Hoogervorst bedoeld was, waarmee via marktwerking die samenwerking als een feestje tot stand zou komen. Klopt dat?

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik heb het zweet op mijn hoofd staan na deze vraag. Ik heb al eerder aangegeven – dat deed ik ook op andere plekken en volgens mij deed ik dat zelfs al eerder dan mevrouw Leijten – dat wij weinig geloof hebben in marktwerking als sturingsinstrument om samenwerking in de gezondheidszorg tot stand te brengen. Wij vinden het zelfs contrair. In die zin zeg ik dus niets nieuws.

De heer **Mulder** (VVD): Collega Van der Veen geeft aan wat hij niet wil. Ook zegt hij dat hij niet wil googelen. Hij besluit zijn betoog met de opmerking dat de zorg gewoon goed moet zijn. De crux is toch de vraag hoe je daarvoor zorgt? Op die vraag heb ik geen antwoord gekregen van de heer Van der Veen. Hij heeft alleen maar twijfels geuit en dus geen oplossingen aangedragen.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Dit is een grappige reactie. Ik ben namelijk begonnen met de opmerking dat wij – ik doel dan op de organisatie waar ik toen werkte – één van de uitvinders zijn van de ketenzorg. Wij hebben dus zelf echt met de voeten in de klei gestaan om die ketenzorg van de grond te krijgen. Dat is misschien het verschil met iets alleen uit de boekjes halen. Je ziet dan hoe ingewikkeld het is. Ook heb ik aangegeven dat die voortgang te snel is gemaakt. Het gebeurde te snel in één keer. Dat speelde met name tijdens de vorige kabinetsperiode. Ik heb gezegd dat het middel, die bekostiging, een soort doel is geworden om die ketenzorg van de grond te krijgen. We zouden terug naar de oorsprong moeten gaan. Ik denk dat je die ketensamenwerking dan heel goed verder kunt bevorderen. Ik zeg nogmaals dat een aantal dingen dan wel iets anders gedaan zullen moeten worden. Daarover zijn hier ook de nodige opmerkingen gemaakt. Dat die ketensamenwerking voorop blijft staan, is voor mij echter heel helder.

Ik heb inderdaad opgemerkt dat dat eigenlijk normaal zou moeten zijn. Ja, ik vind dat hulpverleners normaal gesproken gewoon met elkaar moeten samenwerken in het belang van de patiënt.

De heer **Mulder** (VVD): Dat is geen antwoord op de vraag. Dat zou normaal moeten zijn, maar hoe moet dat dan? De heer Van der Veen spreekt van twijfels en zegt dat hij het allemaal al gezien heeft. Op de vraag hoe we nu verder moeten, geeft hij echter geen antwoord.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Voor ons ligt een tussenrapportage. Het echte verhaal moet dus nog komen. Dat hebben we allemaal gezegd. In deze tussenrapportage staan een aantal zaken die ons ernstig zorgen mogen baren. Ik heb daarover ook vragen gesteld aan de minister. In ieder geval hebben die zaken niet het gewenste effect. Dat wordt zeker duidelijk na het lezen van de inbreng van de NPCF. Daarover moet je je zorgen maken. Vervolgens is de vraag aan de orde hoe de minister daarmee verder gaat. Ik hoop dat we het antwoord op die vraag van de minister krijgen op het moment dat we die meer definitieve rapportage binnen hebben. Ik kan me namelijk niet voorstellen dat de minister gelukkig is met deze evaluatie.

Verder heb ik aangegeven dat we ervoor moeten oppassen dat we het kind met het badwater weggooien. We moeten dus wel op deze weg doorgaan.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): De heer Van der Veen zegt dat die bekostiging een beetje het doel is geworden in plaats van het middel. Dat moet natuurlijk nooit het geval zijn. Verder zegt hij dat de weg naar de geïntegreerde zorg heel lastig is om te bewandelen en dat het nu heel erg wordt

neergelegd bij de bekostiging. Als je praat over de bureaucratie en over allerlei zaken die nu aan het licht komen en die het ingewikkeld maken, dan denk ik dat die op zichzelf niet met de bekostiging te maken hebben maar met de keten, de samenwerking. Is de heer Van der Veen dat niet met mij eens?

De heer **Van der Veen** (PvdA): Het is niet alleen de bekostiging. Was het maar zo. Het heeft ook heel duidelijk te maken met de belangen, met de wijze waarop in die ketens onderhandeld wordt, de vragen wie hoofdaanemer is, wie over het geld gaat, wie in die keten wel mee mag doen en wie niet en wie betrokken is bij de zorgstandaarden en wie niet. Dat is het potje belangenbehartiging. Dat moet ook plaatsvinden in het geheel. Het is een combinatie van deze zaken. Het is dus niet alleen de bekostiging, maar die speelt wel een belangrijke rol.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Dan vraag ik mij sterk af aan welke knoppen je volgens de heer Van der Veen moet draaien om dat op orde te krijgen.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik denk dat de hamvraag in de gehele gezondheidszorg is wie de olifant laat dansen. Met andere woorden, we hebben heel goede ideeën over zorg dichtbij en de wijze waarop het allemaal zou moeten gebeuren. De vraag is echter wie dat afdwingt. Je ziet ook hier dat het afdwingen daarvan heel erg lastig is. We hebben het daarover ook gehad in het overleg over het inrichten van het zorglandschap. Daarvoor kun je ook andere modellen voorstellen. Dat het een probleem is dat je niemand kunt afrekenen op het feit dat er geen ketens zijn of dat die er onvoldoende zijn, blijft natuurlijk vervelend. Ook de zorgverzekeraars kunnen dat niet. Die geven namelijk ook aan dat ze dat wel willen, maar dat ze eveneens tegen een aantal dingen aanlopen. Daar is Achmea een voorbeeld van. Zolang je niet een duidelijk afrekenpunt hebt, blijf je met die vraag worstelen.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Voorzitter. De doelen van ketenzorg zijn net al door verschillende mensen naar voren gebracht: een netwerk van hulpverleners rondom de patiënt, redeneren vanuit de wens van de patiënt. Er is al veel informatie, maar er moet nog heel veel komen. In ieder geval is duidelijk dat er nog veel te verbeteren valt, dat de doelen nog niet bereikt zijn en dat er negatieve bijeffecten zijn. De beoogde voordelen van ketenzorg zijn onder andere: minder dubbelingen in onderzoek, hulpverleners die op de hoogte zijn, minder hulpverleners en hulpverleners die elkaar niet tegenspreken. Die doelen worden beoogd om de patiënt in staat te stellen, meer de eigen regie te kunnen voeren. Juist die hoofdpersoon, de patiënt, merkt er echter nog te weinig van. Hij merkt nog niet dat er sprake is van meer integrale zorgverlening of betere integrale zorgverlening. Daarbij komt dat de helft van het aantal mensen die in aanmerking komt voor integrale bekostiging, nog geen persoonlijk zorgplan heeft, terwijl dat nu juist een heel belangrijk aspect is. Ik zou graag van de minister horen wat zij ervan vindt, want via de integrale bekostiging wordt er wel betaald voor de toepassing van individuele zorgplannen. Dan is het toch heel raar dat dat nog niet goed geregeld is. Deelt de minister ons standpunt dat het goed zou zijn om hierover streefcijfers af te spreken, dus dat we ervoor zorgen dat die individuele zorgplannen er ook echt komen? Hoe moeten we hiermee verder? De GroenLinks-fractie staat achter de doelen van integrale zorgbekostiging, dus zij wil ook doorgaan. We hebben een tijd geleden een algemeen overleg gehad waarin de minister heeft toegezegd dat ze die experimenten nog wil doen en dat ze niet wil wachten op de evaluatie hiervan. Tegelijkertijd moeten er echter ook echt stappen gezet worden. We moeten blijven monitoren en evalueren en niet achterover leunen. Daarvoor is van belang dat we ervoor zorgen dat niet

alleen de financiering maar dat ook de zorg veel meer geïntegreerd geleverd wordt. Wat nu voorligt, is nog niet genoeg. Ik heb al eerder aangegeven wat voor ons de doelen zijn. Om tot die doelstellingen te komen, hebben wij heel erg vanuit de patiënt geredeneerd. Wij hebben het idee dat er nu te veel geredeneerd wordt vanuit de financiering van de zorg en dat het veel meer op een procedurele manier geregeld is. Wij willen graag dat de patiënt echt centraal komt te staan. Ik heb net al een aantal dingen genoemd, onder andere die individuele zorgplannen. Dat is voor ons een belangrijk punt om ook die patiënt echt grip op de zaak te geven.

Mevrouw **Leijten** (SP): Voorzitter. Wie is gediend bij het beleid van integrale bekostiging van chronische ziekten? Dat is de vraag die ik in de voorbereiding centraal heb gesteld. Uit de evaluaties en uit het rapport van de Algemene Rekenkamer blijkt één ding duidelijk, namelijk dat de chronisch zieke patiënt hiermee in ieder geval niet gediend is. In de evaluatie staat ook duidelijk dat de patiënt een zeer beperkte rol heeft bij het vormgeven van de zorg. Sterker nog, hij is speelbal van de onderhandelingen tussen zorggroepen en zorgverzekeraars. De tweede vraag is wie daarmee wel is gediend. Zijn de zorgverleners dat wellicht? Zij ervaren deze vorm van financiering niet als ketenzorg maar als geketende zorg. Zij worden geconfronteerd met ontzettend veel administratie en zij moeten de zorgverzekeraars er continu van overtuigen dat laatstgenoemden waar voor hun geld krijgen. Er zijn praktijkondersteuners die melden dat ze 40% van hun tijd kwijt zijn aan de bureaucratie. Daarmee is de efficiëntie wel degelijk uit het zicht verdwenen. De belangen van de zorgverzekeraars zouden hiermee kunnen worden gediend. Zij zijn regelmatig de grote winnaars van onze stelselwijzigingen, maar ook zij zijn hierover helemaal niet tevreden. Enerzijds zijn zij dat niet omdat zij niet weten wat er bekostigd wordt en anderzijds omdat zij zien dat het heel erg lastig is om vanuit een pakket te denken in plaats van vanuit de patiënt.

We hebben het over ketenzorg en integrale bekostiging. Dat is eigenlijk iets anders dan het samenwerken tussen zorgverleners – ketenzorg, dat willen we allemaal – en de verschillende vormen van zorgverlening voor één patiënt zo veel mogelijk als één pakket financieren om daarop te concurreren. Ja, en daar gaat het mis. Want als je de patiënt centraal wilt stellen, dan kun je niet van één patiënt een pakket maken. Een diabetespatiënt van 70 jaar kun je het volledige diabetespakket geven met de zelfredzaamheidsdoelen, maar dat is natuurlijk voor iemand van 42 jaar veel meer van belang. Dat zien we in de praktijk ook gebeuren, wat volgens mij niet goed is. Niemand in deze Kamer is tegen samenwerking, in het belang van de patiënt, maar de gedachte dat zorgverleners alleen gaan samenwerken wanneer ze financieel geprikkeld worden, zoals in 2006 het idee was, is een grote denkfout, en daarbij ook een grote belediging.

Tegen iedereen die vandaag zegt dat het nog niet genoeg is, en dat we stuck in the middle zitten, zou ik willen zeggen: laten we afstappen van het wijkzustercomplex. We vonden het nodig om in het verleden in de AWBZ alles op te knippen, want het was niet efficiënt en te duur om een wijkverpleegkundige te laten douchen. Wat was het gevolg? De patiënt niet meer centraal, duurdere zorg, veel meer mensen over de vloer. We deden onderzoek, en er kwam uit: hé, een wijkzuster is veel prettiger voor de patiënt, en ook nog eens goedkoper. Samenwerken zit in de genen van mensen die werken in de zorg. Beloon ze daarvoor, door het basispakket goed te financieren. Op dit moment zien we dat daar waar het goed geregeld is, ingrepen in het basispakket leiden tot bureaucratie en verwarring. Gisteren was er een interessant debat op BNR, waar onder anderen ook de hier vaker genoemde Bas Bloem van ParkinsonNet aan meedeed, maar ook Jos de Bok. Hij zei: zet het vertrouwen in de profes-

sional centraal. Volgens mij moeten we dat gaan doen. Zeg niet: hij of zij gaat pas werken als er een vette worst voor de neus wordt gehangen, nee, geef de professional de ruimte om samen te werken. Haal die NMA weg uit de zorg, maar stop ook met de integrale bekostiging. Die leidt namelijk niet tot het doel wat we voor ogen hadden. Geef de huisarts een goede bekostiging voor al zijn patiënten, maak dat in zorgstandaarden wordt afgesproken dat er een goede overdracht plaatsvindt, en vergoed vervolgens de zorg die iemand krijgt gewoon bij de andere eerste lijn, of bij een specialist. Als je dat doet, dan wordt ketenzorg vanzelf van onderop mogelijk gemaakt. Kijk naar ParkinsonNet: daar was geen integrale bekostiging voor nodig. Als we dat stimuleren, dan wordt het beter voor de patiënt en beter voor de zorgprofessional, en beter voor ons aller portemonnee.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Wat is nu precies oorzaak en gevolg, en wie is de boosdoener? Daar kom ik niet helemaal uit. Maar is mevrouw Leijten het niet simpelweg met mij eens dat samenwerking inderdaad belangrijk is, maar ook goede afspraken over wat je bekostigt, en wie wat doet voor welk tarief? Als je dat niet doet, bestaat de kans dat dingen dubbelop worden gedaan, zelfs uitgaande van buurtzorg. Maar we willen ook niet dat de buurtzorg-wijkverpleegkundige precies hetzelfde gaat doen als de doktersassistent. Je zult daarover toch afspraken moeten maken?

Mevrouw **Leijten** (SP): Jazeker moet dat gebeuren. Als je het hebt over de ketenaanpak en de zorg voor chronisch zieken, kunnen de laatsten heel goed aangeven dat zij een bepaald onderzoek al hebben ondergaan, en er niet nog één willen. Ik vind het niet prettig dat er geen goede overdracht is tussen de fysiotherapeut en de diëtist. Je zou namelijk veel meer vanuit de patiënt moeten gaan denken. In het geval van het ParkinsonNet zijn mensen gewoon om de tafel gaan zitten, zonder hun eigen belang in het oog te houden. Het ging die mensen om het belang van de patiënt. Het is beter en goedkoper geworden, omdat er minder gevallen wordt, waardoor er gewoon minder operaties nodig zijn. Eigenlijk is iedereen tevreden, omdat er vanuit de professionaliteit wordt gewerkt, en niet vanuit verrichtingen en betalingen. Dat is iets waarvan we echt afstand moeten nemen.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Daar ben ik het wel mee eens, maar dat is toch ook niet iets wat je alleen maar bij een patiënt moet gaan neerleggen, zeker al waar toch al rondom de patiënt heel wat mensen actief zijn. Dan is het toch ook goed dat luisterend naar en in overleg met de patiënt de wijkverpleegkundige en de doktersassistent afspraken maken met de patiënt, om te voorkomen dat dingen dubbelop worden gedaan? Ik weet niet wat uw ervaring is, maar op het moment dat ik bij een huisarts ben die vindt dat er nog een onderzoekje moet worden gedaan, ben ik niet altijd even alert en slim genoeg om aan te geven dat dat niet nodig is, omdat de wijkverpleegkundige dit al heeft gedaan. Daar zul je gewoon afspraken over moeten maken?

Mevrouw **Leijten** (SP): Ja, daar zul je afspraken over moeten maken. Maar als ik zie dat de integrale bekostiging die doelen eerder in de weg staat dan ze bevordert, dan vind ik dat we daarvan afstand moeten nemen. Dan moeten we leren van voorbeelden als ParkinsonNet, waarbij diezelfde doelen worden behaald, waarbij de professionaliteit voorop staat, en waarbij het ook doelmatiger is. Wat hebben we overigens geleerd van de dbc's? Van de evaluaties word ik niet vrolijk. Ik word er ook niet vrolijk van, omdat we destijds wel hiertegen hebben gewaarschuwd.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Wat ik een beetje mis in het verhaal van mevrouw Leijten, is de huidige situatie. In de huidige situatie staat de patiënt juist niet centraal. Mevrouw Wiegman gaf een heel duidelijk voorbeeld van dubbelingen in onderzoeken, en heel veel verschillende hulpverleners. Inderdaad, ParkinsonNet is een heel goed voorbeeld, maar die verbeteringen komen niet altijd vanzelf. Ik denk dat de financiering per verrichting een belangrijke negatieve prikkel voor hulpverleners is om hulp te verlenen die misschien niet nodig is. Deelt mevrouw Leijten mijn standpunt dat we in ieder geval af moeten van de financiering per verrichting?

Mevrouw **Leijten** (SP): Het lijkt me algemeen bekend dat de SP niet wil dat we van zorgverleners, van professionals, van artsen premiejagers maken door ze per verrichting te financieren. Dan krijg je juist dubbeling.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Dat is volgens mij ook juist één van de doelen van integrale bekostiging. Kan mevrouw Leijten zich niet beter verzetten tegen negatieve bijeffecten en ervoor zorgen dat die integrale bekostiging goed verloopt, dan juist de integrale bekostiging met de grond gelijk te maken en het kind met het badwater weg te gooien?

Mevrouw **Leijten** (SP): Het zijn eigenlijk twee loten van dezelfde stam. Die stam is: via marktwerking en via financiële prikkels zullen zorgverleners wel gaan samenwerken. Daar geloven we niet in. Ik verwijs nogmaals naar ParkinsonNet en hoe dat tot stand is gekomen. We weten van een dbc dat het aanzet tot maximalisatie, tot het volmaken daarvan. Zorgverzekeraars zijn ontevreden, patiënten zijn ontevreden, zorgverleners zijn ontevreden. Volgens mij moet je dan gewoon zeggen: laten we het over een andere boeg gooien.

Minister **Schippers**: Voorzitter. Het feit dat het aantal chronisch zieken fors toeneemt en dat mensen steeds jonger chronisch ziek worden, is ongeveer mijn samenvatting van de eerste paar pagina's. Mijn voorganger is destijds gestart met een zogenaamd programmatische aanpak van chronische ziekten, een integrale benadering van de problematiek van de chronische ziekten. De vraagkant, dat wil zeggen de behoeften van de patiënt, staat daarbij centraal. De aanpak zet in op multidisciplinaire zorgverlening, ofwel ketenzorg. Dat vormde ook de start van de ontwikkelingen van zorgstandaarden voor chronische aandoeningen. Daarbij is toen gekozen voor een andere bekostigingsvariant, namelijk het integrale ketentarief. Dat is niet verplicht, wel als mogelijkheid. Dat beleid kent een langetermijnperspectief. De Evaluatiecommissie integrale bekostiging heeft al aangegeven dat veel effecten, bijvoorbeeld op kosten en kwaliteit, pas op langere termijn zichtbaar worden. De commissie onderzoekt de effecten van integrale bekostiging van ketenzorg bij diabetes, vasculair risicomanagement (VRM) en COPD. De periode 2010 tot en met 2012 wordt als een overgangperiode gezien, wat inhoudt dat de zorg zowel via een integraal tarief als via een koptarief kan worden bekostigd. De evaluatiecommissie probeert ook de effecten van de bekostiging via het koptarief in kaart te brengen, zodat deze twee varianten beter met elkaar vergeleken kunnen worden. Er zijn inmiddels twee tussenrapportages van de evaluatiecommissie verschenen. Daarin zowel positieve resultaten als verbeterpunten. Positief is dat op een aantal randvoorwaarden voor de invoering van de integrale bekostiging vorderingen zijn gemaakt. Wat de randvoorwaarden betreft, gaat het onder andere om de totstandkoming van de zorgstandaarden, de contractering door de zorgverzekeraars en de mate waarin de beoogde zorgprocessen op gang komen. Van de drie integraal bekostigde aandoeningen zijn zorgstandaarden beschikbaar. Diabetes wordt op grote schaal gecontracteerd. De contrac-

tering van COPD en VRM is toegenomen ten opzichte van 2010, maar blijft nog achter bij diabetes. Er wordt gewerkt aan een oplossing van ICT-problemen. De samenwerking tussen de eerste lijn en specialisten komt meer op gang, en zorggroepen en zorgverleners rapporteren op onderdelen positieve bevindingen over de kwaliteit van zorg. Maar er zijn ook aandachtspunten, wat een eufemisme is voor zaken waarmee het nog niet zo goed gaat. De moeizame onderhandelingen tussen de financiers, de hoofdcontractanten en de sub-contractanten en de transparantie die verder moet worden verbeterd, zijn daar voorbeelden van. Het punt van dit AO is, zeg ik maar meteen eerlijk, dat ik geen inhoudelijk oordeel ga geven, totdat ik het eindrapport heb gekregen. Dat verwacht ik in juni. De commissie verzamelt alle gegevens van verzekeraars, ook die van Achmea, dat hier eerder ter sprake is gekomen, aanbieders en patiënten, om conclusies te kunnen trekken. De verwachting is dat in de eindevaluatie op basis van RIVM-cijfers voor het eerst echt iets kan worden gezegd over de uitkomsten van zorg. Ik ontvang in juni, als ik die eindevaluatie krijg, ook de adviezen van de NZa over de bekostiging van huisartsenzorg en integrale zorg. Ik ben niet van plan om te gaan afwachten. Wat ik wel wil, is eerst de evaluatie en het NZa-advies, die nu juist kijken naar de bekostiging: hoe kun je dat slim doen, wat hebben wij geleerd en hoe kan het beter? Als ik die voor de zomer heb, kan ik in de zomer een pakketje aan maatregelen nemen op basis van al deze grondige onderzoeken en adviezen. Dan kan ik de Kamer dat voorleggen, waarna we daarover kunnen spreken. Ik moet wel zeggen dat ik het werk dat door de zorgprofessionals is gedaan op het gebied van de chronische zorg zeer waardeer. Er zijn ontzettend veel activiteiten opgestart: een bonte verzameling van ketens die zijn opgestart, standaarden die zijn ontwikkeld en actieplannen die zijn ingezet. Ik noem het Programma disease management chronische ziekten van ZonMw, dat loopt, en het Landelijk actieprogramma zelfmanagement, waarin zeven ziektebeelden zijn bekeken. Op 24 april krijgen wij daarvan de resultaten. Verder noem ik de ontwikkeling van casemanagement. Samen met de staatssecretaris ben ik bezig met het Deltaplan dementie. Het is echt nodig dat er verschillende dingen worden opgestart, om vooruit te komen. Dat is één van de redenen waarom experimenten zo belangrijk zijn, zodat je kunt zien wat wel of niet werkt. Natuurlijk moet je dat goed monitoren, en moet je dat vervolgens een plaats geven. Ik vind de ontwikkeling van een zorgplan als uitgangspunt op basis waarvan afspraken kunnen worden gemaakt tussen patiënten en zorgverleners, ontzettend belangrijk. Aan het zorgplan wordt hard gewerkt, onder andere door de NPCF. In het zorgplan kan zorg op maat worden geleverd. In het zorgplan wordt afgesproken wat je met welke ondersteuning kunt bereiken, welk zelfmanagement je kunt doen en wat je verwacht van je zorghulpverleners, en andersom. Ik denk dat we na de evaluatie en alle adviezen reflectie nodig zullen hebben, en bestemming van wat goed gaat. Verder moeten we altijd ruimte blijven bieden aan nieuwe ontwikkelingen en nieuwe starts. Verder is het belangrijk dat wij hiervoor een breed draagvlak hebben. Momenteel vindt er ontzettend goed overleg plaats over deze agenda met de hele eerste lijn, inclusief de LHV. Ik noem in dit verband het Pact van Garderen, een ontzettend mooie bijdrage waarop je verder moet bouwen om deze weg – we zijn het allemaal eens over het doel, niet over de weg ernaartoe – verder te bewandelen. Wat was de gedachte achter de ketenzorg? Die gedachte was gewoon goed. Men ging immers uit van de zorgvraag en van de patiënt centraal: de patiënt draagt zelf bij aan het succes. Dat we uitgaan van maatwerk in de zorg, en dat we veel meer multidisciplinair willen werken, dat dat kan in de keten, dat het ons draait om meer kwaliteit, dat de patiënt actief wordt betrokken, wat wil de patiënt bereiken aan kwaliteit van zorg, leven en arbeid? Dat verschilt per patiënt. De bekostiging moet geschikt zijn

voor maatwerk. De bekostiging moet dus ook door schotten heen zijn, dus integraal. Ik denk ook dat we de nieuwe experimenten straks voor vervolgstappen kunnen gebruiken. Maar voor de echte conclusie wacht ik toch echt even alle stukken af die ik nog krijg. Maar de insteek is volgens mij goed, en gaat ook uit van de patiënt, en niet van de ziekte.

De samenhang van de bekostiging in de eerste lijn, pay for performance. Ik heb op 28 november de NZa advies gevraagd over bekostiging van de huisartsenzorg en de integrale bekostiging. Op 15 februari heb ik advies gevraagd over de mogelijkheden en belemmeringen binnen de huidige bekostiging van de eerste en tweede lijn voor de invulling van zorg op de juiste plek en substitutie. Ik heb de NZa ook gevraagd de voorlopige uitkomsten van de Evaluatiecommissie integrale bekostiging chronisch zieken bij die uitvoeringstoetsen te betrekken. Die adviezen krijg ik dus voor de zomer.

Een belangrijke uitdaging is dat je geen losstaande prikkels van bovenaf op de zorgprofessional moet afschieten. Dat moet wel aansluiten bij de intrinsieke motivatie die een zorgverlener heeft om zijn patiënt beter te maken. Dat is het uitgangspunt. Je moet ook kijken dat belemmeringen worden weggenomen.

Mevrouw **Leijten** (SP): Wordt het rapport van de Algemene Rekenkamer meegenomen door de NZa?

Minister **Schippers**: Ik heb de NZa om advies gevraagd, op basis van alles wat er ligt. Ik heb niet expliciet gevraagd of ze het rapport van de Algemene Rekenkamer meenemen. Maar ze nemen natuurlijk wel alles mee wat hier al naar gekeken heeft. Ik ga er dus van uit dat ik een goed onderbouwd advies krijg, waarom zij voor bepaalde varianten kiezen. Ik denk dat dit zich heel goed leent om in verschillende varianten te doen. Ik ben wel afhankelijk van wat ik aangeboden krijg, maar ik denk dat hier echt wel kansen liggen. Ik zal de Kamer informeren over het uiteindelijke pakket.

Ik denk dat het een illusie is dat we schotloos kunnen werken. Je zet immers altijd ergens een schot, al is het maar tussen zorg en arbeid. Je hebt altijd ergens een grens waarbinnen je financiert. We hebben een Budgettair Kader Zorg (BKZ). Daarbinnen hebben we allerlei verschillende sectoren. Dat BKZ wordt in de praktijk als kader gehanteerd. We zien dat ook in de eerste en de tweede lijn. Maar het neemt niet weg dat we op dit moment ook tussen de kaders kunnen schuiven. Dat moeten we wel onderbouwen, zodat je de desbetreffende veldpartijen erbij moet betrekken. We zitten niet voor niets rond de tafel met ziekenhuizen waarmee ik het hoofdlijnenakkoord heb gesloten, waarin staat dat er geschoven kan worden, en de eerste lijn en verzekeraars, om te kijken of er initiatieven zijn waarbij we daadwerkelijk die schuif kunnen maken. Het zorgplan wordt nu ontwikkeld, en dat vind ik ongelooflijk belangrijk. Ik vind het eigenlijk gewoon het startpunt: als we dat uit het oog verliezen, dan denk ik dat we de weg kwijtraken. Dat is nu uitontwikkeld, het concept is klaar, en dat wordt in de praktijk uitgetoetst. Er worden afspraken gemaakt over het gebruik door aanbieders en patiëntenorganisaties. De laatste zijn zoals gezegd intensief betrokken. De heer Van der Veen zei terecht: je moet het ook laten bekijken. Het zorgplan vink je niet even af, dat is echt een andere manier van werken. Laten we dat gewoon degelijk en deugdelijk introduceren, zodat het daadwerkelijk een belangrijke plek krijgt in wat we eigenlijk willen met die ketenzorg.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Ik heb daar expliciet naar gevraagd. De minister zegt dat de NPCF daar heel intensief bij is betrokken. Toch is het een vraag die van de patiëntenorganisaties komt. Zij hebben de zorg dat dat niet snel genoeg van de grond komt, en ook dat de patiënten zelf toch niet

actief genoeg worden betrokken bij de zorgprogramma's. Dat komt niet zomaar uit de lucht vallen.

Minister **Schippers**: Ik vind het zelf het vertrekpunt. Ik kan u toezeggen dat ik in de rapportages hierover het zorgplan expliciet een plaats geef, met name als het gaat om de ontwikkeling daarvan. Hoe je het ook noemt, maakt niet uit, maar de afspraken tussen patiënt en behandelaar, daar draait het eigenlijk om.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Dat is natuurlijk de zorg op maat die in het zorgplan wordt vastgelegd. Dat deel ik met de minister. Dank voor de toezegging.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Ik ben het helemaal met de minister eens dat zij aangeeft dat het begint bij het zorgplan. Maar als je dan nu ziet dat nog niet de helft van de mensen met een chronische aandoening een zorgplan heeft, terwijl er wel via de integrale bekostiging voor betaald wordt, dan moet dat toch een signaal zijn? Wat gaat de minister daarmee doen? Meenemen vind ik gewoon te weinig.

Minister **Schippers**: Het is geen meenemen, ik denk dat het zorgplan uitgangspunt moet zijn. We moeten niet vergeten dat de standaarden geen keurslijf zijn, maar de kwaliteitslat die je ernaast legt. Het keurslijf bestaat uit de afspraken die met de patiënt worden gemaakt. Daarom vind ik het zo belangrijk dat ik expliciet in de rapportage aandacht wil besteden aan de vraag hoe het daarmee gaat, ook qua «uitrol».

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Kan de minister in die rapportages ook aangeven waar ze wanneer wil staan, zodat we ook duidelijke stappen vooruit maken?

Minister **Schippers**: Het is een misvatting dat we dan naar de overheid gaan kijken om te zien wanneer we waar staan. Dat zorgplan, dat is nu juist de basis waarop hulpverlener en patiënt met elkaar omgaan. Daar ligt de verantwoordelijkheid. Ik wil op het zorgplan «drukken», zonder dat overigens met streefcijfers van bovenaf te regelen. Ik ben het wat dat betreft met de heer Van der Veen eens: dit kun je niet van bovenaf afkondigen. Dit is een andere manier van werken die we allemaal willen, maar die wel zijn tijd nodig heeft om van de grond te komen. We moeten er wel scherp op zijn dat het ook daadwerkelijk van de grond komt. Ik heb de Kamer per brief geïnformeerd over de indicatoren diabetes, die binnenkort worden gepubliceerd. Deze zijn uitgevraagd over 2010. Voor COPD zal de set over het verslagjaar 2011 voor het eerst worden uitgevraagd. Het is ontzettend belangrijk dat de kwaliteit zichtbaar en transparant is voor de keuze die de patiënt uiteindelijk moet maken, maar ook voor de zorginkoop. Zichtbare zorg, en straks het kwaliteitsinstituut, zullen de indicatoren vaststellen die verbonden zijn aan zorgstandaarden, richtlijnen of andere professionele standaarden. De sector moet zelf afspraken maken over ICT-systemen en de wijze van aanlevering van de data die je nodig hebt.

Ten aanzien van zorgstandaarden en het coördinatieplatform: het is nodig dat samenwerking tussen partijen in de buurt verbetert, en dat de kwaliteit van zorg zich ook blijft verbeteren. Zorgstandaarden en richtlijnen kunnen daarbij behulpzaam zijn. Standaarden worden door aanbieders en patiënten samen ontwikkeld en onderhouden. Het coördinatieplatform zorgstandaarden zal per 2013 opgaan in het kwaliteitsinstituut, dat daarbij ondersteuning biedt. Door het toepassen van zorgstandaarden en richtlijnen kunnen partijen op een professionele manier met elkaar samenwerken ten behoeve van integrale en goede zorg. De zorgverkeers kunnen op basis daarvan weer inkopen.

Waarom gaat de ontwikkeling van zorgstandaarden traag? Een zorgstandaard stelt de norm voor goede zorg bij een chronische aandoening, en beschrijft de zorg vanuit het perspectief van de patiënt dwars door de schotten heen. Je krijgt daarmee een interactief proces tussen patiëntenorganisaties en aanbieders om dat te ontwikkelen. Het Coördinatieplatform zorgstandaarden, en straks het kwaliteitsinstituut, moeten daar natuurlijk bij adviseren. Daar moet ontzettend veel werk voor worden gedaan: ontwikkeling van een richtinggevend kader voor zorgstandaarden en een individueel zorgplan, en het ontwikkelen van een concept door samenwerkende partijen, een autorisatietraject, het is gewoon heel veel wat daar gebeurt. Ik vind dat er wel veel gebeurd is, en ook in een behoorlijk tempo. Diabetes, VRM, COPD, astma en obesitas zijn operationeel. In ontwikkeling zijn twaalf nieuwe zorgstandaarden, waaronder CVA, dementie, depressie, kanker. In verkenning zijn artrose, hersenletsel, hartfalen. Het is dus niet zo dat er niets gebeurt; er gebeurt ontzettend veel. Zonder de inbreng van patiënten kunnen geen zorgstandaarden worden ontwikkeld. Dat is evident. Bij een norm voor goede chronische zorg zit immers al een patiëntenperspectief. Bij elk initiatief voor een zorgstandaard is ten minste één patiëntenorganisatie betrokken. Zij hebben een belangrijke rol in het mede bepalen van de inhoud. Van elke zorgstandaard wordt in principe door de patiëntenorganisatie een patiëntenversie gemaakt. Ook de NPCF is nauw betrokken. De Algemene Rekenkamer stelt dat er te veel per discipline wordt geredeneerd. Mevrouw Smilde vroeg wat we daarmee doen. Wij pakken dit op. Alle inzet is gericht op het realiseren van integrale zorg, onder anderen vanuit kwaliteit omschrijven wat er moet gebeuren in de zorgstandaard en modules, en niet wie dat gaat uitvoeren. Het gaat echt om het wat, en om functioneel omschreven zorg. Wie die zorg gaat leveren, dat wordt bepaald in het multidisciplinaire team. De medische regie zal daarbij bij de huisarts liggen. Hoe voorkomen we dat patiënten met een lage zorgzwaarte wel en met een hoge zorgzwaarte niet in het zorgprogramma worden opgenomen?

Mevrouw **Smilde** (CDA): Hoe kan die discipline doorbroken worden?

Minister **Schippers**: Dit is een ontwikkeltraject. Ik begrijp natuurlijk dat er kritiek is, ook op de financiering. We doen niet voor niets een evaluatietraject, waarin alles wordt meegenomen. Er moet zeker worden gekeken naar administratieve lasten, want als 40% van de tijd van hulpverleners daaraan opgaat, dan span je het paard achter de wagen. Dat is zo, alleen moet je het zien als een ontwikkeling, waarbij je stapjes zet. Soms gaan die stapjes sneller. Over de snelheid van totstandkoming van de standaarden kunnen we eigenlijk heel tevreden zijn. Bij andere dingen gaat het wat minder snel.

Mevrouw Smilde vroeg hoe we voorkomen dat de lagere zorgzwaarte wel wordt meegenomen, en de hogere niet. Mij zijn geen signalen bekend dat er regio's zijn waar dit gebeurt. Het is wel iets waarop we alert moeten zijn. Ook de evaluatiecommissie, en de inspectie zullen daar alert op zijn. Als ze er zijn, zullen ze daar op handelen. Zorgstandaarden bevatten ook preventie, farmacie en andere componenten die nog niet worden gecontracteerd, of die niet in het pakket zitten. Kijk, de zorgstandaarden beschrijven in hoofdlijnen wat goede zorg is voor mensen met een bepaalde chronische ziekte. Die worden ontwikkeld door zorgverleners en patiënten samen. Niet alles wat onder een zorgstandaard valt – je omschrijft immers gewoon wat goede zorg is – hoeft onder het pakket te vallen. Van sommige zaken vindt de overheid dat die voor eigen rekening kunnen komen. Dat is één reden waarom niet alle onderdelen onder het ketencontract vallen. Een andere reden is dat de tijd nog niet rijp wordt geacht om bepaalde zaken onderdeel van integrale contractering te laten zijn. Een voorbeeld daarvan is farmacie: daar gaat men over op vrije

prijzen. De inkoop is specialistisch terrein, en daarvoor heb je echt schaalgrootte nodig, wil je dat goed kunnen doen.

Wat de inbreng van patiënten betreft, heb ik net al een aantal zaken aangegeven waarvoor geldt dat die inbreng daarvan onderdeel is, en zonder die inbreng niet mogelijk is. Maar ook bij het opstellen van het individueel zorgplan, onder regie van de huisarts, is dat cruciaal. Een zorgplan zonder patiënten lijkt me tamelijk ridicuul. Als wij ketenzorg willen vanuit de doelstellingen die we allemaal omarmen, dan moet iedereen daarin zijn eigen rol spelen en daarbij betrokken zijn. Zonder dat gaat het gewoon niet lukken.

Bij de contractering zijn er grote onderlinge verschillen tussen de aanbieders en de verzekeraars in de verschillende regio's. Mevrouw Wiegman vroeg daarnaar. Ik zie dat voor een deel als gevolg van de overgangssituatie. Ten eerste moet iedereen eraan wennen, aangezien er op een nieuwe manier wordt gefinancierd en wordt gewerkt. Er is ten tweede vaak onvoldoende transparantie in de overheadkosten die de zorggroepen in rekening brengen, richting verzekeraars en het uitenlopen van offertes tussen zorggroepen. Ook worden verschillen in professionaliteit tussen zorggroepen gerapporteerd, wat de inkoop van zorg met een uniforme goede kwaliteit bemoeilijkt. Ik neem aan dat dit ook een opstartpunt is: dat zijn kinderziekten. Er is ook wel sprake van verschil in beleidsvisie tussen verzekeraars over hoe zij de bereikbaarheid, kwaliteit en veiligheid voor verzekerden willen realiseren. Uiteindelijk moet het wel zo zijn dat zorgverzekeraars rekening houden met de uitvoerbaarheid van hun contracteerbeleid voor zorgaanbieders.

Mevrouw Smilde vroeg, waarom ik het niet logisch vind om zorgverzekeraars aan te spreken op de contractering voor comorbiditeit. Zorgverzekeraars maken afspraken met aanbieders, en die zullen voor het kwaliteitskader gebruik maken van de beschikbare zorgstandaarden en -richtlijnen. Zo doen we dat in Nederland. Voor comorbiditeit wordt nu een kwaliteitskader ontwikkeld door het Coördinatieplatform zorgstandaarden. Verzekeraars worden daarbij betrokken, en hechten veel belang aan de totstandkoming daarvan. Zodra dat operationeel is, zal het kwaliteitskader volgens de principes van het kwaliteitsinstituut en onder toezicht van de inspectie worden toegepast. Ik spreek partijen daar niet op aan. Op een gegeven moment is er een richtlijn, die standaard wordt, en dan wordt daarop toegezien door de inspectie. Zorgstandaarden zijn ook niet iets wat je zelf contracteert. Ze dienen wel als kwaliteitsbasis voor te contracteren lokale zorgprogramma's, ze stellen de norm voor goede chronische zorg, maar that's it. Is het zichtbaar dat verzekeraars risicodragend zijn geworden voor zowel de eerste- als de tweedelijnszorg? Ik zou natuurlijk heel graag daarop met ja willen antwoorden, maar het is nog te vroeg om dat te kunnen bepalen.

Mevrouw Wiegman vroeg of ik het Actieprogramma Longalliantie wil steunen. Ik heb met de Longalliantie gesproken. Het is een goede zaak om een actieprogramma voor de aanpak van longziekten op te stellen; ik ben daar een groot voorstander van. Door goede samenwerking tussen patiënten, aanbieders en verzekeraars kun je vernieuwingen krijgen die ten bate komen van iedereen. Het programma zal meerdere thema's inhouden, zoals preventie en integrale zorg. Ik vind het een goed voorbeeld van waar het veld zijn eigen verantwoordelijkheid neemt. Ik zie mijn rol vooral in het wegnemen van belemmeringen voor innovaties, en het verbinden met andere zorgvraagstukken. Ik heb met de initiatiefnemers afgesproken dat zij hun voornemens bespreken met mijn ambtenaren, en dat we dan kijken naar de resultaten, en wat daarop verder moet gebeuren.

Mevrouw Leijten zei: geef zorgprofessionals de ruimte. Zij refereerde daarbij aan de heren Bloem en De Blok. Ik was gisteren toevallig ook bij dat debat, dat nog even doorging nadat de uitzending was afgelopen. Wat natuurlijk wel heel mooi is, is dat beide heren een prachtig programma

hebben opgezet, waarmee patiënten ongelooflijk blij zijn, in het huidige systeem. Ze hebben daarvoor dus de ruimte gevonden. Toen verzekeraars en aanbieders zeiden dat ze nog wat instrumenten nodig hebben en dat er nog wat belemmeringen zijn, heb ik gezegd: je moet het op een gegeven moment gewoon doen. Op een gegeven moment moet je zeggen: het is nog niet af, maar ik heb gewoon een goed idee waarmee ik aan de slag ga. Dat hebben deze twee mensen natuurlijk wel gedaan. Zij hebben iets prachtigs neergezet. Ik vind dan ook dat je dit soort dingen de ruimte moet geven. Als daar belemmeringen zijn, vind ik het wel belangrijk dat we daar heel goed naar kijken. Maar het is dus wel mogelijk om dat in het huidige systeem op te zetten. Ik vind het wel een misvatting te denken dat het over de hele linie spontaan tot stand komt, want dat zien we gewoon niet gebeuren. Als ze opstaan, moet je zorgen dat ze de ruimte krijgen en dat ze het kunnen regelen. Maar in die gebieden waar het niet gebeurt, moeten we wel wat doen om ook dingen tot stand te krijgen die zorg verbeteren en de patiënt centraal zetten. Dit zijn natuurlijk zaken waarbij patiënten enorm betrokken zijn, en waar enorm kan worden gestuurd.

De heer **Mulder** (VVD): De minister zegt dat ze zeer te spreken is over het initiatief van de heer Bas Bloem, en ze zegt dat dat ook kan binnen het huidige systeem. Dat klopt, maar het probleem van de heer Bloem is dat hij een projectfinanciering heeft gekregen die niet structureel is. Hoe borg je dit soort goede initiatieven zodat ze ook blijven, en hoe maak je het ook weer flexibel genoeg? Misschien komt er op enig moment een nog beter systeem, waarvoor ook weer ruimte moet zijn.

Minister **Schippers**: Ik kom daar op.

De heer Mulder vroeg, hoe we succesvolle innovaties kunnen verankeren en borgen. ParkinsonNet heeft inderdaad op een projectsubsidie gedraaid. Dat is een mooie manier om te kijken of een innovatie meerwaarde heeft, en of het succesvol is. Daarna, als dat allemaal positief kan worden beantwoord, dan moet je structurele opschaling krijgen doordat verzekeraars het ook daadwerkelijk gaan inkopen. Dat is bij ParkinsonNet gebeurd. Via de inkoop kunnen zorgverzekeraars dat dan financieren. Waar er belemmeringen zijn voor zorginkoop van innovaties moeten die weggenomen worden. Met de NZa en het CVZ pleeg ik overleg over de beleidsregels. Wat vandaag een innovatie is, moet morgen reguliere zorg zijn. Dan moeten we meer ruimte hebben, en niet stilstaan voor nieuwe innovaties. De eerste cases liepen via de beleidsregels voor innovatie. Hierna is een structurele bekostiging door een nieuwe beleidsregel mogelijk gemaakt. Dat zie je bij de zorg voor diabetes: er komt een beleidsregel innovatie binnen, die succesvol is, waarna wordt overgestapt naar een nieuwe financiering, als het geen innovatieve zorg meer is. Een ander voorbeeld is de basis-ggz. Op verschillende plaatsen wordt die ggz innovatief en samenhangend aangeboden, met e-mental health en in de buurt. Dat gaat nu nog via de beleidsregel innovatie. Als het succesvol is, moeten we dat weer borgen door dat structureel te financieren, door een nieuwe beleidsregel. Het is nog geen automatische gang – daarin heeft de heer Mulder gelijk – en dat geven wij ook mee in onze gesprekken met de NZa. Je moet ervoor zorgen dat je niet alleen in programma's blijft hangen.

Mij is gevraagd om een reactie op de noodkreet van de reumapatiëntenvereniging over de gevolgen van de pakketbezuinigingen. Dit waren geen bezuinigingen waarvan wijzelf hebben gezegd, los van adviezen, dat dit eruit moest. Wij hebben niet als politiek zelf bedacht dat dit onvoldoende onderbouwd was. Nee, het CVZ heeft onderzoek gedaan, en dat heeft ons geadviseerd het uit het pakket te doen, omdat blijkt dat langdurige fysio en oefentherapie bij een aantal aandoeningen, waaronder chronische reuma, niet bewezen effectief is. Uit het CVZ-advies volgt ook dat toegankelijkheid van de wel bewezen effectieve vormen van kort durende

fysio en oefentherapie niet in het geding is. Ik heb dus gewoon het advies van het CVZ gevolgd. Het CVZ blijft overigens de ontwikkelingen rond de toegankelijkheid wel volgen. Er is een serieus signaal gekomen vanuit het meldpunt fysiotherapie van het Reumafonds. De Reumabond geeft aan dat de pakketmaatregelen een forse toename van kosten hebben opgeleverd voor mensen met een reumatische aandoening. Als het niet helpt, wat het CVZ zegt, zou het ook niet tot een kostenstijging moeten leiden voor mensen zelf. Als het niet helpt, moet je het gewoon niet nemen. In het bericht van het Reumafonds van vanmorgen staat dat 13% van de respondenten die geen onbeperkte aanvullende verzekering hebben, zijn geweigerd door zorgverzekeraars. Blijkbaar is er behoefte aan een onbeperkt aantal behandelingen, ook al is de effectiviteit hiervan niet aangetoond. Ik heb hierover verschillende schriftelijke vragen gesteld, en in de antwoorden daarop heb ik dit aangegeven.

Wat is mijn reactie op de aanbevelingen van Novo Nordisk, waarbij met name aandacht werd besteed aan aanbeveling 2? Een van de belangrijkste opbrengsten van betere diabeteszorg is volgens het rapport de toename van de productiviteit. Ik onderschrijf die opvatting. De aandacht van bedrijven en organisaties is traditioneel gericht op het beperken van verzuim. Daarbij gaat de meeste aandacht naar problemen met het bewegingsapparaat, en verstoring van de psyche. Het is belangrijk dat ook diabetes en andere chronische aandoeningen meer aandacht krijgen in bedrijven en organisaties, omdat een tijdige onderkenning en goede zorg, arbeidsparticipatie en productiviteit zullen verhogen. Samen met het ministerie van SZW zet ik in op versterking van de relatie tussen arbeid, gezondheid en zorg. We zijn bezig met een Actieplan gezond bedrijf. Wat doen we nog meer in dit kader? Er is een quickscan samenwerking bedrijfsartsen en eerste lijn gemaakt, en ook één tussen bedrijfsartsen en verloskundigen. Verder loopt er een onderzoek van de module arbeid in de zorgstandaarden. Het Actieplan gezond bedrijf ontvangt de Kamer voor de zomer. Er zijn knelpunten in de arbo-curatieve samenwerking, en die worden in het Actieplan meegenomen.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Voorzitter. Diabeteszorg is organisch begonnen, en daarna proberen we dat in een bredere context te zetten. Ik hoop dat de experimenten op die manier bij ons binnenkomen, en van onderaf kunnen worden geregeld. Maar als we het willen gaan regelen, dan lopen we tegen belemmeringen aan, ook hierbij. Dan is het aan de Kamer om daarmee wat te doen.

Het evaluatierapport komt in juni, evenals de uitvoeringstoets NZa. Ik ga ervan uit dat het kabinet die twee rapporten in elkaar vlecht.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Voorzitter. Alle begrip dat er vandaag nog geen eindoordeel kan worden gegeven, in afwachting van het eindrapport in juni. Maar ik mag wel aannemen dat de minister goed heeft geluisterd naar de commissie. Met name de enorme overhead in de ketentarieven is erg belangrijk. Ik ben blij met de toezegging over de combinatie van zorg en de werkvloer in het actieplan. Ik ben ook blij dat de minister bereid is, de belemmeringen in het Actieplan van de Longalliantie te inventariseren. Wanneer wordt dat teruggekoppeld? De minister heeft gezegd dat niet alles wat onder de zorgstandaard valt onderdeel is van het basispakket. Wij hebben in dat verband gewezen op de problemen met de aanvullende verzekeringen. Ik vind het begrijpelijk dat de minister zegt dat het advies van het CVZ simpelweg is gevolgd. Kan de minister aan het CVZ vragen om alert te zijn op eventuele effecten op specifieke doelgroepen van een op zich logische ingreep in het pakket?

De heer **Mulder** (VVD): Voorzitter. In mijn eerste termijn heb ik gezegd dat integrale bekostiging wellicht een tussenstap is, naar nog meer kijken

naar wat de patiënt wil en naar de kwaliteit van leven, en daar de zorg op toe te snijden. Collega Leijten noemde het voorbeeld ook al: er is een verschil tussen iemand van 42 met diabetes, en iemand van 72 met hetzelfde. Dan heb je toch een soort triage nodig. Ik begrijp dat de minister zegt: eerst evalueren, dan de conclusies trekken en dan eventueel met maatregelen komen. Mijn fractie heeft de suggestie gedaan om de invalshoeken wat te kantelen. Dank voor de opmerkingen van de minister over ParkinsonNet. Terecht zegt ze dat de beleidsregel moet worden aangepast. Volgens mij is er nog een probleem: als de heer Bloem wil dat de beleidsregel wordt aangepast, dan moet je dat al doen in april om dat per 1 januari 2013 ingevoerd te krijgen. Kan het opstellen en veranderen van die beleidsregels wat worden versneld, zodat innovaties sneller van de grond komen?

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Voorzitter. Ik ben begonnen met te zeggen dat de verzekeraars problemen hebben met de ketenzorg, omdat ze niet voldoende zicht hebben op de kwaliteit. De minister heeft gesproken over de zorgstandaarden: daar gebeurt wat haar betreft voldoende. Als het gaat om de kwaliteitsindicatoren zou ik graag van de minister willen horen in hoeverre ze de druk daarop houdt. Ze verwijst naar het kwaliteitsinstituut, maar dat is er domweg nog niet. Het is wel urgent dat dit gebeurt. De minister is zoals gebruikelijk geen voorstander van streefcijfers. Ik overweeg hierover een motie in te dienen, samen met mevrouw Voortman, dus ik kondig alvast een VAO aan.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Voorzitter. De Bas Bloemens en de Jos de Blokken zijn al jaren aanwezig in de gezondheidszorg, want in het zorgstelsel heb je altijd heel ondernemende mensen gehad, die van alles wilden. De moeilijkheid is elke keer om datgene wat heel persoonsgebonden is te vertalen naar een meer structurele oplossing. Dan loop je tegen een aantal risico's aan. Ik ben zelf wat nauwer betrokken geweest bij de ketenzorg. Op het moment dat je de overstap maakt naar meer structureel, krijg je eerst te horen dat er meer geld nodig is. Je ziet dan zo'n initiatief besmet worden door de diverse belangen. Verder krijg je een heel theoretische discussie over de financiering. Ten slotte loop je het risico dat de nieuwe Bas Bloemen worden gezien als de nieuwe heilanden, waardoor oude trajecten niet worden afgerond. Ik geloof echt in ketensamenwerking, en ik denk dat dat ook hoort in de zorg. Tegen de minister: houd vast aan de ontwikkeling van het traject, hoewel dat erg lastig is. Dan hebben de patiënten helderheid en duidelijkheid. Het lastige is om over te springen naar iets anders, waarbij ik op grond van ervaringen de nodige reserves heb. Ook deze lijn is begonnen met pay for performance, wat nu outcome-financiering heet. Zie dit maar als een bestuurlijke waarschuwing van iemand die al wat langer meeloopt in de zorg.

Mevrouw **Leijten** (SP): Voorzitter. In juni komen alle adviezen, en van de zomer gaat de minister die allemaal op een hoop gooien, en dan komt ze in het najaar met een voorstel. Dan neemt ze de huisarts mee en de integrale bekostiging. De NZa neemt alle rapporten mee die erover geschreven zijn. Dan heb ik nog een advies voor de NZa, waarvan ik hoop dat de minister het wil overnemen. In het rapport De huisarts aan het woord, terug naar de praktijk, van de SP bevat zeer belangwekkende dingen over hoe de functionele bekostiging ook negatief kan uitpakken, bijvoorbeeld als het gaat om het opknippen van de patiënt in ziektebeelden, en dat er geen integrale zorg wordt bevorderd, omdat de keten nu eenmaal vasthangt aan één aandoening. Is het mogelijk dat de NZa met een advies komt: doe nou niet meer de financiering van de zorg via de financiële prikkels in een winst- en verdienmodel? Zou de uitkomst van de NZa ook kunnen zijn wat de uitkomst van De Blok en Bloem is? Zij

komen met alternatieven voor het huidige stelsel, want gelukkig stoppen de professionals niet met professioneel denken. De kwaliteit van de zorg en de professionaliteit moeten centraal staan, in plaats van het verdienen. Dat is namelijk van beiden de kern. Zonder experimenteerruimte was ParkinsonNet niet ontstaan. De minister zegt dat zoiets zomaar ontstaat in het huidige stelsel, maar helaas is dat niet zo. Als wordt gezegd dat er voor de introductie van keten-dbc's geen ketensamenwerking is, dan doen we de zorg ook tekort, want die was er wel degelijk. De minister zegt dat alles integraal zal worden meegenomen. Zou het dan mogelijk zijn dat de NZa adviseert: stop maar met het verdienmodel in de zorg, en gooi het over de boeg dat iedereen een eerlijk salaris verdient, waarbij de professionaliteit en het belang van de patiënt centraal staan? Er wordt dan niet meer gefactureerd per behandeling of per keten-dbc.

Minister **Schippers**: Voorzitter. Ik kan mevrouw Smilde geruststellen: ik kom inderdaad na de zomer met een pakketje met voorstellen naar de Tweede Kamer. Mevrouw Wiegman vroeg of ik de aandachtspunten van de Tweede Kamer mee kan nemen, waarbij zij met name overhead en administratieve lasten noemde. Dat zijn ook aandachtspunten in de evaluatie, waaraan ik veel hecht. Over de Longalliantie: deze heeft aangegeven in mei een heel eind te zijn met het ontwerp. Ik weet niet precies wat dat inhoudt. Als het af is, kan ik de Kamer daarover berichten, maar ik kan nog niet aangeven wanneer dat precies zal zijn. Ik heb het CVZ-advies gevolgd, en ik zal alert zijn op de ontwikkelingen. Het CVZ doet dat ook. Punt is wel dat Bewezen effectief een belangrijk criterium is voor het pakket. Als we dat loslaten, hebben we een probleem. De heer Mulder wees erop dat het altijd zo lang duurt om de beleidsregels aan te passen. Hij vroeg of dat niet sneller kan. Ik zal dat in het overleg met de NZa en ZonMw meenemen als aandachtspunt. Het moet wel uitgekristalliseerd zijn, maar je moet er ook niet langer over doen dan noodzakelijk is. Mevrouw Dijkstra wees erop dat het kwaliteitsinstituut nog niet in functie is. Maar we hebben nu wel het Programma zichtbare zorg dat opgaat in het kwaliteitsinstituut, dat er tot die tijd bovenop zit. De heer Van der Veen vindt dat moet worden vastgehouden aan de ontwikkeling van het traject. Ik kan alleen maar zeggen dat ik het allemaal zo zorgvuldig doe, daarbij goed naar de adviezen en evaluatie-uitkomsten kijkend, dit alles op een praktische manier. Tegen mevrouw Leijten: ik hecht aan een sterke verantwoordelijkheids- en taakverdeling. Als ik de NZa om advies vraag, geeft de NZa mij dat ook. Ik heb gezegd welke doelstellingen ik gerealiseerd wil zien, maar ik ga hen niet voorrekenen welke kant het kwartje opvalt. Daarin laat ik de NZa vrij. De voorbeelden die vandaag over tafel zijn gegaan, zijn in het huidige stelsel ontstaan door ruimte voor innovatie. Dat is precies de ruimte die ik wil geven voor eventuele experimenten, zodat we daarvan kunnen leren met zijn allen. Daarvoor moeten we de tijd nemen.

De **voorzitter**: Ik dank alle aanwezigen voor hun inbreng.