

Vergaderjaar 2009–2010

29 247

Acute zorg

Nr. 108

## VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Vastgesteld 9 november 2009

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport<sup>1</sup> heeft op 30 september 2009 overleg gevoerd met minister Klink van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over:

- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 3 juli 2008 inzake de doelstellingen eerstelijnszorg (29 247, nr. 76);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 10 september 2008 inzake het rapport van de Inspectie van de Gezondheidszorg (IGZ) en de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF) over telefonische bereikbaarheid huisartsen d.d. 10 september 2008 (29 247, nr. 80);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 12 januari 2009 inzake de aanpak samenhang Centra voor Jeugd en Gezin en eerstelijnszorg (31 001, nr. 61);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 22 april 2009 inzake de reactie van de minister aan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) op de drie rapporten van de NZa; over monitor Huisartsenzorg 2008, kostenonderzoek huisartsenzorg en visie functionele bekostiging: vier niet-complexe chronische zorgvormen (29 247, nr. 89);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 15 mei 2009 inzake de geïntegreerde eerstelijnscentra in Vinex-gebieden (29 247, nr. 92);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 13 juli 2009 inzake de voorhangprocedure keten-dbc's en huisartsenbekostiging (29 247, nr. 95).**

Van het overleg brengt de commissie bijgaand stenografisch verslag uit.

De voorzitter van de Commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Smeets

De griffier van de Commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Teunissen

<sup>1</sup> Samenstelling:

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

**Voorzitter: Smeets**

**Griffier: Clemens**

Aanwezig zijn zes leden der Kamer, te weten: Van Gerven, Smeets, Smilde, Timmer, Wiegman- van Meppelen Scheppink en Zijlstra,

en minister Klink van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), die vergezeld is van enkele ambtenaren van zijn ministerie.

De **voorzitter**: Ik heet de minister van harte welkom bij dit algemeen overleg over de eerstelijnszorg. Ik heet ook de ambtenaren en de mensen op de publieke tribune welkom. De spreektijd is vier minuten per fractie. Het woord is allereerst aan de heer Van Gerven.

De heer **Van Gerven** (SP): Voorzitter. De huisartsenzorg wordt door het kabinet te grabbel gegooid, met de introductie van de bonussencultuur en de vermarkting van om te beginnen vier zorgstraten. Het kabinet lijkt van God los. Laten wij eens teruggaan naar het begin. Wat is goede huisartsenzorg? Wij moeten daarvoor terug naar de Woudschotenconferenties van 1959 waar de basis werd gelegd voor de huidige huisartsengeneeskunde. Huisartsenzorg is continue integrale en persoonlijke zorg voor patiënten en gezinnen, waarbij het gaat om genezing, revalidatie en preventie. De huisarts waakt over de gezondheid van zijn patiënten, 24 uur per dag 7 dagen per week. Ik heb het gevoel dat het kabinet met het beleid dat het heeft ingezet, de bijl legt aan de wortels van deze huisartsenzorg. Het integrale persoonlijke en continue van de zorg wordt voortdurend aangetast door het stimuleren en bevoordelen van grootschalige dienstenstructuren, door het vanwege vermeende financiële voordelen de huisarts te willen degraderen tot spoedhulpje van het ziekenhuis, door het introduceren van de bonussencultuur bij huisartsen en door hen een perverse worst van 60 mln. voor te houden als ze goedkoop gaan voorschrijven in plaats van de behoefte van de patiënt als uitgangspunt te nemen, en door de vermarkting van de huisartsenzorg te verordonneren via bureaucratisch onwerkzame zorgstraten voor een aantal aandoeeningen waarbij patiënten worden gereduceerd tot een vergaarbak van ziektes. Het kabinet gaat daarbij in toenemende mate op de stoel van de arts zitten en de keuzevrijheid van de patiënt wordt ingeperkt. Het kabinet legt steeds meer de macht bij private ziektekostenverzekeraars, die steeds meer ingrijpen in het handelen van de professional. Met het huidige instrumentarium is het al heel goed mogelijk om de door de minister gepropageerde ketenzorg te bevorderen. Graag een reactie van de minister daarop, alsmede op het standpunt van het Centraal Planbureau (CPB) dat het functionele bekostigingssysteem geen geld gaat besparen. Het CPB vraagt zich af of het ook wel principieel aanvaardbaar is om betaling per ziekte in te voeren in plaats van – ik vat het maar even samen – het abonnementensysteem.

Het eigen risico vormt ook een probleem. Wat de SP betreft, moet het eigen risico zo snel mogelijk worden afgeschaft, maar voor de huisarts geldt dat eigen risico niet. Hoe zit het hiermee als de keten-diagnose-behandelingcombinaties (keten-dbc) worden ingevoerd? Blijft de beleidsregel geïntegreerde eerstelijnszorg bestaan of vervalt deze als de keten-dbc's worden ingevoerd? Gaat het niet ten koste van de multidisciplinaire gezondheidscentra?

Het verzet tegen de plannen van het kabinet neemt gestaag toe. Gelukkig hebben de huisartsen unaniem de bonus van 60 mln. als onethisch van de hand gewezen. Hulde aan de beroepsgroep. Wat vindt de minister hiervan? Is de minister het met hen eens en klopt het dat de minister heeft gedreigd met een korting van 170 mln. als de huisartsen niet akkoord gaan met de 60 mln.? Is dit niet gewoon chantage?

Graag ook een reactie van de minister op de brief van 27 september van de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV). De discussie over de kosten van de huisarts zal niet verstommen zolang het verrichtingensysteem blijft bestaan. Huisartsen hebben een langdurige relatie met hun patiënt en daarom ligt wat de SP betreft een volledig abonnementensysteem voor de hand. Dan hebben de huisartsen gegarandeerde omzet om goed praktijk te kunnen houden. Graag een reactie van de minister.

Dan de avond-, nacht- en weekenddiensten. De SP is voorstander van het invoeren van een abonnementstarief voor deze diensten voor elke huisarts afzonderlijk. Avond-, nacht en weekenddiensten zijn immers een essentieel onderdeel van de zorg. Als de artsen dat geld krijgen, kan ook op het platteland de huisarts ervoor kiezen om die zorg op kleinschalige wijze in te voeren. Juist de grootschalige dienstenstructuur leidt tot vervreemding van het vak en reduceert de dokter – wij zien dat op diverse plaatsen – tot productieboeren. Die structuur schiet haar doel van ontlasting van met name de oudere huisarts die moeite heeft om volledige diensten te draaien, thans voorbij. De huisartsen verkopen, zo laten de feiten zien, massaal hun diensten.

Tot slot nog even de opleidingscapaciteit voor huisartsen. Ik heb begrepen dat de minister deze voor 2010 wil verlagen. Wat zijn de precieze cijfers over 2009, 2010 en 2011? Wat zit hierachter? Botte bezuinigingen? Dient de opleidingscapaciteit niet minimaal te worden gehandhaafd, zo niet uitgebreid te worden?

Dan de spoedeisende eerste hulp (SEH). Kan de minister garanderen dat patiënten die gebruikmaken van de SEH niet worden geconfronteerd met een rekening die zijzelf moeten betalen?

Mevrouw **Smilde** (CDA): Voorzitter. Er zijn steeds meer chronische zieken en dat vraagt veel van onze gezondheidszorg, primair omdat mensen graag in hun eigen omgeving geholpen willen worden en dat kan in ons land. Wij hebben een goede eerstelijnszorg met de huisarts als gewaardeerde poortwachter. De integrale zorg rond de patiënt is natuurlijk prachtig, maar vereist wel afstemming op diverse niveaus. Als iemand een zorgvraag heeft in de eerste lijn, dan is meteen duidelijk wie zijn aanspreekpunt is. Wil de patiënt wel kiezen? Is dan ook meteen duidelijk wiens verantwoordelijkheid het is, want soms geldt dat iedereen verantwoordelijk is, maar niemand zich verantwoordelijk voelt. De regisseur, de hoofdcontractant, moet ook de kwaliteitsbewaker zijn. Nu wil de minister de eerstelijnszorg toegankelijk en goed geprotocolleerd maken. Ik denk dat die verantwoordelijkheidstoedeling dan ook in die protocollen thuis hoort. Dan de functionele bekostiging. In juni hebben wij aangegeven dat wij hier voorstander van zijn. Het is goed om chronische aandoeningen op integrale wijze te kunnen behandelen zonder schotten tussen de eerste en tweede lijn. Wel heb ik de minister gevraagd naar de invoering in 2010, dus naar de uitvoerbaarheid van de plannen. Zorgverleners en zorgverzekeraars kunnen er gebruik van maken, maar het is geen verplichting. De Algemene maatregel van bestuur (AMvB) lijkt toch te wijzen op een afbouw van de beleidsregel samenwerking ten behoeve van geïntegreerde eerstelijnszorgproducten (GES-gelden) en de beleidsregel Innovatie. Hoe is dat te rijmen met de stelling dat er geen sprake is van een verplichting? Natuurlijk moet je dubbele bekostiging voorkomen, maar de zorgverleners die in 2010 nog geen gebruikmaken van de functionele bekostiging moeten toch nog gebruik kunnen maken van de GES-gelden en de beleidsregel Innovatie.

Zorggroepen kunnen contracten afsluiten, maar hoe kunnen wij voorkomen dat de zorggroepen die contracten afsluiten, zo groot zijn dat er sprake is van aanmerkelijke marktmacht? En welke prikkel is er voor de huisartsen om te kiezen voor functionele bekostiging? Wij hebben een groot aantal organisatorische vragen gesteld, zoals over de afbakening van de acute zorg en keten-dbc's, en over de multimorbiditeit. Wie houdt

er zicht op dat, als een tweedelijns-DBC wordt geopend, er niet ook al in de eerste lijn voor gedeclareerd wordt?

De heer **Van Gerven** (SP): Ik begrijp dat het CDA voorstander is van functionele bekostiging van huisartsen en het invoeren van zorgstraten. Hoe ziet u de rol van de huisarts daarin? Ik probeer mij daar al maandenlang een voorstelling van te maken. Er wordt een bepaalde groep de zorg gegund en dat is toevallig niet de huisarts van de patiënt. Men gaat naar die zorggroep en er wordt een behandeling ingesteld. Later komt men weer bij de huisarts. Vindt u dit niet een enorm praktisch probleem en ook helemaal in strijd met het uitgangspunt zoals de SP dat heeft geschetst van integrale huisartsenzorg?

Mevrouw **Smilde** (CDA): Voorzitter. U zult begrijpen dat ik niet vanuit de uitgangspunten van de SP redeneer.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik refereer aan de Woudschotenconferentie. Dat is algemeen aanvaard door de huisartsen. U hebt de stukken ook gezien.

Mevrouw **Smilde** (CDA): U had het over het uitgangspunt zoals dat door de SP wordt geschetst. Wat ons betreft, wordt er niet zomaar in het luchtledige gewerkt, maar met zorgstandaards waarin al deze zaken geregeld worden. Daar kom ik zo meteen nog op. Misschien dat uw vraag dan beantwoord wordt, want wij zien wel degelijk de organisatorische knelpunten. Dat heb ik ook in juni in het algemeen overleg al aangegeven. Wij zijn voorstander van functionele bekostiging, want die kan de kwaliteit van de zorg verbeteren. Zelfs het CPB dat kritisch was over de financiële kant, gaf dat aan. Daar mogen wij wat ons betreft best onze nek voor uitsteken.

De heer **Van Gerven** (SP): U hebt geen antwoord gegeven op de principiële vraag of u het aanvaardbaar vindt dat de zorg versnipperd kan raken of opgeknipt wordt in aparte producten waarbij de huisarts niet meer de eerstelijnszorg of niet meer de huisartsenzorg biedt, maar dat die door anderen geboden kan worden in plaats van door de eigen huisarts. Dat is in strijd met alle principes en alles wat de afgelopen tientallen jaren is nagestreefd.

Mevrouw **Smilde** (CDA): In veel gevallen zal dat inderdaad via de huisarts zijn. Voor de andere gevallen verwijs ik gewoon naar de zorgstandaards. Ik heb zo-even bij de protocollen al aangegeven dat de verantwoordelijkheidstoedeling glashelder moet zijn. Ik kom in het vervolg van mijn betoog nog wel op deze knelpunten terug.

De **voorzitter**: U heeft nog anderhalve minuut.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Dan moet ik een keuze maken. Veel kan geregeld worden in de zorgstandaards. Voor zover wij weten, is er een gereed, namelijk die voor diabetes. De tweede, die voor chronisch obstructieve longziekten (COPD), zou in september klaar zijn. Kan de minister aangeven hoe het met de zorgstandaarden staat? Dat lijkt ons de manier om uit de impasse te komen. Wij hechten aan een goede invoering en wij stellen voor om alleen voor die chronische aandoeningen waarvoor de zorgstandaard klaar is – dat kunnen er twee of drie zijn – de functionele bekostiging in te voeren. Wij willen de afbouw van de beleidsregel Innovatie en van de GES-gelden daar synchroon mee laten lopen. Ten slotte heb ik nog een vraag. De knelpunten en onduidelijkheden zijn groot. Zou de minister ervoor voelen om een begeleidingscommissie in te stellen waar alle partijen in zitten, met name de huisartsen – en dan kom ik meteen de heer Van Gerven tegemoet – die eind volgend jaar gaat

evalueren en dat wij binnen afzienbare tijd de criteria waarop die evaluatie toegespitst zal zijn, onder ogen krijgen. Dan kunnen wij de vinger aan de pols houden en dan kunnen wij het waardevolle instrument dat functionele bekostiging moet worden, toch doorgang laten vinden. Graag een reactie van de minister.

Ik ben door mijn spreektijd heen, dus ik moet een keuze maken uit onderwerpen die ik had willen noemen. Ik heb nog een punt over de kostenontwikkeling van de huisartsen. Substitutie houdt per definitie in dat wij meer gaan verschuiven van de tweede naar de eerste lijn. Eigenlijk zit hier een spanningsveld door het feit dat in de eerste lijn een budget wordt gehanteerd. Wij voelen dat spanningsveld en wij zoeken naar een oplossing, want als substitutie een succes wordt, dan wordt dat een prangend probleem. Wij denken aan het zo snel mogelijk doorvoeren van prestatiebekostiging met prestatie-indicatoren die duidelijk aangeven wanneer er bijvoorbeeld een lang consult gewenst is. Wij zouden er ook over kunnen nadenken of het inschrijftarief gebruikt kan worden om het volume beheersbaar te houden door bijvoorbeeld veel voorkomende handelingen onder dat tarief te laten vallen. Wij zullen uit deze impasse moeten komen en ik ben benieuwd naar de reactie van de minister hierop.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Voorzitter. De ChristenUnie is een groot voorstander van ketenzorg, maar wie niet? De vraag is hoe deze zorg wordt vormgegeven. Hoe ontstaat ketenzorg en hoe wordt zij bekostigd. Functionele bekostiging zou een goed middel kunnen zijn om het mooie doel van ketenzorg te bereiken. De kabinetsbrieven wekken bij mij de indruk dat functionele bekostiging een doel in zichzelf is geworden. De ChristenUnie constateert ook dat er al heel veel ketenzorg plaatsvindt. Ik ben laatst op bezoek geweest in het diagnosepunt in mijn woonplaats Zwolle waar huisartsen en ziekenhuizen op een mooie en snelle manier samenwerken. Dit levert een heel tevreden en goede geïnformeerde patiënt op. Er vindt ketenzorg plaats volgens een Zwols model. Het deed mij een beetje denken aan een soort van kip/ei-discussie. Volgens mij is functionele bekostiging niet de kip die het ei van de ketenzorg moet leggen. Als de minister zegt met functionele bekostiging een eerste mogelijkheid te bieden om te investeren in ketenzorg, dan waag ik dat een beetje te betwijfelen. Ik constateer dat er de nodige tijd en kwaliteit nodig is om tot een goede vormgeving en bekostiging van ketenzorg te komen.

Wij zijn in afwachting van de evaluatie van de Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie (ZonMw)-programma's voor de diabeteszorgketen. Het CPB heeft kanttekeningen geplaatst bij het verplicht voorschrijven van keten-dbc's. Er is duidelijkheid nodig voor het toekomstig oordeel van de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) en de uitwerking van Europese aanbestedingsregels. Wij constateren ook dat belangen nog behoorlijk ver uiteen lopen waarbij eigenlijk de vraag is of functionele bekostiging het juiste breekijzer is om dit te doorbreken of dat er manieren zijn om belangen meer parallel te laten lopen om zo tot breed gedragen afspraken te komen.

Ik heb zorgen over de toename van administratieve lasten. Op rijksniveau zou misschien sprake kunnen zijn van afname, maar ik ben bang dat dat niet geldt op uitvoeringsniveau. Vormen van samenwerking die nu al vanzelfsprekend zijn ontstaan tussen huisartsen, ziekenhuizen en apothekers kunnen door formalisering aangetast worden en verzanden in een diffuus proces van onderhandelingen en contractering, dat niet altijd de meest logische uitkomst hoeft te bieden en heel veel tijd en kosten zal vragen. Mijn vraag is of de minister niet teveel anticipeert op positieve uitkomsten van invoering en werking door wijzigingen in de huisartsenbekostiging, waarbij met name de middelen voor de praktijkondersteuners worden doorgeschoven naar de keten-dbc's. Op die manier creëren wij met elkaar toch ook een financieel heel lastig vraagstuk. Hebben wij

voldoende duidelijk en scherp dat functionele bekostiging echt de organisatie rond de patiënt centraal stelt en niet het ziektebeeld? Het kan zo maar gebeuren dat wij op papier goede intenties hebben, maar dat wij uiteindelijk constateren dat het geld stuurt en bepaalt. Zijn ook andere financieringsvormen van ketenzorg onderzocht? Ik denk hierbij aan het koptarief met mogelijkheden voor initiatieven op regionaal niveau, een beetje naar Duits model. Een ander belangrijk aandachtspunt is een gelijk speelveld voor de eerste en tweede lijn als het gaat over de vereveningssystematiek. Kortom, ik heb nog heel veel vragen en opmerkingen over hoe het uiteindelijk vormgegeven moet worden.

Ik wil vandaag twee cruciale zaken centraal stellen om te bepalen of wij wel of niet verder kunnen. Allereerst gaat het om de zorgstandaards. Er zal sprake moeten zijn van algemeen geaccepteerde en vastgestelde zorgstandaards. Ten tweede, als de minister volgend jaar gaat starten op basis van vrijwilligheid, dan wil ik volgend jaar graag een goede continuïteit van alle mooie dingen die er nu al zijn aan ketenzorg, gefinancierd met innovatiegelden, en dat deze niet van het ene op het andere moment worden stopgezet, waarbij alleen financiën verworven kunnen worden op basis van de functionele bekostiging.

Tot slot nog een opmerking los van de functionele bekostiging. Ik wijs nog even op een toezegging van de minister in een brief naar aanleiding van mijn opmerkingen van vorig jaar over deskundigheidsbevordering onder huisartsen als het gaat over doorverwijzing bij ongewenste zwangerschap. De minister geeft in zijn brief aan hij dit heeft meegegeven aan de Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG). Is dit inmiddels opgepakt door de NHG en is er positief op gereageerd in het afgelopen jaar? Daar zou ik graag antwoord op willen krijgen.

De heer **Zijlstra** (VVD): Voorzitter. Ik wil graag beginnen met de bereikbaarheid van de huisartsen. Hier bestonden vorig jaar schokkende cijfers over en ik hoor graag van de minister waar wij nu staan. Als het goed is, komt er volgend jaar een definitief onderzoek, maar als de minister signalen ontvangt dat het allemaal beter gaat, dan hoor ik dat graag. Persoonlijke ervaringen wijzen op het tegendeel, maar dat is maar het N=1-principe.

Eerst de keten-dbc's. Wat ons betreft – en mevrouw Wiegman gaf dat terecht aan – gaat het om ketenzorg en de functionele bekostiging. De keten-dbc's zijn een middel om daartoe te komen. Wat ons betreft, is functionele bekostiging ook een kwaliteitsbekostiging en niet per definitie een besparingsbekostiging. Hoewel, als het goed gaat, mag dat wat ons betreft het resultaat zijn, maar het gaat erom dat de patiënt het beste geholpen wordt en dat zijn ziektebeeld het beste wordt bestreden. Dat is wat er dient te gebeuren. De VVD is voorstander van functionele bekostiging, maar heeft wel sterke twijfels over de wijze waarop het nu gaat. De zorgstandaarden zijn al aangegeven en deze zijn onvoldoende uitontwikkeld voor de vier gebieden, de vier pilots, dus dat moet eerst gebeuren. Wat ons betreft, beginnen we gewoon met een onderdeel. Met diabetes is men het verst, op dat terrein is men het meest gereed om de functionele bekostiging in te voeren. Overigens hebben wij sterke twijfels of dat per 1 januari gaat lukken. Als de minister de functionele bekostiging wil invoeren, dan raden wij hem aan om die per 1 juli te laten beginnen. De diabetesketen dient eerst goed te worden doorlopen, Er moet goed gekeken worden naar wat er allemaal gebeurt. Pas daarna kan opgeschaald. Het is een volgende enorme veranderingsgolf in een sector die toch wel veranderingsmoe is. Soms is verandering onvermijdelijk, maar ik zou niet willen dat wij haast maken op een dergelijk kwetsbaar terrein. Ik zie ook allerlei problemen met bureaucratie. In de brief van de minister staat dat men moet gaan controleren of er niet nog een dbc openstaat, want dan moet de andere gesloten zijn. Als je toch naar de tweede lijn gaat, dan moet je de keten-dbc weer sluiten en later weer openen. Dit

wordt nog een interessante exercitie om dat een beetje in de klauwen te houden. Hetzelfde geldt voor het voorkomen van de dubbele vergoedingen. Ik vind het nog onvoldoende volwassen om er een goed gevoel bij te hebben.

Ik vraag mij af wat wij aan het doen zijn en ik maak een vergelijking met het onderwijs. Als ik kijk naar de zorg, dan zie je al prachtige initiatieven. Mevrouw Wiegman gaf het voorbeeld van Zwolle. In Leiden is er de Stichting STERK waarin ziekenhuizen en huisartsen samenwerken en waar ketenzorg van onderaf tot stand is gekomen. In de jaren tachtig zag je allerlei mooie initiatieven rond onderwijsvernieuwing opkomen. Vervolgens werd er van bovenaf een soort mal overheen gegoten die de tweede fase heette. Alle initiatieven werden vervolgens de nek omgedraaid. Wij willen voorkomen dat door van bovenaf dingen te hard en te stringent op te leggen, alle initiatieven van onderaf de nek om worden gedraaid.

De minister zal iets moeten doen aan de verevening ex post, want die zal toch een soort vreemde eend in de bijt blijven en het systeem verstoren. Ik hoor graag de gedachten van de minister hierover.

Het doelmatig voorschrijven door huisartsen. De heer Van Gerven zei er al wat over. Wij vinden het prima om eerst 60 mln. te korten, maar wij vinden het niet goed – en dat hebben wij ook in een andere discussie naar voren gebracht – om een directe relatie te leggen tussen voorschrijfgedrag en beloning. Dat doet zich ook hier voor. De beloning zou moeten zijn dat de patiënt beter geholpen is. Als de minister de 60 mln. voorlegt aan de huisartsen en zij maken het waar, dan kan hij dat er later weer bijplussen. Volgens mij zijn de huisartsen zeker bereid om dat commitment aan te gaan, maar het één op één sturen dat als je minder voorschrijft, je als individuele huisarts wordt beloond, vinden wij een perverse prikkel die wij niet in het leven willen roepen. Ook graag daarop een reactie.

Ik zie allerlei bureaucratische processen ontstaan en er wordt al veel geklaagd over bureaucratie in de eerstelijnssector. Is het mogelijk om de LHV of andere eerstelijns brancheorganisaties te vragen om een zwartboek op te stellen met bureaucratische maatregelen die zij absoluut overbodig vinden, zodat wij hier vanuit de praktijk echt handvatten hebben om zaken te kunnen afschaffen.

De heer **Van Gerven** (SP): U stelt voor om bij de functionele bekostiging alleen met diabetes aan de slag te gaan. Er zijn allerlei initiatieven die worden bekostigd uit het bestaande instrumentarium. Als ik uw verhaal beluister, dan vindt u het beter om eerst op dit pad door te gaan voordat overgegaan wordt naar een mogelijk te bureaucratisch systeem. Vindt u dan ook dat de keten-dbc's volgend jaar niet door moeten gaan en te blijven werken met het huidige instrumentarium? Daar worden hier nu ook al veel zaken uit bekostigd.

De heer **Zijlstra** (VVD): Ik zeg het niet zo zwart-wit als u. Ik vind dat het gaat om de ketenzorg en die is nu van de grond gekomen met de huidige bekostigingssystematiek, met de kopbekostiging en de experimentele gelden. Ik wil van de minister op dat punt een klip en klaar en overtuigend antwoord op de vraag waarom een keten-dbc op dit moment ook zou werken naast deze systematiek. Als het antwoord niet helder is, dan moeten wij vooral doorgaan met de huidige systematiek. Ik zou niet de ketenzorg willen weggooien, doordat wij een verkeerde keuze maken over de financiering.

Mevrouw **Timmer** (PvdA): Voorzitter. Wij staan voor een grote systeemverandering in de eerste lijn en er gebeurt ontzettend veel. Het invoeren van keten-dbc's voor vier chronische aandoeningen gaat een heleboel gewone mensen direct aan, in de eerste plaats patiënten, maar natuurlijk ook alle werkers in de zorg. Nu wij werken aan de invoering van een

nieuw systeem, hebben wij de neiging ons te beperken tot de technische punten, procedures, indicatoren, systematiek en doelmatigheid, maar laten wij alsjeblieft het belangrijkste doel goed voor ogen houden. Wij hebben het hier over het garanderen van goede, vertrouwde en persoonlijke zorg voor mensen die dat nodig hebben. Net als een groot aantal veldspelers kan de PvdA zich vinden in de doelstellingen van de invoering van de ketenzorg: het centraal stellen van de patiënt, zorg dichterbij brengen en integratie van de eerste- en tweedelijnszorg waar mogelijk. Het is echter de vraag of de doelen bereikt worden als wij nu overgaan tot de invoering van vier keten-dbc's. Er zijn nog te veel vragen onbeantwoord.

Voor de PvdA staan de gevolgen voor de patiënten voorop. De zorgstandaarden die een beeld geven van de zorg die een patiënt ten minste nodig heeft voor een effectieve en doelmatige behandeling, zijn niet in alle gevallen aanwezig. De zorgstandaard is immers de basis. Hoe is invoering van een keten-dbc mogelijk als er geen overeenkomst bestaat over de te bieden zorg? Hoe kan gegarandeerd worden dat patiënten daadwerkelijk de zorg krijgen die zij nodig hebben? Hoe wordt gegarandeerd dat de relatie tot de tweedelijns op orde blijft om een patiënt, wanneer dat nodig mocht zijn, toch tijdig op te nemen in de tweede lijn? Daarbij komt dat er vragen zijn over de verhouding tussen de zorg in de zorgstandaarden en het verzekerd pakket, en dan natuurlijk ook over het onderscheid tussen het basispakket en de aanvullende verzekering, en over het eigen risico. Is dit niet juist de zorg die in het basispakket verzekerd dient te zijn? Bestaat daardoor een kans dat van patiënten verlangd kan worden dat zij zich binnen een keten aanvullend verzekeren?

Met de invoering van een keten-dbc rijst ook de vraag of wij de eerstelijnszorg ook echt generalistisch en in de buurt kunnen houden. Dit punt weegt zwaar voor de PvdA. Hoe voorkomen wij het opknippen van de zorg per keten? Hoe verhoudt bijvoorbeeld de ketenzorg zich tot de wijkverpleegkundige die juist zorg biedt die bij uitstek lokaal en generalistisch is? Hoe kunnen wij voorkomen dat een chronisch zieke patiënt vijf verschillende gespecialiseerde mensen over de vloer krijgt of dat hij daar naartoe moet, in plaats van een breed inzetbare verpleegkundige in de buurt? Het zou zonde zijn om de wijkverpleegkundige hierbij uit het oog te verliezen, juist nu er zulke positieve resultaten worden geboekt.

De PvdA heeft een groot aantal vragen. De minister heeft aangegeven dat de huisarts buiten het eigen risico valt. Betekent dit volgens de minister dat de gehele keten buiten het eigen risico valt? Zo niet, waar wordt dan de streep getrokken? Op welke manier wordt de diagnose opgenomen in de keten-dbc's en hoe ziet de minister de rol van huisartsenlaboratoria in diagnostische centra in het voorkomen van onnodig doorsturen van patiënten naar de tweede lijn? Hoe ziet de minister de mogelijke invulling van de functie van de hoofdcontractant door commerciële partijen? Hoe is de rol van de huisarts als spil in de eerste lijn te rijmen met werken onder een hoofdcontractant als hij niet zelf de hoofdcontractant of regisseur is? Op welke manier wordt gegarandeerd dat de invoering van ketenzorg niet juist extra kosten oplevert? Waarom vindt de minister kaderstelling ter voorkoming van dubbele bekostiging bij comorbiditeit of opname in de tweede lijn niet nodig? Er zal hierop worden gemonitord. Datzelfde geldt voor substitutie waar mevrouw Smilde naar vroeg. Is het voor zorgverzekeraars praktisch haalbaar om de onderhandelingen met zorgaanbieders en daarna de communicatie met patiënten af te ronden voor 1 januari 2010?

Voorzitter. Ik zie dat ik nog maar weinig spreektijd heb. Ik sluit mij aan bij alle vragen die gesteld zijn over de praktijkondersteuning. Het zou jammer zijn als wij die door de financieringsstructuur onder druk komt te staan. Over de toename van bureaucratie en administratieve lasten zijn door de anderen al vragen over gesteld. Hetzelfde geldt voor het opleiden. Ik zou graag antwoord hebben op de vraag of de geluiden die wij daarover

horen, kloppen. Ik zou graag de stand van zaken horen over de telefonische bereikbaarheid. Zijn er al verbeteringen te melden?. De heer Zijlstra heeft ook al kritische vragen gesteld over de tarieven huisartsen. Daar sluit ik mij bij aan. Ik zou graag van de minister nog iets meer willen horen over de samenhang tussen eerstelijnszorg en de Centra voor Jeugd en Gezin (CJG). Er zijn initiatieven voor verbetering van de samenhang, met name tussen de CJG en de eerste lijn. Het lijkt erop dat de initiatieven tot nu toe een soort vrijblijvende handreiking blijven. Ik kan mij voorstellen dat er iets meer zou moeten gebeuren om de samenhang in de praktijk te bereiken.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik heb aan de PvdA dezelfde vraag als aan de VVD. Is het mogelijk om met het huidige instrumentarium bijvoorbeeld met de diabetesketenzorg verder te experimenteren, waarna wij over een jaar nog eens kijken hoe het erbij staat? Graag uw reactie daarop. Een collega van u, de heer Van der Veen, heeft gepleit voor de invoering van een abonnementensysteem voor de huisarts. Ik neem aan dat u dat ook van mening bent en de SP vindt dat ook een heel goed idee, maar hoe ziet u dat in relatie tot de keten-dbc's? Eigenlijk staat dat haaks op elkaar, zowel qua uitvoering als principieel. In een abonnementensysteem is alle zorg integraal opgenomen, maar dat is iets anders dan het verrichtingenstelsel waar de keten-dbc van uitgaat. Ook het CPB vraagt zich af of men dat wel moet doen in de eerste lijn. Hoe staat de PvdA daarin?

Mevrouw **Timmer** (PvdA): Ik heb zelf ook een aantal kritische kanttekingen geplaatst bij de invoering van de keten-dbc. Ik ben niet voor niets begonnen met de kwaliteit en de patiënt, want dat is voor de PvdA heel erg belangrijk. Ik heb deze vragen gesteld omdat ik er, net als andere sprekers, niets voor voel om nu dingen in te voeren en later tot de conclusie te moeten komen dat het misschien beter had kunnen blijven zoals het was. Vandaar ook de vragen over zorgstandaarden die een voorwaarde zijn voor invoering. Bij de financiering heb ik een aantal vragen gesteld over de verdubbeling en de overlapping. Ten aanzien van het standpunt van de heer Van der Veen: net als het kabinet spreekt de PvdA met één mond, dus als de heer Van der Veen voor het invoeren van het abonnementensysteem is, dan ben ik dat ook.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik weet niet of de minister daar voor is. Wij hebben een dualistisch systeem, wellicht ook binnen de coalitie, maar dat terzijde.

Het principiële punt is het verrichtingenstelsel in de eerste lijn, want dat staat haaks op het abonnementensysteem. Wat vindt de PvdA daarvan? U hebt zelf gezegd dat de ketenzorg eigenlijk basiszorg is die de huisarts moet verlenen. Licht het dan niet voor de hand om dat als het ware in het abonnementensysteem in te vlechten?

Mevrouw **Timmer** (PvdA): Ik heb de minister kritische vragen gesteld over hoe hij dat ziet in de praktijk. Ik zie in de praktijk wel problemen ontstaan als een deel in de basisverzekering zit en een deel in het aanvullend pakket. Dingen kunnen op papier heel plausibel lijken, maar samen met u ben ik heel benieuwd naar hoe dit gaat werken. Vandaar de hoeveelheid vragen die ik gesteld heb.

Minister **Klink**: Voorzitter. Vandaag voeren wij een belangrijk debat over de eerstelijnszorg; een belangrijk kernthema van de agenda van het kabinet en van mij in het bijzonder natuurlijk.

Ik probeer de afgelopen jaren een consistente lijn te volgen door te benadrukken dat de eerste lijn en met name de huisartsenzorg, mij zeer dierbaar en buitengewoon belangrijk is. Patiënten hebben behoefte aan zorg in de buurt, aan een vertrouwd gezicht en aan integrale zorg. Nederland

doet het in dat opzicht gewoon goed. Deze week nog kwam de European Consumer Health Index naar buiten, waaruit blijkt dat Nederland met stip bovenaan staat in Europa en dat is te danken – ik zeg dat met enige nadruk want stelsels kun je vergelijken maar daarbinnen functioneren altijd door de mensen die het echt doen – aan de hoogwaardige professionele zorg die door de zorgaanbieders geboden wordt. Ik ben ervan overtuigd – alhoewel er veel aan toe geschreven wordt – dat dit toch uiteindelijk minder ligt aan de systemen waarbinnen zij werken. Dat is een compliment waard, dus dat moeten wij zo houden. Ik heb al verschillende keren gemeld dat elke keer als ik in Amerika ben, uit internationale onderzoeken naar voren komt dat Nederland met name op het punt van de huisartsenzorg andere landen de loef afsteekt. Daarom ben ik het niet eens met het toch wel zeer sombere verhaal van de heer Van Gerven. Ik denk dat Nederland echt met kop en schouders boven andere landen uitsteekt. De voorwaarden die wij nu aan het creëren zijn, in elk geval ook op de langere termijn, zullen die positie bestendigen.

Het is belangrijk om de verworvenheden die wij hebben, te koesteren. Daarom wil ik met name in de eerste lijn investeren. Dat heeft ook te maken met het gegeven dat wij meer en meer de zorgvraag zien veranderen van acute zorg naar meer chronische zorg die om meer begeleiding en samenhangende zorg vraagt. Ik ben er vrij stellig van overtuigd dat je, mocht later op de geschiedenis van de gezondheidszorg worden teruggekeken, die omslagpunten ook ziet in de organisatie van de zorg. De echelonnering die wij kenden met een poortwachterfunctie van de huisarts, die als het ware incidentele klachten beoordeelde en als het complexer werd – wat bijna altijd eenmalig was – doorverwees naar de tweede lijn, hebben wij denk ik eerlijk gezegd achter de rug. Dat zie je ook in de getallen terug en ik zal een getal noemen. Er zijn in 2025 1,3 miljoen mensen die aan diabetes lijden en dat is gewoon zo'n maatgetal. Bij hartfalen, cardiovasculaire problemen rondom COPD, artrose enzovoorts is dezelfde stijging zichtbaar. Op dit moment kennen wij ongeveer 800 000 tot 900 000 diabetespatiënten, maar eenzelfde steile curve naar boven tekent zich af. Dat levert ook een heleboel kosten op. Op dit moment besteedt Nederland ongeveer 10% van het bruto nationaal product (bnp) aan zorg en als wij niet oppassen, dan gaat dat naar 14%. Met «oppassen» bedoel ik dat wij zeer doelmatig met de gezondheidszorg moeten omgaan en met name moeten investeren in de kwaliteit van de zorg, want ik ben het van binnenuit eens met Obama «saving lives and costs». Het is een dure plicht van onze kant om daar waar via kwaliteitsverbetering doelmatigheid te winnen valt, die lijn te pakken. Anders moeten wij domweg uitwijken naar rantsoenering en pakketingrepen, eigen risico verhogen, zorgtoeslag verlagen enzovoort. Ik wil die kant in elk geval niet op dan nadat de weg van kwaliteitsverbetering en doelmatigheid is verkend. De afgelopen periode heb ik, ook tegen de achtergrond van het mld. dat ik in 2010 moet bezuinigen, prioriteit willen geven aan de eerste lijn, met name aan de huisartsenzorg. Dat is een beetje aan aanloopje naar datgene dat bij de begroting gewisseld zal worden. Dat mld. dat in 2010 omgebogen dient te worden in de op genezing gerichte zorg, komt voor een deel tot stand door 3% te korten op het tarief van de geestelijke gezondheidszorg (ggz), voor een deel door bij de medisch specialisten in elk geval de zogenaamde overwinsten of datgene dat boven de budgettaire kaders uitgaat, terug te halen en voor een deel door een aantal doelmatigheidslagen. Ondertussen liep er al – dat is bij het begin van deze kabinetsperiode afgesproken – ook een bezuiniging bij de ziekenhuizen. Die loopt op in 2011 naar 400 mln. gemeten naar het begin van deze kabinetsperiode. Als je deze verhoudingsgetallen afzet tegen wat er bij de eerste lijn en de huisartsen gebeurt, dan kan ik niet anders dan constateren – maar dat was ook de inzet – dat de huisartsenzorg, de eerstelijnszorg, wordt ontzien. Ik noem ook het kostenonderzoek van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) waarover veel te zeggen valt en waarover veel

gezegd is. Op basis van het realiseren van een norminkomen dat vervolgens geïndexeerd wordt, kan een bedrag oplopend tot 170 mln. teruggehaald worden bij de huisartsen. Ik heb dat niet willen doen, omdat ik de eerstelijnszorg van buitengewoon groot belang vind.

Ik kom nu op een thema dat in brede zin aangesneden werd door mevrouw Smilde, door de heer Van Gerven en ik meen ook door mevrouw Timmer, namelijk de huisartsenbesteding als zodanig. Ik vind dat wij het traject van de prestatiebesteding die in feite zijn beslag heeft gekregen via de experimenteerregelingen, de Modernisering & Innovatie (M&I) modules, maar ook via de consulttarieven en dergelijke, verder moeten volgen. Wij willen ondernemerschap in de eerste lijn uitlokken, maar wel op voorwaarde dat de prestaties meer inzichtelijk zijn en worden dan nu. Een consult is in feite toch ook maar een verrichting binnen een bepaald aantal minuten. Dat is in feite eerder een volumeparameter dan een kwaliteitsparameter. De heer Zijlstra zei dat je eigenlijk de resultaten moet betalen. Ik ben dat zeer met hem eens. Maar de slag om budgettering te verlaten via indexering op basis van een norminkomen in de richting van prestatiebesteding wil ik graag maken op voorwaarde dat wij de prestaties helder definiëren. Wij maken daarin volgend jaar wat mij betreft een eerste slag door daadwerkelijk te vergen dat in de keten-dbc's samenhangende zorg aangeboden wordt. Ik kom zo meteen nog op de vormgeving terug, want alle oude formules, de M&I-modules, de experimentenregeling en dergelijke worden nog drie jaar gehandhaafd, maar in elk geval gaan wij nu de mogelijkheid creëren van integrale zorg bekostigd via een contract met de verzekeraar. Het is een illustratie van de door mij gewenste prestatiebesteding. Die moet zodanig vorm krijgen dat wij naderhand kunnen zien of er voor het extra geld dat in de eerste lijn is besteed, ook tot betere en meer volumezorg heeft geleid en wellicht ook tot substitutie.

Tegen de heer Zijlstra zeg ik dat de risicoverevening van betekenis is. Mevrouw Timmer vroeg daar ook naar. Dan moet je dus wel prijzen kunnen vergelijken tussen de tweede en de eerste lijn. Er moet ook een prikkel zijn om zoveel mogelijk in de eerste lijn neer te leggen, voor zover medisch verantwoord. Dan heb je dus de afbouw van de risicoverevening nodig en die hebben wij gerealiseerd in het B-segment door daar in ieder geval bij de nacalculatie naar nul te gaan. De risicoverevening en het level playing field tussen de eerste en tweede lijn zijn bij deze aandoeningen nagenoeg verzekerd. Dat is een belangrijke voorwaarde om de substitutie te realiseren. Wat mij betreft, is nog belangrijker dat wij de prestaties ook inzichtelijk krijgen en daar een beeld van kunnen vormen. Daarmee hangt overigens ook het punt van doelmatig voorschrijven samen, maar daar kom ik nog op terug.

De 170 mln. die in feite via het NZa-kostenonderzoek klaar lag, heb ik niet willen wegtrekken uit de eerste lijn omdat ik de eerste lijn tot spil van de gezondheidszorg wil maken. Er was nog wel sprake van een restantprobleem voor 2010 en dat was de 60 mln. die ik toch binnen mijn begroting moet zien te vinden. Wij hadden een model waarbij aanvankelijk de beschikbaarheid van de huisartsenzorg via de inschrijftarieven werd geregeld met daarnaast een lichte vorm van prestatiebesteding via de consulttarieven, alhoewel het sterk op volume georiënteerd was. Wij zitten nu in de transitie naar een model van prestatiebesteding waarbij men laat zien dat men het waard is dat er geen kap op zit zodat er niet gebudgetteerd c.q. geïndexeerd hoeft te worden. Dan vind ik het gerechtvaardigd om te zeggen dat wij de 60 mln. in 2010 niet kunnen bijpassen, maar dat men dit bedrag wel in 2011 kan terugkrijgen op basis van de variabelisering van het inschrijftarief. De facto worden er dus geen middelen ontnomen aan de eerste lijn en die krijgt men wat mij betreft dus terug in 2011, maar dan wel met een kleine hiccup in 2010.

De heer **Zijlstra** (VVD): Die middelen krijgt men op een bepaalde manier terug. Volgens mij ging de discussie over de manier waarop de minister van plan is om het geld terug te laten vloeien, namelijk door een directe relatie te leggen tussen het voorschrijfgedrag van de individuele huisarts en de doelmatigheid van medicijngebruik. Kan de minister ingaan op een benadering vanuit macrodoelmatigheid waarbij de beroepsgroep inderdaad gekort wordt? De beroepsgroep gaat de verplichting aangaat om dat in de breedte te regelen en die middelen ook in de breedte binnen het tarief terug te laten komen. Hierdoor wordt een discussie tussen patiënt en dokter voorkomen over het voorschrijven van een goedkoop middel omdat dat goed zou zijn voor het inkomen van de arts of omdat het het beste medicijn is. Volgens mij moeten wij dat soort discussies proberen te voorkomen.

Minister **Klink**: Voorzitter. Ik ga nog even in op de som. In 2011 wordt het bedrag van 60 mln. geparkeerd. Dan is niet alleen de korting weg van 60 mln., maar het surplus van de 60 die in 2010 niet aan de huisartsenzorg ter beschikking wordt gesteld, krijgt men daarbovenop dus terug. Het is geen herstel, maar een structureel pad. Wat eerst een incidentele min was, komt als incidentele plus in 2011 terug op voorwaarde dat er een zekere prestatie tegenover staat. Is dat doelmatig voorschrijven? In het overleg met de LHV heb ik steeds voor ogen gehad dat doelmatig voorschrijven van belang is, maar dat de politiek nooit in de spreekkamer van de huisarts mag komen, zeker niet op individueel niveau. De spreekkamer is het domein van de interactie tussen de huisarts en de patiënt. Wel geldt dat wij de doelmatigheid – en dan bedoel ik met «wij» niet alleen de minister van VWS maar ook de beroepsgroepen – echt goed in het vizier moeten houden. Het bedrag wat wij aan doelmatigheid kunnen realiseren, hoeven wij niet te bezuinigen in de sfeer van het eigen risico, op het pakket, zorgtoeslag enzovoorts. Daar ligt een dure plicht, niet alleen voor mij, maar ook voor de beroepsgroepen om goed met ons geld, het premiegeld, om te gaan.

Wat is in de sfeer van voorschrijven goed beheer? Dat is dat er voorgeschreven wordt conform de richtlijnen van de beroepsgroepen zelf. Ik ga niet zelf een richtlijn opstellen of een prikkel inbouwen om een generiek middel voor te schrijven terwijl Lipitor misschien aangewezen was. Daar gaat het niet om. Het gaat erom dat krachtens de richtlijn een bepaald middel het voorkeursmiddel is. Er zijn methoden om dat naar een praktijk te kunnen terugrekenen. Op basis van gemiddelden, zou je doelmatig voorschrijven kunnen aanmoedigen. Ik heb van de beroepsgroep, de LHV, begrepen dat men tegen de sfeer en geur van een dergelijke maatregel is, zelfs als het aangrijpingspunt de zorgrichtlijn is. Men realiseert zich dat doelmatigheid van betekenis is. Daar heeft men mij niet voor nodig, want dat doet de beroepsgroep zelf. Ik neem daar de beroepsgroepen volstrekt serieus in, dus ook de LHV in dit geval. Als de huisartsen zeggen dat zij doelmatig gaan voorschrijven en dat zij dat van harte doen omdat zij ook zien dat doelmatigheid een punt is, dan neem ik hen serieus. Dus dan boek ik ook inderdaad de daaruit voortvloeiende besparingen op mijn begroting in. Daarmee herneem ik, gegeven het feit dat ik hen serieus neem, dat ik op individueel niveau via een beleidsregel ga bepalen dat men er geld bij krijgt op het moment dat men doelmatig voorschrijft.

De heer **Zijlstra** (VVD): Voorzitter. Hernemen in de zin van terugtrekken?.

Minister **Klink**: Ik zal geen beleidsregel maken waarbij ik de koppeling leg tussen 60 mln. en doelmatig voorschrijven.

De heer **Van Gerven** (SP): Dat is in ieder geval winst op individueel niveau en een stap vooruit. Dan blijft toch het principiële punt of goedkoop ook het beste is. Kan de minister ingaan op het grote probleem,

namelijk het voorschrijven van specialisten en ziekenhuizen doen? Daar zit heel vaak de oorzaak van ondoelmatig voorschrijven door de huisarts omdat hij geconfronteerd wordt met een prescriptie van de specialist die hij moet vervolgen. Is het niet beter dat de minister gaat kijken om daarvoor oplossingen te vinden. De principiële vraag is of je via het afdwingen van kortingen de zorg kan sturen, is nog niet beantwoord.

Minister **Klink**: De heer Van Gerven vraagt mij om ook bij de specialisten te na te gaan in hoeverre zij doelmatig willen voorschrijven.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik vraag om daar het probleem op te lossen. Industrieën en groothandels hebben allerlei acties, zoals het verstrekken van gratis monsters. Er wordt door apothekers op een bepaalde manier ingekocht en er wordt door de specialist op een bepaalde manier voorgeschreven, waardoor het handelen van de huisarts beïnvloed wordt en waar hij eigenlijk niets aan kan doen. De minister moet het probleem oplossen waar het ligt. Ik vind dat de hij moet kijken naar verbetering van de zorg in de ziekenhuisstructuur. Hij moet het niet op de huisarts afwentelen.

Minister **Klink**: Het is geen retorisch trucje dat ik een wedervraag stel. Ik wil daarmee op het principiële punt komen dat wij het dus erover eens zijn dat daar waar doelmatig voorgeschreven kan worden, men dit ook dient te doen. Anders worden er te veel kosten gemaakt worden die in feite onnodig zijn, gemeten naar de medische maatstaven. Als dat het geval is, dan moeten wij inderdaad proberen om de extra kosten, terug te halen en opnieuw te investeren in de zorg, dan wel te vermijden dat er pakketmaatregelen genomen moeten worden, dat het eigen risico moet worden verhoogd enzovoort. Doelmatigheid is gewoon van belang. Ik heb liever dat het bij de beroepsgroep van binnenuit komt, dan wel dat ik of de verzekeraars dat van bovenaf afdwingen. Doelmatigheid moet een zaak zijn van de beroepsgroepen zelf.

Is het goedkoopste middel altijd het beste?. Ik draai het even om. Als het goede c.q. het beste ook goedkoop kan, dan moeten wij het langs die lijn doen. Dat is niet zomaar een kruideniersmentaliteit, maar dat heeft er alles mee te maken dat ik liever niet op de ggz kort, dat ik liever niet het eigen risico aanspreek en dat ik liever niet het pakket verklein. Daarom wil ik, net als de heer Van Gerven, dat de kosten waar mogelijk teruggaan en dat doelmatigheid in de genen van de beroepsgroepen zit, dus ook in de genen van de specialist. Het begint inderdaad vaak bij de specialist. Vervolgens moeten de huisartsen de patiënt ervan overtuigen en overreden dat wat de specialist voorschrijft wel een goed medicijn is maar dat het doelmatiger kan. Daarmee worden de lasten – ook de administratieve lasten – afgewenteld op de huisarts en dat moeten wij vermijden. Daarom wil ik ook met de medisch specialisten gaan kijken in hoeverre zij doelmatig kunnen voorschrijven.

De heer **Zijlstra** (VVD): De huisartsen hebben gezegd: wij staan voor de 60 mln. Gaat de minister zo doorpakken bij de specialisten dat hij daar een vergelijkbare systematiek probeert door te voeren? Als zij hun verantwoordelijkheid willen oppakken, moeten zij de minister ook financieel tegemoetkomen. Het kan niet zo zijn dat de huisartsen wel hun verantwoordelijkheid oppakken, terwijl de medisch specialisten dit alleen maar in woord doen.

Minister **Klink**: Dat ben ik met de heer Zijlstra eens. Ik ben blij dat de huisartsen hebben gezegd dat zij het gewoon gaan doen en dat zij mij daar niet voor nodig hebben. Ik hoop dat de specialisten dat ook zullen zeggen. Als naar voren komt van de kant van de Orde van Medisch Specialisten dat daar doelmatigheidswinst valt te behalen, is dat natuurlijk

goed. Wij moeten echter wel nadenken over de vraag wat wij doen als zij niet bereid zijn om dit te realiseren. Een eerste antwoord op de vraag heb ik aan de huisartsen gegeven, namelijk om aan te sluiten bij de richtlijnen. Dan moeten zij zich aan de eigen richtlijnen houden. Daar lijkt mij niets mis mee, maar het heeft wel de zweem van overheidsbemoeienis. Daarom wil ik daar even gas terugnemen. Ik zal ik ook zeker met de huisartsen en de medisch specialisten gaan kijken naar in hoeverre wij dat in onze instrumenten, de prestatiebekostiging, kunnen borgen zonder dat wij in de spreekkamer gaan zitten.

De heer **Van Gerven** (SP): De minister houdt toch vast aan een soort bonus voor de hele groep als goedkoop wordt voorgeschreven, terwijl het uitgangspunt de kwalitatief beste zorg moet zijn. Er zijn diverse oorzaken voor de te hoge geneesmiddelen uitgaven, zoals de reclame, de prijsstelling door de industrie. Die factoren kun je ook aanpakken. De minister blijft met zijn voorstellen niet weg uit de spreekkamer, want hij zegt: als u de richtlijn niet volgt, dan wordt u gestraft, linksom of rechtsom. Dat punt blijft toch staan of vergis ik mij?

Minister **Klink**: U zegt dat men daarvoor wordt gestraft, maar ik heb gezegd dat wij de 60 mln. daar niet voor inzetten. Het gaat om veel geld en grote belangen. Als het bedrag van 127 mln. dat gemeten naar de richtlijnen gemoeid is met doelmatig voorschrijven van twee of drie medicijnen, niet terugvloeit naar het Zorgverzekeringsfonds, dan moeten wij nadenken over de vraag waar wij dit bedrag dan wel gaan halen. En dan kan het best zo zijn dat wij inderdaad 5% moeten bezuinigen op de ggz. Voor die alternatieven staan wij. Ik ga niet straffen, maar ik wil dat hetgeen men zichzelf voorneemt, gerealiseerd wordt en daar reken ik op.

Mevrouw **Timmer** (PvdA): Ik heb een vraag aan de heer Van Gerven. Ik worstel ermee dat de heer Van Gerven doet alsof dat wat in de richtlijnen staat, niet altijd goed is voor de patiënt. Dat verwondert mij een beetje. Ik ben met hem van mening dat wij niet in de spreekkamer moeten komen, maar als wij nu met elkaar afspreken dat doelmatig voorschrijven in lijn is met de richtlijn die beroepsgroepen bij ziektebeelden zelf opstellen, waarom heeft hij daar dan zoveel twijfel over?

De heer **Van Gerven** (SP): Richtlijnen zijn het uitgangspunt en daarop moet gevarieerd kunnen worden. Dat is mijn voorstel. Met de kortingen wordt een dwingende keurslijf opgelegd. Er moeten vooral richtlijnen komen, maar de vrijheid om hiervan af te kunnen wijken, moet blijven bestaan want dat is de individuele afweging van de professional.

Mevrouw **Timmer** (PvdA): Bij het laatste sluit ik mij van harte aan. Daarom ben ik blij dat het systeem op dit moment ook zo werkt dat de richtlijn de leidraad is en dat men er als het medisch noodzakelijk is, gewoon vanaf kan wijken. Dan zijn wij het volgens mij volstrekt eens.

Minister **Klink**: Ik ben het daar natuurlijk ook mee eens, de mogelijkheid van variatie. Wij gaan niet per patiënt zeggen wat de arts dient voor te schrijven. Het ging ons aanvankelijk om gemiddelden en dat betekent dat er variatie kan zijn binnen bandbreedtes. Ik ben het met mevrouw Timmer eens. Ik zie niet in dat waar men zelf aangeeft dat het doelmatig kan, wij hen daar niet aan zouden houden. Ik heb nog liever dat het van binnenuit komt, dus ik sluit mij graag aan bij de LHV. Het is uiteindelijk begonnen om de kwaliteit van de zorg. Dit zijn in feite contouren. Over de kwaliteit van de zorg ben ik echt buitengewoon serieus.

Ik ken een aantal mensen die diabetes hebben of die te maken hebben met hartfalen. Ik ken geen mensen die astma hebben, maar degenen die hen wel kennen, zullen voorbeelden hebben die hun ter harte gaan. Inte-

grale zorg en goede begeleiding, met daarbij ook zelfmanagement daarbij te betrekken, brengt complicaties zoals amputaties en hartinfarcten bij tientallen patiënten terug. Als minister kan ik het dan niet maken om niet zo snel mogelijk de stappen te zetten om dat te borgen. Daar ben ik echt zeer serieus in. Op dat vlak moeten wij onze plicht gewoon oppakken. Wij mogen niet verzaken, Wij moeten tempo maken mits het verantwoord is. Op dat «verantwoord» kom ik zo meteen nog terug, want het is terecht dat de Kamer daar vragen bij stelt, want dat doen mijn ambtenaren en ikzelf ook. De ambitie om zorgcomplicaties te voorkomen – elk mens is er een en elk hartinfarct is een ingrijpende gebeurtenis in de familie/het gezin en dat geldt ook voor amputaties – is mij een lief ding waard. Het is een feit dat gebleken dat integrale zorg in dat opzicht werkt. Maastricht met is in dit opzicht een goed voorbeeld op het gebied van hartfalen. Er zijn talloze voorbeelden van diabeteszorg. Ik kom zo meteen nog op terug op de vraag van de heer Zijlstra waarom ik er toch aan ga beginnen, als het kennelijk nu al uitgerold wordt.

Tegen de heer Van Gerven kan ik zeggen dat ook het CPB vindt dat dit goed is voor de kwaliteit van de zorg over de hele linie. Ik zie nog het staatje voor mij. Ten aanzien van de kosteneffectiviteit wordt er vaak een vraagteken bij geplaatst. Het kan, maar er zijn wel risico's aan verbonden, maar het CPB zegt dat dit gewoon goed is voor de kwaliteit. In die zin vind ik dat het vraagteken dat de heer Zijlstra plaatst bij de werking van het systeem en de kwaliteitsbevordering eigenlijk een uitroepteken moet zijn. Het is gewoon zo.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik wil iets rechtzetten. Ik ben niet tegen ketenzorg, geïntegreerde zorg, daar is niemand op tegen, maar ben een groot tegenstander van de systematiek van de bekostiging zoals de minister dat vorm wil geven. Dat moeten wij wel uit elkaar houden. Het CPB maakt overigens dat onderscheid ook. Het stelt niet de ketenzorg ter discussie, maar vraagt zich wel af of de prestatiebekostiging iets is voor de eerste lijn. Daar heeft het grote vraagtekens bij.

Minister **Klink**: Ik ben blij dat de heer Van Gerven voor ketenzorg is. Een betere term is natuurlijk samenhangende zorg. Hoe krijgen wij die samenhang in het geheel? Door de zorg samenhangend te contracteren. Alle literatuur uit de Verenigde Staten, Duitsland en uit andere landen over de kwaliteit van de zorg die ik tot mij genomen heb, gaat uit van wat sommigen noemen «coherent care, single bill», dus samenhangende zorg waar één prijs voor staat. Daarom moet je niet heel selectief gaan contracteren. In die zin vind ik het van groot belang dat wij op basis van de zorgstandaarden een samenhangend pakket aan zorg definiëren wat als zodanig in samenhang gecontracteerd wordt. Op de vragen daarover ik zo meteen terug, maar dit is de essentie van wat wij met elkaar beogen. Ik ben het met mevrouw Smilde eens om dit te komende jaren te laten monitoren door een begeleidingscommissie. Ik wil daar heel graag de beroepsgroepen bij betrekken. In dit geval is dit zonder meer ook de LHV. Op basis van criteria die ik dit jaar nog aan de Kamer zal toezenden, wordt gemonitord hoe een en ander verloopt. Ik zal de Kamer daarover op gezette tijden berichten.

Dat kan ik ook doen op grond van het feit – en daarmee beantwoord ik een aantal vragen die de commissie gezamenlijk gesteld heeft – dat de geïntegreerde zorg met één prijs en een hoofdaannemer een vorm van bekostiging is die wij niet dwingend gaan voorschrijven. Er worden zelfs geen financiële prikkels gecreëerd om deze richting op te gaan. Het is niet zo dat degene die via M&I-modules of via een experimenteerbeleidsregel op dit moment integrale zorg wil aanbieden, vanaf 1 januari 2010 daarin ontmoedigd wordt. Dat gaat ook niet gebeuren. De praktijkondersteuner huisarts (POH) zal in stand kunnen blijven, ook voor degenen die zich niet voegen in de ketenzorg. Daarin verandert op zichzelf niet veel, eigenlijk

nagenoeg niets. Wat wij wel doen, is een aangrijpingspunt creëren voor de verzekeraar om integrale zorg in te kopen. Rond COPD, cardiovasculair risicomanagement en diabeteszorg staan zorggroepen in de startblokken om gecontracteerd te worden. Sterker nog, Achmea die voorstander was van werken met het koptarief, sluit dit moment in het land deze contracten met zorgpartijen teneinde de integrale zorg ook langs die lijnen te realiseren. Wij gaan dat monitoren. Niemand wordt hiertoe gedwongen c.q. geprikkeld.

Mevrouw **Timmer** (PvdA): Mogelijk loop ik nu vooruit op wat de minister nog gaat zeggen, maar volgens mij zijn de zorgstandaarden een voorwaarde om te kunnen contracteren. De minister zegt dat Achmea nu voor meer dan één standaard aan het contracteren is. Voor zover mijn informatie reikt, is er pas eentje echt helemaal afgerond en dat is de zorgstandaard voor diabetes. Met de andere twee is men een eind op weg, maar deze zijn nog niet afgerond.

Minister **Klink**: Voor zover mijn informatie strekt zijn standaarden diabeteszorg en cardiovasculair afgerond. Voor COPD wordt het concept op dit moment afgerond, ik dacht in oktober. Ik ben het wel eens met het principepunt dat er een zorgstandaard aan de ketenzorg ten grondslag dient te liggen. De patiënt weet dan wat hij kan vragen en vergen – dus de aanspraken – en de verzekeraar weet wat er gecontracteerd wordt.

Mevrouw **Timmer** (PvdA): Volgens mij is de standaard voor COPD niet getekend door longartsen en dat lijkt mij toch wel een voorwaarde. Voor de standaard voor cardiovasculair risico geldt dat de huisartsen niet eens betrokken zijn bij het samenstellen ervan, om maar even heel precies te zijn. Ik hoop dat de minister hierop nu of in tweede termijn kan reageren, anders beschikken wij over verschillende informatie en dat maakt het debat niet echt overzichtelijk.

Minister **Klink**: Ik zal proberen die informatie te stroomlijnen en kom hier in tweede termijn op terug.

Ik heb al iets gezegd over het tempo. Ik wil inderdaad met drie ketens beginnen in 2010 op grond van het feit dat de standaarden afgerond zijn behoudens die voor COPD. Ik kom nog terug op de informatie die mevrouw Timmer daarover vraagt.

Er is een overgangsregeling van drie jaar. De begeleidings- of evaluatiecommissie kan tot de conclusie komen dat de huisartsen er daar nog niet klaar voor zijn, maar dan moet men over drie jaar er wel klaar voor zijn. Wellicht wordt het vier jaar. Dat hangt een beetje van het tempo af dat wij daarvoor kiezen, maar vooralsnog ga ik uit van drie jaar. Dan dient de zorg voor patiënten met diabetespatiënten en met hartfalen langs die samenhangende lijnen te geschieden. Degenen die deze zorg niet bieden c.q. niet aangesloten zijn bij een keten, vallen er dan dus buiten, maar zover zijn wij pas over drie jaar. Ongetwijfeld zullen er problemen ontstaan die wij nu nog niet kunnen overzien en daarom wil ik in de komende periode gaan monitoren. Het is de bedoeling om die problemen telkens te vertalen naar het beleidsniveau zodat zij onderdeel van het overleg met de Kamer kunnen uitmaken. Vandaar dat ik het een prima idee vind om de begeleidingscommissie in te stellen. Tot zover mijn opmerkingen over het tempo.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Voorzitter. Het tempo voor de vier benoemde ketenzorgvormen wordt duidelijker. Het is terecht dat alle aandacht uitgaat naar deze grote groepen, want het gaat over zeer veel mensen en dan moet alles in orde zijn. Wat betekent dat voor de aandacht die er ondertussen moet zijn voor de andere vormen van chronische ziekten die misschien minder vaak voor-

komen of misschien zelfs zeldzaam zijn? Afgelopen weken is aandacht gevraagd van de Kamer voor patiënten met het chronische vermoeidheidssyndroom (CVS) of myalgische encephalomyelitis (ME). In hoeverre bestaat het risico dat de aandacht voor de genoemde groepen patiënten ten koste gaat van allerlei mogelijke vormen van ketenzorg en samenwerking voor andere ziekten?

Minister **Klink**: Wellicht heeft mevrouw Wiegman-van Meppelen Schepink een punt. Het is te gemakkelijk om nu het standaardantwoord te geven dat wij hier op zullen letten. Ik zal mij hierover laten informeren, maar ik kan mij niet voorstellen dat dit het geval zal zijn. De beroepsgroepen en de huisartsen hebben voldoende professionaliteit om elke patiënt de aandacht te geven die noodzakelijk is. Ik kan mij wel voorstellen – en dat moet de begeleidingscommissie ook meenemen – dat het organiseren van een keten kennelijk te veel werk met zich brengt, alhoewel dat nu in het kader van de beleidsregel al behoorlijk massief wordt gedaan en ik ontvang geen signalen dat dit ten koste gaat van de zorg aan anderen. Als dit een thema is, dan moeten wij dit in de criteria opnemen teneinde daarop te kunnen gaan monitoren.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Ik begrijp dat de minister het eens is met mijn voorstel en dat wij alleen beginnen met keten-dbc's en functionele bekostiging voor die aandoeningen waar in 2010 zorgstandaards voor klaar zijn.

Minister **Klink**: Wij zijn het erover eens dat een en ander bij hartfalen nog niet rond is, dus daar beginnen wij op 1 januari 2010 niet mee.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Dat is uitstekend. Ik dank de minister voor de toezegging over de begeleidingscommissie. Die houdt ons voortdurend bij de les ten aanzien van de precieze ontwikkelingen.

Minister **Klink**: De heer Van Gerven vroeg naar de beleidsregel Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties. Hij wil ook weten in hoeverre de GES-gelden afgebouwd worden. Dat gebeurt dus niet. Wij bouwen die niet af in de periode van drie jaar. De beleidsregel voor innovatieve projecten blijft bestaan, maar als er via de keten-dbc structurele financiering zal komen voor chronische aandoeningen, dan is het niet de bedoeling om voor die aandoeningen nog gebruik te maken van de beleidsregel Innovatie. Dat loopt dan via de keten-dbc's, maar dan praat ik over drie jaar wanneer het zich uitgekristalliseerd heeft. In de begroting hebben wij de GES-module met 50% afgebouwd naar 17 mln., omdat ik denk dat er in 2010 minder gecontracteerd zal worden via die module. Ik zeg niet dat er minder gecontracteerd kan worden, maar het is onze inschatting dat dat minder zal zijn. Een deel van de kosten die nu via de GES-gelden worden betaald, zullen via de keten-dbc's worden gefinancierd. Daar zit dus iets van een communicerend vat in. Naarmate er minder in de keten-dbc komt, blijven meer middelen voor de GES-gelden over en zo sorteren wij niet voor op een toekomst met negatieve prikkels voor hen die nog niet aan de ketenzorg willen deelnemen.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Ik denk dat dit een aanname is. Er zijn veel geïntegreerde centra in bijvoorbeeld achterstandswijken. Houdt de minister de vinger aan de pols of de GES-gelden voor die centra voldoen? De afbouw is een aanname op grond van een aantal criteria, maar gaat de minister ook na of het echt verantwoord is?

Minister **Klink**: Dat is voorbehouden aan de onderhandelingen tussen zorgaanbieders en verzekeraars. Het was van onze kant een inschatting dat het merendeel van de middelen langs de lijn van de keten-dbc's zal

lopen, maar wij schroeien deze regeling niet dicht. De regeling blijft open, ook in achterstandsgebieden.

Op de opmerkingen van de heer Van Gerven over het CPB heb ik inmiddels gereageerd.

Multimorbiditeit en versnippering van de zorg. Ik wil hier drie dingen onderscheiden. Diabetespatiënten hebben ook vaak cardiovasculaire problemen. De zorg voor die problemen hoort gewoon bij goede diabeteszorg. In het kader van de diabeteszorg vindt geen versnippering maar integratie plaats. Op het moment dat men vier of vijf artsen nodig zou hebben omdat men aan vier of vijf chronische aandoeningen lijdt, dan spreek je eigenlijk over comorbiditeit. Mevrouw Timmer gaf al aan dat je dan eerder een wijkverpleegkundige nodig hebt of opname in een verzorgingshuis of verpleeginrichting, dan dat men nog steeds voor die verschillende aandoeningen langs specialisten bezoekt. Als het omslagpunt bereikt is waarop mensen permanente, integrale zorg nodig hebben, is er van versnippering helemaal geen sprake meer.

Dan het punt van ziektebeelden met niet geïntegreerde zorg. In hoeverre kunnen mensen met verschillende aandoeningen met verschillende artsen te maken krijgen? Ik verbaas mij altijd over dat argument, als ik heel eerlijk ben. Ik was hier in Den Haag bij een gezondheidscentrum. De huisartsen zeiden tegen mij dat de diabetespatiënten in de tweede lijn zitten. Die worden hier opgevangen door een diabetescentrum verbonden aan het ziekenhuis. Wij creëren de mogelijkheid om dat beter in de eerste lijn te gaan doen bij de huisarts. De huisarts kent de achtergrond en sociale omstandigheden van de patiënten goed. Ik wijs erop dat de risico-verevening wordt afgebouwd, zodat het ook interessanter wordt om die zorg in de eerste lijn aan te bieden. Ik zie die versnippering daar niet, sterker nog, het is een beweging terug naar de huisarts. Wij bieden nu samenhangende zorg aan. De huisarts zegt terecht dat hij de patiënt kent, maar dat betekent niet dat als je de patiënt integraal kent, ook integrale zorg aanbiedt. Integrale zorg aanbieden, is het aanbrengen van een zekere samenhang en zorg dragen voor coördinatie van de zorg. Integrale kennis van de patiënt is geen integrale zorg. Wij borgen dat langs de lijnen van de zorgstandaarden.

In hoeverre knip je de zorg voor mensen op langs de verschillende zorgstandaarden? Ik ben ervan overtuigd dat dit binnen de zorggroepen en -ketens een kwestie is van goed coördineren. Vorige week was ik bij een gezondheidscentrum in Heerde. Daar zie je dat al gebeuren. Bepaalde huisartsen hebben zich bekwaamd in oogaandoeningen – het gaat hierbij niet om chronische ziekten – en anderen in bekkenproblemen. Er wordt over en weer min of meer naar elkaar verwezen. Dat vergt een goede coördinatie. Men verwijst omdat die andere huisarts daar meer vanaf weet omdat hij daar meer in gespecialiseerd is. Integrale zorg betekent niet dat je alles bij een huisarts houdt of bij een specialist, maar het is met name ervoor zorgen dat je overzicht houdt en dat de beste zorg wordt geleverd door degene die daar het meest toe bekwaam is.

De heer **Van Gerven** (SP): Acht de minister het een goede zaak dat een keten-dbc diabetes of diabeteszorg niet door de huisarts wordt aangeboden, maar door een ondernemer die denkt dat hier iets mee te verdienen valt en dit in de markt gaat zetten. Dat is mogelijk. Of zegt de minister dat deze zorg toch bij de huisarts hoort. Hij moet zorgen dat geïntegreerde ketenzorg wordt aangeboden? Dan is geen sprake van een soort markt. Ik vraag dat met name omdat er discussie is over monopolieposities en aanmerkelijke marktmacht. Ik wil volstrekt helder hebben of dat nu wel of niet aan de orde is. Vindt de minister dat de huisarts het gewoon goed moet organiseren?

Minister **Klink**: Een ding moet duidelijk zijn. Ik zie een ondernemer nog geen huisartsenzorg aanbieden, want dat hoort echt bij een huisarts thuis.

De heer **Van Gerven** (SP): Het gaat mij om de eigen huisarts.

Minister **Klink**: Ten eerste is er huisartsenzorg. Ten tweede vindt er op dit moment bij diabetespatiënten al te vaak en te vroeg – althans te vaak vanuit het oogpunt van de huisarts – overdracht plaats aan de tweede lijn. Wij creëren de mogelijkheid, ook via risicoverevening, om meer naar de eerste lijn te laten toegaan, dus naar de eigen huisarts. Het antwoord op de vraag of alles door de eigen vertrouwde huisarts moet gedaan worden, is dat dat er een beetje vanaf hangt. De POH neemt nu ook al veel over met een huisarts die daarop toeziet. Ik gaf zojuist het voorbeeld van een collega-huisarts die meer gespecialiseerd is in oogaandoeningen. Dat wordt met liefde overgedragen aan de specialist in de eerste lijn.

De heer **Van Gerven** (SP): Mijn punt is of de minister meent dat de eigen huisarts dat moet organiseren. Dat is iets anders dan dat de eigen huisarts alles doet. Wij zijn het eens over taakdifferentiatie. Vindt de minister dat de eigen huisarts de ketenzorg moet organiseren en niet een andere persoon of andere huisarts?

Minister **Klink**: Ik las vanmorgen in de Volkskrant een artikel van een auteur van wie ik de naam niet eens meer weet, maar hij schreef: «Huisartsen, grijp uw kans» en dat zou ik hem willen nazeggen. Ik zeg dat niet om ervan af te zijn. Ik heb eerder in brieven aangegeven dat mijn voorkeur daar wel ligt omdat de huisarts de persoon integraal kent.

Mevrouw **Timmer** (PvdA): Ik had nog gevraagd naar de hoofdcontractant door commerciële partijen en dat acht de minister niet wenselijk. Ik sluit mij aan bij de vragen over de rol van de huisartsen als spil in de eerste lijn. Ik versta de minister goed dat het gecoördineerd moet worden, dat artsen zich kunnen specialiseren. In de praktijk kan de zorgverzekeraar de ketens in verschillende zorggroepen inkopen voor de patiënt. Dan komt er een moment dat de gegevens ergens moeten samenkomen. Het elektronisch patiëntendossier (epd) is er nog niet. Ik zoek naar een praktische oplossing. Stel je voor dat mijn zorgverzekeraar voor diabetes de ene zorggroep en voor COPD een andere zorggroep heeft, hoe moet ik daar als patiënt mee omgaan?

Minister **Klink**: Laat ik even vanuit het patiëntenperspectief redeneren. Ik ken behoorlijk wat mensen die aan chronische aandoeningen lijden. Ik ken ook mensen die met hartfalen of andere aandoeningen niet bij hun huisarts terecht kunnen, want zij bieden geen integrale zorg aan. Moet ik nu op grond van het feit dat deze mensen die zorg niet door hun huisarts krijgen aangeboden, zeggen dat zij eigenlijk aangewezen zijn op de eigen huisarts. Die arts biedt de zorg niet aan. Moet ik dan zeggen dat die patiënt helemaal geen geïntegreerde zorg aangeboden krijgt. Nee, dat zal de Kamer zonder meer met mij eens zijn. Er ligt een morele verplichting voor huisartsen om voor hun patiënten de zorg goed te organiseren en zich aan te sluiten bij een organisatie die een samenhangende ketenzorg gaat aanbieden. Daar ligt in feite de eerste plicht. Daarop gelet, zie ik het niet zo snel gebeuren dat de verzekeraar tegen een patiënt zegt dat hij hem een andere arts gaat sturen dan degene die de huisarts aanbeveelt c.q. waar hij mee verbonden is. Zelfs in de ziekenhuiszorg waar dit veel meer voor de hand ligt, zie je dit eerder minder dan meer gebeuren. Zeker als patiënten op dat moment het gevoel krijgen dat de verzekeraar gaat beslissen over het zorgpad en dergelijke, haken zij af. Het is wel een punt om mee te nemen bij de evaluatie en dat zeg ik de Kamer graag toe. De vraag of dit een risico is of niet wordt de komende jaren een criterium. Als het een risico is, dan ben ik het ermee eens dat een dergelijke ontwikkeling waarbij de verzekeraar de patiënt min of meer dwingt om een

bepaalde kant op te gaan, ongewenst is. De keuzevrijheid van de patiënt prevaleert.

Mevrouw **Timmer** (PvdA): Ik dank de minister voor de toezegging op dit punt. Wij delen dat er een ongewenste kant in kan zitten. Mijn vraag over de gegevensuitwisseling staat nog open.

Minister **Klink**: Ik vind het epd ook van groot belang, maar dat is er nog niet. Men kan zich op dit moment vrijwillig in het epd-traject voegen en dat doen ook de nodige huisartsen. Wij beiden roepen de huisartsen nu op om dat massaal te doen.

Mevrouw **Timmer** (PvdA): Dat doen we!

Minister **Klink**: Maar dan moet de informatievoorziening uit andere hoofde wel op orde zijn. Dat is een punt van aandacht. Naarmate de zorg beter wordt en de expertise meer wordt verkaveld binnen de eerste lijn, moet ook de coördinatie beter worden. Dat was ook de vraag van mevrouw Wiegman, namelijk hoe borg je de begeleiding in integrale zin? Mevrouw Timmer vroeg terecht naar het eigen risico. Ik zeg daar drie dingen over. Wij spreken over chronisch zieken die in de regel in de farmaceutische kostengroepen (FKG) zitten dan wel in de diagnostische kostengroepen (DKG). Men krijgt men al een compensatie voor het eigen risico – €47 of misschien is het iets meer geworden – vanwege het feit dat men langjarig onvermijdelijke zorgkosten maakt. Volgend jaar betaalt men wel een eigen risico van €110, omdat de premie met dit bedrag naar beneden is gegaan. Voor dat deel is men al gecompenseerd via de premiedaling en dan moet men het eigen risico wel betalen. Gegeven het feit dat deze mensen in de FKG of DKG zitten, dan kun je ervan uitgaan dat zij al zorgkosten maken in de sfeer van medicijnen. Daar wordt het eigen risico sowieso al voor betaald. Hoeveel eigen risico blijft erover voor een patiënt die in een keten zit gegeven het feit dat men voor de medicijnen al ruim €100 betaalt en voor de rest gecompenseerd wordt. Dat zal nihil zijn. De systematiek blijft echter dat in de keten zorg zit, bijvoorbeeld van de diëtist, die wel onder het eigen risico valt. Huisartsenzorg valt daar niet onder. Dat dient dan ook volgend jaar – dat zal geregeld moeten worden in de contractering en dergelijke – betaald te worden door degene die in de keten zit. De patiënt zal dit moeten gaan betalen. Ik wil de komende jaren wel gaan verkennen in hoeverre, gegeven het feit dat als ze dan toch al betalen, de administratieve handelingen die de verzekeraar moet verrichten, noodzakelijk zijn. Het zou best zo kunnen zijn dat je daar bij wijze van spreken geen kwartje mee ophaalt, terwijl er wel administratieve lasten mee gemoeid zijn. Ik heb dit gewisseld met de minister van Financiën en ik heb hem mijn woord gegeven dat hier geen veranderingen in plaatsvinden. Laat ik het anders zeggen, want anders lijkt het alsof de minister van Financiën dat eigen risico per se wil incasseren: ik moet mij gewoon aan de kaders houden. Uit dien hoofde heb ik gezegd dat er voorshands niets in verandert, maar ik sluit niet uit dat de inkomsten vanwege de administratieve lasten die ermee gemoeid zijn, verwaarloosbaar zijn. Dan moet het toch veranderen.

Mevrouw **Timmer** (PvdA): Ik neem aan dat de minister later terugkomt op het onderscheid tussen basispakket en aanvullende pakketten. Ik voorzag ook administratieve lasten, want soms lijken dingen op papier heel logisch, maar in de praktijk zijn zij toch weerbarstig. Gaat de minister dit meenemen als een van de criteria waarop wordt geëvalueerd door de begeleidingscommissie?

Minister **Klink**: Dat zonder meer. Het tweede dat ik de Kamer toezeg, is dat ik zo snel mogelijk de sommen zal maken. Ik zal kijken wat de meer-

waarde in financiële zin is van het verknopen van het eigen risico aan de keten. Ik zal dat echt zo snel mogelijk doen en ik hoop de Kamer daar binnen enkele weken over te kunnen berichten, zodat dat misschien nog in de afwegingen betrokken kan worden.

Mevrouw Timmer heeft het basispakket en aanvullend pakket aangesneden. Dat zal niet veranderen. Dat betekent dat op het moment dat je gebruikmaakt van een podoloog dit voor eigen kosten is, mits het in de aanvullende verzekering zit, maar dan heb je er zelf voor gekozen. Voor de toekomst moeten wij bezien in hoeverre bepaalde bestanddelen van de zorg, gegeven het feit dat het om chronische aandoeningen gaat, toch niet in het basispakket zouden moeten. Dat zou een vrij revolutionaire stap zijn, want dan ga je per patiëntencategorie het basispakket differentiëren. Het is wel een vraag die opkomt op het moment dat je het over de ketens hebt. Ik zeg dat omdat op het moment dat er eigen betalingen zijn in de keten of dat de verrichting niet in het pakket zit dan wel dat er een eigen risico is, een drempel wordt opgeworpen om gebruik te maken van de keten, terwijl de zorgkosten juist hier naar beneden gaan als je deelneemt aan de ketenzorg. Het opwerpen van een drempel in financiële zin zou wel eens kunnen betekenen dat je jezelf in de voet schiet, want uiteindelijk leidt het tot hogere zorgkosten voor degenen die zorg gaan mijden.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Dat vind ik een hele interessante gedachte want dat betekent dat je ook de zorgkosten rond de patiënt centreert. Ik heb een vraag gesteld over de aanvullende verzekeringen. In hoeverre schep je verplichtingen voor een patiënt om een bepaalde aanvullende verzekering te nemen, gegeven de keten. Als voorbeeld neem ik de podoloog. Ik heb een aanvullende verzekering waar die niet in zit, en dan word ik min of meer gedwongen om toch het aanvullende pakket te nemen, omdat ik mijn behandelingen via de keten wil laten lopen.

Minister **Klink**: Het is een van de punten bij de afweging om te kijken in hoeverre het basispakket voor deze categorie patiënten eventueel uitgebreid zou moeten worden. Dit punt is wel terecht. Op het moment dat je met ketenzorg en zorgverleners te maken krijgt, die erop wijzen dat het wel noodzakelijk is om naar de podoloog te gaan, kan die druk ontstaan. De facto is dat na 2010 niet anders dan nu. Zorg die niet in het pakket zit, wordt wel meegenomen in de ketenaanpak. Dit is de reden om je af te vragen of er wel drempels moeten worden opgeworpen als je weet dat voor de uitkomsten en de kosten de doelmatigheid uiteindelijk gewoon goed is.

Mevrouw Smilde en de heer Zijlstra verwezen naar de eventuele marktmacht. Mevrouw Timmer verwees er ook naar. Er komt nog een stuk van de NZa en de NMa. Het is een voordeel dat de ketenzorg nu geformaliseerd wordt en tot aangrijpingspunt van de onderhandelingen gemaakt wordt. De vraagstukken rond de aanmerkelijke marktmacht spelen nu ook, want wij kennen al de zorggroepen en de ketenzorg rondom diabetes, maar ook voor COPD en andere chronische aandoeningen. Dit vraagstuk moeten wij sowieso redresseren en dat nemen wij de komende maanden ook mee. Vanuit de praktijk zullen wij kijken hoe een en ander werkt. Laat ik nu wel duidelijk zijn over aanmerkelijke marktmacht tussen zorgaanbieders. Het kan niet zo zijn en het zal niet zo zijn – en dat zal ik de NZa meegeven – dat bepaalde zorgaanbieders die aan de kwaliteitstandaarden voldoen en tegen een normale prijs deel willen uitmaken van de keten in een beperkt gebied door anderen bijvoorbeeld worden uitgesloten. Dat vind ik oneigenlijk. Dat is misbruik van de marktmacht en raakt bovendien aan de vrije artskenning. Daar wil ik in elk geval duidelijk paal en perk aan stellen.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik wil het eigenlijk omdraaien. In de praktijk heeft de huisarts een absoluut monopolie. Meestal blijven de patiënten bij

hun huisarts. Er zijn huisartsengroepen die ketenzorg aanbieden, zoals in Oss, maar dat gebeurt natuurlijk ook in allerlei andere plaatsen. Alle huisartsen hebben zich verenigd in een coöperatie of een stichting en daar wordt de ketenzorg ingekocht, dus een monopolie van 100%. De zorg is wel goed. Ik neem aan dat de minister dat geen probleem vindt of gaat de NMa zich daar ook mee bemoeien?

Minister **Klink**: Ik zal afwachten wat de NMa naar voren brengt, maar in mijn beleving is er een verband met de mate waarin je macht gebruikt binnen een coöperatie. Als er geen uitsluitingsmechanismen zijn, dan liggen de zaken anders dan dat je op een bepaald moment de marktmacht gaat gebruiken. Ik wil hier wel de kanttekening bij maken dat wij wellicht de mogelijkheid moeten creëren voor patiënten om tussen verschillende ketenaanbieders te kiezen op basis van kwaliteit die geboden wordt. Op het moment dat binnen een grote zorggroep uiteindelijk de kwaliteit toch minder is qua benchmark dan elders in het land en iemand wil betere kwaliteit aanbieden, dan moet daar ruimte voor zijn. Wij laten hier de NZa en de NMa naar kijken. Ik ben het volstrekt met de heer van Gerven eens – daarom ben ik dankbaar voor zijn interventie – dat dit thema niet speelt omdat wij op 1 januari 2010 ketenzorg willen invoeren, maar dat dat actueel thema is. Juist omdat wij de ketenzorg gaan formaliseren en inpassen in ons zorgstelsel, komt de vraag van aanmerkelijke marktmacht naar boven en gaan wij ook benoemen wat misbruik is. Dat vind ik een groot voordeel.

Mevrouw Smilde sprak over de budgetten en de prestatiebekostiging. Ik vind het ook van betekenis, maar ik ga daar schetsmatig op in omdat ik of mijn opvolger daar in de nabije toekomst nog over zullen spreken. Het kan heel goed dat mevrouw Timmer mijn opvolgster wordt. Dat is haar van harte gegund. Daarmee zeg ik ook dat het een leuke baan is, want anders zou ik haar die niet gunnen.

Het is in ieder geval een langlopend project. Prestaties moeten wij definiëren en ketenzorg is daar een van. Gezien alle ins en outs die aan doelmatig voorschrijven vastzitten, wil ik daarover nog met de beroepsgroep gaan spreken, maar dit zou een tweede prestatie kunnen zijn. Een derde is de substitutie. Bepaalde vormen van zorg die van de tweede naar de eerste lijn gaan, wil ik niet in een integraal inschrijftarief hebben, maar die wil ik er bovenop zetten om ook de substitutie uit te lokken, aan te moedigen en daar een prikkel op te zetten. De heren Zijlstra en Van Gerven vroegen zich af in hoeverre je toe moet naar een inschrijftarief per persoon. Dat lokt te weinig innovatie uitlokt, terwijl wij die hard nodig hebben in de eerste lijn. Ik wil wel naar prestatiebekostiging, maar daarbij moeten wij wel bekijken hoe wij die prestaties vormgeven. Dat moet meer zijn dan alleen volume, consulten, enzovoort. Prestaties moeten gekwalificeerd worden. Het liefste zou ik uitkomen bij datgene wat de heer Zijlstra noemde, namelijk bij uitkomsten en de kwaliteit van de zorg. Dat doen wij natuurlijk voor een deel al wel bij de ketenzorg, want daar gaan de uitkomsten wel een rol spelen bij de contractering; vandaar de minimale dataset die aangeleverd moet worden.

Mevrouw Smilde vroeg of de eerste lijn het aan kan en of zij het volume kan opvangen. Ik wil dat de huisartsenzorg de spil is in de zorg. De taakverdeling en de taakverrijking van de POH die er soms ook mee gemoeid was, vind ik een grote aanwinst. De volumestijging kan langs die lijn worden opgevangen. Ik teken daarbij aan dat daar in het verleden, ook rondom die innovatie, soms verzet tegen was. Er werden ernstige, donkere wolken geschetst over de versnippering die in de zorg zou plaatsvinden. De POH is nu niet meer weg te denken uit de eerste lijn. Uit rapporten van de inspectie blijkt dat de zorg en de kwaliteit alleen maar vooruit gegaan zijn. Innovaties kunnen soms echt – hoe lang het ook duurt voordat je zover bent – wel effect gaan sorteren.

Mevrouw Smilde vroeg naar de afbakening van de acute zorg en keten-dbc's. De acute zorg wordt niet bekostigd via de keten-dbc. Als de patiënt een acute zorgvraag heeft, dan wordt die waarschijnlijk opgevangen door de huisartsenpost of als het echt urgent is, op de spoedeisende hulp tegen de gebruikelijke tarieven.

Het laatste punt van mevrouw Wiegman betrof de toezegging naar aanleiding van mijn opmerking vorig jaar over de deskundigheidsbevordering onder huisartsen bij het doorverwijzen bij ongewenste zwangerschap.

Voor specifieke vragen over de aanpak van zwangerschappen zal ik in overleg treden met de staatssecretaris die zich met name daarop richt. Er is een richtlijn abortushulpverlening in ontwikkeling die in 2012 afgerond is. Psychosociale begeleiding is onderdeel van die richtlijn. De richtlijn is gericht op abortusartsen en niet specifiek op huisartsen. Ik zal de Kamer daarover schriftelijk informeren. De vraag van mevrouw Wiegman heeft mij een beetje in verlegenheid gebracht, maar ik zal daar schriftelijk toereikend op reageren.

De functionele bekostiging is een middel om tot het doel te komen, niet meer dan dat. Het is geen hobby. De functionele bekostiging heeft alles te maken met zorgverbetering en de versnelling die ik daarin zou willen aanbrengen.

Het koptarief en de keten-dbc. De keten-dbc gaan wij niet dwingend voorschrijven, maar het koptarief geeft meer administratieve besommingen. Naast het koptarief worden voor de integrale zorg namelijk ook nog bestaande tarieven gedeclareerd, de I&M module, de POH, het huisartsenconsult en dergelijke. Het is volgens mij minder eenduidig dan het integraal tarief. Bovendien gaan van het integrale tarief meer prikkels uit om multidisciplinair samen te werken. Het kost meer moeite om de proces- en uitkomstgegevens per keten inzichtelijker te maken op het moment dat er geen afspraak aan ten grondslag ligt en er geen sprake is van op zorgstandaarden gebaseerde samenhangende zorg. Achmea heeft bij mij ook bepleit om te gaan werken met de koptarieven, voor zover ik goed geïnformeerd ben, werkt Achema met ketenzorg bijvoorbeeld bij cardiovasculair risicomanagement. In Rotterdam is men al bezig om precies de ketenzorg te contracteren zoals wij die nu in feite mogelijk willen maken. Dat is er naar mijn mening een bevestiging van dat het ook voor verzekeraars interessant is.

De heer **Zijlstra** (VVD): Voorzitter. Ik vind dat de minister heel gemakkelijk over een aantal aspecten heenstapt bij de vraag of de keten-dbc minder bureaucratisch is. Als een keten-dbc wordt aanbesteed, dan moet er vervolgens nog een onderaanbesteding plaatsvinden. Dat kan een heel leuk administratief proces zijn, om het met enig cynisme te zeggen. In de brief van de minister van 13 juli 2009 staat op pagina 6 een opsomming bij de punten 4, 5 en 6 over de uitwerking van een aantal zaken. Er staat dat de keten-dbc diabetes ook voor de oogheekundige screening op DRP gelden, maar niet voor de oogheekundige dbc's indien diabetische retinopathie is geconstateerd. Voor de keten-dbc CVR geldt ook weer een uitzondering. Deze moet gesloten worden en vervolgens weer geopend. Als ik dit lees, krijg ik al hoofdpijn. Hoe gaat de minister ervoor zorgen dat het onderaanbesteden niet tot bureaucratische rompslomp leidt? Hoe wordt voorkomen dat de controle op het dubbel onder een tarief brengen leidt tot administratieve ellende? Ik denk dat hierover in het veld terecht veel zorgen bestaan en deze deel ik ook.

Minister **Klink**: Het eerste punt betreft de vraag wanneer in de eerste dan wel in de tweede lijn de zorg wordt verleend. Dat wordt mede afgeleid van de zorgstandaarden waar afkappunten inzitten. Nu de heer Zijlstra deze passages voorleest, vraag ik mij ook af welke beelden hierbij ontstaan. Eergisteren heb ik in Hoogeveen een presentatie gekregen over de organisatie van de diabeteszorg. Het is volstrekt helder voor degene die daar

medisch van op de hoogte is. Hij kon zelfs aan mij uitleggen bij welke aandoeningen een dusdanige complexiteit ontstaat dat deze niet meer in de eerste lijn moeten worden behandeld, maar dat die patiënt naar de tweede lijn moet. Dit verhaal ligt achter de ingewikkelde termen. Voor degene die hierin geschoold is, is dit volstrekt helder.

De onderaanbesteding is in feite contractering en dat is een terecht punt. Ik heb mijzelf ook laten overtuigen en geruststellen door het feit dat het nu ook al gebeurt binnen de zorggroepen die zojuist werden genoemd door de heer Van Gerven. Dat is niet een fenomeen dat wij toevoegen door vanaf 1 januari 2010 met de keten-dbc's te gaan werken, maar dat speelt nu al en dat levert kennelijk geen grote problemen op. Het is in feite geen aanbesteding, want het gaat om contractering. Op dit moment zijn de administratieve lasten minder inzichtelijk omdat er geen uniforme zorgstandaard is, omdat de ene zorgaanbieder als het ware meer zorgactiviteiten in de keten stopt dan een andere zorgaanbieder, omdat er met het eigen risico door verzekeraars bij de contractering verschillend wordt omgesprongen, omdat verzekeraars vanuit de ene regio aangewezen zijn op gecontracteerden door een verzekeraar in de andere regio waarbij verschillende definities van ketenzorg hanteert, en zo kan ik nog even doorgaan. Het is op dit moment minder inzichtelijk en het brengt meer administratieve lasten met zich dan straks het geval zal zijn. Als men nu moet gaan contracteren op basis van de beleidsregel Innovatie moet er telkens een dbc benoemd worden, terwijl de verzekeraars samen met die specifieke zorgaanbieder naar de NZa moeten om goedkeuring te krijgen. Dat proces zal straks verdwijnen door een grote mate van uniformering. Ik ben ervan overtuigd dat als wij dit niet zouden doen en er los van de regeling die wij nu in het leven roepen honderden aanmeldingen zullen komen bij de NZa, de NZa geen tijd heeft om goedkeuring te verlenen, dan wel dat de NZa een en ander protocollert op de manier zoals wij het nu doen, namelijk afgeleid van de zorgstandaarden.

De heer **Zijlstra** (VVD): De minister weet het met veel overtuigingskracht te zeggen, maar ik houd er mijn twijfels over. Er is overigens ook voor mij hoop, want als het aan de minister kan worden uitgelegd, dan lukt dat misschien ook bij mij. Ik ben in ieder geval geen deskundige op dat gebied, maar ik zie op dit soort kruispunten problemen. De praktijk zal dit moeten uitwijzen. Ik hoop dat de minister hier buitengewoon goed op let bij de evaluatie. Ik zie het administratieve monster zijn kop opsteken.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Voorzitter. Ik heb ook mijn zorg over de administratieve lasten naar voren gebracht. Het is goed om te horen dat de minister zich daar iets bij kan voorstellen en dat het breder ligt. Wij spreken nu over de administratieve lasten die de functionele bekostiging met zich brengt, maar ondertussen gebeurt er meer en je merkt dat de druk opgevoerd wordt. Wij willen de kwaliteit bekostigen om die hele omslag te maken, maar dat kost energie en menskracht. Ik vind dat dit straks niet alleen geëvalueerd moet worden, maar dit moet ook in het kader van de functionele bekostiging – als wij daarmee gaan starten – mee te nemen door de begeleidingscommissie meegenomen worden. Het ministerie dient maximaal te faciliteren en beschikbaar te zijn om vragen te beantwoorden en het administratieve proces verder te ondersteunen.

Minister **Klink**: Het gaat om de stroomlijning van de omslag. De omslag vindt nu plaats met minder precisie vanwege het ontbreken van de zorgstandaarden en het daarvan afgeleid benoemen van welke zorg eraan gekoppeld is. Dit levert meer administratieve lasten op. Ten eerste door de aanmelding bij de NZa en de noodzaak om de zorg bekostigd te krijgen en ten tweede vanwege het feit dat verzekeraars verschillende definities hanteren. Het gaat om de stroomlijning van een omslag die wij wensen en

op dit moment gaande is. Ik neem de criteria mee in de brief aan de Kamer over de evaluatie.

De praktijkondersteuner waar mevrouw Timmer naar vroeg, blijft een belangrijke rol houden ofwel via de M&I en de GES-gelden dan wel via de keten-dbc. De POH blijft vitaal in de ketenzorg.

Patiënten moeten vertrouwen krijgen in de zorg die zij kunnen ontvangen. Dat vertrouwen moet afgeleid zijn van de zorgstandaard en dat brengt kenbare zorg met zich mee, maar de vrije artskeuze is wat mij betreft van groot belang mits deze verantwoorde en goede zorg biedt.

Mevrouw Timmer vroeg nog naar de samenwerking tussen de eerstelijnszorg en de Centra voor Jeugd en Gezin. De veldpartijen LHV, het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en de Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland (AJN) hebben samen de handreiking Samenwerking huisarts en jeugdgezondheidszorg opgesteld met aanbevelingen. TNO ontwikkelt op dit moment in opdracht van die veldpartijen een vijftal landelijke eerste samenwerkingsafspraken. Die worden LESA's (Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraken) genoemd en bieden een handvat voor het maken van een afspraak op lokaal niveau voor de vijf meest voorkomende aandoeningen. Minister Rouvoet ontwikkelt daarnaast een handreiking ten behoeve van de zogenaamde gereedschapskist CJG. Die handreiking is bedoeld voor de ondersteuning van gemeenten als regisseur van het lokale jeugdbeleid. Dat kan ik op dit moment melden en de commissie ziet dat ik dit heb opgelezen.

Ik heb gesproken over de zorg die vergoed wordt vanuit de zorgstandaard en de hoofdcontractant.

Mevrouw Timmer vroeg naar de wijkverpleegkundige. Nu wij de zorg meer rondom de patiënt gaan organiseren, lopen wij aan tegen de schotten van de financiering. Dat geldt voor de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Ik vind dat wij langs die inhoudelijke weg moeten kijken in hoeverre die schotten de komende tijd nog te handhaven zijn. Zelfs op mijn departement zijn dezelfde schotten, want wij kennen afdelingen langdurige zorg en curatieve zorg. Het vergt heel wat van de huidige of komende secretaris-generaal om dat te veranderen, maar het is wel echt nodig. Zelfs bij ons in huis zie je dat dat uiteindelijk belemmerend werkt op de integratie. De patiënt kan niet worden opgeknipt in langdurige zorg of ketenzorg. Wij komen dat op dit moment bij dementie nadrukkelijk tegen. Dat belemmert echt goede zorg.

Ik wil niet alleen met diabeteszorg beginnen. Ik kom straks op de zorgstandaarden terug want die zijn wel van belang. Ik verplicht tot niets en er is een overgangperiode van drie jaar. Dan gaan wij nauwgezet monitoren hoe het loopt. De zorgstandaarden moeten wel op orde zijn. Ik kom daar in tweede termijn op terug, want voor dat punt ben ik wel gevoelig.

De heer Zijlstra vroeg naar de telefonische bereikbaarheid van huisartsen. De LHV is actief bezig met het vergroten van de telefonische bereikbaarheid van huisartsen. Er is een rapport uitgebracht met voorbeelden van initiatieven die zijn genomen. In de begeleidende brief van de LHV wordt nog eens duidelijk gemaakt dat «30 seconden bij spoed» volledig wordt overgenomen door de beroepsgroep. Bij onderdelen van het rapport zijn op zichzelf wel vraagtekens te zetten, want het is een weergave van de beoordeling door de huisartsen zelf. De LHV en ik moeten nog een keer kijken naar de stelling van de LHV dat de twee minutennorm bij spoedoproepen niet verdedigbaar zou zijn vanuit een oogpunt van doelmatigheid. De inspectie is in overleg over het opstellen van een reactie op de rapportage van de LHV over het niet hanteren van de twee minutennorm. Ik zal een afschrift van die brief aan de Kamer sturen. Ik moet eraan toevoegen dat de Vereniging Huisartsenposten Nederland (VHN) de twee minutennorm wel heeft overgenomen. Dat wil zeggen dat op dit moment 80% binnen twee minuten telefonisch bereikbaar is. Ik zal de Kamer op de hoogte brengen van het standpunt van de inspectie.

De **voorzitter**: Welke vragen zijn blijven liggen?

De heer **Zijlstra** (VVD): De bureaucratie. Ik heb gevraagd of de minister bij brancheorganisaties wil nagaan of er een soort zwartboek met bureaucratistische regels is op te stellen zodat wij handvatten krijgen om dingen aan te pakken.

Ik heb een subvraag gesteld over de invoeringsdata. De minister heeft gefocust op de zorgstandaarden en daar komt hij nog op terug, maar het gaat om meer dingen. Kan de minister ingaan op zaken zoals perverse prikkels en de AWBZ-zorg voor eigen verzekerden? Zijn alle noodzakelijke randvoorwaarden voor een goede invoering aanwezig? Wij horen breed uit het veld van aanbieders en zorgverzekeraars dat dit niet het geval is.

Mevrouw **Timmer** (PvdA): Ik heb nog gevraagd of het haalbaar is dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars de communicatie met hun cliënten nog afronden voor 1 januari 2010, los van of het er een, drie of vier keten-dbc's worden. Ik heb mij aangesloten bij de vraag van de heer Van Gerven rondom opleidingen en opleidingsplaatsen.

De heer **Van Gerven** (SP): De opleidingscapaciteit over drie jaar is genoemd. Ik heb gevraagd naar het abonnementstarief avond-, nacht- en weekenddiensten voor de individuele huisarts. Ik wilde ook weten of er eventueel een eigen bijdrage komt voor de mensen die zich ten onrechte melden op de spoedeisende hulp.

Minister **Klink**: Ik zal graag met de beroepsgroepen gaan overleggen over het opstellen van een zwartboek bureaucratie, want dat lijkt mij heel goed. Misschien kan het nog verbreed worden.

Wij scheppen de mogelijkheid om vanaf 1 januari 2010 te gaan contracteren, maar er zit geen enkele dwang of prikkel achter. Het wordt mogelijk gemaakt. In die zin stroomlijnen wij een proces dat al aan de gang is. Er wordt al gecontracteerd op basis van de beleidsregel Innovatie of de experimenteerregeling. De randvoorwaarden zijn vervuld. Er zijn zorgstandaarden op basis waarvan men vervolgens moet contracteren. Veel partijen staan hiervoor al klaar en willen dat ook.

Mevrouw Timmer vraagt of er nog voldoende tijd is voor de zorgverzekeraars. Voor zover ik weet is in een aantal zorgpolissen wel degelijk de ketenzorg rondom bepaalde chronische aandoeningen opgenomen. Ik verwees ook naar Achmea die in Rotterdam – voor zover mijn informatie strekt – al aan het contracteren is, dus ik denk dat de randvoorwaarden aanwezig zijn.

Ik kom in tweede termijn terug op de opleidingsplaatsen, want dat weet ik niet uit mijn hoofd. Ik zeg tegen de heer Van Gerven dat er op dit moment feitelijk geen wettelijke basis is voor een ziekenhuis om te declareren als er geen verwijzing is van de eerste lijn, de huisarts, behalve als het gaat over spoedeisende hulp. Wij doen niet anders dan deze wettelijke regel serieus nemen en zeggen tegen de verzekeraars dat op het moment dat er uit de tweede lijn gedeclareerd wordt, zij zich ervan dienen te vergewissen dat er een verwijzingsbrief is. Als mensen bij de spoedeisende hulp komen – dat zou ik niet doen als het niet noodzakelijk is want je bent je eigen risico ook kwijt, dus ik zou naar de huisarts gaan – ligt er ook een plicht van het ziekenhuis om in ieder geval te melden dat men bij de huisartsenpost thuishoort.

Ik ben geen voorstander van het abonnementstarief, want daar hebben wij prestatiebekostiging voor. Bij acute zorg wil ik uiteindelijk ook toe naar meer prestatiebekostiging en wel zodanig dat het aantal verrichtingen gaat meetellen.

De **voorzitter**: Er is nog ruimte voor een korte tweede termijn.

De heer **Van Gerven** (SP): Voorzitter. De minister brengt mij in verwarring over de spoedeisende eerste hulp en de eigen bijdrage van patiënten. Patiënten kunnen vaak niet afwegen of het wel of niet spoedeisend is. Ik vind dat op geen enkele manier financiële drempels moeten worden opgeworpen en dat het nieuwe systeem ten opzichte van het huidige in ieder geval niet moet veranderen. Wil de minister dat toezeggen? Het principiële punt van vandaag is of men prestatiebekostiging in de eerste lijn wil. De minister wil dat met alle geweld, maar de SP is daar geen voorstander van, want er zal meer en meer op geld dan op kwaliteit – hetgeen de minister beoogt – gestuurd zal worden. De eerstelijnszorg en zeker de huisartsenzorg kan het best via een abonnementensysteem geregeld en georganiseerd worden omdat je een langdurige relatie hebt met patiënten. Er kunnen kwaliteitsindicatoren worden bepaald en daar kunnen de huisartsen aan gehouden worden op andere wijze dan via de prestatiebekostiging. Ik heb goed geluisterd naar het betoog van de minister en ik kan concluderen dat hij voor afschaffing van het eigen risico is. Hij heeft gezegd: als ik kijk naar de inhoud van de zorg, dan zouden de podoloog en de diëtist eigenlijk in het pakket moeten om de drempels te verlagen. Hij zegt ook dat het eigen risico misschien afgeschaft worden als het heel veel bureaucratie oplevert. In de praktijk wordt aan beide voorwaarden voldaan, dus ik verzoek de minister, dit uit te voeren.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Voorzitter. Wij zouden bijna vergeten in dit technische debat dat het om de patiënt gaat, en dat de patiënt gediend is met samenhangende zorg en dat het aan de politiek en de spelers in het veld is om de financiën zo goed te regelen dat de patiënt er niets van merkt en alleen naar zijn zorgverlener hoeft te gaan. Dat was het uitgangspunt van dit debat en dat is voor mij een stuk helderder geworden. Ik bedank voor de toezegging voor het instellen van de begeleidingscommissie. Wij hebben vandaag al een aantal criteria besproken. Ik ben blij met de aandacht van de minister voor de zorggroepen en de aanmerkelijke marktmacht. De minister komt nog terug op de zorgstandaards. Vanuit de patiënt gerekenend, moeten de zorgstandaards erop gericht zijn om de zaak te stroomlijnen. Daarom gaat het CDA akkoord met de functionele bekostiging, maar alleen daar waar er een zorgstandaard is, want dat is een objectief criterium. Ik heb nog een vraag over het spanningsveld tussen het budget in de eerste lijn voor de huisartsen en de substitutie. De minister of zijn opvolger gaat hiermee aan de slag, maar dat klinkt alsof het wel heel ver in de toekomst is. Wat kan de minister daar nu al concreet aan doen? Het dilemma ligt er nu al.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Voorzitter. Ik bedank de minister voor de antwoorden. Hij heeft mij ervan overtuigd dat er nog problemen zijn, maar ook dat deze niet enkel verbonden zijn met functionele bekostiging en dat deze sowieso spelen. Het is goed om dat onderscheid te maken. Voor mij zijn er twee absolute voorwaarden om verder te kunnen met functionele bekostiging: de zorgstandaard en de garantie van continuïteit. Ik zie ruimte in het voorstel van de minister voor een overgangstermijn van drie jaar waarbinnen de innovatiegelden ingezet kunnen blijven worden. Goede dingen kunnen en moeten ook blijven, zoals de praktijkondersteuner. Er is discussie gevoerd over het voorschrijven door specialisten. Wij hebben gesproken over het van bovenaf opleggen of dat het vanuit de beroepsgroep zelf moet komen. Wat mij betreft, mag de minister vandaag beginnen met dit ook neer te leggen bij de medisch specialisten om het gelijk te trekken met hetgeen wij van huisartsen vragen.

De minister heeft toegezegd om een zwartboek op te stellen. Het is nog mooier als de minister daar een soort witboek of groenboek aan toevoegt over het omzetten van alle punten uit het zwartboek in verbeteracties, want dat is nog veel belangrijker.

De heer **Zijlstra** (VVD): Voorzitter. Dat laatste is zeker de reactie die wij zullen hebben als wij het zwartboek ontvangen hebben. Dan de functionele bekostiging. Ik ben erdoor gerustgesteld dat het allemaal op basis van vrijwilligheid gaat, dat er een driejarige overgangperiode is en dat alle andere regelingen overeind blijven. Het is toch in het belang van de minister zelf en essentieel voor het welslagen van de experimenten rond functionele bekostiging dat, als wij met de experimenten beginnen, op een goede wijze aan alle de randvoorwaarden is voldaan. Als je met een experiment begint zonder dat de randvoorwaarden op orde zijn, dan heb je een grote kans dat het misgaat. Met uitzondering van een partij vinden wij in deze commissie breed dat de ketenzorg op een goede manier moet worden gefinancierd en dat de functionele bekostiging daarin een rol speelt. Wij hebben gesproken over zorgstandaarden. De AWZB voor de eigen verzekerden – de minister geeft dat ook in zijn brief aan – is nog een probleem. Een van de sprekers gaf aan dat het aanvullende pakket een probleem is. COPD zit nog in het A-segment, dat is een groot probleem. De VVD vindt het goed dat, zoals de minister vandaag heeft aangegeven, dat het op vrijwillige basis geschiedt en dat er een driejarige overgangperiode is. Wij roepen wel op om pas met experimenten te beginnen als aan de randvoorwaarden is voldaan, anders schiet de minister zichzelf in de voet op een punt waarvoor hij van de Kamer inhoudelijk steun heeft. De minister moet geen risico nemen en de tijd nemen, dan heeft hij de Kamer mee. Als hij dat niet doet dan laat hij misschien een inhoudelijk goed punt teloor gaan en dat zou de VVD zonde vinden. Ik roep de minister op om dit mee te nemen en niet strikt vast te houden aan 1 januari 2010, maar aan strikte randvoorwaarden.

Mevrouw **Timmer** (PvdA): Voorzitter. Ik dank de minister voor alle toezeggingen zoals die over het zwartboek en de begeleidingscommissie. Ik was erg blij dat de minister zelf begon over de ontschotting naar aanleiding van mijn vraag over de wijkverpleegkundige. Ik ben ook blij met de woorden van de minister over het centraal stellen van de patiënt en de kwaliteit, want soms lijkt het alsof het alleen over euro's gaat. Dat moeten wij niet willen.

De zorgstandaarden moeten op orde zijn voordat met de invoering kan worden begonnen. Ik deel de opvatting dat wij ervoor moeten zorgen dat de randvoorwaarden kloppen, omdat het anders op voorhand gedoemd is te mislukken, terwijl het heel goed zou kunnen werken. Ondanks de toezegging dat de eerste drie jaar de andere financieringsvormen nog bestaan en dat er sprake is van de vrijwilligheid zou het toch mis kunnen gaan en dat zou jammer zijn.

De minister zegt over de verzekeraars dat er al wordt gecontracteerd. Wij hebben heel veel post ontvangen waaruit blijkt dat verzekeraars daar toch iets anders tegenaan kijken. Ik wil in het kader van de randvoorwaarden daar nog meer helderheid over ontvangen. Ik ben het van harte eens met de oproep van mevrouw Wiegman dat ook met doelmatig voorschrijven door medisch specialisten als het ware gisteren al had moeten begonnen.

Minister **Klink**: Voorzitter. De opleidingen worden in 2010 niet verminderd en blijven op hetzelfde niveau als in 2009. Het capaciteitsorgaan heeft zijn advies bijgesteld waar ik mee akkoord ben gegaan. Dit is een verhoging in vergelijking met het aanvankelijke voorstel, zo zeg ik tegen de heer Van Gerven.

De heer **Van Gerven**: Ik beschik over andere informatie waaruit blijkt dat het aantal in 2010 met 100 verlaagd wordt.

Minister **Klink**: Voorzitter. Ik heb niet alle getallen direct paraat. De Kamer mag van mij aannemen dat als ik hier meld dat het aantal opleidingsplaatsen niet vermindert en dus stabiel blijft, er dan dus geen vermindering is. Gerelateerd aan het aanvankelijke voorstel van het capaciteitsorgaan is sprake van een verhoging.

Dan de spoedeisende hulp. Het is niet de bedoeling dat er een eigen bijdrage voor de patiënt voor de SEH komt, maar wel dat de patiënt zich op de juiste plek meldt. Dat is wel van belang. Als ik moet kiezen tussen bevorderen van doelmatigheid om allerlei akelige bezuinigingen op het eigen risico, het pakket enzovoorts te vermijden, dan ik kies ik daarvoor. Ik kan dat doen door mensen die bij de huisarts thuishoren, zich daar te laten melden in plaats van op de SEH. Ik verwijs de Kamer graag naar een reportage van de VPRO – die ik overigens zelf niet gezien heb, dus ik heb de informatie uit derde hand – die waarschijnlijk op grond van dezelfde sentimenten als de heer Van Gerven wilde nagaan welke ernstige dingen er plaatsvinden. Ik wil niet zeggen dat die reportage een illustratie is van het gegeven dat 60% van de patiënten bij de SEH meldt, maar het was wel verhelderend. Er komen mensen bij de SEH die last van hun voet hebben omdat zij twee weken geleden nieuwe schoenen hebben gekocht. Dat kan wel vervelend zijn, maar dan moet je naar de huisarts of eigenlijk naar de schoenmaker gaan.

Voor zover mijn informatie strekt, heeft de Long Alliantie Nederland (LAN) het concept van de zorgstandaard voor COPD klaar. Deze wordt ook al breed gebruikt. De definitieve versie wordt op dit moment en dit jaar nog afgerond. Voor zover ik weet, zijn hier wel longartsen bij betrokken. Het cardiovasculair risicomanagement is afgerond door het platform Vitale Vaten. Voor zover mijn informatie strekt, maakt de NHG deel uit van dat platform. Mocht dit niet zo zijn, dan zal ik de Kamer spoorlags schriftelijk informeren.

Als men overgaat op een abonnementstarief of op budgettering in de ziekenhuiszorg, levert dat een groot probleem met de arbeidsproductiviteit. Dan is er ook gebrek aan creativiteit en innovatie. Ik zou het ondernemerschap kunnen noemen. Het belangrijkste is dat meer mensen minder gaan doen. Tegen de achtergrond van de arbeidsmarktproblemen die gaan ontstaan, nog afgezien van de kosten, is dit een draak van probleem dat je hierdoor over je afroept. Engeland kent het probleem van een veel lagere arbeidsproductiviteit dan in Nederland omdat er gebudgetteerd is. Als wij dat niet langs die lijn continueren dus dat wij productiviteit belonen, zullen wij aanlopen tegen een gebrek van verpleegkundigen en productiviteit, wachtlijsten en een enorm dure zorg, want de schaarste aan personeel drijft de lonen op.

Ik heb niet gezegd dat het eigen risico weg zou moeten, ook niet bij zorg voor chronisch zieken, maar ik ga er wel naar kijken langs de lijnen die de heer Van Gerven noemt. In hoeverre hoort het bij de breedte van de zorg en in hoeverre is het administratief te bewerkelijk?

Bij samenhangende zorg moet duidelijk zijn dat het doel wel in beeld moet blijven. Ik heb al gesproken over de budgetten en de zorgstandaarden.

Ik durf te zeggen dat wij de randvoorwaarden voor de ketenzorg die zich aan het ontwikkelen is, met deze actie verbeteren. Dat neemt niet weg dat de zorgstandaarden wel van belang zijn. Een goede evaluatie met het op de randvoorwaarden die wij nu nog niet kunnen inschatten, is van belang. Ik hoorde vanmorgen van mijn hoofd Voorlichting een mooie uitspraak van Jan de Koning, alhoewel deze niet over de hele linie toepasbaar is. Hij zei: «Garanties krijg je bij stofzuigers». Dat is natuurlijk iets te kort door de bocht, maar ik zeg dit omdat wij nog niet over de hele linie weten wat wij tegenkomen. Toen de Zorgverzekeringswet in het leven werd geroepen,

bestond bij mijn voorganger niet direct het beeld dat dat tot problemen van bereikbaarheid zou kunnen leiden, zoals bij het IJsselmeerziekenhuis en zeker in Zeeland wel is gebeurd. Vragen ontstaan in het verlengde daarvan en dat zal hier ongetwijfeld ook gebeuren. Ik ben er wel van overtuigd dat wij op dit moment de randvoorwaarden zodanig hebben neergezet, dat wij voor de komende drie jaar zonder verplichtend karakter aan de zorg voor de patiënt wel een extra impuls kunnen geven. Ik herhaal het en dat is geen demagogie dat daarmee complicaties, zoals hartinfarcten enzovoorts kunnen worden verminderd.

Ik ben voorstander van het opstellen van een groenboek. We kunnen ook om suggesties te geven bij het zwartboek dat wordt opgesteld, ook van de kant van de beroepsgroepen.

De vrijwilligheid gedurende drie jaar blijft bestaan. Ik ben het eens met de heer Zijlstra over het belang van de randvoorwaarden, maar wij maken een andere inschatting. Als voorbeeld noem ik dat, als wij nu nog over pakketdiscussies gaan beginnen, ik ervan overtuigd ben dat wij die over twee tot drie jaar nog echt niet afgerond hebben, ook gezien de budgettaire situatie van het land.

Ik zal de Kamer spoorlags schriftelijk berichten over de zorgstandaarden, mocht hetgeen ik gezegd heb, niet kloppen.

Ik zal de medisch specialisten direct betrekken bij het doelmatig voor schrijven.

Mevrouw **Timmer** (PvdA): Voorzitter. Nog even voor de duidelijkheid. Wij hebben nu geconcludeerd dat het alleen maar kan als de zorgstandaard er is en die is er nu voor diabetes, dus daar kunnen wij mee beginnen. Maar als de zorgstandaard er niet is voor de andere twee, dan is het volgens de minister niet mogelijk. De vraag die niet beantwoord is, gaat over de zorgverzekeraars die menen dat zij het niet rond krijgen, terwijl de minister denkt van wel.

De heer **Zijlstra** (VVD): Ik leg de woorden van de minister zodanig uit dat hij van mening is dat er voldoende zorgstandaarden zijn om met de experimenten te kunnen beginnen. Als dat de uitleg is, kan ik nu al zeggen dat ik een VAO zal aanvragen.

Minister **Klink**: Die uitleg van de heer Zijlstra is terecht, dus het VAO zal er wel komen.

De zorgstandaard over cardiovasculair risicomanagement is afgerond, evenals die voor diabetes en COPD. Die laatste twee zijn in concept klaar en worden breed gebruikt. Ik vind dat deze voor 2010 klaar zou moeten zijn, ook voor COPD. Mocht dat nou niet het geval zijn bij COPD, dan wil ik overwegen om die ketenzorg pas vanaf 1 juli 2010 te laten beginnen. Dat zeg ik de Kamer toe. Ik weet zeker dat een aantal zorggroepen die daar graag aan willen beginnen, dat mij niet in dank afnemen. Men wil gewoon door op dat traject. De zorgstandaard is in concept klaar en wordt breed gedragen en breed gebruikt, dus in die zin werpen wij een extra belemmering op voor iets wat wij allemaal willen, namelijk betere zorg.

De heer **Zijlstra** (VVD): Ik wil de minister nog iets meegeven over zijn uitspraak het eigen risico. De minister heeft betoogd dat men al zoveel opbouw van eigenrisicokosten heeft, dat het niet logisch is om het af te schaffen, maar wel om de hele controle weg te laten omdat het eigen risico per definitie uiteindelijk toch al is opgevuld. Als ik hem was zou ik eerder denken aan handhaving van het eigen risico zonder hier het hele bureaucratische systeem op te zetten, dan aan het afschaffen van het eigen risico.

Minster **Klink**: Ik zal hier schriftelijk op terugkomen. Mevrouw Timmer vroeg hier ook al naar en ik heb haar toegezegd dat ik hier op zeer korte termijn op terug zal komen.

De **voorzitter**: Hiermee zijn wij gekomen aan het einde van dit algemeen overleg. Ik dank de minister en zijn ambtenaren, de mensen op de publieke tribune en de geachte afgevaardigden.