

Vergaderjaar 2009–2010

32 123 XVI

Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2010

Nr. 160

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 17 augustus 2010

In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ bestond bij enkele fracties behoefte een aantal vragen ter beantwoording voor te leggen aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 17 mei 2010 inzake de Voortgangsbrief «programmatische aanpak van chronisch zieken» (Kamerstuk 32 123, nr. 136). De op 5 juli 2010 toegezonden vragen zijn met de door de minister bij brief van 16 augustus 2010 toegezonden antwoorden hieronder afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,
Smeets

Adjunct-griffier van de commissie,
Clemens

¹ Samenstelling:

Leden: Staaij, C.G. van der (SGP), Ferrier, K.G. (CDA), Ham, B. van der (D66), Smeets, P.E. (PvdA), Fng voorzitter, Miltenburg, A. van (VVD), Schippers, E.I. (VVD), Smilde, M.C.A. (CDA), Veen, E. van der (PvdA), Gerven, H.P.J. van (SP), Zijlstra, H. (VVD), Ouwehand, E. (PvdD), Agema, M. (PVV), Leijten, R.M. (SP), Bouwmeester, L.T. (PvdA), Wolbert, A.G. (PvdA), Wiegman-van Meppelen Scheppink, E.E. (CU), Uitslag, A.S. (CDA), Harbers, M.G.J. (VVD), Dijkstra, P.A. (D66), Dille, W.R. (PVV), Gerbrands, K. (PVV), Voortman, L.G.J. (GL) en Klaver, J.F. (GL).
Plv. leden: Dijkgraaf, E. (SGP), Atsma, J.J. (CDA), Vacature D66, Dekken, T.R. van (PvdA), Dezentjé Hamming-Bluemink, I. (VVD), Venrooy-van Ark, T. (VVD), Ormel, H.J. (CDA), Klijnsmá, J. (PvdA), Ulenbelt, P. (SP), Krom, P. de (VVD), Thieme, M.L. (PvdD), Sharpe, J.E.J.W. (PVV), Kooiman, C.J.E. (SP), Arib, K. (PvdA), Vermeij, R.A. (PvdA), Ortega-Martijn, C.A. (CU), Sterk, W.R.C. (CDA), Neppérus, H. (VVD), Koşer Kaya, F. (D66), Beertema, H.J. (PVV), Bosma, M. (PVV), Sap, J.C.M. (GL) en Halsema, F. (GL).

Inhoudsopgave	blz.
I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties	2
II. Reactie van de minister	6

I. VRAGEN EN OPMERKINGEN VANUIT DE FRACTIES

Vragen en opmerkingen van de PvdA-fractie

De leden van de PvdA-fractie hebben met veel belangstelling kennisgenomen van de voortgangsbrief «programmatische aanpak van chronische ziekten». Deze leden zijn blij dat de minister de problematiek rond de zorgverlening voor chronisch zieken, namelijk de moeilijke aansluiting van het zorgaanbod en het toenemend aantal patiënten met complexe en meervoudige zorgaanvragen, erkent en hiervoor oplossingen probeert aan te dragen. Zij hebben na de bestudering van de voortgangsbrief nog wel enkele aanvullende vragen en kritische opmerkingen.

De minister licht toe dat een wezenlijk onderdeel van de zorgstandaard is dat er een aantal obligate zorgparameters zijn afgesproken, te registreren door de zorgaanbieders. De leden van de PvdA-fractie willen graag weten welke zorgparameters dit zijn, of de zorgaanbieders verplicht zijn deze in te vullen, of de kwaliteitsgegevens daadwerkelijk worden geleverd aan «Zichtbare Zorg», en of in 2011 een volledig beeld – met de echte mogelijkheid tot keuze op basis van kwaliteit – van zorggroepen gegeven kan worden. Met andere woorden, wat zijn de ideeën en de «papieren» werkelijkheid en wat is de praktijk?

De leden van de PvdA-fractie begrijpen dat de farmacotherapeutische zorg een belangrijk onderdeel van de chronische zorg is en kan bijdragen aan betere gezondheidsuitkomsten. Deze leden delen het oordeel van de minister dat op dit gebied zorgmodules worden ontwikkeld en een plek krijgen in de zorgstandaarden. Aan welke richtlijnen ten aanzien van farmacotherapeutische zorg moeten de zorggroepen zich houden, zolang deze zorgstandaarden er nog niet zijn? Waarom zou het te vroeg zijn voor een structurele inrichting van de bestuurlijke organisatie van zorgstandaarden en blijft de taak nu tijdelijk bij het Coördinatieplatform Zorgstandaarden liggen?

De minister stelt een groot voorstander van lokale preventie te zijn. De leden van de PvdA-fractie vragen hoe de minister tegen het concept van «lokale inloopcentra» aankijkt, zoals de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) in zijn jongste rapport «Nieuwe Ordeningen» voorstelt. In deze lokale inloopcentra op wijkniveau zou integrale preventieve zorg moeten worden aangeboden. Welk stimulerend beleid zou de minister ten aanzien van deze wijkcentra kunnen voeren, c.q. welke beleid is er nu?

De leden van de PvdA-fractie lezen dat de zorgstandaard voor COPD dit voorjaar zou zijn afgerond en per 1 juli de beleidsregel integrale bekostiging voor COPD in werking zou kunnen treden. Is deze zorgstandaard op dit moment afgerond? Treedt per 1 juli de beleidsregel COPD inderdaad in werking? Wat is de stand van zaken rond de zorgstandaard ten aanzien van hartfalen en ten aanzien van depressie?

De leden van de PvdA-fractie willen graag weten hoe de samenwerking tussen de actoren die zich over deze problematiek buigen, namelijk de patiëntenorganisaties, zorgaanbieders en zorgverzekeraars, is verlopen en of deze samenwerking op een volwaardige wijze is gegaan. Ook vragen zij of naast de genoemde actoren, ook andere belangrijke spelers hierbij

betrokken zijn geweest. Wat is de rol van de zorgverzekeraars hierin geweest?

Voor de oorzaken van de toename van mensen met chronische ziekten worden verklaringen gegeven. De leden van de PvdA-fractie kunnen zich voorstellen dat de in de brief genoemde redenen de oorzaken kunnen zijn voor het stijgend aantal mensen met chronische ziekten. Genoemde leden stellen het op prijs als hierop dieper kan worden ingegaan.

De zorguitgaven zijn in een snel tempo toegenomen en gezien het feit dat het aantal mensen met een aandoening alleen maar zal toenemen willen de leden van de PvdA-fractie weten welke oplossingen de minister beoogt om deze uitgaven te beheersen. Bovendien wordt de financiële crisis onderstreept. Deze leden vragen welke problemen direct te relateren zijn aan de financiële crisis. Welke gevolgen zijn direct zichtbaar en welke mensen raakt het?

Uit het onderzoek van het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) blijkt dat er ook meer gezondheid is. Er worden verklaringen gegeven voor de constatering dat mensen zichzelf als gezond beschouwen. Zijn er naast de eerder vermelde verklaringen ook nog andere verklaringen te benoemen? Welke andere mogelijkheden zijn er om de verbeteringen op het gebied van behandelingen van chronische ziekten en gebruik van hulpmiddelen te vergroten? De leden van de PvdA-fractie vragen of de criteria die gehanteerd worden in het onderzoek naar de gezondheid van chronische zieken een realistisch en gefundeerd beeld schetsen en vragen ook wat de meerwaarde van dit onderzoek is geweest.

De leden van de PvdA-fractie staan achter de plannen als het gaat om zelfmanagement. Het is een stap in de goede richting. Het zelfmanagement stelt mensen met een chronische ziekte in staat om zelf invulling te geven aan hun eigen leven. Toch willen deze leden weten in hoeverre de mensen zelfstandig keuzes kunnen maken met betrekking tot hun eigen leven en of er grenzen zijn.

Vragen en opmerkingen van de PVV-fractie

De leden van de PVV-fractie hebben met gemengde gevoelens kennisgenomen van de voortgangsbrief.

De zorgstandaard

De leden van de PVV-fractie vragen aandacht voor het draagvlak bij de partijen in het veld. In de voortgangsbrief wordt het draagvlak bij de veldpartijen essentieel genoemd voor de implementatie en effectieve toepassing van een zorgstandaard. Gezien dit «essentiële draagvlak» hebben deze leden enkele kanttekeningen. Zowel het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) als de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) hebben aangegeven niet langer te willen meewerken aan nieuwe zorgstandaarden. Deze organisaties stellen dat er een ongefundeerde groei is van nieuwe standaarden en dat de huidige standaarden eerst geëvalueerd moeten worden. Daarbij ontbreken heldere criteria om de toegevoegde waarde van een zorgstandaard te bepalen. De leden van de PVV-fractie vragen wat het betekent als deze organisaties niet langer willen meewerken aan nieuwe zorgstandaarden. Op welke wijze worden de standpunten en bezwaren van deze organisaties bij de huidige en bij de verdere ontwikkeling van nieuwe zorgstandaarden betrokken? Hoe wordt het draagvlak gewaarborgd als deze organisaties niet langer meewerken? Daarnaast bereiken deze leden berichten dat een «one-size-fits-all» aanpak bij diabetes onvoldoende rekening houdt met de toekomst.

stige ontwikkelingen rondom diabetes. Niet iedereen is geholpen met een standaardbehandeling, zeker niet in het geval van multimorbiditeit. Als zelfs de oudste zorgstandaard, die van diabetes, blijkbaar nog aan wijzigingen onderhevig is, moeten nieuwe zorgstandaarden dan wel geïntroduceerd worden? De leden van de PVV-fractie zijn van mening dat er geen nieuwe zorgstandaarden ingevoerd moeten worden zolang de kwaliteitsindicatoren niet gewaarborgd zijn. Tot slot roepen zij de minister op om de dialoog met de partijen uit het veld gaande te houden.

Integrale bekostiging

De leden van de PVV-fractie kunnen zich vinden in de theoretische benadering dat integrale bekostiging (ketenzorg) zou moeten leiden tot betere multidisciplinaire samenwerking en dat dit de kwaliteit van de zorg ten goede komt evenals de betaalbaarheid. Maar wat laat de praktijk zien? In de praktijk is een huisarts nu aannemer of onderaannemer van een zorggroep en moet hij onderhandelen over tarieven, waarbij de prijs centraal kan komen te staan en niet de kwaliteit. Deze leden vinden dit op gespannen voet staan met de samenwerking tussen hulpverleners. Komt deze situatie de kwaliteit van de zorg nu wel ten goede? Daarnaast draagt de hoofdcontractant het financieel risico en komen er meer overheadkosten bij. Kortom, is integrale bekostiging werkelijk goedkoper? Zij zetten ook hier vraagtekens bij. Ook zorgverzekeraars als Achmea en Menzis zijn terughoudend bij het contracteren van ketenzorg omdat het duurder is dan de oude methode van bekostiging. Wat vindt de minister van deze terughoudendheid? Is al aangetoond dat de tweedelijnszorg goedkoper is geworden door de integrale bekostiging? Genoemde leden zien tevens het gevaar dat patiënten mogelijk binnen de zorgketen vastgehouden worden, terwijl ze misschien beter af waren als ze waren doorverwezen naar de tweedelijnszorg. Is hier voldoende over nagedacht? Vervolgens willen de leden van de PVV-fractie wijzen op het onderzoek van het NIVEL, waarin naar voren komt dat integrale bekostiging slechts een fractie van de zorg dekt. Uit dit onderzoek blijkt dat patiënten met diabetes, COPD en hartfalen veel vaker voor andere klachten bij de huisarts komen dan voor hun chronische aandoening. Deze leden vinden dit zorgwekkend want dit zou betekenen dat integrale bekostiging de zorg niet goedkoper maakt. Zal dit verder onderzocht worden? De leden van de PVV-fractie vinden dat er in ieder geval een evaluatie moet komen over de voor- en nadelen van integrale bekostiging voordat deze uitgebreid gaat worden. Zij zijn daarom blij met de instelling van de evaluatiecommissie en kijken uit naar de eerste tussenrapportage.

Vragen en opmerkingen van de CDA-fractie

Met belangstelling hebben de leden van de CDA-fractie kennisgenomen van de voortgangsbrief «programmatische aanpak van chronische ziekten». Gezien de toename van het aantal chronische zieken en het beslag dat hun zorgkosten leggen op de zorguitgaven, is het zeer de moeite waard veel aandacht te besteden aan een integrale aanpak van zorg voor chronisch zieken. Maar nog veel belangrijker is het nut en rendement van zo'n integrale aanpak voor de chronisch zieke zelf: gecentreerd rond zijn zorgvraag. Daarom hebben de leden van de CDA-fractie de aanpak van de minister door de introductie van de integrale zorg ook gesteund. Eind dit jaar, zo schrijft de minister, zal de evaluatiecommissie een tussenrapportage zenden. Kan de minister nu al iets zeggen of er gebruik wordt gemaakt van de mogelijkheid via keten-DBC's (diagnose behandeling combinaties) deze geïntegreerde zorg te contracteren? Tegen welke belemmeringen lopen de contractanten aan?

De leden van de CDA-fractie zien veel mogelijkheden in zelfmanagement van de chronisch zieke zelf. Zij lezen met genoegen dat de Nederlandse Patiënten en Consumentenfederatie (NPCF) dat ook oppakt. Op welke manier gaat het stimuleren van zelfmanagement precies. Het is voor de mensen zelf belangrijk dat ze goed kunnen omgaan met hun ziekte. Velen van hen zijn al zolang ziek, dat ze belangrijke «deskundigen» zijn geworden. Uiteindelijk zijn ze zelf kapitein van het schip (hun lichaam) en zijn de zorgverleners de loodsen. Kan de minister aangeven of en in hoeverre zorgverleners zich hier ook rekenschap van geven? Hoe kan precies gestimuleerd worden dat het «invalidierend» effect van de ziekte afneemt? Hoe kan de patiënt hier zelf ook een grote rol spelen?

Uit de brief blijkt dat de zorgstandaard een aantal obligate zorgparameters bevat, zo lezen de leden van de CDA-fractie. Wat is de rol van de zorgverleners en de patiënten(organisaties) bij het ontwikkelen van de zorgstandaard? Hoe wordt de multimorbiditeit aangepakt binnen de zorgstandaard? Is er al sprake van een geïntegreerde aanpak van zorgstandaarden? Hoe spelen zorgverzekeraars in op deze nieuwe aanpak? Staan zij bijvoorbeeld open voor initiatieven van «anderhalvelijnszorg»? Zo nee, welke zijn de belemmeringen? Kan de minister toelichten hoe zorgverzekeraars meewerken aan de verschuiving van nazorg naar voorzorg?

Bij integrale zorg is het belangrijk dat de patiënt geen last heeft van meerdere loketten voor het verkrijgen van zorg, laat staan van het feit dat er soms sprake is van verschillende financieringslijnen. De leden van de CDA-fractie vragen of hier ook belemmeringen zijn tussen de verschillende lijnen (eerste en tweede lijn) of schotten (Zorgverzekeringswet, AWBZ). Zo ja, hoe wordt dit opgelost?

Vragen en opmerkingen van de SP-fractie

De leden van de SP-fractie hebben kennisgenomen van de voortgangsbrief van de minister en delen zijn opvatting dat het zorgaanbod niet goed aansluit bij het toenemende aantal mensen met complexe en/of meervoudige zorgvragen. Deze leden hebben de stellige overtuiging dat de stijgende zorgkosten en de toenemende vraag naar personeel kunnen worden opgevangen zonder verlies aan kwaliteit en beperking van de toegankelijkheid.

De minister constateert in zijn brief dat het aantal Nederlanders met een chronische ziekte snel toeneemt en dat de levensverwachting zonder chronische ziekte is afgenomen. De leden van de SP-fractie vragen waarom de minister voorstander is van verhoging van de AOW-leeftijd zolang deze afname niet tot staan is gebracht en de toegankelijkheid van de arbeidsmarkt voor chronisch zieken niet is verbeterd. Deze leden vernemen graag van de minister of een verhoging van de AOW-leeftijd in dit licht voor veel mensen geen verlenging van de afhankelijkheid van een (arbeidsongeschiktheids)uitkering betekent. De minister noemt medicalisering als een van de maatschappelijke invloeden die de toename van chronisch zieken verklaart. Genoemde leden verzoeken om voorbeelden.

In de brief wordt gesteld dat naast kostenbeheersing een verbetering van de arbeidsproductiviteit in de zorg noodzakelijk is. De leden van de SP-fractie vernemen graag of hiermee bedoeld wordt op een toename van het aantal mensen dat werkzaam is in de zorg en op welke wijze de minister deze toename wil realiseren. Erkent de minister het feit dat vele werkers in de zorg, vanwege verlies aan kwaliteit en de belasting van bureaucratie, overwegen een ander beroep te kiezen? Welke maatregelen gaat de minister in dit kader nemen?

De leden van de SP-fractie onderschrijven het belang van preventie. Tegelijkertijd vragen deze leden hoe het mogelijk is dat preventieprojecten ter voorkoming van angststoornissen en depressies bedreigd worden in hun voortbestaan. Zij ontvangen hierop graag een reactie.

De leden van SP-fractie delen de opvatting dat de patiënt en diens zorgvraag het uitgangspunt moet zijn in de zorg. De zorg moet naar de mening van deze leden samenhangend en kleinschalig zijn. Zij vinden de systematiek van de DBC's en zorgzwaartepakketten (ZZP's) in strijd met dit principe. Erkent de minister dat deze financieringsvormen zich enkel richten op de ziekte, het gebrek en dat wat gecompenseerd moet worden, zonder mee te nemen wat een patiënt of hulpbehoevende – al dan niet samen met zijn of haar omgeving – zelf kan doen? Erkent de minister tevens dat de bepaling van het pakket vooraf (zeker bij de ZZP's) de vraag van de patiënt of hulpbehoevende niet centraal stelt? Is het nu niet zo, dat niet de mens, maar de financiering de maat der dingen is? Kan de minister hierop ingaan?

De leden van de SP-fractie delen de opvatting dat de patiënt zoveel mogelijk de regie over zijn eigen leven moet kunnen houden en dat keuzevrijheid hierbij kan helpen. Zij constateren echter dat de huidige keuzevrijheid in de zorg afneemt naarmate mensen minder te besteden hebben en dat hierdoor een tweedeling ontstaat. Graag vernemen deze leden of keuzevrijheid voor iedereen hoort te gelden, ongeacht financiële positie.

Er wordt terecht gesteld dat preventieve activiteiten voor een belangrijk deel op het terrein liggen van de gemeenten, conform de Wet publieke gezondheid (Wpg). De leden van de SP-fractie zouden graag een nadere toelichting zien op de uitvoering van de Wpg en in het bijzonder op de rol van de Inspectie daarin.

De leden van de SP-fractie vragen tevens een bespiegeling op de samenwerking die noodzakelijk is voor de zorg aan mensen met een chronische ziekte en de concurrentie die afdwingt dat er geen afspraken mogen worden gemaakt. Waar ligt de grens tussen samenwerking van zorgaanbieders en in de ogen van de minister ongewenste «marktmacht»? Erkent de minister dat hier een tegenstrijdigheid zit? Hoe kan er goed samengewerkt worden zonder dat de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) zich daarmee bemoeit, zonder te toetsen of er een kwalitatieve noodzaak is tot samenwerking?

II. REACTIE VAN DE MINISTER

De leden van de PvdA-fractie willen meer informatie over obligate zorgparameters. Het begrip obligaats in deze context betekent dat zorgverleners de eigen afspraken die zij over parameters hebben gemaakt zullen moeten nakomen. Het zijn dus niet door de overheid opgelegde parameters. De obligate zorgparameters sluiten aan bij de aan patiënten te verlenen zorg zoals in de zorgstandaarden beschreven. De Nederlandse Diabetes Federatie (NDF) heeft de parameters voor diabetes uitgewerkt. Zij vormen de basis voor de bepaling van de proces- en uitkomstindicatoren zoals deze in het kader van Zichtbare Zorg worden ontwikkeld. De nieuwe Nza beleidsregel stelt een deel van de zorgparameters in 2010 verplicht. Over de in 2010 geleverde zorg zal op basis van deze gegevens worden gerapporteerd.

Met mij delen de leden van de PvdA-fractie de opvatting dat farmaceutische zorg een belangrijk onderdeel van de chronische zorg is en

dat deze zorg een plek moet krijgen in de zorgstandaarden. Zij vragen zich daarbij af welke richtlijnen moeten worden toegepast, zolang dit nog niet is gerealiseerd. Ook willen zij weten waarom het te vroeg is voor een structurele inrichting van de bestuurlijke organisatie van zorgstandaarden. In de periode dat de module farmacotherapeutische zorg nog niet is ingevoerd zullen de bestaande richtlijnen – zoals die van het NHG, het CBO en het WINAP – onverkort worden toegepast. Aan ZonMw is opdracht gegeven het Coördinatieplatform Zorgstandaarden te continueren, zij het in aangepaste vorm, om de aanvullende opdrachten uit te voeren¹. Eén van de opdrachten aan het nieuwe platform is advies uit te brengen over de structurele bestuurlijke organisatie van zorgstandaarden. Belangrijk is dat kennis en advies beschikbaar komen over verdeling van bevoegdheden, op welke wijze partijen in de organisatie worden ingebed, wat een goede autorisatieprocedure is en wat te doen bij hindermacht. Zodra het Platform met zijn advies komt kan een besluit worden genomen en vaart worden gemaakt met de structurele inrichting en organisatie van zorgstandaarden.

De leden van de PvdA-fractie vragen hoe ik tegen «lokale inloopcentra» aankijk en welk stimulerend beleid daarbij gevoerd kan worden. Het idee van «lokale inloopcentra» zoals dat door de Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (RVZ) in zijn rapport «Nieuwe Ordening»² is geschetst, is een interessante en logische gedachte die goed aansluit bij ontwikkelingen rond de integrale aanpak van preventie en curatie. Het nieuwe Kabinet zal naar verwachting zijn visie hierover geven en daarbij kunnen aangeven hoe zij omgaat met wijkcentra en inloopcentra in het bijzonder.

Gevraagd wordt naar de stand van zaken rond de zorgstandaarden voor COPD, hartfalen en depressie. De zorgstandaard voor COPD is in mei 2010 vastgesteld door het bestuur van de Long Alliantie Nederland, nadat de leden unaniem hun akkoord hebben gegeven. Vervolgens heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (Nza) goedkeuring gegeven aan de beleidsregel die de integrale bekostiging mogelijk maakt, waarna met terugwerkende kracht per 1 juli de integrale bekostiging van zorg conform de zorgstandaard COPD mogelijk is geworden. De route voor de zorgstandaard hartfalen loopt anders dan bij COPD. Met betrokken partijen worden de mogelijkheden verkend om ervaring op te doen met de ontwikkeling en organisatie van integrale zorg. Op basis van deze ervaringen kan besloten worden vervolgstappen te zetten richting een zorgstandaard voor hartfalen. Het concept voor de zorgstandaard depressie wordt in samenwerking met partijen uit de wereld van de aandoening depressie door het Trimbos instituut ontwikkeld. De verwachting is dat de autorisatiefase in 2011 wordt afgerond.

De leden van de PvdA-fractie informeren naar de samenwerking tussen actoren bij de totstandkoming van deze zorgstandaarden. De zorgstandaard is de norm voor goede zorg. Dat betekent dat patiënten en aanbieders nauw betrokken moeten zijn bij de ontwikkeling van de eigen norm. In het proces worden verzekeraars eveneens betrokken, zij moeten immers de zorgstandaard kunnen hanteren bij het maken van afspraken met aanbieders over goede zorg. Bij de ontwikkeling van de zorgstandaard COPD zijn alle partijen betrokken geweest en hebben allen met de zorgstandaard ingestemd. Bij depressie zijn alle partijen door het Trimbos instituut gevraagd mee te doen. De zorgstandaard voor hartfalen is nu in de verkenningsfase waarbij alle partijen worden betrokken.

In mijn brief «*programmatische aanpak van chronische ziekten*» van 13 juni 2008 Tweede Kamer, vergaderjaar 2007–2008, 31 200 XVI, nr. 155, ben ik eerder al ingegaan op de oorzaken en redenen voor de toename van het aantal mensen met chronische ziekten.

¹ Brief ZonMw dd. 21 juli 2010, PG/OGZ/3013723.

² RVZ, rapport «Een nieuwe ordening door het naar voren schuiven van de zorg», juni 2010.

Deze toename is het gevolg van meerdere factoren. Allereerst speelt vergrijzing een grote rol. Door de veroudering van de naoorlogse geboortegolf en de stijgende levensverwachting komen er steeds meer ouderen bij. Omdat chronische ziekten vaker voorkomen bij ouderen komen er dus ook steeds meer mensen met een chronische ziekte. Ook zijn er steeds meer ouderen met meerdere chronische ziekten tegelijk, de zogenaamde multi-morbiditeit. Een volgende factor is de medische vooruitgang. Die heeft ervoor gezorgd dat ziekten eerder opgespoord worden, ook omdat ze beter behandelbaar worden. Deze beide verwoevheden zorgen ervoor dat mensen langer leven met een bepaalde ziekte, maar ook dat we in Nederland daardoor meer mensen met die ziekte tellen. Een andere factor is een mogelijke toename van de ziekte, omdat het achterliggende risico toeneemt. Zo leidt, bijvoorbeeld, de toenemende trend in het aantal mensen met ernstig overgewicht (obesitas) tot een verhoogd vóórkomen van diabetes. In mijn reactie op de Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV)¹ die u eind dit jaar kunt verwachten, ga ik dieper in op de rol van preventie, ook bij chronische ziekten. Tot slot zijn er nog sociaal-maatschappelijke ontwikkelingen, waarbij er een tendens lijkt te bestaan om het ziektebegrip steeds verder op te rekken. Vielen voorheen bepaalde symptomen in het «normale» spectrum, nu wordt hier steeds vaker hulp voor gezocht en wordt er een ziekte-label opgeplakt.

De fractieleden van de PvdA constateren dat de zorguitgaven in een snel tempo stijgen en dat het aantal mensen met een aandoening toeneemt. De vraag is hoe deze kostenstijgingen kunnen worden beheerst. In de afgelopen Kabinetsperiode is de aanzet gegeven voor een andere benadering van de gezondheidsproblematiek. Een belangrijke gedachte daarbij is dat investeren in preventie en betere kwaliteit van chronische zorg leidt tot kostenreductie. Immers, integraal uitgevoerde maatwerkzorg leidt naar verwachting tot betere resultaten waardoor dure complicaties kunnen worden voorkomen of uitgesteld en meer mensen actief kunnen blijven op de arbeidsmarkt. Het gaat dus om bundeling en afstemming van zorg. Minder kwantiteit en meer kwaliteit betaalt zich terug. De komende jaren verwacht ik meer zicht op de effecten hiervan. Het is aan het volgende Kabinet om te bepalen op welke wijze de kosten kunnen worden beheerst en hoe tegelijk een antwoord kan worden gegeven op de stijgende zorgvraag.

Daarnaast worden vragen gesteld over de gevolgen van de economische crisis. Op het gebied van de volksgezondheid kunnen er op dit moment nog geen conclusies getrokken worden over de effecten hiervan. Wel kan algemener gesteld worden dat een financiële crisis vaak vooral de burgers raakt waar een cumulatie van problemen is of ontstaat. Vandaar het belang dat ik hecht aan beleid gericht op kwetsbare doelgroepen, mensen met een sociaal economisch lage status en de keuze voor een wijkgerichte samenhangende aanpak.

Het SCP constateert dat er meer gezondheid is. De onlangs uitgebrachte Volksgezondheid Toekomst Verkenningen (VTV) van het RIVM bevestigt deze constatering. Daarbij heeft de VTV gekeken naar verklaringen voor ervaren gezondheid. Het eigen oordeel van patiënten over de gezondheidstoestand gaat ook over zaken als fitheid, depressieve gevoelens, voeding, sociale steun, roken en lichamelijke activiteit. Gezondheid betekent niet voor iedereen hetzelfde en is ook niet voor iedereen even belangrijk. Bij het eigen oordeel over de kwaliteit van leven gaat het om de eigen ervaring van het functioneren in relatie tot fysieke, psychische en sociale aspecten. Het centraal stellen van de vraag van de patiënt in combinatie met e-health en hulpmiddelen op maat zijn essentieel voor de

¹ Van Gezond naar Beter, Volksgezondheid Toekomst Verkenning RIVM, 25 maart 2010, www.rivm.nl

behandeling van chronisch zieken en is een belangrijke component voor het oordeel over de ervaren gezondheid.

Zelfmanagement stelt mensen met een chronische ziekte in staat om zelf invulling te geven aan hun leven. De leden van de PvdA-fractie staan achter de plannen om zelfmanagement verder vorm te geven. Het principe is dat mensen zelf invulling geven aan hun leven. Bij het opstellen van het maatwerk zorgplan op basis van de zorgstandaard worden met de patiënt afspraken gemaakt over zijn eigen rol en de vorm van zelfmanagement die het meest passend is gezien zijn situatie. Natuurlijk zijn er ook mensen die zelfmanagement niet aankunnen. In dat geval kan het zorgverleningsteam besluiten om andere passende oplossingen in overleg met de patiënt of zijn belangenbehartiger te zoeken.

De leden van de PVV-fractie vragen aandacht voor draagvlak bij de partijen in het veld voor zorgstandaarden. Zij vragen zich daarbij af wat het betekent dat organisaties als NHG en LHV aangeven niet langer te willen meewerken aan nieuwe zorgstandaarden. Ik zie het ontwikkelen van zorgstandaarden als een samenspel tussen patiënten en aanbieders, samen bouwen zij aan de zorgstandaard en spreken vervolgens af dat dit de standaard is voor goede zorg. Daarmee hebben zij een waardevol kwaliteit instrument in handen voor patiëntgerichte samenhangende zorg.

Een zorgstandaard leidt niet automatische of hoeft niet te leiden tot integrale bekostiging. De separate beslissing om aan nieuwe zorgstandaarden integrale bekostiging te verbinden vergt een zorgvuldige afweging waarbij de betrokken partijen worden geconsulteerd. Vanuit met name de huisartsen zijn vraagtekens geplaatst bij integrale bekostiging. Zij willen dat meer kennis beschikbaar komt om een goed oordeel te kunnen geven over de wenselijkheid en levensvatbaarheid daarvan. De leden van de Tweede Kamer deelden die opvatting, vandaar dat een evaluatiecommissie is ingesteld die over het gebruik en de effecten van integrale bekostiging zal rapporteren. De evaluatiecommissie dient ertoe om de daadwerkelijke ervaringen van alle betrokkenen te kanaliseren, daarvan te leren en conclusies te trekken voor de volgende stappen in dit proces. Daarin zullen ook de standpunten en bezwaren vanuit het veld worden meegenomen. Eind dit jaar zal een tussen evaluatie worden uitgebracht. De resultaten worden uiteraard met belangstelling afgewacht. Overigens is uitbreiding van integrale bekostiging op basis van nieuwe zorgstandaarden nu niet aan de orde. Ik deel de opvatting van NHG en LHV dat meer kennis vereist is. Dat staat de ontwikkeling van voorstandaarden voor inhoudelijk gebruik overigens niet in de weg.

Ook patiëntenorganisaties hebben te kennen gegeven grote waarde te hechten aan de ontwikkeling van zorgstandaarden. Met welwillende zorgaanbieders hebben zij het initiatief genomen voor de ontwikkeling van zorgstandaarden voor een beperkt aantal daarvoor in aanmerking komende aandoeningen. Het is aan de patiënten en zorgaanbieders om gezamenlijk tot de autorisatie van standaarden te komen. Mocht een beroepsgroep van mening zijn dat zijn medewerking in de ontwikkelingsfase niet passend is, dan kunnen patiëntenorganisaties samen met de andere beroepsgroepen of beroepsbeoefenaren uiteraard toch besluiten het inhoudelijk concept voor een nieuwe zorgstandaard te ontwikkelen. De besluitvorming met alle relevante partijen over de definitieve inhoud van de zorgstandaard zal dan in een latere fase plaatsvinden. Ondertussen is aan het Coördinatieplatform Zorgstandaarden¹ gevraagd voorstellen te ontwikkelen voor de autorisatie procedure van nieuwe zorgstandaarden.

¹ Brief ZonMw dd. 21 juli 2010, PG/OGZ/3013723.

De leden van de PVV-fractie zijn van mening dat niet iedereen geholpen is met een standaardbehandeling en vragen zich af of nieuwe zorgstandaarden dan ook geïntroduceerd moeten worden. Zorgstandaarden zijn het kwaliteitsinstrument op basis waarvan individuele zorgplannen opgesteld worden. Het gaat dus niet om een standaardbehandeling maar om een op maat opgesteld individueel behandelplan op basis van de zorgstandaard en de onderliggende wetenschappelijke richtlijnen. Aan de zorgstandaarden zijn kwaliteitsindicatoren verbonden zodat zichtbaar wordt dat de geleverde zorg ook daadwerkelijk bijdraagt aan de afgesproken doelstellingen.

De oproep door de fractieleden om de dialoog met de partijen uit het veld gaande te houden ondersteun ik volledig. Het zijn de patiëntenorganisaties, aanbieders, verzekeraars en overheid die ieder vanuit de eigen invalshoek bijdragen aan het mogelijk maken van goede zorg. Alle partijen zijn dus verantwoordelijk voor hun aandeel in een constructieve dialoog.

De leden van de PVV-fractie delen de theoretische opvatting dat integrale bekostiging zou moeten leiden tot multidisciplinaire samenwerking en daarmee bijdraagt aan betaalbare en kwalitatieve goede zorg. Maar constateren tegelijkertijd een spanningsveld in de praktijk, die onder andere zichtbaar wordt door verschillen in de opstelling van de diverse zorgverzekeraars. Het is op dit moment te vroeg om conclusies te kunnen trekken over integrale bekostiging. De evaluatiecommissie integrale bekostiging, welke ik hiervoor al aanstipte, zal de ontwikkelingen rondom de integrale bekostiging monitoren en periodiek aan de minister van VWS rapporteren. Daardoor zal een beeld ontstaan in hoeverre er aan de randvoorwaarden is voldaan en of dat ook heeft geresulteerd in de beoogde effecten en opbrengsten. Ook de uitkomsten van het onderzoek van het NIVEL, waar de PVV-fractie op wijst, zal meegenomen worden in de evaluatiestudie.

De leden van de CDA-fractie steunen de introductie van integrale zorg en willen graag weten of er nu al gebruik wordt gemaakt van de mogelijkheden geïntegreerde zorg via keten-DBC's te contracteren. Ik beschik nu niet over adequate informatie op grond waarvan ik kan aangeven in welke mate er gecontracteerd wordt. Het is belangrijk inzicht te hebben in de stand van zaken en de ontwikkelingen die zich voordoen. Vandaar dat de evaluatiecommissie is gevraagd nog dit najaar een tussenrapportage uit te brengen.

Evenals de leden van de PvdA-fractie hechten de leden van CDA-fractie aan zelfmanagement. Over de wijze waarop met zelfmanagement wordt omgegaan bij een patiënt wijs ik op mijn eerder gegeven antwoord op de vragen hierover van de PvdA-fractie. Op de vraag in hoeverre zorgverleners zich ook rekenschap geven van de mogelijkheden van zelfmanagement van een patiënt, is geen eenduidig antwoord te geven. De mogelijkheden en waarde van zelfmanagement in een behandelprogramma zal onderdeel moeten gaan uitmaken van de opleidingen van zorgaanbieders. Daar wordt de kiem gelegd voor geïntegreerde zorg en de toepassing van zelfmanagement. Op dit moment zijn nog niet alle zorgaanbieders zich bewust van de mogelijkheden en het belang van zelfmanagement en is de cultuuromslag nog niet gemaakt. Anderzijds zijn er steeds meer zorgverleners die afspraken met patiënten maken over de behandeldoelen en de rol die zij zelf kunnen innemen om de beoogde resultaten te behalen.

De leden van de CDA-fractie vragen naar de rol van verzekeraars en patiëntenorganisaties bij de ontwikkeling van zorgstandaarden. Voor het antwoord verwijs ik naar mijn reactie op de vergelijkbare vraag van de PvdA-fractie over de samenwerking tussen actoren bij de totstandkoming van zorgstandaarden.

Vervolgens stelt de CDA-fractie vragen over multimorbiditeit, geïntegreerde aanpak en zorgverzekeraars. Aandoeningen worden per zorgstandaard uitgewerkt. Aan het Coördinatieplatform Zorgstandaarden heb ik advies gevraagd over de noodzakelijke voorwaarden om zorgstandaarden toekomstbestendig te maken. In het advies zal expliciet ingegaan worden op de vraagstukken van co- en multimorbiditeit.

Belangrijk principe van de zorgstandaarden is het verankeren van de samenhang van zorg en preventie rond de zorgvraag van de patiënt. Zorg, preventie en leefstijl worden geïntegreerd in het individueel behandelplan van de patiënt. De zorgmodule *stoppen met roken* maakt bijvoorbeeld deel uit van de zorgstandaard en kan dus toegepast worden in het integrale zorgplan.

Wat betreft de zorgverzekeraars wacht ik de tussenevaluatie af en hoop ik hierna meer duidelijkheid te krijgen hoe zij inspelen op de nieuwe aanpak. Het is mij niet bekend hoe «de verzekeraar» aankijkt tegen initiatieven voor de ontwikkeling van de 1,5^e lijnszorg. Het zijn vooral de zorggroepen die met dergelijke voorstellen zullen komen, de discussies die ontstaan wacht ik af.

In mijn beeld staan verzekeraars in meerderheid positief tegenover integrale zorg en omarmen zij als zodanig de zorgstandaard. Dit sluit aan bij de trend om meer aandacht te schenken aan voorzorg, geïndiceerde preventie en tijdige opsporing.

De leden van de CDA-fractie hechten eraan dat patiënten geen last hebben van meerdere loketten voor het verkrijgen van zorg. Zij vragen zich daarbij af of er geen belemmeringen zijn tussen de eerste en tweede lijn of belemmeringen door de schotten tussen de verschillende financieringsstelsels. Bij integrale zorg is het inderdaad belangrijk dat de patiënt geen last heeft van meerdere loketten voor het verkrijgen van zorg. De ontwikkeling van een goed georganiseerde en geïntegreerde eerste lijn is een absolute voorwaarde voor verbeteringen op het terrein van disease-management en ketenzorg. Om zo'n geïntegreerde benadering effectief te laten zijn, dient daarin bijvoorbeeld ook de tweedelijnszorg te worden betrokken. De scheidslijn tussen tweedelijnszorg en eerstelijns zorg vervaagt bij het consequent toepassen van integrale zorg. Niet alleen in termen van bekostiging, maar ook meer in termen van kwaliteit en samenhang, ligt het voor de hand dat we uitkomen bij organisatievormen die minder dan nu het geval is worden gedomineerd door een benadering in «lijnen», «disciplines» of «schotten». Het principe is dat de zorg wordt ingekocht daar waar de beste kwaliteit/prijs verhouding gerealiseerd kan worden.

De leden van de SP-fractie stellen de vraag waarom de Minister voorstander is van verhoging van de AOW-leeftijd zolang de toeganke-lijkheid van de arbeidsmarkt voor chronisch zieken niet is verbeterd. Zij vroegen of de verhoging van de AOW-leeftijd in dit licht voor veel mensen geen verlenging van de afhankelijkheid van een (arbeidsongeschiktheid-)uitkering betekent. Daarnaast vroegen de leden van de SP-fractie op welke wijze de toename van arbeidsproductiviteit in de zorg verhoogd kan worden.

Op dit moment stromen tegelijkertijd meer (oudere) werknemers uit en komen er in de nabije toekomst minder jongeren op de arbeidsmarkt. Het CBS geeft in een recente bevolkingsprognose aan dat het absolute aantal

Nederlanders in de leeftijd van 20–64 jaar (het voornaamste deel van de werkende bevolking) in de periode 2008–2040 zal afnemen van 10,1 miljoen naar 9,2 miljoen. Dit verkleint het draagvlak voor de instandhouding van collectieve arrangementen zoals de AOW. Een verhoging van de AOW-leeftijd is dan ook noodzakelijk en mogelijk. Om mensen in staat te stellen langer aan het arbeidsproces te laten deelnemen is het beleid gericht op het bundelen van krachten om dit mogelijk te maken.

Eén van de successen van de moderne tijd is dat mensen in Nederland ouder worden en meer gezonde levensjaren hebben. Zo is vanaf de invoering van de AOW in 1957 de levensverwachting¹ van vrouwen met ruim 8 jaar toegenomen tot 82,3 jaar en voor mannen met 6,5 jaar tot 78,3 jaar. Een 65-jarige man leeft in Nederland nog gemiddeld 17 jaar en een vrouw 20 jaar en de recente stijging in de resterende levensverwachting op 65-jarige leeftijd is grotendeels toe te schrijven aan een relatief sterke daling van de sterfte op oudere leeftijd (vanaf 65 jaar). Verwacht wordt dat deze stijging verder zal doorzetten.

Als voorwaarde voor arbeidsparticipatie lijken echter niet de levensverwachting als zodanig maar eerder de levensverwachting zonder beperkingen of de levensverwachting in «als goed ervaren» gezondheid belangrijk. De laatste 25 jaar is de levensverwachting zonder lichamelijke beperkingen in Nederland met ruim 5 jaar toegenomen tot rond de 70 jaar in 2008 en ook de levensverwachting in als goed ervaren gezondheid is flink gestegen. De levensverwachting zonder chronische ziekten lag echter beduidend lager, rond de 45 jaar. Sommige mensen met een chronische ziekte vinden zichzelf dus toch gezond. Het hebben van een chronische ziekte gaat ook niet steeds gepaard met beperkingen. Op 65-jarige leeftijd hebben mensen in Nederland gemiddeld nog een aantal gezonde jaren: 4 zonder ziekte en 12 zonder lichamelijke beperkingen. De levensverwachting en de levensverwachting zonder beperkingen blijken wel afhankelijk van de sociaal economische status (gemeten via opleiding).

Zaken als het belang van preventie van chronische ziekten, het terugdringen van beperkingen in geval van een chronische ziekte, en het verlagen van drempels voor participatie van chronisch zieken zijn belangrijke aspecten die in de discussies over het verhogen van de pensioengerechtigde leeftijd onderbelicht zijn gebleven, maar die de aandacht van mijn ministerie hebben. Het is goed om nog eens te benadrukken dat niet zozeer de ziekten zelf maar vooral de hiermee gepaard gaande functionele beperkingen leiden tot minder participatie. We kunnen de maatschappelijke participatie van ouderen verhogen als we er in slagen chronische ziekten te voorkomen, dan wel de functionele beperkingen die ontstaan als gevolg van die ziekten terug te dringen.

Werknemers in de zorg leveren een cruciale bijdrage aan het nationaal welzijn. De vraag is echter of in de nabije toekomst wel voldoende mensen in de zorg werken om de gevraagde cure en care te kunnen leveren. Zo verwacht het Zorginnovatieplatform dat bij ongewijzigd beleid de behoefte aan werkenden in de zorg groeit tot 470 000 extra zorgwerknemers in 2025². Beduidend meer dan de groei van de beroepsbevolking met circa 20 000 personen in 2025 (ten opzichte van 2007)³. Het is mogelijk om personeelstekorten te voorkomen, maar dan moet een ieder alle zeilen bijzetten. Vandaar dat ik de afgelopen maanden overleg heb gevoerd met sociale partners over het arbeidsmarktbeleid in de zorg. Dit heeft uiteindelijk geresulteerd in een bestuurlijk overleg van 3 juni jl.

¹ Levensverwachting vrouwen: (1957) 74,1 jaar, (2008) 82,3 jaar.

Levensverwachting mannen: (1957) 71,8 jaar, (2008) 78,3 jaar.

² Zorginnovatieplatform (2009) Zorg voor mensen, mensen voor de zorg: Arbeidsmarktbeleid voor de zorgsector richting 2025.

³ Zorginnovatieplatform (2009) Zorg voor mensen, mensen voor de zorg: Arbeidsmarktbeleid voor de zorgsector richting 2025, op basis van onderzoek van het CPB: *Arbeidsaanbod en gewerkte uren tot 2025: Een beleidsneutraal scenario*. Den Haag: Centraal Planbureau.

Hierbij is vastgesteld dat, naast maatregelen om de instroom van zorgwerknemers te vergroten en te behouden voor de sector, ook andere maatregelen nodig zijn om de vraag naar arbeid in de zorg terug te dringen. Daarbij kan gedacht worden aan de verhoging van de arbeidsproductiviteit door middel van het terugdringen van administratieve lasten en sociale innovatie. Via sociale innovatie kunnen organisaties ook de kwaliteit van de dienstverlening verhogen en de werkdruk terugdringen. Vooral de ervaren werkdruk, mede als gevolg van de administratieve lasten en de ervaren kwaliteit van zorgverlening, komt als aandachtspunt naar voren in onderzoeken over de arbeidsbeleving van zorgwerknemers. Daarmee blijft het voor de zorg van belang om in te zetten op kwaliteitsverbetering en, mede om de arbeidsproductiviteit te verhogen, administratieve lasten terug te dringen en te investeren in sociale innovatie.

Overigens zijn zorgwerknemers op een behoorlijk aantal andere aspecten tevreden¹. Bovendien is de uitstroom laag. In 2008 verliet 4,3 procent van het verplegend, sociaal-agogisch en verzorgend personeel de zorgsector, inclusief (vroegtijdig) gepensioneerden, arbeidsongeschikten en vrouwen die met de komst van kinderen stopten met werken. In tegenstelling tot sommige berichten in de pers is er dus geen sprake van dat werknemers de zorgsector massaal de rug toekeren.

Ook werd mij verzocht om voorbeelden van medicalisering als maatschappelijk invloed op de toename van chronisch zieken. Zoals in de VTV wordt aangegeven zijn er zorgverleners en spelers in de farmaceutische industrie die daarbij een rol spelen. Vanwege commerciële belangen proberen zij alledaagse klachten te medicaliseren, terwijl verandering van leefgewoonten in veel gevallen zeker zo effectief, zo niet effectiever kan zijn. De Consumentenbond noemt dit «symptoomreclame» en heeft de strijd aangeboden tegen reclamespotjes voor schimmelnagels, restless legs en een overactieve blaas, die een onnodige medicalisering in de hand werken. Bovendien stelt de VTV dat het kan gebeuren dat veel mensen medicijnen gaan innemen, ten koste van de aandacht voor een gezond leefritme in een gezonde omgeving. Een «polypil» zou er bijvoorbeeld toe kunnen leiden dat mensen een gezonde leefstijl negeren omdat er een medicijn is dat het ongezonde gedrag compenseert. Een helder afwegingskader is daarom nodig om tegenwicht te bieden aan de druk van de farmaceutische industrie.

Het verheugt mij dat de leden van de SP-fractie het belang van preventie met mij delen. Tegelijkertijd maken zij zich zorgen over het voortbestaan van preventieprojecten ter voorkoming van angststoornissen en depressies. Het is mij niet bekend waarop deze zorg is gebaseerd. Preventie wordt in de volle breedte met kracht opgepakt. Ik wijs daarbij op het grote preventieprogramma wat door ZonMw wordt uitgevoerd. Een ander preventieprogramma wordt uitgevoerd door het Partnership Depressiepreventie. Bij de uitvoering daarvan zijn organisaties betrokken die zich tot doel hebben gesteld de preventie van depressie landelijk en lokaal te verstevigen. Het partnership levert daarvoor instrumenten voor professionals binnen de openbare gezondheidszorg, eerstelijnszorg, welzijn en onderwijs. Voor elk preventieproject geldt dat wordt gekeken naar relevantie, doelmatigheid, opbrengst en kosten. Op grond daarvan worden beslissingen genomen over uitvoering en continuïteit.

Zorgprocessen moeten vanuit de behoeften van de patiënten worden georganiseerd. Niet de instelling is het vertrekpunt voor de bekostiging, maar de cliënten met een bepaalde zorgvraag. Om beter aan deze behoeften te voldoen zal er meer samenhang moeten komen tussen (dagelijkse) ondersteuning in de eigen omgeving, op preventie gerichte

¹ Prismant, werknemersenquête 2007 en 2009; Prismant en Motivaction (2009) Zorgwerk en zorgwerkers in 2025: De «Z-generatie» als wenkend toekomstperspectief.

zorg, op genezing gerichte zorg en specialistische zorg. De ambitie om de zorg op deze punten te verbeteren, levert winst op meerdere terreinen op. In deze integrale aanpak is er ook aandacht voor zelfmanagement van de patiënt, al dan niet samen met zijn of haar omgeving. In het kader van de AWBZ wordt gewerkt met ZZP's op grond van een indicatiestelling. Deze indicatiestelling gaat uit van de zorgbehoefte van de cliënt. Het is belangrijk dat dit vraagprincipe in de volle breedte van het chronische ziektenbeleid wordt toegepast.

De leden van de SP-fractie maken zich zorgen over de keuzevrijheid in de zorg. Toegankelijkheid en keuzevrijheid voor iedereen zijn van grote waarde en gelden in principe voor iedereen ongeacht zijn financiële positie. Vandaar dat hard wordt gewerkt aan goede keuze-informatie voor cliënten. Belangrijk is dat ook informatie op maat kan worden gegeven, zodat mensen die niet over alle bagage beschikken om de goede afwegingen te maken daar toch toe in staat worden gesteld. Een tweedeling tussen mensen die wel in staat zijn te kiezen en mensen die dat wel willen maar niet kunnen moet worden voorkomen.

De leden van de SP constateren dat er terecht wordt gesteld dat preventieve activiteiten voor een belangrijk deel op het terrein liggen van de gemeenten, conform de Wet publieke gezondheid (Wpg). Zij verzoeken om een nadere toelichting op de uitvoering van de Wpg en in het bijzonder op de rol van de Inspectie daarin.

In de Wpg worden de gezamenlijke taken en verantwoordelijkheden van gemeenten en Rijk op het terrein van de publieke gezondheidszorg beschreven. Op sommige onderdelen heeft het Rijk een grotere eindverantwoordelijkheid dan op andere onderdelen. Dit hangt samen met de – vaak ook internationaal noodzakelijke – vereisten (rond infectieziekten bijvoorbeeld) met betrekking tot gezondheidsbescherming van burgers.

Op het terrein van gezondheidsbevordering is er grote beleidsvrijheid voor gemeenten zodat gezondheidsbevordering bij uitstek kan worden vormgegeven naar de lokale behoeften en wensen. Die worden onder meer duidelijk via een aantal monitors (een soort regionale/lokale VTV). Wel wordt gemeenten gevraagd bij het vormgeven van het lokale beleid rekening te houden met de landelijke speerpunten rond gezondheidsbevordering.

Ook in financiële zin zijn gemeenten zelf verantwoordelijk: zij bepalen zelf hoeveel geld ze bestemmen voor de publieke gezondheid. In het kader van de Wpg moeten zij in ieder geval een GGD in stand houden met deskundigen.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) houdt toezicht op de uitvoering van de publieke gezondheid. Uit de Staat van de Gezondheid 2010¹ blijkt dat de IGZ dit toezicht de afgelopen periode op twee beleidsprioriteiten heeft gericht: effectiever maken van preventie van volksgezondheidsproblemen op lokaal niveau en verbeteren van de zorg voor kwetsbare groepen. Daartoe heeft de IGZ onderzoek verricht en zijn kaders ontwikkeld voor het bevorderen van verantwoorde zorg.

Naar aanleiding van de door de SP-fractie gevraagde bespiegeling op de samenwerking versus ongewenste marktmacht laat ik graag weten dat ik de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) gevraagd heb om in samenwerking met de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) de mededingingsrechtelijke toezichtsvraagstukken rond zorggroepen verder uit te werken. Hiertoe wordt er enerzijds een uitvoeringstoets gedaan en worden er anderzijds richtsnoeren opgesteld om duidelijkheid te scheppen wat wel en niet mag onder de Mededingingswet en de Wet marktordeningen gezondheidszorg ten aanzien van zorggroepen.

¹ IGZ maart 2010, Staat van de Gezondheid 2010, «Meer effect mogelijk van publieke gezondheidszorg».