

Vergaderjaar 2013–2014

32 620

Beleidsdoelstellingen op het gebied van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Nr. 109

VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Vastgesteld 13 februari 2014

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 12 december 2013 overleg gevoerd met Minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over:

- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 15 mei 2012 inzake de reactie op het verzoek van het lid Leijten om een reactie op het rapport «Integrale zorg in de buurt» van Nyfer (Kamerstuk 32 620, nr. 60);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 26 juni 2012 inzake de aanbieding van rapporten over bekostiging huisartsenzorg en integrale zorg (Kamerstuk 32 620, nr. 67);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 21 september 2012 inzake de aanbieding van het rapport van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) over het onderzoek naar de praktijkkosten en -inkomsten van huisartsen (Kamerstuk 29 247, nr. 180);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 12 februari 2013 inzake de Marktscan huisartsenzorg (Kamerstuk 32 620, nr. 77);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 29 mei 2013 inzake de antwoorden op vragen van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport over eerstelijnsdiagnostiek (Kamerstuk 33 578, nr. 3);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 25 juni 2013 inzake de reactie op het advies «Regie aan de Poort» van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) (Kamerstuk 32 620, nr. 89);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 19 juni 2013 inzake de reactie op het rapport «Point-of-care testing in primary care in the Netherlands» van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) (Kamerstuk 33 497, nr. 12);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 28 oktober 2013 inzake de Beleidsbrief bekostiging**

huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg Kamerstuk (32 620, nr. 94).

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

De voorzitter van vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Neppérus

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

Voorzitter: Neppérus
Griffier: Clemens

Aanwezig zijn zes leden der Kamer, te weten: Bruins-Slot, Pia Dijkstra, Van Gerven, Neppérus, Van Veen en Wolbert,

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

Aanvang 10.40 uur

De **voorzitter**: Ik open dit overleg over de eerstelijnszorg en heet de Minister welkom. Dit debat begint wat later vanwege een debat in de plenaire zaal waarbij ook de Minister aanwezig moest zijn. Wij hebben de tijd tot uiterlijk 12.45 uur en geen minuut langer, want de Minister moet weg.

De spreektijden zijn vijf minuten, maar het zou zeer plezierig zijn als u het iets sneller zou kunnen doen. Zoals gebruikelijk hebt u twee interrupties.

De heer **Van Gerven** (SP): Voorzitter. Zorg moet kleinschalig zijn en dicht bij de patiënt worden aangeboden. Dit is een uitgangspunt dat het kabinet ook belijdt en het is een prachtige doelstelling, maar hoe pakt het in de praktijk uit? De dagelijkse praktijk is helaas een andere, zoals de SP moet constateren. Dat zien wij in de ziekenhuiszorg, waar de fusiemanie heeft toegeslagen. Wij zien hetzelfde gebeuren in de eerstelijnszorg, want ook daar slaat de grootschaligheid toe. Bestuurders zijn druk in overleg en wij organiseren ons suf, om het zo maar eens samen te vatten. Steeds meer huisartsenzorg wordt ondergebracht in zorggroepen die inmiddels uit wel meer dan 100 huisartsen bestaan. De overhead wordt opgetuigd, de keten wordt steeds verder uitgebreid en de overlegcultuur doet haar intrede. Wie is waarvoor verantwoordelijk, wie registreert, wie declareert? Zo wordt de zorggroep als het ware een doel op zich. Ook de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) trekt de conclusie dat deze zorggroepen veel te groot zijn geworden en dat er als het ware een nieuwe moloch wordt gecreëerd, een nieuw grootschalig monster in de eerstelijnszorg. Iedereen is het erover eens dat kleinschaligheid de toekomst heeft, maar waarom gebeurt het dan niet? De Minister is een vrouw van de praktijk en ook een praktisch mens, zoals ik weleens beluister. Laten wij het gewoon zo praktisch mogelijk organiseren, uitgaande van de praktijk. De vraag is dan: zijn al die toeters en bellen, is al dat optuigen noodzakelijk? Dat is een hartenkreet. Van de week is het rapport Alarmfase rood, fysiotherapie in nood aangeboden aan de Kamer. Het is maar een van de vele voorbeelden van het feit dat de mensen die in het veld werken hartstikke gek worden van alle bureaucratie, van alle papier en van alle verantwoordingsdrift. Zij wijzen allemaal – ik moet niet overdrijven; niet allemaal, maar toch heel veel – naar de positie van de zorgverzekeraars in het stelsel. Ik vraag de Minister of dat niet anders kan in de wijze waarop de zorgverzekeraars opereren. Kunnen wij niet overgaan tot veel meer vaste afspraken en vaste landelijke tarieven, zodat al dat onderhandelen op talloze plaatsen veel minder nodig is en er gewerkt kan worden in plaats van gepraat, overlegd en weet ik wat allemaal? Kan de Minister nog eens ingaan op de positie van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)? Eigenlijk zegt de NZa: de zorgverzekeraars vertegenwoordigen de verzekerden, dus in principe vertegenwoordigen zij het algemeen belang en doen zij niets fout. Vervolgens moeten de zorgaanbieders allemaal maar uitleggen dat zij goede dokters of goede fysiotherapeuten zijn en dat zij aan allerlei voorwaarden voldoen. Er waren de afgelopen tijd blogs, ook op Skipp, die heel mooi daarop ingingen. Hebben die mensen niet heel duidelijk een punt dat de zorgverzekeraars – wij hebben nog maar vier grote – eigenlijk

terug in het hok moeten? Moeten die niet veel meer een faciliterende, dienende rol hebben in plaats van een dicterende rol?

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Wij weten hoe de SP denkt over het huidige stelsel en over de rol van de zorgverzekeraars. Wat mij wel triggert, is dat de heer Van Gerven vraagt of ze niet een meer dienende rol moeten hebben. Ik neem aan dat hij daarmee bedoelt: richting de patiënt. Is de heer Van Gerven het niet met mij eens dat het de rol van de verzekeraars is om te letten op kwaliteit en prijs? Is dat niet in het belang van de patiënt en de toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg, ook in de toekomst?

De heer **Van Gerven** (SP): Dat is de theorie, maar de praktijk is dat er vooral wordt gestuurd op prijs. Dit is heel dominant. Kwaliteit is toegankelijkheid. Wij zien juist dat de toegankelijkheid, de bereikbaarheid afneemt door het wegvallen van de contracteerplicht en door de enorme schaalvergroting. Ik ben bang dat dit ook in de eerstelijnszorg dreigt, als de schaalvergroting zo doorgaat. De zorgverzekeraars hebben veel kennis over de financiën, maar ik denk dat het organiseren en borgen van kwaliteit niet goed belegd is bij hen.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Vindt de heer Van Gerven dat dit inderdaad aan de zorgverzekeraars is? Ik hoor hem juist heel vaak fulmineren tegen de zorgverzekeraars die op de stoel van de zorgaanbieders gaan zitten als het gaat om het definiëren van kwaliteit en criteria, terwijl je vooral verwacht dat de zorgaanbieders dat doen en dat de zorgverzekeraars dat inzicht krijgen via de zorgaanbieders. Ik ben het met hem eens dat nog lang niet alles loopt zoals het moet lopen. Dat de kwaliteit nog niet inzichtelijk is, ligt echter voor een heel groot deel ook aan de zorgaanbieders.

De heer **Van Gerven** (SP): Er is een indicatorenfetisjisme: als je alles maar registreert, wordt de kwaliteit inzichtelijk. De kwaliteit moet worden geborgd door degenen die zorg bieden. Dat is evident. Wij hebben vandaag weer iets kunnen lezen over de controle op elkaar. In een stuk geven specialisten aan dat zij elkaar de maat moeten gaan nemen om de kwaliteit te borgen. Dat is de goede weg. Dat moet inderdaad. Wij hebben de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) om de kwaliteit te handhaven. Wij hebben het Kwaliteitsinstituut in wording. Daar moet dat gebeuren. De zorgverzekeraars moeten vooral de zorg goed inkopen en ervoor zorgen dat die overal bereikbaar is. Zij hebben de mensen niet voor het organiseren en borgen van kwaliteit. Ik heb al gezegd dat zij nadrukkelijk focussen op kostenreductie in plaats van kwaliteitsborging. Dat ligt ook aan het stelsel.

De **voorzitter**: U gaat verder en u hebt nog 40 seconden.

De heer **Van Gerven** (SP): Kan de Minister ingaan op de beslissing om de preventie van angststoornissen, alcoholisme en depressie onder te brengen bij de huisarts? Dat is heel sluipenderwijs erin gekomen. Wij weten dat slechts een derde van de huisartsen een POH-ggz heeft, een praktijkondersteuner huisartsenzorg voor de ggz. Wij voorzien dan ook grote problemen. Hoe lossen wij die op?

Tot slot kom ik op de financiering van de huisartsen in de toekomst. De SP is er een groot voorstander van om te stoppen met de keten-dbc-financiering. Laten wij teruggaan naar de eenvoud met een basistakenpakket voor de huisarts waarin zit wat een huisarts wordt geacht te doen, gefinancierd via een abonnementsysteem. Dan hebben wij geen perverse prikkels. Graag krijg ik hierop een reactie van de Minister.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Voorzitter. De zorg verandert. Mensen willen zorg in de buurt, zij willen zo lang mogelijk thuis kunnen blijven en eigen regie, zelfmanagement wordt steeds belangrijker. Dat vereist allemaal een heel stevige eerstelijnszorg. In 2015 komt er een nieuw bekostigingsmodel huisartsenzorg met drie segmenten. De basis is een vast bedrag voor het werkgebied, aangevuld met betalingen per consult. Er komt een experiment met bekostiging zonder consulten. Hoe groot wordt dit experiment en hoe wordt hierbinnen het budget vastgesteld en verdeeld? Ik vraag dit, omdat de huidige experimenten, de proeftuinen met populatiebekostiging, dreigen mis te gaan. Ik wil graag weten of de Minister van plan is bij te sturen en welke lessen zij hieruit al trekt voor nieuwe experimenten.

Naast het eerste segment komt er een bekostigingssegment multidisciplinaire samenwerking bij chronische zorg; ik noem het maar ketenzorg. Er komt ruimte voor het belonen van uitkomsten, waarop wij allemaal willen sturen en voor het stimuleren van vernieuwing. Ik heb er nog wel twee vragen over. Hoe wordt bijvoorbeeld de fysiotherapeut, die belangrijk is voor substitutie, aangesloten op dat tweede segment? Zitten de vergoedingen voor e-health alleen in het derde segment of ook in het eerste en tweede?

In het hoofdlijnenakkoord eerste lijn is een groei afspraak gemaakt. Het gaat om in totaal 2,5%. De Minister wil een macrobeheersinstrument (mbi) inzetten wanneer de huisartsen toch te veel uitgeven. Mijn fractie zet vraagtekens bij de haalbaarheid hiervan. De kans is groot dat huisartsen straks worden gestraft, als zij voortvarend taken overnemen van de tweede lijn. Hoe denkt de Minister dat te kunnen voorkomen? Wanneer moeten wij duidelijkheid hebben over het mbi eerste lijn? Gaat dat lukken voordat de nieuwe bekostigingsstructuur in werking treedt?

Niet alleen de zorg, maar ook de samenleving verandert. Mannen en vrouwen werken steeds vaker fulltime. Dat vraagt om flexibele openingstijden van de huisarts. Als je vraagt welke voorziening men het liefst verruimd ziet, dan staat de huisarts op de eerste plaats. Een op de drie Nederlanders wil dat de huisarts vaker na 18.00 uur open is. In mijn ideaalplaatje is de huisarts straks twee avonden in de week en een deel, een paar uur misschien, op zaterdag open. Daar moet voor de huisarts natuurlijk wel iets tegenover staan. Dat betekent dat je een keer een ander dagdeel dicht bent of hoe je dat wilt organiseren met collega's en een passende vergoeding voor flexibiliteit. Wil de Minister concrete afspraken met de sector maken over flexibele openingsuren? Wil zij in het nieuwe bekostigingssysteem ook kijken naar een beloning voor flexibiliteit?

De heer **Van Veen** (VVD): Dit is een heel goede oproep aan alle huisartsen in Nederland om eens na te denken over de vraag wat hun patiënten werkelijk willen. Willen zij graag dat de huisarts 's avonds geopend is? Volgens mij zijn er al huisartsen die dat doen. Mijn vraag aan D66 is welke wet verbiedt dat huisartsen op dit moment 's avonds open zijn.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Er is geen wet die dat verbiedt. Er is wel geregeld dat huisartsen overdag open zijn. Als er wordt gevraagd om flexibiliteit, moet je daarvoor de ruimte hebben. Wij weten bijvoorbeeld dat heel veel mensen zich op maandag melden bij de huisarts. Zij hebben dan gewacht tot het weekend voorbij is. Op sommige dagen in de week hebben sommige huisartsen heel weinig patiënten op het spreekuur. Natuurlijk moeten zij er zelf over beslissen, maar je zou je kunnen voorstellen dat huisartsen daarvoor de ruimte krijgen. Dat is mijn vraag aan de Minister, maar het gaat mij vooral om het punt van de vergoeding. Als je op zaterdag of in het weekend gedurende een aantal uren open bent en personeel nodig hebt, moet daar natuurlijk iets tegenover staan. De vraag is of dat mogelijk is en of de Minister zich daarvoor sterk wil maken.

De heer **Van Veen** (VVD): Ik begrijp het pleidooi en als persoon zou ik het heel prettig vinden als mijn huisarts daarop wil ingaan. Ik vind echter wel dat D66 de huisartsen tekort doet die zonder financiële vergoeding zelf al zijn overgegaan tot avondopenstelling. Ik wil toch opgemerkt hebben richting D66 dat dit dadelijk zal leiden tot meer kosten en dat wij dan alleen nog maar huisartsenpraktijken hebben die 's avonds open zijn.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Het is misschien goed om op te merken dat ik er ook op uit ben om de huisartsenposten in de avond-, nacht- en weekenddiensten te ontlasten, die eigenlijk meer bedoeld zijn voor spoedzorg, voor zorg die niet kan wachten. Als werkende wil ik overdag mijn werk niet verzuimen, maar wil ik naar een spreekuur 's avonds of op zaterdagochtend kunnen gaan. Ik hoor dat van heel veel werkenden. Dat is een groot verschil. Naar mijn smaak kun je daarvoor ook financiering vinden door een eigen bijdrage te vragen voor het bezoek aan de huisartsenposten, zodat er geld over is voor flexibele openingstijden in de huisartsenzorg.

De jonge huisartsen trekken aan de bel over de strikte Mededingingswet, die goedbedoelde samenwerking belemmert. Wij hebben er in deze commissie al vaker over gesproken. Ik geef het voorbeeld van twaalf Amsterdamse huisartsen die samenwerken aan een ouderenzorgproject, maar over de financiering elk apart moeten onderhandelen met de zorgverzekeraars. D66 vindt deze samenwerking juist heel belangrijk en wil die stimuleren. Wil de Minister die knelpunten in beeld brengen en er een onderzoek naar doen? Wil zij voor de zomer van 2014 verbetervoorstellen presenteren?

Ik kom nog even terug op het AO van vorige week over de Zorgverzekeringswet. De VVD en het CDA hebben toen aangegeven dat de dokter voor de patiënt moet checken welke zorg zijn verzekeraar vergoedt. Ik heb dat toen zo opgevat dat de dokter vraagt naar wie de patiënt verwezen wil worden. Ik heb er nog eens naar gekeken. Nu lijkt het erop dat de huisarts dan op de stoel moet gaan zitten van de zorgverzekeraar, die dat duidelijk moet maken in de polis. Ik vind dat die rollen zuiver moeten worden gehouden. De Minister heeft aangegeven dat zij hierover met de huisartsen in gesprek gaat. Ik dring er nog een keer op aan dat zij de huisartsen niet hiertoe gaat verplichten.

Door de hervormingen in de langdurige zorg blijven meer mensen straks thuis wonen. In dat kader vraag ik speciaal aandacht voor case-management dementie, zodat wij mantelzorgers kunnen ontlasten en patiënten langer in de eerste lijn kunnen houden. Wil het kabinet casemanagement dementie straks borgen in de nieuwe aanspraken van de Zorgverzekeringswet?

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Voorzitter. Het CDA wil net als andere partijen meer zorg in de buurt. Sterspeler daarbij is de huisarts. Het CDA maakt zich er wel zorgen over of de huisarts klaar is voor de verzwarende van de taken, want er komt nogal wat op hem af. De jeugdzorg vraagt meer van hem en dat geldt ook voor de basis geestelijke gezondheidszorg. Er is weer een toename van de multidisciplinaire zorg en er komen ook een heleboel taken van het ziekenhuis richting de eerste lijn, wat trouwens een goede ontwikkeling is. Ook op het gebied van preventie zal er meer worden gevraagd. Het is nogal wat. Zoals de heer Van Gerven al zei, vraagt het van de huisarts dat hij veel meer met andere partijen in gesprek gaat. Daarvoor moet wel tijd zijn. Ik vraag mij af of er in de nieuwe financiering wel voldoende tijd en geld is vrijgemaakt voor al dat soort overlegstructuren. Ik hoor graag van de Minister of dit voldoende gedekt is.

De Minister geeft aan dat de multidisciplinaire samenwerking, die vooral nodig is bij chronische ziekten, heel belangrijk is. Als wij iets te bestrijden hebben in de komende jaren, zijn het ziekten als diabetes, obesitas en

COPD. De Minister schrijft in haar brief dat wij dat alleen maar doen op het moment dat er een contract is met de zorgverzekeraar. Wat gebeurt er als de huisarts een grote populatie heeft met veel chronisch zieken en als hij die zorg graag wil bieden, maar het niet goed gaat met de zorgverzekeraar? De strijd tegen chronische ziekten is een van de grootste opdrachten in de strijd voor een betere gezondheid. Waarom gebeurt dat niet standaard?

Ik sluit mij aan bij de vraag van de SP over de POH-ggz. De huisartsen krijgen een grotere rol in de geïndiceerde preventie van alcoholisme en dergelijke. Dat is een behoorlijke taakverzwaring. Niet alle huisartsen hebben nu voldoende ondersteuning daarvoor. Hoe kijkt de Minister aan tegen de huisartsen die geen extra ondersteuning hebben?

Wij zien ook dat er meer zorg van ziekenhuizen teruggaat naar huisartsen, apothekers, fysiotherapeuten en psychologen. Dat is een heel goede ontwikkeling, want wij kunnen die zorg goedkoper bieden en ook dichterbij de mensen in de buurt. Vooral dat dichterbij de mensen zelf is een belangrijke verbetering. De tweedelijnsinstellingen hebben daarvoor echter nog weinig prikkels. In het hoofdlijnenakkoord dat de Minister heeft afgesloten, is het een en ander geregeld. Waarom maken wij van de budgetten voor de eerste lijn en de tweede lijn niet één groot budget waaruit je een bijdrage krijgt, als je goede plannen hebt met shared savings? Dan zijn de schotten weg en kun je echt tot samenwerking overgaan.

Ik sluit mij kortheidshalve aan bij de vraag van D66 over de proeftuinen. Ik hoor ook geluiden dat door de rol van de zorgverzekeraars belemmeringen worden opgeworpen om tot daadwerkelijke vernieuwing van zorg te komen. Wil de Minister de belemmeringen inventariseren waarmee de proeftuinen op dit moment te maken hebben?

Wij hebben vorige week in het algemeen overleg over de Zorgverzekeringswet al gesproken over de contractering door zorgverzekeraars in de eerste en de tweede lijn. Het blijft rommelen in de contractering in de eerste lijn. De Minister heeft gezegd dat zij een rondgang gaat maken, de problemen gaat inventariseren en voor de zomer met oplossingen komt. Dat is een eerste stap. Afgelopen week heb ik echter weer berichten gehad van logopedisten en fysiotherapeuten die zeggen: de zomer is te laat voor mij, we lopen nu tegen een betonnen muur aan en zitten in de problemen. Bij wie kunnen deze zorgaanbieders terecht met hun klachten?

Een tweede punt gaat over de bezorgde geluiden die ik hoor over de contractering van de eerstelijnsdiagnostiek. Wij zijn daarmee redelijk op tijd, maar het schijnt dat de zorgverzekeraars op dit moment bezig zijn om de laboratoriumfunctie te centraliseren. Ik heb net een aantal onderzoeken, ook uit Duitsland, gezien waaruit blijkt dat juist vergaande centralisatie van de laboratoriumfunctie de verspreiding van infectieziekten en antibioticaresistentie bevordert. Dat zou dan ook een slechte ontwikkeling zijn. Is het niet veel verstandiger om juist in de eerstelijnsdiagnostiek naar regionale spreiding te gaan, ook gezien de opmerkingen die de NZa daarover heeft gemaakt?

Ik heb nog een tweetal kleine opmerkingen.

De **voorzitter**: U hebt nog 40 seconden.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Hoe zit het straks met de behandeling van seksuele disfuncties in de eerste lijn? Wie heeft die taak gekregen? Wij hebben een aantal brieven gekregen uit de sector waarin men aangeeft dat daar niet meer wordt ingekocht. Is het straks dure tweedelijnszorg? Graag krijg ik hierover opheldering van de Minister.

Wij hebben van de Minister een brief gekregen waarin staat dat de huisartsen de doelstelling van het doelmatig voorschrijven niet hebben gehaald. Van de 50 miljoen die zij moesten halen, hebben zij maar 27 miljoen gehaald. De Minister zegt dat er een tariefsaanpassing komt en

dat zij de NZa daartoe opdracht heeft gegeven. Ik verkeerde altijd in de veronderstelling dat, als er sprake is van een tariefsaanpassing, de Kamer op basis van artikel 7 en 8 van de Wet marktordening gezondheidszorg een AMvB voorgelegd krijgt. Ik vraag mij af waarom wij nu van de wettelijke procedure afstappen.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Voorzitter. De Partij van de Arbeid is blij met het beleid van de Minister waarmee de eerste lijn wordt versterkt. Wij hebben in Nederland een stevige eerste lijn, maar het kan beter. Wij zijn dan ook blij met de investeringen, met name in wijkverpleegkundigen en in de sociale wijkteams, omdat wij het tandem van de huisarts en de wijkverpleegkundige al jaren als ideaal voor ogen hebben. Niet alleen voor het signaleren en doorverwijzen, maar ook als zorgverlener zijn zij belangrijke zichtbare schakels tussen de verschillende professionals en de domeinen. De PvdA wil er echter ook op wijzen dat de samenwerking tussen de GGD, de gemeenten, de verzekeraars en de vrijwilligers af en toe ondergesneeuwd dreigt te raken als gevolg van alle aandacht voor de huisartsen en de wijkverpleegkundigen. Hoe gaat de Minister dat boven de tafel houden en faciliteren, zodat er een goede integrale samenwerking tot stand komt?

Ik heb een aantal punten, vooral over de laatste brief van de Minister over de versterking van de eerste lijn en de bekostiging van de huisartsen. De regiogebonden uitkomstbekostiging is een heel goede stap die is afgesproken in het regeerakkoord. De Minister zegt dat de nieuwe huisartsenbekostiging ingaat in 2015. De PvdA vraagt zich af hoe de bekostiging van de wijkverpleegkundigen in die systematiek meegaat. Dat is wel de bedoeling, maar wij horen er nog zo weinig over. Wij krijgen op dat punt graag meer toelichting van de Minister.

Er is al een aantal keren gezegd dat wij in de pilots over de nieuwe bekostiging allerlei belemmeringen tegenkomen. Ik ben deze zomer bij een aantal pilots op bezoek geweest. Er is echt een massale klaagzang over de rol van de zorgverzekeraars, die tegenmacht zijn en die tegenwerken en belemmeren in plaats van te faciliteren en mee te werken. In aansluiting op hetgeen mevrouw Dijkstra en mevrouw Bruins Slot hierover hebben gezegd, zie ik graag een toelichting en ook actie van de Minister tegemoet.

Het valt dat wij een enorm programma hebben rondom de versterking van de eerste lijn met allerlei deelprojecten. De PvdA zou graag zien dat er een overzicht komt, een soort spoorboekje van de Minister, waarin staat wat er is gepland, wanneer wat tot stand komt en welke participanten daarin meespelen, zodat de Kamer dat kan blijven volgen. Graag krijgen wij hierover een toezegging van de Minister.

Ik sluit mij aan bij D66 en het CDA wat betreft de zorgen rondom substitutie. Nog los van de vraag of het wel snel genoeg gaat, vraagt de PvdA zich af hoe het tussen de zorgverzekeraars onderling gaat. Worden de verschillen tussen actieve zorgverzekeraars en zorgverzekeraars die veel minder actief zijn niet te groot?

Wij vinden de nulmeting een belangrijk punt. Gaat dat inderdaad lukken halverwege volgend jaar? Wat ons betreft, hoort daarbij de vraag of de nulmeting voor de wijkverpleegkundigen ook gaat lukken. Wij willen kunnen zien waar die extra 200 miljoen wordt ingezet en wat de resultaten daarvan zijn.

Ik sluit mij graag aan bij de zorgen over het inkoopbeleid in de eerste lijn. Als je aan de ene kant substitueert, maar aan de andere kant niet genoeg inkoopt in de eerste lijn, ontstaat er voor cliënten een klemmende situatie. Ik hoor met mijn collega's die signalen uit het veld. Wij moeten voorkomen dat de koplopers hiervan de dupe worden. Het lijkt erop dat de wet van de remmende voorsprong hier te bepalend wordt. Ik heb nog een heel ander punt waarvoor ik aandacht wil vragen.

De **voorzitter**: U hebt nog 40 seconden.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Volgens mij nog 60 seconden, want ik ben later begonnen.

Ik was gisteren bij een startbijeenkomst voor het Handboek vrouwspecifieke geneeskunde. Mijn buurman zegt: is dat nou echt nodig? Ja, dat is echt nodig. Vrouwen uiten symptomen heel anders dan mannen en onze geneeskunde is echt gericht op symptoomherkenning van mannen. Ik heb dit boek gekregen en het is getekend, maar ik wil het graag aan de Minister doorgeven met de vraag hoe zij vanuit haar positie aandacht kan vragen voor de vrouwspecifieke geneeskunde. Ik kan mij ook voorstellen dat zij samen met onze Minister voor emancipatie, mevrouw Bussemaker, nog eens bekijkt hoe dit een betere plek kan krijgen in de faculteiten geneeskunde. Graag krijg ik een reactie van de Minister op dit punt.

De heer **Van Gerven** (SP): Voorzitter. Ik wil vooraf even zeggen dat ik gebruik wil maken van beide interruptiemogelijkheden.

Mevrouw Wolbert heeft niets gezegd over de ontwikkelingen bij de fysiotherapie. Daar is ontzettend veel discussie over de wurgcontracten. Fysiotherapeuten krijgen te maken met allerlei aanvullende eisen en verslaglegging, terwijl zij gewoon aan het werk moeten. Wat vindt de PvdA van die signalen? Zij heeft die ongetwijfeld ook gehoord.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Het is in dit soort AO's altijd woekeren met de tijd. U weet vast en zeker dat mijn collega Lea Bouwmeester in het AO over de zorgverzekeraars uitgebreid tijd heeft besteed aan juist deze opstelling van de zorgverzekeraars. De PvdA is de partij die pleit voor goed werk en fatsoenlijke tarieven, dus wij kunnen daarover heel helder zijn. Ik vind de opstelling van zorgverzekeraars af en toe echt onnavolgbaar. Ik was tijdens een van mijn werkbezoeken bij een heel mooie en innovatieve fysiotherapiepraktijk in de Gelderse Vallei. Twee zorgverzekeraars kwalificeerden deze praktijk met een oorkonde met gouden randje als plus-plus, terwijl een zorgverzekeraar dezelfde praktijk kwalificeerde als onder de maat waardoor er werd gekort op tarieven. Mij is het een lief ding waard als wij meer scherpte en helderheid krijgen over dit inkoopbeleid, omdat ik denk dat zorgverzekeraars moeten faciliteren en niet moeten belemmeren.

De heer **Van Gerven** (SP): Wij hebben vorig jaar de discussie gehad over de tandzorgtarieven. De PvdA heeft toen samen met de SP en andere partijen gesproken over vaste tarieven. Daarbij speelde ook het element van te hoge tarieven een rol, maar vaste tarieven geven rust en duidelijkheid. Zou voor fysiotherapie en andere paramedische beroepen een systeem van vaste tarieven en contracteerplicht bij gebleken kwaliteit, dus als men goed functioneert, niet te prefereren zijn boven de onnavolgbare beweegredenen en handelwijze van de zorgverzekeraars nu?

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Ik snap best de SP pleit voor vaste tarieven. Dat debat voeren wij hier al zes of zeven jaar in de Kamer. Ik zou veel verder willen dan vaste tarieven. Als ik zie hoe nu de huisartsenzorg wordt opgebouwd met een deel vast en een heel groot deel flexibel, afhankelijk van allerlei andere factoren zoals innovatie en samenwerking, kan ik mij voorstellen dat straks de tariefstructuur voor de wijkverpleegkundige op dezelfde manier worden opgebouwd. Ik hoop dat dat een voorbeeld kan zijn voor veel meer onderdelen in de eerste lijn. Ik zie er ook mogelijkheden toe. Dat betekent dat je innovatie en integraal samenwerken beloont. Dan bied je ook de mogelijkheid bij fysiotherapie en in de eerste lijn tot meer substitutie. Mijn gedachten gaan veel meer in die richting dan dat ik per se almaar vaste tarieven wil hebben, ook omdat die producten onderling steeds minder vergelijkbaar worden.

De **voorzitter**: De heer Van Gerven met zijn tweede interruptie.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik wil nog even doorgaan over de fysiotherapie, maar dan in relatie tot de bereikbaarheid in de eerste lijn. Het pakket is verschaald en aanvullende pakketten bieden steeds minder mogelijkheden voor grote groepen om zich goed en volledig te verzekeren voor medisch noodzakelijke zorg. Ik heb even teruggekeken. Er ligt een prachtige motie-Van der Veen c.s. (29 689, nr. 331) om fysiotherapie vanaf de eerste twaalf behandelingen te blijven vergoeden. Deze motie is van 30 juni 2011. Staat de PvdA nog op dat standpunt?

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Ik heb iets minder tijd voor dit soort exegesen. Maar als de heer Van Veen deze motie heeft ingediend, dan geloof ik de heer Van Gerven op zijn woord. Zaten wij toen in de oppositie? Kijk! Laat ik het omdraaien. Ik hoor op dit moment in de praktijk ook veel verhalen van vooral chronisch zieke mensen, bijvoorbeeld met reuma, die in de problemen komen als gevolg van de manier waarop de financiering van de fysiotherapie nu is geregeld. Ik heb de Minister in een van de vorige debatten horen zeggen dat er goed moet worden gekeken naar deze specifieke groepen. Ik kan mij dat goed voorstellen. Ik wil nu niet de pakketonderhandelingen voor volgend jaar al starten, maar ik neem aan dat de Minister de oren niet gesloten houdt voor echte knelpunten in de praktijk. Zo ken ik haar ook, dus ik ga ervan uit dat wij hierop terugkomen op het moment dat de pakketten voor volgend jaar definitief worden vastgesteld.

De **voorzitter**: Mijnheer Van Gerven, tot slot.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik wil er toch nu op terugkomen, ook via dit interruptiedebatje, en de Minister nog eens om een bespiegeling vragen. Wij zien dat het door de pakketverkleining steeds minder mogelijk wordt om je goed en volledig te verzekeren voor medisch noodzakelijke zorg. Bij fysiotherapie is dat heel duidelijk, bijvoorbeeld voor reumapatiënten. Het pakket is nog verder verkleind. Nu zitten er twintig behandelingen niet meer in, dus het is nog erger dan in 2011. Het gaat om goed bereikbare eerstelijnszorg om mensen te begeleiden en hen uit het ziekenhuis te houden. Zou het niet goed zijn om nog eens te bekijken of zaken die nu uit het pakket zijn gegaan terug zouden moeten komen om een goede en sterke eerstelijnszorg te garanderen voor iedereen die deze zorg nodig heeft?

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): De heer Van Gerven vraagt de Minister nog eens om een reflectie. Dat lijkt mij nooit verkeerd, dus dat ben ik van harte met hem eens. Ik heb net al aangegeven dat de Minister de signalen over chronisch zieken en vooral reumapatiënten al goed gehoord had, maar ik ben benieuwd wat zij hierover zegt.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Mevrouw Wolbert zei iets wat ik enorm herken. Je komt op werkbezoek bij een fysiotherapeut en je hoort dat de ene zorgverzekeraar zegt «deze zorg is braggel» en dat de andere zorgverzekeraar zegt «u levert topzorg». De fysiotherapeut snapt het niet en ik snap het eigenlijk ook niet. Ik heb een vraag aan mevrouw Wolbert. Wat doen die zorgverzekeraars met de inkoop? Kopen die zorgverzekeraars eigenlijk wel op kwaliteit in?

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Deze zorgverzekeraar gebruikte in ieder geval een gestandaardiseerd systeem op basis waarvan hij alle praktijken beoordeelde. Dat snap ik goed, want je wilt enige objectiviteit als het gaat om zorginkoop. Het gaat over een hoop geld. Maar wat mij het meest stak in dat voorbeeld, is dat deze fysiotherapeut drie jaar lang heeft gepro-

beerd om met die zorgverzekeraar in gesprek te komen. Hij heeft het eerst geprobeerd met de inkoop, toen een niveau hoger en vervolgens heeft hij de directie gebeld, maar nooit heeft hij er een fatsoenlijk gesprek over kunnen voeren. Dan breekt mij de klomp. Ik vind dat wij in Nederland zo niet met elkaar moeten omgaan. Als wij overal proberen de zorg te verbeteren door middel van samenwerking en goede aansluitingen, kan het er bij mij niet in dat iemand die het volgens twee zorgverzekeraars fantastisch doet en het volgens eentje slecht doet, bij die ene niet eens een fatsoenlijk gesprek daarover kan voeren. Dat gaat volgens mij helemaal de verkeerde kant op.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Uit het antwoord van mevrouw Wolbert maak ik in ieder geval op dat er in dit geval geen sprake was van inkoop op kwaliteit, want anders had je een soortgelijk resultaat gehad. Ik herken wel van een heleboel zorgaanbieders uit de eerste lijn, of het nu logopedisten, fysiotherapeuten of zelfs huisartsen zijn, dat je niet in gesprek komt met zorgverzekeraars. Het komt niet tot een onderhandeling, terwijl in het Burgerlijk Wetboek gewoon staat dat als je een overeenkomst met elkaar sluit, je naar redelijkheid en billijkheid met elkaar in overleg moet kunnen. Vindt mevrouw Wolbert dat het Burgerlijk Wetboek ook geldt voor de zorgverzekeraars en dat wij hen misschien een keer eraan moeten herinneren dat zij basisverplichtingen hebben op grond van de wet?

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Wat mij betreft hoeven ze daaraan niet herinnerd te worden; dat zullen zij vast weten. Wat mij echt stoort, is de attitude bij de zorginkoop. Dat kun je niet met wetten regelen. Wij kunnen er nog twintig keer over praten in de Kamer. Het gaat overal in het veld vooral over de attitude. Er valt niet te praten. Het gaat over arrogantie, het gaat over tegenwerken, het gaat over one size die voor iedereen moet gelden. Er is geen enkele uitzondering mogelijk, er is geen *coulance* et cetera. Ongetwijfeld heeft mijn collega Bouwmeester dit alles in diverse debatten al naar voren gebracht, dus dat hoef ik hier niet te herhalen. Het gaat over een attitude en die is het moeilijkst te beïnvloeden. Dat lukt ons niet door te wijzen op de Grondwet. Daarvoor zal de Minister en zullen wij allemaal in de Kamer alles in de strijd moeten gooien.

De **voorzitter**: Het ging over het Burgerlijk Wetboek, zeg ik er volledigheidshalve bij, maar de strekking van uw opmerking is duidelijk.

De heer **Van Veen** (VVD): Voorzitter. De eerstelijnszorg staat voor een grote opdracht en is een cruciale schakel om de nog altijd stijgende kosten in de zorg te beteugelen. In het hoofdlijnenakkoord is afgesproken dat huisartsen 1,5% extra groeirimte krijgen om de groei in de tweede lijn te stoppen. Het is daarbij noodzakelijk dat ruimte wordt gegeven aan bijvoorbeeld huisartsen en wijkteams om hun ondernemersgeest te stimuleren en om ervoor te zorgen dat er innovatie, met name procesinnovatie, gaat plaatsvinden. De bekostigingssystematiek die daarvoor met ingang van 1 januari 2015 gaat gelden, biedt daarvoor wat mij betreft voldoende ruimte. Praktijken die meebewegen met de snel veranderende verwachtingen en eisen van patiënten, maar ook van de samenleving, moeten beloond en gestimuleerd worden. Het is goed dat zorgverzekeraars daarover afspraken met zorgverleners en dat die ruimte ten volste wordt benut door het veld zelf. Daarbij moet het echter niet stoppen. Ook de slimme substitutie van de eerstelijnszorg naar zelfmanagement moet de ruimte krijgen, alles met het doel dat men alleen voor een consult naar de huisarts gaat wanneer dit echt noodzakelijk is. Technisch is er steeds meer mogelijk. Ik vraag de Minister om die ruimte ook te geven aan die eerstelijnsprofessionals die daartoe initiatieven nemen. Het is uit onderzoek al langer bekend dat mensen niet snel van huisarts veranderen. De vertrouwensrelatie die mensen aangaan met hun huisarts

is een band die niet snel wordt verbroken. Desalniettemin zijn er ook binnen de huisartsenzorg goede en minder goede huisartsen. Het is lastig voor cliënten om de kwaliteit van de huisarts te bepalen. Als cliënten daartoe al niet in staat zijn, moeten wij bekijken op welke wijze wij de variatie in kwaliteit inzichtelijk kunnen krijgen. Tijdens het AO arbeidsmarktbeleid heb ik al gesproken over de visitatie en accreditatie van huisartsen met als doel de kwaliteit te borgen. Ik wil nogmaals benadrukken dat praktijkvariatie veel inzichtelijker moet worden en dat niet de IGZ daarvoor verantwoordelijk is – dan is het vaak al veel te laat – maar dat de beroepsgroep zelf moet zorgen voor het signaleren van kwaliteitsproblemen en voor het filteren van mensen die een potentieel gevaar vormen voor de patiëntveiligheid.

Het is tot op detailniveau bekend hoe huisartsen omgaan met het voorschrijven van medicijnen en het doorverwijzen van patiënten naar de tweedelijnszorg. Betere spiegelinformatie is wat mij betreft niet denkbaar. Door huisartsen te confronteren met hun eigen gewoonten en door die af te zetten tegen die van collega's gaan de ogen open en ontstaat er een positieve motivatie om na te denken over het eigen handelen. Wat de VVD betreft, zouden verzekeraars nog meer gebruik moeten maken van dit instrument om samen met het veld te werken aan kosten en gedragsveranderingen. Ondanks alle beschikbare informatie worden gemiddeld 45 mensen per dag opgenomen in een ziekenhuis door medicatiefouten. Dat zijn er 16.000 mensen per jaar. Dat is een ongelooflijk aantal waarover iedereen die in de zorgketen werkzaam is zich zorgen zou moeten maken. Ik ga hier de discussie over de noodzaak van een goedwerkend en betrouwbaar patiëntendossier niet overdoen, maar het is wel belangrijk dat er in de eerste lijn verantwoordelijkheid wordt genomen bij de overdracht van patiënten van de thuissituatie naar het ziekenhuis en terug. Wanneer apothekers ontevreden zijn over de wijze waarop het medicatieoverzicht nu beschikbaar wordt gesteld, moeten zij daarvan melding doen. De IGZ heeft aangegeven meer toezicht op de richtlijn medicatieoverdracht uit te voeren. Ik vraag de Minister wat dat gaat opleveren en al heeft opgeleverd in positieve zin en in negatieve zin en welke eventuele vervolgacties noodzakelijk zijn om het aantal van 16.000 opnames terug te dringen.

Vrij recent is gebleken uit onderzoek in opdracht van de IGZ dat de hygiëne bij bloed- en urinetesten in zorgpraktijken te wensen overlaat. Deze zogenaamde «point-of-care-testen» nemen toe en zijn noodzakelijk om de kosten te beheersen en snelle diagnoses mogelijk te maken. Er is inmiddels een aanbeveling gedaan om de richtlijn voor de huisartsenpraktijk uit te breiden. Kan de Minister aangeven of deze problematiek ook onder de aandacht van de sector is gebracht en wat zij van plan is te doen met dit onderzoek zelf?

De **voorzitter**: U hebt nog 35 seconden.

De heer **Van Veen** (VVD): Ik had het gezien en daarom rond ik af. De eerstelijnsprofessionals, niet alleen de huisartsen, zijn de belangrijkste schakels in het terugbrengen van de kosten in de zorg. Alleen met hun inzet zullen meer mensen goede zorg dicht bij huis krijgen. Ik doe wat dat betreft een beroep op hun inspanningen in het komende jaar.

De vergadering wordt van 11.22 uur tot 11.30 uur geschorst.

Minister **Schippers**: Voorzitter. Wij spreken vandaag over de zorg in de eerste lijn, maar gedeelten van het debat zijn eigenlijk hetzelfde als in het algemeen overleg over de Zorgverzekeringswet. Ik kom er straks op terug. Zorgaanbieders in de eerste lijn zijn bij uitstek degenen bij wie mensen die iets hebben of die zich zorgen maken het eerst aankloppen. Het is een ontzettend belangrijke schakel, de eerste schakel in onze zorg. De meeste

vragen en gezondheidsklachten worden in de eerste lijn afgehandeld en mensen zijn daar tevreden over. De Nederlandse gezondheidszorg staat niet voor niets al jaren op één in Europa, als het gaat om de beoordeling door patiënten. Professionals in de eerste lijn kunnen daarop heel trots op zijn. Zij verdienen daarvoor een pluim.

Er komt in de komende jaren veel op de eerste lijn af. Ook als zij ouder worden en minder gezond zijn, willen mensen zo veel en zo lang mogelijk in hun eigen omgeving blijven wonen en deelnemen aan de maatschappij. De grote veranderingen in het stelsel van de langdurige zorg zullen dit versterken. De organisatie van de zorg moet daarop aansluiten en die zorg zal dan ook meer en meer dicht bij huis moeten worden geleverd. Dat leidt tot meer zorgvragen in de eerste lijn. Daarbij komt dat ook vanuit de geestelijke gezondheidszorg, onder andere door de introductie van de basis geestelijke gezondheidszorg, en vanuit de ziekenhuizen de zorgvraag in de eerste lijn toeneemt. Daar komt nog eens bovenop dat het aantal mensen met een of meer chronische ziekten toeneemt. Om dat aan te kunnen, is een sterke en ook goed georganiseerde eerste lijn nodig, waarin verschillende professionals zoals huisartsen, apothekers, wijkverpleegkundigen en paramedici goed samenwerken en van waaruit de verbindingen worden gemaakt naar gemeenten, GGD's en ziekenhuizen.

De SP had het zo-even ook over de organisatiegraad in de eerste lijn. Partijen zullen gezamenlijk moeten bepalen wat op welk niveau moet worden geregeld. Wat kan de individuele huisarts zelf doen, wat moet er lokaal in de wijk worden georganiseerd en wat op het regionale niveau, bijvoorbeeld via de zorggroepen? Ik rol daar geen blauwdruk uit. Als je echter ziet welke taken de huisarts nu heeft en welke nieuwe taken op hem afkomen, is het evident dat die huisarts ook meer regelwerk krijgt, bijvoorbeeld bellen met andere huisartsen of met de wijkverpleegkundige. Daarvoor moet je een organisatievorm vinden. Die organisatievorm kunnen huisartsen het beste zelf vinden, want in Friesland gaat dat toch anders dan in hartje Amsterdam. Ik vind niet dat ik daarvoor een blauwdruk moet klaarleggen. Het vraagt ook van de eerste lijn om serieus werk te maken van zelfzorg en zelfmanagement. Daar moet de komende jaren de aandacht naartoe: het versterken van de eerste lijn, het uitbouwen van de onderlinge samenwerking en de verbinding naar andere zorgverleners, bijvoorbeeld in de ziekenhuizen, en het stimuleren van de verschuiving van zorg van de tweede naar de eerste lijn en ook naar de zelfzorg.

Leidt de organisatiegraad die dit allemaal vergt niet tot te veel overlegcultuur en overhead? Ik vind het wel belangrijk dat de organisatiegraad in de eerste lijn verder wordt versterkt. Ik heb al gezegd dat ik daarvoor geen blauwdruk maak. Het is aan de partijen in het veld om daarvoor een goede vorm te vinden. Dat kan in de stad anders zijn dan op het platteland. Je moet enorm oppassen dat je geen onnodige overhead krijgt, dat je niet onnodig managers overal tussen gaat zetten, maar dat je dat lean and mean doet. Het is aan het veld om dat op de meest praktische manier vorm te geven. Ik denk niet dat het veld mij daarvoor heel erg nodig heeft. Ik leg niet op hoeveel men moet overleggen. Ik leg niet allerlei toeters en bellen binnen de regionale structuren op. Wel werk ik met de partijen op basis van het hoofdlijnenakkoord het thema organisatiegraad verder uit door in kaart te brengen wat er nodig is om het te versterken. Ik zal daarbij ook de thema's overlegcultuur en bureaucratie laten meenemen, waarvoor de heer Van Gerven aandacht vraagt: hoe voorkomen wij dat wij enorme vergadercircuits gaan optuigen? Dat zal ik meenemen in het overleg met de partijen.

De **voorzitter**: Ik zeg even tegen de collega's dat een ieder zoals gebruikelijk twee interrupties heeft.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Ik heb even een orde­vraag. Om mijn inter­rupties tref­zeker te kunnen plaats­en, zou ik het fijn vinden als de Minister aangeeft of zij in kopjes werkt. Zo ja, zou ik die mogen weten? Dan weet ik waar ik het gemak­kelijkst mijn vragen kan stellen.

Minister **Schippers**: Dit is de in­lei­ding. Dan kom ik bij de be­kostig­ing, de sub­sti­tu­tie, de huis­arts, het in­ko­men, het door­ver­wijzen et ce­tera, de wijk­ver­ple­ging in sa­men­hang in de wijk, de proeftuinen, de pa­ra­me­dische zorg, zelf­zorg en zelf­ma­nage­ment en overig.

Het ak­koord met de eerste lijn be­vat af­spraken over wat er nodig is in de eerste lijn om de zorg­vragen van de toekomst te kunnen be­han­delen. Met dit ak­koord ge­ven veld­partijen aan, sa­men deze uit­da­gingen op te pakken en daar­voor ver­ant­woor­de­lijk­heid te nemen. Het ak­koord is vooral ge­richt op de huis­artsenzorg en de mul­ti­dis­ci­plinaire zorg van­wege de cen­trale rol van de huis­arts in ons zorg­stel­sel. Het ak­koord kent drie be­lang­rijke onder­delen: extra groeiruimte voor sub­sti­tu­tie, een nieuw be­kostigings­model en een in­hou­de­lijke agenda met speer­punten voor de komende jaren. De extra groeiruimte is be­doeld om de toenemende vraag ook financieel te kunnen op­vangen. Ver­der zijn er af­spraken over ge­maakt dat aan­vullende groei mo­gelijk is, als er in een ander domein be­spa­ringen worden ge­realiseerd. Het nieuwe be­kostigings­model moet helpen om de or­ga­ni­sa­tie­graad van de eerste lijn te ver­sterken door meer nadruk op sa­men­wer­king. Ver­der moet het nieuwe model sub­sti­tu­tie sti­mu­leren en een forse im­puls ge­ven aan het be­lonen van uit­kom­sten. In de in­hou­de­lijke agenda zijn the­ma's op­ge­no­men waaraan partijen ge­za­men­lijk in­vulling zullen ge­ven. Het gaat om onder­werpen zoals het door­ont­wik­kelen van mul­ti­dis­ci­plinaire zorg, de in­bed­ding van de POH-ggz in de huis­artsen­prak­tijk, de in­te­gra­tie van de huis­artsen­pos­ten en de spoedeisende hulp, het ont­wik­kelen van een sub­sti­tu­tie­monitor en het ver­sterken van e-health en zelf­ma­nage­ment.

Wij zijn nu druk bezig met de be­kostig­ing. Er zijn in het regeer­ak­koord af­spraken ge­maakt over een nieuw model voor de huis­artsenzorg en de mul­ti­dis­ci­plinaire zorg. Sa­men met veld­partijen is de af­ge­lo­pen tijd ge­werkt aan een nieuw model. De hoofd­lijnen daarvan zijn vast­ge­legd in het ak­koord met de eerste lijn en ook in een brief die u is toe­ge­stuurd. Het nieuwe model kent de vol­gende uit­gang­spunten. Door middel van po­pu­la­tie­ge­bon­den ken­merken in het model kan de be­kostig­ing worden aangepast aan de zorg­vraag van een groep men­sen. Daarmee wordt maat­werk beter mo­gelijk. Het model be­vat een ste­vige im­puls voor sa­men­wer­king om di­verse vormen van zorg in het be­lang van de pa­tiënt met elkaar te ver­binden. Het be­lonen van ge­zond­heids­uit­kom­sten en andere uit­kom­sten wordt mo­gelijk. Het stelt sub­sti­tu­tie van de tweede naar de eerste lijn en van de eerste lijn naar de zelf­zorg en pre­ven­tie cen­traal. Het model be­staat uit drie seg­men­ten: de basis­voorziening voor de huis­artsenzorg, de mul­ti­dis­ci­plinaire sa­men­wer­king bij chro­nische zorg en het be­lonen van uit­kom­sten en het sti­mu­leren van vernieuwing. De kracht van het nieuwe model is ge­legen in de wissel­wer­king van de ver­schil­lende seg­men­ten. Ik ver­wacht dat na ver­loop van tijd het aandeel mul­ti­dis­ci­plinaire zorg zal kunnen stijgen door de ver­dere im­ple­men­ta­tie van be­staande zorg­pro­gram­ma's en door het op­star­ten van nieuwe zorg­pro­gram­ma's zoals in de ge­es­te­lijke ge­zond­heids­zorg en de zorg voor kwetsbare ou­deren. Het zijn nu dus geen vaste seg­men­ten, maar dat kan na­tuur­lijk wij­zigen in de loop der jaren. Het be­kostigings­model moet weer heel lang mee.

Ook een toenemende sub­sti­tu­tie van zorg vanuit de tweede lijn zal leiden tot een her­ver­deling van de seg­men­ten. De huis­artsenzorg als ste­vige basis­voorziening blijft even­wel ge­waar­borgd. Door ruimte in te bouwen voor prak­tijk­ge­bon­den af­spraken en het be­lonen op uit­kom­sten kunnen partijen zich on­derscheiden en in ge­za­men­lijk over­leg be­palen welke zorg het beste past bij de in­ge­schreven pa­tiënt­en­po­pu­la­tie. Op dit mo­ment

werkt de NZa met relevante partijen aan een advies over de uitwerking van het bekostigingsmodel. Ik word door de NZa in februari 2014 geadviseerd en zal u vervolgens in april informeren over de besluiten die wij moeten nemen en de vervolgstappen die wij moeten zetten. Met de nieuwe bekostiging in 2015 zijn wij er niet. De PvdA vraagt dan ook wat de doelstellingen op de langere termijn zijn. Het doel op de langere termijn is het bieden van een samenhangend pakket aan zorg en ondersteuning dichtbij aan mensen die dat nodig hebben en bij wie zelfzorg waar mogelijk wordt ingezet. De wijze van bekostiging moet dit ondersteunen. Dat geldt niet alleen voor de huisartsenzorg, maar ook voor de multidisciplinaire zorg, de wijkverpleegkundige, de farmaceutische zorg en de geestelijke gezondheidszorg. In al die bekostigingssystemen wordt gewerkt aan het faciliteren van het verschuiven van zorg zo dicht mogelijk bij de mensen, dus naar de eerste lijn of naar zelfzorg, en het introduceren van belonen op uitkomsten en het organiseren van samenwerking tussen zorgaanbieders. In de komende jaren wordt gewerkt aan het op elkaar laten aansluiten van die bekostigingssystemen. Dat zal niet van vandaag op morgen geregeld zijn. Daarvoor is het te complex, want een heleboel bekostigingssystemen gaan gewoon door zoals ze al gingen. Als je iets verandert, verander je het zodanig dat het op elkaar aansluit. Met de nieuwe bekostiging in de geestelijke gezondheidszorg, de nieuwe bekostiging in de huisartsenzorg en straks de nieuwe bekostiging van de wijkverpleegkundige zetten wij heel grote stappen op dit terrein. Dat is ook nodig om de complexe zorgvragen van de toekomst in de eerste lijn te kunnen beantwoorden. De SP vraagt of wij niet meer landelijke tarieven kunnen vaststellen, zodat er minder overleg tussen verzekeraars en aanbieders nodig is. Je kunt niet echt zeggen dat wij in de eerste lijn en zeker in de huisartsenzorg de keiharde marktwerking introduceren met een inschrijf- en abonnements-tarief en een populatiebekostiging. Het grootste gedeelte van het tarief is gereguleerd, ongeveer 70%. Ook in het nieuwe bekostigingsmodel zal er nog veel worden gereguleerd, zeker voor de basishuisartsenzorg. Voor het realiseren van maatwerk op lokaal en regionaal niveau is ook vrijheid nodig voor partijen, omdat niet iedere stad of iedere wijk hetzelfde is. Je moet daarbij kunnen aansluiten.

Vind ik de organisatiegraad van de eerste lijn sterk genoeg om ook afspraken over substitutie te maken? Ik heb er al een paar keer over gesproken dat die organisatiegraad moet worden versterkt, maar er zijn wel gebieden in Nederland waar de organisatiegraad al heel goed op orde is en waar die zich vrij snel ontwikkelt. Eerdere onderzoeken van het RIVM onder zorggroepen tonen de diversiteit in de eerste lijn bij de zorggroepen aan. Daarom heb ik met de partijen in het akkoord afgesproken om dat thema verder uit te werken. Dat doen wij onder andere door via onderzoeken in kaart te brengen wat er op lokaal niveau nodig is om de organisatiegraad te versterken en welke kosten daarmee gemoeid zijn. De investeringen hierin zijn nodig. Ik heb ook afgesproken dat de eerste lijn daarom meer groeiruimte krijgt. Ik vind dat ook verzekeraars als ondertekenaars van het akkoord hiervan serieus werk moeten maken en hierover met de aanbieders afspraken moeten maken.

Kan ik een spoorboekje maken waarin verschillende deeltrajecten qua voortgang aan elkaar worden gekoppeld? Ik kan mij voorstellen dat dit handig is om het overzicht goed te bewaren. Ik zeg u toe dat ik in het voorjaar van 2014 met een spoorboekje zal komen. Dan is er namelijk meer bekend over de concrete invulling van de bekostiging van de huisartsenzorg, de multidisciplinaire zorg en de wijkverpleegkundige. Ook is er dan meer zicht op de monitoring van de proeftuinen en de uitwerking van de afspraken in het eerstelijnsakkoord, waaronder de substitutiemonitor. Er komt een substitutiemonitor om dat daadwerkelijk te kunnen meten, zodat er budget meegaat als er wordt gesubstitueerd. Dat is natuurlijk wel het idee. Dat lijkt mij een mooi moment om dit te doen.

Sommige partijen hebben aangegeven dat zij het wenselijk vinden om te bekijken of een bekostigingssysteem zonder consulten voordelen kan bieden. Ik kan mij daarbij wel iets voorstellen. Als je een standaardpraktijk hebt, doe je ongeveer evenveel consulten. Maakt dat het niet heel ingewikkeld? Maar goed, ik weet ook dat heel veel huisartsen heel erg hechten aan die consulten. Daarom vind ik het goed om dat via een pilot te doen. Ik ben heel benieuwd wat er uit die pilot zal komen. Ik geef partijen met ingang van 1 januari 2015 de ruimte om te experimenteren met het bekostigingssysteem zonder consulten. Eerst moet dat systeem ingaan en daarna kun je meteen vanaf de start van het nieuwe systeem daarmee experimenteren. Ik heb de NZa gevraagd om dat mogelijk te maken. Na de evaluatie in het voorjaar van 2017 moeten wij bekijken welke resultaten dat oplevert. In maart 2015 zal ik uw Kamer informeren over de manier waarop de NZa dit soort experimenten mogelijk maakt. Ik kan nu nog niet aangeven wat de omvang zal zijn, want wij moeten eerst het nieuwe bekostigingssysteem invoeren.

Hoe denk ik over ketenzorg voor chronisch zieken in het tweede segment? Dit moet toch niet afhankelijk zijn van contracten met de verzekeraars? Ik vind het belangrijk dat ook in het nieuwe bekostigingsmodel ketenzorg goed geregeld is. Met partijen is afgesproken dat in het tweede segment, uitgaande van drie segmenten, ketenzorg in principe een vrij tarief zal kennen net als de huidige ketenzorg voor chronisch zieken, die ook een vrij tarief kent. Op basis van de hoofdlijnen van het model in het akkoord geeft de NZa mij in februari advies over de uitwerking. De NZa neemt ook de uitwerking van het tweede segment mee. Ik kan u in het voorjaar daarover informeren. Het is nu gewoon wat vroeg, omdat ik nog niet bekend ben met de uitwerking daarvan.

Is er voldoende ruimte voor overleg? Juist bij samenwerking in verband met chronisch zieken is overleg essentieel. Het nieuwe model stuurt juist op versterking van die samenwerking en daarbij hoort men ook overleg te voeren. Er is ook andere ondersteuning zoals ICT. De heer Van Veen zei al dat het een belangrijke rol speelt in de informatie-uitwisseling dat je goed weet wat een ander hoeft te doen. Dat kun je ook uitwisselen via ICT en de ontwikkeling van protocollen. Ik zie voldoende ruimte voor overleg en voor goede afstemming in het nieuwe model.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Dat overleg is belangrijk. Alleen, als ik in gesprek met huisartsen ga, zeggen zij dat zij beperkt tijd hebben. Tijd is voor huisartsen en voor andere mensen in de zorg ook een kwestie van financiering. Zij zeggen: ik moet met de gemeente overleggen, ik wil graag multidisciplinair overleg hebben. Is in het nieuwe systeem de financiering van al die overleggen die erbij komen en die gewoon tijd vergen wel voldoende geborgd? Ik vind dat dit nu onvoldoende terugkomt in de brief van de Minister.

Minister **Schippers**: De brief die ik heb geschreven, is een hoofdlijnen-brief. De uitwerking vindt momenteel plaats in overleg met onder anderen de huisartsen zelf. Het is de bedoeling dat de huisartsen al dat overleg zelf doen. Zij krijgen veel meer taken. Het is voor een huisarts echt onmogelijk om alle ggz-taken en alle nieuwe taken op het gebied van chronische zorg zelf te doen. Als er nieuwe taken bij komen terwijl het aantal huisartsen gelijk blijft, dan vergt dat natuurlijk wat. Het is dus niet voor niks dat een POH-ggz wordt toegevoegd en het is niet voor niks dat in de ketenzorg heel veel gebruik wordt gemaakt van gespecialiseerde verpleegkundigen. Je moet met elkaar samenwerken. Samenwerken betekent wel meer overleg, maar het betekent naar mijn mening ook betere zorg. Laten we de vinger goed aan de pols houden en in het nieuwe bekostigingsmodel daarop letten, maar die samenwerking vind ik cruciaal. Die heeft daarin ook een stevige plek.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Die samenwerking is ook cruciaal. Het punt dat ik net maakte, is dat de huisarts wel de tijd moet hebben om deze samenwerking te realiseren. Op het moment dat hij bezig is met die samenwerking, kan hij geen patiënten zien en kan hij bijvoorbeeld geen chronische zorg verlenen. Uit de hoofdlijnenbrief van de Minister krijg ik de indruk dat zij al die samenwerking en al die overleggen gewoon onder het abonnementstarief wil schuiven, maar dan zou het toch een sigaar uit eigen doos zijn. Ik vraag dit expliciet omdat wij de komende jaren veel meer van de huisarts gaan verwachten. Wij moeten hem daar goed op voorbereiden en een en ander faciliteren.

Minister **Schippers**: Gelukkig werkt de huisarts ook nu al heel veel samen en overlegt hij ook nu al veel. Dat is dus niet iets heel nieuws. Het is niet zo dat de huisarts nu een wal om zijn praktijk heen heeft staan en niet samenwerkt. Als je met een huisarts meeloopt, dan zie je hoe vaak al overleg plaatsvindt, bijvoorbeeld met de wijkverpleegkundige of de thuiszorg. Wij stellen nu voor om de organisatiegraad in te richten voor al die nieuwe taken. Ik heb weleens gezegd dat het heel druk wordt in de wijk. Laten wij ervoor zorgen dat de mensen bij die drukte niet langs elkaar heen werken, maar elkaar versterken. Als de huisarts er nieuwe taken bij krijgt, moeten wij goed bekijken welke taken echt door de huisarts moeten worden uitgevoerd en welke taken hij kan delegeren, naar zijn assistent, naar een verpleegkundige of naar een POH-ggz. Er komt dus ook een taakherschikking. Dat is evident. Het aantal chronische patiënten in onze samenleving neemt toe. Anders kunnen wij die hausse van nieuwe chronische patiënten nooit opvangen. We moeten een en ander dus slimmer organiseren en slimmer doen. Daarvoor moet dus plaats zijn in het nieuwe bekostigingssysteem en daarvoor is juist heel veel plaats geregeld, vooral in het tweede segment.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik wil nog even stilstaan bij de bekostigings-systematiek van de huisartsen. De Minister zegt dat er een pilot komt waarbij consulten niet meer worden gedeclareerd. Dat is natuurlijk geen pilot, want dat is bij de ziekenfondsverzekerden tientallen jaren zo geweest. Wij weten dus precies hoe dat kan werken. Maar goed, we hebben ervoor gekozen om vanaf 2005 te gaan declareren. Dat heeft de huisartsen geen windeieren gelegd. Zij zijn veel meer gaan verdienen. Er is ook veel meer bureaucratie gekomen. We kennen die effecten dus wel. De manier waarop je het inricht, lijkt mij veel meer een principiële keuze. Ik wil inzoomen op een betrekkelijk nieuw element, namelijk de uitkomst-financiering. Dat is een soort bonusgeneeskunde. Als je patiënten beter maakt, krijg je wat meer; laat ik het zo samenvatten. Ik denk dat dit principiële een verkeerde weg is. Wil de Minister op dat punt eens nader ingaan?

Minister **Schippers**: De huisartsen geven aan dat zij het in het nieuwe bekostigingsmodel zonder consulttarief willen proberen. Ik vind dat goed. Wij gaan daar dus gewoon mee van start. Ik weet dat er ook mensen zijn die heel erg tegen zijn. Laten wij eerst maar eens bij een daadwerkelijke monitor kijken hoe de verschillen uitpakken. Ik moet eerlijk zeggen dat heel veel partijen in deze Kamer mij vaak vragen of ik niet wat sneller kan zijn met de uitkomstfinanciering omdat zij daar een groot voorstander van zijn. Hierover zijn in deze Kamer verschillende moties aangenomen. Ik vind dat de heer Van Gerven er een karikatuur van maakt. Ik zeg altijd maar – en nu maak ik er een karikatuur van – dat je gebouwen krijgt als je gebouwen financiert en dat je productie krijgt als je productie financiert. Als je kwaliteit financiert, moet je dus niet raar opkijken als je meer kwaliteit van zorg krijgt. Het is dus niet iets wat je domweg moet invoeren. Dat moet je heel goed met elkaar afspreken. Dat moet je stapsgewijs doen. Daarbij moet je ook dingen uitproberen.

Misschien zeggen we met elkaar wel na een tijdje dat het ene element van de uitkomstfinanciering eigenlijk niet zo goed is, maar dat het andere element echt wel betere zorg oplevert. Het is dus ook een beetje pionieren. Het gaat er ook om, hiernaar slim en met verstand te kijken. Ik zou het toch jammer vinden als dit nu zo wordt platgeslagen en in een spelletjesjargon wordt getrokken. Hier liggen immers kansen om over te gaan tot slimmer financieren.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik maak daar geen karikatuur van. Ik stel gewoon een vraag. Uit de ervaring die in het Verenigd Koninkrijk is opgedaan met het QOF (Quality and Outcomes Framework), een beloning van huisartsen gebaseerd op uitkomsten, blijkt dat het bureaucratisch werd en dat de doktoren achter de computer aanliepen in plaats van gewoon goede zorg te leveren. Er zijn dus voorbeelden in het buitenland die negatief stemmen. Ik ben er bang voor dat juist dan dingen worden gedaan die goed behandelbaar zijn. Men gaat dus vooral datgene doen waaraan men kan verdienen, terwijl integrale, volledige zorg natuurlijk centraal moet staan. Moet niet hetgeen waarvoor een huisarts of een andere hulpverlener is opgeleid, de norm zijn? Daarvoor moet je niet een soort bonussysteem ontwikkelen, want als je er goed over nadenkt, zie je in dat dit eigenlijk een motie van wantrouwen is tegen heel artsen- en hulpverlenersland.

Minister **Schippers**: De heer Van Gerven is er voorstander van om volledig via een abonnementstarief te financieren. Daar ben ik geen voorstander van. Wij verschillen daarover dus van mening. Ik ben wel van mening dat als je uitkomstfinanciering gaat introduceren, je dat op een verstandige manier moet doen. Daarom wordt het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) er ook bij betrokken, om samen met de NZa te bezien hoe je dit nu op een verstandige manier kunt doen. Daar kun je allerlei elementen in brengen. Dat kunnen elementen zijn die daadwerkelijk iets zeggen over de kwaliteit, maar je kunt bijvoorbeeld ook eens bekijken hoe het zit met doorverwijzen of met andere prestaties waarop kan worden beloond. Ik denk dat dit heel veel toekomstperspectief biedt als je het op een verstandige manier doet.

Over substitutie zijn verschillende vragen gesteld. Zorgverzekeraars Nederland (ZN) is bezig met de ontwikkeling van een substitutiemonitor. ZN is in dezen althans de trekker. Dat is heel belangrijk. Verschuiving van de zorg is immers een van de pijlers van het beleid om zorg dichtbij te realiseren. Om dat te realiseren, is het belangrijk dat het geld de zorg volgt. Als de eerste lijn zorg uit het ziekenhuis haalt, moet de eerste lijn ook daarvoor betaald worden. Dat is ook een vorm van prestatie, zo zou ik willen zeggen, maar het is wel een heel belangrijke en volgens mij ook een heel gewenste vorm. Daarvoor is het wel nodig om te achterhalen hoe je zicht krijgt op de verschuiving van zorg. Dat zicht hebben wij nu nog niet voldoende.

In het akkoord hebben wij daarom een substitutiemonitor opgenomen. Zorgverzekeraars Nederland heeft het initiatief genomen om die monitor te ontwikkelen en is daar samen met partijen mee bezig. Tegen mevrouw Wolbert zeg ik dat een nulmeting daarvan een onderdeel is. Wat mij betreft kent de monitor verschillende onderdelen. Ik noem in dezen inzicht in het microniveau van behandelingen die worden verplaatst en inzicht in de macrobudgettaire effecten op basis van uitgaven in de tweede lijn, huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg. Dat laatste is van belang om te bepalen wat we gaan doen met de overschrijdingen op de kaders. Wij willen immers voorkomen dat we zorgaanbieders straffen voor extra werk dat wij van hen verwachten, want dan is het snel afgelopen met de substitutie. Inzicht in macrobudgettaire effecten op hoofdlijnen kan worden verkregen door de verschuiving die zorgverzekeraars doorvoeren in hun zorginkoop in kaart te brengen. Ik kan mij voorstellen dat een

optelling van de verwachte uitgaven in de huisartsenzorg en de medisch-specialistische zorg een grofmazig beeld geeft van de verschuivingen in het kader. Dat beeld kan worden afgezet tegen de kaders in het Budgettair Kader Zorg (BKZ) door dit in opeenvolgende jaren te doen. In 2014 en in 2015 kun je al nagaan welke verschuivingen tussen de eerste en tweede lijn zichtbaar zijn. Of de optelling te maken is aan de hand van de contracten die verzekeraars hebben afgesloten, moeten we nog onderzoeken. Vooral in de eerste lijn wordt veel minder met omzetcontracten gewerkt dan in de tweede lijn. Ook moeten wij nader onderzoeken hoe hard de cijfers zijn die een dergelijke optelling oplevert. Het is dus nog niet zo makkelijk om zo'n monitor op te zetten, maar we zijn er wel druk mee bezig.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Ik neem aan dat de Minister hiermee het macrobeheersinstrument heeft behandeld. Of komt zij daar nog op terug?

Minister **Schippers**: Nee, het mbi komt nog. Dit gaat over de substitutie.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Oké.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Ik heb de Minister gevraagd hoe zij staat tegenover de verschillen tussen de zorgverzekeraars. De zorgverzekeraars zijn zelf de trekkers van de monitor. Er zijn echter nu al duidelijke verschillen tussen de zorgverzekeraars, in tempo of in activiteit. Welke taak ziet de Minister daarbij voor zichzelf weggelegd?

Minister **Schippers**: De zorgverzekeraars zijn trekkers van deze monitor omdat zij de kennis al hebben die hiervoor nodig is, maar dit gebeurt wel allemaal in het kader van het hoofdlijnenakkoord. Wij kijken dus mee en alle andere partijen kijken ook mee, en we maken daar afspraken over. Dat er verschil is tussen de zorgverzekeraars is evident. Dat kun je ook niet zomaar wegnemen. Alle zorgverzekeraars die ik spreek, staan zeer positief tegenover substitutie, maar de een is daar handiger en sneller in en weet dit meer handen en voeten te geven dan de ander. Hoe meer goede voorbeelden je krijgt en goed verspreidt, hoe meer dit van de grond zal komen. Dit staat echt nog aan het begin. We doen nu een nulmeting, en dat is ook goed, maar hierbij zou echt veel meer kunnen. Ik denk dat het vormgeven hiervan ook een kwestie is van het met elkaar delen van de best practices.

Mij is gevraagd of ik de eerstelijns- en tweedelijnsbudgetten niet kan samenvoegen. Ik sluit niet uit dat wij dat in de toekomst zullen doen. Ik denk zelfs dat het een goede stap is om dit in de toekomst te doen, maar dat lijkt mij nu nog te vroeg. Wat wij nu doen met het hoofdlijnenakkoord is eigenlijk een eerste stap. In feite verbinden wij deze twee kaders aan elkaar met een open sluis. Wat door die open sluis gaat, monitoren we. Dat lijkt mij een heel belangrijke eerste stap. Ik sluit niet uit dat het goed is om in de toekomst een tweede stap te zetten.

Dan ga ik in op het mbi, het macrobeheersinstrument. In het akkoord met de eerste lijn is overeengekomen dat ik zal laten onderzoeken of een gedifferentieerd mbi tot de mogelijkheden behoort. Door ervaringen die wij inmiddels in de tweede lijn hebben opgedaan, weten we dat de ontwikkeling van een gedifferentieerd mbi echt heel ingewikkeld is. Het onderzoek voor het toepassen van een gedifferentieerd mbi voor de medisch-specialistische zorg en de ggz is in volle gang, maar ik wil niet dat wij voor allerlei losse dingen het wiel gaan uitvinden. Het is ontzettend belangrijk dat wij eerst de uitkomsten van dat onderzoek afwachten. Vervolgens kunnen wij met de partijen uit de eerste lijn bekijken wat wij voor de eerste lijn uit het onderzoek halen. Het zal er dus niet morgen zijn. Ik zou willen dat wij het morgen in ieder geval voor de tweede lijn al hadden.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Ik heb ook niet gevraagd of het er morgen al is, maar wel of het er is voordat de nieuwe bekostigingsstructuur in werking treedt. Daar heeft het natuurlijk wel direct mee te maken. Daarvoor hebben wij een jaar de tijd. Gaat dat lukken?

Minister **Schippers**: Iets in mij zegt dat dit een hele uitdaging zal worden. Ik ben heel voorzichtig geworden. Bij de tweede lijn leek het mij namelijk niet heel moeilijk – ik ben een simpel mens – terwijl het echt heel complex blijkt te zijn. Wij moeten er wel rekening mee houden dat, als wij het echt over een mbi hebben, het voor de rechter stand moet houden dat je hier eenmaal x en daar tweemaal x weghaalt. Het is niet zo heel eenvoudig vorm te geven. Ik heb daar iets te luchtig over gedacht. Met alle deskundigheid die daarover gevonden kan worden, bekijken wij dit nu voor de tweede lijn. Dat gaat zo traag dat ik nu niet durf te voorspellen dat wij volgend jaar een mbi hebben voor de eerste lijn, maar als wij dat hebben, zou dat mooi zijn.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Ik heb niet voor niets mijn twijfel over de haalbaarheid uitgesproken en die bevestigt de Minister ook. Als het inderdaad te complex is om dit goed te regelen, dan is het wel de vraag hoe de Minister dit dan voor zich ziet. Op welke manier kun je dan wel een middel inzetten?

Minister **Schippers**: Dat zou dan op de huidige manier moeten. Een gedifferentieerd mbi is dan een veel mooier instrument, want dan kun je echt maatwerk leveren. Dat kan nu niet, dus zal het op de huidige manier gaan.

In het algemeen overleg over de Zorgverzekeringswet hebben wij gesproken over de doorverwijsfunctie van de huisarts, over de polissen die zijn ontstaan en over de vraag hoe de huisarts nu weet of degene naar wie hij iemand doorverwijst in de polis staat. Ik heb daarop geantwoord dat ik daarover een gesprek zou voeren met de huisartsen en dat ik het gesprek over de vraag hoe wij dit op een zo gemakkelijk mogelijke manier kunnen oplossen, niet met de huisartsen alleen zou voeren. Daarbij zou ik ook de verzekeraars, de ziekenhuizen en de patiëntenverenigingen uitnodigen.

Verder is mij gevraagd of de openingstijden die de huisarts hanteert niet flexibeler kunnen worden. Die ruimte is er straks in het derde segment van het nieuwe bekostigingsmodel. Daarover kan men met elkaar dus afspraken maken. Je ziet overigens dat de huisartsenpraktijken die mogelijkheid ook nu hebben. Vaak zitten dan meer huisartsen in één gebouw en nemen zij diensten van elkaar over. Als de een avonddienst heeft gehad, neemt de ander op een rustige ochtend zijn dienst erbij. Ik denk dat je dat flexibel moet kunnen toepassen en dat het heel veel scheelt waar de arts praktijk houdt en in welk gebied hij gevestigd is. De behoefte hieraan kan ook verschillen. Ik kan mij voorstellen dat hieraan meer behoefte is in wijken waar veel tweeverdieners wonen die veel van huis zijn dan in een wijk waar heel veel mensen wonen die met pensioen zijn. Ik wil dat niet afdwingen. Ik vind het wel belangrijk dat als daar in de omgeving behoefte aan is, daarop ook daadwerkelijk ingespeeld kan worden. Alles is erop ingesteld dat men daarop kan inspelen. Sterker nog, een verzekeraar kan daarop contracteren.

Dan ga ik in op de preventie op het gebied van angst, alcohol en depressie door de huisarts of POH. Gevraagd is of dit niet een te grote rol is. Preventie betreft klachten. Dat zijn dus nog geen stoornissen. Geïndiceerde preventie valt onder de huisartsenzorg, die de huisarts samen met de praktijkondersteuner huisartsenpraktijk (POH) uitvoert. Juist door middel van de versterking en functionalisering van de POH-ggz wordt de huisarts hierin ondersteund. Per 2014 kan een huisarts twaalf uur POH-ggz-ondersteuning krijgen in plaats van de huidige negen uur. De rol

van preventie vind ik wel een rol die echt bij de huisarts past. Ik zie dit dan ook met vertrouwen tegemoet.

Waarom is niet gekozen voor een voorhangprocedure bij de tariefmaatregel doelmatig voorschrijven? Een voorhangprocedure is nodig als nieuwe prestaties worden vastgesteld of als de tariefsoort verandert. Daarvan is hier geen sprake. Op basis van artikel 59 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) is een aanwijzing niet verplicht, en dus ook geen voorhangprocedure.

Wanneer verwacht ik het advies over de wijkverpleging en hoe doen wij het daar met de bekostiging? Het is bekend dat de Staatssecretaris en ik hierover samen een advies hebben gevraagd aan de NZa. Dat advies wordt deze week openbaar. Dan kunnen de leden het dus lezen. Dit advies kan dus ieder moment worden uitgebracht. In dit advies wordt zowel een model met populatiebekostiging als een model op basis van integrale prestaties uitgewerkt. Er wordt ook nog een hybride model uitgewerkt, waarbij elementen van beide zojuist genoemde modellen zijn terug te vinden. Begin 2014 zal ik samen met de Staatssecretaris de contouren van de nieuwe bekostiging thuisverpleging aan de Kamer doen toekomen. Hoe verhoudt de nieuwe bekostiging van de huisartsenzorg zich tot de nieuwe bekostiging verpleging in de wijk per 2015? Het antwoord op deze vraag heb ik eigenlijk al gegeven. Het advies is uitgebracht. Daarin zitten drie modellen. Op basis van dat advies moeten wij nog een beslissing nemen: voldoen die modellen? Begin 2014 kom ik hierop terug.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Het is goed om te weten dat het er al zo snel ligt. Ik zag inderdaad even voorbijkomen dat er drie modellen zijn. Ik heb dat ergens gelezen, maar ik weet niet meer waar. Het is wel van belang op basis van welke criteria de Minister en de Staatssecretaris besluiten welk model het meest voor de hand ligt. Ik wil de Minister meegeven dat het bij een keuze voor de financiering van de wijkverpleegkundige juist belangrijk is om te waarborgen dat de wijkverpleegkundige de schakel kan zijn tussen enerzijds de huisartsen en anderzijds de welzijnssector en de nulde lijn. Er moet dus niet alleen een goede aansluiting zijn op de medische kant en de huisarts, maar ook op de welzijnskant en de sociale kant. Ik wil de Minister ook vragen hoe wij nu inzicht hebben in wat er gebeurt met de 200 miljoen extra inzet op de wijkverpleegkundige. Waar vinden wij dat terug? Hoe kunnen wij ervoor zorgen dat dit wordt gemonitord en dat het geld wordt ingezet waarvoor wij het in het regeerakkoord bedoeld hebben?

Minister **Schippers**: Het is evident dat de wijkverpleegkundige een schakel is. Dat geldt niet alleen voor het medische aspect. Als de wijkverpleegkundige zich zorgen maakt, klopt hij of zij ook op de desbetreffende deur aan. Dat wij de bekostiging daaraan moeten aanpassen, is evident. Daar heeft de NZa natuurlijk ook naar gekeken. Dat is een heel belangrijk criterium. De Kamer krijgt het advies van de NZa. Op basis van dat advies moeten wij nog een besluit gaan nemen. Laten we eerst eens kijken naar de genoemde modellen en dan bezien wat de effecten van deze drie routes zijn en welke goede uitkomsten zij geven. Dan kunnen wij hierover concreter spreken dan nu zonder modellen, zo lijkt mij. Het bedrag van 200 miljoen zal per 2015 worden ingezet. Ik zal de Kamer dan laten weten hoe zij kan volgen wat er met dat geld gebeurt.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Dat gaat de Minister nog uitzoeken?

Minister **Schippers**: We moeten keuzes maken voordat wij vervolgstappen kunnen nemen. We staan voor die keuzes. Dan kunnen we bekijken hoe we het doen met de extra gelden: hoe vinden die hun weg? Daaraan zal ik op uw verzoek expliciet aandacht besteden.

Ik heb al gezegd dat ik aandacht zal besteden aan een nulmeting voor de wijkverpleegkundige, zodat wij kunnen zien of de investering ook in formatie en substitutie zit.

Dan ga ik in op het faciliteren van de samenwerking tussen GGD, gemeenten, verzekeraars en vrijwilligers. Dat is cruciaal. Daarom doen wij dat ook in de wijk en dicht bij huis. We hebben daarvan goede voorbeelden in steden, zoals in Utrecht Overvecht, en een convenant in Enschede en Gouda. De aanpak van babysterfte in diverse wijken laat zien dat de gezondheid van mensen door samenwerking daadwerkelijk kan verbeteren. Recentelijk heb ik onderzoek laten doen naar de samenwerking tussen gemeenten en verzekeraars. Ruim 20% van de gemeenten heeft een convenant met zorgverzekeraars afgesloten en 89% van de gemeenten heeft contact met een of meer zorgverzekeraars. Ook de wijkverpleegkundige zal een gemeenschappelijk ding zijn van zorgverzekeraars en gemeente. Dat is evident.

Binnen het Nationaal Programma Preventie (NPP) staan verbindingen over de domeinen heen centraal. Ik noem ook de ondersteuning door instrumenten zoals de Handreiking gezonde wijk en de Handreiking gezonde gemeente. Gemeenten kunnen wijkanalyses opstellen op basis van informatie van hun GGD in afstemming met preferente zorgverzekeraars, maar ook met de bewoners en de professionals. VWS heeft het RIVM gevraagd om op basis van zijn beschikbare informatie en kennis over de volksgezondheid en zorg op landelijk niveau, gemeentelijke profielen te maken om het lokale beleid te kunnen ondersteunen. Bij de negen proeftuinen die ik volg, wordt ook de nadruk gelegd op samenwerking op regionaal niveau ten behoeve van betere zorg en mindere kosten.

Tot slot gaat het ministerie in het kader van de beleidsbrief over informele zorg «Versterken, verlichten en verbinden», die voor de zomer naar de Kamer is gestuurd, met onder meer zorg- en welzijnskoepels, organisaties van vrijwilligers, mantelzorgers en Zorgverzekeraars Nederland aan de slag met de agenda over informele zorg. In werkgroepen worden actieplannen gemaakt, onder meer ter verbetering van het samenspel tussen formele en informele zorg. Ik denk dan ook dat dit terrein ongelooflijk veel beleidsmatige aandacht krijgt.

Mij is gevraagd of casemanagement dementie wordt geborgd in de aanspraak thuisverpleging of de aanspraak wijkverpleging. Dit maakt straks onderdeel uit van de nieuwe aanspraak verpleging in de wijk. De integrale tekst van de aanspraak wordt zo snel mogelijk door de Staatssecretaris naar de Kamer gestuurd.

De proeftuinen zijn van onderop gekomen. Die heb ik niet van bovenaf bedacht en aangewezen. Zij zijn door zorgverzekeraars bij mij aangemeld. Die zorgverzekeraars zagen dus iets in die proeftuinen. Anders zouden zij die niet bij mij aanmelden. De mensen die initiatieven nemen, zijn zelf verantwoordelijk voor het slagen daarvan. Dit is niet van bovenaf gestuurd, maar van onderop gekomen. Zij zijn dus ook verantwoordelijk voor een evaluatie van de uitkomsten en effecten. Wij hebben daar wel een landelijke monitor op gezet. Het is wel jammer dat de proeftuinen aan het vastlopen zijn. Enkele Kamerleden hebben dat ook gezegd. Recentelijk heeft een tweede bijeenkomst met proeftuinen plaatsgevonden. Daarbij is vernomen dat de voortgang op dit moment lijkt te stagneren. Verschillende factoren dragen daaraan bij. De inkoop door verzekeraars is daarbij een belangrijke factor. Er lijkt spanning te zitten tussen de benodigde langetermijninvesteringen en de jaarlijkse, kortetermijninkoop. Aangezien de verzekeraars deze initiatieven zelf bij mij hebben aangedragen, ga ik ervan uit dat zij bereid zijn om oplossingen te vinden voor die stagnatie, onder meer door ruimte te bieden in de zorginkoop. Daarnaast zal ik in overleg treden met verzekeraars om te achterhalen tegen welke barrières zij aanlopen. Ook zullen wij hierover in gesprek gaan met individuele verzekeraars. Ik hoor nu dat wij dat al doen, maar goed. Dat is wel heel

belangrijk. Die proeftuinen komen van onderop, dus ik wil de verantwoordelijkheid ook daar laten liggen. Wij gaan die niet overnemen. Als het zo stagneert en als dat zo breed wordt aangegeven, moeten we toch met elkaar bekijken hoe wij dat weer los kunnen trekken.

Het debat over de paramedische zorg hebben we in feite al voor een deel gevoerd tijdens de behandeling van de Zorgverzekeringswet. Ik heb bijvoorbeeld over de fysiotherapie bij reuma gezegd dat het College voor zorgverzekeringen (CVZ) heeft onderzocht of de therapeutische meerwaarde van deze fysiotherapie evidence based is. Het college is tot de conclusie gekomen dat die niet evidence based is. In het kader van stringent pakketbeheer is dus een maatregel voor het pakket genomen. De vorige keer, tijdens het algemeen overleg, heb ik gezegd dat het CVZ dit opnieuw gaat onderzoeken. Ik houd er echter wel aan vast dat iets wat geen therapeutische meerwaarde heeft niet in het pakket zit.

De vorige keer heb ik gezegd hoeveel verzekeraars hiervoor aanvullende verzekeringen aanbieden. Naar ik meen, bieden vier verzekeraars een breed en groot pakket voor fysiotherapie aan zonder medische toetsing vooraf. Er zijn er nog een aantal die dit brede pakket bieden, maar met een medische toetsing vooraf. Dat is de aanvullende verzekering. Daar heeft de overheid geen zeggenschap over. Dat valt onder de derde schadeplichtlijn EU. De verantwoordelijkheid ligt dan bij de verzekeraars.

Tijdens het algemeen overleg heb ik ook gezegd dat de contractering niet tot stand komt. Dat geldt niet zozeer voor de grotere groepen, want die hebben een gesprek met de verzekeraars, maar vooral voor de kleinere. Begin volgend jaar organiseren wij daarom bijeenkomsten waar niet alleen fysiotherapeuten naartoe kunnen gaan, maar bijvoorbeeld ook logopedisten. In januari beginnen wij daar al mee en in februari vindt de tweede plaats. Dat is een initiatief geweest van de jonge huisartsen en mij. Zij kregen namelijk veel klachten en ik heb daarop voorgesteld om deze bijeenkomsten te organiseren. Jonge huisartsen organiseren die dus samen met ons. De ACM en de NZa, maar ook de dominante verzekeraar, zitten daarbij. Wij doen dat verspreid in het land. Iedere regio heeft weer een andere dominante verzekeraar. Laten wij daar het gesprek eens voeren. Ik heb de Kamer toegezegd dat ik daarvan verslag laat maken en dat de verslagen van die bijeenkomsten naar de Kamer worden gestuurd. De leden kunnen dus lezen wat daar is gebeurd. Op basis van de dingen die wij daar ophalen, zullen wij voor de zomer in een brief voorstellen doen over deze regeling. Dat is de manier waarop wij dat gaan oppakken. Klachten die er nu al over zorgverzekeraars zijn, kunnen bij de NZa worden gemeld.

Dan ga ik in op de keten, op de positie van bijvoorbeeld de fysiotherapie in het tweede segment en op de aansluiting. Daarbij kan het natuurlijk ook om andere paramedici gaan. De NZa werkt op dit moment aan haar advies over de nieuwe bekostiging. De huidige ketens komen in het tweede segment terecht. Tot nu toe is de zorgstandaard de basis voor de bekostiging van ketenzorg. Voor zover fysiotherapie of andere paramedische zorg onderdeel uitmaakt van die zorgstandaard, gaat dat mee in de bekostiging.

Er is gevraagd of ik mij zorgen maak over het kleiner wordend aandeel inzake hulp van seksuologen in het aanvullend pakket. Ik ben er niet van op de hoogte dat dit afneemt. Wat ik wel weet, is dat het aanvullende pakket iets is van de markt. Het is vervelend, maar als je iets uit het basispakket gooit, dan ga je er niet meer over. Daar moet je goed over nadenken. De overheid heeft zeggenschap over de inhoud van het basispakket. Daarbuiten heeft zij die zeggenschap niet.

Er is ongelooflijk veel te doen op het gebied van zelfzorg en zelfmanagement. Er kan veel meer dan nu gebeurt. Ik vind ook dat wij als overheid moeten bekijken hoe wij daaraan kunnen bijdragen en hoe wij dat kunnen faciliteren. Dit onderwerp staat in alle hoofdlijnenakkoorden, dus niet alleen in het akkoord met de huisartsen, maar ook in het akkoord

met de ggz en de medisch-specialistische zorg. Ik noem de toepassing van e-health. Als wij thuis op onze iPad en onze Apple van alles en nog wat kunnen doen, dan moeten wij in de zorg ook veel meer gebruik gaan maken van de mogelijkheden die ten dienste staan van patiënten en waar patiënten echt behoefte aan hebben. Ik ben er heel erg blij mee dat onlangs het initiatief Zelfzorg Ondersteund (ZO!) van de grote verzekeraars van start is gegaan. Zij zijn, precompetitief, overeengekomen afspraken te maken die erop zijn gericht om vanaf 1 januari 2015 zelf structureel zorg te gaan inkopen, te beginnen voor diabetes. Dit is een ontzettend belangrijke beweging, die ik ook zeker zal ondersteunen omdat de voordelen ervan evident zijn. Dit heeft voordelen voor de vrijheid van patiënten, maar ook op het gebied van betere zorg, los van tijd en plaats, en voor de mogelijkheden die mensen krijgen om de regie te nemen. Ze noemen diabetes al een «doe-het-zelfziekte», omdat de diabetespatiënt al heel veel zelf doet. Daarom is dit ook een heel goede groep om mee te beginnen. Die is immers al zeer actief en al heel ver op dit terrein. Ik vind dit een ongelooflijk belangrijke beweging. Samen met de Staatssecretaris zal ik begin 2014 een visie uitbrengen op innovatie en e-health. Zelfzorg zal een onderdeel daarvan zijn.

Gevraagd is of e-health dan ook een plaats krijgt in de nieuwe bekostiging. Dat hangt af van het type toepassing. E-health is natuurlijk een beetje een containerbegrip. We scharen er alles onder. Dit gaat immers van het maken van afspraken online tot volledige online behandelprogramma's. Als e-healthtoepassingen reguliere zorg vervangen of reguliere zorg aanvullen, is de bekostiging uit premiemiddelen gewoon van toepassing. In de huisartsenzorg kent men al tijden een e-mailconsult. Huisartsen kunnen ook gebruikmaken van online behandelprogramma's. Wij hebben met elkaar afgesproken om daar een impuls aan te geven en dat gaan we ook zeker doen. E-health zit in alle segmenten van het nieuwe bekostigingsmodel.

De heer **Van Veen** (VVD): Ik luister goed naar wat de Minister zegt. Zij begint al vrij snel over chronische aandoeningen en zegt dat de focus bij e-health en zelfmanagement daar ligt. Voor huisartsen is echter ook heel belangrijk dat procesinnovatie gaat plaatsvinden. Als ik zie hoe huisartsen hun zorg nu hebben georganiseerd, dan denk ik dat dit bij veel huisartsenpraktijk niet veel anders is dan tien of vijftien jaar geleden. Ik heb geprobeerd duidelijk te maken dat de ontwikkelingen zo snel gaan dat je je mag afvragen of de huisartsen dat kunnen bijhouden. Dat geeft allerlei complicaties voor mensen die niet chronisch ziek zijn, maar in het kader van hun ziekte of klachten wel aan zelfmanagement doen. Wat ik mis in het beeld dat de Minister voor de toekomst schetst, is hoe wij huisartsen die in die ontwikkeling eigenlijk stilstaan gaan motiveren om de best practices, die er klaarblijkelijk zijn, en de programma's die de Minister al stimuleert ook te implementeren. Hoe gaan wij die mensen motiveren?

Minister **Schippers**: Ik kwam nu bij procesinnovatie, maar we kunnen het ook zo doen.

Daar kan met name in het derde segment een bekostiging tegenover staan. Dat stimuleert wel degelijk procesinnovatie. Ik weet niet welke ervaringen de heer Van Veen heeft met huisartsen, maar ik vind het iets te negatief gezegd. Ik ken ook huisartsenpraktijken die deze innovaties wel oppikken en ook de mogelijkheden bieden. Wij zouden het echter massaler willen. Dat geldt overigens niet voor huisartsenpraktijken alleen; dat geldt voor de hele gezondheidszorg. De dingen die wij thuis normaal vinden, willen wij ook daar introduceren. Wij zien daarvan heel goede voorbeelden. Ik ben bij huisartsenpraktijken geweest die daar heel ver in zijn. De anderen die daar nog niet zo ver in zijn, willen wij ook daarin meekrijgen. Dat kun je vrij makkelijk doen via de bekostiging of door het maken van afspraken. Dat zit niet voor niks al in het nieuwe systeem. Ik

begin wel over chronische patiënten, maar ik denk dat dit over de hele linie belangrijk is. Vooral bij chronische patiënten is echter ontzettend veel winst te halen. Je ziet niet voor niks dat dit eerst gebeurt bij patiënten met de ziekte van Parkinson. Door hun ziekte is bij hen immers sprake van een langjarige relatie. Dat is dus op zich niet gek. Ik zie het veel breder dan dat alleen.

Dan ga ik in op het inzicht in kwaliteit en praktijkverschillen. Wij werken hard aan het transparant maken van de kwaliteit. Dat gaat langzaam, maar dat heeft ook met de complexiteit te maken. Het is lastig. In september zijn de resultaten van de zorg bij diabetes, COPD en VRM in 2012 door zorggroepen in een benchmark van de koepelorganisatie LOC gepubliceerd. Het zijn allemaal afkortingen, maar ik neem aan dat allen weten waar zij voor staan. Anders wil ik ze wel toelichten. Hieruit blijkt bijvoorbeeld dat de procesindicatoren voor diabetes en COPD zijn verbeterd. Verzekeraar Achmea maakt gebruik van de praktijkstatus om praktijkverschillen inzichtelijk te maken en zorg te verbeteren. De praktijkstatus geeft de huisarts en de verzekeraar inzicht in het zorggebruik van de patiëntenpopulatie. Dat is in mijn ogen een ontzettend goed initiatief. Het Kwaliteitsinstituut is betrokken bij het vaststellen van de indicatoren die verbonden zijn aan zorgstandaarden, richtlijnen of andere professionele standaarden. Ook gestarte nieuwe initiatieven zullen transparant zijn op het gebied van kwaliteit. Ik denk dat dit ontzettend belangrijk is.

Spiegelinformatie geeft weliswaar niet zo veel transparantie aan de patiënt, maar wel weer aan de huisarts zelf. De huisartsen die ik daarover spreek, zijn daar ongelooflijk enthousiast over. Doe nu eens een beroep op datgene waarvoor mensen gemotiveerd zijn. Huisartsen zijn gemotiveerd voor het leveren van zorg van een goede kwaliteit. Zij vinden het interessant om te zien wat zij anders doen dan hun collega's en dat leidt weer tot goede gesprekken.

Wat heeft het toezicht van de inspectie op de richtlijn Overdracht van medicatiegegevens opgeleverd? De inspectie heeft druk op partijen uitgeoefend om ervoor te zorgen dat de richtlijn in de keten tot stand kwam. Zij heeft partijen vervolgens de gelegenheid gegeven om de richtlijn te implementeren. VWS heeft de implementatie van de richtlijn gedurende 2008 en 2011 gefaciliteerd. De naleving van de richtlijn maakt onderdeel uit van het algemeen toezichtkader van de inspectie. In geval van calamiteiten geldt de naleving van de richtlijn als een harde voorwaarde in de zin van aansprakelijkheid. In de praktijk blijft naleving van de richtlijn weerbarstig. Niettemin worden dit jaar met bijvoorbeeld de poliklinische apothekers goede stappen vooruit gezet. De richtlijn Elektronisch voorschrijven, die in 2014 van kracht zal zijn, werkt ondersteunend voor deze richtlijn. Dat geldt ook voor de aansluiting op het landelijk schakelpunt (LSP). De inspectie constateert echter dat de elektronische overdracht zowel in de eerste als de tweede lijn absoluut nog niet op orde is. De reden daarvoor is dat er te weinig aansluitingen zijn op het LSP en dat er te weinig patiënten zijn die hebben gekozen voor een opt-in. Daarmee zijn er onvoldoende waarborgen voor een goede medicatieopdracht. De inspectie heeft mij en veldpartijen dit laten weten en heeft veldpartijen opgeroepen om vaart te maken. In 2014 zal de inspectie toetsen of ziekenhuizen patiëntgegevens goed overdragen aan verpleeg- en verzorgingshuizen, thuisorganisaties en huisartsen. De inspectie richt zich daarbij speciaal op de overdracht van gegevens van kwetsbare ouderen. Ik stuur de Kamer te zijner tijd, eind 2014, de resultaten van dat onderzoek.

Over het onderzoek naar de point-of-caretesten heb ik contact gehad met het Nederlands Huisartsen Genootschap. Dat meldt mij dat het de resultaten uit het rapport ziet als een reëel en herkenbaar probleem. Dat geldt zeker omdat in de huisartsenpraktijk in toenemende mate wordt gewerkt met testen en testapparatuur. Het NHG heeft een groot aantal activiteiten uitgevoerd om een en ander onder de aandacht van de

huisartsen te brengen. De verschillende richtlijnen van het NHG inzake diabetes, astma, COPD en CVR zijn geactualiseerd en kennen aandacht voor hygiëne en uitvoering. De beschrijvingen bevatten voorbeelden, protocollen en informatie over onderhoud, controle en ijking van de meetapparatuur in de praktijk. Voor het toepassen van POC-testen (point of care) in de eerste lijn bereidt de beroepsvereniging van specialisten laboratoriumgeneeskunde in nauwe samenwerking met het NHG en andere eerstelijnsprofessionals een richtlijn voor. Alle voorwaarden om een verbetering in de praktijk te realiseren zijn dus aanwezig. Er worden vervolgesprekken met het NHG gepland om te bezien of aanvullende maatregelen genomen moeten worden.

Klopt het dat seksuele disfuncties vanaf volgend jaar niet meer door seksuologen in de eerste lijn kunnen worden behandeld? Het CVZ heeft in zijn rapport G-GGZ deel 2 eerder dit jaar bevestigd dat de behandeling van seksuele disfuncties zonder psychische of lichamelijke comorbiditeit onderdeel is van de huisartsenzorg en niet van de geestelijke gezondheidszorg. Wel kan de huisarts een seksuoloog consulteren als dat nodig wordt geacht. Als behandeling in de basis-ggz nodig is, kan de hoofdbehandelaar seksuologen betrekken bij de behandeling. Ik wil hier expliciet vermelden dat wanneer een lichamelijke of psychische stoornis de oorzaak is van de disfunctie, wel in de medisch-specialistische zorg en in de ggz tot behandeling kan worden overgegaan.

Moeten wij niet stimuleren dat diagnostiek regionaal plaatsvindt en niet te veel op centrale laboratoria? Eerstelijns diagnostische centra zijn cruciaal voor zinnige en zuinige zorg. Deze diagnostiek beïnvloedt namelijk 60 tot 70% van de medische besluitvorming. Dat is echt enorm. Het is van belang om generalistische diagnostiek – dat wil zeggen vanuit een generalistisch onafhankelijk uitgangspunt – te stimuleren. Dat betekent dat men integraal en niet alleen met een specialistische blik naar de patiënt kijkt. Adequate eerstelijnsdiagnostiek kan daardoor mijns inziens onnodige verwijzingen naar ziekenhuizen en onnodige diagnostiek in ziekenhuizen voorkomen. Ook het wegnemen van ongerustheid heeft een heel belangrijke functie voor de patiënt. Dit hoort niet in de tweede lijn thuis. Als dit goed wordt georganiseerd, zullen in ziekenhuizen ook minder onnodige behandelingen worden uitgevoerd.

Innovaties op dit gebied in het veld richten zich ook op het zogenaamde «one stop shop»-concept: de toegangspoort voor alle medische diagnostiek met goede serviceverlening voor de patiënt dicht bij huis. Hierbij is wel van belang dat de medisch specialist beter gaat samenwerken met de eerste lijn en daar consultatief voor wordt ingezet. De deskundigheid in de eerste lijn wordt daarmee bevorderd. Om deze ontwikkelingen te kunnen stimuleren is het van belang dat de prikkels in het systeem goed zijn. Daar heb ik nu een eerste stap voor gezet door de eerstelijns diagnostische centra per 2014 over te laten gaan op maximumtarieven. Daar heb ik de Kamer ook van op de hoogte gesteld. Dan krijg je namelijk een level playing field, want dat was er niet. Verder wordt een bekostigingssysteem ontwikkeld dat de zorgverzekeraars en -aanbieders beter ondersteunt bij het maken van kwaliteitsafspraken in de sector. Daar loopt nu een onderzoek naar, dat in mei klaar is. Daarbij is het niet mijn inzet dat een grote centralisatie plaatsvindt. Dat is helemaal geen beleidsdoelstelling of zo. Ik wil wel dat wij het goed organiseren, dat wij een goede service kunnen bieden en dat er een level playing field komt tussen de eerste en de tweede lijn. Dat was er niet.

Tot slot ga ik in op het Handboek vrouwspecifieke geneeskunde. Ik zeg hartelijk dank voor het boek, maar nu hebben de Kamerleden het weer niet. Misschien moeten we het delen. Het is belangrijk dat er aandacht voor dit thema is in de opleidingen. De sector bepaalt zelf met de medische faculteiten hoe de opleidingen in elkaar steken, maar dat is wel belangrijk. Ik zal dit signaal ook betrekken bij het overleg met de sector. Dank voor dit signaal. Ik wil wel, zonder daarbij in de verantwoordelijkheid

te treden van de arts, bekijken of wij dit niet op een wat breder terrein eens een push kunnen geven. Wij praten er eigenlijk al een tijdje over. Ik vind het zelf ook heel kwalijk dat wij, ook vaak door onderzoek, niet weten hoe bepaalde dingen bij vrouwen werken, waardoor wij mannengeneeskunde op vrouwen toepassen. Hetzelfde probleem hebben wij een beetje bij kinderen. Bij vrouwen komt dit vaak omdat er allerlei hormonale problemen zijn bij onderzoek, maar ik zal daar nog eens wat dieper naar kijken en daarop in de Kamer terugkomen.

De **voorzitter**: Is er nog behoefte aan een korte tweede termijn? Hoe gaan wij nu verder? Wij hebben nog een kwartier.

De heer **Van Gerven** (SP): Hebben wij tot 12.45 uur of tot 13.15 uur?

De **voorzitter**: Tot 12.45 uur.

De heer **Van Gerven** (SP): We hebben dus nog een kwartier. De Minister heeft dan kennelijk andere verplichtingen. Daar moeten we dus even iets van vinden. We zouden een korte tweede termijn kunnen houden, maar dan weet ik niet of de Minister gedeeltelijk schriftelijk moet antwoorden.

De **voorzitter**: En als u nu anderhalve minuut gebruikt voor een tweede termijn, en de heer Van Gerven begint? Zullen we dat proberen?

De heer **Van Gerven** (SP): We gaat dat proberen.
Voorzitter. Met het nieuwe stelsel werd een gereguleerde marktwerking ingevoerd. Dat zou de zorg goedkoper en kwalitatief beter maken. Dat werd indertijd allerwegen gesteld. Om dat te bereiken moet op die markt toezicht worden uitgeoefend door een onpartijdige toezichthouder, de NZa. Een toezichthouder die de rol van en het vertrouwen in één marktpartij als uitgangspunt neemt, zoals de heer Langejan van de NZa noodzakelijk vindt, zal die verbetering niet krijgen. Die toezichthouder krijgt iets anders, namelijk een uitgeknepen aanbiedersmarkt en uiteindelijk een schrale zorgmarkt met onvoldoende kwaliteit. Dat is de consequentie van vooringenomenheid door een onderdeel van de overheid. Als je de toezichthouder al niet kunt vertrouwen, hoe dan ooit die markt, voor zover die tot stand komt, wel? Deze vraag geleid ik door, want hij komt van prof. Steyger en Ele Visser. De een is hoogleraar Europees bestuursrecht aan de VU en advocaat in Den Bosch en de ander is directeur van de Patiënten Academie te Den Haag. Nog even los van de vraag of je voor of tegen de markt bent, denk ik dat zij een punt hebben. Ik wil daarop dan ook graag een reactie van de Minister. De problemen die de paramedici met de zorgverzekeraars hebben, komen in dezen ook heel sterk naar voren.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Voorzitter. Ik probeer na deze vraag, die mij nogal afleidt van mijn eigen tweede termijn, mijn gedachten te ordenen. Ik dank de Minister voor het uiteenzetten van de segmenten en de verhouding daartussen. Het is niet of in het ene of in het andere. Het is de bedoeling, zo heb ik begrepen, dat ze op een gegeven moment gaat mixen. Dat betekent naar mijn mening dat nog niet heel helder is hoe dit er in de toekomst effectief zal uitzien. De Minister heeft zelf gezegd dat dit nog allemaal wordt gemonitord. Dat woord hebben wij vandaag heel veel gehoord, maar ik ben bang het nu eenmaal zo werkt. Ik heb van de Minister nog geen helder antwoord gekregen op mijn vraag over de moeite die de jonge huisartsen hebben met de samenwerking omdat ze allemaal apart met de verzekeraars moeten onderhandelen. Ik wil toch nog even terugkomen op de flexibele openingstijden. De Minister gaat toch met de huisartsen praten over de polissen en over het feit dat zij aandacht moeten besteden aan de doorverwijzing van de

patiënt. Misschien kan zij dan meteen even melden dat het best belangrijk is dat zij flexibele openingstijden hanteren.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Voorzitter. Wij willen meer zorg in de buurt krijgen en de eerste lijn is daarbij een belangrijke partner. Omdat de zorgverleners jarenlang met mensen in aanraking komen, zijn zij voor hen vaak een persoonlijk gezicht. Als we nog een keer een oude uitspraak mogen gebruiken, kun je wel zeggen dat voor de eerstelijnszorg geldt dat de gulden daar echt een daalder waard is. We krijgen daar veel zorg, veel kwaliteit en preventie voor weinig. De huisarts heeft daarbij als spin in het web een belangrijke rol. Hij krijgt andere taken en moet zijn rol anders invullen. Natuurlijk, uiteindelijk blijft hij zorgverlener. Hopelijk gaan wij nooit voor een huisarts het woord «zorgmanager» gebruiken. Mijn vraag aan de Minister is of de huisarts nu in de financiering ruimte krijgt voor de nieuwe vorm van taken, waarvoor gewoon meer communicatie nodig is. Is het antwoord daarop een ja of een nee?

Ik dank de Minister voor het antwoord over de eerstelijnsdiagnostiek. Zij zegt dat centralisatie geen doelstelling is. Dat is heel belangrijk. Wat is er in Duitsland gebeurd? Dat is hier net over de grens. Daar is gecentraliseerd. De eerstelijnsdiagnostiek is zelfs in China gedaan. Dit had tot gevolg dat er een enorme groei was in de diagnostiek en dat de kennis van de artsen die met de diagnostiek aan de slag moeten gaan, tegelijkertijd verdween. Dat moeten wij voorkomen.

Wij hebben het weer over de contractering gehad. Ja, dat moet ook, omdat het op sommige punten niet goed gaat. Daar moeten we dus vaak over praten. Van de week hebben wij het ook over het Radboudumc gehad. Mijn vraag aan de Minister is of je gedurende de looptijd van het contract regelmatig de inhoud van dat contract met de patiënt kunt wijzigen.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Voorzitter. Ik dank de Minister voor haar antwoorden in eerste termijn. Ik ben het zeer met haar eens dat wij in de beweging die nu in de eerste lijn wordt gemaakt, geen blauwdrukken moeten hebben. Wij willen meer maatwerk en meer in wijken en in buurten organiseren. Dat kan onmogelijk op dezelfde manier. Dat willen we nu juist niet.

Ik dank haar voor de toezegging dat wij over al die veranderingen in de komende periode een spoorboekje krijgen. Ik ben blij daarmee.

Het is fijn dat de Minister inzake de proeftuinen het gesprek met de zorgverzekeraars over de manier van contracteren al is aangegaan. Vooral voor de korte termijn wil ik de Minister graag meegeven dat ik hoor dat het ook voor 2014 een probleem is dat niet mag worden gereserveerd voor een innovatiebudget. Dat kan volgens de nieuwe bekostiging pas in 2015. In 2014 is dat echter nog een probleem. Graag vraag ik hiervoor nog de aandacht.

Dan ga ik in op de zelfzorg. Het is fijn dat er een beleidsprogramma komt en dat de Minister dat stevig wil aanzetten. De zelfzorg in de ggz is een traditie die naar mijn mening stevig mag worden ondersteund. Het verschilt per regio, maar bijvoorbeeld in Eindhoven zitten zo'n 3.000 tot 4.000 mensen in zelfhulpgroepen. Het lijkt mij belangrijk dat wij dat niet vergeten.

De **voorzitter**: Tot slot.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Tot slot nog twee punten.

De **voorzitter**: Een punt. U bent ver door uw tijd heen. Anders heeft de heer Van Veen het woord.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Dan wil ik de Minister bedanken voor haar reactie op het boek en vooral voor de aandacht voor de opleiding. Ik heb gevraagd naar de relatie tussen de huisarts en de wijkverpleegkundige in de bekostigingsstructuur.

De **voorzitter**: Het woord is aan de heer Van Veen.

De heer **Van Veen** (VVD): Voorzitter. De Minister heeft duidelijk gezegd dat er het komende jaar heel veel gaat veranderen. De partners in de eerstelijnszorg hebben wij heel hard nodig, zoals mevrouw Bruins Slot al zei, om de doelstellingen te realiseren en de kosten te beheersen. Ik heb eigenlijk geen aanvullende vraag voor de Minister. Ik ben wel blij dat zij heeft gezegd dat de drie segmenten die we gaan inbouwen in de financiering van de eerstelijnszorg, voor degenen die eerstelijns hulp verlenen voldoende prikkels bieden om te blijven innoveren. Mensen die niet mee-innoveren gaan ook een lager inkomen krijgen. We gaan daar echt op differentiëren. Volgens mij heb ik dat de Minister horen zeggen en daar ben ik gelukkig mee.

De **voorzitter**: Het woord is aan de Minister.

Minister **Schippers**: Voorzitter. Ik ken de kritiek van de heer Van Gerven op de NZa, maar ik deel die niet. De NZa heeft een ontzettend moeilijke taak. Zij voert verschillende taken tegelijk uit. Zij onderzoekt de kosten en de tarieven, maar onderzoekt ook dit soort voorstellen over de bekostiging. Daar gaat zij ook over. Zij is ook marktmeester en marktmaker. En sinds kort – het is door de Eerste Kamer – gaat zij bij een zorgfusie ook de zorgfusietoets beoordelen. De NZa denkt wel vanuit het systeem en dat is logisch. In het systeem gaat het erom dat de zorgverzekeraar tegen een scherpe prijs een goede kwaliteit zorg moet inkopen voor zijn cliënten. Als wij geen zorgverzekeraar zouden hebben, dan zou de overheid dat moeten doen. Ik denk dat de kritiek op de overheid dan niet mals is. Je ziet dat dit het geval is in de systemen waar de overheid dat ook daadwerkelijk doet. Iemand moet die rol spelen en het is een rol die veel weerstand ontmoet. Zoals ik in het algemeen overleg over de Zorgverzekeringswet heb gezegd, moet het wel allemaal netjes gaan. Dat gebeurt niet overal. Daar moet wel verbetering in komen. Wij hebben het toen uitgebreid gehad over de rondes. De fysiotherapeuten kunnen daar ook naartoe. Ook een logopedist kan zich aansluiten. Wij organiseren dat op vijf plekken in het land. Ook zij kunnen zich daarbij aansluiten en hun punten inbrengen. Op basis van hetgeen daar gebeurt, zal ik voorstellen aan de Kamer doen. Ik heb dus wel een antwoord gegeven op de vraag van mevrouw Dijkstra over de samenwerking en de jonge huisartsen. Ik hoor van de toezichthouders dat wordt geconstateerd dat heel veel artsen, maar ook fysiotherapeuten, denken dat dingen die niet mogen, wel mogen. Als dat zo is, hebben wij een probleem. Dan moet er iets aan de communicatie worden gedaan. Als dingen niet mogen maar wel wenselijk zijn, hebben wij een probleem. In principe is de wet zo ingericht dat dingen die de kwaliteit of de service voor de patiënt bevorderen mogen. Wat niet mag, is prijsafspraken maken zodat de patiënt meer betaalt voor hetzelfde. Er mag dus veel, maar laten wij daar eens goed naar kijken op die bijeenkomsten. Als een groep huisartsen iets goeds heeft bedacht op het gebied van ouderenzorg wat wij allemaal heel graag willen, dan moet dat ook kunnen gebeuren. Daarover lopen onze meningen niet uiteen. Ik ga in op de helderheid van het bekostigingsmodel. We zitten in een nog redelijk vroeg stadium. Het is heel gangbaar dat betrokkenen die uitwerking op zich nemen. Op die uitwerking kom ik vrij snel in de Kamer terug. De verpleegkundige is natuurlijk ook belangrijk. Hij zit eigenlijk tussen de huisarts en de wijken.

Ik zie dat hier huisartsen aanwezig zijn. Zij hebben de wens tot flexibele openingstijden allang gehoord, maar via mijn ambtenaren zal daarvoor in ieder geval nog een keer aandacht worden gevraagd. Is daaraan behoefte, dan moet een praktijk daar ook op inspelen.

Het Duitse voorbeeld ken ik heel goed. Dat ken ik ook van eerdere crises. Ik weet ook wat daar is gebeurd. Ik zie niet dat het beleid daartoe aanzet of dat dit hier in Nederland zou gebeuren. Ik zie in Nederland wel dat wij een andere financiering voor de eerstelijnsdiagnostiek heel erg hard nodig hadden. Die zat echt op een totaal ander playing field dan de tweede lijn. Ik zie dus ook geen grote gevolgen voor microbiologen van de invoering van de prestatiebekostiging in de eerstelijnsdiagnostiek. Microbiologen worden overigens veelal uit dbc's van ziekenhuiszorg betaald. Wat ik van plan ben, gaat met name over de eerstelijnsdiagnostiek. De NZa zal de komende periode in de eerstelijnsdiagnostiek nog een kostenonderzoek doen om de tarieven kostenconform te maken.

Over de looptijd van contracten heb ik aan mevrouw Bouwmeester een toezegging gedaan. Stel dat je een naturapolis afsluit. Er staat Radboudumc en je kiest voor die naturapolis om het Radboudumc. Mag je dan zomaar een kleiner contract sluiten waardoor je niet zeker weet dat je bij het Radboudumc komt? Nu is het geregeld via de zorgplicht. De zorgverzekeraar heeft een zorgplicht. Hij heeft met het Radboudumc een contract dat op een gegeven moment vol is. Er is duidelijk gemaakt dat dit geen effect heeft op de acute zorg, de academische zorg en de kindzorg – dat zijn een aantal categorieën – maar dat bij de planbare zorg voor een ander ziekenhuis moet worden gekozen. Ik heb gezegd dat ik daar eens even in ga duiken. Daar kom ik in het algemeen overleg over de Zvw op terug.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Ik stelde een iets andere vraag. De Minister geeft wel een antwoord, maar op een vraag die ik niet heb gesteld. Mijn vraag was of de zorgverzekeraar de inhoud van het contract gedurende het jaar mag veranderen. De Minister geeft nu antwoord op de vraag wat er gebeurt als er te weinig zorg is ingekocht. Mijn vraag is echter of de inhoud van het contract gedurende het jaar mag worden gewijzigd.

Minister **Schippers**: Over welk contract hebt u het? Hebt u het over het contract tussen de aanbieder en de verzekeraar of tussen de zorgverzekeraar en de patiënt?

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Ik heb het over het contract tussen de zorgverzekeraar en de patiënt.

Minister **Schippers**: U hebt het gewoon over de polis. Nee, de polis is de polis. Als er iets gebeurt waardoor die polis niet waargemaakt kan worden, mag je ook weg.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Goed. Ik dank de Minister daarvoor, maar dan hebben we nog iets om te bespreken, want zij schrijft dat wel in de brief die zij net naar de Kamer heeft gestuurd.

Minister **Schippers**: Nee, dat schrijf ik niet. Ik denk dat nu een aantal dingen door elkaar lopen. Dit gaat ook niet echt over de eerste lijn. Mevrouw Wolbert sprak over het innovatiebudget 2015. Ik neem dat mee naar de gesprekken die wij voeren. Ik ben het met mevrouw Wolbert eens dat in de ggz een heel mooie traditie bestaat. Die ondersteunen wij ook in hoofdlijnenakkoorden. Het is misschien ook goed voor andere sectoren om daarvan te leren. Ik heb gezegd dat fysio wordt bekostigd als die in de zorgstandaard is opgenomen. Als je een bekostiging hebt voor een zorgstandaard in het

tweede segment en als daarin een fysiotherapeut zit, dan wordt die in die zorgstandaard bekostigd.

De prikkels voor innovatie zitten in het systeem, maar zij zitten met name in het derde segment dat je moet contracteren. Hier is dus ook een rol weggelegd voor een zorgverzekeraar om die procesinnovatie van de grond te krijgen.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Ik mis nog een antwoord op mijn vraag over huisartsen, de bekostiging en een vergoeding.

Minister **Schippers**: Het is een onderdeel van je vak. Dat onderdeel heb je nu en dat heb je straks ook. Dat die communicatie gaat toenemen, weten we. Dat de organisatiestructuur verbeterd moet worden, weten we ook. Wij zullen daarbij faciliteren en helpen, maar ik was niet van plan om een aparte communicatiefinanciering te maken. Dat maakt onderdeel uit van de financiering. Dat doen we nu ook in de ketenzorg. Je hebt een keten en dat betekent dat je communiceert met de andere partijen in de keten. Dat zit gewoon in het tarief, in het geld dat men betaalt voor de ketenzorg. Dat maakt gewoon integraal onderdeel uit van de zorg.

De **voorzitter**: Dan zijn we gekomen aan het einde van dit overleg.

De heer **Van Gerven** (SP): Voorzitter, ik wil nog een VAO aanvragen.

De **voorzitter**: Goed. We noteren dat VAO. De eerste spreker zal de heer Van Gerven zijn.

Ik dank de Minister en de collega's en ik sluit dit algemeen overleg.

Sluiting 12.47 uur.