

In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport bestond er bij enkele fracties behoefte een aantal vragen en opmerkingen voor te leggen aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 9 oktober 2012 inzake de kabinetsreactie op het onderzoek van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) naar taakherschikking (Kamerstuk 29 689, nr. 418).

De voorzitter van de commissie,  
Neppérus

De adjunct-griffier van de commissie,  
Clemens

Inhoudsopgave	blz.
I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties	2
II. Reactie van de minister	9

## I. VRAGEN EN OPMERKINGEN VANUIT DE FRACTIES

### Vragen en opmerkingen van de VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de kabinetsreactie op het onderzoek van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) naar taakherschikking. Zij hebben nog enkele vragen en opmerkingen.

De leden van de VVD-fractie zijn voorstander van taakherschikking in de zorg. Via taakherschikking worden taken die uitgevoerd worden door een medisch specialist overgenomen door bijvoorbeeld gespecialiseerde verpleegkundigen. Taken worden daardoor beter verdeeld over de verschillende beroepen in de zorg, met alle voordelen van dien voor de patiënt en de gezondheidszorg in termen van kwaliteit en doelmatigheid. Een ander groot voordeel is dat het loopbaanperspectief voor verpleegkundigen wordt uitgebreid. Deze leden zijn daarom ook voorstander van de inzet van de minister om het aantal opleidingsplaatsen voor verpleegkundig specialist en physician assistant uit te breiden.

De financiële belemmering in de bekostiging in de tweedelijns somatische zorg betreft de aanwezigheid van een maximum voor het kostendeel van een tarief in het gereguleerde segment. Deze financiële belemmering is volgens de NZa niet meer aan de orde wanneer overgegaan is op integrale tarieven (naar verwachting 2015). Kan de minister aangeven hoe substantieel deze belemmering in de tussenliggende jaren is? In hoeverre bestaat deze belemmering nog, indien het advies van de NZa gevolgd wordt ten aanzien van de aanpassing van de regelgeving?

In de kabinetsreactie wordt geen standpunt ingenomen over het eventueel aanpassen van de huidige bekostigingsregelgeving, vanwege de demissionaire status van het kabinet. Kan de minister aangeven wat haar standpunt is ten aanzien van deze aanpassing? Kan hierbij tevens worden ingegaan op de voor- en nadelen van de twee mogelijke oplossingsrichtingen die de NZa schetst?

De minister benoemt een aantal onderzoeken die de komende periode plaatsvinden naar taakherschikking. Kan de minister aangeven wat de insteek van die verschillende onderzoeken is en wanneer deze onderzoeken naar verwachting worden afgerond? De leden van de VVD-fractie ondersteunen de lijn van de minister om de NZa de financiële effecten van de twee nieuwe beroepen te monitoren.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) en de veldpartijen in de curatieve geestelijke gezondheidszorg (ggz) hebben toegezegd een veldnorm voor het hoofdbehandelaarschap op te stellen. Hierbij wordt ook rekening gehouden met de rol van verpleegkundig specialisten in de zorgverlening. Welk tijdspad hanteren de betrokken organisaties voor het tot stand komen van deze zorg?

## Vragen en opmerkingen van de PvdA-fractie

De leden van de PvdA-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de kabinetsreactie op het onderzoek van de Nederlandse Zorgautoriteit naar taakherschikking. Deze leden hebben een aantal vragen naar aanleiding van de kabinetsreactie.

De leden van de fractie van de PvdA hebben ingestemd met het experiment taakherschikking, waarbij de verpleegkundig specialist en de physician assistant vijf jaar lang bevoegd zijn zelfstandig voorbehouden behandelingen te indiceren en uit te voeren. Uit het advies van de NZa blijkt dat er nog een aantal belemmeringen is. De minister geeft aan dat zij, conform het advies van de NZa, de regelgeving wil aanpassen zodat niet langer vereist is dat de patiënt in het zorgtraject contact heeft met de medisch specialist. Wanneer kan de Kamer een aanpassing van de regelgeving tegemoet zien?

De leden van de PvdA-fractie vragen de minister of zij een overzicht kan geven van de onderzoeken die op dit moment, maar ook in de komende periode, in het veld worden gedaan naar taakherschikking. De minister schrijft dat samen met de vereniging van Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN), de Nederlandse Associatie Physician Assistants en de Orde van Medisch Specialisten wordt gekeken of deze onderzoeken aansluiten bij de informatiebehoefte die bij de minister en de genoemde branchepartijen bestaat. Wat zijn op dit punt de conclusies van de minister en de genoemde branchepartijen?

De leden van de fractie van de PvdA hebben een aantal vragen over de rol van verzekeraars. De NZa merkt op dat zorgverzekeraars op basis van kwaliteitsgronden de groep behandelaars die diagnose behandeling combinaties (dbc's) kunnen openen, de zogenaamde hoofdbehandelaars, kunnen beperken. Op welke gronden kunnen zorgverzekeraars die beslissing nemen? In het debat op 28 juni jl. over het verslag van het algemeen overleg (VAO) arbeidsmarktbeleid VWS heeft de minister aangegeven, dat Zorgverzekeraars Nederland (ZN) te kennen heeft gegeven dat het beleid van zorgverzekeraars om verpleegkundig specialisten als hoofdbehandelaar te weren niet meer houdbaar is. ZN zal dit met haar leden opnemen. Maar de minister schrijft dat het aan zorgverzekeraars zelf is om te bepalen hoe zij hun beleid vormgeven. Vindt de minister het wenselijk dat zorgverzekeraars hiermee het experiment taakherschikking kunnen doorkruisen? Zo ja, waarom? Zo nee, op welke wijze is de minister van plan hier verandering in te brengen?

De minister heeft de IGZ en de veldpartijen verzocht een veldnorm te ontwikkelen voor het hoofdbehandelaarschap. De minister schrijft dat deze partijen hiermee voortvarend aan de slag zijn gegaan. De leden van de PvdA-fractie zijn benieuwd wat de stand van zaken is en wanneer de veldnorm naar verwachting gereed zal zijn. De minister schrijft dat zij het van belang acht dat verzekeraars rekening houden met deze veldnorm bij het vormgeven van hun beleid. Acht de minister het wenselijk dat zorgverzekeraars deze veldnorm kunnen negeren? Zo ja, wat is het nut van de veldnorm als zorgverzekeraars deze norm niet accepteren of toepassen? Zo nee, op welke wijze zal de minister er voor zorgen dat zorgverzekeraars deze veldnorm hanteren bij het vormgeven van hun beleid?

De leden van de fractie van de PvdA willen van de minister graag meer duidelijkheid over mogelijke volumegroei door taakherschikking. De NZa zegt in haar advies dat er een risico is dat taakherschikking niet leidt tot substitutie, maar tot suppletie. Een volumetoename door een toename

van het aantal zorgverleners. Welke prikkels zijn er op dit moment om deze volumegroei tegen te gaan?

### **Vragen en opmerkingen van de PVV-fractie**

De leden van de PVV-fractie hebben kennisgenomen van de reactie van het kabinet op het onderzoek door de NZa naar taakherschikking. Deze leden zijn voorstander van taakherschikking maar zijn tevens van mening dat dit zorgvuldig dient te gebeuren en zij hebben daarom nog een aantal vragen.

De NZa adviseert om verpleegkundig specialisten en physician assistants het recht te geven om zelfstandig dbc's te openen en te sluiten en om het face-to-face criterium uit te breiden tot deze beroepsgroepen. De leden van de PVV-fractie vinden dit advies wel erg ver gaan. Wat betekent dit voor de behandelrelatie met de patiënt? Klopt het dat hierdoor de huisarts direct kan verwijzen naar deze zelfstandig declarerende behandelaars? Is dit de uiteindelijke bedoeling van het kabinetsbeleid, zo vragen deze leden. Is het voor patiënten nog wel duidelijk door wie ze behandeld worden en wie de eindverantwoording draagt? Genoemde leden zijn bang voor versnippering van verantwoordelijkheden en zouden graag garanties krijgen dat hier duidelijke afspraken over vastgelegd worden.

Er lopen verschillende onderzoeken naar taakherschikking en de minister wil met name dat de financiële effecten van taakherschikking inzichtelijk worden. Zijn de effecten op de kwaliteit van zorg minder belangrijk, zo vragen de leden van de PVV-fractie.

De minister constateert dat ondanks de door de NZa geschetste belemmeringen taakherschikking wel mogelijk is. De leden van de PVV-fractie zijn daarom van mening dat er nu geen stappen genomen moeten worden ten aanzien van het uitbreiden van bevoegdheden. Deze leden willen eerst de experimentele periode van vijf jaar afwachten en evalueren.

### **Vragen en opmerkingen van de SP-fractie**

De leden van de SP-fractie hebben met een aantal zorgen kennisgenomen van de kabinetsreactie op het onderzoek van de NZa naar taakherschikking. De minister stelt in haar brief dat taakherschikking een antwoord geeft op de toekomstige stijgende en steeds veranderende zorgvraag en capaciteitstekorten aanpakt. Genoemde leden zijn bezorgd dat straks zorgverleners taken gaan overnemen, omdat er te weinig artsen worden ingezet. Deze leden vragen een garantie van de minister dat taakherschikking niet ten koste gaat van het aantal plaatsen voor (medisch) specialisten.

De leden van de SP-fractie constateren dat de verpleegkundig specialist en de physician assistant bevoegd worden om zelfstandig voorbehouden handelingen te indiceren en uit te voeren, en dus een groter deel van een dbc ofwel een gehele dbc zelfstandig kunnen uitvoeren. Deze leden vragen om een overzicht van de typen dbc's waarvoor verpleegkundig specialisten en de physician assistants in aanmerking komen. Voorts willen zij weten welke wijzigingen plaatsvinden in de tarieven van dbc's door de invoering van taakherschikking.

Uit het onderzoek van de NZa blijkt dat niet-poortspecialisten geen dbc mogen openen en sluiten. De NZa stelt voor om voor somatiek het recht om zelfstandige dbc-producten te openen en te sluiten uit te breiden voor beroepsgroepen die opgenomen zijn via artikel 36a van de Wet op de

beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG): verpleegkundig specialisten en de physician assistants.

De leden van de SP-fractie hechten er grote waarde aan dat een arts eindverantwoordelijk blijft voor de zorg die geboden wordt aan patiënten. Indien de arts verantwoordelijk blijft voor de opening en sluiting van een dbc biedt dit eveneens een controle- en evaluatiemoment voor de verpleegkundig specialist en de physician assistant. Om deze redenen willen genoemde leden weten waarom er niet voor gekozen wordt, dat de opening en sluiting van een dbc te allen tijde de verantwoordelijkheid blijft van een arts.

Genoemde leden constateren dat het advies van de NZa is om het face-to-face criterium uit te breiden met de twee betreffende beroepsgroepen. Deze leden vragen of dit geen belemmering vormt tussen de contactmomenten die eventueel nodig zijn tussen patiënt en arts. De leden van de SP-fractie hechten groot belang aan het bieden van verantwoorde zorg door zorgverleners. Zij vragen hoe de Inspectie voor de Gezondheidszorg gaat controleren of de taken die beschikbaar komen voor de verpleegkundig specialist en de physician assistant getoetst worden.

De leden van de SP-fractie constateren dat de NZa aangeeft dat in de huidige bekostiging taakherschikking nog niet mogelijk is. De NZa geeft aan dat in de huidige bekostigingsregelgeving de verpleegkundig specialist en de physician assistant zelfstandig kunnen handelen en indiceren, maar dat in het zorgtraject de patiënt wel contact heeft met de medische specialist. Hoewel deze leden de rol van de arts in het zorgtraject van groot belang vinden, vragen zij hoe de zorg geregeld is voor patiënten die een complexe zorgvraag hebben en die zorg ontvangen van meerdere artsen. Ontvangen deze mensen daarnaast ook meerdere verpleegkundig specialisten of physician assistants? Genoemde leden vragen een uitgebreide toelichting hoe de zorg geregeld is voor patiënten die vanwege een complexe zorgvraag meerdere artsen bezoeken.

De minister stelt in haar brief dat het wenselijk is om de taakherschikking in de geestelijke gezondheidszorg te stimuleren, daar waar dit de doelmatigheid en kwaliteit van de zorgverlening verhoogt. De leden van de SP-fractie vragen of de kwaliteit van zorgverlening momenteel zodanig slecht is, dat dit alleen opgelost kan worden door taakherschikking. Daarbij maken genoemde leden zich zorgen dat het aan zorgverzekeraars is om zelf hun beleid vorm te geven ten opzichte van taakherschikking. Zij vragen of dit niet gaat zorgen voor grote regionale verschillen en of de NZa hierop goed monitort.

De leden van de SP-fractie constateren dat de IGZ heeft aangegeven dat het hoofdbehandelaarschap in de geestelijke gezondheidszorg nog onvoldoende gedefinieerd is. Deze leden vragen om een uitgebreide toelichting op de criteria die gesteld worden door zorgverzekeraars en aanbieders en zij willen tevens weten wat de veldnorm inhoudt, die momenteel in ontwikkeling is door de Inspectie voor de Gezondheidszorg en veldpartijen.

De minister geeft aan dat de NZa er zorg voor moet dragen dat de declaratieregels bij de veldnorm moeten aansluiten. De leden van de SP-fractie willen weten hoe de wijzigingen in de declaratieregels eruit komen te zien en vragen of de Kamer hierover geïnformeerd kan worden.

## Vragen en opmerkingen van de CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de kabinetsreactie op het onderzoek van de Nederlandse Zorgautoriteit naar taakherschikking. Deze leden vinden taakherschikking een belangrijk middel om de toekomstige stijgende en steeds veranderende zorgvraag en capaciteitstekorten aan te pakken. Goede randvoorwaarden voor het invoeren van taakherschikking zijn van belang voor een optimaal resultaat. Daarom vinden deze leden het rapport van de NZa ook nuttig.

Taakherschikking vindt momenteel al plaats. De mate waarin taakherschikking voorkomt, is afhankelijk van de mate waarin er door veldpartijen actief op taakherschikking wordt gestuurd. De NZa spreekt van mogelijke culturele, juridische en organisatorische belemmeringen die er voor kunnen zorgen dat taakherschikking niet tot stand komt ondanks het wegnemen van financiële belemmeringen. Een voorbeeld is dat binnen een ziekenhuis de vormgeving van het dienstverband van een medisch specialist van invloed kan zijn op de totstandkoming van taakherschikking. Welke rol ziet de minister voor zichzelf weggelegd om een positieve bijdrage te leveren aan het wegnemen van de bovenstaande belemmeringen anders dan financieel?

Verder geeft de NZa aan dat met het wegnemen van financiële belemmeringen het mogelijk wordt om bij taakherschikking lagere kosten per behandeling af te spreken. Immers, er kan een doelmatigheidswinst gemaakt worden wanneer lager gekwalificeerd personeel wordt ingezet waar mogelijk. Ten tweede kan het aanbod vergroot worden, waardoor de prijs voor de geleverde zorg mogelijk omlaag kan gaan. Hoe kan de minister dit proces faciliteren? Verwacht de minister ook dergelijke effecten en hoe wordt dat inzichtelijk?

Over de tweedelijns somatische zorg merkt de minister op dat zij de aanpassing van de regelgeving rond de bekostiging, conform het advies van de NZa, als volgende stap in het proces ziet. De minister geeft aan dat een besluit hierover niet binnen de demissionaire status van het kabinet past. Inmiddels is er een nieuw kabinet aangetreden. De leden van de CDA-fractie zouden graag van de minister het standpunt van het kabinet willen krijgen. Het is juist zaak dat de belemmeringen in de tweede lijn zo snel mogelijk worden weggenomen, zo vinden deze leden. Genoemde leden vragen ook of het voor zorgverzekeraars ook in de tweedelijns somatische zorg mogelijk is (net als in de tweedelijns geestelijke gezondheidszorg, bijvoorbeeld bij Europsyche) om nadere eisen te stellen aan de hoofdbehandelaar. Als dit mogelijk is, hoe kijkt de minister tegen een dergelijke ontwikkeling aan?

De minister heeft over de motie Uitslag (Kamerstuk 29 689, nr. 157) tijdens het VAO arbeidsmarktbeleid VWS op 28 juni jl. opgemerkt, dat Zorgverzekeraars Nederland te kennen heeft gegeven dat het beleid van zorgverzekeraars om verpleegkundig specialisten als hoofdbehandelaar te weren niet meer houdbaar is. Uit informatie van V&VN blijkt echter dat er nog weinig vooruitgang op dit dossier is en dat er eerder sprake is van een stap terug. De leden van de CDA-fractie vragen een reactie van de minister op dit zorgpunt van V&VN. Voorts vragen deze leden de minister wat zij verder nog gaat doen om er voor te zorgen dat de motie Uitslag goed wordt uitgevoerd.

Tijdens het algemeen overleg Europsyche is met de minister uitgebreid overlegd over de wens om duidelijkheid te krijgen over het hoofdbehandelaarschap in de curatieve geestelijke gezondheidszorg. De minister heeft de IGZ en de veldpartijen verzocht om het ontwikkelen van een

veldnorm voor het hoofdbehandelaarschap voortvarend op te pakken. De leden van de CDA-fractie zijn daar positief over, maar zij vragen wel wanneer de IGZ en de veldpartijen met een voorstel komen. Als laatste stelt de minister dat zij het van belang vindt dat de NZa ervoor zorgt dat ook de declaratieregels bij deze veldnorm aansluiten. Dat vinden de leden van de CDA-fractie ook wenselijk gezien de problematiek rondom Europsyche. De minister geeft aan dat zij regelmatig bij de verzekeraars zal nagaan wat de stand van zaken is hoe de verzekeraars rekening houden met deze veldnorm bij het vormgeven van hun beleid. Wat bedoelt de minister met regelmatig? En wat is de minister voornemens te doen of kan zij doen indien de zorgverzekeraars geen rekening gaan houden met deze veldnorm?

De leden van de CDA-fractie vragen de minister nog in te gaan op de opmerkingen van de NZa over de regelgeving die de NZa dient aan te passen. De NZa merkt op dat van belang is dat VWS invulling geeft aan de reikwijdte van de diagnostiek die in het concept besluit tijdelijke zelfstandige bevoegdheid wordt aangeduid met de term «beperkte complexiteit» (blz. 20–21 van het onderzoek).

### **Vragen en opmerkingen van de D66-fractie**

De leden van de D66-fractie hebben met interesse kennisgenomen van de kabinetsreactie op het onderzoek van de Nederlandse Zorgautoriteit naar taakherschikking. De komende 20 jaar zijn naar schatting meer dan 400 000 extra zorgmedewerkers nodig. Deze leden zijn van mening dat taakherschikking een belangrijk middel is om dit capaciteitsvraagstuk het hoofd te bieden, omdat de zorg hiermee doelmatiger kan worden georganiseerd. Bovendien kan dit leiden tot meer tevredenheid onder patiënten, betere kwaliteit van zorg, lagere kosten en vergroot het de carrièremogelijkheden van verpleegkundigen.

De leden van de D66-fractie zijn blij dat met de wijziging in de Wet BIG belemmeringen zijn weggenomen om taakherschikking te realiseren. Deze leden stellen evenwel vast dat de NZa voor de tweedelijns somatische zorg financiële belemmeringen voor taakherschikking constateert. Een van de geconstateerde belemmeringen is dat het voor niet-poortspecialisten momenteel onmogelijk is om een behandeling te starten. Een van de voorgestelde oplossingen is het uitbreiden van de lijst met poortspecialisten die in de regelgeving zijn aangemerkt als hoofdbehandelaar met een aantal nieuwe beroepsgroepen, zoals bijvoorbeeld de physician assistant en de verpleegkundig specialist. Daarmee kan worden bewerkstelligd dat verpleegkundig specialisten zelfstandig dbc's kunnen openen en sluiten, wanneer deze professionals de zorg vrijwel volledig uitvoeren. De leden van de D66-fractie zijn verheugd dat de minister voor deze oplossing openstaat. Is de minister bereid op korte termijn de regelgeving rond de bekostiging op genoemde wijze aan te passen? Wanneer verwacht de minister dit te kunnen regelen? De leden van de D66-fractie ontvangen signalen vanuit het beroepenveld dat de lopende onderzoeken naar taakherschikking op dit moment onvoldoende informatie lijken te genereren. Hoe kijkt de minister aan tegen het coderen van dbc's om meer inzicht te verkrijgen in wie welke zorg uitvoert en in welke omvang? Wil de minister stimuleren dat de lopende onderzoeken snel tot uitkomsten zullen leiden?

Een tweede wijze waarop de geconstateerde belemmering weggenomen kan worden is door het onderscheid tussen poortspecialisten en de verantwoordelijkheid voor de juiste typering en registratie van een zorgtraject los te laten. Kan de minister aangeven hoe zij tegenover deze oplossing staat? Verwacht de minister dat dit een volumetoename zal

veroorzaken? Zo ja, in welke mate? Kan de minister daarbij ook aangeven welke effect dit kan hebben op de totale zorguitgaven en in welke mate dit tot een premiestijging kan leiden? Welke andere voor- en nadelen kunnen deze oplossing met zich meebrengen?

De leden van de D66-fractie constateren dat er volgens de NZa binnen de curatieve ggz geen financiële belemmeringen voor taakherschikking zijn. Wel wordt opgemerkt dat zorgverzekeraars op basis van kwaliteit beperkingen aanbrengen in de polisvoorwaarden wie zij als hoofdbehandelaar accepteren en wie dbc's mogen openen. In het kader van taakherschikking binnen de geestelijke gezondheidszorg vinden de leden van de D66-fractie het wenselijk dat kwalitatief hoogwaardige verpleegkundig specialisten meer taken op zich nemen. Heeft de minister contact gehad met Zorgverzekeraars Nederland om verpleegkundig specialisten als hoofdbehandelaar te accepteren? In het bestuurlijk akkoord ggz is afgesproken dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders in 2012 criteria afspreken waaronder taakherschikking plaatsvindt en wat de rol van de hoofdbehandelaar is. Volgens veldpartijen is het niet haalbaar nog dit jaar een veldnorm te formuleren. Wanneer verwacht de minister dat er meer duidelijkheid komt? Welke rol ziet de minister voor zichzelf weggelegd om dit te stimuleren?

De leden van de D66-fractie stellen met verbazing vast dat in het regeerakkoord van het kabinet-Rutte II geen visie is opgenomen om het oplopende capaciteitsprobleem in de zorg het hoofd te bieden. Deze leden achten het wenselijk dat een van de grootste uitdagingen van de zorg voor de komende jaren met een integrale aanpak tegemoet getreden wordt. Het instellen van een nullijn voor zorgmedewerkers en de structurele extra budgetkorting van € 250 miljoen op de medische zorg in de tweede lijn dragen niet bij aan een oplossing, maar vergroten juist het probleem. Kan de minister uiteenzetten welke instrumenten zij naast (het uitbreiden van) taakherschikking wil gaan inzetten om het aankomende tekort aan zorgprofessionals op te vangen?

### **Vragen en opmerkingen van de ChristenUnie-fractie**

De leden van de ChristenUnie-fractie hebben voor de motie Voortman gestemd waarin de regering werd verzocht om een kabinetsreactie op het onderzoek van de Nederlandse Zorgautoriteit naar taakherschikking (Kamerstuk 29 689, nr. 406). Zij vragen graag op een aantal punten nadere toelichting.

De leden van de ChristenUnie-fractie merken op dat voorkomen moet worden dat taakherschikking alleen als kostenbesparing wordt gezien. Taakherschikking is namelijk ook nodig om zorg rond te krijgen vanwege grote belasting van onder andere medisch specialisten en het efficiënter/klantgericht maken van de zorg.

De steeds complexer wordende zorg, de toenemende vraag om regie leggen een steeds grotere druk op het personeel. Ook het aanleveren van prestatie-indicatoren verhogen deze druk. Op welke manieren wordt deze druk verlaagd en kan de administratieve lastendruk worden verlicht? Hoe verhouden de geplande bezuinigingen zich tot de taakherschikking?

Deze leden merken op dat uit de praktijk blijkt dat het buitengewoon lastig is kostenbesparingen met behoud van kwaliteit mogelijk te maken als het gaat om het zelfstandig declareren van een behandeling in de tweedelijns somatische zorg op het moment dat er nog geen volledige substitutie plaatsvindt van zorg wanneer de declaratie van de dbc nog door de medisch specialist wordt gedaan. Waarom kan er niet direct volledige substitutie plaatsvinden? Zitten alle brancheorganisaties als het gaat om



dit punt op één lijn? Zo nee, wat zijn de verschillen? Deze leden zien graag een nadere toelichting op het gekozen tijdspad.

De leden van de ChristenUnie-fractie merken op dat er in het NZa-rapport niet wordt gesproken over beperkingen bij het declareren van dagverpleging. Deze beperkingen worden echter momenteel wel stringent toegepast. Hoe sluit de huidige regelgeving aan bij de praktijk van de «one-stop-shops» en hoe zal dat in de nieuwe regelgeving zijn? Lenen deze activiteiten zich ook voor taakherschikking?

Ten aanzien van de ggz merken de leden van de ChristenUnie-fractie op dat wat nu wordt geregeld wettelijk al kan. De Wet BIG beschrijft duidelijk wie waar verantwoordelijk voor is bij een behandeling. Dit is een nevenschikking van taken en verantwoordelijkheden en dus geen hiërarchische schikking zoals de term hoofdbehandelaar suggereert. In de Wet BIG is nergens sprake van de term hoofdbehandelaar. De term «hoofdbehandelaar» is geïntroduceerd door de zorgverzekeraars in het kader van het openen van een dbc. Klopt het dat verzekeraars dus ruimte zouden moeten en kunnen geven dat het openen van een dbc niet slechts door een poortspecialist kan worden gedaan? Vanuit de casus Europsyche is uitwerking op dit punt gewenst.

## **II. REACTIE VAN DE MINISTER**