

Vergaderjaar 2007–2008

29 247

Acute zorg

Nr. 76

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 3 juli 2008

Inleiding

Op 25 januari jongstleden heb ik u mijn visie «dynamische eerstelijnszorg» gestuurd (Kamerstuk 29 247, nr. 56). Hierin heb ik op hoofdlijnen aangegeven hoe ik, in samenwerking met de verschillende partijen, de eerstelijnszorg in de komende jaren denk te versterken. In deze brief geef ik nadere invulling aan de wijze waarop ik de eerstelijnszorg de komende jaren wil stimuleren en ondersteunen in het proces dat nodig is om in te kunnen spelen op diverse toenemende ontwikkelingen. Daarbij kom ik tegemoet aan uw wens (geformuleerd op 31 januari jongstleden (Kamerstuk 29 247, nr. 69) tijdens het Algemeen Overleg in de Tweede Kamer) om concrete doelstellingen te formuleren op basis van de visie. In een motie van mevrouw Schippers (Kamerstuk 29 247, nr. 64) die op 18 februari is aangenomen wordt gevraagd om een schema waarin tijdpad, instrumentarium en financiën worden geformuleerd om deze doelstellingen te bereiken. In deze brief kom ik hieraan tegemoet.

De Nederlandse eerstelijnszorg staat internationaal in hoog aanzien door het breed scala aan diensten van goede kwaliteit dat in de eerste lijn wordt aangeboden. Het betreft de ruggengraat van de gezondheidszorg. Het is belangrijk om de verworvenheden van deze sterke eerstelijnszorg te koesteren en te behouden.

Bij de uitwerking van mijn visie focus ik in eerste instantie op de verbetering van de eerstelijnszorg zelf. Het gaat hier om de optimale zorg aan patiënten te leveren in relatie tot het dagelijks functioneren van de hulpverleners, waarbij aandacht moet zijn voor de veiligheid, de kwaliteit en de transparantie.

Vervolgens wordt, om de toenemende zorgvraag van met name van chronisch zieken het hoofd te kunnen bieden, gekeken naar de integrale zorg rondom de patiënt. Dit betekent voor hulpverleners dat zij meer moeten samenwerken. Het vormgeven van de samenhang vergt intensief overleg

met en tussen de veldpartijen. Ook de aansluiting met de tweedelijnszorg is in het kader van de integrale zorg aan de orde. Door een functionele bekostiging in de eerstelijnszorg worden de inkoopmogelijkheden van de zorgverzekeraars vergroot. Daardoor kunnen zij naar wens substitutie van zorg vanuit de tweede- naar de eerste lijn laten plaatsvinden. Tevens biedt dit mogelijkheden om integrale zorg in te kopen voor bijvoorbeeld patiënten met chronische zorg.

In mijn visie heb ik aan de hand van vier thema's de beleidsagenda voor de komende jaren geschetst. Hieronder beschrijf ik per thema de doelstellingen die ik voor ogen heb. Daarnaast heb ik bij ieder thema een schema gevoegd met een programma, waarin de acties en instrumentarium met de belangrijkste actoren en een tijdspad zijn weergegeven. Ik hecht eraan te melden dat de doelstellingen binnen het kader van de visie «dynamische eerstelijnszorg» zijn uitgewerkt en er inhoudelijk geen nieuwe zaken zijn toegevoegd.

In de uitwerking wordt een programmatische aanpak gekozen. Dit betekent dat er een samenhangend programma van activiteiten komt waarmee, samen met de relevante partijen, onderdelen van de visie worden uitgewerkt. Om de voortgang inhoudelijk en in de tijd te bewaken zal ik een Stuurgroep inrichten onder voorzitterschap van VWS, waarbij met de partijen (zorgaanbieders, verzekeraars, consumenten/patiënten en gemeenten) periodiek de voortgang van de verschillende onderdelen wordt besproken. Aan het eind van deze brief kom ik hierop terug. Ik zal u eens per jaar over de voortgang rapporteren.

In de laatste paragraaf van deze brief kom ik terug op een aantal toezeggingen die ik heb gedaan in het Algemeen Overleg van 31 januari jongstleden. Dit zijn de toezeggingen over goodwill huisartsen, risicoselectie bij fysiotherapie, deskundigheidsbevordering huisartsen bij ongewenste zwangerschap en onafhankelijke nascholing huisartsen.

Bij de uitwerking van de maatregelen zullen de financiële consequenties verder in kaart worden gebracht. Aangezien er meerdere partijen betrokken zijn (die verschillende financieringsbronnen hanteren) is een overzicht op dit moment nog niet te geven. Daarnaast zijn een aantal maatregelen organisatorisch van aard en hoeven derhalve niet per se geld te kosten. Om te zijner tijd eventuele meerkosten op te vangen zullen ombuigingen van vergelijkbare omvang binnen het BKZ noodzakelijk zijn.

De thema's in de eerstelijnszorg

In mijn visie «dynamische eerstelijnszorg» van 25 januari jongstleden heb ik de belangrijke betekenis van de curatieve eerstelijnszorg benadrukt. De eerstelijnszorg behandelt en begeleidt de patiënt als hij of zij medische, verloskundige, tandheekundige, palliatieve, farmaceutische, psychische, paramedische en/of verpleegkundige zorg nodig heeft. De eerstelijnszorg heeft een belangrijke taak in het diagnosticeren van klachten en vroegsignalering. Hierbij blijft de patiënt in zijn eigen woonsituatie en vindt de behandeling/begeleiding plaats in de praktijk nabij die woonsituatie, of in de thuissituatie zelf of in een externe omgeving zoals bijvoorbeeld een polikliniek (bevalling) of geboortecentrum. Er zijn vele goede initiatieven en steeds meer partijen die een bijdrage willen leveren aan de versterking van de eerstelijnszorg.

Daarnaast is het ook noodzakelijk oog te hebben voor de uitdagingen waar de eerstelijnszorg voor staat, zoals diverse maatschappelijke veranderingen als vergrijzing, toename van chronisch zieken en de multiculturele samenleving. Er zijn meer mensen die zorg nodig hebben en minder

mensen om die zorg te verlenen. Daarnaast zullen steeds meer patiënten en zorgconsumenten via zelfmanagement de regie over hun leven met (gecompliceerde) aandoeningen willen voeren en zich mondig ten opzichte van de hulpverleners opstellen. Het is van belang dat de eerstelijnszorg daar in de toekomst goed op in kan spelen.

Veel van de kwalitatief goede zorg die wordt geboden, wordt door individuele zorgaanbieders zélf afgehandeld. Het is wenselijk dat dit ook blijft bestaan. Daarnaast vinden de belangrijkste veranderingen plaats binnen de multidisciplinaire zorg. Daarbij is de samenhang tussen de eerstelijnszorg en andere (deels private) zorgterreinen, zoals de wijkverpleging, de ouderenzorg, verpleeghuiszorg en tweedelijnszorg van groot belang. De eerdergenoemde relatie met de publieke taken van gemeenten vragen speciale aandacht.

Hiervoor is een dynamische eerstelijnszorg nodig: kwalitatief hoogstaand, klantgericht, innoverend en investerend. Het is aan het veld om de zorg zodanig te organiseren en te optimaliseren dat met behoud van kwaliteit tegemoet kan worden gekomen aan de wensen en de behoeften van de patiënten. Huisartsen vervullen een essentiële rol in de eerste lijn. Zij zijn – samen met verloskundigen en bedrijfsartsen – poortwachter naar de tweede lijn. De afgelopen jaren zijn zij steeds meer ondersteund door praktijkondersteuners, hetgeen een goede ontwikkeling is. Daarnaast zie ik de introductie van de nurse practitioners (NP's) en physician assistants (PA's) als wenselijk.

De rol van de overheid is om de prikkels in het systeem in te bouwen waardoor er een kwalitatief hoogwaardig en transparant zorgaanbod ontstaat met meerwaarde voor de patiënt. Wet- en regelgeving zijn hiervoor een middel, maar ook het geven van goede voorbeelden is een goede stimulans voor partijen. Dit laatste doe ik onder andere samen met de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) door middel van De Nieuwe Praktijk (DNP) en, samen met alle partijen in de zorg, in het Landelijk Overleg Versterking Eerstelijnszorg (LOVE).

Ik wil geen blauwdruk afgeven voor de eerstelijnszorg in de toekomst, simpelweg omdat innovaties niet vooraf zijn te plannen; innovaties vereisen ruimte en dynamiek. Daarnaast doet een blauwdruk geen recht aan de gewenste differentiatie, afhankelijk van de lokale situatie.

Ik heb in de visie de nadruk gelegd op 4 thema's.

- (1) Meer samenhang in de zorg;
- (2) Meer innovatie, ondernemerschap en betere zorginkoop;
- (3) Grotere transparantie, betere kwaliteit en vanzelfsprekende veiligheid;
- (4) Betere organisatie van de acute zorg.

Per thema heb ik in deze brief de belangrijkste doelstellingen geformuleerd. Samen met de veldpartijen zal ik deze doelstellingen gaan nastreven (voor zover dit niet al gebeurt).

Thema 1 Meer samenhang in de zorg

Met het thema «betere samenhang in de zorg» beoog ik te bereiken dat waar nodig, in de eerstelijnszorg integrale zorg wordt geboden rondom een patiënt. Bij goede integrale zorgverlening zijn de betreffende professionals op de hoogte van de zorg die hun collega-hulpverlener biedt aan de patiënt. Het is voor de patiënt duidelijk wie hij/zij kan aanspreken in het (keten) zorgproces. Hulpverleners die worden betaald uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), de Wmo of de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten

(AWBZ) kunnen deze zorg bieden zonder daar grote belemmeringen te ervaren in de verschillende systemen die er zijn. In mijn brief chronisch zieken (PG/ZP 2847918) die ik recent naar u heb gestuurd zet ik mijn beleid ten aanzien van chronische zorg nader uiteen. De samenhang in het zorgproces wil ik versterken door te bezien of en op welke wijze de coördinatiefunctie in een zorgproces beter kan worden verankerd.

Doelstelling 1.1: Ketenzorg en coördinatie

- *De zorgverlener zorgt voor aansluiting van het werk op dat van zijn collega's en heeft aandacht voor de risico's die de samenwerking en goede zorgverlening bedreigen. Eén professional in de keten heeft het volledige overzicht en is aanspreekbaar voor de patiënt in het zorgproces. De betreffende zorgverleners in de zorgketen spreken – in samenspraak met de patiënt – onderling af wie dit overzicht op een bepaald moment heeft. Diegene die op enig moment de overzichtsfunctie vervult is verantwoordelijk voor een aansluitend zorgproces van een patiënt die door verschillende professionals wordt geleverd. Voor de patiënt moet duidelijk zijn wie (en welke discipline) de afstemming ter hand neemt. Hij kan daarin ook zijn voorkeur kenbaar maken.*
- *Afhankelijk van de specifieke zorgbehoefte van een patiënt levert de zorgverlener – samen met de relevante zorgverleners in de keten – zorg volgens richtlijnen dan wel (bij chronisch zieken) standaarden die een integrale benadering kennen.*
- *Om zoveel mogelijk gezondheidswinst bij patiëntengroepen te behalen, wordt bij het zorgaanbod meer aandacht besteed aan het voorkomen van het ziekten via preventie.*

Doelstelling 1.2: Afstemming van gemeenten en eerstelijnszorg op lokaal niveau

- *Gemeenten spelen in 2011 een meer aantoonbare rol in het gezondheidszorgbeleid. Daarbij wordt met de zorgaanbieders in de eerstelijns en verzekeraars afgestemd over de gemeenschappelijke doelen rondom specifieke doelgroepen, zoals bijv. ouderen, jeugdigen en verslaafden. Daarbij wordt nagegaan hoe de zorg zoveel mogelijk integraal georganiseerd kan worden. Waar mogelijk vinden meer preventieve activiteiten plaats.*

Zoals gezegd komen in de eerstelijnszorg drie systemen samen. De sectoren cure, care en preventie kennen hun eigen sturing en beheersysteem.

Het grootste deel van de eerstelijnszorg wordt via de Zorgverzekeringswet vormgegeven.

Het tweede besturingssysteem met de functies verpleging en verzorging loopt via de AWBZ.

Het derde besturingssysteem betreft de publieke sector. Gemeenten hebben meerdere publieke taken op het gebied van gezondheid en welzijn die met elkaar samenhangen. De Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO), de Centra voor Jeugd en Gezin, het preventiebeleid en het ouderenbeleid verwoord in de Wet Publieke Gezondheid en de versterking van de achterstandswijken zijn allemaal (relatief nieuwe) onderwerpen die een beroep doen op de eerstelijnszorg op lokaal en wijkniveau.

Voor de patiënt is het van belang dat deze systemen op elkaar afgestemd worden. Hij is bijv. gebaat bij een huisarts die samenwerkt met een jeugdarts of maatschappelijk werk.

In de huidige praktijk sluiten de systemen niet altijd even goed op elkaar aan. Zo kan de gemeente besluiten andere prioriteiten te stellen dan waar de huisarts denkt behoefte aan te hebben. De thuiszorg kan besluiten om niet te gaan werken vanuit een gezondheidscentrum.

Een verzekeraar met een groot marktaandeel in een regio kan andere prioriteiten hebben dan de initiatiefnemers voor een geïntegreerde eerstelijnsorganisatie in die regio.

Meer samenhang in de zorg wordt bevorderd door concrete experimenten om preventie en curatie met elkaar te verbinden (bijv. de beweegkuur of een «stoppen met roken»-pilot door de huisarts). Daarnaast wil ik een meerjarig programma op gaan zetten, «Lokaal-Centraal» met gemeenten, GGD'en en de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) om te kijken hoe er op lokaal niveau een samenhangend beleid kan komen. Samen met gemeenten en eerstelijnszorgverleners wil ik nagaan wat de afstemming rondom deze taken betekent en hoe deze afstemming gestimuleerd kan worden. Verzekeraars zullen hierbij eveneens betrokken worden. Daarbij zal onderzocht worden welke consequenties de samenwerking in de eerstelijnszorg heeft voor de wijze waarop de zorginkoop op basis van de Wet Marktordening Gezondheidszorg (WMO) plaatsvindt.

Ten aanzien van de ouderenzorg spelen meerdere onderwerpen in relatie met de eerstelijnszorg.

In de brief over multimorbiditeit en ouderenzorg van 12 november 2007 van de staatssecretaris is het Ouderenprogramma aangekondigd (in lijn met het recente kabinetsstandpunt over de AWBZ). De aanpak in dit programma gaat uit van regionale partijen die in samenwerking meerwaarde creëren op basis van behoeften van cliënten.

Omdat de meeste mensen met multimorbiditeit en complexe problematiek gewoon thuis zijn (de huisarts doet bij deze populatie bij benadering ongeveer 7 miljoen consulten, waarvan hij er slechts 400 000 doorverwijst naar de tweede lijn) en ingrijpen in een vroeg stadium meer oplevert, spelen bij het Ouderenprogramma de curatieve eerste lijn en het welzijnsdomein een belangrijke rol. Het ouderenprogramma schept voor de regionale experimenten met combinaties uit verschillende domeinen transitieruimte. Deze ruimte is nodig wanneer bij de experimenten financiële of juridische grenzen opdoemen.

Verder heeft de wetgever onlangs in de Wet PG een taak bij gemeenten neergelegd om (preventief) ouderengezondheidszorgbeleid te voeren, met sturingsmogelijkheden voor het rijk. In overleg met de bestuurlijke partners en veldpartijen in de zorg zal dit beleid vorm en inhoud krijgen. Indien in de preventieve sfeer een diagnose wordt gesteld, is doorgeleiding naar de reguliere eerstelijnszorg van belang.

In schema 1 schets ik een overzicht van alle actiepunten die op dit thema voortvloeien uit de visie «dynamische eerstelijnszorg». Bij de uitwerking van het programma in de komende jaren zullen de rollen en verantwoordelijkheden van de verschillende partijen verder benoemd worden.

Schema 1. «Meer samenhang»

Acties	Instrumentarium	Tijdpad
1: Coördinatie Helder beleggen van verantwoordelijkheid in het zorgproces en de ketenzorg, waardoor de kwaliteit van zorg wordt verbeterd en de patiënt een aanspreekpunt heeft bij vragen. De rol van de huisarts krijgt daarbij speciale aandacht.	Wet- en regelgeving: zie brief aan de Tweede Kamer met Programma «Zeven rechten voor de cliënt in de zorg» d.d. 23 mei 2008. Via het ZorgInnovatiePlatform werken aan optimalisering van (arbeidsbesparende) technologie en ICT in preventie in zorg.	Wetsvoorstel wordt aan de TK aangeboden in 2009. Het Zorginnovatieplatform zal gedurende deze kabinetsperiode actief zijn.
2: Ontwikkeling gezondheidsbeleid op regionaal/lokaal niveau Bereiken dat de gemeenten een aantoonbare rol spelen in het gezondheidszorg beleid, waarbij met verzekeraars en zorgaanbieders gemeenschappelijke doelen worden geformuleerd. Daarbij wordt afgestemd over de wijze waarop de zorg integraal georganiseerd kan worden. Er wordt tevens een verbinding gelegd met het maatschappelijk ondersteuningsbeleid van de gemeente.	> Meetbaar maken welke rol de gemeente speelt met betrekking tot de eerstelijnszorg via de indicatorenset die door de IGZ ontwikkeld wordt > Wet Publieke Gezondheid, > Introductie Innovatieprogramma «Lokaal-Centraal» ter versterking openbare gezondheidszorg en link met eerstelijnszorg. > Inzichtelijk maken van de vraag op lokaal en regionaal niveau via de combinatie van de Vraag-Aanbod-Analyse Monitor (VAAM) met epidemiologische gegevens van GGD'en	> 2009 > Planning 2de tranche in 2009 > 2009-2012 > Gerealiseerd in 2010
3: Chronische zorg Randvoorwaarden creëren waardoor chronisch zorg integraal wordt aangeboden en waar mogelijk in de eerstelijnszorg	Veld stimuleren standaarden te ontwikkelen voor integrale zorg, in de bekostiging mogelijk maken integrale zorg aan te bieden en in te kopen voor verzekeraars (zie brief chronisch zieken PG/ZP/2847918). Via het ZorgInnovatieplatform werken aan innovaties in samenwerking/organisatiemodellen zodat ketenzorg beter gestalte krijgt.	Binnen vier jaar zorgstandaarden en de verder benodigde innovaties ontwikkelen voor de zes prioritaire (groepen van) chronische aandoeningen.
4: Meer nadruk op preventie Preventie als integraal onderdeel in het zorgaanbod met daarbij aandacht voor leefstijl, gezonde leefomgeving, chronisch zieken en sociaal economische en etnische gezondheidsverschillen. De eerstelijnszorg werkt nauw samen met gemeenten en GGD'en.	> Verder onderzoek verrichten naar (kosten) effectiviteit van individuele en collectieve preventiemogelijkheden. > Nagaan hoe de aanpak van preventie lokaal kan worden ingericht, waarbij in samenwerking met ministerie van WWI de krachtwijken specifiek benaderd worden. Hiervoor worden met 9 gemeenten (20 van de 40 wijken) afspraken gemaakt om te experimenteren. > Verbinden Preventie en ZVW (onder voorwaarden) met vijf speerpunten: – Preventieprikkel via eigen risico ZVW – Stoppen met roken in ZVW – Introductie Bewegingkuur in ZVW – GGZ-preventie in ZVW – Zelfmanagement in ZVW	2009 2008-2013 > 2009 > 2010 > 2012 > 2011 > 2012
5: Centra voor Jeugd en Gezin en eerstelijnszorg Er dient een heldere relatie/samenhang te zijn tussen eerstelijnszorg en Centra voor Jeugd en Gezin (CJG)	Wordt met het veld nader bepaald in een handreiking «samenhang CJG en eerstelijnsvoorzieningen» eind 2008. Daarbij wordt de rol van de huisarts bij het signaleren en melden van kindermishandeling versterkt.	Afschrift naar de Tweede Kamer eind 2008
6. Ouderenprogramma Het scheppen van meerwaarde in de behoefte van ouderen met multimorbiditeit en complexe problematiek	Het ouderenprogramma zoals dat door ZonMW wordt uitgevoerd, zie de brief van de staatssecretaris van 12 november 2007 aan de Tweede Kamer	2008-2012

Acties	Instrumentarium	Tijdpad
<p>7: Verslavingszorg en eerstelijns GGZ Huisartsen en andere relevante zorgaanbieders zullen beter in staat moeten zijn om in een vroeg stadium verslavingsproblematiek, psychosociale- en psychische problemen bij mensen te herkennen, op de juiste wijze daarmee om te gaan en naar de goede zorgverleners en instanties kunnen doorverwijzen. Met de inzet van Praktijk Ondersteuners Huisartsenzorg (POH)-GGZ en SPV'ers in de eerste lijn worden functies als vraagverheldering, vroegsignalering en preventie versterkt. Met de uitbreiding van acht zittingen eerstelijns psychologische zorg in het basispakket krijgen burgers met psychische klachten, ruimere keuzemogelijkheden binnen een meer doelmatige zorgketen aangeboden.</p>	<p>> Partnership Vroegsignalering Alcohol is verlengd tot 2011. Project implementatie eerste lijn gaat van start. (Partnership wordt in deze periode ook uitgebreid met tweedelijns: ziekenhuizen)</p> <p>Vanaf 1 januari 2008 financiering van de functie POH-GGZ via de Zorgverzekeringswet</p> <p>Ontwikkelen van een transparant aanbod eerstelijns psychologen en SPV'ers in de eerste lijn (modulaire beschrijving)</p> <p>Acht zittingen eerstelijns psychologische zorg in het basispakket</p>	<p>In 2011 past 30% van de huisartsen de NHG-standaard problematisch alcoholgebruik toe.</p> <p>In 2011 is in 10% van de HA-praktijken samenwerking met de verslavingszorg tot stand gekomen.</p> <p>In 2011 kent 80% van de instellingen voor verslavingszorg de Handleiding Alcoholconsultatieprojecten tbv de eerstelijns</p> <p>Modulaire beschrijving eerstelijns psychologen en SPV'ers in de eerste lijn gereed</p>
<p>8: Wegwijsfunctie eerstelijnszorg Handreiking aanbieden aan lokale partijen waarin zij duidelijke informatie krijgen over het diverse zorgaanbod in de omgeving, zodat verwijzingen juist plaatsvinden en patiënten op de goede plek in de zorg belanden. Daarnaast is bij de eerstelijnszorg informatie beschikbaar over de ondersteuningstaken van de gemeente.</p>	<p>Handreiking via LOVE-traject opzetten gekoppeld aan trajecten die al lopen via GGD'en en Gemeenten.</p>	<p>Afgerond eind 2009</p>
<p>9: Invoering landelijk Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) Invoering van het landelijk EPD zodat zorgverleners landelijk relevante medische gegevens kunnen uitwisselen. Te starten met de huisartswaarneming-informatie en informatie over medicatie.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wetgeving 2. Communicatie en voorlichting 3. Implementatiehulpmiddelen 4. Financiële tegemoetkoming 	<p>Uiterlijk in 2009 zijn huisartsen, apotheken, huisartsenposten en ziekenhuizen aangesloten op het landelijk schakelpunt.</p>

Thema 2 Meer innovatie, ondernemerschap en betere zorginkoop

Met het thema «meer innovatie en ondernemerschap en een betere zorginkoop» beoog ik te bereiken dat zorgverleners en zorgverzekeraars de ruimte benutten die het stelsel geeft om te innoveren en kansen te zoeken in betere samenwerking binnen onderscheiden zorggroepen, differentiatie en specialisatie en de ontwikkeling van nieuwe zorgconcepten, die beter inspelen op speciale behoefte van de patiëntenpopulatie in hun buurt. Innovatie en ondernemerschap zijn mede afhankelijk van een goede uitgangssituatie. Daarom wordt ook gekeken naar de verworvenheden van de huidige praktijk. Zoals eerder aangegeven is het belangrijk de verworvenheden van een sterke en doelmatige eerstelijnszorg te koesteren en verder uit te bouwen. De onderstaande doelstellingen zijn mede hierop gericht.

Doelstelling 2.1: Bereikbaarheid en servicegerichtheid

- *Eerstelijnszorg is laagdrempelig en heeft een «herkenbare voordeur» in een wijk. Voor een patiënt is het duidelijk waar en welke eerstelijnszorg zich in een wijk bevindt.*
- *De eerstelijnszorg is fysiek makkelijk te bereiken binnen een aanvaardbare reistijd. De acute eerstelijnszorg organiseert haar zorg op basis van heldere (telefonische) bereikbaarheidsnormen.*
- *In de eerstelijnszorg is er helderheid over toegankelijkheid (patiënteninformatie als openingstijden, spreekuur, e-health-mogelijkheden, samenstelling van de zorggroep of maatschap en specialisaties).*

Doelstelling 2.2: Doelmatigheid

- *Via de eerstelijnszorg heeft de patiënt het eerste contact met het zorgsysteem. Om de zorgverlening doelmatig te laten lopen hebben eerstelijnszorgverleners een belangrijke functie. Onnodige belasting van de huisarts wordt voorkomen door (goed geprotocolleerd) vrijwel de gehele eerstelijnszorg direct toegankelijk te maken.*
- *De zorg die in de eerste lijn geleverd kan worden, wordt daar ook geleverd. In eerste instantie wordt in de eerstelijnszorg de meest effectieve, kwalitatief verantwoorde, minst belastende, goedkoopste en kortste vorm van behandeling aangeboden die mogelijk is, gezien de aard en de ernst van de problematiek. Pas als interventie in de eerste lijn onvoldoende effect heeft, wordt naar een interventie in de tweede lijn overgegaan.*

Doelstelling 2.3: Meer aanvullende expertise en differentiatie

- *De generalistische zorgverleners ontwikkelen tevens – naar lokale, wijkgerichte behoefte – meer aanvullende expertise op diverse terreinen. De fysiotherapeut of ergotherapeut heeft bijvoorbeeld bepaalde specialistische deskundigheid in patiënten met COPD of lage rugpijn of bijvoorbeeld ouderen met de ziekte van alzheimer, lichamelijk en verstandelijk gehandicapt, kennis en expertise over culturele of etnische factoren die gezondheid bevorderen of belemmeren etc. Of de ene huisarts richt zich meer op geriatrische ziekten, een andere op psycho-sociale problematiek en de volgende op patiënten met chronische longklachten. Dit mag uiteraard niet ten koste gaan van de generalistische aanpak in de eerstelijnszorg.*

Innovaties wil ik stimuleren door enerzijds het systeem zo in te richten dat de bekostigingssystemen innovatie bevorderen, en anderzijds door stimuleringsprogramma's partijen te prikkelen om tot goede innovaties te komen. Ik verwijs kortheidshalve ook naar de brief die de staatssecretaris en ik op 7 februari jongstleden over innovatie in preventie en zorg naar de Tweede Kamer hebben gestuurd (MEVA/AEB-2 830 484). Een functionele bekostiging in de eerstelijnszorg bevordert substitutie vanuit de tweede naar de eerste lijn en vergroot de inkoopmogelijkheden van de zorgverzekeraars en dus ook de innovatie.

Stimuleringsprogramma's ben ik onder andere gestart met De Nieuwe Praktijk, maar ook het Landelijk Overleg Versterking Eerstelijnszorg (LOVE) werkt mee om de dynamiek in het veld te vergroten. Innovatie kent echter ook andere niveaus die lang niet altijd te maken hebben met beleid van de overheid. Het heeft ook te maken met een natuurlijke drive en gevoel voor ondernemerschap. Dit ondernemerschap probeer ik te stimuleren in bijvoorbeeld de opleidingen, maar ook de Regionale ondersteuningsstructuren (ROSSEN) hebben daarin een taak.

Om de professionals te ondersteunen in het opzetten van nieuwe initiatieven zal ik onderzoek doen naar de behoefte naar betere investingsmogelijkheden in de eerstelijnszorg en deze bespreken met de minister van Economische Zaken.

In schema 2 schets ik een overzicht van de actiepunten die op dit thema nog meer voortvloeien uit de visie «dynamische eerstelijnszorg».

Schema 2 «Meer innovatie en ondernemerschap en een betere zorginkoop»

Acties	Instrumentarium	Tijdpad
1: Functionele bekostiging Een functionele bekostiging, waarbij de (beroepsgerichte) schotten in de eerstelijnszorg verdwijnen en prestaties in de zorg binnen de tweedelijns en eerstelijnszorg gelijk zijn.	Aanpassen bekostigingssystematiek WMG	Advies NZa gereed eind 2009. Nadere besluitvorming op basis van uitvoeringstoets.
2. Goede toegang en bereikbaarheid eerstelijns in Vinex-wijken	Adequate aanloopregeling voor gezondheidscentra in Vinex-wijken	Structureel 2009
3: Substitutie Zorginkoop van verzekeraars optimaliseren door substitutiebelemmeringen in de bekostiging weg te nemen en bevorderen dat inkoopspecificaties van zorgverzekeraars zijn gebaseerd op zorgstandaarden.	Aanpassen bekostigingssystematiek WMG waar nodig.	Risicovereeniging: 2010 Bekostiging: 2010 Brief TK in juli 2008 t.b.v. uitwerking motie Omtzigt.
4: Taakherschikking Taakherschikking blijven stimuleren waardoor er een zorgaanbod ontstaat dat antwoord geeft op de veranderende en stijgende zorgvraag en daardoor de kwaliteit van zorg kan verbeteren, ondercapaciteit wordt voorkomen, zorgverleners in taken worden ontlast en meer carrièreperspectief ontstaat voor werkers in de zorg.	> De jaarlijkse instroom in de opleidingen Nurse Practitioner/Physician Assistent met ingang van studiejaar 2008–2009 te verhogen van 325 naar 400 opleidingsplaatsen; > De arbeidsmarktbehoefte aan NP's en PA's systematisch te laten monitoren middels een tweejaarlijks onderzoek. > Taakherschikking zal een onderdeel zijn van de uitwerking van het arbeidsmarktadvies in het ZorgInnovatiePlatform.	2008–2009 2008
5: Directe toegankelijkheid De keuzevrijheid van patiënten vergroten, de kwaliteit van de paramedici beter te benutten, en onnodige belasting van de huisarts voorkomen door directe toegankelijkheid van die beroepen die dit zorginhoudelijk gezien toelaten.	Ambvb wet BIG aanpassen, indien dit noodzakelijk wordt geacht,	In 2011 zijn paramedici in principe direct toegankelijk
6: Borgstellingskrediet Het financieren van investeren in de eerstelijnszorg te vergemakkelijken doordat banken door kapitaalmarktregeling minder risico lopen bij faillissement, waardoor samenwerkingsverbanden eerder zullen worden opgezet.	> Onderzoek naar mogelijke knelpunten op het terrein van eerstelijnszorg bij financiering van investeringen. > Overleg met ministerie van EZ of en onder welke voorwaarden het bestaande kapitaalmarktinstrumentarium open gesteld kan worden voor beroepsbeoefenaren.	Resultaat onderzoek in najaar 2008
7: Ondernemerschap Vanzelfsprekendheid creëren bij de hulpverleners in spe om zich als een ondernemer op te stellen in de Zvw.	> Ondernemerschap in opleiding en cursussen > Via De Nieuwe Praktijk voorbeelden verspreiden > In de Maatschappelijke Innovatieagenda Gezondheid (MIA-G) die samen met EZ en OCW is vormgegeven, is bevorderen van ondernemerschap in de zorg een onderdeel.	Uitwerking via LOVE in het derde kwartaal 2008
8: Regionale ondersteuning Regionale ondersteuningsstructuren zodanig inrichten dat zij de eerstelijnszorg op de meest doelmatige ondersteunen op die gebieden waar de grootste behoefte aan is. Daarbij afstemmen met de ondersteuningsstructuur die ten behoeve van de openbare gezondheidszorg wordt ingericht.	> Stevige verankering ROSSEN	In 2010 geïmplementeerd TK wordt begin 2009 geïnformeerd.

Thema 3 Meer transparantie, betere kwaliteit en vanzelfsprekende veiligheid

Met het thema «meer transparantie, betere kwaliteit en vanzelfsprekende veiligheid» beoog ik te bereiken dat consumenten/patiënten een afgewogen keuze kunnen maken *en* kritisch (kunnen) zijn over de prijs en

kwaliteit van door verzekeraars en aanbieders geleverde diensten. Zorgverzekeraars moeten informatie over het zorgaanbod hebben om hun inkooprol te kunnen waarmaken en zich inzetten voor een doelmatige inkoop en organisatie van zorg in het belang van hun verzekerden. Zorgprofessionals in de eerstelijnszorg voldoen aan normen voor kwaliteit en veiligheid. De kwaliteitsnormen gelden voor het medisch handelen, de praktijkvoering en de service aan patiënten. Inzicht in de kwaliteit van zorg is een basisvoorwaarde om meer dynamiek te krijgen in de eerstelijnszorg. Dit betekent dat er transparantie-indicatoren ontwikkeld moeten worden om dat inzicht te verkrijgen. Deze transparantie-indicatoren dienen ook voor de integrale ketenzorg ontwikkeld te worden.

Doelstelling 3.1: Kwaliteit en veiligheid

Eerstelijnszorg levert in alle gevallen generalistische zorg van hoogwaardige kwaliteit en optimale veiligheid. De patiënt moet er op kunnen vertrouwen dat zorgverleners kwaliteit en veiligheid als eerste prioriteit beschouwen. De zorgverlener heeft hierbij aandacht voor de patiënt en voor zijn wensen.

- *In 2014 is een aantoonbare significante reductie van onbedoelde schade door zorgverleners in de eerste lijn gerealiseerd.*
- *De eerste lijn heeft een onderling afgestemd stelsel van richtlijnen en standaarden op basis van evidentie ontwikkeld. Deze onderdelen zijn ook afgestemd met de (verticale) keten.*
- *De zorg is afgestemd op de populatie in het verzorgingsgebied. Daarbij geldt de «menselijke maat». Wederzijds vertrouwen is het uitgangspunt. Er moet gewaarborgd zijn dat de eerstelijnszorg ook ten goede komt aan mensen die niet of niet gemakkelijk zelf met hun vraag aankloppen, zoals ouderen die niet op de hoogte zijn van wat een therapeut aan behandeling en begeleiding te bieden heeft.*

Doelstelling 3.2: Meer keuzemogelijkheden voor patiënten

Consumenten/patiënten en verzekeraars hebben heldere (keuze-)informatie over het zorgaanbod in de eerstelijnszorg. Dit betekent dat voor alle eerstelijnszorgvormen heldere prestatie-indicatoren bestaan met duidelijke productgroepen op basis waarvan de zorgverzekeraar kan inkopen. Consumenten/patiënten kunnen een afgewogen keuze maken en dienen kritisch te (kunnen) zijn over de prijs en kwaliteit van door verzekeraars en aanbieders geleverde diensten.

- *De eerste lijn heeft in het 2014 een samenhangend systeem van indicatoren ontwikkeld ten aanzien van de organisatie, het zorgproces en de etalage informatie.*

Er moet een slag worden gemaakt om feitelijke informatie te transformeren naar keuze-informatie, waardoor de consument zelf een keuze tussen zorgaanbieders kan maken. Dit jaar zal er op de website van kiesbeter meer keuze informatie voor de burger over de eerstelijnszorg verschijnen. Binnen het Bureau Zorgbrede Transparantie worden voor verschillende eerstelijnsvoorzieningen trajecten gestart om indicatoren te ontwikkelen. Samen met de NPCF start ik een vierjarige programma om de oordelen van patiënten(organisaties) meer bij de ontwikkeling van de eerstelijnszorg te betrekken. In juni zal het veld hun plannen presenteren voor het verbetering van de veiligheid in de eerste lijn.

In schema 3 schets ik een overzicht van de actiepunten die op dit thema nog meer voortvloeien uit de visie «dynamische eerstelijnszorg».

Schema 3 «Meer transparantie, betere kwaliteit en vanzelfsprekende veiligheid»

Acties	Instrumentarium	Tijdpad
1: Transparantie van kwaliteit	Project Zorgbrede Transparantie Kwaliteit (ZbTK)/Project Zichtbare Kwaliteit.	2007–2011
	Huisartsenzorg. Stuurgroep ontwikkelt indicatorenset, etalage+ -info. CQ-index gereed.	2007–2011
	Fysiotherapie Indicatorenset najaar 2008 gereed. Dan overdracht van project van NZa naar IGZ-ZbTK	2007–2009
	Farmaceutische zorg KNMP en NPCF ontwikkelen samen de toetsingsinstrumenten «Apotheken door Cliënten bekeken» en het «Apotheek Monitoring Program» In overleg met IGZ wordt aan prestatie- indicatoren gewerkt.	2008 en verder
	Mondzorg Stuurgroep van star na ondertekening intentieverklaring Intentieverklaring Kwaliteit en Transparantie voor zomer 2008 getekend.	2008–2011
	Kraamzorg Stuurgroep ontwikkelt op basis kwaliteitskader nu indicatoren.	2008 en verder
	Acute zorg Stuurgroep recent van start gegaan.	2008 en verder
2: Ontwikkeling multidisciplinaire richtlijnen en zorgstandaarden	Opdracht ZONMW aan WOK voor ontwikkeling indicatoren voor eerstelijns transmurale zorg, eerstelijns acute zorg en eerstelijns electieve zorg	2008 en verder
3: Bieden van keuze-informatie	Beschikbare aanbod op website kiesbeter.nl; voorgenomen verdieping en uitbreidingen naar andere eerstelijnszorgvormen. Is opdracht VWS aan RIVM.	2008–2011
4: Keuze-informatie patiënt bij de huisarts	Experiment NZa met LHV en verzekeraar	2008–2010
5: Versterking van de positie van de patiënten, gehandicapten en ouderen	Start vierjarig programma NPCF	2008–2012
6: Vanzelfsprekende veiligheid	Concrete plannen voor het melden van veiligheidsincidenten en ontwikkeling van methodieken om verbeteringen ten aanzien van patiëntveiligheid te initiëren.	Uitvoering plannen partijen 2008–2011

Thema 4 Betere organisatie van de acute zorg.*Doelstelling 4.1: Acute zorg*

De acute zorg is zodanig georganiseerd dat de patiënt op die plek in de keten terecht komt waar zijn zorgvraag adequaat en zo doelmatig mogelijk behandeld wordt. De eerstelijnszorg moet 24 uur per dag kunnen beschikken over goed georganiseerde acute (dringende) zorg met professionele triage, een goede kwaliteit van behandeling en korte wachttijden. De behandeling moet, indien het kan en nodig is, in de eerstelijnszorg worden bevorderd en gestimuleerd.

Daarnaast is de spoedeisende eerstelijnszorg bereikbaar binnen de daarvoor geldende veldnormen. Op basis daarvan moeten verloskundigen en huisartsen de fysieke- en telefonische bereikbaarheid in respectievelijk 2012 en 2011 organiseren.

Ik heb diverse acties geformuleerd om te komen tot een betere organisatie van de acute zorg. In mijn brief bereikbaarheid en kwaliteit die ik deze maand naar u stuur, ga ik tevens nader in op mijn beleid ten aanzien van de acute zorg. In het schema 4 schets ik een overzicht van de actiepunten die op dit thema nog meer voortvloeien uit de visie «dynamische eerstelijnszorg».

Schema 4 «Betere organisatie van de acute zorg»

Acties	Instrumentarium	Tijdpad
1: Verbetering van de keten acute zorg Optimale zorginkoopmogelijkheden van de zorgverzekeraars in de keten acute zorg	> NZa heeft advies uitgebracht > Op basis van de resultaten kom ik eind dit jaar met een plan. > Ontwikkeling normen ten aanzien van fysieke en telefonische bereikbaarheid acute huisartsenzorg en verloskundige zorg. > Nadere uitwerking brief bereikbaarheid en kwaliteit (MC-U-2860925)	In 2011 -2012 eerste stappen geïmplementeerd. <i>Kamer informeren</i> Eind 2008 stappenplan
2: Spreiding en beschikbaarheid ambulancezorg Optimale spreiding en beschikbaarheid van ambulancezorg zodat de acute zorg binnen het wettelijk criterium door heel NL geleverd kan blijven worden	Concrete stappen aan de hand onderzoek RIVM.	Implementatie vanaf 2008–2010
3: Telefonisch eenvoudig te bereiken acute zorg Eenduidige telefonische bereikbaarheid voor alle acute zorgvragen in Nederland	> Landelijk onderzoek is gestart. > Op basis van de resultaten zal ik mijn verdere beleid bepalen. > Ontwikkeling normen ten aanzien van telefonische bereikbaarheid acute huisartsenzorg en verloskundige zorg. > Hangt samen met nadere uitwerking brief bereikbaarheid en kwaliteit (MC-U-2860925)	Eventuele implementatie 2010 <i>Kamer informeren</i> Begin 2009
4: Verbetering zorgtoewijzing Triage van acute zorgvragen professionaliseren en een eenduidig landelijke protocol hiervoor hanteren om de zorgvragen op de juiste plek in de keten te krijgen en de patiënt goed gediagnosticeerd wordt.	> Eventuele implementatie NTS (Nederlands Triage Systeem) stapsgewijs. > Stappen professionalisering triage beschreven in brief bereikbaarheid en kwaliteit (MC-U-2860925)	Eventuele implementatie 2010 <i>Kamer informeren</i> Zomer 2008

5. Toezeggingen uit AO eerstelijnszorg

In het algemeen overleg eerstelijnszorg van 31 januari jongstleden heb ik een aantal toezeggingen gedaan waar ik in deze paragraaf nader op in ga. Het gaat om de volgende toezeggingen:

1. Goodwill huisartsen

De heer Van Gerven (SP) heeft mij gevraagd of ik bereid ben een moreel appel te doen op de zorgverzekeraars om de goodwillpraktijken bij contracten met huisartsen te verbieden. Ik wil hier als volgt op reageren. Met de introductie van Zorgverzekeringswet (Zvw) is er wettelijk geen bezwaar om goodwill te vragen of te betalen bij de overname van de praktijk. Volgens de Landelijke Huisartsen Vereniging is het aantal gevallen dat dit gebeurt op dit moment niet bekend. Het komt niet voor in het hele land maar voornamelijk in het westen van het land. De vraag naar praktijken is hier, in tegenstelling tot het noorden van het land, groter dan het aanbod. Er zijn op dit moment twee verzekeraars die het vragen van goodwill middels een contract met de huisarts hebben verboden. In mijn

antwoorden op kamervragen van de heer Van Gerven van 18 juli 2007 (CZ/EKZ/2776278) heb ik aangegeven dat in situaties waarbij (jonge) huisartsen goodwill moeten betalen aan huisartsen die destijds al via het Goodwillfonds zijn gecompenseerd, in strijd met de overeenkomst die deze vertrekkende huisartsen hadden met het Goodwillfonds. Huisartsen die geen formele aanspraak maken of hebben gemaakt op het Goodwillfonds mogen theoretisch gezien goodwill vragen aan huisartsen die hun praktijk overnemen. Op zichzelf genomen is het overigens niet ongewoon om een reële vergoeding te vragen bij de overname van een praktijk, bijvoorbeeld voor instrumentarium. Ook bij de fysiotherapeuten bijvoorbeeld komt het betalen van (kleine) goodwillbedragen voor. Uiteraard ben ik wel bereid om in gesprek met Zorgverzekeraars Nederland (ZN) om te bezien of zij zorgverzekeraars kunnen stimuleren om de goodwillpraktijken bij contracten met huisartsen te verbieden.

2. Risicoselectie fysiotherapie

De heer Van Gerven (SP) heeft mij gevraagd hoe kan worden voorkomen dat zorgverzekeraars patiënten buitensluiten die fysiotherapie wel degelijk nodig hebben. Ik wil hier over het volgende opmerken. Zorgverzekeraars verklaren geen risicoselectie toe te passen op aanvragen voor fysiotherapeutische zorg binnen de aanvullende verzekering. Wel kunnen zorgverzekeraars binnen hun polissen voorwaarden verbinden aan de mate of manier van dekking binnen de aanvullende verzekering. Zo kunnen zij bijvoorbeeld het aantal behandelingen maximeren waarop de consument aanspraak heeft. Omdat het aanvullende verzekeringen betreft, waarover de burger zelf kan besluiten of hij deze wil afsluiten, heb ik hier geen zeggenschap over.

3. Onafhankelijke nascholing huisartsen

De heer Van Gerven (SP) heeft mij gevraagd in het Algemeen Overleg eerstelijnszorg van 31 januari jongstleden of er nog wel voldoende aanbod is instituten of opleidingen voor onafhankelijke nascholing bij huisartsen. Ik heb u op 17 juli 2007 (GMT-K-U 2780200) hierover mijn standpunt gegeven. Huisartsen moeten voor herregistratie, berekend over een periode van 5 jaar, ten minste 200 uur aan deskundigheidsbevordering hebben besteed. Dit komt neer op gemiddeld minimaal 40 uur per jaar. Huisartsen besteden gemiddeld 250 uur per 5 jaar aan deskundigheidbevordering, 25% meer dan vereist is voor herregistratie. Bij gemiddeld 78% gaat het dan om nascholing, bij 17% om toetsing en bij 5% om individuele nascholing. Meer dan de helft van de nascholingsuren volgen huisartsen in de eigen regio. Het aandeel van de farmaceutische industrie is 8%. Bij de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Geneeskunst (KNMG) zijn onafhankelijke colleges ingesteld die regels opstellen waaraan specialisten (in casu huisartsen) moeten voldoen om voor registratie en herregistratie in aanmerking te komen. Ook stellen zij regels op voor de erkenning van opleiders en opleidingsinstituten. Voor het bewaken van de kwaliteit van opleidingen geldt een systeem van accreditatie. De onafhankelijke registratiecommissie van de beroepsgroep ziet er op toe of een aangeboden nascholing dit predikaat verdient en dus kan rekenen op accreditatie. Het is vervolgens een keuze van de huisartsen zelf welke nascholing ze volgen en waar dat gebeurt. Er zijn voldoende opleidingsinstituten die een assortiment aan nascholing voor onder andere huisartsen aanbieden. Ook de Regionale Ondersteuningsstructuren (ROSSEN) nemen een belangrijke taak op zich in de nascholing. Desalniettemin hecht ook ik sterk aan kwalitatief goede en beschikbare nascholing en ben ik in overleg met de relevante om dit te bespreken.

4. Deskundigheidsbevordering huisarts op het gebied van ongewenste zwangerschap.

Mevrouw Wiegman-van Meppelen Scheppink (ChristenUnie) heeft mij

gevraagd hoe de deskundigheidsbevordering bij huisartsen beter kan worden opgepakt. Vooral de wijze waarop in de praktijk wordt doorverwezen is volgens mevrouw Wiegman voor verbetering vatbaar. Hierbij wil ik als volgt reageren. Deskundigheidsbevordering van de huisartsen is in beginsel de verantwoordelijkheid van de veldpartijen zelf. Partijen pakken dit ook serieus op en uit onderzoek blijkt dan ook dat zij meer dan gemiddelde tijd besteden aan nascholing en deskundigheidsbevordering. Desalniettemin zal ik de Regionale Ondersteuningsstructuren (ROSSEN) vragen dit aspect van de zorg nadrukkelijker mee te nemen in het nascholings-traject. Ook heb ik het meegegeven aan het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG).

Slotopmerkingen

Mijn uitgangspunt blijft dat de concrete invulling van de eerstelijnszorg vooral lokaal en in regionale samenhang moet worden vormgegeven. Het is aan het veld om deze ontwikkelingen verder in gang te zetten en te verfijnen om tegemoet te kunnen komen aan de wensen en de behoeften van de patiënten. Landelijk richten we ons op het stimuleren en faciliteren van dit lokaal proces door prikkels in het systeem in te bouwen, het zichtbaar maken van verschillen in kwaliteit en het mee op zetten en ondersteunen van innovatieprogramma's. Nagegaan zal worden of er met behulp van partijen zoals het NIVEL en ZonMW ondersteuning kan worden geboden aan dit proces.

Via de in te richten Stuurgroep zullen de verschillende thema's en de daaraan gekoppelde stappen verder worden uitgewerkt. Bij de uitwerking van de doelstellingen zullen partijen in wisselende samenstelling betrokken zijn. Daar waar het bijv. gaat om de versterking van preventie in de eerste lijn komen andere partijen bij elkaar dan bij de implementatie van het Electronisch Patiënten Dossier of het onderzoek naar een borgstellingskrediet. Per onderdeel zullen verschillende werkgroepen aan de slag gaan, waarbij er sprake kan zijn van wisselend voorzitterschap. De samenhang tussen de onderdelen en de voortgang worden bewaakt via de Stuurgroep. Hier zal ook worden gesproken over de prioritering van de onderwerpen en de benodigde bemensing van de werkgroepen. Het spreekt voor zich dat de koppeling met partijen uit het LOVE zo goed mogelijk gelegd wordt, om te voorkomen dat dubbel werk wordt gedaan. Overigens staat het bestaan van de Stuurgroep los van de verantwoordelijkheden van de individuele partijen die aangesloten zijn.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
A. Klink