

Verhagen

Minister **Verhagen**: Mogelijk en wenselijk indien dit een bijdrage levert aan de verdergaande reductie van het aantal kernwapens in de wereld.

De heer **Van Dam** (PvdA): Dan vraag ik mij af waarom de minister het oneens is met het dictum van deze motie.

Minister **Verhagen**: Ik ben het oneens met het feit dat vooruitgelopen wordt op resultaten. Ik ben het oneens met het feit dat, los van de uitkomsten van de onderhandelingen, gesteld wordt dat wij niet langer hechten aan deze taak en aan deze bescherming. Hiermee lever je geen constructieve bijdrage aan de onderhandelingen. Integendeel, je zet de onderhandelingen op het verkeerde been al voordat ze begonnen zijn.

De heer **Van Dam** (PvdA): Met alle respect, als je wel hecht aan deze bescherming, zeg je toch niet dat zij betrokken kan worden in de onderhandelingen tussen Rusland en de VS? Zij kan hierin alleen maar betrokken worden als je er niet langer aan hecht.

Minister **Verhagen**: Wij hechten alleen niet aan deze bescherming indien dit leidt tot een verdergaande, scherpe reductie van het aantal kernwapens aan beide kanten. De heer Van Dam stelt, los van de uitkomsten van de onderhandelingen, dat wij er überhaupt niet aan hechten. Dat is het eenzijdige element dat geen bijdrage zal leveren aan een verdergaande reductie. Voor ons is van het grootste belang dat de START-onderhandelingen tussen de Verenigde Staten en Rusland, die zich richten op het kernwapenpotentieel in beide landen, moeten leiden tot een forse reductie van het aantal kernwapens. Als hieraan een bijdrage geleverd kan worden, lees: als de Russen eerder bereid zullen zijn om hun kernwapensenaal terug te dringen, alsook de NAVO-kernwapentaak hierbij betrokken wordt, dan zij wij daartoe bereid. Dat is de Amerikanen bekend. Daarvoor hebben zij deze motie van de heer Van Dam ook niet nodig, want dat is het standpunt van de Nederlandse regering.

De beraadslaging wordt gesloten.

De **voorzitter**: Vanmiddag zullen wij over de ingediende moties stemmen.

Ik heb nog een mededeling. Het VAO begrotingssteun wordt van de agenda van vandaag afgevoerd. De minister van Buitenlandse Zaken heeft de Kamer hierover een brief gezonden. Deze hebben wij ontvangen. In de brief deelt de minister mee dat voor het VAO begrotingssteun geen besluit over begrotingssteun aan Burundi zal worden genomen.

De vergadering wordt van 13.06 uur tot 13.30 uur geschorst.

Aan de orde is het **debat** naar aanleiding van een algemeen overleg op 30 september 2009 over **eerstelijnszorg**.

De heer **Zijlstra** (VVD): Het debat over eerstelijnszorg ging met name over de nieuwe ketenzorg, dat is het

gezaamenlijk verlenen van zorg door huisartsen, eerste lijn, tweede lijn, ziekenhuizen, eerstelijnsapotheken en noem maar op. Voor ketenzorg bestaat politiek een heel breed draagvlak. Ook in het zorgveld bestaat er veel draagvlak voor, maar in het zorgveld bestaat ook heel veel twijfel over het moment van invoering en over de vraag of we wel gereed zijn voor de experimenten rond de integrale bekostiging. De VVD wil er daarom voor zorgen dat de randvoorwaarden om dergelijke experimenten te doen, ook echt aanwezig zijn. Als we iets gaan doen waarvan de randvoorwaarden niet aanwezig zijn, schieten we onszelf in de voet. Dan deponeren we iets wat op zich een grote toekomst kan hebben bij voorbaat in de prullenbak. Dergelijke experimenten kunnen namelijk niet goed verlopen. Om ervoor te zorgen dat de randvoorwaarden aanwezig zijn voordat we beginnen, hebben we de volgende motie opgesteld.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat het kabinet voornemens is om integrale bekostiging in te voeren voor diabeteszorg, cardiovasculair risicomanagement, hartfalen en COPD;

overwegende dat voor een zorgvuldige implementatie aan belangrijke randvoorwaarden moet zijn voldaan, zijnde:

- het aanwezig zijn van door het gehele veld gedragen zorgstandaarden;
- het voldoende risicodragend zijn van de financiering van betreffende ziekenhuiszorg;
- het aanwezig zijn van beleidsregels voor de nieuwe prestaties;
- het aanwezig zijn van aangepaste beleidsregels voor de huisartsenzorgfinanciering;
- een heldere afbakening van de btw-plicht voor de afzonderlijke onderdelen van de dienstverlening;

constaterende dat op dit moment nog niet aan al deze randvoorwaarden is voldaan;

verzoekt de regering, per keten pas over te gaan tot integrale bekostiging als voor de betreffende keten minimaal aan de genoemde randvoorwaarden is voldaan en een zorgvuldige implementatie mogelijk is,

en gaat over tot de orde van de dag.

De **voorzitter**: Deze motie is voorgesteld door het lid Zijlstra. Naar mij blijkt, wordt de indiening ervan voldoende ondersteund.
Zij krijgt nr. 99 (29247).

De heer **Zijlstra** (VVD): Mijn tweede motie gaat over de administratieve lasten die hiermee gemoeid zouden kunnen zijn. Daar is veel vrees voor. Wij willen graag beginnen met één keten, zodat we eerst kunnen bekijken hoe het allemaal precies gaat en daarna kunnen kijken naar de effecten.

Zijlstra

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

overwegende dat het proces van organisatie en contractering van zorg in zorggroepen duidelijke administratieve lasten en kosten met zich brengt;

overwegende dat bestaande contracten tussen ketenzorgorganisaties en verzekeraars zullen moeten worden omgezet naar keten-dbc-contracten;

overwegende dat er nieuwe separate declaratie- en geldstromen ontstaan, met hun eigen registratie en verantwoordingsprocessen;

overwegende dat er nieuwe administratieve verplichtingen ontstaan, zoals het registreren en het aanleveren van indicatoren en rapportages;

constaterende dat het Centraal Planbureau heeft aangegeven dat de besparingen die de regering door middel van integrale bekostiging wil bereiken onzeker zijn en nog bewezen moeten worden;

spreekt als haar mening uit dat de invoering van integrale bekostiging niet mag leiden tot een onaanvaardbaar niveau van administratievelastendruk,

verzoekt de regering, de integrale bekostiging binnen de noodzakelijke randvoorwaarden stapsgewijs in te voeren, te starten met de keten-dbc diabetes mellitus en pas een volgende keten-dbc te introduceren nadat is vastgesteld dat de administratieve lasten tot een aanvaardbaar niveau beperkt blijven, mede op basis van het oordeel van de nog op te richten begeleidingscommissie,

en gaat over tot de orde van de dag.

De voorzitter: Deze motie is voorgesteld door het lid Zijlstra. Naar mij blijkt, wordt de indiening ervan voldoende ondersteund.
Zij krijgt nr. 100 (29247).

Mevrouw **Smilde** (CDA): In de motie roept de heer Zijlstra op om alleen de keten-dbc voor diabetes mellitus vanaf 1 januari in te voeren. De minister heeft in het algemeen overleg heel duidelijk gezegd dat er ook een zorgstandaard gereed is voor het cardiovasculair risicomanagement. Dat past niet helemaal bij de opmerking van de heer Zijlstra over de administratieve lasten. Hoe moet ik dat duiden? Wil de heer Zijlstra uitstel voor cardiovasculair risicomanagement? Begrijp ik dat goed?

De heer **Zijlstra** (VVD): Het lijkt de VVD verstandig om het stapsgewijs te doen. De keten-dbc die in de overtuiging van het hele veld het meeste klaar is voor dit experiment is die voor diabetes. Laten we daarmee beginnen en eerst eens bekijken hoe dit uitpakt. Als het goed uitpakt, gaan wij de rest doen. De risico's van een dergelijk experiment zijn vrij groot. We willen eigenlijk allemaal dat het goed gaat werken. Dan moet je niet te

breed inzetten. Anders loop je de kans dat je ontspoorde. Dat zou heel erg zonde zijn. Begin dus klein, zorg dat het daar werkt en schakel dan omhoog.

□

De heer **Van Gerven** (SP): Voorzitter. Wij staan hier omdat er een grote kloof is tussen het kabinet en de minister enerzijds en het veld anderzijds. De minister heeft een brief doen uitgaan aan de Landelijke Huisartsen Vereniging waarin staat dat alles koek en ei is, maar de vereniging zegt dat het helemaal niet koek en ei is en er nog grote problemen en tegenstellingen bestaan. Om daar wat meer duidelijkheid in te krijgen, heb wij een aantal moties voorbereid.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

overwegende dat het geven van een bonus aan huisartsen wanneer zij goedkoop geneesmiddelen voorschrijven, op morele gronden verwerpelijk is omdat dit strijdig kan zijn met goede zorg;

spreekt uit dat het niet wenselijk is, de huisartsen voor 2010 met 60 mln. te korten die zij weer "terug" kunnen verdienen als zij door goedkoop medicijnen voor te schrijven een besparing realiseren van 27 mln.;

verzoekt de regering, de korting op de huisartsen niet door te laten gaan, maar de besparing te realiseren door andere kostenbeheersingsmaatregelen op de geneesmiddelen uitgaven,

en gaat over tot de orde van de dag.

De voorzitter: Deze motie is voorgesteld door het lid Van Gerven. Naar mij blijkt, wordt de indiening ervan voldoende ondersteund.
Zij krijgt nr. 101 (29247).

De heer **Van Gerven** (SP): De tweede motie gaat over de functionele bekostiging. Het veld, de huisartsen en anderen zijn heel erg voor integrale zorg, maar dat is iets anders dan functionele bekostiging. Daarom dien ik de volgende motie in.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat er vele praktische en inhoudelijke bezwaren zijn tegen de invoering van vier keten-dbc's voor diabetes, hartfalen, cardiovasculair risicomanagement en COPD in 2010;

constaterende dat in de praktijk slechts diabetes in grote mate als ketenzorg in de eerste lijn wordt aangeboden, omdat de behandeling en begeleiding van diabetes

Van Gerven

gedragen wordt door een uitgekristalliseerd behandelings- en begeleidingsprotocol;

constaterende dat het Nederlands Huisartsen Genootschap thans geen nieuwe zorgstandaarden wil ontwikkelen en eerst wil analyseren of de huidige zorgstandaarden een toegevoegde waarde hebben en leiden tot integrale zorg;

spreekt uit dat invoering van functionele bekostiging prematuur is en in 2010 geen doorgang moet vinden,

en gaat over tot de orde van de dag.

De **voorzitter**: Deze motie is voorgesteld door het lid Van Gerven. Naar mij blijkt, wordt de indiening ervan voldoende ondersteund.

Zij krijgt nr. 102 (29247).

De heer **Van Gerven** (SP): Mijn derde motie gaat over het fenomeen SOS-arts.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

overwegende dat de Landelijke Huisartsen Vereniging 24 redenen heeft aangevoerd waarom het vergoeden van de zogenaamde SOS-arts ongewenst is en leidt tot zorg van inferieure kwaliteit;

overwegende dat acute zorg een nutsvoorziening is die voor iedereen in gelijke mate bereikbaar en toegankelijk moet zijn en waarbij voor marktwerking, voorkruipzorg en elitezorg geen plaats dient te zijn;

overwegende dat vergoeding van de commerciële SOS-arts ten koste gaat van de reguliere dienstenstructuur van huisartsen;

spreekt de onwenselijkheid uit van experimenten met de SOS-arts en het vaststellen van een vergoedingstarief door de NZa voor de SOS-arts,

en gaat over tot de orde van de dag.

De **voorzitter**: Deze motie is voorgesteld door het lid Van Gerven. Naar mij blijkt, wordt de indiening ervan voldoende ondersteund.

Zij krijgt nr. 103 (29247).

De heer **Zijlstra** (VVD): Dit onderwerp was niet echt onderdeel van het AO. De heer Van Gerven is er altijd voorstander van dat huisartsen goede zorg verlenen en wat vaker bij patiënten thuis komen, wat een van de grote problemen is. De SOS-arts vult dat gat op. Waarom dient de heer Van Gerven deze motie in, waarmee hij de SOS-arts feitelijk de nek om wil draaien, als juist die SOS-arts voldoet aan een vraag die bij veel patiënten leeft? Wat is daar de achterliggende motivatie voor?

De heer **Van Gerven** (SP): De motivatie is dat dit leidt tot inferieure zorg. De zorg wordt niet geleverd door

huisartsen, maar door artsen en dat kunnen allerlei soorten artsen zijn. Belangrijker is echter dat het hierbij op eigen betaling aankomt. De SOS-arts zit niet in het pakket. Dat betekent dat degene die het kan betalen of die toevallig bij een verzekeraar zit die deze hulp in het aanvullende pakket heeft, deze hulp kan krijgen. Bovendien is de SOS-arts niet geïntegreerd in de dagelijkse huisartsenzorg. Als er problemen zijn met de avond-, nacht- en weekenddiensten en de dienstenstructuur dus onvoldoende is, dan moet dat worden opgelost. Er moet dan geen commerciële beunhaas in de markt worden gezet.

De **voorzitter**: De heer Zijlstra, tot slot.

De heer **Zijlstra** (VVD): Met alle respect, om deze mensen uit te maken voor commerciële beunhaas vind ik echt buiten alle proporties. Het zijn gewoon deskundige artsen. Ik vraag u om wat meer respect voor deze mensen te tonen. Als ik het goed begrijp, wil de SP patiënten niet de keuzevrijheid geven om dit soort zaken in te steken. Voor iedereen moet het niveau gelijk zijn. Als mensen behoefte hebben aan een huisarts die thuis komt, hebben zij wat de SP betreft gewoon pech.

De heer **Van Gerven** (SP): Afrondend, een huisarts moet gewoon op huisbezoek gaan als mensen dat wensen en als dat nodig is. Daarvoor hebben wij een SOS-arts niet nodig.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Mevrouw de voorzitter. Het CDA is groot voorstander van functionele bekostiging. Zorg rondom de patiënt georganiseerd, niet alleen inhoudelijk maar ook financieel, betekent dat slagvaardig kan worden gewerkt en samengewerkt binnen de keten. Functionele bekostiging wordt mogelijk voor een aantal chronische aandoeningen. Als wij op die manier de vraagsturing en de doelmatigheid in de eerste lijn kunnen verbeteren, is dat winst.

Wel willen wij een zorgvuldige invoering. Daarom hebben wij in het algemeen overleg gesteld dat wij alleen de invoering van de functionele bekostiging steunen voor de aandoeningen waarvoor zorgstandaarden gereed zijn. De minister reageerde welwillend en wij willen dit graag vastleggen in een motie.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

overwegende dat er voor drie chronische aandoeningen functionele bekostiging wordt ingevoerd in 2010;

van mening dat functionele bekostiging een goed middel is om de zorg rondom patiënten te organiseren en te bekostigen;

van mening dat de functionele bekostiging verantwoord ingevoerd kan worden op het moment dat er zorgstandaarden klaar zijn voor de betreffende aandoeningen;

Smilde

verzoekt de regering, functionele bekostiging in te voeren voor die chronische aandoeningen waar een zorgstandaard aan ten grondslag ligt, te beginnen met diabetes en cardiovasculair risicomangement op 1 januari 2010, daarna COPD en hartfalen, als daarvoor de zorgstandaarden gereed zijn, te verwachten in de loop van 2010;

verzoekt tevens, de mogelijkheden voor functionele bekostiging bij andere chronische ziekten te verkennen,

en gaat over tot de orde van de dag.

De **voorzitter**: Deze motie is voorgesteld door de leden Smilde en Wiegman-van Meppelen Scheppink. Naar mij blijkt, wordt de indiening ervan voldoende ondersteund. Zij krijgt nr. 104 (29247).

De heer **Zijlstra** (VVD): Uit de motie van het CDA spreekt dezelfde zorg of wij op sommige vlakken wel op tijd klaar zijn. Is het dan niet verstandiger om te kijken naar randvoorwaarden waaraan voldaan moet worden, in plaats van data te noemen? Als men in maart voor COPD klaar is, is het toch veel beter om de randvoorwaarden aan te geven waaraan men moet voldoen – en die zijn veel breder dan de zorgstandaarden – dan vaste data te noemen? Kunt u niet beter op die lijn gaan zitten?

Mevrouw **Smilde** (CDA): Wij hebben in het algemeen overleg aangegeven, juist vanwege de randvoorwaarden, dat de zorgstandaarden voor ons leidend zijn. Van de minister hebben wij toen gehoord dat van diabetes mellitus en CVR de zorgstandaarden gereed zijn en van COPD niet. Het is precies zoals u en ik het graag zien. Dus eerst zorgstandaard, dan invoering. Dat heeft de minister toegezegd. Dat komt ook in mijn motie tot uitdrukking. Wij gaan ervan uit dat wij het veld de ruimte moeten geven om per 1 januari te beginnen met de aandoeningen waarvoor de zorgstandaarden gereed zijn. Dat zijn er twee: diabetes mellitus en CVR.

De **voorzitter**: Dank u wel. U hebt het hier al uitvoerig over gehad.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Ja.

Mevrouw **Timmer** (PvdA): Voorzitter. Functionele bekostiging is een grote stap en de doelstellingen spreken iedereen aan. Het is belangrijk om hier nogmaals te benadrukken dat het invoeren vooralsnog op vrijwillige basis is. Er zijn in het algemeen overleg kritische vragen gesteld. Een deel heeft de minister in het AO kunnen beantwoorden. Over de rest hebben wij op 6 oktober nog een brief gehad. Ik dank de minister met name voor zijn toezegging in de brief om de administratieve lasten rondom eigen risico en zorgverzekeringswet weg te nemen door de keten buiten het eigen risico te laten vallen.

Nog niet alle zorgen zijn weggenomen. Anderen hebben daar net ook al over gesproken. Daarom heb ik twee moties.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

overwegende dat het in het belang van de patiënt is dat er helder omschreven zorgstandaarden zijn waarop de aanspraken zijn gebaseerd;

overwegende dat de ontwikkeling van zorgstandaarden cruciaal is voor het proces van invoering van functionele bekostiging;

overwegende dat de verschillende beroepsgroepen aangewezen zijn om zorgstandaarden te ontwikkelen en deze zorgstandaarden door de beroepsgroepen gedragen moeten worden;

verzoekt de regering, de Kamer vóór 1 december 2009 te laten weten op welke wijze ervoor gezorgd zal worden dat zorgstandaarden door alle betrokken beroepsgroepen gedragen worden en daarbij aan te geven welke mogelijkheden er zijn om beroepsgroepen te verplichten tot het bijdragen aan acceptatie van de zorgstandaard,

en gaat over tot de orde van de dag.

De **voorzitter**: Deze motie is voorgesteld door de leden Timmer en Wiegman-van Meppelen Scheppink. Naar mij blijkt, wordt de indiening ervan voldoende ondersteund. Zij krijgt nr. 105 (29247).

Mevrouw **Timmer** (PvdA): Een ander punt waarover wij in het algemeen overleg met de minister hebben gesproken, betreft het doelmatig voorschrijven van geneesmiddelen. Ook daarover heb ik een motie gemaakt.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

overwegende dat de minister van huisartsen verlangt dat zij in 2010 besparen door het doelmatig voorschrijven van geneesmiddelen en daaraan financiële sancties verbindt;

overwegende dat de minister tijdens het algemeen overleg eerstelijnszorg van 30 september 2009 heeft toegezegd om ook medisch specialisten verantwoordelijk te maken voor het doelmatig voorschrijven van geneesmiddelen;

overwegende dat het niet logisch is om op het niveau van de eerste lijn een concrete besparingsprikkel inclusief sancties neer te leggen en die in de tweede lijn achterwege te laten;

sprekt als haar mening uit dat de beoogde besparing op geneesmiddelen een verantwoordelijkheid is van niet alleen huisartsen maar ook van specialisten;

Timmer

spreekt tevens als haar mening uit dat het voorschrijfgedrag van de huisartsen beïnvloed wordt door het voorschrijfgedrag van de specialisten;

verzoekt de regering, op dezelfde wijze als voor de huisartsen geldt de specialisten financieel verantwoordelijk te maken voor besparingen door middel van doelmatig voorschrijven en de Kamer te laten weten op welke wijze de regering hier vorm aan gaat geven,

en gaat over tot de orde van de dag.

De **voorzitter**: Deze motie is voorgesteld door de leden Timmer en Wiegman-van Meppelen Scheppink. Naar mij blijkt, wordt de indiening ervan voldoende ondersteund. Zij krijgt nr. 106 (29247).

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

De **voorzitter**: Er is een uitgebreid algemeen overleg geweest. Wij gaan elkaar dus niet uitgebreid interrumpen.

□

Minister **Klink**: Voorzitter. Terecht noemt de heer Zijlstra een aantal randvoorwaarden die verbonden zijn met ketenzorg en integrale zorg. Voorafgaande aan de beoordeling van deze motie wil ik een paar dingen onderstrepen.

Ten eerste zegt de heer Zijlstra tot mijn verheugenis dat eenieder kan instemmen met de gekozen route. Dat lijkt mij ook zeer terecht, vanwege de enorme kwaliteitswinst die te boeken valt. Wij gaan het in de komende jaren nauwgezet monitoren, maar de eerste indicaties in dit land en het buitenland zijn zeer positief.

Ten tweede vind ik het van groot belang te melden dat ik er de pas in wil zetten, omdat ik naar prestatiebekostiging in de eerste lijn toe wil. In het afgelopen jaar is er veel gediscussieerd over de vraag in hoeverre sprake moet zijn van een norminkomen dat je indexeert, dan wel dat je teruggaat naar een norminkomen als er na verloop van tijd meer consulten geboden zijn. Eerlijk gezegd wil ik niet de kant op van een norminkomen en dan indexatie. Dat betekent dan wel dat prestaties inzichtelijk moeten zijn, zodat er geen dubbele bekostiging plaatsvindt en wij weten dat er gezondheidswinst tegenover staat.

Het derde punt dat ik nog een keer benadruk is dat het facultatief is, in ieder geval voor drie jaar en wellicht langer. Dat hangt erg af van de begeleidingscommissie en van de evaluaties die plaatsvinden. Maar niemand wordt op dit moment ertoe verplicht.

Ten vierde, maar dat lag in mijn woorden besloten, is er een overgangperiode die wat ons betreft opgerekt zal kunnen worden.

Een aantal randvoorwaarden is wel belangrijk, waaronder de gedragen zorgstandaarden. Ik heb gemeld dat er een zorgstandaard is bij diabetes. Vanmorgen heb ik me nog vergewist van het feit dat dit ook bij cardiovasculair risicomanagement het geval is. Ik zeg dit ook in de richting van de heer Van Gerven, die het in zijn motie doet voorkomen alsof de NHG toch terughoudend wil zijn met zorgstandaarden. De NHG staat bij een enorme lijst van instanties die deze zorgstandaarden onderschrijven, waaronder ook de cardiologen, de KNMP en zo kan

ik maar doorgaan. Het is in ieder geval breed gedragen. Dat is het eerste criterium. Op basis daarvan zou ik zeggen dat diabetes en CVRM in ieder geval kunnen starten.

Risicodragendheid geldt voor CVRM en voor diabetes. Dat geldt vooralsnog niet voor COPD. Het is een grote vraag of het feit dat er daarvoor nog geen risicodragendheid is van de zijde van de zorgverzekeraars in de weg zou moeten staan aan het bieden van zorg. Het minder risicodragend zijn van deze behandeling in vergelijking met andere zorgstandaarden komt omdat die nu eenmaal in het b-segment zitten. Dat is weliswaar een gebrek aan prikkel bij verzekeraars om het van de tweede lijn naar de eerste lijn te substitueren, maar dat mag toch niet in de weg staan aan het feit dat we dat met zijn allen willen. Sterker nog, rondom COPD staan we te trappelen om ermee te beginnen. Dat verneem ik uit e-mails die mijn ambtenaren en ik hebben ontvangen. Dus ik zou dat criterium in ieder geval niet doorslaggevend willen laten zijn voor de vraag in hoeverre wij functionele bekostiging willen.

De beleidsregels voor de nieuwe prestaties zijn rond. Dat kan dus ook geen belemmering zijn. De aangepaste beleidsregels voor de huisartsenzorgfinanciering zijn in concept klaar. De NZa zal deze gaan implementeren. Dat lijkt me eerlijk gezegd ook geen belemmering.

De afbakening van de btw-plicht ligt wat ingewikkelder, maar als je er goed naar kijkt, is het toch vrij eenvoudig. De instellingen die een primaire zorgmissie kennen, betalen geen btw. Als een instelling meer een uitzendkarakter heeft dan dat deze op zorg georiënteerd is, dient er wel btw te worden afgedragen. Dat is al langere tijd het geval. Dat speelt ook nu rondom de zorggroepen. Ik wil daar geen belemmering in zien voor het stevig van start gaan met de zorgstandaarden in de integrale zorg. Er kan een grote mate van gezondheidswinst geboekt worden. Ik vermag niet in te zien dat zaken die we nauwgezet gaan monitoren, belemmerend zijn op het moment dat we startklaar zijn. Het is niet zo dat zorgverzekeraars daarin een overwegende belemmering hoeven aan te treffen voor het van start gaan met de brede ketenaanpak. Ik zou deze motie om die reden willen ontraden.

Dan kom ik bij de motie van de heer Zijlstra over de administratieve lasten. Hij zegt dat de integrale bekostiging beperkt moet worden tot diabetes mellitus. Hiervoor geldt hetzelfde. Naar mijn stellige overtuiging – we hebben daarover van gedachten gewisseld in het algemeen overleg – zullen de lasten eerder afnemen. Er komt nu één helder bekostigingsregime. Er komt één hoofdcontractant. Er hoeft niet meer langs lijnen van het M&I gecontracteerd te worden of via innovatieregels. Er is een reguliere beleidsregel van de NZa. Dus ook daar zie ik geen beperking in voor het starten met CVRM in januari 2010. Daarom ontraad ik ook deze motie.

Dan de motie van de heer Van Gerven over het niet door laten gaan van de korting bij de huisartsen. Ik heb in de brief maar ook tijdens het algemeen overleg eenduidig gesteld dat de 127 mln. besparing ook volgens de huisartsen mogelijk is op het moment dat men conform de richtlijnen voorschrijft. Ik constateer met dankbaarheid dat die 127 mln. op die manier, ook gedragen dus door de huisartsen, te besparen is. Als dat niet gebeurt, betekent dat wel dat ik moet kijken naar het eigen risico, naar het pakket enzovoort, kortom, de bekende trits. Ik vind het eerlijk gezegd ook niet



De heer Klink, minister van Welzijn, Volksgezondheid en Sport
© M. Sablerolle – Gouda

verantwoord om onnodig gemaakte kosten op derden te verhalen. Uit dien hoofde ontraad ik de motie.

De heer Van Gerven zegt dat ook andere beheersingsmaatregelen genomen kunnen worden om de geneesmiddelenuitgave te bestrijden. Ik incasseer die graag. Ik kom daar straks op terug, in het verlengde van de motie van mevrouw Timmer. De voorliggende bron van ombuigingen, namelijk het doelmatig voorschrijven door huisartsen, kan ik niet via een andere weg bereiken. Het kan zijn dat de heer Van Gerven bedoelt dat ook de specialisten doelmatig moeten voorschrijven, zodat er minder lasten bij een huisarts komen. Dat punt onderken ik volledig, zeg ik ook tegen mevrouw Timmer. De 120 mln. is geraamd op basis van het voorschrijfgedrag van de huisartsen als primaire voorschrijfinstantie. Er is met andere woorden additionele winst te halen, maar niet als ik de huisartsen niet aan hun eigen toezegging houd van een bezuiniging van 127 mln. via doelmatig voorschrijven.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik ga het niet hebben over het principe van de bonuscultuur. De SP is daar een fervent tegenstander van. Ook de huisartsen wijzen het massaal af. De minister wil 127 mln. besparen. Daarbij speelt de prescriptie in de ziekenhuizen een cruciale rol. Vindt de minister het niet ongerijmd dat hij de huisartsen voor 60 mln. kort en dat hij niet bespaart bij de specialisten als het gaat om de kosten voor geneesmiddelenuitgave? Waarom laat de minister deze 60 mln. niet vallen om de besparing van 127 mln. uit te laten strekken over huisartsen en specialisten? Dat is meer in overeenstemming met de werkelijkheid en is ook eerlijker.

Minister **Klink**: Wij gaan ook naar de specialisten kijken, heb ik al gezegd. Die krijgen met een behoorlijke korting te maken, meer massief dan die bij de huisartsen. Er is bovendien geen sprake van een korting. In 2010 wordt 60 mln. gekort, maar dat bedrag wordt in 2011 teruggegeven. Een ander element is dat deze 127 mln. te maken heeft met voorschrijfgedrag van huisartsen. De 127 mln. die conform de eigen richtlijn en het eigen voorschrijfgedrag te winnen valt, verhaal ik niet op derden. Dan raak ik wellicht de kwaliteit van de zorg en de gerechtvaardigde belangen van anderen. Daarover hebben wij al

uitvoerig gesproken. De heer Van Gerven moet mijn overwegingen dus kennen.

De heer **Van Gerven** (SP): Het gaat mij om het verschil dat de minister maakt tussen specialisten en huisartsen, los van het principe van de bonussen. Ik zie niet in waarom de minister niet naar de specialisten kijkt. De korting op de specialisten heeft immers een heel andere oorzaak, namelijk dat zij in de afgelopen jaren veel te veel hebben verdiend. Het terughalen van deze 175 mln. kan de minister er dus niet bij halen. De minister moet het bedrag van 127 mln. dus halen bij de huisartsen en de specialisten, zodat de korting op de huisartsen achterwege kan blijven. Het gaat mij om de oneerlijkheid en de ongelijkheid.

Minister **Klink**: Ik ben er vrij eenduidig in. Als men conform de eigen richtlijnen voorschrijft, gaan wij 127 mln. binnenhalen zonder dat er ook maar een patiënt op achteruit gaat in de kwaliteit van zorg. Ik moet die 127 mln. ook binnenhalen. Ik heb te maken met een overschrijding van een miljard. Als ik het niet langs de weg van doelmatigheid realiseer, met waarborgen voor de kwaliteit, moet ik het linksom of rechtsom ergens anders halen. Ik heb van de heer Van Gerven daarvoor geen suggesties mogen horen. Ook de huisartsen melden ons overigens dat ook zij vinden dat er doelmatig voorgeschreven dient te worden. Ik doe niet anders dan hen aan hun woord houden.

De andere motie van de heer Van Gerven gaat over het premature van de functionele bekostiging. Daar heb ik al het nodige over gezegd. Mij lijkt het meer dan aangewezen om deze stappen te maken. Ik ontraad de motie.

Over de SOS-artsen ben ik het zeer met de heer Zijlstra eens. Het past wellicht niet direct in ons stelsel. Zorgverzekeraars Nederland ziet geen directe meerwaarde voor het contracteren van die artsen vanwege de structuur van huisartsenposten, maar om het af te doen als ware zij commercieel, en dus beunhazen, gaat mij te ver. Een blokkade voor experimenten met een SOS-arts gaat mij te ver. Ook deze motie ontraad ik.

De heer **Van Gerven** (SP): Wil de minister ingaan op het feit dat er zeer waarschijnlijk eigen bijdragen gevraagd gaan worden? Vindt hij dat aanvaardbaar bij acute zorg? Daar gaat de motie immers ook over.

De **voorzitter**: Mijnheer Van Gerven, het gaat hier om een VAO. Dat is bestemd voor het indienen van moties. Ik heb u gevraagd het kort te houden. Wij gaan niet uitgebreid in op allerlei dingen. Dat is niet de functie van dit overleg.

Minister **Klink**: Wij kennen in Nederland huisartsenzorg waarmee geen eigen bijdrage gemoeid is. Mocht er een additionele voorziening komen voor patiënten, die dan kunnen kiezen tussen de huidige structuur en de SOS-artsen met inbegrip van eventuele eigen bijdragen, dan is die keuze altijd nog aan de patiënt. De kans dat die SOS-artsen voet aan de grond krijgen, lijkt mij vrij gering gegeven het feit dat wij een dekkende structuur kennen. ZN ziet ook niet direct een meerwaarde. Contractering zal dus niet snel plaatsvinden. Deze groepering desavoueren, ook gezien het belangrijke werk

Klink

dat deze mensen in Frankrijk verrichten, gaat mij echter gewoon te ver.

De heer **Van Gerven** (SP): U bevordert de tweedeling.

De **voorzitter**: Ik sta geen interruptie meer toe. De minister vervolgt zijn betoog.

Minister **Klink**: Dan kom ik bij de motie van mevrouw Smilde met het verzoek te beginnen met diabetes en CVR op 1 januari 2010 en daarna met COPD en hartfalen. Ik heb tijdens het algemeen overleg en volgens mij ook in de brief aangegeven dat COPD wat mij betreft per 1 juni volgend jaar kan beginnen, gegeven het feit dat de zorgstandaard nog niet rond is. Ik hoop het in 2011 dan wel zover te krijgen dat COPD ook risicodragend is en in het B-segment zit. Dat zeg ik nog even in aanvulling op zo-even.

In hun motie verzoeken mevrouw Timmer en mevrouw Wiegman de mogelijkheid voor functioneel bekostigen bij andere chronisch zieken te verkennen. Ik vind dat een ondersteuning van het beleid en laat het oordeel over aan de Kamer.

Dan kom ik bij de andere motie van mevrouw Timmer en mevrouw Wiegman. Zij verzoeken de regering in deze motie om de Kamer voor 1 december 2009 te laten weten op welke manier gezorgd wordt voor zorgstandaarden, zodat die door alle beroepsgroepen worden gedragen. Het verplichtende element om tot acceptatie bij te dragen, is naar mijn mening een zeer terecht punt. Als wij stellen dat de zorgstandaarden voorwaardelijk zijn voor het overgaan naar functionele bekostiging, in de wetenschap dat er ook al dan niet gerechtvaardigde belangen in meekomen van beroepsgroepen, dan kunnen wij blokkademacht genereren. Laat ik het maar een beetje "blunt" zeggen. Dat moeten wij wel ondervangen.

Dat speelt trouwens op een breder terrein ook bij de prestatie-indicatoren die wij ontwikkelen, hoewel het veld daar op dit moment gelukkig "con amore" aan meewerkt. Wij kunnen het niet hebben dat er vertraging ontstaat op grond van het feit dat een enkeling of een enkele beroepsgroep dat niet ziet zitten. Ik zal binnenkort graag schetsen hoe wij dat gaan inrichten. Ik zie daarin een belangrijke rol voor de inspectie. Ik kan me voorstellen dat de Regieraad in beeld brengt wat de witte vlekken zijn. Daar is men op dit moment mee bezig. Op basis van die witte vlekkenbenadering wordt het veld uitgenodigd om in een bepaald tempo richtlijnen c.q. zorgstandaarden te ontwikkelen. Op het moment dat dit niet in voldoende mate dan wel tijdig tot stand komt, is er een rol voor de inspectie om het als het ware voor te hangen bij de beroepsgroepen. Dan kan de inspectie erop wijzen dat de standaard, gezien ervaringen in binnen- of buitenland, in kwalitatief opzicht toereikend is. Derhalve zal die ook worden meegenomen in de functionele bekostiging, maar niet dan nadat de inspectie zich heeft vergewist van het feit dat de zorgstandaard toereikend is en aan de beroepsgroepen is voorgelegd voor commentaar. Wat mij betreft doen wij het liever op basis van het interne draagvlak bij de verschillende instellingen. Ik zie deze motie dan ook als een ondersteuning van het beleid. Ik laat graag het oordeel over aan de Kamer, vooral om te laten zien, ook aan het veld, dat hier een groot maatschappelijk belang mee gemoeid is.

Dan kom ik bij de motie van mevrouw Timmer en mevrouw Wiegman met het verzoek om op dezelfde wijze als voor de huisartsen bij de specialisten een verantwoordelijkheid te realiseren om doelmatigheid bij het voorschrijven te bevorderen. Ik zie de motie in die zin als een ondersteuning dat ik de Kamer binnenkort graag in kennis zal stellen van de stappen die wij willen ondernemen. Ik laat het oordeel graag over aan de Kamer.

De beraadslaging wordt gesloten.

□

De **voorzitter**: Ik dank de minister voor zijn oordeel over de moties. De stemming over de moties is vanmiddag tussen vijf en zes uur.

De vergadering wordt van 14.05 tot 15.00 uur geschorst.

De **voorzitter**: Op de tafel van de Griffier ligt een lijst van ingekomen stukken. Op die lijst staan voorstellen voor de behandeling van deze stukken. Als voor het einde van de vergadering daartegen geen bezwaar is gemaakt, neem ik aan dat daarmee wordt ingestemd.

Regeling van werkzaamheden

De **voorzitter**: Ik stel voor, hedenmiddag ook te stemmen over de brief van het Presidium inzake de voortgangsrapportage van de tijdelijke commissie Onderzoek Financieel Stelsel (31980, nr. 2) en de brief van het Presidium over de instelling van een coördinerende commissie in de vorm van een tijdelijke commissie Subsidiariteitstoets (30389, nr. 6).

Voorts deel ik mee dat bij de VAO's na het herfstreces het zogenaamde kerstregime van toepassing is.

Tot slot stel ik voor, toestemming te verlenen tot het houden van een aantal wetgeving- c.q. notaoverleggen met stenografisch verslag op:

maandag 23 november:

- van 10.00 uur tot 13.00 uur van de vaste commissie voor Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties over de begroting van het gemeentefonds en de begroting voor het provinciefonds voor het jaar 2010 (32123-B en -C);
 - van 10.00 uur tot 17.00 uur van de vaste commissie voor Defensie over het onderdeel Personeel van de begroting Defensie;
 - van 13.30 uur tot 16.30 uur van de vaste commissie voor Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties over Overheidspersoneelsbeleid en Binnenlands bestuur;
- maandag 30 november van 13.00 uur tot 17.00 uur van de vaste commissie voor Onderwijs, Cultuur en Wetenschap over het onderdeel Media van de begroting voor OCW.

In overeenstemming met de voorstellen van de voorzitter wordt besloten.

De **voorzitter**: Het woord is aan de heer Ulenbelt.

De heer **Ulenbelt** (SP): Voorzitter. Mijn verzoek is om het verslag van het algemeen overleg over deeltijd-VWW op de plenaire agenda te plaatsen.