

Vergaderjaar 2012–2013

**33 578**

**Eerstelijnszorg**

**Nr. 3**

**VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG**

Vastgesteld 30 mei 2013

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 11 maart 2013 inzake eerstelijnsdiagnostiek (Kamerstuk 33 578, nr. 1).

De op 12 april 2013 toegezonden vragen en opmerkingen zijn met de door de minister bij brief van 29 mei 2013 toegezonden antwoorden hieronder afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,  
Neppérus

Adjunct-griffier van de commissie,  
Clemens

## Inhoudsopgave

I.	Vragen en opmerkingen vanuit de fracties	1
II.	Reactie van de minister	7

### 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 het voorstel. Zij zijn het voor een zeer groot deel eens met het voorstel. Zij hebben de volgende opmerkingen en vragen.

De leden van de VVD-fractie hebben zorgen over het volgende. Eerstelijns diagnostische centra (EDC's) zijn zich aan het voorbereiden op een toekomst waarbij zij tegen vaste c.q. lagere tarieven zullen moeten gaan werken. Wat zij dus willen is nu al zo veel mogelijk «klanten» naar zich toetrekken. Er bereiken genoemde leden geluiden dat EDC's soms riante vergoedingen betalen aan huisartsen om hun klanten te verwijzen naar het desbetreffende EDC. Die vergoeding zou soms «verpakt» zijn in een huurvergoeding voor een kantoortje waar kan worden geprikt of anderszins. Deze vergoedingen gaan naar de huisarts maar worden, aangezien de EDC's premiegefinancierd zijn, door de zorgverzekeraars en daarmee uiteindelijk door de premiebetalers betaald. Herkent de minister deze geluiden en wat is haar oordeel daarover?

EDC's hebben de leden van de VVD-fractie benaderd met de volgende vraag. Zou het niet snel mogelijk moeten worden voor EDC's om een vermogen op te bouwen voor het ondernemersrisico dat zij lopen? Onder de huidige systematiek kunnen ondernemers geen prijs krijgen bij een overname wanneer zij een goed EDC hebben opgebouwd; de meeropbrengst moet namelijk worden afgedragen aan de zorgverzekeraars. Het risico daarvan is dat er oneigenlijke dingen gebeuren om kosten op te voeren zoals verhoging van salarissen, aanschaf van grote auto's, het opstellen van »vriendenfacturen» etc. Ook de Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn (LVG) heeft al enkele malen naar voren gebracht dat aangezien de ziekenhuizen de grootste concurrent zijn op het gebied van eerstelijnsdiagnostiek, en die wel mogen beschikken over een weerstandsvermogen, er geen gelijkwaardige marktpositie is. De oplossing zou zijn het toestaan van een adequaat weerstandsvermogen, en de mogelijkheid om dit ook daadwerkelijk op te kunnen bouwen. Hoe ziet de minister dit?

Is het een idee een overgangsregeling te creëren voor die ondernemers die iets goeds hebben neergezet en dat in het kader van de gewenste schaalvergroting en kostenverlaging zij bij verkoop van hun laboratorium/EDC een percentage mogen houden in plaats van het terug te storten aan de zorgverzekeraars? Dan is er immers een incentive om goed en efficiënt te werken.

In de brief geeft de minister aan te willen bezien of de trombosediensten tegelijk met de EDC's meegenomen kunnen worden in de overgang naar prestatiebekostiging. Kan de minister ingaan op de opvatting en suggestie van zorgverzekeraar VGZ over de trombosediensten? VGZ zegt dat de trombosediensten veelal gelieerd zijn aan een ziekenhuis of EDC en het daarom niet wenselijk is als zij per 2014 een andere vorm van bekostiging kennen dan ziekenhuizen en EDC's, en zij vragen of de minister dit nog wil bezien. Een andere vorm van bekostiging leidt tot hogere uitvoeringslasten voor betrokken zorgaanbieders en zorgverzekeraars en het

belemmert meer integrale inkoop van zorg. Gegeven deze redenen is de vraag waarom de minister er niet voor kiest de trombosediensten gelijk mee te nemen in de overgang naar prestatiebekostiging.

Kan de minister reageren op het zorgpunt van de LVG dat enkele zorgverzekeraars nu al vooruitlopend op de prestatiebekostiging de zogeheten Huiskes-norm (7,5% van de omzet als werkkapitaal in de tarieven) vast te stellen begroting wordt geaccepteerd) verrekenen in de tarieven? Dit zou de EDC's in acute financieringsproblemen brengen in verband met voorwaarden in leningen van banken.

Kan de minister reageren op de kritiek van de LVG op het advies van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)? De LVG bestrijdt de opvatting van de NZa dat marktvoorwaarden aanwezig zijn om prestatiebekostiging in te voeren.

Hoe staat de minister tegenover de suggestie van de LVG om een convenant eerstelijnsdiagnostiek te sluiten gedurende de transitiefase?

Tot slot vragen de leden van de VVD-fractie in algemene zin aandacht voor de situatie in Duitsland waar de afgelopen jaren de ziekenhuislaboratoria zijn gecentraliseerd. Gevolg daarvan was dat de microbiologen uit het ziekenhuis verdwenen. Duitsland heeft daardoor te kampen met een grote MRSA-problematiek. Kan de minister aangeven hoe zij een dergelijke situatie in Nederland wil voorkomen?

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

#### *Algemeen*

De leden van de fractie van de PvdA hechten sterk aan goede eerstelijnszorg. De zorg is geen product, maar een band tussen mensen. De mens moet centraal staan en het stelsel moet daaraan ten dienste staan. Mensen hebben behoefte aan zorg in de buurt, en eerstelijnsdiagnostiek maakt daar ook deel van uit. Bovendien kan goede eerstelijnszorg, met daarbij aansluitende eerstelijnsdiagnostiek, verwijzing naar de duurdere tweedelijnszorg voorkomen.

Deze leden zijn dan ook blij met de insteek van de minister om te kijken naar nieuwe vormen van financiering voor de eerstelijnsdiagnostiek, en mogelijkheden om de financiering aan te laten sluiten bij substitutie van de tweede lijn naar de eerste lijn.

Deze leden hebben wel een aantal vragen.

#### *Substitutie*

De leden van de PvdA-fractie hechten er veel waarde aan dat, als er sprake is van substitutie van de tweede- naar de eerstelijnszorg, er ook een verschuiving van het budget is. Het versterken van eerstelijnsdiagnostiek kan het aantal doorverwijzingen naar de tweede lijn verminderen. Uit de verschillende onderzoeken blijkt dat er bovendien veel te besparen is doordat onderzoek in de tweede lijn soms onnodig herhaald wordt. De minister laat onderzoeken hoe de DBC-systematiek kan worden aangepast als patiënten wel worden doorverwezen voor verdere behandeling, maar het onderzoek dat in de eerste lijn is uitgevoerd niet herhaald hoeft te worden. Deze leden vinden dit een essentieel punt. Ook moet bekeken worden hoe voorkomen kan worden dat een hele DBC geopend wordt, als na de eerste diagnostiek in de tweede lijn blijkt dat een verdere behandeling niet mogelijk is.

Wanneer wil de minister het onderzoek afronden? Wanneer kan de Kamer de resultaten tegemoet zien? Verwacht de minister dat de resultaten van het onderzoek nog verwerkt kunnen worden in de begroting voor 2015?

De leden van de PvdA-fractie hebben ook een aantal vragen over mogelijke concurrentie tussen eerstelijnsdiagnostiek en ziekenhuizen. Vanuit het veld wordt de zorg uitgesproken dat ziekenhuizen de ruimte die ontstaat door substitutie naar de eerste lijn, maar die nog niet verwerkt is in het inkoopbeleid van verzekeraars, zullen gebruiken om te groeien in de diagnostiek. Kan de minister hier een toelichting op geven? Welke rol ziet zij hier voor zorgverzekeraars? Kan de minister dit toelichten? Welke rol spelen zorgverzekeraars op dit moment in het doelmatig inkopen van (eerstelijns)diagnostiek en wat is hun beleid daarin? Is dit naar tevredenheid van de minister?

Een ander genoemd zorgpunt is het risico dat ziekenhuizen diagnostiek gaan aanbieden onder de kostprijs, om op deze manier patiënten binnen te halen. Deelt de minister met deze leden de mening dat harde concurrentie op prijs tussen eerstelijnsdiagnostiek en diagnostiek geleverd door ziekenhuizen moet worden voorkomen?

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

De leden van de SP-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de brief van de minister. Zij delen het streven van de minister om volumeopdriving te voorkomen. Deze leden zijn het met de minister eens dat het vrijgeven van de tarieven niet aan de orde is. Wel maken genoemde leden zich zorgen over het feit dat de minister voornemens is de tarieven in de toekomst wel vrij te geven. Kan de minister garanderen dat dit ook in de toekomst niet aan de orde is?

Genoemde leden constateren dat de minister een bekostigingssystematiek wil ontwikkelen die de juiste prikkels geeft, waarbij het systeem uitvoerbaar blijft en waarbij de transactiekosten zo laag mogelijk blijven en dat niet volumeopdringend werkt. De leden van de SP-fractie vragen of budgettering per regio niet het beste systeem is om dat te bereiken. Dat systeem kent geen verkeerde prikkels, namelijk prikkels om productie te draaien. Van het zogenaamde «upcoden», een kwalijke uitwas van de marktwerking dat de minister zegt te willen bestrijden, zal geen sprake meer zijn. Bovendien is de uitvoerbaarheid van budgettering per regio volgens genoemde leden ook veel beter. Volgens deze leden brengt het aanzienlijk minder bureaucratie met zich mee waardoor de transactiekosten een stuk naar beneden kunnen.

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

Na het lezen van de voorhangbrief functie eerstelijnsdiagnostiek zijn bij de leden van de CDA-fractie meerdere vragen ontstaan. De Nederlandse Zorgautoriteit heeft geadviseerd over een bekostigingssystematiek voor de uitvoering van het onderzoek en de beoordeling. Klopt het dat in de voorhangbrief het uiteindelijk niet alleen gaat over de uitvoering van het onderzoek en de beoordeling, maar dat de minister ook in brede zin wil kijken naar de organisatie van de daadwerkelijke eerstelijnsdiagnostiek? Op welke manier heeft de NZa daar nog een rol in het verdere proces?

De NZa benadrukt dat in de huidige situatie de budgettaire kaders (BKZ) voor de curatieve zorg opgesplitst zijn over een aantal deelkaders. De leden van de CDA-fractie vragen de minister over welke deelkaders de budgettaire kaders op dit moment opgesplitst zijn. Welke bezwaren zijn er om deze deelkaders samen te voegen? Deze leden verwachten dat dit ook een bijdrage kan leveren aan het verbeteren van de financiering van ketenzorg en het aanjagen van innovatie op de grensgebieden van zorg.

De NZa gaat in haar advies ook uitgebreid in op de raakvlakken met de andere dossiers. Hoe gaat de minister nu om met de honorariumtarieven medisch specialisten en de nieuwe prestatiebekostiging eerstelijnsdiagnostiek?

De minister stelt voor om met ingang van 2013 een onderzoek te starten naar mogelijke baten van diagnostiek en een nieuwe vormgeving van bekostiging. De uitkomsten van dit onderzoek kunnen in de vorm van experimenten via de innovatiebeleidsregel worden uitgevoerd. Wanneer moet het onderzoek gereed zijn? Hoeveel kost het onderzoek? Wanneer verwacht de minister met het experiment te beginnen? In hoeverre is er dan al sprake van vrije prijzen? Hoe verhoudt zich dat tot de negatieve ervaringen met het experiment van vrije prijzen binnen de tandheelkunde?

In de brief wordt ook gesteld dat praktijkvariatie in kaart moet worden gebracht ten aanzien van aanvraaggedrag van huisartsen. Maakt het ontwikkelen van het adequaat instrumentarium onderdeel uit van het eerdergenoemde onderzoek?

In de voorhangbrief staat terecht dat er sprake kan zijn van dubbele bekostiging. De huisarts neemt bloed af en vervolgens declareert het laboratorium dat het bloed analyseert ook een ordertarief, waarmee opnieuw afnamekosten worden vergoed. Daarnaast bestaat de mogelijkheid dat de huisarts en het ziekenhuis dezelfde diagnostiek doen. Tevens hebben deze leden uit het veld gehoord, dat als patiënten van het ene naar het andere ziekenhuis gaan, de diagnostiek dan niet wordt meegeleverd. Dit heeft als gevolg, dat het nieuwe ziekenhuis de hele diagnostiek weer opnieuw moet doen. In verband met de beheersing van de kosten in de zorg vinden de leden van de CDA-fractie het belangrijk dat dit opgepakt wordt. Welke maatregelen van de minister dragen bij aan het voorkomen van het verkwisten van dit zorggeld?

De minister schrijft dat de vergoedingen van een tweedelijns poliklinische behandeling meestal fors hoger liggen dan de vergoeding van de behandeling in een generalistische setting. Dit geldt inderdaad voor de behandeling, maar dit geldt toch niet voor de diagnostiek?

Voor het totaal van alle diagnostiek bestaat het vermoeden dat de werkelijke kosten lager zijn dan de tarieven. Wat gaat de minister doen om dit vermoeden in harde feiten om te bouwen?

Een belangrijke functie van eerstelijnsdiagnostiek is – zo blijkt uit de brief – het wegnemen van ongerustheid voor de individuele patiënt. Wat vindt de minister hiervan? Wordt er dan niet te snel naar diagnostiek gegrepen?

De leden van de CDA-fractie begrijpen uit de brief dat het vermoeden bestaat dat de werkelijke kosten lager zijn dan de tarieven. Bijvoorbeeld omdat de EDC's geen MRI of röntgenonderzoek declareren omdat de NZa daarvoor geen prestatiebeschrijving en tarief heeft vastgesteld. Deze leden horen graag van de minister op welke termijn deze omissie opgelost is.

De leden van de CDA-fractie zijn blij dat het Zorginstituut Nederland (het kwaliteitsinstituut) in oprichting is. Uit het laatste rapport van de Algemene Rekenkamer «Indicatoren voor kwaliteit in de zorg» blijkt dat er nog slechts weinig goed werkende kwaliteitsindicatoren zijn. De minister schrijft dat de zorgverzekeraar een vergelijking van prijs en kwaliteit moet doen. Hoe kijkt zij vanuit dit perspectief aan tegen de constatering van de Algemene Rekenkamer?

Deze leden hebben begrip voor het feit dat zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders voldoende klaar moeten zijn om de volgende stap te zetten maar vragen concreet wanneer dit dan zal zijn. Kan de minister een

tijdpad geven en concrete meetbare punten waaraan men dan moet voldoen?

Graag zouden de leden van de CDA-fractie nog een nadere uiteenzetting willen hebben over het onderscheid tussen de verantwoordelijkheid voor het proces op patiëntniveau in plaats van diagnostisch productniveau. In hoeverre is dit ook een goed model voor patiënten die niet chronisch ziek zijn? Het voorbeeld van de minister ziet namelijk vooral op chronische patiënten.

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

De leden van de D66-fractie hebben met interesse kennisgenomen van het voornemen van de minister voor het geven van een aanwijzing inzake de invoering van prestatiebekostiging voor de functie eerstelijnsdiagnostiek per 2014. Deze leden stellen vast dat een onderzoek in de vorm van experimenten inzicht kan geven in de mogelijke baten van een dergelijke transitie. Genoemde leden zijn van mening dat de aanzienlijke groei van de kosten in de eerstelijnsdiagnostiek een kritische evaluatie van de huidige stand van zaken rechtvaardigt en zij staan in grote lijn positief tegenover de invoering van prestatiebekostiging.

De leden van de D66-fractie merken op dat invoering van prestatiebekostiging in de diagnostiek een complex proces is. Deze leden vragen de minister wat de ervaringen in het buitenland zijn met prestatiebekostiging op dit terrein. Voorts vragen zij wat de visie van de minister is op deze ervaringen.

De minister plaatst enkele kritische opmerkingen bij de lange termijnadviezen van de Nederlandse Zorgautoriteit. Deze zouden negatieve prikkels kunnen introduceren in de bekostiging van eerstelijnsdiagnostiek. De leden van de D66-fractie delen de zorg van de minister en hebben nog een aantal vragen en opmerkingen.

De mogelijk volumeopdrijvende effecten van een productiegerichte bekostigingssystematiek baren de leden van de D66-fractie zorgen. De aanbieder van eerstelijnsdiagnostiek heeft een voordeel bij een hoog aantal diagnostische producten. Deze prikkel zou kunnen leiden tot een grote hoeveelheid onnodige diagnoses. De minister draagt als suggestie aan dat de verzekeraars hier een rol in kunnen spelen door het maken van afspraken. Als voorbeeld noemt de minister dat de huisartsen door de verzekeraar beloofd moeten kunnen worden voor doelmatig aanvraaggedrag van diagnoses. De leden van de D66-fractie vragen welke systematiek de minister hier concreet voor ogen heeft.

De minister stelt dat de aanbieder van eerstelijnsdiagnostiek niet gemotiveerd zal zijn om het diagnostisch proces te innoveren. De leden van de D66-fractie vragen de minister waarom zij deze inschatting maakt. De prestatiebekostiging kan namelijk concurrentie op prijs door aanbieders van diagnostiek bevorderen doordat zorgverzekeraars op prijs en kwaliteit zorg zouden kunnen inkopen. De minister stelt in haar brief dat zij «naar verantwoordelijkheid voor het proces op patiëntniveau in plaats van diagnostisch productniveau» wil. Genoemde leden vragen hoe de minister dat voor ogen ziet. Tevens vragen deze leden hoe de minister innovatie in de diagnostiek wil waarborgen en of de minister hier ook een rol ziet weggelegd voor de verzekeraars.

De minister heeft als plan dit jaar te starten met een onderzoek naar de voorgestelde transitie in eerstelijnsdiagnostiek die met het voornemen van de minister per 2014 ingevoerd zou kunnen worden. De leden van de

D66-fractie vragen de minister wanneer zij de Kamer op de hoogte brengt van de voortgang van dit onderzoek. Deze leden vragen de minister op welke wijze de uitkomsten van dit onderzoek worden gebruikt. Voorts vragen zij in hoeverre er na de uitkomst van dit onderzoek nog voldoende tijd is voor de invoering van deze transitie gezien het feit dat het onderzoek slechts één jaar voorafgaat aan de geplande transitie naar prestatiebekostiging.

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

De leden van de VVD-fractie vragen of ik geluiden herken dat EDC's soms riant vergoedingen betalen aan huisartsen om hun klanten te verwijzen naar het desbetreffende EDC en wat mijn oordeel daarover is.

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft in 2007 naar aanleiding van een aantal signalen dat (huisartsen- en ziekenhuis-) laboratoria betalingen aan huisartsen verrichten voor het doorverwijzen en afnemen van bloed, een toezichtonderzoek verricht naar het plaatsvinden van deze gedragingen. Uit het rapport van de NZa bleek dat deze gedragingen plaatsvonden. Om deze reden heeft de NZa destijds besloten om de betrokken zorgaanbieders / de brancheverenigingen dringend te verzoeken deze gedragingen met onmiddellijke ingang te staken en is de NZa handhavend opgetreden richting de geconstateerde overtredingen. Daarnaast heeft de NZa een circulaire gepubliceerd die meer duidelijkheid heeft gegeven over wanneer huisartsen een consult in rekening mogen brengen voor het prikken van bloed. Ik heb de NZa gevraagd of zij op dit moment ook signalen ontvangen dat er sprake is van dergelijke vergoedingen aan huisartsen. De NZa heeft mij gemeld in de periode van half 2011 tot nu slechts een tweetal signalen te hebben ontvangen.

De leden van de VVD-fractie vragen of het mogelijk is voor EDC's om een vermogen op te bouwen voor het ondernemersrisico dat zij lopen, omdat onder de huidige systematiek zij geen prijs krijgen bij een overname wanneer zij een goed EDC hebben opgebouwd; de meeropbrengst moet namelijk worden afgedragen aan de zorgverzekeraars. De oplossing zou volgens de leden van de VVD-fractie liggen in het toestaan van een adequaat weerstandsvermogen, en de mogelijkheid om dit ook daadwerkelijk op te kunnen bouwen. Zij vragen mij hoe ik dit zie.

De EDC's worden momenteel bekostigd op basis van een door de NZa vast te stellen begroting. Dit betekent dat de totale exploitatie wordt vastgesteld aan de hand van de vaste tarieven voor (bloed) analysekosten, functie-onderzoeken en orderkosten. De orderkosten bestaan onder andere uit beschikbaarheidskosten, en bijvoorbeeld factureringskosten. Dit ordertarief dient als een tarief om de begroting sluitend te maken. Als gevolg van deze systematiek zijn EDCs niet in staat om eigen vermogen op te bouwen. In de brief heb ik aangegeven dat de EDCs vanaf 2014 de maximumtarieven van de ingedikte prestatielijst (OZP lijst; was voorheen OVP-lijst) gaan declareren en de huidige systematiek, waarbij zij een begroting moeten indienen met een sluittarief, achter zich kunnen laten. Zodoende worden zij vanaf 2014 in de gelegenheid gesteld om een eigen vermogen op te bouwen, om ook innovaties te kunnen financieren en creëren.

De leden van de VVD-fractie vragen of het een idee is om een overgangsregeling te creëren voor die ondernemers die iets goeds hebben neergezet en dat in het kader van de gewenste schaalvergroting en kostenverlaging zij bij verkoop van hun laboratorium/EDC een percentage mogen houden in plaats van het terug te storten aan de zorgverzekeraars.

Zoals hierboven aangegeven kunnen EDCs vanaf 2014, bij de introductie van de maximumtarieven partijen, eigen vermogen gaan opbouwen dat zij niet hoeven af te dragen aan verzekeraars. Daarnaast biedt de introductie van maximumtarieven de mogelijkheid aan verzekeraars aanbieders die iets goeds hebben neergezet ter bevordering van de kwaliteit van zorg te belonen, door met deze aanbieders een hogere prijs af te spreken binnen de maximumtarieven dan voor de aanbieders die dit gedrag niet vertonen.

De leden van de VVD-fractie vragen of ik kan ingaan op de opvatting en suggestie van zorgverzekeraar VGZ over de trombosediensten. VGZ zegt dat de trombosediensten veelal gelieerd zijn aan een ziekenhuis of EDC en het daarom niet wenselijk is als zij per 2014 een andere vorm van bekostiging kennen dan ziekenhuizen en EDC's, en VGZ vraagt of de minister dit nog wil bezien. Een andere vorm van bekostiging leidt tot hogere uitvoeringslasten voor betrokken zorgaanbieders en zorgverzekeraars en het belemmert meer integrale inkoop van zorg. Gegeven deze redenen is de vraag van de leden van de VVD-fractie waarom ik er niet voor kies de trombosediensten gelijk mee te nemen in de overgang naar prestatiebekostiging.

Ik heb aangegeven dat ik in principe bereid ben om over te stappen op prestatiebekostiging voor Trombosediensten. Echter, voordat ik hier definitief toe over ga, vind ik het van belang dat het veld hierover adequaat wordt ingelicht. Omdat ik de veldpartijen niet volledig wilde overvallen met deze maatregel, heb ik een slag om de arm gehouden. Ik zal samen met de NZa hierover met het veld in overleg gaan en bezien hoe zij tegen deze ontwikkeling aankijken.

De leden van de VVD-fractie vragen of ik kan reageren op het zorgpunt van de LVG dat enkele zorgverzekeraars nu al vooruitlopend op de prestatiebekostiging de zogeheten Huiske-norm (7,5% van de omzet als werkkapitaal in de jaarlijks vast te stellen begroting wordt geaccepteerd) verrekenen in de tarieven? Dit zou de EDC's in acute financieringsproblemen brengen in verband met voorwaarden in leningen van banken.

De afgelopen jaren hebben EDC's en zorgverzekeraars afspraken gemaakt over het niet volledig verrekenen van de verschillen tussen de kosten en opbrengsten. Op deze manier konden EDC's een bepaalde hoeveelheid werkkapitaal opbouwen. Het is aan veldpartijen om hier afspraken over te blijven maken. Op zorgverzekeraars rust een zorgplicht, verzekeraars dienen er voor te zorgen dat de afspraken die ze maken met EDC's niet leiden tot het in gedrang komen van deze zorgplicht.

De leden van de VVD-fractie vragen mij te reageren op de kritiek van de LVG op het advies van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). De LVG bestrijdt de opvatting van de NZa dat marktvoorwaarden aanwezig zijn om prestatiebekostiging in te voeren.

Ik vertrouw erop dat het advies dat de NZa heeft geleverd inzake eerstelijnsdiagnostiek gedegen is en dat zij weloverwogen hun analyses hebben gegeven. Daarbij geldt dat prestatiebekostiging in verschillende sectoren van de zorg al aan orde van de dag is (bijvoorbeeld huisartsenzorg en verloskunde) en/ of in een vergevorderd stadium ingevoerd (bijvoorbeeld medisch specialistische zorg en Geestelijke Gezondheidszorg). De NZa schat de condities voor prestatiebekostiging binnen de eerstelijnsdiagnostiek minimaal even gunstig in als voor de andere sectoren waarin is overgestapt op prestatiebekostiging. Daarnaast verwacht de NZa dat de condities voor een betere werking van het stelsel (bijvoorbeeld de inkooprol van verzekeraars en de transparantie van



aanbieders met betrekking tot de kwaliteit van zorg) gaandeweg nog beter ingevuld worden als uitkomst van prikkels die partijen ervaren als gevolg van prestatiebekostiging. Concrete randvoorwaarden die volgens de NZa voldoende zijn om prestatiebekostiging in te kunnen voeren, zijn (1) een goede en stabiele productstructuur (in dit geval dus duidelijk omschreven herkenbare prestaties), (2) het voorkomen van ongewenst grote volumestijgingen (doordat de aanvrager, in veel gevallen de huisarts, fungeert als poortwachter), (3) inzicht in kwaliteit (verwachting is dat prikkels in de sector dit verder stimuleren) en (4) risicodragendheid van verzekeraars.

De leden van de VVD-fractie vragen ook hoe ik sta tegenover de suggestie van de LVG om een convenant eerstelijnsdiagnostiek te sluiten gedurende de transitiefase?

Op dit moment zie ik geen reden voor een convenant eerstelijnsdiagnostiek. Het transitieproces dat de NZa gaat opstellen, is bedoeld om het veld te ondersteunen in de transitiefase. Dat gebeurt gedegen en in overleg met de relevante veldpartijen. Ik vertrouw erop dat alle betrokken partijen zich op een constructieve manier zullen inzetten om een toekomst bestendige eerstelijnsdiagnostiek te creëren. Mijns inziens biedt een convenant daartoe geen extra meerwaarde.

Tot slot vragen de leden van de VVD-fractie in algemene zin aandacht voor de situatie in Duitsland waar de afgelopen jaren de ziekenhuislaboratoria zijn gecentraliseerd. Gevolg daarvan was dat de microbiologen uit het ziekenhuis verdwenen. Duitsland heeft daardoor te kampen met een grote MRSA-problematiek. Kan de minister aangeven hoe zij een dergelijke situatie in Nederland wil voorkomen?

Ik kan niet oordelen over de situatie in Duitsland, en alleen over de Nederlandse situatie spreken. Ik voorzie op dit moment geen grote gevolgen voor de microbiologen door de invoering van prestatiebekostiging in de eerstelijnsdiagnostiek. Microbiologen worden veelal ook uit de DBCs van ziekenhuiscare betaald en de onderhavige beleidsvoornemens gaan met name over het deel eerstelijnsdiagnostiek. De NZa zal daarnaast de komende periode nog een kostenonderzoek doen in de eerstelijnsdiagnostiek om de tarieven kostenconform te maken.

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

De leden van de PvdA-fractie vragen wanneer het onderzoek dat wordt opgestart, wordt afgerond en wanneer de Kamer de resultaten tegemoet kan zien. Verder wordt gevraagd of dat de resultaten van het onderzoek nog verwerkt kunnen worden in de begroting voor 2015?

Het offertetraject voor het onderzoek zal zo spoedig mogelijk worden uitgezet. Ik verwacht dat dit onderzoek nog in 2013 of begin 2014 kan worden afgerond. Afhankelijk van de resultaten van het onderzoek ben ik wel voornemens nog stappen te zetten voor het jaar 2015. Dit betekent dat de resultaten van het onderzoek voor zover mogelijk in de begroting van 2015 zullen worden verwerkt. Mocht dit niet lukken zal ik u tijdig informeren, maar vooralsnog ga ik hier niet van uit.

De leden van de PvdA-fractie hebben ook een aantal vragen over mogelijke concurrentie tussen eerstelijnsdiagnostiek en ziekenhuizen. Vanuit het veld wordt de zorg uitgesproken dat ziekenhuizen de ruimte die ontstaat door substitutie naar de eerste lijn, maar die nog niet verwerkt is in het inkoopbeleid van verzekeraars, zullen gebruiken om te groeien in de diagnostiek. De leden van de PvdA-fractie vragen hierop een toelichting en vragen welke rol zorgverzekeraars hierin hebben. Zij vragen met name

welke rol zorgverzekeraars op dit moment spelen in het doelmatig inkopen van (eerstelijns)diagnostiek en wat is hun beleid daarin is. Ook wordt gevraagd of dit naar mijn tevredenheid verloopt.

Zoals ik in de voorhangbrief heb geschetst, is er op dit moment een ongelijk speelveld tussen ziekenhuizen en EDC's. Om die reden ben ik – op advies van de NZa – voornemens om maatregelen te nemen die de positie van de EDC's zullen versterken. Dit doe ik enerzijds door het creëren van een gelijk speelveld in de bekostiging; per 2014 zullen maximumtarieven gaan gelden. Anderzijds door EDC's in de gelegenheid te stellen om eigen vermogen te gaan opbouwen. De transitiefase fungeert als vangnet in de overgangssituatie. Het transitie-model heeft twee doelen: EDC's de tijd geven om de bedrijfsvoering in te richten op prestatiebekostiging en om de EDC's eigen vermogen op te laten bouwen. Mijns inziens biedt deze lijn een adequate basis voor verzekeraars en aanbieders om het systeem goed te laten functioneren. Theoretisch gezien, ook het in kader van de stelselwijziging in 2006, is het heel reëel om partijen per 2014 over te laten gaan naar prestatiebekostiging. Verzekeraars kunnen dit jaar de voorbereidingen gaan treffen ten aanzien van het inkoopbeleid 2014. Ik vertrouw erop dat zij hier op een goede manier mee om gaan. De sector is namelijk niet nieuw voor verzekeraars; zij kopen ook al jaren eerstelijnsdiagnostiek in ziekenhuizen in. Daarom lijkt het mij vreemd als verzekeraars een onterechte groei zullen tolereren van diagnostiek in ziekenhuizen.

De leden van de PvdA-fractie hebben tot slot nog een ander zorgpunt genoemd, namelijk dat ziekenhuizen diagnostiek gaan aanbieden onder de kostprijs, om op deze manier patiënten binnen te halen. De leden van de PvdA-fractie vragen of ik de mening deel dat harde concurrentie op prijs tussen eerstelijnsdiagnostiek en diagnostiek geleverd door ziekenhuizen moet worden voorkomen.

Ik heb op dit moment geen signalen dat hier sprake van is. Bovendien is het de rol van de verzekeraars om niet alleen op de prijs te letten, maar ook op de kwaliteit en toegankelijkheid (zorgplicht) van zorg.

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

De leden van de SP-fractie maken zich zorgen over het feit dat de minister voornemens is de tarieven in de toekomst wel vrij te geven. Kan de minister garanderen dat dit ook in de toekomst niet aan de orde is?

Zolang ik nog geen zicht heb op de ontwikkeling van de nieuwe bekostiging van eerstelijnsdiagnostiek ben ik dat niet van plan. Afhankelijk van de resultaten van het onderzoek zal ik bezien of de wijze van bekostiging in combinatie met het functioneren van de sector zich leent voor vrije prijsvorming.

De leden van de SP-fractie vragen of budgettering per regio niet het beste systeem is met de juiste prikkels, waarbij het systeem uitvoerbaar blijft en waarbij de transactiekosten zo laag mogelijk blijven en dat niet volumeopdrijvend werkt.

Dat is niet per definitie goed en daarnaast heeft budgettering een risico op inefficiëntie en gebrek aan innovaties. Voor ik besluit over het model wil ik eerst de resultaten van het onderzoek afwachten. Wel merk ik op dat regiobekostiging als zodanig niet goed past in het zorgverzekeringsstelsel waarbij sprake is van concurrerende verzekeraars.

## Vragen en opmerkingen van de CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie vragen of de voorhangbrief uiteindelijk niet alleen gaat over de uitvoering van het onderzoek en de beoordeling, maar of de minister ook in brede zin wil kijken naar de organisatie van de daadwerkelijke eerstelijnsdiagnostiek. Zij vragen op welke manier de NZa nog een rol heeft in het verdere proces.

In principe wil ik met het onderzoek zowel de effecten van adequate eerstelijnsdiagnostiek gaan meten, als wel een nieuwe bekostigingssystematiek gaan ontwikkelen die ondersteunend werkt voor deze sector. Dit zal ik in nauwe betrokkenheid doen met de NZa. Daarbij zal de NZa de komende periode aan de slag gaan met de invoering van de maximumtarieven per 2014, het doen van een kostenonderzoek en het opstellen van een transitie-model. Als het onderzoek naar eerstelijnsdiagnostiek is afgerond en er nieuwe beleidsmaatregelen worden genomen, wordt dit ook samen met de NZa opgepakt.

De leden van de CDA-fractie vragen over welke deelkaders de budgettaire kaders op dit moment opgesplitst zijn en welke bezwaren er zijn om deze deelkaders samen te voegen? Deze leden verwachten dat dit ook een bijdrage kan leveren aan het verbeteren van de financiering van ketenzorg en het aanjagen van innovatie op de grensgebieden van zorg.

De kosten van eerstelijnsdiagnostiek zijn opgenomen in de deelkaders huisartsenzorg, instellingen voor medisch specialistische zorg en overig curatieve zorg (hieronder vallen de huisartsenlaboratoria). Ik ben het ermee eens dat de verschillende deelkaders belemmerend kunnen werken indien er kostenverschuivingen plaatsvinden tussen de verschillende kaders. Immers, als er werkelijk substitutie plaatsvindt tussen verschillende aanbieders van zorg die in een «ander kader» vallen dan zal de substitutie in financiële zin ook zichtbaar moeten zijn in die kaders. Indien dit niet het geval is, dan is er sprake van een overschrijding in het kader waarnaar gesubstitueerd is. Toch gaat dit wat mij betreft over een breder vraagstuk dan de NZa momenteel adviseert. Ik verwacht namelijk dat de substitutie omtrent eerstelijnsdiagnostiek voornamelijk gaat om substitutie van de gespecialiseerde tweedelijnszorg die nu wordt bekostigd vanuit de DBCs naar de eerstelijnsdiagnostiek. Ik wil aangeven dat er bij adequate vormgeving van eerstelijnsdiagnostiek met name minder sprake zal zijn van dubbele diagnostiek of minder onnodige behandelingen in de ziekenhuiszorg. Adequate diagnostiek kan dus ook zorg voorkomen. Samenvoeging van het kader van de eerstelijnsdiagnostiek met dat van gehele gespecialiseerde tweedelijnszorg kan dan een bijdrage leveren aan het verbeteren van de financiering van ketenzorg in zijn geheel, omdat de keten van zorg goedkoper wordt. De NZa echter adviseerde eerder om de drie kaders die er nu zijn voor specifiek de eerstelijnsdiagnostiek samen te voegen. Het effect daarvan voor de bevordering van de substitutie van zorg is in mijn ogen beperkt, omdat er tussen deze kaders in mindere mate substitutie zal plaatsvinden.

De leden van de CDA-fractie vragen ook hoe ik om ga met de honorariumtarieven medisch specialisten en de nieuwe prestatiebekostiging eerstelijnsdiagnostiek.

De te declareren honorariumtarieven voor de medisch specialisten werkzaam in een EDC wijzigen niet door de invoering van prestatiebekostiging.

De leden van de CDA-fractie vragen wanneer het onderzoek gereed is en hoeveel het onderzoek kost. Tevens vragen de leden van de CDA-fractie wanneer het experiment wordt gestart en in hoeverre er dan al sprake is van vrije prijzen. Daarbij wordt gevraagd hoe dit zich verhoudt tot de negatieve ervaringen met het experiment van vrije prijzen binnen de tandheelkunde.

Het offertetraject voor het onderzoek zal zo spoedig mogelijk worden uitgezet. Ik verwacht dat dit onderzoek nog in 2013 of begin 2014 kan worden afgerond. Afhankelijk van de resultaten van dat onderzoek kan worden gezien of de wijze van bekostiging in combinatie met het functioneren van de sector in zijn geheel zich leent voor vrije prijsvorming. Vooralsnog is daar geen sprake van. Ik wil daarom op het onderdeel vrije prijsvorming nog niet vooruit lopen.

De leden van de CDA-fractie geven aan dat in de brief ook wordt gesteld dat praktijkvariatie in kaart moet worden gebracht ten aanzien van aanvraaggedrag van huisartsen. Zij vragen of het ontwikkelen van het adequaat instrumentarium onderdeel uit maakt van het eerdergenoemde onderzoek.

Dat is inderdaad het geval.

De leden van de CDA-fractie vragen welke maatregelen ik neem die bijdragen aan het voorkomen van het verkwisten van zorggeld, bijvoorbeeld dat huisarts bloed afneemt en vervolgens het laboratorium dat het bloed analyseert ook een ordertarief declareert, waarmee opnieuw afnamekosten worden vergoed. Daarnaast bestaat de mogelijkheid dat de huisarts en het ziekenhuis dezelfde diagnostiek doen. Tevens hebben de leden van de CDA-fractie uit het veld gehoord, dat als patiënten van het ene naar het andere ziekenhuis gaan, de diagnostiek dan niet wordt meegeleverd. Dit heeft als gevolg, dat het nieuwe ziekenhuis de hele diagnostiek weer opnieuw moet doen. In verband met de beheersing van de kosten in de zorg vinden de leden van de CDA-fractie het belangrijk dat dit opgepakt wordt.

Ik heb de NZa gevraagd te kijken naar de mogelijkheid tot dubbele bekostiging bij bloedafname door huisarts en EDC. Daarnaast zal uit het door mij opgezette onderzoek moeten blijken op welke wijze dubbele diagnostiek wordt uitgevoerd. Aan de hand van die resultaten zal ik bezien welke maatregelen kunnen worden genomen om te voorkomen dat dit in de toekomst blijft gebeuren. Het steeds opnieuw uitvoeren van dezelfde diagnostiek is onnodig en zonde van het geld en moet derhalve steeds worden ontmoedigd.

De leden van de CDA-fractie schrijven dat ik in mijn voorhangbrief heb aangegeven dat de vergoedingen van een tweedelijns poliklinische behandeling meestal fors hoger liggen dan de vergoeding van de behandeling in een generalistische setting. Zij vragen of dit ook geldt voor de diagnostiek?

Nee, dat is niet het geval.

De leden van de CDA-fractie geven aan dat voor het totaal van alle diagnostiek het vermoeden bestaat dat de werkelijke kosten lager zijn dan de tarieven en vragen wat ik hieraan ga doen om dit vermoeden in harde feiten om te bouwen.

Ik heb de NZa gevraagd een kostenonderzoek te doen met als doel te komen tot adequaat onderbouwde maximumtarieven.

De leden van de CDA-fractie vragen of er niet te snel naar diagnostiek wordt gegrepen als middel voor het wegnemen van ongerustheid voor de individuele patiënt.

In sommige gevallen kan het doen van diagnostiek goed helpen om bepaalde zaken uit te sluiten waardoor de patiënt niet onnodig blijft aankloppen bij het medische circuit. Dat laatste laat de zorgkosten alleen maar toenemen. Uiteraard moet voorkomen worden dat onnodig naar diagnostiek gegrepen worden, bijvoorbeeld in plaats van goede voorlichting door de arts. Het doen van diagnostiek kan immers ook onnodige diagnostische feiten boven water brengen, waarbij soms juist ongerustheid bij de patiënt kan worden veroorzaakt. Ik vertrouw erop dat de zorgverleners het aanvragen van diagnostiek op adequate wijze invullen en daarbij vooral de richtlijnen volgen die daarover zijn opgesteld.

De leden van de CDA-fractie begrijpen uit de brief dat het vermoeden bestaat dat de werkelijke kosten lager zijn dan de tarieven. Bijvoorbeeld omdat de EDC's geen MRI of röntgenonderzoek declareren omdat de NZa daarvoor geen prestatiebeschrijving en tarief heeft vastgesteld. Deze leden horen graag op welke termijn deze omissie opgelost is.

De NZa heeft de tarieven voor eerstelijnsdiagnostiek functioneel ingericht, waardoor het ook mogelijk is geworden voor EDC's om MRI of röntgendiagnostiek aan te bieden. Dit onder de voorwaarden zoals opgenomen in de regeling Medisch Specialistische Zorg. Daarmee is er een gelijk speelveld gecreëerd tussen ziekenhuizen en EDCs.

De leden van de CDA-fractie geven aan dat uit het laatste rapport van de Algemene Rekenkamer «Indicatoren voor kwaliteit in de zorg» blijkt dat er nog slechts weinig goed werkende kwaliteitsindicatoren zijn. Zij vragen hoe ik vanuit het perspectief, dat de zorgverzekeraar een vergelijking van prijs en kwaliteit moet doen, aankijkt tegen de constatering van de Algemene Rekenkamer.

Ik ben mij er van bewust dat het op dit moment nog moeilijk is voor zorgverzekeraars om op basis van een goede prijs-kwaliteitverhouding diagnostiek in te kopen. Zoals in de hele zorg is dit een lerend systeem. Het onderzoek dat ik zal opzetten zal ook aandacht besteden aan het ontwikkelen van goede indicatoren voor kwaliteit van zorg. Daarbij vertrouw ik erop dat de sector (verzekeraars en aanbieders) de transparantie van zorg verder zullen vergroten op dit gebied. De invoering van prestatiebekostiging zal daar mijns inziens aan bijdragen.

De leden van de CDA-fractie hebben begrip voor het feit dat zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders voldoende klaar moeten zijn om de volgende stap te zetten maar vragen concreet wanneer dit dan zal zijn. Kan de minister een tijdspad geven en concrete meetbare punten waaraan men dan moet voldoen?

Mijns inziens biedt het komende jaar met het transitie-model een goede tussenfase naar een nieuw systeem dat de sector voor eerstelijnsdiagnostiek meer adequaat zal ondersteunen. Ik streef ernaar om begin 2014 met partijen te bezien wat de resultaten van het onderzoek zijn en aan de hand daarvan afspraken te maken op welke wijze en met welk tijdspad het veld ondersteund kan worden bij de implementatie van een nieuwe systeem. Ik verwacht dat de introductie van dit nieuwe systeem per 2015 zal worden uitgevoerd.

Graag zouden de leden van de CDA-fractie nog een nadere uiteenzetting willen hebben over het onderscheid tussen de verantwoordelijkheid voor het proces op patiëntniveau in plaats van diagnostisch productniveau. De leden vragen in hoeverre dit ook een goed model voor patiënten is die niet chronisch ziek zijn.

Mijn uiteenzetting dat de vergoeding op diagnostisch productniveau volume-opdrijvend werkt, waardoor er geen prikkel is om het proces per patiënt te innoveren, geldt mijns inziens ook voor patiënten die niet chronisch ziek zijn. Het is bijvoorbeeld interessant om te weten wat er nu precies per patiënt wordt aangevraagd in een huisartsenpopulatie. Wellicht zijn er zorgzwaarteklassen te onderscheiden, waardoor zorgverzekeraars meer inzicht hebben in wat er voor een patiëntenpopulatie wordt aangevraagd en het verschil in kosten per zorgzwaarteklasse tussen de diverse aanbieders. Het onderzoek zal moeten gaan uitwijzen of dat mogelijk is.

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

De leden van de D66-fractie merken op dat invoering van prestatiebekostiging in de diagnostiek een complex proces is. Deze leden vragen de minister wat de ervaringen in het buitenland zijn met prestatiebekostiging op dit terrein. Voorts vragen zij wat de visie van de minister is op deze ervaringen.

Er zijn niet veel resultaten bekend van ervaringen in het buitenland op het terrein van prestatiebekostiging in de eerstelijnsdiagnostiek. In de VS wordt onderzoek gedaan naar prestatiebekostiging bij radiologie. Hier kunnen ziekenhuizen experimenteren met verschillende vormen van prestatiebekostiging voor radiologie. De resultaten van dit experiment zijn nog niet bekend. Daarbij zijn de verschillende systemen tussen de landen altijd moeilijk vergelijkbaar omdat de bekostigingswijzen tussen de landen niet hetzelfde zijn. Uiteraard zal ik bij het invoeren van prestatiebekostiging in de eerstelijnsdiagnostiek in Nederland de op dat moment relevante beschikbare informatie meenemen om tot een zo optimaal mogelijke bekostigingssystematiek te komen.

De leden van de D66-fractie geven aan dat de mogelijk volumeopdrijvende effecten van een productiegerichte bekostigingssystematiek hen zorgen baren. De aanbieder van eerstelijnsdiagnostiek heeft een voordeel bij een hoog aantal diagnostische producten. Deze prikkel zou kunnen leiden tot een grote hoeveelheid onnodige diagnoses. De leden van de D66-fractie vragen welke systematiek de minister concreet voor ogen heeft bij het idee dat de huisartsen door de verzekeraar beloofd moeten kunnen worden voor doelmatig aanvraagdgedrag van diagnoses.

In principe heeft de verzekeraar op dit moment al een mogelijkheid via de module Modernisering & Innovatie om huisartsen te belonen voor doelmatig aanvraagdgedrag. Echter, ik wil graag aan de hand van het onderzoek naar eerstelijnsdiagnostiek dat ik ga opzetten en in combinatie met wijzigingen in de huisartsenbekostiging die op stapel staan, bezien hoe ik deze beloningsprikkel beter kan borgen in het systeem.

De leden van de D66-fractie vragen waarom ik de inschatting maak dat de aanbieder van eerstelijnsdiagnostiek niet gemotiveerd zal zijn om het diagnostisch proces te innoveren, aangezien de prestatiebekostiging concurrentie op prijs door aanbieders van diagnostiek zal bevorderen doordat zorgverzekeraars op prijs en kwaliteit zorg zouden kunnen inkopen.

Tevens vragen de leden van de D66-fractie hoe ik voor ogen zie om «naar verantwoordelijkheid voor het proces op patiëntniveau in plaats van diagnostisch productniveau» te gaan. Tevens vragen deze leden hoe ik innovatie in de diagnostiek wil waarborgen en of hier ook een rol ziet weggelegd voor de verzekeraars.

Het klopt inderdaad dat er concurrentie op prijs mogelijk is tussen verschillende aanbieders van eerstelijnsdiagnostiek. Echter, voor verzekeraars is het lastig om diagnostiek in te moeten kopen op het niveau van het diagnostische product. Bij grote volumes zal inderdaad de prijs nog wel kunnen dalen, maar het is voor verzekeraars ondoenlijk om te vergelijken tussen aanbieders op aanvraaggedrag bij huisartsen bijvoorbeeld. Bij producten op patiëntniveau wordt inzichtelijk welke prijs er wordt bepaald voor bepaalde patiëntcategorieën. Het wordt dan ook makkelijker om tussen verschillende zorgaanbieders te vergelijken.

De leden van de D66-fractie vragen wanneer zij de Kamer op de hoogte brengt van de voortgang van het onderzoek en op welke wijze de uitkomsten van dit onderzoek worden gebruikt. Voorts vragen zij in hoeverre er na de uitkomst van dit onderzoek nog voldoende tijd is voor de invoering van deze transitie gezien het feit dat het onderzoek slechts één jaar voorafgaat aan de geplande transitie naar prestatiebekostiging.

Het offertetraject voor het onderzoek zal zo spoedig mogelijk worden uitgezet. Ik verwacht dat dit onderzoek nog in 2013 of begin 2014 kan worden afgerond. Afhankelijk van de resultaten van het onderzoek ben ik voornemens stappen te zetten voor het jaar 2015. Ik verwacht dat de voorbereiding in 2014 voldoende tijd geeft. Mocht dit niet lukken, zal ik u tijdig informeren, maar vooralsnog ga ik hier niet van uit.