

Vergaderjaar 2014–2015

**33 578**

**Eerstelijnszorg**

**Nr. 12**

## **VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG**

Vastgesteld 22 september 2014

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 3 juli 2014 overleg gevoerd met Minister Schippers en Staatssecretaris Van Rijn van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over:

- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 5 december 2013 over de realisatie doelmatig voorschrijven huisartsen (Kamerstuk 29 247, nr. 186);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 14 maart 2014 over dieetadvisering binnen de ketenzorg (Kamerstuk 29 689, nr. 499);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 20 maart 2014 over proeftuinen, populatiekenmerken en uitkomstbekostiging (Kamerstuk 32 620, nr. 113);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 1 april 2014 over verbreding van het farmacotherapeutisch overleg (FTO) met (wijk)verpleegkundigen (Kamerstuk 33 578, nr. 5);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 1 april 2014 over de beantwoording vragen commissie over het RVZ-advies «De participerende patiënt» (Kamerstuk 29 689, nr. 506);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 19 mei 2014 over bekostiging wijkverpleging (Kamerstuk 30 597, nr. 440);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 19 mei 2014 over de voorhangbrief bekostiging huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg (Kamerstuk 33 578, nr. 6);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 30 juni 2014 over kortdurend eerstelijns verblijf (Kamerstuk 30 597, nr. 459);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 30 juni 2014 over de beantwoording vragen commissie over Bekostiging wijkverpleging (Kamerstuk 30 597, nr. 440 ) (Kamerstuk 30 597, nr. 457);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 1 juli 2014 met beantwoording vragen commissie over de**

- voorhang bekostiging huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg (Kamerstuk 33 578, nr. 6) (Kamerstuk 33 578, nr. 10);**  
– **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 2 juli 2014 over bestuurlijke afspraken bekostiging huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg (Kamerstuk 33 578, nr. 11).**

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

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

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

**Voorzitter: Van Gerven**  
**Griffier: Clemens**

Aanwezig zijn zeven leden der Kamer, te weten: Agema, Bruins Slot, Pia Dijkstra, Dik-Faber, Van Gerven, Rutte en Wolbert,

en Minister Schippers en Staatssecretaris Van Rijn van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, die vergezeld zijn van enkele ambtenaren van hun ministerie.

Aanvang 9.35 uur.

De **voorzitter**: Goedemorgen. We zitten een beetje in een tijdsklem, dus wil ik snel beginnen met dit algemeen overleg. Ik heet het kabinet, dat met twee bewindspersonen vertegenwoordigd is, en de Kamer welkom. We spreken vandaag over een belangrijk onderwerp, namelijk de eerste lijnszorg in den brede. Er is een spreektijd van vijf minuten in de eerste termijn afgesproken, met twee interrupties. Ik ben een coulante voorzitter, dus ik vraag veel van uw zelfregulerend vermogen. Het woord is aan mevrouw Wolbert van de Partij van de Arbeid.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Voorzitter. Dit kabinet zet in op een stevige eerste lijn en op herkenbare zorg dichtbij en dat is de lijn waar de Partij van de Arbeid al jaren voor pleit. Daarvoor is het nodig dat er in de eerste lijn mensen werken die goed kunnen zien wat cliënten en patiënten nodig hebben, die zien hoe de zorg anders en beter kan, die de behandelkamer uitkomen voor verbindingen, overleg en afstemming met collega's, die zich realiseren dat de wereld steeds sneller verandert en bij wie de vernieuwings- en veranderknop altijd op «aan» zal blijven staan en nooit meer uitgaat.

In de afgelopen periode hebben de Minister, de Staatssecretaris en alle betrokkenen in het veld ontzettend veel werk verzet en zijn er belangrijke bouwstenen aangedragen om de zorg in de vernieuwde eerste lijn stevig te funderen. Er zijn zorgakkoorden afgesloten, er ligt een nieuwe bekostigingsstructuur voor huisartsen en, zeer tot mijn vreugde, ook voor de wijkverpleegkundigen in dezelfde structuur. De wijkverpleegkundigen zijn buiten het eigen risico gehouden en zijn niet onder het regime van artikel 13 gebracht. Daar is mijn fractie ook erg tevreden over. De eerste lijn moet zo toegankelijk mogelijk zijn en zonder drempels, van welke aard dan ook, functioneren.

Toch heb ik een paar aandachtspunten. Volgend jaar moet er rond de zorginkoop in de eerste lijn ontzettend veel zaken geregeld worden en tegelijkertijd ook nog ontwikkeld. Er liggen nog heel complexe uitwerkingsvraagstukken, dus zijn tijdige informatie en bijsturingmogelijkheden belangrijk. Daarom heeft mijn fractie behoefte aan een soort midterm review in het eerste invoeringsjaar. Per maart 2015 is er weliswaar een «go/no go»-moment afgesproken, maar mijn fractie denkt dat we boven op het uitvoeringstraject moeten zitten en ook op de meer kwalitatieve informatie. Liggen we nog op koers? Gaat het goed met de zorginkoop? Wordt er wel voldoende wijkverpleging ingekocht? Worden ook de kleine innovatieve aanbieders gecontracteerd? ... [microfoon uit] ... Wordt er niet te veel gedrukt op tarieven waardoor het eerste segment van de wijkverpleegkundigen in het gedrang komt? Dat zijn wat mij betreft een paar cruciale vragen. Zijn de bewindspersonen bereid om zo'n tussentijdse stand van zaken op te nemen en kan de Kamer – vraag ik alvast van tevoren – meedenken over een paar vragen? Graag een reactie.

Ik zei het al: mijn fractie is blij met de bouwstenen voor de versteviging van de eerste lijn. Invoering vanaf 2015 vergt nog veel werk en afstemming. Toch vindt de Partij van de Arbeid dat de blik nu ook op de horizon gericht moet blijven. De Partij van de Arbeid ziet graag dat de

Minister de ambitie scherp houdt en zich buigt over een verdere ontwikkeling van een visie op de eerstelijnszorg. Hoe ziet zij de ontwikkeling van de sector in de komende jaren? Hoe ziet zij de ontwikkeling van zorggroepen? Hoe verhouden deze zich tot de anderhalvelijnszorg en kortdurend eerstelijnsverblijf? Wat is er nodig? Is er iets te zeggen over de spreiding en de concentratie van zorg? Hoe ziet de Minister de ontwikkeling van de eerste lijn in plattelandsgebieden? Wat zijn inspirerende voorbeelden? Hoe verhoudt een en ander zich tot prestatiebeloning? Kortom, mijn vraag is denk ik wel helder: kan de Minister mij toezeggen dat zij na de zomer met een beleidsnotitie komt waarin de ingezette veranderlijnen samen worden gebracht, waarin ambities worden onderstreept en waarin de accenten voor de komende jaren worden gelegd?

Misschien in het verlengde daarvan vraag ik de Minister of zij ook iets kan zeggen over de financiering van fysiotherapie. Het ligt namelijk eigenlijk in de lijn om deze samen te trekken of gelijk te trekken met wijkverpleegkundigen en huisartsen. Dat punt heb ik weleens vaker aangevoerd. Misschien kan de Minister dit meenemen in die visie voor na de zomer.

Dan heb ik een paar aandachtspunten bij de wijkverpleegkundige zorg. We horen geluiden uit het veld dat zorgverzekeraars weerstand bieden tegen het contracteren van zorg die niet een-op-een te herleiden is naar individuen. Ik heb het dus over het populatiegebonden deel. Horen de bewindspersonen deze geluiden ook? Willen zij erop toezien dat de zorgverzekeraars de zorg, zoals beschreven in Segment 1, zonder allerlei tegenwerpingen opnemen in de contracten van de wijkverpleging?

De Partij van de Arbeid heeft gezien dat er in de aanspraakbrief en in de beantwoording van de vragen een discrepantie zit over de selectieve preventietaken van de wijkverpleegkundige. Graag krijg ik klip-en-klaar een bevestiging van de uitspraak dat de wijkverpleegkundige ook voor selectieve preventie inzetbaar is, zoals ook in de brief staat.

Ik vraag ook graag aandacht voor de dementiezorg. Zes jaar geleden heb ik het PvdA-Deltaplan Dementie in de Kamer bepleit. Hierin werd gevraagd om het ontwikkelen en beschikbaar stellen van casemanagement voor mensen met dementie. Graag zie ik dat dit nu trefzeker wordt beveiligd en geborgd in de aanspraak Wijkverpleging.

De integrale ketenzorg schijnt in het overgangsjaar ook niet goed geregeld te zijn. Graag een toezegging om dit goed te regelen.

Ik zie dat ik over mijn tijd heenga. Ik heb nog een laatste punt over de wijkverpleging. In het vorige debat heb ik al gevraagd waar de 10 miljoen van de motie-Hamer zijn gebleven. Zijn die verdampt in die 200 miljoen investering in de wijkverpleegkundigen? Ik ben benieuwd of de Staatssecretaris dat bedrag heeft gevonden en of het inmiddels is toegevoegd aan de GIDS-gelden (Gezond in de Stad), zoals de Staatssecretaris mij heeft toegezegd.

Voorzitter, ik heb nog een punt over huisartsen en populatiebesteding, maar dat zal ik in mijn tweede termijn meenemen.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Voorzitter. Er verandert veel in de Zorgverzekeringswet. De huisartsenbesteding wijzigt, maar is nog niet klaar. De wijkverpleging komt naar de Zorgverzekeringswet, maar is nog niet klaar. De op behandeling gerichte geestelijke gezondheidszorg gaat naar de Zorgverzekeringswet, maar is nog niet klaar. Het eerstelijnsverblijf gaat over, maar is nog niet klaar. Ook de Wet langdurige zorg wordt in de steigers gezet. Daarnaast gaat de Wet maatschappelijke ondersteuning op zijn kop. Het lijken verschillende wetten, maar het gaat wel vaak om een en dezelfde patiënt.

Het CDA maakt zich dus zorgen over de samenloop. Wordt het geen houtje-touwtjewerk? Gaat het allemaal wel goedkomen op 1 januari 2015? Vallen er geen kwetsbare mensen tussen wal en schip, omdat de

regelgeving en de uitvoering ervan nog in de steigers staan? Graag een reactie van de bewindspersonen. Hoe kijken zij daartegen aan? Het CDA staat helemaal achter de ambitie van deze regering om de substitutie van de tweede lijn naar de eerste lijn te bevorderen. Dit leidt tot goedkopere zorg en meer zorg in de buurt. Er is echter nog steeds geen monitor van de substitutie. Dat was wel een van de harde afspraken van het bestuurlijk akkoord. Zo'n monitor is noodzakelijk om te weten of de zorg bij ziekenhuizen weggaat en bij de eerste lijn terecht komt. Kan de Minister verzekeren dat die substitutiemonitor gereed is op 1 januari 2015?

Op welke manier draagt de nieuwe huisartsenbesteding bij aan de vermindering van de administratieve lasten in de huisartsenzorg? Dan kom ik op de wijkverpleging. De Zorginkoopgids voor de wijkverpleging is inmiddels gepubliceerd. Tot verrassing van het CDA is er nog geen helderheid over de ketenzorg dementie. Er zijn de afgelopen jaren mooie resultaten bereikt met de ketenzorg dementie en met het casemanagement. Mevrouw Wolbert heeft daar al iets over gezegd. Het gaat om 85 ketens en 400 casemanagers. Voor 2015 is er geen financiering van de ketenzorg dementie. Het CDA wil graag dat de Nederlandse Zorgautoriteit wel zo'n betaaltitel «ketenzorg Dementie» voor 2015 in haar conceptbeleidsregels opneemt.

In de prestatie Wijkverpleging mist de casemanager ook. Hij staat wel in de toelichting, maar we willen hem graag in de prestatiebeschrijving hebben. Graag een reactie van de Minister op dit punt.

De aanspraak Wijkverpleging gaat over 3,1 miljard. De wijkverpleging is, gezien alle antwoorden, een soort bijenkorf geworden van verschillende soorten zorg en verschillende soorten patiënten. Het wordt een uitdaging om daarin met elkaar niet de weg kwijt te raken. De afbakening tussen de Wet maatschappelijke ondersteuning en de Zorgverzekeringswet baart het CDA op dit punt echter nog wel zorgen. De wijkverpleegkundige indiceert de medische zorg. De gemeente bepaalt in hoeverre iemand zelfredzaam is en wat de mantelzorg kan doen. Heeft het CDA goed begrepen dat de wijkverpleegkundige straks niet kan bepalen wat de mantelzorg kan doen of bedoelt de Minister of de Staatssecretaris te zeggen dat zelfredzaamheid juist wel een criterium is geworden in de Zorgverzekeringswet? Het is ons gewoon nog niet helemaal duidelijk en het lijkt me van belang dat het straks wel duidelijk is.

We hebben een brief gekregen over het eerstelijnsverblijf. In de AWBZ is het eerstelijnsverblijf vooral een kortdurend verblijf. Dat geldt zowel voor medische zorg als voor persoonlijke zorg. De nieuwe aanspraak in de Zorgverzekeringswet ziet alleen op medische zorg. Er is echter ook een grote groep mensen in de eerste lijn die tijdelijk niet aan persoonlijke verzorging kan doen. Zij kunnen dan ook kortdurend verblijf nodig hebben. Op welke manier kunnen zij dan eerstelijnsverblijf krijgen? Het is mij niet duidelijk waar deze mensen met een niet-medische zorgvraag, die wel persoonlijke verzorging nodig hebben en dit niet zelfstandig kunnen doen, een beroep op kunnen doen. Graag een antwoord van beide bewindspersonen op die vraag.

De **voorzitter**: Dank u wel, keurig binnen de tijd. Het woord is aan de heer Rutte.

De heer **Rutte** (VVD): Voorzitter. Ik beloof u, ik blijf ook binnen de tijd. Dat gaat me lukken.

Dit kabinet maakt echt werk van het versterken en het verbreden van de eerste lijn en van de substitutie van zorg. Er vinden echt forse verschuivingen plaats, deels vanuit de AWBZ, maar met de nieuwe besteding voor huisartsen creëren we ook meer ruimte om invulling te geven aan zaken als anderhalvelijnszorg, een innovatie in de eerste lijn die echt tot substitutie kan leiden. De VVD is daar blij mee.

Er worden nieuwe zaken in de Zorgverzekeringswet geïntroduceerd, onder andere nieuwe vormen van financiering, waaronder voor het eerst ook populatiebepoortiging. Er zijn velen die daar veel van verwachten. De VVD heeft er altijd wel één punt van zorg bij, namelijk: hoe bepalen we de populatiekenmerken? Het is goed dat we bekijken of populatiebepoortiging inderdaad datgene kan opleveren wat velen ervan verwachten. Kijken we echter wel voldoende naar gezondheidskenmerken als we de populatiekenmerken gaan bepalen? Het moet niet zo zijn dat iemand die in een Vinex-wijk woont straks minder goede zorg kan krijgen dan iemand die in een achterstandsbuurt woont. Ik denk ook niet dat dit de bedoeling is, maar ik wil graag meer weten over de kenmerken. Garanties bestaan niet, maar ik krijg graag in ieder geval de geruststelling dat het niet die kant op zal gaan, dat er geen verschillen zullen ontstaan. Dat vindt de VVD heel erg wezenlijk.

Er zal vandaag van alles over tafel gaan, maar ik zou graag ... Ik zie dat ik een interruptie heb.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Ik ben het met de heer Rutte eens dat verbeteringen in de zorg nooit ten koste mogen gaan van andere bevolkingsgroepen. Dat suggereert hij namelijk wel een beetje. Hij maakt zich er in ieder geval zorgen over. Denkt hij niet dat populatiebepoortiging ook in een Vinex-wijk hartstikke goede resultaten kan opleveren? Ik denk aan gezondheidswinst op het gebied van overgewicht, minder roken, meer bewegen, kortom gezond gedrag. Als het gaat om gezondheidswinst, kan het niet zo zijn dat we ons minder druk maken om de gezondheid van mensen in een Vinex-wijk dan om die van mensen in achterstandswijken. De heer Rutte weet echter, net als ik, dat er in achterstandswijken misschien meer winst valt te behalen en dat je daar grotere slagen kunt maken. Kan hij daar eens op reageren?

De heer **Rutte** (VVD): Mevrouw Wolbert raakt hiermee de problematiek van de sociaaleconomische gezondheidsverschillen aan. Die verschillen bestaan, dat valt niet te ontkennen. Het is interessant om te bekijken of het met behulp van populatiebepoortiging mogelijk is om de sociaaleconomische gezondheidsverschillen te verkleinen. Dat maakt populatiebepoortiging ook interessant. Ik maak me er zorgen over dat iedereen in de Zorgverzekeringswet een individueel recht op zorg heeft, recht op een goede huisarts en op andere vormen van goede eerstelijnszorg. Als wij de gelden voor de eerstelijnszorg, voor de huisarts, te veel langs populatiekenmerken, die sociaaleconomisch zijn ingericht, verdelen, sluit ik niet uit dat de kwaliteit van de zorg in de wijken die op zichzelf sociaaleconomisch goed in elkaar zitten, bijvoorbeeld Vinex-wijken, toch onder druk komt te staan. Dat wil ik voorkomen.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Ik verwerp ten enenmale de suggestie dat populatiebepoortiging onderling kannibalisme tussen verschillende bevolkingsgroepen zal veroorzaken. Ik denk juist dat het de heer Rutte zou moeten aanspreken dat in wijken waar veel gezondheidsproblemen spelen de platte winst het grootst zal zijn, als je daar een gezondheidsverbetering weet te bereiken. Het gaat me dus niet eens om sociaaleconomische gezondheidsverschillen, maar juist om het feit dat je de grootste slagen kunt maken daar waar de grootste gezondheidswinst te behalen is. Kan de heer Rutte nog even op dit laatste stuk reageren?

De heer **Rutte** (VVD): Ik verzet me uiteraard niet tegen het behalen van grote vormen van gezondheidswinst. Ik ben daar een voorstander van. Ik vind echter dat de populatiekenmerken vooral gezondheidsgerelateerd moeten zijn en niet zozeer sociaaleconomisch gerelateerd. Die kenmerken kunnen correleren, maar we hebben het over zorg. De verdeling van gelden moeten dus langs zorglijnen lopen en niet langs sociaalecono-

mische lijnen. Dan verknopen we allerlei zaken en raken dingen door de war. Daar gaat het om. Ik denk dat we elkaar daar uiteindelijk in kunnen vinden en dat de resultaten dan ook hetzelfde zullen zijn. Als we voldoende kijken naar gezondheidskenmerken, hoeft iemand in een Vinex-wijk niet bang te zijn dat hij geen adequate zorg krijgt.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Daarover zijn we het eens.

De heer **Rutte** (VVD): Mooi.

Na deze interruptie heb ik ook een knip in mijn betoog. We kijken naar nieuwe manieren van financiering van de huisarts. We kijken naar nieuwe manieren van financiering van de nieuwe aanspraak Wijkverpleegkundige zorg. Ik ben de laatste tijd vaak aangesproken over de financiering van de apotheker. Ik denk dat mijn collega's er ook wel over zijn aangesproken, want vaak krijgen wij vergelijkbare berichten binnen. Mensen zijn boos, omdat ze een rekening hebben gekregen waarop advieskosten in rekening zijn gebracht voor de eerste keer uitgifte van middelen. Zij zeggen: «Ik zie daar niks van, mijn apotheker is gewoon een doosjesschuiver; hij duwt die dingen over de balie en laat mij zelf de bijsluiter lezen en dat is het dan.» Er zijn echter ook apothekers die er heel veel werk van maken, die heel veel advies leveren, die heel veel doen aan medicatiebewaking en die heel veel doen om therapietrouw bij mensen te bewaken. Dat zijn allemaal zaken die we goed en adequaat vinden in de zorg. Is de Minister bereid om een financieringssysteem voor apothekers te bekijken die de apotheker weghaalt van het «doosjeschuiven» en waarvan de financiering kan lopen langs lijnen van gezondheidswinst? Zo krijgt de apotheker die echt werk maakt van zijn zorgtaak, een goede financiering. Het moet niet zijn zoals nu, namelijk dat je het mooiste salaris hebt wanneer je de apotheek maximaal uitkleedt, dus minimale service biedt en maximaal met doosjes schuift. Dat is een beetje mijn zorg. Dan kunnen mensen zien wat er geleverd wordt voor de in rekening gebrachte kosten. Ik denk ook dat dit de acceptatie van de apothekers en de farmaceutische zorg, die zo belangrijk is in ons land, vooruit zal brengen.

Mevrouw **Agema** (PVV): Voorzitter. Volgt de zorg de financiering of volgt de financiering de zorg? Dat laatste zou het geval moeten zijn, maar ik vrees dat het de andere kant op gaat. Op papier staat het er, maar in de werkelijkheid zal er een andere praktijk ontstaan. Het lijkt erop dat we de kleinschalige, buurtgerichte zorg afschaffen om plaats te maken voor grootschalige gezondheidscentra per regio. Met alle taken die er door de overheveling op de eerste lijn afkomen, is het namelijk haast noodzakelijk om te fuseren. Alleen noemen we dat nu: multidisciplinaire samenwerkingsverbanden. Dit gaat onvermijdelijk zorgen voor meer bureaucratie, meer vergaderingen, toenemende administratieve lasten en veel personele wisselingen.

Nu de vrije artskeuze voor de tweede lijn is afgeschaft, komt er ook nog eens het probleem van de polis om de hoek kijken, want dan moet er ook nog uitgezocht worden naar welk ziekenhuis of welke specialist de patiënt kan worden doorverwezen.

Met de substitutie uit de tweede lijn krijgt de eerste lijn het nog drukker, alsof men niets te doen had, alsof de wachtkamer niet al vol zat en alsof de consulten niet al te kort waren. We hadden hier al eerder een oplossing voor, namelijk het aanpassen van de tarieven in de tweede lijn zodat alle handelingen die eigenlijk in de eerste lijn thuishoren ook met een eerstelijnstarief betaald worden, maar dat terzijde.

In plaats van in consulten en in verrichtingen wordt de huisartsenzorg nu opgedeeld in segmenten. Segment 3 is er voor het belonen op uitkomst. Je zou zeggen dat hiermee de gezondheid bedoeld wordt, maar het gaat alleen om procedures, zoals goed doorverwijzen, zinvolle diagnostiek of doelmatig voorschrijven. Het gaat er dan niet om of de jeuk is afgenomen,

de pijn is verminderd of de koorts is verlaagd. Op papier zal de nieuwe bekostigingsmethodiek er wel mooi uitzien, maar wij blijven sceptisch. Gelukkig creëert de Minister meer groeiruimte en wordt er meer personeel opgeleid zodat er meer taakdifferentiatie mogelijk is. Meer taken worden verdeeld over meer mensen, zodat je nooit van tevoren weet wie je zult aantreffen of wie de controles zal uitvoeren. Patiënten hebben geen idee meer wie wat behandelt, wie er nog overzicht heeft en waar ze met hun vragen terecht kunnen, maar ze krijgen integrale zorg en dat is beter voor hen. Ik herhaal: op papier zal het er allemaal mooi uitzien, maar in de praktijk ... Wij blijven sceptisch.

De PVV is al helemaal sceptisch als het gaat om de overheveling van de verpleging en de verzorging naar de Zorgverzekeringswet. Het is heel apart dat we hier vandaag spreken over de bekostiging zonder dat er een fatsoenlijk debat is geweest over de overheveling zelf. Dat kan ik de bewindspersonen niet verwijten, maar wel mijn collega's hier aan tafel. Hoe is het mogelijk dat een overheveling van 4 miljard euro uit de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet niet tot een debat leidt over de wenselijkheid daarvan?

Ik denk dat het allemaal te maken heeft met tijdigheid en vermeende zorgvuldigheid. Ik denk dat het allemaal te maken heeft met de brief van 19 mei, waarin in heel kleine lettertje linksboven staat: «Ontvangen ter griffie op 20 mei 2014. Het besluit tot het doen van een aanwijzing kan niet eerder worden genomen dan op 19 juni 2014.» Het moet er dus doorgedramd worden en wel zo snel mogelijk.

Mijn vraag – die kan ik natuurlijk wel stellen aan de Minister – is of die aanwijzing gegeven is. Als dat namelijk het geval is – het is inmiddels 3 juli – dan hebben we hier een debat voor de Bühne, een poppenkastdebat. Ik krijg daar graag als eerste straks antwoord op, want dan weet ik ook of ik nog langer deel moet nemen aan het debat of dat we met zijn allen gefopt zijn.

De heer **Rutte** (VVD): Dat zijn heel grote woorden van mevrouw Agema, maar hoe kan zij als enige hier het punt ter tafel brengen dat we gefopt zijn en overvallen zijn door deze ontwikkeling, terwijl de andere leden aan deze tafel al zeer geruime tijd weten dat dit eraan zit te komen? Het is namelijk al in allerhande overleggen ter sprake geweest. Dat er wordt overgeheveld, heeft al in stukken gestaan. Volgens mij staat een heel groot deel zelfs in het regeerakkoord, dat al twee jaar oud is. Hoe kan mevrouw Agema hierdoor overvallen zijn? Hoe kan zij zeggen dat wij daar nu pas voor het eerst over praten? Ik herken het niet.

Mevrouw **Agema** (PVV): U verandert mijn boodschap. Als een kabinet besluit tot een majeure overheveling van een pakket van 4 miljard euro van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet, moet een fatsoenlijke Kamer, in een zorgvuldig proces, een debat organiseren over de wenselijkheid van het overhevelen van zo'n pakket, in plaats van de bekostiging even snel in te brengen als agendapuntje in een AO'tje Eerstelijnszorg. Ik wil bijvoorbeeld weten hoeveel er bezuinigd wordt op de wijkverpleging. Dat weten we nog niet eens. Het was een pakket van 4 miljard. Er gaat 3,2 miljard over. Is dan de conclusie dat er 800 miljoen bezuinigd wordt op de wijkverpleging? Dat weten we niet. Dat is gewoon niet duidelijk. In een zorgvuldig proces houdt een zorgvuldige Kamer bij zo'n majeure operatie, bij een bezuiniging van 800 miljoen, een apart debat over de wenselijkheid van die overheveling. In onze opvatting is die overheveling namelijk volkomen onwenselijk. Daar kom ik zo op.

De **voorzitter**: De heer Rutte nog? Als u wilt, het is niet verplicht natuurlijk.



De heer **Rutte** (VVD): Concluderend: we kunnen verschillend denken over zorgvuldigheid.

De **voorzitter**: Moment, moment. Mevrouw Agema, wilt u de microfoon uitzetten?

Mevrouw **Agema** (PVV): Mag ik nog even voorzitter? Het is dus vooral een verwijt aan mijn collega's. De bewindspersonen kunnen niets doen aan dit onzorgvuldige proces.

De **voorzitter**: Als u de microfoon niet uitzet, kan het publiek niet goed zien wie er spreekt. Wilt u daar goed op letten, ook in het belang van uw collega's?

Het woord is aan de heer Rutte.

De heer **Rutte** (VVD): Ik concludeer dat we dan volstrekt anders denken over zorgvuldigheid en tijdigheid. Volgens mij komt dit er al heel lang aan. We hebben een uitgebreide schriftelijke ronde gehad over de stukken over de wijkverpleging. Hierin kon iedereen elke vraag stellen die hij wilde. We hebben allen de mogelijkheid gehad om er kennis van te nemen. Het is dus wel wat curieus dat alleen de PVV vindt dat hier sprake is van onzorgvuldigheid. Maar dat mag, iedereen mag zijn eigen conclusies trekken.

Mevrouw **Agema** (PVV): Dat is echt compleet onzinnig. Het gaat om de vraag of het wenselijk is dat zo'n groot pakket, van 4 miljard, wordt overgeheveld. Dan heb ik het niet alleen over de verpleging en de verzorging, maar ook over de langdurige ggz. Een Kamer zal dan een debat moeten inplannen over de wenselijkheid van de overheveling. Wij hebben nu een debat waarin die overheveling een voldongen feit is, sterker nog, er ligt hier een brief voor waaruit blijkt dat er waarschijnlijk al een aanwijzing is gegeven. Er staat namelijk: 19 juni. Ik wil graag straks als eerste van de Minister weten of die aanwijzing al gegeven is voordat er überhaupt een debat in de Tweede Kamer heeft plaatsgevonden. Het is 3 juli en het is heel goed mogelijk dat die aanwijzing al gegeven is! Als de VVD dat accepteert, is zij echt geen knip voor de neus waard als het gaat om een zorgvuldig proces. Het woord «zorgvuldig» wordt hier zelfs bij genoemd. Het is toch niet te geloven! Voorzitter, waar waren we gebleven?

De **voorzitter**: We waren hier gebleven. Ik stel voor dat het kabinet zo in zijn eerste termijn ingaat op de vraag of die aanwijzing al is doorgesluisd naar de NZa – zij moet die namelijk uitwerken – en op de vraag hoe het precies zit met die 800 miljoen. Is dat al aan de Kamer gemeld? Om welke bedragen gaat het? Mevrouw Agema, gaat u verder.

Mevrouw **Agema** (PVV): De reden dat ik zo verschrikkelijk verbolgen ben over het zomaar laten passeren van het overhevelen van verpleging en verzorging naar de Zorgverzekeringswet, is dat de grootste organisatie, Buurtzorg Nederland, waar 60% van alle wijkziekenverzorgenden en wijkverpleegkundigen de afgelopen jaren naar toe gevluht is en die twee keer werkgever van het jaar geworden is, binnen de AWBZ, binnen het Experiment regelarme instellingen een ongelooflijk goed product aan het neerzetten was. Maar wat lezen we in de brief? Het experiment is gestopt! Binnen de Zorgverzekeringswet krijgen ze dus straks weer te maken met dertien producten. Dertien producten! Het is een wat ingewikkeld technisch gebeuren, maar een product moet je verantwoorden. Buurtzorg Nederland had alle producten tot één product samengevoegd voor één prijs en één doorlooptijd. Er lag een maatschappelijke businesscase die 2,8 miljard zou opleveren. Er lag er ook eentje van Vektis die 1,8 miljard

zou opleveren. Daar was nog niet eens de een derde kortere doorlooptijd in meegenomen. Het potentieel binnen Buurtzorg Nederland en de besparing binnen de AWBZ waren zo groot, maar we lezen in de brief dat het gewoon gestopt is. Het hele experiment is gewoon gestopt. Nu gaan we naar de AWBZ. We laten dertien producten in stand en gaan terug naar het oude zootje. Maar we gaan er wel voor zorgen dat het volume verkleind wordt en we geven de Minister allerlei mogelijkheden om het budget op een andere manier te drukken. Daar ben ik verschrikkelijk verbolgen over. Had dit gewoon niet gedaan. Had gewoon Buurtzorg Nederland zijn gang laten gaan. 60% van alle wijkziekenverzorgenden en alle wijkverpleegkundigen is hiernaartoe gevlucht. De gebruikers zijn er tevreden over. Buurtzorg Nederland werkt veel goedkoper en zou waarschijnlijk nog veel meer dan die 800 miljoen aan besparingen gerealiseerd hebben.

Er is ook nog tegenstrijdige berichtgeving. In de beantwoording van mijn schriftelijke vragen van 11 juni staat dat er een onderzoek gedaan zal worden naar de werkwijze van Buurtzorg Nederland. In de stukken over de bekostiging van de wijkverpleging staat echter dat het experiment gewoon gestopt is en dat er dus niets geëvalueerd gaat worden. Graag een reactie op deze discrepantie.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie): Voorzitter. Eerstelijnszorg is de basis van ons zorgstelsel. Huisartsen, wijkverpleegkundigen, apothekers en vele anderen zetten zich iedere dag in om goede zorg aan mensen te leveren. Dat wil ik als eerste statement neerzetten in dit debat.

Ik wil een aantal zaken graag voor het voetlicht brengen. Mijn eerste punt is de dieetvoeding in de ketenzorg. In de praktijk blijkt dat de behandeling van patiënten met diabetes niet aan de zorgstandaard van de Nederlandse Diabetes Federatie voldoet. We kregen er eind vorig jaar een brandbrief over van diabetesorganisaties. Ik heb er toen een reactie op gevraagd en het antwoord van de Minister staat nu op de agenda. Ze verwijst in haar brief naar de drie uur dieetadvies als zelfstandige prestatie, maar de zorgen van de diabetesorganisaties waren breder en bestaan ook nog steeds. Het gaat dan om zorginstellingen die te weinig specialistisch voedingsadvies inkopen voor hun cliënten en zorgverzekeraars die niet voldoende op ondercontractering door zorginstellingen letten, met als gevolg dat praktijkondersteuners voedingsadvies moeten geven waar specialistisch advies nodig is. We hoorden het voorbeeld van cliënten die in plaats van een dieetadvies op maat, de methode van Sonja Bakker aangeraden kregen. Dat lijkt mij niet de bedoeling.

Goede voeding is belangrijk voor een goed behandeltraject. Herkent de Minister het beeld uit de brandbrief van toen dat er grote druk staat op het werk van diëtisten en zorggroepen? Klopt het dat zorginstellingen te zuinig zijn met het inkopen van uren voedingsadvies? Vindt de Minister dat wenselijk? Graag een reactie.

Voor de huisartsenzorg werken we straks met een nieuw bekostigingsmodel. Ik vind goed aan het nieuwe model dat er meer ruimte komt om vanuit de huisarts multidisciplinaire zorg te organiseren en te bekostigen. We hopen natuurlijk dat daardoor ook meer van de grond komt. We horen graag hoe de Minister dat de komende tijd in de gaten zal houden. De bekostigingssystematiek van de wijkverpleegkundige zorg sluit straks aan bij de nieuwe bekostiging van de huisartsenzorg en biedt ook meer vrijheid. Dat lijkt me een goede beslissing. Ik denk dat het ook verstandig is dat er voor het jaar 2015 een overgangsmodel is gekozen. We horen wel zorgen uit het veld over het overgangsjaar. Aanbieders vrezen dat zorgverzekeraars nog steeds per behandeling verantwoording willen, terwijl we juist een beweging maken richting een integrale benadering van de wijkverpleging. Hoe reageren de bewindspersonen op die zorgen? Graag een reactie. Ik zal daar zo ook nog op terugkomen bij het onderwerp dementie.

Er zijn ook zorgen over de bekostiging in het overgangsjaar van de beschikbaarheidsfunctie van de wijkverpleegkundige, de bekostiging via het populatiedeel. Zorgverzekeraars zouden terugtrekkende bewegingen maken rondom het contracteren van niet-toewijsbare zorg, waardoor de functie van de wijkverpleegkundige zoals we die voor ogen hebben in 2015 niet goed uit de verf komt. Wat vinden de bewindspersonen van die zorgen? Hoe gaan ze die adresseren?

Dan kom ik heel kort op medicijngebruik. De Minister constateert met de Kamer dat het periodiek medicatieoverleg nog te weinig plaatsvindt, terwijl dat volgens de richtlijn Polyfarmacie wel zou moeten bij mensen met vijf of meer medicijnen. Dat we niet meteen de omslag kunnen maken naar de benodigde 1,2 miljoen medicijnchecks, snapt de ChristenUnie. Ik zou echter wel heel graag horen van de Minister hoe het ingroeimodel waarover zij schrijft er precies uitziet en hoe zij dit verder gaat aanjagen. Graag een reactie.

De rest van mijn bijdrage wil ik wijden aan de eerstelijnszorg en dementie. Een op de vijf mensen krijgt ooit in zijn of haar leven te maken met een vorm van dementie. In 2050 zal in Nederland naar verwachting een half miljoen mensen aan dementie lijden. Nu zijn dat er 260.000. Voor die mensen wordt door verschillende partijen hard gewerkt aan een integrale aanpak van alle zorg die daarbij komt kijken. Het is natuurlijk prachtig als alle dementiezorg in één keten kan worden vormgegeven, waar het kan ook op wijkniveau. Ik wil daarom aandacht vragen voor een aantal problemen die zo'n aanpak in de weg kunnen staan. Het gaat dan om de financiering van ketenzorg bij dementie en de specifieke positie van de casemanager dementie. De Staatssecretaris heeft op dit punt al verschillende toezeggingen gedaan en is ook meedenkend, maar nu moet het in de praktijk ook echt gaan gebeuren.

Allereerst sta ik stil bij de integrale financiering van dementie. Tot nu toe liep deze via een aparte beleidsregel, maar de NZa heeft ketenzorg rond dementie niet opgenomen in de conceptbeleidsregels van 2015. Ik vermoed vanuit de gedachte dat dit soort zorg in de nieuwe bekostigings-systematiek kan worden ondergebracht in de tweede pijler, waarin ruimte is voor multidisciplinaire zorg en ketenbekostiging. Wij vragen ons echter af of er in ieder geval in 2015 niet een aparte betaaltitel moet blijven bestaan voor ketenzorg rond dementie. Dan verzekeren we ons ervan dat goede initiatieven voor integrale dementiezorg overeind blijven in de komende jaren. Alzheimer Nederland en verzekeraars dringen hier ook op aan en zien het maken van samenwerkingsafspraken niet als een volwaardig alternatief. Ik krijg graag een heldere reactie van de Staatssecretaris op deze zorgen.

Tot slot kom ik specifiek op de positie van casemanagement in de aanspraak Wijkverpleging. Casemanagement lijkt niet te worden vastgelegd in de aanspraak Wijkverpleging of in de prestatiebeschrijving Wijkverpleging zelf. Slechts in de toelichting komt een verwijzing te staan. Wij krijgen signalen dat de inkoop van zorgverzekeraars op dit punt stagneert, omdat de huidige omschrijving in de toelichting onduidelijk en onvoldoende is. De Staatssecretaris heeft zich hierover meermalen uitgesproken in de Kamer. Ik kan me voorstellen dat hij de zorgen van de ChristenUnie-fractie deelt. Het werk van de casemanager is echt heel belangrijk voor mensen die met dementie te maken krijgen. Welke mogelijkheden ziet de Staatssecretaris om dit op een goede manier te regelen? Graag een reactie. Wij vinden het van groot belang dat de zorg voor mensen met dementie, die in zo'n kwetsbare fase van hun leven zijn terechtgekomen, op een goede manier wordt geregeld.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Voorzitter. Er zijn de afgelopen tijd belangrijke hervormingen ingezet om de zorg dichterbij mensen te organiseren, met meer eigen regie en zelfmanagement voor de patiënt. Dit vraagt om een nieuwe vormgeving van de eerstelijnszorg. Het is

daarom goed om te horen dat huisartsen, zorgverzekeraars en het ministerie deze week een definitief akkoord hebben gesloten over de invulling van het nieuwe bekostigingsmodel voor huisartsenzorg. Ik heb daar nog wel enkele vragen over. Anderen hebben die ook al gesteld en ik zal me daarbij aansluiten. Ik heb begrepen dat er nog steeds geen monitor is voor de substitutie van de tweede naar de eerste lijn. In het hoofdlijnenakkoord is afgesproken dat de eerste lijn met 2,5% mag groeien. Daarbovenop kunnen zorgaanbieders en zorgverzekeraars afspraken maken over substitutie. Ook is afgesproken dat als huisartsen te veel uitgeven, de Minister hen mag korten. Maar hoe voorkomen we dat huisartsen straks worden gestraft als ze voortvarend taken overnemen van de ziekenhuizen?

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Ik heb een vraag over de substitutiemonitor. Die is er inderdaad nog niet, maar als je iets wilt monitoren, moet er wel iets te meten zijn. Het probleem is juist dat de substitutie veel te traag verloopt. Zou het volgens u helpen als de Minister, in plaats van te bekijken wat het veld doet en hoe het tot afspraken komt, een paar resultaatgebieden aanwijst waar huisartsen en specialisten het voortouw moeten nemen en dus iets meer sturing geeft aan de vraag op welke terreinen die substitutie moet plaatsvinden?

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Ik vind het een interessante gedachte. Mevrouw Wolbert heeft het aan de orde gesteld en ik hoor graag de reactie van de Minister daarop. Mij spreekt het wel aan. Er is overigens wel afgesproken dat die substitutiemonitor er zou komen per 1 januari 2015. Als je dat met elkaar afspreekt en er doen zich vervolgens problemen voor omdat er nog niet voldoende te monitoren valt, moet je daar wel op tijd over spreken. Nu is het gewoon oorverdovend stil en maakt iedereen zich er zorgen over. Daar vraag ik expliciet naar.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Daar zijn we het over eens. Ik stel voor dat we op beide punten een reactie van de Minister vragen, dus op de vraag over de monitor en op de suggestie om iets sturender te zijn op de terreinen waar de substitutie mogelijk plaatsvindt.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Ik heb net in mijn reactie gezegd dat ik het belangrijk vind dat wij weten wanneer die substitutiemonitor klaar is en ik wil graag van de Minister weten of zij kan toezeggen dat die er voor 2015 is.

Een van de doelen van het nieuwe bekostigingssysteem was om het eenvoudiger te maken en om de administratieve lasten terug te dringen. Ik wil graag van de Minister weten met hoeveel procent de administratieve lasten worden teruggedrongen door dit nieuwe bekostigingsmodel. Wil zij op dit punt een nulmeting uitvoeren? Als je dit in beeld wilt krijgen, moet je namelijk wel weten waarmee je begint.

Ook ik ga in op de ketenzorg dementie. In het nieuwe bekostigingssysteem voor huisartsenzorg verdwijnt per 1 januari 2015 de aparte beleidsregel Ketenzorg dementie. In 2016 kan daar iets voor terugkomen, maar ik vrees dat de financiering voor de dementieketens in het overgangsjaar verdwijnt en tussen wal en schip gaat vallen. Ik wil graag aan het kabinet vragen om te voorzien in een overgangsregeling voor 2015 voor de continuïteit van de dementieketens en het casemanagement. Casemanagers kunnen het leven van een mantelzorger die voor een dierbare met dementie zorgt een stuk makkelijker maken. Toch is gebleken dat de inkoop van casemanagement de afgelopen jaren moeizaam is verlopen. We zien dat het ook voor 2015 niet goed zal gaan, ondanks de toezeggingen van het kabinet eerder. Daarom wil mijn fractie dat casemanagement in de aanspraak Wijkverpleging als aparte prestatie wordt beschreven en niet alleen in een toelichting bij de aanspraak wordt

genoemd. Ik vraag het kabinet zich hiervoor in te zetten, gezien de eerdere toezeggingen.

Om de zorgen in de buurt echt handen en voeten te geven komt de wijkverpleegkundige meer centraal te staan. Ik realiseer me dat we heel veel van hen gaan vragen. De beroepsgroep vraagt daar terecht erkenning voor. Hoe gaat het kabinet ervoor zorgen dat de beroepsgroep voldoende scholing krijgt? Hoe zorgen we ervoor dat we in de toekomst genoeg deskundige wijkverpleegkundigen hebben? Wil de Minister in kaart brengen hoeveel wijkverpleegkundigen er nu zijn en hoeveel er in de toekomst nodig zijn?

Ik ben één punt vergeten bij het nieuwe bekostigingssysteem, namelijk de proeftuinen. We hebben vorige keer al aangegeven dat het eigenlijk niet goed loopt. Ik krijg de indruk dat zorgverzekeraars verschillende visies en geen eenduidig beleid hebben. Wat gaat en wat kan de Minister hier als systeemverantwoordelijke aan doen?

Ik heb nog twee andere korte punten. Uit onderzoek van de NPCF (Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie) blijkt dat twee van de drie patiënten die van huisarts willen veranderen, daar niet in slagen. Mijn fractie vindt het belangrijk dat patiënten zelf hun huisarts kunnen kiezen. Wat is het oordeel van de Minister hierover? Wil zij onderzoeken wat er misgaat? Wil zij hierover in gesprek gaan met de Landelijke Huisartsen Vereniging?

Tot slot. Het is eigenlijk helemaal niet mijn gewoonte, maar ik wil de Minister toch een geval voorleggen. Er was een fietsongeluk waarbij een omstander poolshoogte kwam nemen. Hulp bleek niet nodig, want de vrouw van het slachtoffer was verpleegkundige. Een paar dagen na het voorval kreeg de fietser een rekening van € 180 voor een visite tijdens diensturen op de mat. Die omstander bleek namelijk een huisarts. Nou ja, goed, het mag duidelijk zijn: hij bracht een factuur in rekening terwijl hij helemaal niets had gedaan. Ik hoor graag van de Minister of zij vindt dat hierbij gefraudeerd is en of er meer van dit soort zaken bekend zijn. Is dit wenselijk? Het is een raar geval, ik realiseer me dat, maar ik vond het zo opvallend dat ik het toch even wilde noemen.

De **voorzitter**: Het was inderdaad een bijzonder verhaal dat we hebben kunnen lezen. Ik geef het voorzitterschap over aan mevrouw Wolbert.

### **Voorzitter: Wolbert**

De heer **Van Gerven** (SP): Voorzitter. Ik wil bij twee punten stilstaan, bij de bekostiging van de huisartsen en bij de bekostiging van de wijkzorg. Wij vinden het goed dat er een trend is om de huisartsenpraktijken te verkleinen en om daar extra in te investeren. Daar is de SP al jarenlang een groot voorstander van. Ik heb daar zelf twee of drie jaar geleden een initiatiefnota over ingediend. Het gaat echter om het tempo waarin dit gebeurt. De Landelijke Huisartsen Vereniging zegt dat er 2.000 extra huisartsen nodig zijn om te komen tot een praktijk van gemiddeld 1.800 mensen per fulltime werkende huisarts. Hoe gaan we dat bereiken, zo vraag ik het kabinet. Als we dat in het tempo doen dat het kabinet nu voorstaat, gaat het nog tientallen jaren duren voordat we daar zijn. Dan kom ik op de bekostiging van de huisarts. De SP is er een groot voorstander van om zo veel mogelijk in het abonnement te stoppen. Dat zal niet onbekend zijn. Elke prestatiebekostiging is eigenlijk in principe een motie van wantrouwen tegen de professionals. Je mag ervan uitgaan dat een huisarts, een wijkverpleegkundige of een wijkverzorgende zijn of haar werk doet omdat hij of zij mensen wil helpen en beter maken. Ze moeten betaald worden voor het doen van dat werk in algemene zin. We moeten ervan af om voor elke handeling, elk consult, elke verrichting of elke prestatie uurtje-factuurtje te doen. Die neiging is er, maar dat moeten we vooral niet doen. Dat doen we ook niet in het onderwijs. Dat doen we ook

niet bij de politie of – mag ik aannemen – bij ambtenaren. Ik vind dat een goed systeem. Het maakt het ook eenvoudig. Je hebt dan weinig verantwoordingsbureaucratie en je kunt maximaal investeren in de zorg.

De heer **Rutte** (VVD): Dat leidt bij mij wel tot een vraag, hoewel ik denk dat de heer Van Gerven en ik het niet over alle elementen oneens zijn. De heer Van Gerven zal ook hebben ontdekt dat in de bekostiging die hier voorligt, veel meer in abonnementen zal worden gestopt. Er zitten populatiekenmerken in. Ik vermoed dat de heer Van Gerven dat ook een goed idee vindt. Het gaat mij echter even om de substitutie van zorg, die anderhalvelijnszorg, waar de heer Van Gerven volgens mij ook geen tegenstander van is. Stel dat een hardwerkende huisarts door te investeren en extra mogelijkheden te creëren zaken die in de tweede lijn worden gedaan in de eerste lijn kan doen – iets wat wij graag zouden willen – is het dan misschien zelfs in het spectrum van de heer Van Gerven verstandig dat we die extra activiteiten financieren, zodat we innovatie en substitutie stimuleren?

De heer **Van Gerven** (SP): We moeten vooral de praktijken verkleinen. Als we de huisartsenpraktijken verkleinen, ontstaat er meer ruimte voor begeleiding van patiënten en om meer dingen zelf te doen. Als een huisarts het druk heeft, verwijst hij. Dat gebeurt heel vaak. Een dag heeft maar 24 uur. Als er echter veel ruimte en tijd is, zullen artsen in de eerste lijn het gewoon zelf oppakken. Ik hoor praten over een substitutiemonitor en dergelijke, maar ik geloof daar helemaal niet in. Natuurlijk is het zo dat als iets in de eerste lijn gebeurt, het niet in de tweede lijn gebeurt. Dat is op zichzelf substitutie, maar dit is bijna niet in maat en getal of in concrete effecten uit te drukken. We kennen het bekende fietsbandmechanisme. Je drukt ergens en er ontstaat ergens anders een bobbel. Ik moet het eigenlijk het waterbedprincipe noemen. Dat kenmerkt de zorg. Het is dus buitengewoon ingewikkeld om aan te tonen dat als we wat meer investeren in huisartsen, dat een-op-een zal leiden tot minder of goedkopere tweedelijnszorg. Er spelen namelijk allerlei prikkels en andere mechanismen een rol. Als het factorieel zou zijn, zou het wel kunnen, maar ik denk niet dat dit zo is.

De heer **Rutte** (VVD): Dan moet ik inderdaad concluderen dat de heer Van Gerven het niet met mij eens is. Hij ziet – ik meen als enige aan deze tafel – geen enkele heil in substitutie van zorg. Ik vind dat een wat somber wereldbeeld. Dat vind ik jammer. Ik had hem graag meegenomen in het idee dat het wellicht wel zou lonen om meer dingen in de eerste lijn te doen. Ik denk ook aan activiteiten die je niet alleen maar doet omdat je huisarts bent. Als je wilt investeren in een ecg-apparaat – dat doen sommige huisartsen – doe je dat niet als je daarvoor niet apart gefinancierd wordt.

De heer **Van Gerven** (SP): In essentie moeten we de huisartsenpraktijken verkleinen, maar we moeten ook de zorgzwaarte van een praktijk beoordelen. De heer Rutte heeft dat zelf ook genoemd. Als je veel diabetespatiënten of veel heel oude mensen in je praktijk hebt, moet daar wat extra's tegenover staan. Versleutel dat echter in het abonnements-tarief, dan weerspiegelt dat de feitelijke zorg die een arts moet bieden. Dat is het meest efficiënte systeem. We hebben er geen bezwaar tegen als er een apart tarief blijft voor heel bijzondere, uitzonderlijke ingrepen, maar het fundament is dan het abonnementensysteem. Dat leidt mij tot de vraag of niet heel veel van het tweede segment van de huisartsenbekostiging in het basistarief zou kunnen. Ik noem concreet datgene wat we nu bij de begeleiding van diabetes zien. Dat is eigenlijk een uitgekristalliseerd begeleidingsprotocol. Dat kan wat mij betreft heel goed in het abonnementensysteem, waarbij een huisarts aan het einde

van een jaar natuurlijk wel moet laten zien dat hij het werkelijk heeft gedaan. Dat zou een en ander zeer vereenvoudigen. Dan kom ik op de bekostiging van wijkverpleegkundigen. De SP is er helemaal niet voor dat de wijkzorg ondergebracht wordt in de Zorgverzekeringswet. Het wordt dan ondergebracht in een concurrerend stelsel. Wij denken dat dit zal leiden tot nieuwe bureaucratie en geldverspilling. Ik heb bekeken hoe de financiering wordt vormgegeven en ik houd mijn hart vast voor de verantwoordingsbureaucratie die door de zorgverzekeraars weer over de hoofden van de wijkverpleegkundigen en de wijkverzorgenden gestort zal worden. Ik hoor graag van het kabinet hoe het dit ziet. Men heeft er de mond van vol. Er wordt structureel 600 miljoen bezuinigd, in die orde van grootte. Dat is de taakstelling. Ik ben niet zo van de monitoring, maar ik ben wel voor een banenmonitor. Zou een bezuiniging van 600 miljoen niet leiden tot een verlies van – ik rond het maar even af – 10.000 tot 12.000 banen in de wijkverpleging en wijkverzorging? Kan het kabinet daarop reageren? Het is bijna allemaal mensenwerk. Bijna 80% is personeelslasten. Hoe kan die taakstelling gerealiseerd worden zonder dat de kwaliteit en het aantal mensen minder worden? Waarom draaien we het niet om? Waarom bekijken we niet welke behoefte er in een dorp, wijk of stadsdeel is aan wijkverpleging en wijkverzorging? Kunnen we die behoefte vaststellen aan de hand van de samenstelling van die wijk en de zorgbehoefte? Dan kunnen we daar het budget en het personeel op afstemmen. Dat zou volgens mij een veel betere manier zijn. Graag een reactie.

Tot slot. Hoe zit het met de bekostiging van de specialist ouderengeneeskunde in de eerste lijn? Kan het kabinet de laatste stand van zaken aangeven? Komt dit in het pakket? Hoe wordt het casemanagement dementie geborgd voor volgend jaar?

#### **Voorzitter: Van Gerven**

De vergadering wordt van 10.25 uur tot 10.35 uur geschorst

De **voorzitter**: We beginnen met de eerste termijn van het kabinet. De Minister zal als eerste spreken. Zij heeft drie blokken: de inleiding, een blok over huisartsen en substitutie en een blok over eerstelijnsverblijf. De Staatssecretaris heeft twee grote blokken: wijkverpleging en dementie. De leden van de Kamer hebben twee interrupties voor de totale eerste termijn. Het woord is aan de Minister.

Minister **Schippers**: Voorzitter. Mevrouw Agema vroeg of ik met haar vraag kon beginnen, namelijk of er een aanwijzing aan de NZa is gegeven voor de nieuwe bekostiging van de wijkverpleging. Die aanwijzing is nog niet verstrekt. De voorhangprocedure wordt zorgvuldig gevolgd. Pas na een debat over deze brief, dus eigenlijk na dit debat, zal de aanwijzing, als dat kan, naar de NZa worden verstuurd. Mevrouw Agema, u kunt dus gewoon blijven.

Mevrouw **Agema** (PVV): Dan heb ik wellicht in mijn eerste termijn een en ander iets te fors aangezet, omdat er tussen 19 juni en vandaag dus geen aanwijzing is gegeven. Enige suggestie in die richting was dus onterecht.

Minister **Schippers**: Zoals velen van u al hebben geconcludeerd, komt er in de komende jaren ontzettend veel op de eerste lijn af. Dat blijkt ook uit de stukken die voor vandaag geagendeerd staan, uit uw inbreng en uit de vragen. Naast de stelselwijziging en de verandering in de bekostigingsstructuren verandert er natuurlijk ook veel voor mensen zelf, voor de oudere die langer thuis moet kunnen blijven wonen, voor de huisarts die met een complexere patiëntenpopulatie te maken krijgt en voor zorgaanbieders die onderling afspraken moeten maken over wie wat doet in de

wijk en van wie we verwachten dat ze echt aan de slag gaan met de nieuwe e-healthwerkwijze.

De wijzigingen worden overigens geïnitieerd door de wijzigingen van de populatie. Wij krijgen oudere mensen en mensen met veel meer chronische ziekten tegelijkertijd. Alle maatregelen die wij nemen, volgen de wijzigingen die wij zien in de samenleving. Alles bij elkaar kan dit wel leiden tot onzekerheid en soms ook tot weerstand. Daarom is het goed om te constateren dat de partijen, alle partijen, bereid zijn geweest om de afgelopen maanden intensief met elkaar in gesprek te gaan over al die veranderingen, om mee te denken over wat er nodig is om dit alles te laten slagen en over de vraag hoe we zaken het beste kunnen bekostigen. Dat geldt zowel voor de huisartsensector als voor de verpleging. Dat ging niet zonder slag of stoot en dat is ook logisch. De belangen van partijen lopen niet altijd parallel. Het gaat er uiteindelijk om dat je erop kunt vertrouwen dat elke partij handelt in lijn met datgene wat is afgesproken en kan uitleggen waarom zij doet wat zij doet. Partijen moeten bereid zijn elkaar wat comfort te bieden als het ergens gaat knellen. Dat is de basis voor de jaren van doorontwikkeling die nog voor ons liggen naar een sterke, goed georganiseerde eerste lijn, waarin de verschillende professionals, zoals huisartsen, apothekers, wijkverpleegkundigen en paramedici goed samenwerken en waaruit verbindingen worden gemaakt naar de gemeenten, de GGD'en en de ziekenhuizen. Het gaat om een eerste lijn die in staat is de zorg die vanuit de tweede lijn komt, op te vangen en die tegelijkertijd de patiënt, al dan niet met behulp van nieuwe technologieën, ondersteunt om zelf een grotere rol te spelen bij de behandeling van en het omgaan met een ziekte.

Dat vraagt veel van aanbieders maar ook van de financiers van zorg. Zorgverzekeraars zijn bij uitstek degenen die via de zorginkoop kunnen en moeten sturen op de totstandkoming van integrale zorgverlening, door met zorgaanbieders op elkaar afgestemde afspraken te maken, door minder in de tweede lijn in te kopen als de zorg ook in de eerste lijn geleverd kan worden en door nieuwe innovaties te financieren over de grenzen van de domeinen heen. Dat gaat niet vanzelf. Ook verzekeraars moeten hiervoor veranderingen doorvoeren en misschien ook wel weerstand overwinnen, maar ik ben van mening dat het daar nu tijd voor is. De veranderingen in de maatschappij vragen daarom.

In de inleiding neem ik twee overkoepelende vragen van mevrouw Wolbert mee. De ene vraag ging over een midterm review en de andere ging over een visie. Deze vragen wil ik niet onder de kopjes onderbrengen.

Ik begin met de midterm review. De invoering van zowel de nieuwe bekostiging van de huisartsenzorg als die van de wijkverpleging zal nauwlettend gevolgd worden, zeker in de aanloop naar 2015 en gedurende dat jaar. Dit zal zowel een financiële monitoring zijn als een monitoring van het inkoopproces en de effecten. In 2015 zullen ook stappen gezet worden in de doorontwikkeling naar 2016. Daarom is die monitoring ook belangrijk. Ik zeg mevrouw Wolbert toe de Kamer hierover medio 2015 te informeren.

De tweede vraag ging over een visie op de eerstelijnszorg. Het is overal belangrijk dat er zaken tot stand komen, maar mevrouw Wolbert vroeg specifiek aandacht voor krimpgebieden. Ik ben het met haar eens dat de zorg overal in het land goed toegankelijk en goed georganiseerd moet zijn. Tijdens het AO Ziekenhuiszorg van 26 maart 2014 heb ik toegezegd de Kamer een visie te sturen op de curatieve zorg in krimpgebieden. Mijn voorstel is om ook de eerstelijnszorg en de ketenzorg in deze gebieden erbij te betrekken, naast de ziekenhuiszorg en de ontwikkelingen die ik daarbij zie, zoals de relatie met het eerstelijnsverblijf en de prestatiebekostiging. Ik zal ook kijken naar een aantal subvragen die mevrouw Wolbert heeft gesteld. Ik stel dus voor om een en ander in deze nota te integreren en die nota na de zomer naar de Kamer te sturen.



Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Ik dank de Minister voor haar toezegging om hier eens goed naar te kijken. Mijn vraag gaat echter wel iets verder dan een visie op de eerste lijn in krimpgebieden. We hebben vanuit het regeerakkoord allerlei lijnen ingezet. Er is sprake van allerlei uitwerkingen. Werkendeweg zijn er ook andere vraagstukken aan toegevoegd. Je ziet nu dat de bouwstenen er liggen. Daar is ontzettend veel werk voor verzet. Ik hoor in het veld dat er een behoefte bestaat om die lijnen samen te brengen in een visiedocument voor de eerste lijn. De krimpgebieden zijn daar wellicht een onderdeel van, maar er zijn ook vraagstukken die voor heel Nederland gelden. Ik heb dus een omgekeerde suggestie: ik vraag de Minister om een mooi visiedocument te schrijven, een samenvatting van de lijnen en een vooruitblik op de eerste lijn in algemene zin, met alle vragen die ik daarover heb gesteld. Een onderdeel daarvan kan de Minister best meenemen in de brief over de curatieve zorg. Dat begrijp ik goed, maar ik zou het erg fijn vinden als er voor de komende jaren – ik wil niet zeggen «een stip op de horizon», want daar heb ik zelf een hekel aan – een mooi richtinggevend document komt. Ik denk ook dat het veld dit belangrijk vindt.

Minister **Schippers**: Die visie ligt er al. Ik heb al verschillende keren geschreven hoe wij de eerste lijn in ons stelsel zien. Die visie is al verschillende malen geschreven. Ik zie er weinig in om dat te herhalen. Ik zie wel dat onze visie over de eerstelijnszorg met name in de krimpgebieden kan gaan knellen, omdat je daar specifieke problemen hebt. Er zijn bijvoorbeeld gebieden waar we al moeite hebben om een huisarts te krijgen, laat staan om de praktijken te verkleinen. Ik wil dus wel ingaan op die specifieke problemen, maar dan heb ik het niet over een algemene eerstelijnsvisie. Ik denk ook dat het niet goed is als we iedere twee jaar opnieuw een visie schrijven. Deze visie is gemaakt en daarin hebben we al verschillende malen aan de Kamer aangegeven hoe we het zien, hoe we een en ander willen opbouwen, dat we een netwerksysteem in de buurt willen waarin sprake is van taakherschikking en ketenzorg en waarin je ziet dat we de hele keten willen doortrekken tot en met de streekziekenhuizen. Ik heb uw vraag zo begrepen dat we dat aan de krimpnotitie zouden toevoegen. Daarom reageerde ik ook positief. Een algemene visie zal momenteel niet zo veel toevoegen aan de visie die ik volgens mij al twee keer heb geschreven. Laten we het eerst van start laten gaan en het herzien als er aanleiding toe is.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Niemand zit erop te wachten dat we dubbel werk doen, dus dat is het laatste wat ik zou willen. Ik snap de redenatie van de Minister goed, maar ik wil ons wel behoeden voor het alleen maar behandelen van heel specifieke krimpvraagstukken, terwijl er de afgelopen tijd ook nieuwe vraagstukken zijn opgekomen in de eerste lijn. Misschien is het goed als ik in de tweede termijn of op een andere manier aan de Minister laat weten wat ik voor ogen heb. Wat mij betreft mag dit best in de krimpnotitie staan bij het onderdeel «eerste lijn». Ik roep de Minister echter op om dit niet te smal aan te vliegen, want anders denkt de rest van Nederland: ik krimp niet, dus ik heb er niets mee te maken. Dat zou toch absoluut niet het effect mogen zijn. Het gaat mij om een blik op de regio buiten de Randstad, buiten de grote steden, want daar zijn andere vraagstukken dan in grootstedelijke gebieden. Dat is absoluut een feit. Er is ook sprake van specifieke problematiek, maar ik vraag de Minister vooral om dit niet te specifiek en te smal te interpreteren, want dan schieten we ons doel voorbij.

Minister **Schippers**: Waar het mij om gaat, is dat we een visie hebben op grond waarvan we beleid maken. Er komt natuurlijk een golf beleid aan, maar die is niet zomaar uit de lucht komen vallen. Er ligt een visie onder. Ik kan me voorstellen dat als je een tijdje op weg bent en er ervaringen

mee hebt opgedaan, er nieuwe ideeën ontstaan over de volgende stap. Onze visie is misschien een tandje anders gedraaid in de krimpgebieden. We willen dat mensen daar ook integrale zorg, ketenzorg en een netwerk krijgen. Ik zal dit in ieder geval opnemen in de notitie over de eerste lijn, op verzoek van mevrouw Wolbert, en ik zal dit zeker niet te tuttig en te bekrompen doen. Ik zal er ruim op ingaan. Ik denk dat de elementen die we hebben vastgesteld, op basis waarvan we nu maatregelen nemen, daarin terugkomen.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Ik zie deze Minister geen tuttige en bekrompen brieven schrijven, dus ik heb er alle vertrouwen in dat het goed komt.

Minister **Schippers**: Ik wil even in het algemeen stilstaan bij de bekostiging van de huisartsenzorg. De NZa heeft in februari jongstleden haar advies uitgebracht over het nieuwe bekostigingsmodel. Dat advies vormde het vertrekpunt voor gesprekken met de partijen. Recentelijk is de gedetailleerde uitwerking afgerond. Ik heb deze gisteren aan de Kamer gestuurd. Er is enorm veel aan voorafgegaan. Partijen hebben er heel veel energie in gestopt. Er zitten enorm veel uren vergadering in. Er zitten natuurlijk allerlei belangen bij elkaar. De een hecht meer waarde aan het ene, de andere hecht meer waarde aan het andere, maar we zijn eruit gekomen. Ik ben daar ongelofelijk blij mee. Ik complimenteer iedereen die daaraan heeft bijgedragen, zowel degenen van mijn departement – als ik dat even mag doen – als de andere partijen.

Het model bestaat uit drie segmenten. Het eerste is de basisvoorziening huisartsenzorg, het tweede is de multidisciplinaire zorg en het derde segment gaat om de uitkomst, de beloning en de zorgvernieuwing. Per 2015 worden de huidige betaaltitels zo veel mogelijk verwerkt in deze drie segmenten en wordt een belangrijke stap gezet naar een model dat meer ruimte biedt voor substitutie van zorg en uitkomstbeloning. Het is een basis voor doorontwikkeling. Ik zet geen wilde stappen. We gaan niet ineens de hele wereld veranderen. We moeten dat voorzichtig en rustig doen, in kleine stappen, maar er is nu een belangrijke stap gezet.

De verdere ontwikkeling zal door partijen voortvarend ter hand worden genomen, door gezamenlijke interventies te benoemen die in de eerste lijn kunnen worden uitgevoerd. Deze worden voorzien van adequate betaaltitels. Het gaat daarbij om uiteenlopende vormen van zorg, waaronder zorg bij chronische aandoeningen, zorg voor mensen die aan het einde van hun leven zijn en acute zorg. Volgens mij is dit ook een antwoord op een vraag van, ik meen, mevrouw Dijkstra. Het was mevrouw Wolbert, zie ik. Zij vroeg of ik een aantal substitutiedingen kan benoemen uit de tweede lijn, om zo wat meer richting te geven. Partijen zijn ook bereid om dat met elkaar te doen. Zo kunnen we wat meer richting geven aan de substitutie. We zeggen al heel lang dat substitutie belangrijk is, maar zo wordt het algemene begrip ook concreet ingevuld. Wat gaan we doen? Door die concreetheid worden dingen namelijk in gang gezet. Dat ben ik met mevrouw Wolbert eens. Als we in algemene termen blijven steken, zijn we het allemaal met elkaar eens, maar dan gebeurt er zo weinig. Ik kan dat dus toezeggen.

Regionale proeftuinen en lokale initiatieven waarin deze nieuwe interventies ontwikkeld en getest worden, kunnen behulpzaam zijn. Door het gezamenlijk oppakken van deze doorontwikkelagenda – het is eigenlijk een vreselijk woord – zal het gedifferentieerd belonen op uitkomsten beter en meer vorm kunnen krijgen. Dat is ook voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders van groot belang, omdat zij behoefte hebben aan goede betaaltitels om te kunnen belonen op uitkomst en kwaliteitsverschillen. Voor huisartsen is het daarbij van belang dat de stappen in de richting van meer uitkomstbekostiging niet te snel of te groot zijn, om de basishuisartsenzorg niet te ondermijnen.

Partijen hebben aangetoond oog te hebben voor elkaars ambities en hebben het vertrouwen in elkaar uitgesproken om die gezamenlijke agenda op stellen, zich daaraan te committeren en daaraan voortvarend uitvoering te geven. Zij hebben ook besloten om een signaleringsplatform in te richten, zodat de gewenste ontwikkelingen goed geïmplementeerd worden en eventuele knelpunten in dit platform snel aan de orde worden gesteld en van een oplossing worden voorzien.

De kracht van het nieuwe model is gelegen in de wisselwerking van de verschillende segmenten. Ik verwacht dat na verloop van tijd het aandeel multidisciplinaire zorg zal stijgen door de verdere ontwikkeling van bestaande zorgprogramma's, de toepassing van die programma's en de opstart van nieuwe zorgprogramma's, zoals de ggz en de zorg voor kwetsbare ouderen. Door ruimte in te bouwen voor praktijkgebonden afspraken en het belonen op uitkomsten, kunnen partijen zich onderscheiden en in gezamenlijk overleg bepalen welke zorg het beste past bij hun patiëntenpopulatie.

Naast het inrichten van een model heb ik met partijen afspraken gemaakt over de macrobeheersbaarheid. De belangrijkste uitkomst daarbij is dat het kader huisartsenzorg en het kader multidisciplinaire zorg apart worden gezien, zodat een overschrijding op het ene kader niet leidt tot een tariefmaatregel of de inzet van een MBI (macrobeheersinstrument) bij het andere. Daarnaast is afgesproken dat een groei in het belonen van uitkomsten en zorgvernieuwing niet mag leiden tot een korting op de tarieven van de basishuisartsenzorg.

Waarom wordt de chronische zorg niet in het abonnementstarief, in Segment 1, gefinancierd? Het gaat immers over basishuisartsenzorg. Bij multidisciplinaire zorgverlening zijn naast de huisarts natuurlijk allerlei andere disciplines betrokken. Die geven met elkaar een integrale behandeling. Dat komt niet altijd vanzelf tot stand. Het vraagt om het maken van afspraken over wie wat doet. Die moeten worden voorbereid en vastgelegd. Iedereen moet van elkaar weten wat hij doet. Ik denk aan regionale ondersteuningsorganisaties zoals zorggroepen en gezondheidscentra, maar je kunt ook andere samenwerkingsverbanden hebben. Die kunnen het opzetten van zorgprogramma's, het vastleggen van de benodigde samenwerkingsafspraken en het meten en verzamelen van indicatoren ondersteunen.

Ik verwacht dat de multidisciplinaire zorg verder zal gaan groeien, omdat er, zoals ik al zei, nieuwe programma's bij zullen komen. Door die uitbreiding zal het noodzakelijk worden om met partijen buiten de zorg te overleggen. Denk bijvoorbeeld aan gemeenten of aan jeugdzorg. Dat kun je niet van iedere individuele huisarts verwachten. Ook voor de andere partijen is het prettig om één aanspreekpunt te hebben, zoals een zorggroep of een organisatie van gezondheidscentra, of een ander verband dat met elkaar wordt opgezet. Die zullen ook gefinancierd moeten worden voor dit werk. Dat loopt via Segment 2. Huisartsen krijgen zo meer tijd om zich op patiëntenzorg te richten.

Er komt meer werk voor de eerste lijn, waaronder voor de huisartsenzorg. Ik heb hier de afgelopen jaren al rekening mee gehouden. Zo is in het bestuurlijk akkoord extra groei toegekend aan de huisartsenzorg, juist om de toenemende zorgvraag op te kunnen vangen. Het aantal opleidingsplaatsen voor huisartsen is de afgelopen jaren fors verhoogd. Ik heb de Kamer laten weten dat ik er voor de periode 2015–2017 nog een schepje bovenop zal doen, door meer opleidingsplaatsen beschikbaar te stellen dan het Capaciteitsorgaan heeft geadviseerd.

We hebben een stap gezet naar de verkleining van de huisartsenpraktijk. Ik benadruk dat de huisarts er niet alleen voor staat om de toenemende zorgvraag in de eerste lijn op te vangen. We hebben ook de verpleegkundige opgeleid. We hebben de POH's (praktijkondersteuner huisartsenpraktijk) somatiek en ggz. We hebben de afgelopen jaren flink geïnvesteerd in taakherschikking. Alle partijen moeten met elkaar samenwerken.

Het moet niet alleen op de nek van de huisarts gelegd worden. Dat is te veel. Dat is ook niet nodig. De huisarts moet doen waarvoor hij is opgeleid en waar hij goed in is. Er zijn een heleboel andere beroepsgroepen die taken kunnen overnemen en die dat ook heel goed kunnen. Dat blijkt ook uit het onderzoek waarin bekeken is wat patiënten ervan vinden. Patiënten zijn heel blij met die taakherschikking, omdat een assistent of een praktijkverpleegkundige misschien ook wat meer tijd heeft en een luisterend oor kan bieden. De wijkverpleegkundige heeft daarnaast ook nog een belangrijke rol om de zorgvraag in de eerste lijn op te vangen, juist bij het toenemende aantal ouderen dat thuis verzorgd moet worden. Is alles op tijd klaar voor 2015? Ik voorzie een aantal manieren om de ontwikkeling in de relatie tot het nieuwe bekostigingsmodel te volgen. Met de partijen is afgesproken dat de uitgaven aan huisartsen en multidisciplinaire zorg worden gemonitord. Dit wordt ieder kwartaal besproken. De substitutiemonitor zal zicht bieden op de verschuiving van zorg tussen het ziekenhuis en de huisarts. Ook het komend jaar zal vervolg gegeven worden aan de overlegcyclus met partijen over de uitwerking van het bestuurlijk akkoord. Ik ga in overleg met NIVEL om effecten zoals het aantal doorverwijzingen actief te monitoren. De NZa heeft ook haar reguliere cyclus om het bekostigingsmodel te evalueren, te onderhouden en bij te stellen. Partijen hebben daarnaast besloten om per direct dat signaleringsplatform in te richten. Ik denk dus dat er heel veel gebeurt, zeg ik tegen mevrouw Bruins Slot, maar we houden ook heel sterk de vinger aan de pols en bekijken wat er gebeurt. We kunnen dus ook ingrijpen als we dingen zien die niet de bedoeling zijn. We hebben daar platforms en andere overleggen voor ingericht.

Hoe zorgen we ervoor dat dit nieuwe bekostigingsmodel bijdraagt aan een belangrijke doelstelling, de vermindering van de administratieve lasten? Met het afschaffen van het aantal M&I-verrichtingen (Modernisering en Innovatie) en het introduceren van uniforme prestaties en indicatoren in het derde segment wordt het echt eenvoudiger en zullen de administratieve lasten afnemen. De verzekeraars hebben ook uitgesproken dat zij volgebeleid zullen toepassen. Zij zullen dus volgen hoe het gaat. Ook bij de doorontwikkeling zullen administratieve lasten een punt van aandacht blijven. Dit bekostigingsmodel heeft in principe de potentie tot veel lagere administratieve lasten. We weten echter allemaal dat de neiging tot dichtregelen in de loop der jaren altijd groot is. Het huidige systeem is ook niet zo ontstaan, maar dat is in de loop der jaren dichtge-regeld en -gegroeid. Daar moeten we met elkaar heel alert op blijven. We moeten ervoor waken dat er weer een extra puntje bij komt, dat weer gemonitord moet worden en waarvoor apart betaald moet worden. De start is dus goed, maar we moeten erbij blijven.

De sector heeft zelf ook veel aandacht gehad voor administratieve lasten. De huisartsen hebben er ook een onderzoek naar gedaan. Het lijkt me niet nodig om nu een aparte nulmeting te doen. We moeten wel in alle monitors die we opzetten, volgen of we het niet dichtregelen. We hebben heel veel monitors opgezet. Laten we de administratieve lasten daar een onderdeel van laten zijn.

We hadden al eerder gesproken over de substitutiemonitor. Er is afgesproken dat Zorgverzekeraars Nederland samen met andere partijen het voortouw neemt om een substitutiemonitor te ontwikkelen. Dat is ontzettend ingewikkeld, dat kunt u zich wel voorstellen. Het substitutiepotentieel is ook van lokale en regionale factoren afhankelijk. Een landelijke blauwdruk is dus niet mogelijk. Het plan is om de gecontracteerde substitutieafspraken op regionaal niveau, voorafgaand aan een jaar, inzichtelijk te maken en om deze van alle verzekeraars bij elkaar op te tellen. Dan krijg je inzicht op macroniveau in wat substitutie gaat behelzen. De komende periode wordt dit nader uitgewerkt onder begeleiding van een externe projectleider, om te zorgen dat het tempo erin zit of blijft.

Het streven is per 2015 een eerste analyse te kunnen maken. De monitor richt zich vooralsnog op substitutie van zorg van de tweede lijn naar de huisartsenzorg. Op basis van de nadere uitwerking en de uitkomsten van de substitutiemonitor zullen partijen moeten kijken in hoeverre het mogelijk is om deze op termijn uit te breiden met andere vormen van zorg.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Ik proef een bepaalde behoedzaamheid in de beantwoording van de Minister. Dat komt door een aantal woorden die zij gebruikt. Zij zegt dat er per 2015 een eerste analyse ligt. Ik begrijp daaruit dat de monitor niet direct in 2015 in werking gaat. Een eerste analyse gaat namelijk over de vraag wat je gaat doen en niet over hetgeen je al aan het doen bent.

Minister **Schippers**: Het proces gaat van start zoals ik dat heb gezegd. Er wordt bekeken wat er gecontracteerd is aan substitutieafspraken op regionaal niveau. Die tel je bij elkaar op en dan heb je een beeld op landelijk niveau. Dan kun je dat vervolgens volgen. Dat gebeurt heel smal, allereerst bij huisartsenzorg. Wat gaat er van de tweede lijn naar de huisartsenzorg? Ik kan me voorstellen dat je over een paar jaar misschien de wijkverpleegkundige en de Wlz (Wet langdurige zorg) erbij neemt. In hoeverre weet de wijkverpleegkundige mensen langer thuis te laten wonen en minder snel naar een instelling te laten gaan? Daar kun je ook een monitor op zetten. De monitor zal globaal zijn en een eerste stap vormen. Ik zeg niet dat er vanuit deze werkwijze meteen een heel gedifferentieerde monitor zal zijn, maar hij gaat wel van start.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Dan is mijn vervolgvraag tweeledig. Betekent dit dat we een helder beeld zullen krijgen van de substitutie voor de enkele punten die geselecteerd zijn voor 2015? Wil de Minister de Kamer begin 2015 informeren over de vraag wat er voor dat jaar is afgesproken? Het is natuurlijk ook een brede ambitie in de Kamer om aan substitutie te doen.

Minister **Schippers**: De inkoop wordt inderdaad al per 2015 gemonitord. Dat gaat dus per 2015 in. Ik zal kijken wanneer er gegevens zijn die substantieel genoeg zijn om naar de Kamer te sturen, bijvoorbeeld wanneer we alles bij elkaar hebben opgeteld. Dat soort gegevens zal ik u doen toekomen.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Even procedureel: kan de Minister ons in ieder geval voor het februarireces een brief schrijven over de vraag of ze er wel of geen inzicht in heeft? Als ze er wel inzicht in heeft, kan ze ons dit dan direct geven? Het gaat er namelijk om dat we de vinger aan de pols houden.

Minister **Schippers**: Ik krijg hier de indruk dat dit wel moet kunnen.

De **voorzitter**: Oké, dan wordt dat genoteerd. Mevrouw Dijkstra heeft ook nog een vraag.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Ik heb een vraag over de substitutiemonitor. De vorige keer toen het over substitutie ging, is het fout gegaan. Dat heb ik ook al in mijn inbreng gezegd. De huisartsen zeiden dat ze gestraft werden omdat ze meer hadden gedaan dan ze eigenlijk mochten. In de tweede lijn was het niet minder geworden. In feite is er dus meer gedaan dan nodig was. Vervolgens hebben we gezegd dat we het vanaf dat moment heel goed in de gaten moesten houden en dat we daarom die substitutiemonitor moesten hebben. De Minister spreekt echter over «globaal» en «niet-gedifferentieerd» en noemt maar op. Dan wil ik graag

weten in hoeverre het risico door deze monitor wordt weggenomen dat bepaalde huisartsen die heel actief zijn en gespecialiseerd in bepaalde behandelingen die nu in de tweede lijn plaatsvinden, er niet op worden afgerekend dat ze te veel hebben gedaan. Daar gaat het natuurlijk om.

Minister **Schippers**: Ik gebruik die taal omdat het heel ingewikkeld is om die monitor te maken. Het is heel ingewikkeld omdat het afhangt van heel veel zaken die plaatselijk enorm van elkaar verschillen. Je kunt niet in één klap een monitor maken waarmee je voor heel Nederland precies ziet wat waar gebeurt. Dat is het lastige. Aangezien we willen voorkomen wat er de vorige keer is gebeurd, willen we echter toch een monitor hebben. Daarom doen we het nu via een andere weg, via de inkoop. Als je de inkoop bij elkaar optelt, kun je zien wat er is ingekocht. Op basis daarvan kun je ook zien dat een bepaalde verschuiving niet is ingekocht in het ziekenhuis, maar in de eerste lijn. Dat kun je daadwerkelijk zien. Die concreetheid willen we ook. Om daar nog meer power achter te zetten, hebben verzekeraars besloten om daar een externe projectleider op te zetten. Verzekeraars willen dit ook. Als je iets goedkoper kunt doen in de eerste lijn, hoeft je het niet in de tweede lijn te doen. Het is dus een gezamenlijk project. Iedereen heeft de ambitie. Het is ingewikkelder dan gedacht, maar we denken toch dat we hiermee van start kunnen gaan.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Geeft de Minister daarmee in feite ook de garantie aan de huisartsen dat zij niet worden bestraft voor meer productie dan vooraf is voorzien, omdat ze uit de tweede lijn zaken hebben overgenomen?

Minister **Schippers**: Wij hebben daarover strakke afspraken gemaakt in het stuk dat u gisteren hebt gekregen. Die afspraken staan. Ik doe daar niets aan af.

Hoe gaan populatiekenmerken deel uitmaken van de bekostiging? De NZa zal dit jaar nog starten met een onderzoek om na te gaan of de huidige kenmerken waarop de differentiatie is gebaseerd, nog actueel zijn en of er andere relevante kenmerken moeten worden toegevoegd. De Universiteit Maastricht heeft een eerste verkenning uitgevoerd naar potentieel relevante haalbare populatiekenmerken voor het voorspellen van zorgzwaarte. Uit die verkenningen blijkt dat een aantal gezondheidskenmerken, persoonskenmerken en omgevingskenmerken niet alleen relevant maar ook praktisch haalbaar zijn voor het inschatten van de zorgzwaarte op populatieniveau. Ik ben het er wel mee eens dat dit een precies werkje is. Ik kan garanderen dat ik heel precies zelf zal nagaan wat ik invoer. Je moet er namelijk goed voor zorgen dat het model niet doorslaat en dat het nog wel een zorgmodel is. Ik heb de signalen van de Kamer goed begrepen, maar reken erop dat wij allemaal goed zullen kijken naar een model dat het beste beloont wat een huisarts doet. Daar zijn wij uiteindelijk op uit.

De heer **Rutte** (VVD): Ik vind het een geruststellende gedachte dat de Minister erop toeziet dat het model zo werkt. Mag ik hier ook uit opmaken dat iemand die in een redelijk gezonde Vinex-wijk woont, maar toch een huisarts nodig heeft die adequaat optreedt, niet achtergesteld wordt ten opzichte van iemand die in een probleemwijk woont, waar wellicht ook andersoortige problematiek speelt? Dat is namelijk mijn angst. Het ene mag niet ten koste gaan van het andere.

Minister **Schippers**: Daar zullen wij voor waken. Ik denk dat niemand dat wil. Daar waar we nu tekortschieten, kunnen we op basis van de kenmerken het been bijtrekken. Dat kunnen we doen met populatiebekostiging. Het is niet de bedoeling om de toegang tot de zorg voor jonge gezonde mensen met kinderen te belemmeren, omdat er eigenlijk geen

vergoeding meer tegenover staat bij een huisarts. Dat is, wat mij betreft, uitgesloten.

De heer **Rutte** (VVD): Laat ik het iets ingewikkelder maken. Je kunt ook ongezonde mensen hebben in een welgesteld dorp. Ik noem een mooi dorp in de buurt van waar ik woon: Haren. Daar wonen mensen met een ruime portemonnee, maar die kunnen toch echt ziek worden en goede zorg nodig hebben. Ook hiervoor geldt dezelfde vraag: hebben ook zij toegang tot goede eerstelijnszorg en gaat het ene niet ten koste van het andere?

Minister **Schippers**: Ieder model kent risico's, dus dit ook. Wij zullen alert zijn op die risico's.

De **voorzitter**: Dan veroorloof ik me als voorzitter om hierover nog een vervolgvraag te stellen. Wat vindt de Minister van een woestijnpremie, om het zo maar eens te noemen? Dit idee komt uit Frankrijk. Daar heb je ook heel desolate gebieden, waar het heel moeilijk is om huisartsen te krijgen. Die moeten gelokt worden naar die gebieden. Hoe gaan wij de krimpgebieden te lijf?

Minister **Schippers**: Dat is een heel mooi onderwerp, ook als aanvulling op de notitie waarom mevrouw Wolbert heeft gevraagd. Ook als je in een dunbevolkt gebied woont, heb je recht op zorg. Een zorgverzekeraar heeft daar een zorgplicht, dus die zal dat toch op de een of andere manier moeten organiseren. Een financiële prikkel is ook een prikkel. Ik sluit niet uit dat je daar op een gegeven moment differentiatie in kan krijgen, net zo goed als bij een achterstandswijk.

De **voorzitter**: Wij wachten de ontwikkelingen op dat gebied af. Misschien kunnen er in de krimpnota wat woorden aan gewijd worden. De Minister vervolgt haar betoog.

Minister **Schippers**: De SP-fractie heeft gevraagd of ik het consult als aparte betaaltitel laat vervallen. Het afschaffen van het consult als aparte betaaltitel kan bijdragen aan het overstappen van een model dat gericht is op productie naar een model dat meer gericht is op goede uitkomsten voor de patiëntenpopulatie. Het vergt echter tijd om het belonen van uitkomsten vorm te geven. In 2015 zullen we hiermee een eerste start maken. De NZa zal partijen de ruimte bieden om vanaf 2015 te experimenteren met een bekostigingssysteem zonder consulten en zal dit expliciet onder de aandacht brengen bij de partijen. Partijen kunnen zich dus aanmelden en kunnen ermee experimenteren.

Ik moet er wel bij zeggen dat het idee om zo'n consulttarief af te schaffen in huisartsenland helemaal niet zo populair is als ik in eerste instantie had gedacht. Het zal u misschien verbazen. Een huisarts doet namelijk gemiddeld evenveel en dan kun je dat net zo goed in het basistarief, in het abonnementstarief doen. Waarom heb je dan een apart consulttarief? Huisartsen hechten er echter wel heel sterk aan. Ik denk dat het goed is om hier het een en ander over uit te zoeken en om niet zomaar dingen te veranderen. Het consulttarief blijft dus in 2015 gewoon nog in stand. Ondertussen zullen we in bepaalde gebieden een experiment doen om het af te schaffen. Dan bekijken we het effect en hoe tevreden iedereen erover is.

Hoe voorkomen we dat huisartsen worden gestraft als ze meer zorg overnemen uit de tweede lijn? Die vraag heb ik eigenlijk al beantwoord. De fractie van de ChristenUnie vraagt hoe ik in de gaten ga houden dat er genoeg multidisciplinaire zorg wordt ingekocht. Zorgverzekeraars gaan zelf over hun inkoop. Die hebben zich gecommitteerd aan de uitwerking van het bekostigingsmodel. In de bestuurlijke afspraken die gisteren zijn

toegestuurd, is dat nogmaals bevestigd. Ik heb er vertrouwen in dat verzekeraars en aanbieders afspraken maken over het verder ontwikkelen van programmatische multidisciplinaire zorg.

Mevrouw Bruins Slot vroeg naar de afbakening als het gaat om het eerstelijnsverblijf, de Wmo en de Zvw. Ze vroeg ook hoe het zat met mensen met een niet-medische zorgvraag die gebruik willen maken van verblijf. De Wet langdurige zorg kent een spoedzorgprocedure. Wanneer met een zekerheid grenzende waarschijnlijkheid kan worden gezegd dat de cliënt vanwege zijn aandoening, stoornis of beperking blijvend op de Wlz-zorg zal zijn aangewezen, kan een arts de cliënt met spoed laten opnemen in een Wlz-instelling. Dat kan via een versnelde indicatieprocedure van het CIZ.

Als een cliënt niet thuis kan zijn omdat bijvoorbeeld zijn mantelzorger plotseling wegvalt, kunnen gemeenten, indien sprake is van een spoedeisend geval, een passende tijdelijke maatregel nemen. Als onderdeel van de aan cliënten te verstrekken maatwerkvoorziening kan een gemeente ervoor kiezen deze maatregel in te vullen door kortdurend verblijf in een instelling te bieden.

Eerstelijnsverblijf is medisch noodzakelijk verblijf in verband met zorg zoals huisartsen die plegen te bieden. Hierbij maakt de huisarts de afweging dat opname noodzakelijk is vanwege een tijdelijke zorgvraag die niet in de thuissituatie ingevuld kan worden, bijvoorbeeld na een ziekenhuisopname of vanwege een tijdelijke toename van de zorgbehoefte van de cliënt, omdat de ziekte plotseling is verergerd.

Het Zorginstituut Nederland gaat de aanspraken op het eerstelijnsverblijf helder afbakenen ten opzichte van de respijtzorg in het sociale domein en andere zorgvoorzieningen in de curatieve en langdurige zorg.

Hoe voorkom je dat iedereen naar elkaar gaat wijzen?

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Het is goed dat het Zorginstituut Nederland dit verder gaat afbakenen. Wanneer hebben we daar meer duidelijkheid over? In de beantwoording van de vraag door de Minister lijkt het erop alsof de respijtzorg die nu geldt in de beleidsregels van de AWBZ, naar de Wmo gaat en eigenlijk een bredere invulling krijgt. De logeervoorziening uit de AWBZ gaat over naar de Wmo, maar krijgt een bredere invulling dan nu het geval is op basis van de beleidsregels in de AWBZ. Klopt dat? Als ik het antwoord zo hoor, vindt er een uitbreiding plaats. Het mag ook in de tweede termijn.

Minister **Schippers**: Gemeenten gaan respijtzorg geven. De respijtzorg, die overgaat van de AWBZ naar de Wmo, moet door gemeenten gegeven worden. Er kunnen drie zaken aan de orde zijn. Ik heb ze net alle drie opgesomd. Het gaat erom dat er goed wordt samengewerkt tussen die drie zaken en dat er afstemming is. Die afstemming moet ook plaatsvinden.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): De respijtzorg op basis van de AWBZ was altijd een logeervoorziening voor een paar dagen. Het lijkt erop dat die respijtzorg straks breder wordt ingevuld binnen de Wet maatschappelijke ondersteuning. Het kan dan om meer dan een paar dagen gaan. Er komt namelijk een strikte scheiding tussen enerzijds medische zorg op grond van de Zorgverzekeringswet en anderzijds de spoedprocedure in de AWBZ. Er komt een tussengroep die ergens een plek moet krijgen en die zit in de Wmo. Als ik de Minister zo hoor, is die aanspraak breder en langer dan de aanspraak die nu op de AWBZ bestaat.

Minister **Schippers**: Dit is echt een AWBZ/Wmo-vraag. Die geef ik even door aan de Staatssecretaris. Het gaat om een goed antwoord. We komen er zo op terug. Zorginstituut Nederland zal voor 2015 in ieder geval met een nadere uitwerking komen. Het is natuurlijk ontzettend belangrijk dat



we met partijen in overleg gaan over een passend normenkader. Dan kom ik op de borging van de specialist ouderengeneeskunde in de eerste lijn. De specialist ouderengeneeskunde kan individuele zorg leveren aan cliënten buiten een zorginstelling. Dat gaat op basis van de extramurale functie behandeling. Deze functie is uitgewerkt in de Beleidsregels indicatiestelling AWBZ 2014 en dan met name onder de opties «consultatie» en «medebehandeling».

Op 6 november is de Kamer erover geïnformeerd dat voor de functie individuele extramurale behandeling wordt bekeken in hoeverre deze zou kunnen passen in de Zorgverzekeringswet. In aanloop naar de definitieve positionering wordt deze zorg in 2015 vanuit een subsidieregeling onder de Wet langdurige zorg gefinancierd en gecontinueerd.

Wil ik de manier van bekostiging van de apothekers onderzoeken? We hebben de bekostiging van de apothekers nog niet zo lang geleden veranderd en we hebben zorgprestaties vastgesteld, zodat we van een verdienmodel van verkoop van medicijnen naar een verdienmodel van zorg verlenen gaan. Dat willen we Kamerbreed. We hebben de heer Rinnooy Kan en de heer Reibestein gevraagd een verkenning te doen van de manier waarop het gaat in die sector en hoe het zich ontwikkelt. Naar aanleiding van dit rapport hebben we een bestuurlijk overleg gehad, waarin verzekeraars, apothekers en anderen die in de keten actief zijn, hebben gesproken over de vraag hoe we het beter kunnen inrichten. Een nieuw bekostigingsmodel is niet nodig bij de apothekers. De slag naar zorg verlenen is in het bekostigingsmodel al gemaakt, maar het moet ook ingekocht worden. Dat is een onderdeel. Het moet verder ontwikkeld worden. Specifiek aan de orde is daarbij het inkopen van medicatiebeoordelingen, medicatieoverdracht en therapietrouw. Dat zijn heel belangrijke dingen om beter vorm te geven. Dat moet beter dan nu het geval is. Wij willen de apotheker echt betalen voor zijn functie als zorgverlener. De apotheker staat niet alleen; hij staat ook in verbinding met al die zorgverleners in de eerste lijn. Daarom is het overleg in de eerste lijn uitgebreid met de apothekers. Normaal gesproken hebben we een farmacieoverleg en een eerstelijns-overleg, maar het is goed om de apothekers bij dat eerstelijns-overleg te betrekken. In het bestuurlijk overleg farmacie hebben we dikke pakken papier uitgewerkt met allerlei goede afspraken. Die afspraken moeten worden uitgewerkt in het eerstelijns-overleg. Twee belangrijke voorbeelden daarvan zijn medicatiebeoordeling en integratie van farmacie in de chronische ketenzorg. De bekostiging staat daaraan niet in de weg. Daar zit dus geen probleem. Het kan, maar het moet nu gedaan worden. Ik denk dat het nu tijd is voor de partijen in het veld om het op te pakken. Die hebben dat zelf ook zo bepaald. Het is een stevig overleg geweest, waarin goede afspraken zijn gemaakt.

De heer **Rutte** (VVD): Dat maakt een boel helder. Er zijn dus al grote stappen gezet. De bekostiging laat het toe, maar er moeten nog stappen worden gezet. Ondanks het feit dat er een omgeving is gecreëerd waarin het kan, krijg ik toch een beetje een kip-eigevool. Hoor ik het goed dat een van de belangrijkste stappen die gezet moet worden, is dat verzekeraars daadwerkelijk deze prestaties inkopen? Of is het andersom, en moeten apothekers eerst leveren voordat verzekeraars het kunnen inkopen? Dat vindt wel vaker plaats in de zorg. Waar zit het begin?

Minister **Schippers**: De bekostiging is er, dus de zorgverzekeraar moet het inkopen en de apotheker moet het kunnen aanbieden. Dan moet de apotheker natuurlijk aangeven wat hij extra aanbiedt ten opzichte van wat hij nu aanbiedt, waardoor de zorgverzekeraar het extra moet inkopen. Het ligt dus echt bij twee partijen. Het komt van beide kanten. Daarom is het ook goed dat ze bij elkaar zitten in dat eerstelijns-overleg. In het bekostigingssysteem is ook nog eens ruimte om te belonen op uitkomsten, net

zoals bij huisartsen en wijkverpleging het geval is. Het bekostigings-systeem vormt hier dus niet de hiccup. Er is gewoon een omslag nodig en dat dit heel even tijd nodig heeft, begrijp ik. Maar volgens mij is het werk hier gedaan.

De heer **Rutte** (VVD): Als partijen dit invullen, betekent dit dan dat we weggkomen bij het gevoel dat nu een beetje is ontstaan over de farmaceutische zorg? Onlangs is een keten – ik kan even niet meer op de naam komen – die enorm investeerde in dit soort dingen, ermee gestopt. Deze keten had extra mensen in dienst om meer aan medicatiebewaking en begeleiding te kunnen doen, maar het rendeerde niet, want het werd niet ingekocht. Andere ketens worden uitgekleeft. Zij nemen juist minder mensen aan en sturen op efficiency, want dat rendeert op dit moment wel. Is dat het scenario waar we van weg bewegen als partijen doen wat is afgesproken in dit bestuurlijk overleg?

Minister **Schippers**: Ja, daarom houden we bestuurlijk overleg. Daarom hebben we een verkenning gedaan. Uit die verkenning bleek ook dat het nog niet zo'n vaart liep. Op basis daarvan heb ik een bestuurlijk overleg gehad. Daar is een hele set van afspraken uitgekomen. We hebben de apothekers erbij gehaald in de overleggen waarin we ook daadwerkelijk de implementatie van de afspraken met elkaar doen. Nu moet het gaan gebeuren.

Dit is eigenlijk ook een antwoord op de vraag van mevrouw Dik-Faber over de medicatiechecks. Je kunt iets in een richtlijn zetten, maar dan is het nog niet geregeld. We hebben geconstateerd dat het ook niet van de ene op de andere dag kan. Het is wel verder uitgewerkt in de bestuurlijke afspraken en ik houd dat ook in de gaten. Het gaat erom dat er contractuele afspraken over worden gemaakt voor 2015.

Dan kom ik op de dieetadvisering binnen de multidisciplinaire zorg voor chronisch zieken. Herken ik het beeld van de Diabetesvereniging Nederland? De verzekerde ontvangt dieetadvisering als onderdeel van de ketenzorg, voor zover hij daar op redelijke wijze voor is aangewezen. De zorgstandaard is daarbij leidend. Als die niet volstaat, zijn individuele kenmerken van de cliënt leidend voor het aantal uren dieetzorg. In de praktijk maken verzekeraars en aanbieders afspraken over gemiddelden. Dat kan betekenen dat bepaalde patiënten meer zorg nodig hebben en anderen minder dan dat gemiddelde. Dat is in overeenstemming met het CVZ-standpunt dat er geen sprake mag zijn van een maximum. Op die manier kan zorg op maat volgens de zorgstandaard worden geborgd. Mensen die ketenzorg ontvangen, kunnen daarnaast, net als anderen voor wie dit medisch is gewenst, aanspraak maken op maximaal drie behandelingen per jaar voor specialistische dieetadvisering voor eventueel andere aandoeningen. Ook dit is dus een kwestie van het doen.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie): De Minister signaleert terecht dat het nu een kwestie is van het gaan doen. We horen echter uit de praktijk dat het onvoldoende gebeurt. Is het een idee dat de Minister hierover overleg voert met de zorgverzekeraars en met de Diabetesvereniging Nederland, die die brandbrief heeft geschreven, om te kijken naar vervolgstappen? In de praktijk gaat het namelijk nog niet goed.

Minister **Schippers**: Ik zal een gesprek organiseren. We hebben al eerder gesproken over de signalen uit het veld dat de proeftuinen niet goed van de grond komen. De ambitie van die proeftuinen vergt echt een langetermijnvisie, inzet en investeringen van alle partijen. Als je kijkt naar de opstartkosten, het uitbetalen van coördinatiekosten en het ontbreken van een betaaltitel voor de zogenaamde shared savings, zie je dat dit hier en daar voor de korte en de langere termijn

moelijk is. Het gaat echter niet overal niet goed of moeilijk. Soms gaat het ook goed.

Ik heb bij de verzekeraars aandacht gevraagd voor de problematiek rond de inkoop. Wat betreft het ontbreken van een betaaltitel voor shared savings voeren de NZa en VWS op dit moment een aantal gesprekken met proeftuinen om een en ander nader uit te werken en om tot een oplossing te komen. Je ziet dat het toch lastig is bij de proeftuinen, maar we blijven er wel aan trekken om het van de grond te krijgen.

Dan kom ik op de casus van de fietser. Ik ken het geval niet en ik was er ook niet bij, maar het is natuurlijk ridicuul. Ik vind het eigenlijk schandalig. Dat is mijn eigen oordeel, als dat mag. Dat moeten we niet willen, als het zo is gegaan, zeg ik er maar als disclaimer bij. Dit is van de gekke. Dit is overigens niet standaard voor de huisartsen. Zo ken ik hen niet. In iedere sector heb je mensen van wie je denkt: tja ...

Ik vind het een slecht bericht dat het overstappen naar een andere huisarts moeilijk verloopt. Ik vind het namelijk heel belangrijk dat mensen hun eigen huisarts kunnen kiezen. We hebben het over de huisarts als spil in de zorg. We zeggen dat omdat je een klik moet hebben met je eigen huisarts. Dat is ontzettend belangrijk. Als je vindt dat je niets kunt met je huisarts, schiet het niet op. Je moet dus kunnen overstappen. Ik vind het dus echt een slecht bericht dat dit moeilijk is. Patiënten wisselen weinig van huisarts. In het algemeen zijn patiënten ook tevreden, maar als dit niet het geval is, vind ik dat overstappen moet kunnen.

De LHV en de NPCF hebben gezamenlijk een brochure opgesteld met de titel «Een andere huisarts kiezen: informatie voor patiënt en huisarts». Die biedt informatie zowel aan de patiënt als aan de huisarts. De LHV heeft naar aanleiding van de recente berichtgeving haar leden gewezen op de geldende richtlijnen en de brochure nogmaals onder de aandacht gebracht. In een van de volgende gesprekken met de LHV zal dit zeker onderwerp van gesprek zijn, maar de LHV heeft zelf ook al actie ondernomen en gezegd dat dit niet conform de afspraken is die we met elkaar hebben gemaakt.

Voorzitter, volgens mij heb ik antwoorden gegeven.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): De Minister zegt dat de LHV zelf actie heeft ondernomen. Als nu blijkt dat dit niets oplevert, wat wil de Minister dan doen? Hoeveel tijd wil ze geven om te kijken of het iets oplevert?

Minister **Schippers**: Ik vind dat hier wel actie op moet worden ondernomen. Als de belemmering is dat er geen andere huisarts is, omdat iemand in een hoek van het land woont waar geen keuze is, is het wat anders. De vrijheid om van arts te wisselen omdat je geen klik voelt en daarom naar een andere arts wilt, is de backbone van onze gedachte. Ik vind dat dit mogelijk moet zijn. De LHV heeft gelukkig zelf al actie ondernomen. Dat vind ik positief. De eerstvolgende keer dat we in gesprek gaan, zullen we spreken over de vraag hoe we de problemen met overstappen kunnen voorkomen. Dan zullen we bekijken of er nog extra actie nodig is. Ik wil eerst een gesprek hebben met de LHV hierover.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Ik had natuurlijk graag gewild dat de Minister zou zeggen: we kijken het zolang aan en als er dan niet voldoende is gebeurd, ga ik dat of dat doen. Ik begrijp dat ze eerst dat gesprek met de LHV wil hebben en ik word graag op de hoogte gehouden van de ontwikkelingen.

Minister **Schippers**: Even voor de volledigheid: de NPCF sluit ook aan bij dat eerstelijns-overleg. We bespreken het dus zowel met de patiënten als met de huisartsen. Ik hecht daaraan, omdat ik hun de kans wil geven om met oplossingsrichtingen te komen. Ik kan u best laten weten wat de uitkomsten van dat gesprek zijn.

Staatssecretaris **Van Rijn**: Voorzitter. Ik richt mijn bijdrage op de vragen die zijn gesteld over de wijkverpleging en de keten dementie. Het is misschien goed om eerst te spreken over de overheveling van de wijkverpleging naar de Zorgverzekeringswet as such. Daar zijn namelijk ook een aantal vragen over gesteld. Die overheveling is erop gericht om de zorg en de ondersteuning zo veel mogelijk, ook wat de wijkverpleging en -verzorging betreft, zo dicht mogelijk bij de mensen te brengen, zodat zij zo lang mogelijk in een thuissituatie geholpen kunnen worden. Dat is belangrijk.

Mevrouw **Agema** (PVV): Wat is het bewijs voor de mantra dat een overheveling van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet verpleging en verzorging dichterbij brengt?

Staatssecretaris **Van Rijn**: Door de overheveling van de wijkverpleegkundige zorg worden twee doelstellingen verenigd. In de eerste plaats wordt er een sterke lijn gecreëerd. Het is heel belangrijk dat er een goede verbinding is tussen de huisartsenzorg en de wijkverpleegkundige zorg, zodat je een goede en sterke eerste lijn hebt die is opgewassen tegen de eisen die mensen in toenemende mate zullen stellen. In de tweede plaats kan met die wijkverpleegkundige functie de verbinding worden gelegd tussen het medische domein en het sociale domein. Gemeenten worden verantwoordelijk voor het aanbieden van maatschappelijke ondersteuning en een integraal aanbod. Er is dan een heel goede samenwerking mogelijk. Die hele discussie over de wijkverpleegkundige zorg en de verbinding met de eerste lijn is niet uitgevonden omdat we from scratch hebben nagedacht over de vraag hoe we dat moeten organiseren. Er liepen en lopen al jarenlang experimenten rondom de zichtbare schakels. Het is heel belangrijk dat er een verbinding is tussen het medische domein, de huisartsenzorg en de wijkverpleegkundige zorg, en de organisatie van de zorg thuis. Daar zijn heel goede voorbeelden van. Mevrouw Agema noemde heel terecht het Buurtzorgconcept. Misschien mag ik haar erop wijzen dat we met de bekostiging en de wijze waarop we nu de aanspraak regelen het Buurtzorgconcept juist bestendigen in de wet- en regelgeving. Misschien mag ik er ook nog aan toevoegen dat mijn klomp een beetje brak toen mevrouw Agema hierover sprak. We hebben het afgelopen jaar gepraat over de vraag hoe we de zorg en de ondersteuning van mensen zullen regelen. Als we ergens over gediscussieerd hebben, is het wel over het onderbrengen van de persoonlijke verzorging en verpleging. In het regeerakkoord staat dat dit bij de gemeenten gebeurt. Het zit nu in de AWBZ. We hebben er met de gemeenten heel veel discussie over gehad en uiteindelijk heb ik ervoor gekozen om het met een aanspraak in de wijkverpleging te doen. Die brief heb ik vorig jaar november aan de Kamer gestuurd. Toen is de positionering van de wijkverpleegkundige zorg aan de orde geweest. In maart is op verzoek van de Kamer een brief geschreven over de samenhang tussen de verschillende domeinen, waaronder het domein van de persoonlijke verzorging en de wijkverpleging. Het onderhandelaarsresultaat met de zorgverzekeraars en de zorgpartijen is aan de orde gesteld in dezelfde brief waarin het onderhandelaarsresultaat zowel in financiële zin als in aanspraakzin aan de orde is gesteld. Nu hebben we het sluitstuk, namelijk de bekostiging ervan.

We kunnen dus over van alles praten. We kunnen het niet met elkaar eens zijn over het beleid, maar de uitspraak dat de Kamer niet uitentreuren heeft gesproken over de positionering van de wijkverpleegkundige zorg, wens ik niet voor mijn rekening te nemen.

Mevrouw **Agema** (PVV): Dat laatste punt was ook geen verwijt aan de Staatssecretaris. Ik heb tot twee keer toe gezegd dat ik dit de Kamer verwijt. Dan kan de klomp van de Staatssecretaris wel breken, maar hij

moet wel luisteren. Ik heb mijn collega's verweten dat er geen apart debat is geweest over de overheveling van een pakket van 4 miljard van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet. Dat is het ene punt. Het andere punt is dat ik de Staatssecretaris heb gevraagd hoe een overheveling zorg dichterbij brengt. Ik denk dat de heer Van Gerven ook kan bevestigen dat de wijkverpleegkundigen onder de AWBZ prima samenwerkten met de huisartsen. Daar heb je helemaal geen overheveling voor nodig. Waarop baseert de Staatssecretaris het idee dat een overheveling van de wijkverpleging van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet zorg dichterbij brengt? Dat is gewoon mijn vraag. Ik hoef daar niet weer een antwoord van tien minuten op.

**Staatssecretaris Van Rijn:** Dat is natuurlijk niet het enige. Ik denk echter dat we het er allemaal over eens zijn dat als huisartsenzorg en wijkverpleegkundige zorg vanuit één blik worden bekeken en als dit vanuit de zorginkoop op een integrale manier plaatsvindt, dit wel degelijk kan bijdragen aan het organiseren van een goede en sterke eerste lijn in steden, wijken en buurten. Als het met de bekostiging – daar komen we nog op – ook mogelijk is om de samenwerking tussen zorgverzekeraars en gemeenten te versterken, ben ik ervan overtuigd dat we niet alleen een goede en samenhangende zorginkoop in de eerste lijn krijgen, maar dat er ook een goede verbinding zal ontstaan tussen het medische domein en het sociale domein. Dat is volgens mij in het belang van de ruimte die professionals krijgen om die zorg te verlenen en van het organiseren van op maat toegesneden wijkverpleegkundige zorg.

**Mevrouw Agema (PVV):** Het is echt gewoon een onzinverhaal dat je dit beter kunt doen in de Zorgverzekeringswet dan in de AWBZ. Onder de AWBZ werd er prima samengewerkt met de eerste lijn. Het is echt een onzinargument.

De Staatssecretaris zei zojuist in zijn beantwoording van mijn eerste interruptie dat het Buurtzorgconcept met de nieuwe bekostiging vastgelegd wordt. Dat is ook volkomen onzin. Op pagina 23 van de beantwoording van de vragen van het verslag geeft de Staatssecretaris aan dat er in de nieuwe bekostiging dertien productgroepen zijn op het gebied van verpleging en verzorging. Dertien productgroepen! Het idee van Buurtzorg Nederland is nu juist: één product, één prijs en één doorlooptijd, maar dat is niet wat nu is vastgelegd.

**Staatssecretaris Van Rijn:** Daar komen we nog op. Mevrouw Agema haalt wellicht twee dingen door elkaar, namelijk het model dat we voor 2015 voor de transitie ontwerpen en het model dat we voor de toekomst ontwerpen. In overleg met alle veldpartijen is gesproken over de vraag hoe we tot een zeer zorgvuldige invoering van de nieuwe bekostigingsmanier komen. Er is voor gekozen om voor 2015 de profielen en de producten in de AWBZ te gebruiken als basis voor de financiering. Dat zijn er dus inderdaad veertien. Tien waren er al, en de andere vier, op het gebied van de medisch-specialistische wijkverpleging, waren er ook al in de AWBZ. Er is een kleine vereenvoudiging doorgevoerd, zodat het er geen veertien zijn, maar tien. In 2016 wordt gewerkt aan een verdere indikking daarvan, waarbij er wat mij betreft sprake zal zijn van een zeer beperkt aantal prestaties, met een gemiddelde prijs. Ik zal niet zeggen dat dit gebeurt à la het Buurtzorgmodel, maar daar kom ik zo nog op. We stappen echter wel degelijk van het uurtje-factuurstelsel af. We zullen veel minder zorgprestaties kennen en we zullen een veel integralere benadering mogelijk maken voor de wijkverpleegkundige.

**Mevrouw Agema (PVV):** Het is dus volkomen onzin dat de Staatssecretaris in zijn antwoord op mijn eerste vraag zei dat hij het Buurtzorgconcept gaat invoeren, want dat gaat hij niet doen. Er zijn volgend jaar dertien

producten en daarna gaat hij over naar zeven producten. Het blijft dus een wirwar aan externe verantwoording, via allerhande organisaties. Het blijft een zootje. Het bizarre is dat Buurtzorg Nederland in het Experiment regelarme zorginstellingen al werkte met één product, één prijs en één doorlooptijd. Hij had daarmee al een maatschappelijke businesscase die 2,8 miljard kon opleveren. Volgens Vektis kon het 1,8 miljard opleveren. Dan is er nog niet eens rekening mee gehouden dat dit een derde kortere doorlooptijd heeft. De Staatssecretaris is dus helemaal niet bezig met het uitvoeren van het Buurtzorgconcept. Zeven producten is zeven keer meer dan één product, zeven keer meer verantwoording. Het is gewoon niet waar. Het is ontzettend jammer dat het kabinet besloten heeft om het Experiment regelarme zorginstellingen – het experiment waar Buurtzorg Nederland mee bezig was – niet eens meer te evalueren, om het bij het grofvuil te zetten en om over te gaan op dit systeem, met volgend jaar dertien producten en op de langere termijn zeven producten.

Staatssecretaris **Van Rijn**: Mevrouw Agema is in staat om in haar eerste bijdrage alle vragen die gesteld zijn, te herhalen. Ik zal bij de beantwoording van de specifieke vragen ook ingaan op het evalueren van het Experiment regelarme instellingen. Dit experiment wordt overigens wel geëvalueerd. Dan heeft mevrouw Agema dat antwoord alvast gekregen. Het blijft merkwaardig dat we zo'n type discussie hebben. Ik kan me voorstellen dat mevrouw Agema een andere opvatting heeft over de positionering van de wijkverpleegkundige zorg. Dat is prima. Ik sterk me dan maar met de gedachte dat de medewerkers van Buurtzorg Nederland nog eens expliciet aan mij hebben aangegeven dat ze op prijs stellen dat we de wijkverpleegkundige zorg op deze manier gaan organiseren. Daar voel ik me in ieder geval door gesterkt. Dan kom ik op de bekostiging van de wijkverpleegkundige zorg. Dat is niet al even aan de orde geweest. Om een zorgvuldige overgang te realiseren ...

De **voorzitter**: Staatssecretaris, één moment. Mevrouw Agema, hebt u een punt van orde? U hebt al een heel betoog gehouden.

Mevrouw **Agema** (PVV): De Staatssecretaris geeft een onjuist antwoord. In het onderliggende stuk over de bekostiging van de wijkverpleging in 2015 staat: «De NZa ziet per 2015 geen mogelijkheden om lopende experimenten regelarme instellingen, waarvan de eindevaluatie nog moet plaatsvinden, een structurele plek te geven in de reguliere regelgeving.» Dit is ook opgenomen in de brief. Mijn vraag was of er wel of niet wordt geëvalueerd.

De **voorzitter**: De Staatssecretaris zal daar in het vervolg van zijn betoog op ingaan.

Staatssecretaris **Van Rijn**: Volgens mij heb ik al gezegd dat ik nog een antwoord zal geven op die vraag van mevrouw Agema. Dat zal ik zo doen. Dan kom ik op de bekostiging van de wijkverpleging. Er is voor gekozen om een zeer zorgvuldige overgang te realiseren voor de bekostiging in 2015. Er wordt gewerkt met een overgangsmodel. De bestaande prestaties in de AWBZ zoals we die nu kennen, worden zo veel mogelijk gebundeld. Verzekeraars en aanbieders maken afspraken over de omvang van het individuele budget per aanbieder. De huidige prestaties en tarieven worden gebruikt voor het vullen van de afgesproken budgetten. Daarbij vormt het zorgplan de basis voor de te leveren zorg. Dat is dus de eerste stap naar geen uurtje-factuurtje. Partijen hebben de intentie uitgesproken om de zorg te declareren op basis van het uitgevoerde zorgplan. Voor de niet op voorhand individueel toewijsbare wijkverpleegkundige zorg – denk

aan de combinatie met de gemeente, zoals deelname aan het sociale wijkteam – wordt een aanvullende prestatie gedefinieerd. Voor de bekostiging in de jaren daarna worden verdere stappen gezet om de volumeprikkel die nu in de huidige bekostiging van de extramurale verpleging zit, weg te nemen. Dat betekent dat de verpleegkundige handelingen worden ingedeeld in een beperkt aantal zorgcategorieën met een gemiddeld tarief op basis van de benodigde intensiteit. Je kunt natuurlijk ook één prestatie definiëren. Dat zou in een aantal opzichten misschien ook mooi zijn, althans qua gedachte. De intensiteit van de behandeling verschilt echter soms heel erg. Je moet misschien onderscheid maken tussen intensieve kindzorg en palliatieve terminale zorg. Die vergt een andere intensiteit en dus ook een ander tarief. We moeten aan de ene kant bekijken of we die vormen van zorg zo veel mogelijk kunnen bundelen. Aan de andere kant moeten we kijken naar de kosten en de intensiteit en moeten we bekijken of we het op één tarief kunnen doen of dat we een aantal tarieven moeten hebben. Mijn intentie is om dit zo beperkt mogelijk te laten zijn, maar we moeten wel rekening houden met de gerechtvaardigde wensen uit het veld. Het maakt namelijk wel nogal wat uit of je alleen aan mondzorg doet of aan palliatieve terminale zorg. Dat is gewoon een andere prestatie, waar je in je bekostiging rekening mee moet houden. Ik verwacht overigens dat er veel minder prestaties zullen zijn dan we nu kennen, waardoor we dus een goede combinatie weten te vinden tussen een zo groot mogelijke vrijheid en een integraal tarief en waardoor de wijkverpleegkundige zelf kan beoordelen wat nodig is. Er wordt dus niet op basis van uurtje-factuur afgerekend maar op basis van het zorgplan. De NZa zal in overleg met partijen die toekomstige bekostiging verder uitwerken.

In dat kader is de discussie die er net was over casemanagement dementie interessant. Daarin zie je de spanning terug tussen aan de ene kant het streven om zo weinig mogelijk prestaties te hebben en om professionals de vrijheid te geven om te doen wat voor de hand komt en aan de andere kant het feit dat een aantal zorgvormen in ontwikkeling is, zoals de ketenzorg dementie en het casemanagement. Die zaken ontwikkelen zich nu en men vraagt zich af of dit in de nieuwe situatie nog wel goed gaat. Zoals nu is voorzien, is de ketenzorg dementie onderdeel van de aanspraak Wijkverpleging. Het is aan de verzekeraar om deze zorg in te kopen. De signalen hebben mij natuurlijk ook bereikt dat partijen het op zichzelf een aardige gedachte vinden om zo weinig mogelijk prestaties te hebben, maar dat ze hiervoor dan weer een extra prestatie willen hebben. Ik weet niet zeker of dit bijdraagt aan een versimpeling van de kosten die we met zijn allen nastreven, maar ik ben wel bereid te bekijken hoe we kunnen borgen dat er in de overgangsfase geen ongelukken worden gemaakt en om dus in 2015 een aparte prestatie Ketenzorg dementie in te voeren, als de Kamer daar in meerderheid zo nadrukkelijk om vraagt.

Als die borging goed heeft plaatsgevonden, vraag ik bij de doorontwikkeling van de bekostiging wel de mogelijkheid om het streven naar zo weinig mogelijk prestaties en een zo integraal mogelijke bekostiging te blijven afwegen. We moeten voorkomen dat de boodschap is dat er telkens een extra prestatie kan komen, want dan zitten we voordat we het weten toch weer met een groot aantal prestaties. Ik constateer nu in ieder geval dat de Kamer er eentje aan wil toevoegen voor 2015. Ik wil me op dat punt niet tuttig en bekrompen, zoals de Minister dat zo mooi zei, opstellen.

In het Onderhandelaarsresultaat transitie verpleging en verzorging, dat de Kamer in maart heeft ontvangen, zijn de wederzijdse verantwoordelijkheden en afspraken vastgelegd om de overhevelingsoperatie zorgvuldig en geleidelijk te laten verlopen. Er zijn afspraken gemaakt over de financiële randvoorwaarden, over de bekostiging, over de overgang voor cliënten en over de kwaliteitsagenda die we moeten maken. Partijen

hebben commitment getoond om zich in te spannen om de overeengekomen taakstelling te realiseren. Er is een afspraak gemaakt over het transitie­model voor 2015, waar we het net over gehad hebben. Om de continuïteit van zorg voor cliënten te borgen beschouwen verzekeraars cliënten die op 31 december 2014 een geldig indicatiebesluit hebben op 1 januari 2015 als cliënten met een geldige verwijzing voor de wijkverpleging. Zo hebben we de continuïteit van zorg voor die mensen geregeld. Beroepsgroepen en zorgaanbieders hebben een belangrijke rol in de ontwikkeling naar integrale zorg. V&VN (Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland) zal met patiëntenorganisaties, zorgaanbieders en verzekeraars richtlijnen ontwikkelen voor het verpleegkundig en verzorgend handelen in de nieuwe situatie. Al met al denk ik dat we een heel zorgvuldig traject hebben uitgezet om de wijkverpleegkundige zorg nieuwe stijl te ontwikkelen. We werken met een bekostigingssysteem dat in 2015 rekening houdt met een zorgvuldige overgang en dat een heel concreet perspectief biedt op het afschaffen van uurtje-factuurtje en op meer ruimte voor de professionals. Daarmee kunnen we een weg inslaan waardoor een heel goede nieuwe eerste lijn kan ontstaan met een heel duidelijke verbinding naar het sociale domein. Dat is volgens mij in het belang van de ontwikkeling van een goede wijkverpleegkundige zorg in de toekomst.

Er is een aantal specifieke vragen gesteld. Mevrouw Wolbert en mevrouw Dik-Faber vroegen of zorgverzekeraars weerstand hebben tegen inkopen in Segment 1. Ik denk dat die signalen wat genuanceerder zijn. Ik denk dat die weerstand er niet is als het gaat om de vraag of we het wel of niet moeten doen. De discussie met de gemeenten gaat over de vraag in welke mate je het moet doen. Vorige week heb ik nog om de tafel gezeten met de wethouders van de vier grote steden om te horen hoe het daar precies gaat. Verzekeraars en gemeenten zijn heel goed met elkaar bezig om te bekijken in hoeveel wijken de koppeling moet worden gemaakt met het sociale wijkteam en hoeveel wijken er eigenlijk zijn. Er vindt nu overleg plaats over de organisatie van de sociale wijkteams. Daar moet de wijkverpleegkundige zorg op aansluiten. Dat verschilt een beetje van regio tot regio en van stad tot stad. Er is dus geen sprake van dat die zorg ingekocht moet worden. Er is wat mij betreft wel terechte discussie over de vraag hoe het precies gefinetuned moet worden in de gemeentelijke organisatie, die voor een deel natuurlijk ook nog in ontwikkeling is.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Het is goed om te weten dat het signaal dat zorgverzekeraars aarzelen en misschien ook weerstand hebben, genuanceerder ligt. Daarom vroeg ik ook of dit klopte. Het is ook goed om te horen dat in ieder geval in de grote steden het contact met de zorgverzekeraars heel intensief is. We krijgen ook signalen dat dit in de regio een stuk minder is. Steden van 50.000-plus zijn eigenlijk nog te klein voor sommige zorgverzekeraars. Heeft de Staatssecretaris ook een beeld van hoe het in de rest van Nederland is, buiten de grote steden? Daar woont eigenlijk de andere helft van Nederland.

Is in de besprekingen tussen zorgverzekeraars en gemeenten ook een punt van aandacht hoe drukte in de wijk voorkomen kan worden? Het is niet de bedoeling dat er straks vijftien of twintig wijkverpleegkundigen zijn die allemaal contact moeten hebben met de sociale wijkteams. Zo spannen we het paard achter de wagen. In plaats van te simplificeren organiseren we dan een enorme complexiteit. Dat is wel de zorg van mijn fractie.

Staatssecretaris **Van Rijn**: Dat is terecht. Daarom is er ook dat overleg tussen zorgverzekeraars en gemeenten, om niet overal ongebreideld wijkverpleegkundigen met een schakelfunctie in te stellen. Er moet goed bekeken worden hoe de organisatie op gemeentelijk niveau gaat. Welk niveau van de schakel moet je inkopen? Die afstemming vindt plaats.



In 2015, in de overgangsfase, vindt de inkoop plaats op basis van representatie. Verzekeraars kopen per zorgkantorregio in. Zo hoeven zeker in de transitiefase niet alle verzekeraars met alle gemeenten te praten en kunnen we ook van dat proces leren. Zo organiseren we het een beetje handig. We zitten erbovenop, niet alleen met de zorgverzekeraars en de gemeenten, maar ook met de zorgaanbieders en V&VN. Er zijn verschillende modellen om de koppeling te maken tussen sociale wijkteams en de wijkverpleegkundigen. We zorgen ervoor dat we er zicht op krijgen hoeveel volume we precies moeten inkopen. Er zijn verschillende modellen om dit in de wijk te organiseren. Soms is het heel erg gekoppeld aan sociale wijkteams en soms is het gekoppeld aan zorgaanbieders. Gemeenten moeten samen met zorgverzekeraars bekijken hoeveel zorgvolume moet worden ingekocht.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Dank voor deze geruststellende woorden. Ik heb naar aanleiding daarvan twee vervolgvragen. Zou het representatiemodel dat de zorgverzekeraars onderling met elkaar hebben afgesproken voor 2015 ook een model kunnen zijn voor na 2015, als het gaat om een beetje overzicht houden en een zo rustig mogelijk model, in de zin van het aantal actoren? Dat kan misschien wat rust op het front creëren. Ik zie de Staatssecretaris aarzelen, maar ik hoor graag een reactie. Ik hoor de Staatssecretaris spreken over allerlei modellen die de revue passeren en die nu uitonderhandeld worden. Het lijkt me fijn dat de Kamer daarin meegenomen wordt en daar enig inzicht in blijft houden.

Staatssecretaris **Van Rijn**: Ik denk dat dit ook een plaatsje krijgt en moet krijgen in de monitoring waarover net is gesproken met de Minister. We moeten bekijken hoe dit zich ontwikkelt in de praktijk. De Kamer kan dan ook regelmatig meekijken. Daar ben ik dus zeer toe bereid. Mijn aarzeling over het doorzetten van het representatiemodel heeft met het volgende te maken. Nog belangrijk dan overleg tussen gemeenten en zorgverzekeraars, iets wat inderdaad geïntensiveerd moet worden, is dat vooral zorgaanbieders, wijkverpleegkundigen in de eerste lijn, het met elkaar doen. Ik denk dat het niet nodig is dat gemeenten en zorgverzekeraars over elke invulling op lokaal niveau op een veel te hoog niveau met elkaar praten over de afspraken. Ik denk zelfs dat je daar terughoudend in moet zijn. Verzekeraars moeten in hun inkoop zorgaanbieders in staat stellen om die afspraken te maken. Het zit in de aanspraak en het zit in de bekostiging. De wijkverpleegkundige kan dan ter plekke, samen met de huisarts, de zorgaanbieders en de gemeente, bekijken wat het model is. Daar moet je soms op een hoger abstract niveau afspraken over maken tussen zorgverzekeraars en gemeenten, maar ik vind het nog belangrijker dat zorgverzekeraars de door hen gecontracteerden in staat stellen om afspraken met de gemeente te maken. Dat hebben we geregeld in de afspraken en in de bekostiging. Dat is nog belangrijker dan op een te hoog niveau afspraken maken waar de wijkverpleegkundige niets aan heeft.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Ik heb ook nog gevraagd of de Staatssecretaris zicht heeft op wat er buiten de Randstad gebeurt en hoe hij daar de vinger aan de pols houdt.

Staatssecretaris **Van Rijn**: Daarom hebben we afgesproken dat elke zorgverzekeraar per regio iemand aanwijst die met de regio onderhandelt en dit type afspraken maakt. Hetzelfde gebeurt aan de kant van de gemeenten. Gemeenten, de VNG en zorgverzekeraars hebben afspraken gemaakt. De facto zijn er voor de hele transitie, in de overgangsfase, regiotafels gemaakt, waarin één representatieve verzekeraar per zorgkantorregio met de regio onderhandelt.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Mag ik nog iets specifieker zijn? Dat was namelijk niet mijn vraag. Ik vroeg niet zozeer hoe het geregeld is in de regio. Ik waardeer erg dat de Staatssecretaris zich zelf op de hoogte laat stellen in de regio's waar die afspraken worden gemaakt, want dan leer en hoor je het meest. Hij doet dat ook in de Randstad en ik zou het erg op prijs stellen om van de Staatssecretaris te horen hoe hij zich persoonlijk op de hoogte laat stellen van wat er buiten de Randstad gebeurt. Boven Zwolle is het nog een uur rijden.

Staatssecretaris **Van Rijn**: Ik doe dat voortdurend en ik zal dat ook voortdurend blijven doen. Wel wijs ik erop dat het niet aan mij moet liggen of het van de grond komt. Verzekeraars hebben gewoon een zorgplicht voor die wijkverpleegkundige zorg. Ze zullen dat waar dan ook moeten organiseren, of dat nu in de Randstad, in de regio, in krimpgebieden of in uitbreidingsgebieden is. De zorgverzekeraars hebben een zorgplicht. Er is een aanspraak in de Zorgverzekeringswet. Er is een bekostiging die dit mogelijk maakt. Overigens zal ik mij ervan op de hoogte blijven stellen van hoe het in de praktijk gaat.

Mevrouw **Bruins Slot** vroeg of een wijkverpleegkundige straks kan bepalen wat een mantelzorger doet. Als de vraag zo gesteld wordt, is het antwoord: nee. Een wijkverpleegkundige zal zich ervoor inzetten om zo veel mogelijk zelf- en samenredzaamheid te stimuleren, maar deze kan natuurlijk niet zeggen: gij zult dit of gij zult dat. Dat zal altijd afhankelijk zijn van de specifieke situatie en van de mantelzorg. Het kan niet verplicht worden gesteld.

Misschien kan ik dit het beste uitleggen aan de hand van hetgeen ik aantrof toen ik tijdens een werkbezoek meeliep met een wijkverpleegkundige. Een mijnheer was geopereerd aan zijn darmen en had een stoma gekregen. Dat is natuurlijk een zeer ingrijpende gebeurtenis, zeker als je wat op leeftijd bent. Die mijnheer en zijn partner kregen wijkverpleegkundige zorg om de stoma te verwisselen, om aan de situatie te wennen en om te bekijken wat er nog meer nodig was. Een van de belangrijkste doelstellingen was niet alleen om ervoor te zorgen dat het elke keer goed kwam met de stoma, maar ook om de persoon in kwestie of zijn partner te leren om het misschien zelf te doen, zodat ze minder afhankelijk waren van het tijdstip waarop de zorg wordt geleverd.

Zoiets vindt dan langzaam maar zeker plaats. Er is niet alleen sprake van een gewenning aan de situatie, maar ook van veel meer zelfredzaamheid. Deze mijnheer is nu ook in staat om langzaam maar zeker weer wat te doen aan zijn hobby's. Dit is een mooi voorbeeld van hoe wijkverpleegkundige zorg kan werken. Natuurlijk verleen je zorg en zorg je ervoor dat dit heel verantwoord plaatsvindt, maar je neemt erin mee dat je de patiënt en zijn omgeving ook leert om dingen daarin zelf te doen, voor zover dat mogelijk is. Hierdoor neemt de zelfredzaamheid toe. Je kunt dus nooit zeggen dat je ermee ophoudt en dat mensen het maar zelf moeten doen. Dat kan alleen maar in die situaties waarin het verantwoord is en het kwalitatief goed plaatsvindt. Het stimuleren van zelfredzaamheid is wat anders dan het overnemen van taken van de wijkverpleegkundige.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): De wijkverpleegkundige doet ook de indicatie. Dat betekent dus ook dat we in de Zorgverzekeringswet het criterium «zelfredzaamheid» erbij krijgen. Gaat in de Zorgverzekeringswet een afwegingscriterium «zelfredzaamheid» meespelen? Wordt dit expliciet zo gemaakt of niet? Dat is voor mij niet helder geworden uit de beantwoording.

Staatssecretaris **Van Rijn**: Nee, zo niet. Hiervoor geldt hetzelfde als voor alle andere zorg die in de Zorgverzekeringswet zit. Laat ik de huisartsenzorg nemen. Ik paraphraseer even: je hebt recht op huisartsenzorg zoals huisartsen die plegen te bieden. Zo zal de aanspraak voor de wijkver-

pleegkundige zorg ook ongeveer luiden: wijkverpleegkundige zorg zoals wijkverpleegkundigen die plegen te bieden, gebaseerd op kwaliteitsnormen en richtlijnen van de beroepsgroep zelf. Daarin zit het element dat je ervoor zorgt dat men zich in de thuissituatie steeds beter kan redden. Dat zegt echter niets over de zorg die je zelf geeft.

Mevrouw Bruins Slot vroeg of het allemaal goed gaat komen in 2015. Ik zei net al dat er een overgangsrecht is geregeld, om voor een geleidelijke overgang voor cliënten te zorgen. Cliënten die op 31 december in bezit zijn van een geldig indicatiebesluit voor verpleging of verzorging, krijgen automatisch vanaf 1 januari 2015 deze zorg vanuit de Zorgverzekeringswet. Dat is met de Zorgverzekeraars geregeld. Ze krijgen deze zorg ook van dezelfde aanbieders die ze nu vanuit de AWBZ gewend zijn. Dit betekent niet dat de zorg niet verandert. We hopen juist dat de wijkverpleegkundige zorg zich langzaam zo ontwikkelt zoals we hier met zijn allen willen. Het overgangsrecht is in ieder geval voor die cliënten in wet- en regelgeving geborgd.

Ik meen dat de Minister al uitgebreid is ingegaan op de vraag van de heer Rutte over de balans tussen gezondheidskenmerken en sociaaleconomische kenmerken. Dat kan ik alleen maar onderschrijven. Ik wijs er ook op dat de Universiteit Maastricht onderzoek heeft gedaan naar de vraag welke populatiekenmerken bepalend zijn voor gebruik van zorg. Je ziet dat deze ook heel vaak zorgkenmerken zijn: zorggebruik in de voorgaande periode, medicatiegebruik en complicaties als gevolg van een chronische ziekte. Er is dus geen tegenstelling tussen zorgkenmerken en populatiekenmerken. Veel van die populatiekenmerken vloeien gedeeltelijk voort uit zorgkenmerken. Leeftijd speelt ook een rol. Ik denk dus dat de balans, waar de heer Rutte terecht naar vroeg, aanwezig is. We zullen erop letten dat die aanwezig blijft.

Mevrouw Agema vroeg of de experimenten regelarme zorginstellingen geëvalueerd worden. Ja, die worden geëvalueerd. Dat heb ik al eerder gezegd en dat blijf ik zeggen. Ik vind het volgende belangrijk. Deze experimenten vonden plaats in de AWBZ. Een gedeelte van de AWBZ gaat nu naar de Zorgverzekeringswet. Ik wil graag met de zorgverzekeraars in gesprek gaan over de vraag of er lessen getrokken kunnen worden uit de experimenten regelarme zorginstellingen en of deze kunnen worden toegepast. Misschien kunnen we ook met de zorgverzekeraars praten over de vraag welke experimenten we kunnen doen als een en ander in de Zorgverzekeringswet zit. Daarom hebben we in de bekostiging ook nog een derde element, namelijk uitkomsten, vernieuwing en innovatie. We kunnen dus bekijken of we daarin tot innovatie kunnen komen, dus ook in het kader van de Zorgverzekeringswet. Ik ben dus gaarne bereid om te bekijken of we dit kunnen voortzetten in de Zorgverzekeringswet. Er zullen zeker lessen worden getrokken uit de experimenten regelarme instellingen. De toezegging dat deze geëvalueerd worden, blijft gewoon staan.

**De voorzitter:** Mevrouw Agema, ik heb mevrouw Bruins Slot de gelegenheid gegeven tot een derde interruptie, dus als u het heel kort en feitelijk kunt houden, krijgt u het woord. We hebben ook nog een tweede termijn.

Mevrouw **Agema** (PVV): Voordat je besluit om zaken over te hevelen vanuit de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet, ga je natuurlijk eerst evalueren wat de opbrengsten zijn van zo'n experiment. In het geval van Buurtzorg Nederland zijn de opbrengsten natuurlijk zeer fors. In het advies van de Nederlandse Zorgautoriteit staat echter: we gaan er niet mee door. In het bekostigingsmodel van de Staatssecretaris dat hier nu voorligt, zien we ook dat hij het gewoon niet overneemt. Er zijn dertien zorgproducten en later zeven. Dat is iets heel anders dan wat Buurtzorg Nederland, waar dus 60% van de wijkverpleegkundigen werkt, in het Experiment regelarme

zorginstellingen doet. Waarom zegt de Staatssecretaris dat hij wel dingen doet terwijl hij ze eigenlijk in de praktijk niet doet?

Staatssecretaris **Van Rijn**: Daarover blijven we het oneens. Ik heb aangegeven dat we de experimenten regelarme instellingen evalueren. Daar kun je in welk systeem dan ook wat van leren, of je dat in de Zorgverzekeringswet, in de AWBZ of bij de gemeenten doet. Daar zullen we dan ook van leren, in welk domein dan ook.

Ik heb er ook op gewezen dat we, juist met het oog op een zorgvuldige landing van de nieuwe bekostiging, ervoor kiezen om in 2015 gebruik te maken van de bestaande AWBZ-prestaties. De Kamer heeft er zojuist in meerderheid eentje aan toegevoegd. Vervolgens bekijken we of we in 2016 tot een indikking en een integraliteit kunnen komen. Dat lijkt mij erg in het belang van de zorgverzekeraars, de zorgaanbieders en de wijkverpleegkundige zelf. Zij zijn nu gezamenlijk overigens bezig om normen en richtlijnen op te stellen. Dat lijkt me een heel goede manier om dit in te voeren.

Mevrouw Dik-Faber vroeg zich af of verzekeraars nog steeds per handeling een verantwoording zullen vragen. In de inkoopgids van Zorgverzekeraars Nederland hebben verzekeraars al aangegeven dat het zorgplan van belang is bij de declaratie van de zorg. Uit de experimenten regelarme instellingen blijkt ook al dat, zoals dat heet, «zorgplan = realisatie» een titel kan zijn voor de bekostiging, juist als je overstapt naar een systeem waarin je één gemiddeld bedrag hebt voor een zorgvorm. Binnen dat ene bedrag moet soms heel veel en soms veel minder zorg gegeven worden. Dat moet juist de vrijheid van de professional worden. Dan moet de zorgverzekeraar wel weten op basis waarvan hij kan constateren dat de zorg geleverd is. Daarom zijn verzekeraars, zorgaanbieders en V&VN met elkaar bezig om te bekijken of het zorgplan hier een mooie basis voor is. Dan kun je namelijk constateren dat de zorg geleverd is, zonder dat je deze op uurtje-factuurtjebasis moet afrekenen. Ik zal verzekeraars erop blijven aanspreken dat de verantwoordingslast voor de aanbieders beperkt moet zijn en dat het zorgplan dus heel goed kan dienen als uitgangspunt voor de bekostiging.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie): Ik moet helaas zo de vergadering verlaten en kan dus niet bij de tweede termijn zijn. Daarom wil ik de Staatssecretaris graag een vraag voorleggen waar hij volgens mij nog niet op is ingegaan. Dank voor alle antwoorden. Aangezien ik zeer ben ingegaan op het onderwerp dementie, bedank ik de Staatssecretaris dat er nu een overgangsjaar komt, 2015. Ik ben erg blij met de toezegging daarvan. Ik heb er echter ook op gewezen dat casemanagement niet wordt vastgelegd in de aanspraak Wijkverpleging, maar dat dit slechts in een verwijzing staat. Voor zorgverzekeraars is dit onvoldoende om dit in te kopen. De inkoop hiervan stagneert. Dat zijn de signalen die ik krijg. Kan de Staatssecretaris daarop ingaan?

Staatssecretaris **Van Rijn**: Daar zullen we bij de overgang naar kijken. Het zit al in de aanspraak dat casemanagement daarin een rol kan spelen. Door dat als een aparte prestatie op te nemen, denk ik dat we de borging te pakken hebben, maar ik zal even goed naar dit punt kijken. Ik denk niet dat we hierover van mening verschillen.

Mevrouw Dijkstra vroeg of ik zicht heb op de vraag hoeveel verpleegkundigen er zijn. Dat zijn er nu ongeveer 18.000, van wie 10.500 met hbo en ongeveer 7.500 met mbo. De instroom in de opleiding hbo Verpleegkundige neemt toe. Er is dus een groei in de opleiding. Het is niet alleen een kwantitatief vraagstuk, maar ook een kwalitatief vraagstuk. Welke competenties en opleidingseisen zijn er? Met de beroepsgroep wordt gesproken over de vraag hoe die competentieontwikkeling moet plaatsvinden. V&VN doet heel baanbrekend en wat mij betreft heel goed

werk om de competentieprofielen en de beroepsprofielen voor de toekomst te definiëren. Er is overleg met de opleidingen gaande over de vraag aan welke nieuwe competentie-eisen de opleidingen moeten voldoen. We moeten er niet alleen voor zorgen dat we straks voldoende wijkverpleegkundigen hebben, maar we moeten ook wijkverpleegkundigen hebben die met de nieuwe competentieprofielen de wijkverpleegkundige zorg nieuwe stijl kunnen uitoefenen.

Uit de resterende middelen van het programma Zichtbare schakel is 6,3 miljoen beschikbaar gesteld om meer wijkverpleegkundigen in te werken en op te leiden. Dat geld is ter beschikking gesteld voor een inwerktraject voor wijkverpleegkundigen die nieuw ingezet worden, voor een adequate scholing voor de huidige wijkverpleegkundigen, voor een traject waarin de ontwikkeling van mbo-verpleegkundige naar hbo-verpleegkundige meer aandacht kan krijgen en voor een impuls aan de ontwikkeling van een toekomstbestendig opleidingsprofiel en het expertisegebied wijkverpleegkundige dat we samen met V&VN aan het ontwikkelen zijn. Er zijn dus al aardig wat wijkverpleegkundigen. De instroom in de opleidingen stijgt ook nog. Er komt ook nog een impuls van 40 miljoen, 80 miljoen en 200 miljoen voor het aantal verpleegkundigen in de zorg. Daarnaast doen we ook nogal wat aan het versterken en het vernieuwen van de opleidingen. Al met al denk ik dat we niet alleen maar bezig zijn met het verhaal van de overheveling en de bekostiging. We denken juist na over de vraag hoe de wijkverpleegkundige functie zich moet ontwikkelen.

De **voorzitter**: Mevrouw Dijkstra, hebt u een korte en feitelijke vraag?

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Ja voorzitter, heel kort en feitelijk, zoals u van mij gewend bent. De Staatssecretaris zegt dat eraan gewerkt wordt. Ik ben ook heel blij dat er met name ook naar de kwalitatieve kant wordt gekeken. Gebeurt dit allemaal op tijd?

Staatssecretaris **Van Rijn**: Dat kun je nooit helemaal bepalen, maar ik constateer wel dat er nu 18.000 wijkverpleegkundigen zijn en dat de regering ook nog een impuls geeft van uiteindelijk 200 miljoen. Hierdoor komen er ook nog ongeveer 3.000 tot 3.500 verpleegkundigen bij. Laten we niet vergeten dat er ook nog een ontwikkeling plaatsvindt van verpleegkundigen die nu intramuraal werken en in de toekomst misschien extramuraal moeten werken. We moeten het wel met elkaar doen. Ik ben het met mevrouw Dijkstra eens dat we heel nauwgezet moeten volgen hoe het proces plaatsvindt van de inzet van bestaande wijkverpleegkundigen en van nieuwe wijkverpleegkundigen die van de opleiding komen. Zo kunnen we zien of het tempo van de ontwikkeling een beetje in de pas loopt. Ik zeg mevrouw Dijkstra graag toe dat ik dit in de gaten zal houden. We zullen het regelmatig met de thermometer moeten bekijken. De heer Van Gerven pleitte ervoor dat de toekomstige bekostiging erop wordt gericht om bureaucratie terug te dringen. Administratieve lasten en regeldruk zijn natuurlijk een heel hardnekkig onderwerp. Dat staat heel hoog op ons lijstje. Ik denk dat we in de nieuwe bekostiging van de wijkverpleegkundige zorg enorme slagen kunnen maken. Als we geen uurtje-factuurkje meer hebben, waarbij alle verrichtingen apart worden verrekend, en tot een gemiddelde prijs komen voor een beperkt aantal verrichtingen die zich onderscheiden op het gebied van zorginhoud of kosten, kunnen we echt een enorme slag maken. Zo krijgen we meer ruimte voor de professional. Hij of zij kan doen wat hij of zij aantreft. Er hoeft dus geen ingewikkelde registratie plaats te vinden van elke verrichting. Ik ben me er zeer van bewust dat the proof of the pudding is in the eating, maar ik constateer dat er grote slagen gemaakt kunnen worden in de randvoorwaarden die we nu aan het ontwikkelen zijn. De betrokkenen zien dit overigens zelf ook zo.

Hiermee heb ik volgens mij ook antwoord gegeven op een andere vraag van de heer Van Gerven, hoewel ik niet weet of hij daarmee tevreden is. De bekostiging, met een populatiegebonden deel dat rekening houdt met de ondersteuning in de gemeentelijke situatie, een beperkt aantal zorgcategorieën die integraal bekostigd worden en een component voor innovatie- en uitkomstfinanciering, is volgens mij een heel moderne manier om de wijkverpleegkundige zorg te bekostigen. Voorzitter, dat was mijn bijdrage.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Voorzitter, één vraag van mij is nog niet beantwoord.

De **voorzitter**: Ik kijk even, want ik heb ook nog vragen. Ik stel voor dat we die betrekken bij een korte tweede termijn van één minuut per fractie. Als iedereen de vragen stelt die zijn blijven liggen, blijven we mooi in de tijd lopen. Het toeval wil, mevrouw Wolbert, dat u de eerste bent. Wilt u de aftrap geven voor de tweede termijn?

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Voorzitter. Dat wil ik graag. Dank aan de bewindspersonen voor de beantwoording in de eerste termijn. Ik stel nogmaals vast dat er erg veel werk is verricht. Wat mijn fractie betreft gebeurt dit in de goede richting. De uitwerking daarvan in de komende periode is natuurlijk cruciaal. Belangrijk is dat de Kamer daarin goed wordt meegenomen. Daarom dank voor de toezegging dat de Kamer halverwege 2015 een stand-van-zakenbrief krijgt over de inkoop, de modellen en de manier waarop wordt ingekocht. Misschien kan hierin ook aandacht komen voor de regio. Dat vraag ik niet voor niets. Het gaat niet zozeer om de regio, maar wel om een specifieke eigenschap daarvan. De regio valt namelijk soms samen met de zorgverzekeraar. De Friesland zit in Friesland. In heel Groningen zit Menzis. In Drenthe zit bijna alleen Achmea. Dat levert een andere dynamiek op en daarom vraag ik daar aandacht voor.

Dank voor de toezegging van de Minister over het verder uitwerken van de eerstelijnsontwikkelingen. Het is goed dat de Minister dit niet te smal aanpakt.

Ik wil even checken of we het goed hebben begrepen wat de prestatie Casemanagement betreft. De Staatssecretaris voegt voor 2015 een beleidsregel Casemanagement toe, zodat er geen technische belemmeringen zijn om casemanagement in te kopen. Gaandeweg worden de verschillende beleidsregels ingedikt. Ik stel me zo voor dat daarmee niet de inkoopmogelijkheid verdwijnt, maar dat het dan valt onder de categorie «licht», «midden» of «zwaar». Het gaat mij erom dat het nog steeds ingekocht kan worden. Graag een bevestiging van de Staatssecretaris op dit punt.

De **voorzitter**: U zit al bijna aan de twee minuten.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Er zijn ook nog vragen van mij niet beantwoord. U vraagt mij om dit in de tweede termijn te doen.

De **voorzitter**: Stel ze kort.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Kan de Minister de vorderingen op het gebied van de betaaltitel voor shared shavings en de populatiebekostiging meenemen in een van de stand-van-zakenbrieven?

Een aantal vragen van mij is niet beantwoord. Ik heb gevraagd waar de 10 miljoen van de motie-Hamer gebleven is. Ik heb ook een vraag gesteld over de onduidelijkheid over de selectieve preventie bij de wijkverpleegkundige. Zit die wel of niet in de aanspraak?

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Voorzitter. Ik wil beide bewindspersonen bedanken voor hun antwoorden en bedanken voor de toezegging over de monitor en de toezegging om ketenzorg binnen dementie als beleidsregel voor 2015 op te nemen. Heb ik de Staatssecretaris goed begrepen dat er voor de casemanager ook een prestatiebeschrijving komt? Dat is mij nog niet helemaal duidelijk geworden uit zijn beantwoording.

Er ligt nog een vraag over de afbakening van het eerstelijnsverblijf Zvw/Wmo ten opzichte van de oude beleidsregel Kortdurend verblijf in de AWBZ. Graag een antwoord daarop.

Ik heb nog een laatste vraag. De bewindspersonen geven in hun beantwoording aan dat er wachtlijsten kunnen ontstaan voor de wijkverpleging. Ik waardeer hun openheid daarin. Ze schrijven ook dat bij lange wachtlijsten verzekerden hun verzekeraar erop aan kunnen spreken. Aan welke Treeknorm moet de wijkverpleging straks in de Zorgverzekeringswet voldoen? Hoelang mag een verzekerde op wijkverpleging wachten? Is er ook sprake van een spoedprocedure als het urgent is en als die Treeknorm omzeild moet worden? Graag op dat punt verdere verheldering, zodat mensen per 1 januari 2015 weten hoelang zij mogen wachten en wat de norm daarvoor is.

De **voorzitter**: Dank u wel. Heeft de heer Rutte behoefte aan een tweede termijn?

De heer **Rutte** (VVD): Voorzitter. Ik heb geen nieuwe vragen. Ik ben heel blij met de bevestiging van beide bewindslieden dat de nieuwe bekostiging van de huisarts niet zal leiden tot een sociaaleconomische herverdeling, maar hooguit tot een herverdeling langs gezondheidskenmerken. We zullen dit vanuit de VVD op die basis in de gaten houden, want we vinden dit essentieel. We zien uit naar de wijze waarop de nieuwe bekostiging van de farmaceutische zorg in de praktijk vorm zal krijgen.

Mevrouw **Agema** (PVV): Voorzitter. De mantra van Diederik Samsom, de partijleider van de Staatssecretaris, was in de verkiezingstijd: «het eerlijke verhaal». Het eerlijke verhaal waarom de overheveling van de verpleging en de verzorging van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet per se moet, is natuurlijk niet omdat het dan ineens dichtbij geregeld wordt. Dat is een loos begrip. Het wordt wel expliciet genoemd in de brief, namelijk dat de Minister de mogelijkheid wil hebben voor de invoering van een generiek macrobeheersinstrument, voor de invoering van een eigen risico of een eigen betaling en voor een verlaging, naast de MBI-heffing, van de tarieven. Die mogelijkheden zijn er natuurlijk in de Zorgverzekeringswet. Het is enorm jammer dat de kans niet wordt gegrepen met het Experiment regelarme zorginstellingen. Vele honderden miljoenen hadden hiermee uit het systeem getikt kunnen worden, zonder deze laffe overheveling, die uiteindelijk alleen maar verliezers kent.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Voorzitter. Ik kan het heel kort houden. Ik sluit me aan bij de vragen die zijn gesteld over casemanagement dementie. Ik ben heel blij met de toezegging van de Staatssecretaris dat hij dit in het overgangsjaar gaat regelen. Hoe valt de casemanager echter binnen de aanspraak Wijkverpleging?

Dank aan de Minister voor haar beantwoording over de substitutiemonitor en voor het feit dat zij erbovenop zit als het gaat om het kunnen veranderen van huisarts door patiënten. Ik hoop dat ze ons daar goed van op de hoogte houdt.

### **Voorzitter: Wolbert**

De heer **Van Gerven** (SP): Voorzitter. Ik wil even stilstaan bij de wijkverpleging en -verzorging. Kan de Staatssecretaris nog eens ingaan op de botte bezuiniging van 400 miljoen op met name de persoonlijke verzorging? Wat gaat dit concreet in de praktijk betekenen? Blijft dit recht op verzorging gehandhaafd of moeten mantelzorgers dit gaan doen? Wat betekent dit voor de kwaliteit en de continuïteit van het werk en voor de bereikbaarheid? Wat betekent dit voor de werkgelegenheid? Deze laatste vraag was nog niet beantwoord. 400 miljoen en structureel 600 miljoen bezuinigen betekent 10.000 of meer banen. Kan de Staatssecretaris daar expliciet op ingaan?

### **Voorzitter: Van Gerven**

De **voorzitter**: Ik neem aan dat het kabinet meteen van start kan gaan. Het woord is aan de Minister voor haar tweede termijn.

Minister **Schippers**: Voorzitter. Er zijn twee vragen aan mij gesteld. Wil ik de betaaltitel voor de shared savings meenemen in de stand-van-zakenbrief? Dat zal ik doen.

Zijn er Treeknormen voor de wachtlijst voor wijkverpleegkundigen? Die zijn er nog niet, maar daar zal ik nader overleg met de partijen over hebben. Overigens is spoedeisend altijd direct. Ik zal er nader overleg over hebben en dat kan ik ook meenemen in de stand-van-zakenbrief.

De **voorzitter**: De Kamer krijgt dus bericht over de vraag hoe dit concreet wordt uitgewerkt. Het woord is aan de Staatssecretaris.

Staatssecretaris **Van Rijn**: Voorzitter. Mevrouw Wolbert noemde de koppeling tussen de regio en de zorgverzekeraar. Dat is inderdaad een relevante koppeling. Het is goed om dit in de gaten te houden en mee te nemen in de verdere monitoring. Het is een terecht punt.

Zij vraagt hoe het zit met die 10 miljoen voor de zichtbare schakels. Ik heb met Minister Blok afgesproken dat deze middelen beschikbaar blijven voor de gemeenten in de kwetsbare wijken. Ik denk dat we direct na het reces een brief kunnen sturen aan de Kamer over de vraag hoe dit ingebed wordt. De meest voor de hand liggende optie is om dit toe te voegen aan het stimuleringsprogramma Gezond in de stad. Daar heb ik inmiddels afspraken met collega Blok over gemaakt.

Mevrouw Wolbert, mevrouw Bruins Slot en mevrouw Dijkstra vragen hoe het zit met de inkoop ketenzorg dementie en de casemanagers. De techniek zal als volgt zijn. We voegen een prestatie Ketenzorg dementie toe. Op basis daarvan zal met de beroepsgroep besproken worden wat daar allemaal onder valt. Onder andere zullen de coördinatiekosten voor casemanagement hieronder vallen. Die kunnen dus ingeboekt worden. Daarmee voldoen we dus aan de vraag van zorgverzekeraars en Alzheimer Nederland. We voegen een prestatie toe, zodat we mogelijk maken en expliciet zichtbaar maken dat je daaronder casemanagement dementie kunt inkopen. Dat zullen we dus zo regelen.

Mevrouw Bruins Slot vraagt naar de respijtzorg.

De **voorzitter**: Een ogenblik, Staatssecretaris, er is nog een vraag van mevrouw Dijkstra.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Nog even over de toezegging van de Staatssecretaris over het casemanagement dementie. Kan de Staatssecretaris een en ander op papier aan ons toesturen, bijvoorbeeld bij de beleidsbrief Dementie, zodat het een harde toezegging is en wij geen motie of wat dan ook hoeven te maken?



Staatssecretaris **Van Rijn**: Dat lijkt me een uitstekend idee.

De **voorzitter**: Kan er nog een termijn genoemd worden?

Staatssecretaris **Van Rijn**: Ik heb het niet helemaal in mijn hoofd, maar de veiligste toezegging is: na het zomerreces. Laat ik het toezeggen voor september.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Dank voor uw toezegging. Het is belangrijk om er geen enkel misverstand over te laten bestaan. Het is ook goed als de Staatssecretaris iets wil zeggen over de opmerking die hij steeds in tweede instantie maakt, over het streven om zo weinig mogelijk aanspraken in het segment te krijgen. Kan hij ook iets zeggen over de manier waarop hij die wil indikken? Waar blijft dan de aanspraak Casemanagement dementie? Anders blijft er almaar onzekerheid bestaan over de inkooptitel. Ik denk dat het goed is dat de Staatssecretaris zijn ambitie op dit punt gelijk in de brief meeneemt. Anders blijft er almaar zoiets rondzingen. Graag met die toevoeging.

Staatssecretaris **Van Rijn**: Dat snap ik. Volgens mij zijn we het erover eens dat het gewoon geborgd moet worden. We borgen het nu door een apart prestatieveld te maken. Bij het indikken is de beste borging een aparte prestatie, of de richtlijnen van de beroepsgroep moeten zodanig helder zijn dat er op die manier ingekocht kan worden. Dan is het op die manier geborgd. Volgens mij zijn we het er volstrekt over eens, zeker wanneer het gaat om de inkoop van dementiezorg.

Mevrouw Bruins Slot vraagt of respijtzorg onder de Wmo breder is dan die onder de AWBZ. Het korte antwoord is: ja. Onder de AWBZ kun je tot drie etmalen per week via een CIZ-indicatie respijtzorg krijgen. We geven dit vrij aan de gemeenten. Zij kunnen het bepalen met de middelen. Dat betekent dat gemeenten meer ruimte hebben en maatwerk kunnen bieden. Tot welke resultaten dit zal leiden, moeten we met elkaar volgen. Het is in ieder geval niet meer zo dat het op de huidige wijze is ingeperkt. Gemeenten krijgen dus de ruimte om op passende wijze, rekening houdende met de individuele omstandigheden, respijtzorg in te vullen.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Klopt het dat de bredere invulling van die zorg door gemeenten ook noodzakelijk is, omdat het kortdurende eerstelijnsverblijf in de Zvw zeer strak omschreven is? Heeft het een met het ander te maken?

Staatssecretaris **Van Rijn**: In de Wmo omschrijven we de ondersteuning van gemeenten voor mantelzorgers. Die is breder dan de ondersteuning als gevolg van bijvoorbeeld een ziekenhuisopname. Daar hebt u gelijk in. Een en ander kan voortvloeien uit een ziekenhuisopname, verblijf in een instelling of intensieve zorg thuis. Dan kan er respijtzorg worden gegeven. Dit wordt nu als het ware meer losgekoppeld van de oorzaak en er wordt gekeken naar de vraag hoe gemeenten mantelzorgers gaan ondersteunen. Die ondersteuning kan voortvloeien uit diverse oorzaken, bijvoorbeeld omdat je intensieve kindzorg geeft. Er kunnen echter ook andere redenen zijn. Gemeenten hebben dus meer ruimte om die ondersteuning te geven.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Ik vraag dit in verband met de budgettaire consequenties. Er is 100 miljoen overgegaan van het kortdurende verblijf in de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet. Een deel van de cliënten zal ook daadwerkelijk geholpen worden in de Zorgverzekeringswet. Een ander deel van de cliënten zal echter in de AWBZ terecht komen, terwijl het volledige bedrag nu bij de zorgverzekeraars terecht is gekomen. Daarom vraag ik erop door.

Staatssecretaris **Van Rijn**: Ik zeg het even uit mijn hoofd. Datgene wat in de AWBZ zat, gaat over. Overigens hebben gemeenten in zijn algemeenheid meer middelen gekregen om mantelzorgers te ondersteunen. Het totale plaatje is volgens mij dus ruimer dan u nu schetst. De heer Van Gerven vroeg of ik kon reageren op het structurele budget. Er is inderdaad sprake van een korting op de persoonlijke verzorging. In 2015 is die ruim 400 miljoen. Dit loopt op naar 560 miljoen structureel. Er staan echter wel een aantal dingen tegenover. Er wordt groeiruumte toegevoegd. Er worden extramuraliseringsgelden toegevoegd. De wijkverpleging wordt geïntensiveerd. Het budgettaire kader is overigens in maart toegezonden aan de Kamer aan de hand van het Onderhandelaarsresultaat transitie verpleging en verzorging. Bij de start van de uitgave voor dat hele budget gaat het om ongeveer 2,9 miljard. Na alle operaties, dus de toevoeging van de groeiruumte, de extramuralisering, de korting op de persoonlijke verzorging, geen korting op de verpleging en de intensivering van de wijkzorg, kom je uit op een budget van iets meer dan 3 miljard. In 2016 begint het met 3,1 miljard en stijgt het naar ongeveer 3,3 miljard. Met de intensiveringen, de groeiruumte en de extramuraliseringsmiddelen die aan het budget worden toegevoegd, verwacht ik dus niet dat er heel grote werkgelegenheidseffecten zullen zijn in de wijkverpleegkundige zorg. Sterker nog, door de intensiveringsmiddelen moeten we ons misschien eerder zorgen maken over de vraag of een en ander in een voldoende tempo meegroeit, zoals mevrouw Dijkstra ook vroeg. Ik denk dus niet dat het tot een enorme daling van de werkgelegenheid in de wijkverpleging zal leiden. Daar geven de budgettaire cijfers ook geen aanleiding toe. We blijven dit natuurlijk heel nauwgezet volgen.

De **voorzitter**: Dank u wel. Er zijn wellicht nog vragen blijven liggen. Ik vraag ook of er behoefte is aan een VAO. Denk daar even over na.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Ik heb geen behoefte aan een VAO. We hebben ook schriftelijk uitputtend veel vragen kunnen stellen. Ik heb echter geen antwoord gekregen op mijn vraag over selectieve preventie. Ik snap dat de Staatssecretaris dat moeilijk vindt, maar ik wil toch de bevestiging dat selectieve preventie hoort bij het takenpakket van de wijkverpleegkundige.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Ik wil de agenda ook niet belasten met een VAO, maar ik heb wel nog een vraag. De Staatssecretaris heeft het naar aanleiding van mijn vraag over de budgetten over mantelzorg, maar tijdelijk verblijf is iets anders dan mantelzorg. Het lijkt erop alsof die brief over eerstelijnsverblijf een aantal witte vlekken houdt. Hij hoeft er niet nu op terug te komen, maar misschien kan hij de vraag die ik gesteld heb, nog iets beter bestuderen en kan hij er in een volgende brief nog op terugkomen.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Ik ben nog één vraag vergeten. Al deze veranderingen brengen veel onduidelijkheid met zich mee voor de burgers, voor mensen die een beroep doen op de zorg. Is er een communicatieplan waarmee goede informatie wordt gegeven, zodat mensen weten wat hun te wachten staat?

Staatssecretaris **Van Rijn**: Mevrouw Wolbert heeft een vraag gesteld over preventie. Het dreigt altijd een beetje jargon te worden. Wat is collectieve preventie? Wat is selectieve preventie? Wat is geïndiceerde preventie? Tot de taak van de wijkverpleegkundige behoort ook dat je bij een patiënt of bij een gezin aan huis komt en signaleert dat gezondheidsproblemen dreigen als je niet aan preventie doet. Dan wordt er ook in de medische sfeer aan preventie gedaan. Dat is echter wat anders dan collectieve preventie. Die behoort nadrukkelijk niet tot de taken van de wijkverpleegkundige. De taken die te maken hebben met het medische domein horen

er wel bij. De wijkverpleegkundige ziet wat er aan de hand is, kan afspraken maken en kan risicofactoren en symptomen bezien, zodat er daarna verwijzing kan plaatsvinden naar de huisarts of naar een andere situatie die gericht is op het preventief werken.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Ik stel die vraag natuurlijk niet voor niets. In de brief en in de antwoorden ...

De **voorzitter**: Mevrouw Wolbert, we moeten echt om halfeen afronden.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Dan heb ik een punt van orde. Ik heb net gezegd dat ik geen VAO zou aanvragen, maar dat was misschien te voorbarig. Ik wil dit wel heel precies weten, want dit gaat ergens over. De Partij van de Arbeid-fractie is heel expliciet geweest over haar wens om selectieve preventie op te nemen in het takenpakket van de wijkverpleegkundige. In de brief over de wijkverpleegkundige staat ook dat selectieve preventie erbij hoort, maar in de antwoorden op de vragen staat dat dit niet zo is. Het gaat dus echt ergens over. Als ik geen antwoord krijg en de Staatssecretaris eromheen draait, zal ik een VAO aanvragen en het per motie regelen.

Staatssecretaris **Van Rijn**: Ik zei al dat het een beetje over de woordjes gaat. Zijn wij het erover eens dat collectieve preventie niet tot het takenpakket van de wijkverpleegkundige behoort en dat individuele preventie, die op indicatie plaatsvindt en die de wijkverpleegkundige bij wijze van spreken indiceert, er wel toe behoort? Als dat duidelijk is, lijkt het me goed. Er zit nog een tweede vraagstuk aan vast. Ik begrijp de vraag van mevrouw Wolbert heel goed. Het zou heel goed zijn als er naast de preventie die tot het takenpakket van de wijkverpleegkundige behoort – daar kan geen misverstand over bestaan – ook nog andere preventiediscussies worden gevoerd. Zou het bijvoorbeeld niet goed zijn als gemeenten en verzekeraars met elkaar afspraken maken over hoe je beter kunt acteren in de eerste lijn? Dit kan kosten besparen in de tweede lijn of in andere delen van de eerste lijn. Een goede organisatie van de wijkverpleegkundige zorg of van de sociale wijkteams kan ertoe leiden dat je goede afspraken kunt maken over substitutie, die verder gaan dan we tot nu toe gewend zijn. De preventie en de preventieactiviteiten behoren dus gewoon tot het takenpakket van de wijkverpleegkundige. Voor de collectieve preventie zou het goed zijn als gemeenten en verzekeraars er op den duur in slagen om substitutieafspraken te maken om als het ware over de domeinen heen tot een veel doelmatigere aanwending van middelen te komen.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Maar ...

De **voorzitter**: We gaan nu niet ...

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Dan vraag ik of de Staatssecretaris op dit punt een aparte brief kan sturen. Ik heb er een hekel aan om dit in de laatste 60 seconden van een debat te moeten doen. Het gaat echt ergens over.

De **voorzitter**: Mevrouw Wolbert, het is duidelijk dat u daar zeer aan hecht. Ik geef de Staatssecretaris de gelegenheid om zijn verhaal af te maken en dan mag u erover nadenken of u wel of niet een VAO wilt.

Staatssecretaris **Van Rijn**: Ik zal mevrouw Wolbert tegemoetkomen: ik heb er geen enkele moeite mee om het nog een keer op te schrijven. Dan kan ze bekijken hoe we dat gaan regelen. Ik zal beschrijven wat precies tot het takenpakket van de wijkverpleegkundige behoort en wat niet. Geïndiceerde preventie hoort er gewoon bij, maar om mevrouw Wolbert

gerust te stellen wil ik het best nog een keer nader duiden, zodat zij ook kan zien of er nog een misverstand over is of niet.  
Mevrouw Bruins Slot vroeg mij om nog eens naar die respijtzorg te kijken en die bij gelegenheid nog eens even mee te nemen en te duiden. Dat doe ik graag. De ruimte voor de gemeenten neemt op zichzelf toe en is breder dan in de huidige situatie. Ik ben graag bereid om dit nog een keer voor mevrouw Bruins Slot te duiden.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Het gaat ook om de financiering.

Staatssecretaris **Van Rijn**: Jazeker.

Mevrouw Dijkstra stelde een vraag over de communicatie. We moeten sowieso communiceren over de veranderingen die plaatsvinden in wet- en regelgeving. Dat doen we heel nauwgezet met zorgverzekeraars, zorgaanbieders en gemeenten, om ervoor te zorgen dat we niet alleen in zijn algemeenheid communiceren over de veranderingen in wet- en regelgeving, maar ook zo specifiek mogelijk communiceren over de vraag wat die veranderingen betekenen voor de mensen. Dit laatste wordt vooral door gemeenten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars gedaan. Daarom vormen we met hen één communicatieteam, om ervoor te zorgen dat de algemene informatie en de specifieke informatie voor categorieën burgers en patiënten qua timing en qua inhoud heel nauw op elkaar aansluiten. Dit heeft dus onze grote aandacht.

De **voorzitter**: Dank u wel. De Staatssecretaris heeft toezeggingen gedaan over wat hij op papier gaat zetten. Kan dit voor het einde van het zomerreces de Kamer bereiken? De Kamer is namelijk voornemens om begin september de Wet langdurige zorg te behandelen. Ik denk dat het qua samenhang goed zou zijn als de brief ons bijvoorbeeld op 1 september kan bereiken.

Staatssecretaris **Van Rijn**: Als u daarvan maakt «in september», kan ik me eraan houden.

De **voorzitter**: Goed, dit is gehoord.

Mevrouw **Agema** (PVV): Ik wil graag een uitspraak van de Kamer vragen over de wenselijkheid van de overheveling van de verpleging en de verzorging.

De **voorzitter**: Goed. Dan wordt er nog een VAO gepland voor vanavond in de latere uren. Ik dank iedereen voor zijn inbreng.

Sluiting 12:35 uur.