

Vergaderjaar 2011–2012

29 247

Acute zorg

Nr. 173

VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Vastgesteld 20 maart 2012

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ heeft op 29 februari 2012 overleg gevoerd met minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over:

- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 5 september 2011 over een beleidskader voor eerstelijnscentra in grootschalige nieuwbouwlocaties (29 247, nr. 150);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 11 oktober 2011 over het praktijkkosten- en inkomensonderzoek naar de huisartsenzorg (29 247, nr. 151);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 2 november 2011 over de bijstelling van de tariefskorting voor de eerste lijn (29 247, nr. 152);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 18 mei 2011 ter aanbieding van het rapport «Telefonische bereikbaarheid huisartsen nog steeds onder de maat» (29 247, nr. 146);**
- **de brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 19 december 2011 ter aanbieding van een tussenrapportage over wijkverpleegkundigen (23 235, nr. 94);**
- **de initiatiefnota van de heer Van Gerven (SP) d.d. 10 mei 2011, getiteld «Terug naar de praktijk: aanbevelingen voor het behoud van de unieke positie van de huisarts als spil in het web binnen de huisartsenzorg en eerste lijn» (32 765);**
- **de brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 14 februari 2012 met een reactie van de rapporten van de NPCF en de V&VN over de taken van de wijkverpleegkundige (23 235, nr. 95).**

¹ Samenstelling:

Leden: Van der Staaij (SGP), Smeets (PvdA), voorzitter, Smilde (CDA), Koşer Kaya (D66), Van der Veen (PvdA), Van Gerven (SP), Ouwehand (PvdA), Agema (PVV), Leijten (SP), Bouwmeester (PvdA), Wolbert (PvdA), Wiegman-van Meppelen Scheppink (ChristenUnie), Uitslag (CDA), Elias (VVD), ondervoorzitter, Dijkstra (D66), Dille (PVV), Gerbrands (PVV), Mulder (VVD), Venrooy-van Ark (VVD), Bruins Slot (CDA), Voortman (GroenLinks), Klaver (GroenLinks) en Straus (VVD).
Plv. leden: Dijkgraaf (SGP), Kuiken (PvdA), Omtzigt (CDA), Bernds (D66), Klijnsma (PvdA), Ulenbelt (SP), Hazekamp (PvdD), De Mos (PVV), Kooiman (SP), Arib (PvdA), Eijssink (PvdA), Ortega-Martijn (ChristenUnie), Van Toorenburg (CDA), Van der Burg (VVD), Van der Ham (D66), Beertema (PVV), Bosma (PVV), Lodders (VVD), Van Miltenburg (VVD), Ormel (CDA), Sap (GroenLinks), Van Tongeren (GroenLinks) en De Liefde (VVD).

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

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

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

Voorzitter: Smeets
Griffier: Clemens

Aanwezig zijn acht leden der Kamer, te weten: Gerbrands, Van Gerven, Mulder, Smilde, Van der Staaij, Van der Veen, Voortman en Smeets,

en minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, die vergezeld is van enkele ambtenaren van haar ministerie.

De **voorzitter**: Ik open dit algemeen overleg over huisartsenzorg – zorg in de buurt en heet de minister, haar ambtenaren, evenals het in de zaal aanwezige publiek en de geachte afgevaardigden van harte welkom. We hebben een spreektijd afgesproken van vijf minuten en het woord is als eerste aan de heer Van Gerven van de SP-fractie.

De heer **Van Gerven** (SP): Voorzitter. De zorg verkeert in deplorabele staat. Het pakket wordt uitgetekend. Maagzuurremmers en tandzorg gaan uit het pakket, evenals de diëtist en de fysiotherapeut voor grote groepen mensen. Er is een eigen risico van € 220 gekomen en een discriminatoire eigen bijdrage voor de geestelijke gezondheidszorg. De mensen die in de gezondheidszorg werken, hebben enorm veel last van de NMa, die verlamdend werkt op de samenwerking tussen de hulpverleners. Er moet gevochten worden om de patiënt. Is de minister bereid om de NMa tot de orde te roepen? De NMa hindert de zorg en de zorg is geen markt. Wil de minister de eerstelijnszorg plaatsen buiten het kader van de NMa? Ik wil hier even een link leggen naar de ambulancezorg. Daar komen we nog over te spreken. De minister heeft zelf voorgesteld om die te benoemen tot dienst van algemeen economisch belang (DAEB). Biedt het ook perspectieven voor de eerstelijnszorg om het op die manier te organiseren? Wat vindt de minister in dit kader van het «Pact van Garderen»? Dat gaat van A tot Z over samenwerking, taakverdeling en coördinatie van de eerstelijnszorg in de buurt. Is de NMa ook al in Garderen gesignaleerd?

Waarom meet de minister met twee maten? Het volume van de ziekenhuizen mag groeien met 2%, terwijl de huisartsen gekort worden met 100 mln. En dat terwijl de huisartsen 95% van de klachten van patiënten behandelen tegen 3,3% van de zorgkosten. Hoe kan het dat de huisartsen als tweederangsartsen behandeld worden, terwijl de minister de loper uitlegt voor de specialisten en de ziekenhuizen? De groei van de ziekenhuizen belooft in twee jaar tijd net zo'n bedrag als de totale kosten van de huisartsenzorg. Waarom mag het ziekenhuis wel groeien, terwijl de huisarts gekort wordt? Leidt de versterking van de huisartsenzorg niet tot betere zorg en tot een besparing op onnodige ziekenhuiszorg? Ligt het niet voor de hand om dan juist te investeren in de huisartsenzorg, in plaats van te snijden?

In mijn initiatiefnota «Terug naar de praktijk» heb ik een aantal concrete voorstellen gedaan ter versterking van de positie van de huisarts en ter verbetering van de bereikbaarheid. Ouderen en zieken moeten een huisarts op rollatorafstand kunnen bereiken. De SP pleit voor een verlaging van de praktijknorm, om te beginnen van 2 350 naar 2200. De capaciteit van de doktersassistent moet uitgebreid worden van 1 naar 1,6 voltijdsbanen en de praktijkondersteuner van 0,3 naar 0,6. Schaf het centraal indicatieorgaan voor de zorg af. Voorts stelt de SP-fractie voor om te stoppen met individuele contracten en het financieringssysteem te vereenvoudigen, bijvoorbeeld door te werken met uniforme landelijke tarieven, en om zo veel mogelijk met abonnementssystemen te werken. Artsen en hulpverleners moeten niet verworden tot premiejagers. Wij moeten kunnen vertrouwen op hun professionele drijfveren. Als we financiële prikkels introduceren, gaan mensen daarnaar handelen. Dat tast de professionele motivatie aan. In de zorg is «niets doen» in veel gevallen

de beste behandeling. Hoe moet dat in een steeds meer op verrichtingen gericht stelsel?

Wat betekent het als de voorstellen uit mijn initiatiefnota worden doorgevoerd? Dan zie je aan de ene kant inderdaad een extra uitgave en investeringen in de huisartsenzorg in de orde van grootte van structureel 400 mln. Daar tegenover staat een besparing in dezelfde orde van grootte, substitutie van de zorg van tweede naar eerste lijn, vermindering van bureaucratie en het verdwijnen van het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ). Is de minister bereid om dit voorstel over te nemen? Voor hetzelfde geld krijgen we dan immers betere zorg, goedkopere zorg en zorg die dichterbij is, om de hoek.

Een belangrijk probleem vormen de keten-dbc's. Zij zijn de voedingsbodem voor nieuwe bureaucratie en extra kosten. Achmea heeft becijferd dat de keten-dbc's ons per diabetespatiënt € 228 extra kosten. Graag hoor ik daarop een reactie van de minister. Is het niet beter om met een koptarief te werken?

Dan kom ik op de taakdifferentiatie. Ik vraag de minister om niet verder te gaan op het pad van de taakdifferentiatie voor de huisarts. Ik roep in herinnering het drama in de thuiszorg, waar nu hordes verschillende hulpverleners bij mensen over de vloer komen, wat tot een enorme bureaucratie heeft geleid en onder andere ook tot het SP-spotje met Mieke, over te dure en verontmenselijke zorg. Wij willen de buurtzorg terug. Laten wij leren van de fouten uit het verleden. Laat de huisarts de spil en de poortwachter blijven in de eerste lijn en laten we de zorg niet verknippen. We moeten geen verknipte zorg krijgen.

De voorzitter: Dank u wel. Dan is het woord aan mevrouw Smilde van de CDA-fractie.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Voorzitter. Huisartsenzorg is belangrijk in ons land. Ze is even complex als belangrijk. De huisarts is de eerste naar wie men toe gaat als men medische zorg nodig heeft, dichtbij, in de buurt. Dat geldt voor een incidentele zorgvraag, maar het geldt nog meer voor chronisch zieken. De huisarts is de spin in het web bij de ketenzorg voor chronische aandoeningen en die twee taken moeten huisartsen zo goed mogelijk kunnen doen. Hoe beter zij dat kunnen, des te beter is dat voor ons zorgstelsel. Wij weten allemaal dat het op dit moment niet goed loopt. Dat heeft verschillende oorzaken. Er is een financieel verschil van mening tussen de huisartsen en de minister. De samenwerking in de eerstelijnscentra is nog niet goed uitgekristalliseerd en wordt nog belemmerd door de nodige financiële en wettelijke schotten. Wat is de stand van zaken in het overleg over het verschil van mening tussen de minister en de huisartsen?

Wat de samenwerking in de eerstelijnscentra betreft, hopen wij dat we met de uitvoeringstoets van de Nationale Zorgautoriteit (NZa) ook hier knopen kunnen doorhakken. Daarom wil ik het vandaag hebben over de knelpunten die op onze agenda staan. Wij hechten aan de positie van de huisarts als poortwachter en beheerder van de medische geschiedenis. Dat maakt ons sceptisch over de SOS-arts. Hoe past deze daarin? Wie coördineert de geleverde zorg? Wat is het niveau van de SOS-arts? De SOS-arts is nu gestart. Wij vragen de minister om ons voor de begrotingsbehandeling een stand van zaken te geven. Hoe gaat het nu in de praktijk als mensen gebruikmaken van een SOS-arts?

De telefonische bereikbaarheid van de huisartsen lijkt nauwelijks verbeterd. Het is goed dat de inspectie bij hardnekkige gevallen via bestuurlijke dwang verbetering kan afdwingen, maar de telefonische bereikbaarheid is kennelijk zo'n grootschalig probleem dat het voor de inspectie bijna niet te doen is. Wat zijn daar precies de oorzaken van? Als ik de rapportages lees, bekruipt mij de vraag of dit nu wel prioriteit heeft, terwijl het in feite natuurlijk het eerste is wat je waarneemt als je de

huisarts opbelt. Hoe kan de minister dit optimaliseren? Zij verwijst zelf naar de zorgverzekeraars, die daar met hun zorginkoop rekening mee moeten houden. Dat is toch wat te vaag. Ik vraag mij af hoe sterk de zorgverzekeraars de telefonische bereikbaarheid meewegen als zij zorg inkopen. Wie voelt zich in wezen de eigenaar van het probleem van de telefonische bereikbaarheid? Kan de minister hier iets meer over zeggen? Wat zeggen de huisartsen er zelf van? Hebben zij voorstellen tot verbetering? Ik vind dat zo'n dwangmiddel van de inspectie toch eigenlijk niet zou moeten.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Mevrouw Smilde stelt een aantal vragen aan de minister, onder andere wie er nu verantwoordelijk is voor de telefonische bereikbaarheid. Wie is volgens mevrouw Smilde daarvoor verantwoordelijk?

Mevrouw **Smilde** (CDA): Primair de huisartsen, vind ik. Dat gaf ik ook aan. Daarom vraag ik mij af waarom dit proces, dat nu al jaren duurt, zo moeizaam is. Wij slagen er kennelijk toch niet goed in, de telefonische bereikbaarheid gegarandeerd te krijgen. Daarom vraag ik me dan ook af of dit wel prioriteit heeft. Wij proberen aan alle kanten de huisartsen ertoe te bewegen daar prioriteit aan te geven. Het dwangmiddel van de inspectie vind ik dan eigenlijk het laatste redmiddel.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik denk dat mevrouw Smilde het met mij eens is dat telefonische bereikbaarheid wel handig is als je de huisarts wilt bereiken. Dan kun je toch ook zeggen: het moet spic en span in orde zijn en als het dat niet is, volgt er een boete?

Mevrouw **Smilde** (CDA): Dat is waar, maar dat is kennelijk al geprobeerd. Uit de rapporten van de inspectie blijkt dat deze steeds zwaardere middelen inzet. Kennelijk werkt dat niet goed of niet goed genoeg. Ik vind dat je in het voortraject veel gerichter moet nagaan waarom het niet goed werkt. Hoe doen de huisartsen dat? Zitten de zorgverzekeraars daar bovenop? Dat lijkt me toch het eerste.

Voorzitter. De positie van de huisarts wordt ook sterker als er meer duidelijkheid komt over bijvoorbeeld de eerstelijns-ggz en het inzetten van de wijkverpleegkundige. Over het laatste heeft de minister al voorstellen gedaan in het AO Zorglandschap. Ik hoor graag van haar hoe het nu staat met de eerstelijns-ggz en wat daarop haar visie is.

Ik heb veel waardering voor de SP-nota over de huisartsenzorg. Daar zit heel veel werk in. Ik feliciteer de SP er dan ook mee dat we die nota hier vandaag bespreken. We zijn het erg met de SP eens dat een sterkere eerste lijn medicalisering in de tweede lijn beperkt. We hebben wel behoorlijk wat kanttekeningen. De nota blijft onduidelijk over de specifieke aanpak van chronisch zieken. Als er één abonnementstarief is, dan kun je niet goed differentiëren tussen veel zorgvragers en geen zorgvragers. Hoe wordt bij een abonnement innovatief gedrag beloond? Dat zien we nu in huisartsenpraktijken veel en daar zijn we juist heel blij mee. We willen dan ook graag dat de minister het probleem oplost met de huisartsen, zodat we dat weer beter mogelijk maken. Dan ga ik in op de financiering. Wij zijn niet voor het afschaffen van het CIZ, wel voor het sterk vereenvoudigen ervan. Wij vragen ons toch af hoe de SP in de toekomst de kostenstijgingen opvangt, want geheid dat ook de SP daarmee te maken zal krijgen. Dat wilde ik kwijt over de SP-nota.

Ik heb nog één punt over de investeringen in de eerstelijnscentra. Dat doe je niet zomaar. Dat is logisch en het is ook logisch dat er aanloopproblemen zijn bij het van de grond tillen van grootschalige nieuwbouwlocaties. Wij vinden dat huisartsen en andere hulpverleners die hiervoor hun nek uitsteken, ondersteund moeten worden, tijdelijk natuurlijk, totdat de boel draait. Daarvoor zijn er wel mogelijkheden; die worden ook door

het ministerie aangereikt. Als wij het goed begrijpen, blijven deze middelen ook bestaan voor centra die na 2009 en 2010 gestart zijn. Klopt dat? Het CDA vindt een geïntegreerd zorgaanbod echt een terechte voorwaarde. Dit is immers de enige plek waar je bij nul begint. Dan kun je het op die manier goed vormgeven. In haar brief schrijft de minister dat er schriftelijke afspraken rondom de geïntegreerde eerstelijnszorg zijn met de preferente zorgverzekeraar. Wie is de preferente zorgverzekeraar voor een centrum dat nog niet bestaat en voor mensen die daar nog niet wonen? En waaraan toetst die zorgverzekeraar zijn medewerkers?

De heer **Van Gerven** (SP): Wij hebben de afgelopen maanden ontzettend veel gediscussieerd over de NMa en de concurrentie, ook in de eerste lijn, met de huisartsen. Wat vindt het CDA van het voorstel om van de hele eerste lijn of in ieder geval van de huisartsen een dienst van algemeen economisch belang te maken, een DAEB? Dat is dan eigenlijk vergelijkbaar met de ambulancezorg, waarvoor de minister dat ook voorstelt. Als we het op die manier organiseren, dan kunnen we de mededinging eigenlijk buiten spel zetten, of in ieder geval aan de zijlijn.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Dat is niet de route die het CDA wil bewandelen. Ik heb al in eerdere debatten aangegeven dat wij meer zien in iets anders. Wij zijn het ermee eens dat samenwerking tussen zorgverleners moet kunnen en wij willen graag dat de NZa de effecten van die samenwerking toetst op kwaliteit, bereikbaarheid en goede zorg en dat, als daar een positief oordeel over gegeven wordt, de NMa dat inderdaad als samenwerking duidt. De minister heeft ons daarop toegezegd dat zij in haar brief over de NMa ook dit punt zal meenemen. Dat vindt de CDA-fractie een betere route, omdat het dan meer in zijn algemeenheid speelt. Dan houdt je de samenwerking niet beperkt tot de eerste lijn, maar is die ook mogelijk in de tweede. Daarom hebben wij liever zo'n algemene regeling.

De heer **Van Gerven** (SP): Voordat wij met de initiatiefnota kwamen, hebben wij een enquête gehouden onder duizenden huisartsen. Daar kwam als groot probleem onder andere de NMa naar voren, maar ook de enorm toegenomen bureaucratie en de administratieve regeldruk, die ontstaat door het concurrentiestreven dat je met allerlei verschillende verzekeraars afspraken moet maken en dergelijke. Zou het dan toch niet veel verstandiger zijn om dezelfde route te bewandelen als bij de ambulancezorg en het langdurig te gunnen? Je zou het bijvoorbeeld voor vijf jaar kunnen gunnen aan een regionaal samenwerkingsverband van allerlei eerstelijnszorgverstrekkers. Dat zou ontzettend veel rust en stabiliteit brengen en heel veel effectiviteit.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Dat type werken hebben wij tot een aantal jaar geleden gehad en we hebben geconcludeerd dat het toch niet veel effect heeft. Mijn stelling blijft dat samenwerking in de eerstelijnszorg mogelijk moet zijn, op de wijze die ik zojuist schetste. Ik zie de administratieve lasten ook wel, maar juist dat is een belangrijk onderdeel van de aanvraag die de minister heeft gedaan over de uitvoeringstoets van de NZa. Er wordt niet alleen bekeken hoe de financiering kan. Er wordt ook gezien hoe de eerste lijn in zijn totaliteit veel beter kan functioneren. Daarom hecht ik eraan, die route te bewandelen. Ik ga ervan uit dat de minister daar echt wel het veld bij betreft. Ik vond de aanvraag van de minister nogal uitvoerig en compleet en ik wil heel graag op de uitkomst wachten.

De **voorzitter**: Dank u. Dan is nu het woord aan mevrouw Voortman van GroenLinks.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Voorzitter. Wij spreken vandaag voor de derde keer in korte tijd over huisartsenzorg. Dat is een goede zaak,

want de huisarts is samen met de wijkverpleegkundige de belangrijkste verlener van zorg in de buurt. Met de vergrijzing om de hoek zal dat alleen maar toenemen. De visie van GroenLinks op het kabinetsbeleid ten aanzien van huisartsen mag inmiddels duidelijk zijn. Huisartsen verzorgen zinnige en zuinige zorg, kunnen middels substitutie juist voor minder kosten zorgen, mits ze de ruimte en het vertrouwen krijgen. Helaas kiest het kabinet voor afknijpen en wantrouwen creëren, door de indruk te wekken dat het voor huisartsen om een inkomenskwestie gaat. Nog erger is dat het onderzoek van de NZa naar het inkomen van huisartsen buitengewoon rommelig verloopt. Wij hebben gisteren een brief van de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) hierover gehad. Daaruit blijken verschillende zaken die ons doen denken dat het onderzoek veel beter moet. Er worden nu echt fouten gemaakt. Het eerste punt is dat er uitgebreide vragenlijsten worden rondgedeeld en dat huisartsen er soms wel twintig uur mee bezig zijn, die lijsten in te vullen. Die twintig uur kunnen dus niet besteed worden aan zorg. Ik wil graag van de minister horen wat zij daarvan vindt en wie er verantwoordelijk is voor die tijd. Moet daar bijvoorbeeld een vergoeding voor komen? Ik kan mij best voorstellen dat we dergelijke oplossingen overwegen.

Daarnaast hebben wij ook gehoord dat er huisartsen zijn die gegevens van andere huisartsen hebben gekregen over bijvoorbeeld de omzet. Dat kan natuurlijk niet de bedoeling zijn. Dat komt op mij over alsof het belastingformulier van de heer Mulder met zijn inkomensgegevens bij mij in de brievenbus is beland. Dat zou ik heel vervelend vinden voor de heer Mulder. Onduidelijk is nog welke omvang dit probleem heeft. Hoe veel huisartsen hebben gegevens van andere huisartsen ontvangen? Het is natuurlijk verse informatie, maar het is ook behoorlijk schokkende informatie. Dus ik wil heel graag van de minister horen wat zij hiermee gaat doen. Wat ons betreft moet heel snel in kaart worden gebracht hoe groot dit probleem is. We willen ook graag dat de minister ons dat zo snel mogelijk laat weten. Het moge immers duidelijk zijn dat het allesbehalve bevorderlijk is voor het vertrouwen in huisartsen en kabinet als het onderzoek op deze wijze wordt uitgevoerd en als daar zulke fouten bij worden gemaakt.

Ik had nog veel meer willen zeggen over bijvoorbeeld de tariefkorting, maar dat is al eerder besproken. Daarom concentreer ik mij nu op een aantal zaken die in de stukken aan de orde komen die we specifiek vandaag bespreken. Ik begin met de eerstelijnscentra in grote nieuwbouwlocaties. GroenLinks juicht het toe dat de minister de ontwikkeling hiervan als dienst van algemeen economisch belang aanwijst in de zin van de EU-beschikking. Dat is hard nodig. Corporaties pakken hier immers taken op die marktpartijen wegens beperkt rendement laten liggen. Dat is echter niet voldoende. Ook in krimpgebieden is dit een groot probleem. We hebben onlangs nog het voorbeeld gezien van een gezondheidscentrum in Renkum dat niet ontwikkeld kon worden vanwege de EU-beschikking. Die problemen zullen er ook na 2013 nog zijn. Een tijdelijke aanwijzing is dus niet genoeg en het is nog zeer de vraag wat er na 2013 gebeurt. GroenLinks vindt dat de EU-beschikking moet worden aangepast. Dat geldt niet alleen voor de inkomensgrens van € 33 000, waar elders in dit huis al vaak over wordt gedebatteerd; ook de scheiding tussen DAEB's is een slechte zaak. Kijk maar eens rond in een wijk. Ongeacht of je het over een Vinex-wijk, een krimpgebied of een aandachtswijk hebt, de mooiste, waardevolste en meest innovatieve projecten zijn vaak mengvormen. Wat te denken van een winkelcentrum met daarin een eerstelijnscentrum, en daarboven aanleunwoningen voor ouderen? Deelt de minister mijn mening dat dit soort projecten juist moet worden uitgebreid in plaats van ingeperkt?

Minister Spies heeft onlangs aangegeven te willen overleggen met Brussel over het aanpassen van de EU-beschikking. Is de minister van VWS bereid om bij haar collega nog eens extra onder de aandacht te

brengen welke consequenties dit specifiek voor de eerstelijnszorg heeft? Die ruimte is er overigens ook binnen de EU-beschikking al. Het kabinet kan immers – dat blijkt ook uit de brief van de minister – een aanwijzing geven. Ik wil de minister vragen om de DAEB-aanwijzing uit te breiden naar krimpgebieden en aandachtswijken. Graag hoor ik van haar een bevestiging.

Dan kom ik te spreken over de positie van verpleegkundigen. We horen nu veel over wijkverpleegkundigen, maar wat nog ontbreekt in de discussie is de brede aandacht voor de bekostiging van verpleging in de eerste lijn. Te denken valt aan praktijkverpleegkundigen, sociaal verpleegkundigen en jeugdverpleegkundigen. Die worden uit verschillende potjes betaald, vaak ook met verschillende trajecten van indicatiestelling. Dat maakt de zaak niet helderder. GroenLinks wil dat het budget de patiënt volgt en dat kan door niet alles over verschillende potjes te verdelen. Is de minister bereid om te onderzoeken of al die vormen van verpleging vanuit de Zorgverzekeringswet betaald kunnen worden? Kortom, GroenLinks wil graag dat de zorg in de buurt nog meer in de buurt wordt georganiseerd. Wij denken dat daar nog heel wat meer ambitie van het kabinet bij mag komen kijken.

De voorzitter. Dank u wel. Dan is het woord aan de heer Mulder van de VVD-fractie.

De heer Mulder (VVD): Voorzitter. Wij hebben de afgelopen weken al vaak gesproken over de huisartsen en over gezondheid in de buurt. We hebben het uitvoerig gehad over de korting op de huisartsen. Over de NMa-boete hebben we een plenair debat gehad en twee weken geleden hebben we een hele middag besteed aan het zorglandschap. Wat de VVD betreft is op dit moment zo'n beetje alles besproken en wachten wij op een aantal nieuwe stukken. We wachten bijvoorbeeld op de brief over de experimenten die in een aantal regio's zullen plaatsvinden met het mogelijk maken van substitutie, zodat verzekeraars makkelijker kunnen substitueren tussen de eerste en de tweede lijn. We wachten ook op de NZa-uitvoeringstoets, waarin de positie en de structurele financiering van de wijkverpleegkundige wordt meegenomen.

Inmiddels is er een uitspraak geweest in de zaak die de huisartsen hebben aangespannen tegen de korting op het budget. Ik begrijp dat de voorzitter van de LHV graag met de minister in gesprek wilde. Ik weet niet precies wat hij wilde, maar we hebben hier in de Kamer al vaker gezegd dat het goed zou zijn als er een afspraak kwam tussen de huisartsen, de eerste lijn en de minister over hoe eventuele verdere tegenvallers in de toekomst voorkomen kunnen worden. Is op dat gebied nieuws te melden? We hebben het ook gehad over de rol van de NMa. De minister heeft een paar weken geleden toegezegd, met een brief daarover te komen. Die wachten wij af. Ik was onlangs bij een huisartsenpost en daar zei de huisarts tegen mij: mijnheer Mulder, substitutie komt ook niet van de grond zolang bijvoorbeeld voor een sterilisatie de uroloog vier keer zo veel krijgt als de huisarts in de dbc-systematiek. Er zijn dus ook nog winsten te behalen in de financieringssystematiek, waarin nu blijkbaar een specialist voor eenzelfde behandeling een hoger bedrag krijgt dan een huisarts. Als je het bedrag voor de uroloog verlaagt, wordt het interessanter om naar de huisarts te gaan, natuurlijk wel met behoud van kwaliteit.

Tot slot mijn complimenten aan collega Van Gerven van de SP voor zijn nota over huisartsenzorg. Ik kijk, als ik een voorstel zie van een linkse partij, altijd onmiddellijk naar de financiële paragraaf en ik moet zeggen dat die op papier op orde is, want de inkomsten en uitgaven verhouden zich precies goed tot elkaar. Het kost dus geen extra geld. Vaak zie je dat linkse partijen de neiging hebben om gaten te slaan in de begroting. De SP doet dat niet. Complimenten daarvoor.

Er zitten twee punten in de notitie van de heer Van Gerven die ik zelf heb genoemd in het AO Zorglandschap. Een daarvan was de praktijknorm. De

heer Van Gerven stelt voor om die praktijknorm – een huisarts heeft 2 350 patiënten – te verlagen en het aantal fte's voor ondersteuning te verhogen. Bij de samenwerkende Amsterdamse gezondheidscentra zeiden ze tegen mij: mijnheer Mulder, als u de normpraktijk verlaagt, leidt dat tot minder doorverwijzingen naar de tweede lijn. Mijn fractie voelt er eventueel voor om de praktijknorm te verlagen, mits – dat staat niet in de nota van de heer Van Gerven, maar dat zeg ik er wel bij – dat aantoonbaar kan leiden tot minder verwijzingen. Kan de minister daarop reageren?

De **voorzitter**: Twee collega's willen u nog een vraag stellen.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Wat vindt de heer Mulder ervan dat er fouten zijn gemaakt in het NZa-onderzoek naar de huisartsen?

De heer **Mulder** (VVD): Dat is voor een deel een kwestie van welles-nietes. Ik heb de brief gezien van de LHV dat zij eigen onderzoek doet. Dan is niets makkelijker dan de twee onderzoeken naast elkaar te leggen zodra de uitkomsten er zijn. Ik heb op voorhand niet de intentie om te zeggen: er zijn fouten gemaakt, het moet veranderen. De LHV doet blijkbaar eigen onderzoek hiernaar. Dat maakt het voor ons makkelijk. Dan kunnen wij straks de verschillen zien als die er zijn.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Het gaat mij erom dat gegevens van de ene huisarts bij de andere terecht zijn gekomen. Hoe beoordeelt de heer Mulder dat aspect?

De heer **Mulder** (VVD): Als het inderdaad zo is dat onterecht gegevens van de ene huisarts naar de andere huisarts gaan, dan is dat niet goed. Dan moet de NZa er alles aan doen om dat te voorkomen.

De **voorzitter**: Dan de vraag van de heer Van Gerven.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik ben blij dat de VVD het met de SP eens is dat praktijkverkleining voor de huisartsen wellicht een goede stap vooruit zou zijn om de zorg daar te leveren waar ze het beste geleverd kan worden.

De heer **Mulder** (VVD): Ik heb daar een randvoorwaarde bij genoemd, hè.

De heer **Van Gerven** (SP): Ja, ja. Ik laat de minister antwoorden, maar ik denk dat dit heel moeilijk hard te kwantificeren is. Maar goed, de heer Mulder staat daar in ieder geval voor open. Mijn vraag betreft een ander thema, namelijk de keten-dbc's. De heer Mulder is econoom, als ik het goed herinner. De keten-dbc diabetes blijkt nu € 228 per patiënt per jaar duurder te zijn, volgens de gegevens van Achmea, dan het geval was onder het systeem dat Achmea daarvoor had, terwijl de kwaliteit dezelfde is. Wat is daarop de reactie van de geachte afgevaardigde de heer Mulder?

De heer **Mulder** (VVD): De heer Van Gerven loopt eigenlijk twee weken vooruit in de tijd, want we hebben over twee weken een debat over keten-dbc's. Ik heb ook gehoord dat men bij Achmea zegt: die keten-dbc's zijn duurder geworden. Ik ben nu stukken aan het lezen. Er is een evaluatie van de keten-dbc's gedaan en ik hoor mensen tegen me zeggen: kijk daar nu eens goed naar. Het debat daarover vindt pas over twee weken plaats en ik ben mij nog in de materie aan het verdiepen. Is het niet zo dat men bij de keten-dbc's heeft gedacht: ze moeten state of the art zijn? Bij diabetes moet je vier keer naar de huisarts en twee keer naar het ziekenhuis. Ik noem maar wat. Is het niet zo dat men dat als norm heeft genomen en dat men dat vervolgens op iedereen heeft toegepast, terwijl

hiervoor de situatie zo was dat je maar twee keer naar de huisarts ging? Zit in het gemiddelde van Achmea niet een stuk overbehandeling, waardoor het duurder wordt, of misschien ook onderbehandeling? Moet je ook kijken naar de kwaliteit van de keten-dbc's? Om dat te kunnen beoordelen, moet ik echter de evaluatie eerst beter bekijken. Ik zeg het wat ingewikkeld, maar er is veel over die evaluatie te zeggen. Het is een zeer belangrijk discussiepunt, omdat de keten-dbc's leiden tot meer bureaucratie, een heel nieuwe onderhandelingslaag bij de huisartsen, nieuwe managers. Dat moet allemaal uitonderhandeld worden, terwijl je er bent met een eenvoudig koptarief en dus met één extraatje bij de huisarts die het organiseert. Dat is wat de SP concludeert. Als én de kosten lager zijn, én verkeerde prikkels worden vermeden – ik doel op de onnodige overproductie waar de heer Mulder op wijst – is het dan niet verstandiger om het experiment van de keten-dbc's niet door te zetten, maar om ermee te stoppen?

De heer **Mulder** (VVD): Ik kan uw vraag over twee weken beantwoorden.

De **voorzitter**: Dank u wel. Dan gaan we nu naar de heer Van der Staaij van de SGP-fractie.

De heer **Van der Staaij** (SGP): Voorzitter. Een stevige impuls geven aan zorg in de buurt, dicht bij de mensen, een sterke eerste lijn, is wat terugkomt in de brieven van het kabinet. Dat zie ik ook als een rode draad in de initiatiefnota van de heer Van Gerven en het is iets wat ook voor de SGP-fractie heel belangrijk is. Ik denk dat het goed is om dat in dit debat eens naar voren te halen. We hebben het in debatten vaak over zaken waarover we het oneens zijn met elkaar. Dan lijkt het mij goed als we ons ook eens richten op dingen die we met elkaar belangrijk vinden. Hoe kunnen we de impuls voor zorg in de buurt en de sterke eerstelijnszorg een stap verder brengen?

Ik wil de heer Van Gerven uitdrukkelijk danken en mijn waardering uitspreken voor de uitvoerige initiatiefnota die hij over dit onderwerp heeft uitgebracht. Het is bepaald geen sinecure, voor welke fractie dan ook, om zo'n uitvoerig document hier neer te leggen. Heel veel waardering daarvoor.

Ik wil in dit debat op een paar punten terugkomen. Een daarvan is de bereikbaarheid van de huisartsen. Het is enorm belangrijk dat huisartsen telefonisch snel en accuraat bereikbaar zijn. Er waren zorgelijke signalen dat de telefonische bereikbaarheid van huisartsen nog steeds onder de maat was. Wij zijn nu alweer een aantal maanden verder en de huisartsen hebben in ieder geval aangegeven dat zij zelf erg tevreden zijn over wat er bereikt is in de achterliggende maanden. Dan is dit natuurlijk wel het moment om de minister te vragen of zij dat ook vindt. Vindt inmiddels ook de IGZ dat er voldaan wordt aan de bereikbaarheidsnormen?

Het is goed dat ook de minister de NZa heeft verzocht het praktijkkosten- en inkomensonderzoek huisartsenzorg naar voren te halen. We hopen dat daarmee snel duidelijkheid komt over de opbrengst en de bijbehorende productie- en praktijkkosten van huisartsen. We zijn bezorgd dat de hele budget- en tariefdiscussie, hoe je er verder ook over denkt en wat je er ook van vindt, leidt tot een afwachtende houding tegenover investeringen, terwijl het er juist op aankomt en iedereen er juist op gebrand is, de ingezette substitutie naar de eerste lijn op volle kracht door te zetten.

Over het onderzoek heb ik nog een paar vragen. De kritiek die van de kant van de LHV naar voren is gebracht, is dat er nu heel erg wordt ingezet op historische kosten, in plaats van op de kosten die in de toekomst nodig zijn om de omslag van de tweede naar de eerste lijn te maken. Juist die transitie brengt veel investeringskosten met zich mee. Is daar wel voldoende oog voor? Verder zou de kwaliteit van het onderzoek onder druk komen te staan doordat het nu wel erg snel moet worden uitgevoerd.

Het schijnt dat er in de praktijk dingen misgaan. Er zouden artsen ten onrechte gegevens hebben ontvangen van andere huisartsen, van individuele huisartsen in een praktijk met meerdere huisartsen. Ik vraag de minister om erop toe te zien dat de tijdsdruk hoe dan ook geen afbreuk doet aan de gedegenheid van het onderzoek.

De discussie over de budgettaire kaders in de zorg zal nog wel even aanhouden. Wij hebben daar al eerder een uitvoerig debat over gehad en daar is het laatste woord bepaald nog niet over gezegd. Het komt erop aan dat alle partijen, inclusief de verzekeraars, op een goede manier in hun rol komen. Dan helpt het ook als de financiële prikkels tussen de eerste en tweede lijn goed zijn afgesteld. Collega's noemden er ook al voorbeelden van waar dat nog niet altijd het geval is. Wat kan de minister nog doen om te bevorderen dat eerste en tweede lijn samen verantwoordelijk gemaakt worden voor besparingen?

Tot slot nog iets over de positie van de wijkverpleegkundige. Het is de bedoeling dat die spilfunctie weer terugkomt. Dat juichen wij zeer toe. Wijkverpleegkundigen kunnen een belangrijke rol vervullen bij het versterken van de zorg in de buurt. Juist die brede blik, het grensoverschrijdend bezig zijn is heel waardevol. De wijkverpleegkundige signaleert dingen vroegtijdig. Er komt nu ook een onderzoek naar de structurele financiering van de wijkverpleegkundige. Daarover is advies gevraagd aan de NZa. In hoeverre wordt ook gekeken naar andere verpleegkundigen die in de wijk in de eerste lijn actief zijn? Wij horen veel klachten over het feit dat er heel veel verschillende financieringsstromen zijn die de zaak niet echt inzichtelijk maken.

De **voorzitter**: Dank u wel. Dat was precies vijf minuten. Dan is nu het woord aan de heer Van der Veen van de PvdA-fractie.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Voorzitter. Mijn inbreng zal zich vooral richten op de initiatiefnota van collega Van Gerven. Allereerst krijgt hij mijn welgemeende complimenten. De heer Van der Staaij heeft al gezegd dat zo'n nota een hoop werk is totdat er iets ligt. Aan het slot van mijn inbreng zal ik ingaan op een paar punten die al zijn genoemd: zorg in de buurt, het praktijkkosten- en inkomensonderzoek bij de huisartsen en de bereikbaarheid van huisartsen.

Ik begin met de initiatiefnota. Ik reageer daarop vanuit de visie van de PvdA op de gezondheidszorg. Uitgangspunt voor ons – en trouwens ook voor anderen – is de organisatie van de zorg dichtbij. Het fundament ligt in een sterke eerste lijn die nauw samenwerkt met omliggende voorzieningen, zoals welzijn, publieke gezondheidszorg et cetera. Burgers hebben een eigen verantwoordelijkheid voor hun gezondheid, maar ze hebben ook verantwoordelijkheid voor anderen. Wij willen de sociale cohesie in buurten en wijken bevorderen. Het slechten van sociaaleconomische zorgverschillen dient een gezamenlijke verantwoordelijkheid te zijn voor hulpverleners en burgers. Aansluitend op de eerste lijn ontstaat er een netwerk van bovenliggende voorzieningen. Om dit te realiseren, moeten burgers meer invloed krijgen op de zorg. Daarbij moet de samenwerking tussen hulpverleners centraal staan. Wij zien dan ook niet hoe op de markt gerichte concurrentie dit tot stand zou brengen. Daar zijn wij helder in. Wij pleiten voor regionale budgetten. Binnen die regionale budgetten wordt de zorg op regionaal specifieke wijze georganiseerd. Niet de markt en de belangen van de zorgverzekeraars bepalen de uitkomst. Het is de overheid die dit samen met alle betrokkenen tot stand brengt. Dat zal geen eenvoudige opgave zijn, gezien alle belangen die er spelen. Eigenlijk zou ik het kort als volgt kunnen samenvatten: wij willen de burger zijn gezondheidszorg weer teruggeven.

Binnen dat kader wil ik ingaan op de initiatiefnota van collega Van Gerven. Wij onderstrepen van ganser harte dat de huisartsenzorg ook in de toekomst persoonsgericht, integraal, continu en toegankelijk moet zijn.

Daar hoort naar onze mening in de huidige tijd bij dat de huisarts onderdeel is van een groter geheel van eerstelijnsvoorzieningen. Wij zijn van opvatting dat, net zoals het ook voor de specialisten geldt, huisartsen eigenlijk in loondienst zouden moeten zijn. Je voorkomt dan discussies over belangentegenstellingen, zoals ook in de nota van de SP wordt gesignaleerd. Ik vraag aan de SP of zij onze opvatting deelt. Wij zijn van mening dat er alleen een eind komt aan de versnippering van de eerste lijn als er belangrijke stappen gezet kunnen worden op weg naar een meer samenhangende zorgorganisatie. Die eerste lijn wordt mede aangestuurd door burgers. De huisarts als onderdeel van de eerstelijnsorganisatie werkt binnen deze organisatie nauw samen met andere hulpverleners. Deze organisatie regelt ondersteuning voor de huisarts. Er komt geen aparte ondersteuningsorganisatie, zoals voorzien in de nota van de SP, voor de huisarts. Meer dan in de initiatiefnota leggen wij de nadruk op samenwerking met andere partijen, om met name de sociaal-economische zorgverschillen te verkleinen. Praktijkverkleining, los van de samenhang met andere voorzieningen, lijkt ons niet gewenst. In het kader van de eerstelijnszorg en rekening houdend met de regionale verschillen wordt het aantal patiënten per huisarts vastgesteld. Financiering van de huisarts op basis van een normpraktijk, al dan niet in de vorm van een abonnementssysteem, is dan niet meer aan de orde. Met een regionaal budget is het niet meer nodig om met een ingewikkeld en bureaucratisch systeem als de dbc's te werken. Ziekenhuizen en eerste lijn verdelen binnen het regionale budget de taken en de bijbehorende financiering. Overigens ondersteunen wij alle aanbevelingen ter verbetering van de huisartsenzorg die in de initiatiefnota staan. Een stevige eerstelijnsorganisatie zorgt ervoor dat de faciliteiten om tot een goede en kwalitatief hoogstaande zorg te komen, goed geregeld zijn. Dat betekent dat veel meer dan tot nu toe gebruik gemaakt moet worden van ICT. Ook de nadruk op e-health dient versterkt te worden. De initiatiefnota legt naar onze mening te weinig nadruk op de huisarts als medeonderdeel van de eerste lijn. De eerste lijn is meer dan huisartsenhulp. Om die reden dient de omschrijving van de taken van de huisarts altijd plaats te vinden in relatie tot de taak van andere eerstelijnszorgverleners. Ook huisartsen zullen moeten accepteren dat een stevige eerste lijn tegenwicht kan bieden tegen het geweld van de tweede lijn. Dan nog even kort punten die reeds door anderen zijn genoemd.

De voorzitter: De heer Van Gerven heeft eerst een interruptie voor u.

De heer **Van Gerven** (SP): De heer Van der Veen heeft daarnet gevraagd wat de SP vindt van huisartsen in loondienst. Wij kunnen ons daar heel goed vinden, maar wij kunnen ons ook goed vinden in een abonnementssysteem. Wij kunnen ons dus vinden in beide mogelijkheden, als het verrichtingenstelsel maar niet meer leidend is.

Ik heb ook een vraag. Er is een wat merkwaardige ontwikkeling gaande. De SP en de VVD zijn mogelijk beide voor een praktijkverkleining van de huisarts. De Partij van de Arbeid is daartegen. Het aantal taken en verrichtingen van de huisarts is de afgelopen decennia eigenlijk alleen maar toegenomen. Kan de heer Van der Veen nog eens toelichten waarom de PvdA niet voor praktijkverkleining is?

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik heb niet gezegd dat wij niet voor praktijkverkleining zijn. Ik heb geprobeerd over te brengen dat als je huisartsen in loondienst hebt, je vervolgens in de eerstelijnsorganisatie zelf op basis van het zorgaanbod kunt bepalen hoeveel patiënten zo'n huisarts krijgt. Het zorgaanbod kan verschillen. Je kunt te maken hebben met veel ouderen in een wijk, of juist veel jongeren. Het is dus best mogelijk dat in een oudere wijk met meer kleinere praktijken wordt gewerkt dan in een wijk waarin de gezondheidsrisico's wat minder

manifest aanwezig zijn. Wij vinden het systeem van normpraktijken ontzettend ingewikkeld om te komen tot een goede financiering. Wij denken dat je bij huisartsen in loondiensten veel gemakkelijker kunt spelen met het aantal patiënten per huisarts. Wij zijn dus absoluut niet tegen praktijkverkleining, maar wij willen dat die op een wat andere manier bereikt wordt.

De heer **Van Gerven** (SP): Die verduidelijking is helder, maar ook in het huidige systeem kun je huisartsen via het abonnementensysteem extra honoreren om toch de zorgzwaarte tot uitdrukking te laten komen. Ik vind dat de praktijken in Nederland heel erg groot zijn. Nergens in Europa zijn er zo veel patiënten per huisarts. Als wij de huisarts tot spil willen maken, dan moet die praktijknorm echt omlaag om alle taken goed te kunnen vervullen.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik ben het met de heer Van Gerven eens, maar bij de SP wordt het dan als het ware traditioneel vertaald in termen van praktijkgrootte. In onze opvatting bekijk je in een eerstelijnsorganisatie in samenhang met de andere hulpverleners hoeveel patiënten je per huisarts hebt. Dan zou je het woord «praktijkgrootte» nog kunnen gebruiken, alhoewel dat dan een beetje een obsoleet woord is geworden. Daardoor kun je veel flexibeler inspelen op de zorgvraag in de buurt en de wijk. Ik denk dat we het wel eens zijn over de effecten, maar ik denk dat onze weg wat simpeler en wat gemakkelijker is dan de toch wat ingewikkelde en bureaucratische omweg van het vaststellen van praktijkgroottes.

De heer **Mulder** (VVD): Collega Van der Veen zegt dat de huisarts in loondienst moet. Dan wordt de huisarts een soort ambtenaar. Bij wie is de huisarts dan in loondienst, bij een rijksinstituut? Bij welk overheidsinstituut is de huisarts dan in loondienst?

De heer **Van der Veen** (PvdA): Het gekke in Nederland is dat niet iedereen die in loondienst werkt, een ambtenaar is. Ik wil dat misverstand wegnemen bij de heer Mulder. Er kunnen ook mensen in loondienst zijn bij een organisatie. Ik zie ook niet waarom een huisarts niet in loondienst zou kunnen zijn. Er zijn nu ook al huisartsen en specialisten in loondienst. Ik weet niet of het woord «ambtenaar» negatief bedoeld is – ik denk het bijna – maar je kunt ook bij iemand anders in loondienst zijn. Ik ken een heleboel mensen die in loondienst werken en die heel goed hun werk doen. Dat is hier dus ook het verhaal.

De heer **Mulder** (VVD): Iemand moet dan toch zeggen bij wie ze in loondienst moeten komen?

De heer **Van der Veen** (PvdA): Iemand hoeft dat niet te zeggen, het is zelfs al makkelijk als ze weten waar ze in loondienst zijn. We vinden het niet gek dat er ziekenhuizen zijn die in een groot organisatorisch verband werken. Maar op het moment dat het over de eerste lijn gaat, accepteren we versnippering van die eerstelijnszorg via gezondheidscentra, individuele huisartsen, et cetera. Als je echt stevige zorg in de buurt wilt waarmaken, als je echt stevig wilt kunnen reageren op de tweedelijnsorganisaties, dan heb je ook stevige eerstelijnsorganisaties nodig.

De heer **Mulder** (VVD): Is de solopraktijk dan niet meer mogelijk? Een huisarts kan immers niet bij zichzelf in dienst zijn.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Er zijn wel mensen die dergelijke constructies verzinnen voor de belasting. Ik wijs op datgene wat de huisartsen zelf vinden, op de stukken van het NHG en de LHV. Daarin vind je geen pleidooien meer voor solohuisartspraktijken. Dat is echt achter-

haald. Nogmaals, als ik luister naar de beroepsgroep zelf, dan ligt er heel veel nadruk op samenwerking. Over de vorm waarin die samenwerking gebeurt, kunnen we nog van mening verschillen. Ik denk dat de solohuisarts ook in de beroepsgroep zelf gezien wordt als een min of meer gepasseerd station.

Voorzitter. Ik vervolg mijn betoog en ga nog even kort in op de punten die genoemd zijn. Er zijn de nodige opmerkingen gemaakt over de wijkzuster. Wij zijn ook benieuwd wanneer bekend is op welke wijze de zaak uitgerold kan worden. Verder zijn de financiële prikkels aan de orde geweest. Ook wij zijn benieuwd naar de stand van zaken van het overleg tussen de LHV en de minister. Wij zijn redelijk geërgerd over de wijze waarop dat onderzoek plaatsvindt. Mevrouw Voortman heeft dit ook al aangegeven. De reactie van de heer Mulder daarop heeft mij dan ook verbaasd. Als er zo aantoonbaar fouten worden gemaakt op zo'n ingewikkeld en kwetsbaar dossier, dan moet je krachtig ingrijpen.

Ik wil ten slotte nog ingaan op de telefonische bereikbaarheid. Je kunt de mooiste ideeën hebben over huisartsenhulp, maar het heeft toch wel iets als zo'n huisarts dan ook bereikbaar is. Ik kan redelijk chagrijnig zijn over het feit dat die telefonische bereikbaarheid nog zo veel moeite kost. Het is nu schijnbaar voor elkaar. Ik vind dat het al voor elkaar had moeten zijn. Ik wil de minister vragen om in de toekomst goed in de gaten te houden dat de telefonische bereikbaarheid blijft zoals die zou moeten zijn. Dat is absoluut noodzakelijk.

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): Voorzitter. Ook mijn fractie staat voor een sterke eerste lijn met aandacht voor de wijkverpleegkundige, aandacht voor zelfzorg en aandacht voor substitutie, de verplaatsing van zorg van de tweede lijn naar de eerste lijn. Met die substitutie bereiken wij betere en doelmatige zorg in de buurt van de patiënt. Om dit te bevorderen heb ik al eerder gevraagd aan de minister of een eenduidige tariefstelling mogelijk is. De heer Mulder heeft daar ook al aan gereferenceerd. Eenvoudige behandelingen moeten voor hetzelfde tarief worden aangeboden, ongeacht of deze in de eerste of tweede lijn worden uitgevoerd. Het onderwerp van de bekostiging laat ik verder liggen totdat de uitkomsten van de uitvoeringstoets van de NZa beschikbaar zijn.

De rol van de huisarts als poortwachter moet gewaarborgd blijven. Ook willen wij geen versnippering binnen de eerste lijn tussen allerlei zorgaanbieders zonder dat daar iemand de regie over voert. Die regie ligt wat ons betreft bij de huisarts. Patiënten willen een vaste huisarts en persoonsgerichte zorg door iemand die ze vertrouwen. Zoals de wijkverpleegkundige een spilfunctie heeft in de buurtzorg, zo heeft de huisarts dat in de eerstelijnszorg.

Ik wil dan ook mijn complimenten geven voor de initiatiefnota van de heer Van Gerven van de SP. Ik deel zijn opvatting dat de positie van de huisarts als spin in het web binnen de huisartsenzorg en de eerste lijn behouden moet blijven. Daarnaast zijn er meer punten in die initiatiefnota die overeenstemmen, zoals de uitbreiding van het aantal huisartsen, het afschaffen van de numerus fixus, het afschaffen van het CIZ, het terugbrengen van de tweedelijns huisartsenzorg naar de eerste lijn en het stoppen met het elektronisch patiëntendossier. Ook wij hebben twijfels over de keten-dbc's, zowel over de kosten als over het opknippen van de ziektebeelden in afzonderlijke klachten. Wij delen echter niet de aanbevelingen die de heer Van Gerven doet voor de avond-, nacht- en weekenddiensten. Wij zijn wel voorstander van integratie van huisartsenposten met spoedeisende hulp en wij denken dat prestatiebekostiging een verbetering van de service en kwaliteit van de huisartsenzorg kan bewerkstelligen en ruimte biedt aan innovatie en nieuwe toetreders. Ik begrijp dat ook de minister versnippering in de eerste lijn wil voorkomen, maar ik mis concrete maatregelen. Het spanningsveld dat bestaat tussen samenwerking en concurrentie draagt hier ook niet aan bij.

Evenmin zie ik zorgverzekeraars als de oplossing om te komen tot meer samenhang en herschikking in de eerste lijn. Tijdens een vorig overleg zijn verschillende voorstellen langsgeslagen voor het herinrichten van het zorglandschap, bijvoorbeeld op basis van populatiebesteding. Dit zal nog verder onderzocht worden. Ik ben heel benieuwd wat daaruit zal komen.

Dan even naar de nulde lijn. In het rapport van Ecorys wordt een besparing van 96 mln. op huisartsenzorgkosten voor kleine kwalen genoemd. Dat is een enorm bedrag. Hoe kunnen wij dit realiseren? Ik heb al eerder gerefereerd aan het onderzoek waaruit blijkt dat mensen jaarlijks 2,7 miljoen keer contact opnemen met de huisarts omdat ze last hebben van hoestklachten. In 76% van deze gevallen bestaat echter geen noodzaak om een arts te raadplegen en kan met zelfzorg worden volstaan. Het lijkt me dan ook niet kloppen dat de huisarts vervolgens een recept uitschrijft voor een hoestdrankje dat gewoon bij de drogist te koop is en dus veel goedkoper kan worden uitgegeven dan via de apotheek. Wij hebben er al eerder voor gepleit om zelfzorgmedicijnen zoals zalfjes en hoestdrankjes uit het pakket te halen en ze via de drogist beschikbaar te stellen. Ik hoor graag van de minister welke maatregelen zij neemt om deze zelfzorg te stimuleren. Wat vindt de minister van het experiment van de Nederlandse Apothekers Coöperatie om cholesterol en bloeddruk via zelfmonitoring te meten? Hoe kunnen dit en andere e-healthinitiatieven voortvarend worden opgepakt?

Ik keer ten slotte nog even terug naar de wijkverpleegkundige. Of moet ik zeggen «verpleegkundige in de wijk»? Hier lijkt namelijk onderscheid tussen te bestaan. Zo zijn er gemeenten die de wijkverpleegkundige zien als een verpleegkundige die vanuit een kantoor de zorg indiceert en organiseert. Kortom, weer een manager vanachter een bureau en helemaal niet de zichtbare schakel in de wijk, zoals deze bedoeld was. Hoe kan de schakelrol van de wijkverpleegkundige op cliëntniveau gewaarborgd worden? Ik vraag verder aandacht voor de locatie waarop de wijkverpleegkundige wordt ondergebracht. Mijn voorkeur gaat uit naar een zelfstandige werkplek in een buurtcentrum of een gezondheidscentrum. De wijkverpleegkundige moet niet worden ondergebracht bij een thuiszorgorganisatie of bij de huisarts. Heeft dit ook de voorkeur van de minister?

De heer **Van Gerven** (SP): Ik bedank mevrouw Gerbrands voor haar vriendelijke woorden over mijn initiatiefnota. Ik heb nog een vraag over de organisatie van de avond-, nacht- en weekenddiensten van de huisarts. Ik begrijp dat de PVV een voorstander is van integratie van de huisartsenposten met de ziekenhuizen. Maar hoe zit het met de huisartsenzorg op het platteland of in verstedelijkt gebied? Komt dan niet de bereikbaarheid van de avond-, nacht- en weekendzorg in het geding?

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): De integratie van een huisartsenpost in een spoedeisende hulp kan natuurlijk alleen plaatshebben op bepaalde plekken. De bereikbaarheid moet altijd gewaarborgd worden. Als dat in kleine gebieden niet mogelijk is, moeten we natuurlijk niet geforceerd huisartsenposten binnen de spoedeisende hulp van een ziekenhuis afdwingen. De bereikbaarheid van de huisartsenzorg in de avonden, nachten en weekenden moet gewaarborgd zijn. Waar dat kan, moet die zorg worden geïntegreerd in de spoedeisende hulp. Waar dat niet kan, moet dat op een andere manier worden georganiseerd.

De heer **Van Gerven** (SP): Mag ik het dan zo begrijpen dat de PVV ook vindt dat bijvoorbeeld op het platteland een ander model denkbaar kan zijn, omdat het ziekenhuis daar op een grotere afstand ligt? Moeten daar dan ook middelen beschikbaar zijn voor de huisartsen om dat goed te organiseren? Zou die vorm van avond-, nacht- en weekendzorg niet

gewoon volwaardig naast de integratie tussen ziekenhuizen en huisartsenposten moeten bestaan? Nu is de trend dat alleen maar naar die integratie wordt gekeken. Dat heb ik ook in mijn nota duidelijk verwoord. Wij wijzen die integratie niet categorisch af, maar wij vragen ons af of dat wel het juiste model is om overal toe te passen.

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): Ik heb net al gezegd dat we het vooral niet moeten doen op plaatsen waar het niet kan. In dat soort gebieden werken huisartsen nu al samen en regelen zij met elkaar de bereikbaarheidsdiensten. Ik zie niet in waarom daar dan weer extra bekostiging bij zou moeten. Voordat wij overgingen op huisartsenposten, werd dat ook al gedaan. Ik zie als het grote voordeel van de integratie van de huisartsenpost in de spoedeisende hulp dat wij daarmee ook een groot gedeelte van de onterechte bezoeken aan de spoedeisende hulp tegenhouden. Voor mij is het dus tweëerlei: én een goede waarneming voor de huisartsen onderling én minder toestroom naar de spoedeisende hulp. Op plekken waar dat niet kan, moet de waarneming gewoon worden geregeld in onderling overleg tussen de huisartsen.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Ik heb een vraag over de ontwikkeling van eerstelijnsgezondheidscentra. Wij hebben een stuk voorliggen waaruit blijkt dat het kabinet in ieder geval tot 2013 het ontwikkelen van die gezondheidscentra op de grote nieuwbouwlocaties als een dienst van algemeen economisch belang wil beschouwen. Deelt de PVV het standpunt van GroenLinks dat dat eigenlijk breder getrokken zou moeten worden, in ieder geval ook naar krimpgebieden en aandachtswijken?

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): Ik vind dat op zich wel een interessante gedachte van GroenLinks. Het is natuurlijk niet alleen in nieuwbuurtwijken moeilijk om iets op te starten. Dat kan ook het geval zijn in krimpgebieden. Ik vind dat op zich dus wel een interessante gedachte.

De **voorzitter**: Voordat ik de minister het woord geef, wil ik het volgende afspreken. Ik ga vooraf niet bepalen hoeveel interrupties iedereen mag hebben, want we hebben de tijd tot 17.00 uur. Als ik merk dat de tijd gaat dringen, dan stel ik alsnog een maximum aantal interrupties in. Ik hoop op ieders medewerking in dezen. De minister zal antwoorden in blokjes. Zij zal achtereenvolgens ingaan op de initiatiefnota van de SP, op de wijkverpleegkundige, op de uitvoeringstoets en het kostenonderzoek van de NZa, op de Vinex-problematiek, op de mededinging en ten slotte op de overige punten die nog niet aan de orde zijn gekomen.

Minister **Schippers**: Voorzitter. Dit is alweer de derde keer in korte tijd dat wij over de eerstelijnszorg praten. Dat is niet gek, want er loopt veel. Er is veel aan de hand. We lopen wel het risico dat we wat in herhaling vervallen. Dit is een belangrijk onderwerp, omdat de huisartsenzorg de eerste lijn draagt. We moeten dus eigenlijk zoeken naar een goede manier om een integrale eerstelijnszorg van de grond te krijgen die laagdrempelig is en zich dicht bij mensen in de buurt bevindt. Er wordt weleens gesproken van «zorg op rollatorafstand». Dat is eigenlijk wel een mooi beeld van de wijze waarop we het graag zouden zien. Daarmee is het ongelofelijk belangrijk dat er sprake is van samenwerking, coördinatie en afstemming in de eerste lijn, dat wij de versnippering tegengaan en dat we er echt voor zorgen dat zorg die nu naar de tweede lijn is gegaan, weer terugkomt in die eerste lijn. Ik heb dat weleens de comeback van de eerste lijn genoemd. Ik heb daarover een nota naar de Kamer gestuurd. Er lopen voorts ontzettend veel onderzoeken en er liggen allerlei onderzoeksadviesaanvragen bij de NZa, bijvoorbeeld over de financiering van de wijkverpleegkundige en over substitutie. Een aantal woordvoerders heeft vragen over die substitutie gesteld. Als de uroloog vier

keer zo duur is als de huisarts, dan weten we allemaal dat als iets net zo goed door de huisarts kan worden gedaan, we daarvoor kiezen. Hoe krijgen we voor elkaar dat dat dan ook gebeurt? Daarover ligt een adviesaanvraag. Een ander punt is de financiering van de huisartsenzorg. Hoe krijgen we de integraliteit in de eerste lijn van de grond? Ik noem voorts de evaluatie van de ketenzorg. We hebben inmiddels een tussenevaluatie gekregen, maar de echte afrondende evaluatie zal voor de zomer komen. Dan weten we dus ook precies waar de haken en ogen zitten. Het is dan echt de bedoeling dat we alles integraal bekijken en in de zomer knopen doorhakken als het gaat om de maatregelen die in de eerste lijn moeten worden genomen en wat aan de Kamer zal worden voorgelegd, zodat die maatregelen ook daadwerkelijk op korte termijn kunnen ingaan.

Ik vind het heel belangrijk om te beginnen met iets wat ik vaker hoor. Dat is de opvatting dat ziekenhuizen en medisch specialisten ontzien worden en heel veel mogen groeien, terwijl huisartsen dat niet mogen. Het is niet waar dat ziekenhuizen niet gekort worden. Dat heb ik op 22 december ook al gezegd, maar dat wil ik vandaag graag herhalen. Naar aanleiding van de overschrijdingen in 2009 is 314 mln. structureel gekort. In het Hoofddlijnenakkoord hebben we over 2010 voor 265 mln. bij de ziekenhuizen gekort. Ook de medisch specialisten zijn gekort naar aanleiding van de meest recente overschrijding. Dat komt neer op 746 mln. structureel. Het is dus niet zo dat wij niet naar de medisch specialisten en ziekenhuizen kijken. We kijken daadwerkelijk overal hoe we overschrijdingen terug kunnen halen. Dat moet ook wel, want anders houden we die zorg echt niet betaalbaar.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik wil nog even stilstaan bij het beeld dat sprake is van een tegenstelling tussen huisartsen en ziekenhuizen. De ziekenhuizen kennen een jaarlijkse volumegroei van 2,5%. Die groei is onderdeel van de afspraken. Wat is de volumegroei die de minister wil toestaan bij de huisartsen?

Minister **Schippers**: Dat is onderwerp van de gesprekken die wij voeren, omdat er nu een aantal dingen gaande zijn. Wij willen bij de geestelijke gezondheidszorg de tweedelijnszorg naar de eerstelijnszorg verplaatsen. De eerstelijnszorg is ook de huisarts met een POH-GGZ. Dan kun je je voorstellen dat een huisarts zegt: ik heb geen POH-GGZ. Als wij verwachten dat een huisarts die wel heeft, dan moet daar een afspraak over worden gemaakt. Het punt is dat we het met de ziekenhuizen hebben afgesproken en dat we er met de huisartsen nog over in gesprek zijn. Die 2,5% die wij hebben afgesproken met de ziekenhuizen, is wel aanzienlijk minder dan de groei die de ziekenhuizen de afgelopen jaren hebben doorgemaakt. Die 2,5% is fors veel minder.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik weet dat die volumegroei veel minder is dan eerdere groei. Die is dus ook niet haalbaar voor de ziekenhuizen. Dat gaan we later allemaal zien. De minister draait om mijn vraag heen. Ik heb gevraagd wat nu de toegestane volumegroei voor de huisartsen is. Die staan voor de komende jaren gewoon op nul en die zijn nu met 100 mln. gekort. Ze zijn dus gekort met 2,5% of meer in plaats van dat ze mogen groeien. Dat is dan toch – voorzichtig geformuleerd – niet eerlijk?

Minister **Schippers**: Het is onjuist dat het op nul staat. Het is afhankelijk van de afspraken die wij weten te maken met de huisartsen. Voorzitter. Ik vervolg mijn betoog. Ik sluit mij graag aan bij al degenen die de SP complimenten hebben gemaakt voor de initiatiefnota. Ik neem aan dat de heer Van Gerven tot de schrijvers van die nota behoort. Ik weet uit ervaring wat een ontzettende klus het is om zo'n nota te schrijven. Je

ploetert in je eentje of met een paar mensen aan zo'n nota. Dat is een ontzettend grote opdracht. Ik vind de nota dus alle complimenten waard. De nota geeft een goed beeld van de unieke positie van de huisarts. Ook ik denk dat wij, niet alleen dit jaar maar ook de komende jaren en de jaren daarna, zullen moeten investeren in de huisartsenzorg. Er zal dus extra geld naar de huisartsenzorg moeten gaan, zeker als je wilt dat de huisartsenzorg meer gaat inhouden. Als je meer dingen vraagt, moet je daar ook het geld bij leveren. Medische zorg moet waar mogelijk plaatsvinden in de buurt. Ik ben dat geheel met de SP eens. Dit is niet alleen prettig voor de patiënt, maar het is ook kwalitatief vaak heel goed omdat men elkaar goed kent. Men kent de historie en het is vaak ook goed voor de kosten. Het is belangrijk dat wij de zorg betaalbaar en toegankelijk houden. De eerste lijn is een belangrijk instrument om de uitgaven beheersbaar te houden.

De huisartsen zijn veelal de eersten die de patiënt spreken. Het is daarom belangrijk dat zij voldoende tijd hebben voor een goed contact. Ik weet niet of dat moet betekenen dat we de normen naar beneden zouden moeten bijstellen. Je kunt daar op verschillende manieren naar kijken. Je kunt ook kijken naar een taakherschikking. We hebben eigenlijk nog maar net in de Tweede en Eerste Kamer een wetsvoorstel aangenomen dat daarvoor ruimte biedt. De huisarts is een hoogopgeleid persoon en je zou kunnen denken dat andere mensen bepaalde taken van de huisarts kunnen overnemen. Gezien de enorme groei die zal optreden bij de zorg voor chronisch zieken en anderen, die ook voor een groot deel routinematig is, moet je daar zeker voor openstaan. Ik zeg ook niet dat wij de praktijknormen per definitie niet naar beneden moeten bijstellen. Ik heb de NZa gevraagd om mij te adviseren over de wijze waarop we dat zouden moeten inrichten. Dat advies wil ik eerst afwachten.

Ten aanzien van de ANW-zorg vind ik het voorstel om te werken met één tarief voor dezelfde zorgprestatie een goed idee. Ik zou dat verder willen verkennen. Ik deel ook de belangrijke rol die wordt toegeschreven aan de triage.

Ik heb de NZa gevraagd om te kijken naar de bekostiging. Ik ben niet zover dat ik zeg dat wij voor het ene of voor het andere moeten kiezen. Het is heel ingewikkeld. Ik zou wel graag een bekostiging willen die aan verschillende elementen voldoet. Zo moet er niet worden behandeld als het niet hoeft. Verder moeten nieuwe initiatieven worden gestimuleerd en ook opgepakt als de mogelijkheden daartoe zich voordoen of als dat door de patiënt gewenst wordt. Ik wil van de NZa weten welke mix het beste zou zijn.

De populatiebekostiging is ook al aan de orde geweest. Er is naar aanleiding van het vorige overleg een misverstand ontstaan. Het ging toen wellicht een beetje snel. Dat is het misverstand dat de experimenten die ik wil gaan doen met de huisartsenzorg, de populatiebekostiging betreffen. Ik wil experimenten doen met financiering. Bij die financiering zal ook populatiebekostiging aan de orde zijn, en misschien wel verschillende varianten daarvan. Maar ik wil ook graag andere soorten van financiering. Het aardige van experimenten is juist dat je niet overal dezelfde financiering hebt. Anders zou je het immers meteen kunnen invoeren. Ik wil juist experimenteren met verschillende vormen van financiering, ik wil kijken wat daaruit komt en dat goed naast elkaar leggen. Ik wil het dus niet tot één vorm beperken; ik wil die vorm ook niet uitsluiten.

De SP en de VVD verschillen van mening over de gereguleerde marktwerking. De heer Van Gerven heeft er een aantal vragen over gesteld.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik neem aan dat de minister spreekt, en niet het Kamerlid van de VVD?

De **voorzitter**: Ik wil even ingrijpen. Ik kan me voorstellen dat de minister het debat tussen de heer Van Gerven en de heer Mulder heeft beluisterd en daarop doelt.

Minister **Schippers**: Dat lijkt me een heel goede uitvlucht! Ik ga immers helemaal niet over het standpunt van de VVD-fractie. Wij verschillen daarover wel van mening. Zoals bekend, ben ik helemaal geen fan van snoeiharde marktwerking in de zorg. Dat kan niet, dat willen we niet, de zorg kan niet worden vergeleken met ijskasten. Wij zullen altijd stevige publieke randvoorwaarden daaraan moeten stellen. Dat geldt vooral ook in de eerstelijnszorg. Maar ik vind het echt onverstandig om ervoor te kiezen dat het oppakken van nieuwe dingen of inventiviteit niet extra zouden kunnen worden beloond. Ik wil dat dus ook zeker niet nu al uitsluiten. Ik vind wel dat de bureaucratie in de eerste lijn behoorlijk is opgelopen. Dat is een terechte klacht van huisartsen. Ik heb daarom expliciet aan de NZa gevraagd om ook te kijken naar de administratieve lasten. We kunnen een heel fijnmazig, intelligent en supersonisch financieel systeem bedenken dat aan van alles en nog wat voldoet, maar als huisartsen dan enorm veel tijd kwijt zijn om van alles te registreren, dan wordt niemand daar uiteindelijk gelukkig van. De huisarts niet, maar de patiënt al helemaal niet.

Wij hebben al eerder gesproken over de diensten van algemeen economisch belang. Ik heb ook al in het vorige debat aangegeven waarom ik daar geen voorstander van ben. De NMa heeft een enorme greep op de eerste lijn. Dat is slecht voor de zorg. Ik heb al eerder aangegeven dat de NMa dingen verbiedt die slecht zijn voor de patiënt. Het is bijvoorbeeld slecht voor de patiënt als de toetreding van nieuwkomers wordt belemmerd. Het is ook slecht voor de patiënt als prijsafspraken zouden worden gemaakt. Dat soort dingen wordt door de NMa verboden. Maar er zijn ook dingen goed voor de patiënt, zoals samenwerking, integraliteit en uitwisseling van gegevens. Daar is helemaal niks mis mee en dat mag ook. Ik heb toegezegd dat ik in het voorjaar met een nota over de NMa en de zorg kom. Dat zal ik dan ook doen.

Het volgende blokje gaat over de wijkverpleegkundige. We hebben de NZa gevraagd om een advies over de structurele financiering van de wijkverpleegkundige. Dat komt voor de zomer. Mevrouw Voortman en de heer Van der Staaij hebben gezegd dat het budget eigenlijk de patiënt zou moeten volgen. Zij hebben gevraagd of ik bereid ben om de verpleging en verzorging naar de Zorgverzekeringswet over te hevelen, zodat het in één financiële structuur wordt gebracht. Dat is mij al eerder gevraagd in een vorig AO. Ik heb toen aangegeven dat in het regeerakkoord is afgesproken dat de verpleging in de AWBZ blijft, maar dat ik me wel vrij voel om te onderzoeken welke mogelijkheden er zijn, wat de voor- en nadelen van overheveling zijn, et cetera. Dat zal ik dus doen. Ik vind het echter veel te vroeg om te zeggen dat we het gaan doen. Meestal onderzoek je eerst wat de voor- en nadelen zijn en kijk je vervolgens wat je daar verder mee doet. Wij hebben al eerder gesproken over taakdifferentiatie. Ik denk dat er heel veel werk op de eerstelijnszorg afkomt. Dat werk zou moeten worden verricht in een soort netwerk, waarin iedereen goed met elkaar samenwerkt, waarin de informatie goed gedeeld wordt en waarin er verschillende taken zijn. Ik kan me heel goed voorstellen dat je die taken straks anders verdeelt dan nu, omdat het op de arbeidsmarkt echt gewoon gaat knellen. Wij krijgen steeds meer ouderen en wij hebben steeds minder jongeren.

Er is gevraagd hoe de schakelrol van de wijkverpleegkundige kan worden gewaarborgd. Voorts is gevraagd of het een zelfstandige positie kan zijn, dus niet binnen de thuiszorg of in dienst van een huisartsenpraktijk. Die schakelrol is heel erg belangrijk. Dat is ook uit het onderzoek gebleken. Juist het overal tussendoor laveren is een groot voordeel. Dat wil ik ook behouden. Ik wacht de voorstellen van de NZa voor structurele finan-

ciering af. Wat mij betreft is de schakelrol het belangrijkste en moet die gewaarborgd blijven binnen de financiering.

Een volgend punt is het kostenonderzoek van de NZa. Ik vind het uiterst vervelend dat er fouten zijn gemaakt door de NZa. Juist gezien de recente geschiedenis is dit natuurlijk iets waar je niet op zit te wachten. Ik vind het dus ook slecht dat het gebeurd is; dat moet mij echt van het hart. Dit is zeer onwenselijk. Ik heb van de NZa vernomen dat er bij het versturen van de vragenlijst in tien tot maximaal twintig gevallen iets fout is gegaan. Hierdoor hebben sommige huisartsen die zijn aangeschreven, informatie over declaratiegegevens van andere huisartsen ontvangen. De NZa betreurt dat. Dat is haar geraden ook, want dit mag echt niet voorkomen. Het is echt heel slecht. De betrokken huisartsen hebben persoonlijk excuses ontvangen en de NZa heeft ook een persbericht hierover op haar site geplaatst.

Ik heb begrepen dat de LHV, de NZa en het onderzoeksbureau dat de vragenlijsten heeft verstuurd, met elkaar ook hebben gesproken over andere klachten van huisartsen op dit gebied. De klachten van huisartsen over dit onderzoek moeten in goed overleg worden afgehandeld. De tijdsbesteding moet natuurlijk zo efficiënt mogelijk zijn. Het onderzoek moet goed zijn. Dat kan wat tijd kosten, maar dat moet wel in verhouding staan met wat van je kleine beroepsbeoefenaren mag vragen. Zowel de LHV als ik juichten dit kostenonderzoek toe, omdat je op een gegeven moment over feiten ook geen discussies moet hebben. Dat is het ergste wat je kunt hebben. Je moet gedoe over cijfers voorkomen. Ik vind zelf dat de LHV, de NZa en het onderzoeksbureau hier goed uit moeten komen, zodat zij er alle drie weer vertrouwen in hebben. Ik vind wat gebeurd is, echt zeer te betreuren.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Ik ben blij dat ook de minister aangeeft dat zij dit heel erg vindt, maar ik proef uit haar woorden wel dat zij het een zaak vindt van het onderzoeksbureau, de LHV en de NZa. Ik zou hier ook juist wel een rol van de minister in willen zien. Ik heb bijvoorbeeld gehoord dat de NZa huisartsen heeft aangeschreven met het verzoek om het te laten weten als zij verkeerde gegevens hebben ontvangen. Maar het onderzoeksbureau weet precies wie verkeerde gegevens heeft ontvangen. Ik vind dus dat het onderzoeksbureau dit precies moet nakijken en daar achteraan moet gaan. Deelt de minister die visie en gaat zij daar ook op ingrijpen?

Minister **Schippers**: Ik deel die visie. Ik spreek de NZa hierop aan en ik vind dat het gewoon hersteld moet worden en goed moet gaan. Ik zal ze hier dus op aanspreken. Er is natuurlijk ook al tussen mijn mensen en de NZa gesproken. Dit is echt iets wat we niet moeten hebben.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Betekent dit dan ook dat dit eerst rechtgezet wordt en dat vervolgens gekeken wordt hoe verder gegaan kan worden? Wordt het onderzoek pas weer voortgezet als duidelijk is dat de privacy van de huisartsen gewaarborgd is?

Minister **Schippers**: Ik vind dat dit in goed overleg moet gebeuren. Ik vind dat het snel rechtgezet moet worden. Er moet sprake zijn van een snelle voortgang, maar dat moet niet ten koste van de zorgvuldigheid gaan. We willen allemaal een zorgvuldig onderzoek. Als dat onderzoek iets later wordt opgeleverd omdat dat de zorgvuldigheid ten goede komt, dan moet dat maar gebeuren. Maar het moet wel zo snel mogelijk gereed zijn.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik hoor op dit punt een fair antwoord van de minister. Er is nog een tweede punt dat de minister even zijdelings noemde. Dat is de tijd die de huisartsen nodig hebben om aan het onderzoek deel te nemen. De minister zei dat die tijd wel in relatie moet

staan tot de tijd die de huisarts eraan kan besteden. Ik heb gehoord dat sommige huisartsen zestien uur bezig zijn met het invullen van de gegevens. Kan de minister een indicatie geven van de tijd die nodig is voor het onderzoek? Als dat nu straks weer een tweede probleem wordt, dan schieten we ook niet erg op.

Minister **Schippers**: Bij de ene huisarts zal het sneller gaan dan bij de andere. Dat is altijd zo. Het moet wel in proportie zijn, maar we moeten natuurlijk wel de gegevens boven tafel krijgen die we nodig hebben. Daar ligt altijd het evenwicht. Ik zal de NZa vragen of zij wil nagaan of de onderzoeksvragen wel zo gesteld moeten worden en of de deelname aan dat onderzoek niet eenvoudiger of sneller zou kunnen. Uiteindelijk is het ook van belang dat wij de gegevens boven tafel krijgen. Daar moet dus een goed evenwicht in gevonden worden.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik denk dat de minister er niet uit komt. Er is een stelselmatig wantrouwen van de huisartsen tegenover de NZa. Daarom lopen er nu ook twee onderzoeken. Er is enerzijds een onderzoek van de NZa met het onderzoeksbureau en er is anderzijds een onderzoek van de LHV. Is het niet verstandiger om een onafhankelijke derde, bijvoorbeeld de Erasmus Universiteit of een andere wetenschappelijke instelling, mee te laten kijken, zodat we na de afronding van de onderzoeken geen discussie hoeven te voeren over welke cijfers de juiste zijn? De SP heeft dit overigens al eerder voorgesteld.

Minister **Schippers**: De NZa is een onafhankelijke Nederlandse Zorgautoriteit. Die NZa is ingehuurd voor dit soort dingen. Als ik daarnaast weer nieuwe mensen moet inhuren, dan wordt het allemaal wel heel erg duur in dit land. De NZa moet haar werk goed doen. Ik betreur het ten zeerste dat hier dingen fout zijn gegaan. Als ik kijk naar de verhoudingen, dan betreur ik dat des te meer. Ik vind dat de NZa orde op zaken moet stellen en het onderzoek voortvarend en zorgvuldig moet uitvoeren.

De heer **Van Gerven** (SP): Wij kennen het verleden. Er zijn eerdere onderzoeken van de NZa naar de huisartsenkosten geweest. Die waren niet bevredigend. Ik weet niet wat precies de juiste cijfers zijn, want ik krijg ze van beide partijen. Ik zou het, gezien het verleden en ook gezien de huidige toestand, toch verstandig vinden om een derde partij in te schakelen. De huidige toestand wekt weinig vertrouwen dat wij over een paar maanden cijfers hebben waar zowel de huisartsen als de NZa als het ministerie achter staan. Wij moeten in ieder geval kunnen zeggen: dit zijn de werkelijke cijfers, daarover hoeven we het niet meer te hebben, op basis daarvan gaan wij beleid en afspraken maken.

Minister **Schippers**: Uiteindelijk heeft de NZa toch de rol en de taken die zij heeft. Het onderlinge vertrouwen zal moeten groeien door een goede onderlinge samenwerking. Dit helpt daar niet bij, dat geef ik direct toe. Wij hebben één NZa en een heel bont zorgveld. Er zijn allerlei partijen. Die NZa is ingehuurd om dit soort werk te doen. Daarvoor betalen wij als Nederlandse belastingbetaler. Ik vind dus dat zij het werk moeten doen. Als zij het niet goed doen, moeten zij ervoor zorgen dat het wel goed gaat. Voorzitter. Het volgende punt gaat over de eerstelijnscentra in Vinex-wijken. In een nieuwbouwwijk is er vaak nog niets en heeft een huisartsenpraktijk niet voldoende patiënten. Daarom zijn voor de jaren 2011, 2012 en 2013 middelen vrijgemaakt om de zorg in de buurt op nieuwbouwlocaties te bevorderen, ook voor centra die na 2009 en 2010 starten, want de middelen zijn beschikbaar voor centra die beginnen in de eerste vijf kalenderjaren na de start van het zorgaanbod in het gezondheidscentrum. Bij aantoonbare bouwvertraging kan er bij wijze van uitzondering ook in het zesde en het zevende jaar subsidie worden verleend.

Mevrouw Smilde vraagt hoe het in zijn werk gaat als er afspraken moeten worden gemaakt met de preferente zorgaanbieder. Het opstarten van geïntegreerde eerstelijnscentra op grootschalige nieuwbouwlocaties gaat gepaard met specifieke aanloopproblemen. Daarom heb ik deze regeling gecontinueerd. Verzekeraars zijn terughoudend met het doen van investeringen, omdat zij bij de bouw van de wijk niet weten of zij preferente verzekeraar zullen worden. Na twee of drie jaar wordt het beeld van een wijk al duidelijker voor de verzekeraars. Om te stimuleren dat de verzekeraar dan zijn rol oppakt en afspraken wil maken over de samenwerking van de eerste lijn, de zogenaamde GES-contractering, is deze eis opgenomen in het beleidskader. Er wordt dan ook wel gesproken over pre-GES-afspraken; vreselijk vakjargon overigens.

Op welke punten beoordeel ik de Vinex-aanvragen voor 2011 en 2012? In het beleidskader hierover is omschreven waaraan de aanvragen worden getoetst. Er moet sprake zijn van voorheen onbebouwd gebied. Het beoogde aantal inwoners van het nieuwe woongebied na realisatie van de betreffende plannen ligt op minimaal 8000. Er wordt bekeken in hoeverre de kosten waarvoor subsidie wordt aangevraagd, zoals kosten voor personeel, huisvesting en automatisering, aanvaardbaar zijn in vergelijking met de kosten van soortgelijke zorgcentra. Het gezondheidscentrum dient open te staan voor alle inwoners van de nieuwbouwlocatie en de exploitant moet aannemelijk maken dat een te behalen patiëntenaantal van minimaal 8 000 patiënten realistisch is. Er is een multidisciplinair zorgaanbod dat uit minimaal drie disciplines bestaat, waarbij in elk geval sprake is van huisartsgeneeskundige zorg. Er is ook sprake van een geïntegreerd zorgaanbod. Ten aanzien van de samenwerking is er afstemming en coördinatie van samenhangende zorginterventies tussen de betrokken disciplines.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Hoor ik de minister nu zeggen dat zorgverzekeraars geen investeringen plegen, omdat zij niet zeker weten of zij preferent worden?

Minister **Schippers**: Dat wijst de praktijk uit. Het blijkt niet van de grond te komen. Dat is een motief geweest om deze subsidieregeling in te stellen in de nieuwbouwwijken.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Dat begrijp ik, maar wij gaan in het stelsel uit van ondernemende zorgverzekeraars die in de toekomst investeren. Ik begrijp nu uit de woorden van de minister dat zorgverzekeraars geen investeringen doen als zij niet weten of zij preferent worden. Dat belooft wat, zeker als dat ook op andere terreinen het geval is! Wat is dan nog de stimulerende rol van de zorgverzekeraars?

Minister **Schippers**: Als je in een weiland zit met vijftig patiënten en er zijn er tien van de ene verzekeraar, tien van de andere en tien van een derde, dan is het natuurlijk de vraag wie er gaat investeren. In de praktijk blijkt dat men naar elkaar kijkt. Net zoals wij graag willen dat in nieuwbouwwijken de bus rijdt, zodat niet iedereen alvast een auto koopt omdat de bus niet rijdt, moeten wij ook deze voorzieningen in het begin gewoon helpen opstarten omdat ze belangrijk zijn.

Voorzitter. In de krimpregio's hebben verzekeraars een heel heldere zorgplicht. Er zijn ook mogelijkheden voor zorgverzekeraars om mee te betalen aan concentratie, een nieuw gezondheidscentrum of een impuls die in de regio nodig is. Voor de tweede lijn is er een beschikbaarheidsbijdrage die wordt vastgesteld door de NZa. Als een klein ziekenhuis bijvoorbeeld de spoedeisende hulp niet overeind kan houden, is daarvoor een beschikbaarheidsbijdrage. In nieuwbouwwijken komen mensen wonen die je nog niet kent; je weet niet wie het zijn. In krimpregio's

daarentegen wonen mensen die verzekerd zijn bij een zorgverzekeraar. Deze heeft daar dus zorgplicht.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): De situatie in een Vinex-wijk is inderdaad anders dan die in een krimpregio of een aandachtswijk, maar ook in een krimpregio kan hiermee een probleem ontstaan. Juist de assistentie van corporaties kan helpen om zo'n gezondheidscentrum wel van de grond te krijgen. Ik verzoek daarom om de aanwijzing uit te breiden naar krimpregio's en aandachtswijken.

Minister **Schippers**: In uitzonderlijke gevallen, waarin problemen spelen die zo groot zijn dat zij zichzelf niet oplossen, kunnen wij zaken van de grond krijgen via een gedifferentieerd tarief, vergelijkbaar met wat wij doen in de achterstandswijken. Daar zijn dus al mogelijkheden voor.

De **voorzitter**: De minister gaat verder met het volgende blokje, mededinging.

Minister **Schippers**: Dit sluit er eigenlijk wel bij aan. Mevrouw Voortman heeft gevraagd of ik bereid ben om de aanwijzing voor diensten van algemeen economisch belang uit te breiden voor nieuwe locaties, krimpgelieden en aandachtswijken. Volgens de EU-beschikking moet een dienst van algemeen economisch belang aan een aantal voorwaarden voldoen. Het komt er kort gezegd op neer dat je een aanbieder mag belasten met een dienst van algemeen economisch belang als een bepaald aanbod anders, zonder overheidsingrijpen, niet tot stand zou komen. Dit moet van geval tot geval worden beoordeeld en hoeft niet op voorhand op te gaan voor iedere krimpregio en iedere aandachtswijk. In elk geval zijn er verschillende aspecten op basis waarvan je tot een ander oordeel kunt komen. De aanpassing van de EU-regelgeving die mijn collega Spies bepleit, ken ik niet. Ik zou mij daarover moeten laten informeren. Als dat leidt tot aanvullend beleid, zal ik de Kamer daarover informeren in de mededingingsbrief.

Tot slot kom ik toe aan de overige onderwerpen. Verschillende leden hebben gevraagd hoe het staat met de spoedbereikbaarheid van huisartsen en de handhaving daarvan. Ik ben van mening dat de Landelijke Huisartsenvereniging en de inspectie ontzettend goed hebben samengewerkt. Er werd geconstateerd dat de bereikbaarheid van huisartsen onvoldoende was. De inspectie is daarbovenop gaan zitten. De LHV heeft alle medewerking verleend en alles gedaan wat in haar macht lag om de bereikbaarheid onder haar leden te verbeteren. Uiteindelijk hebben 42 huisartsenpraktijken in november 2011 een aanwijzing gekregen. In die aanwijzing is gesteld dat als de huisartsen eind december niet zouden voldoen aan de veldnorm voor spoedbereikbaarheid, een dwangsom zou worden opgelegd van € 2000 per week tot een maximum van € 30 000. De inspectie heeft deze praktijken in december voor de laatste keer getoetst. Drie van de praktijken voldeden nog niet aan de norm. Die drie laatste praktijken hebben een last onder dwangsom opgelegd gekregen. Inmiddels voldoen ook deze praktijken aan de veldnorm. Hiermee is voorlopig een einde gekomen aan het handhavings-traject. Ik moet zeggen dat in dezen goed is samengewerkt. Ik vind dat ook belangrijk, want het mag niet voorkomen dat de telefoon niet of veel te laat wordt opgenomen als iemand de huisarts belt met een spoedvraag. Het is nu op orde en zo hoort het ook. Ik ben daar heel blij mee. De inspectie zal dit blijven monitoren en handhaven.

Er is ook gevraagd hoe ik de besparingen denk te gaan realiseren die in het Ecorys-rapport zijn genoemd. De verzekeraar moet bij de zorginkoop goed opletten. Verder moet het kostenbewustzijn bij de patiënten worden vergroot. Zij moeten geen onnodige zorg vragen. Ik zal dit ook op de

agenda zetten in de afspraken die ik met de huisartsen wil maken over de toekomst en de houdbaarheid van het stelsel.

Ik heb het al even over de keten-dbc's gehad. Ik krijg de uiteindelijke evaluatie voor de zomer. Ik lees tussenrapportages net zo geïnteresseerd als de Kamerleden dat doen. Ik zal de eindevaluatie goed bekijken. In de zomer nemen wij hier dan een besluit over.

Ik heb het Pact van Garderen met veel interesse gelezen. Er staan mooie ambities in. Het is goed dat partijen dit hebben opgeschreven en ermee aan de slag gaan. De ambities komen in grote lijnen overeen met de ambities van de staatssecretaris en mij, die verwoord zijn in de brief over zorg en ondersteuning in de buurt. Ik ga graag met de eerste lijn in overleg over de uitwerking.

Ik zal de Kamer voor de begrotingsbehandeling informeren over de stand van zaken omtrent de SOS-arts. Ik zal ook aangeven hoe het met de coördinatie en het niveau is gesteld.

Er is in verband met het rapport van Ecorys ook gevraagd naar besparingen op de zelfzorg. Onlangs heb ik mijn reactie op het rapport gestuurd. De effecten van zelfzorg op substitutie en kostenbesparingen zijn interessant. Wij kijken hier goed naar. Zoals ik heb gezegd, zijn wij van mening dat alles wat patiënten in alle redelijkheid zelf kunnen, al dan niet met ondersteuning van e-health, echt daar terug moeten leggen. Mensen moeten pas naar de huisarts gaan als zij echt zorg nodig hebben en ze moeten pas naar de tweede lijn gaan als ze specialistische zorg nodig hebben. Die piramide moet veel steviger worden neergezet. Ik kom dit voorjaar met een nota over e-health.

Er is ook gevraagd hoe het ervoor staat met de eerstelijns-ggz. De eerstelijns-ggz wordt meegenomen in de afspraken met de ggz-sector. In dat overleg is ook de eerste lijn vertegenwoordigd. Ik hoop dat wij over niet al te lange tijd een bestuurlijk akkoord kunnen sluiten.

Er zijn goede gesprekken geweest in het overleg met de huisartsen. Ik heb er alle vertrouwen in dat wij die kunnen voortzetten. Ik hoop dat wij tot net zulke goede afspraken kunnen komen als met veel andere sectoren.

De **voorzitter**: Ik bedank de minister voor haar beantwoording in eerste termijn. Wij beginnen nu met de tweede termijn van de kant van de Kamer. Iedereen krijgt maximaal twee minuten spreektijd.

De heer **Van Gerven** (SP): Voorzitter. Ik bedank de minister voor de waardering die zij voor onze initiatiefnota heeft uitgesproken. Ik hoop dat dit tot mooie resultaten leidt. Er zijn een paar openingen gecreëerd. Ik heb ook een paar vragen ter verduidelijking.

De minister heeft eigenlijk niets gezegd over de verkleining van praktijken. Ik hoor graag of zij daar voorstander van is of niet. Anders overweeg ik om hierover een motie in te dienen tijdens een VAO.

Ik heb ook een vraag over de taakdifferentiatie van de huisartsen. Ik werd getroffen door een brief van jonge huisartsen. De minister of een van haar ambtenaren heeft die ongetwijfeld gelezen. Is de minister bereid om hier bij stil te staan? In deze brief wijst men op de parallel met de geschiedenis van de thuiszorg. De taken zijn daarin opgeknipt: de ene zwachtelt, de tweede komt een pil brengen, de derde geeft eten en de vierde doet de was. Dat heeft helemaal niet gewerkt en daardoor is buurtzorg ontstaan. Gaan wij niet dezelfde kant op met de huisartsenzorg, als wij die opknippen? Praktijkverkleining zou een probaat middel zijn om ervoor te zorgen dat de huisartsenzorg toch integrale zorg blijft die niet verknipt is. Bij avond-, nacht- en weekenddiensten zie ik een tegenstelling tussen stad en platteland. De minister is voor integratie van de huisartsenposten met ziekenhuizen. Daarmee is de huisartsenzorg 's avonds, 's nachts en in het weekend niet opgelost. Is de minister ervoor dat er in elk geval een gelijkwaardige positie ontstaat tussen de huisartsen op het platteland die de avond-, nacht- en weekendzorg moeten organiseren en de huisartsen

in de stad? Is de minister voor het criterium van bereikbaarheid binnen vijftien minuten, ook tijdens avond-, nacht- en weekenddiensten?

Mevrouw **Smilde** (CDA): Voorzitter. Ik bedank de minister voor haar beantwoording in eerste termijn. Ik heb nog een paar vragen. Wij zien uit naar de uitvoeringstoets en het is jammer dat daarbij een kink in de kabel is gekomen. Ik hoor bepaalde collega's nu al vragen hoe zij de cijfers straks moeten interpreteren, terwijl wij pas aan het begin staan. Hoe kunnen wij het vertrouwen herstellen in de NZa en in de uitvoeringstoets die zij doet? Wij moeten erop kunnen vertrouwen dat de NZa de rol vervult die wij haar toebedacht hebben. Op grond van die uitvoeringstoets wil het kabinet ons namelijk een aantal voorstellen doen en moeten wij knopen doorhakken om verder te gaan met de eerstelijnszorg. Daarbij mag er absoluut geen ruis bestaan omtrent de uitvoeringstoets. Hoe kan dat worden bewerkstelligd?

Ik ben ontzettend blij dat het in orde is met de telefonische bereikbaarheid, maar het moest van heel ver komen en er moesten behoorlijk draconische maatregelen genomen worden, inclusief een dwangsom. Heeft de LHV ook een zelfreguleringssysteem opgesteld, zodat dit niet alleen op de inspectie hangt?

Ik ben blij dat er goede gesprekken met de huisartsen gevoerd worden.

Kan de minister ook een termijn noemen?

Tot slot nog iets over de experimenten met financiering in het zorglandschap. De minister gaat niet alleen met populatiebekostiging experimenteren, maar bijvoorbeeld ook met «outcomefinanciering». Ik begrijp dat er allerlei zaken kunnen worden meegenomen. Er komen ook experimenten met substitutie. Ik meen te hebben begrepen dat wij hierover nog een brief krijgen.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Voorzitter. De minister geeft aan dat de extramurale verpleging in de AWBZ moet blijven omdat dit in het regeerakkoord staat, maar ook zaken die in het regeerakkoord staan, moeten gebaseerd zijn op valide argumenten. Wat is het argument om de extramurale verpleging in de AWBZ te laten blijven? Argumenten vóór overheveling zijn er te over. De minister heeft aangegeven dat de NZa hiernaar onderzoek gaat doen, maar het CVZ heeft hierover in december 2010 al een positief advies gegeven. Welk extra onderzoek zou er nog moeten worden gedaan? Betekent het feit dat de NZa hiernaar onderzoek gaat doen dat het regeerakkoord op dit punt open te breken is? Wij kunnen natuurlijk niet stil blijven staan op dit punt. Je vraagt niet om een advies als je niet van plan bent om er iets mee te doen.

Dan het onderzoek van de NZa naar de inkomens van de huisartsen. Ik ben blij dat de minister het betreurt dat er privacygevoelige informatie van huisartsen op straat is komen te liggen. Ik ben ook blij dat zij dit opgelost wil zien en dat de datum in april in die zin niet meer hard is. Zorgvuldigheid moet vooropstaan. Dat zou ook andersom moeten gelden. Ik begrijp dat huisartsen nu op stel en sprong gegevens moeten aanleveren. Wij hadden het daarnet al over de tijd die het huisartsen kost om deze informatie aan te leveren. Het zou goed zijn als de minister het streven dat zorgvuldigheid voor snelheid gaat, ook daarop van toepassing verklaart.

Mijn derde punt gaat over de eerstelijnscentra in nieuwbouwwijken. De minister zegt dat zij van geval tot geval toestemming kan geven om ook buiten nieuwbouwlocaties DAEB-financiering met borging mogelijk te maken, zodat corporaties kunnen participeren in de ontwikkeling van gezondheidscentra. Ik zou graag een toezegging van de minister willen dat DAEB-financiering in voorkomende gevallen mogelijk wordt, ook buiten nieuwbouwgebieden. De grootste opgave ligt juist in de bestaande voorraad. Ik noemde in eerste termijn al het voorbeeld van het gezond-

heidscentrum in Renkum. Ik hoor graag van de minister dat in zulke gevallen DAEB-financiering mogelijk wordt.

De heer **Van der Staaij** (SGP): Voorzitter. Ik bedank de minister voor de beantwoording. Het is goed om te horen dat de minister kan bevestigen dat ook uit het IGZ-onderzoek blijkt dat de bereikbaarheid van de huisartsen nu op orde is. Het is zaak om erop toe te zien dat dit niet verslapt of inzakt, maar op orde blijft. De minister heeft dat ook al aangegeven.

Het is inderdaad jammer dat er reuring is ontstaan rondom het kostenonderzoek naar huisartsen. Het is nu zaak om dit een voortvarend vervolg te geven, zodat wij op die basis het beleidsdebat verder kunnen voeren.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Voorzitter. Ik bedank de minister voor haar beantwoording. Ik bedank ook collega Van Gerven hartelijk voor de initiatiefnota. Daardoor kunnen wij nu in wat bredere zin over de huisartsenhulp spreken. Het valt op dat wij het eigenlijk allemaal eens zijn over de manier waarop wij de eerstelijnszorg in uitgangspunten georganiseerd willen hebben, maar toch discussie hebben over de vraag hoe wij de olifant laten dansen. Met andere woorden, hoe krijgen wij een stevige eerste lijn? Ik vind de nota van collega Van Gerven in dat opzicht nog wat onvolledig. Het mag helder zijn dat wij pleiten voor een stevige eerstelijnsorganisatie waarin de huisartsenhulp een heel belangrijke rol moet spelen. Zeker als je tegenwicht wilt bieden aan de tweede lijn, moet je voor een goed functionerende eerstelijnsorganisatie zorgen. Ik neem aan dat wij nog vaker zullen discussiëren over de manier waarop wij dat kunnen bereiken. Nogmaals dank aan collega Van Gerven.

De heer **Mulder** (VVD): De heer Van der Veen zegt dat er een stevige eerste lijn moet komen. Hoe moet dat bewerkstelligd worden? Moet dit top-down door de overheid worden opgelegd, met artsen in loondienst? Of moet het van de grond komen doordat de huisartsen het zelf organiseren, zoals bijvoorbeeld in Eindhoven is gebeurd? Wie heeft volgens de PvdA de regie?

De heer **Van der Veen** (PvdA): Het is niet gezegd dat of de overheid, of de huisartsen het zouden moeten doen. Het uitgangspunt is dat wij een stevige organisatie willen hebben in de eerste lijn. Als je bij een ziekenhuis vraagt hoe de samenwerking met de eerste lijn verloopt, krijg je meestal te horen dat men met een enorme hoeveelheid eerstelijns hulpverleners te maken heeft en dat het heel lastig is om centrale afspraken te maken. Vanuit dat uitgangspunt kun je bekijken hoe de eerstelijnsorganisatie eruit moet zien. Het lijkt mij in eerste instantie een initiatief van de eerste lijn zelf. Die heeft er alle belang bij om een goede, stevige organisatie neer te zetten. Verder vind ik dat de burgers een belangrijke rol in de sturing van de eerstelijnsorganisatie zouden moeten kunnen spelen, zeker als je uitgaat van zorg dichtbij. In die zin kun je de organisatie van de eerstelijnszorg enigszins vergelijken met die van de ziekenhuizen. Ook daarbij was aanvankelijk de vraag of specialisten in een ziekenhuis moesten werken of niet en dus heeft twintig tot dertig jaar geleden eenzelfde discussie plaatsgehad over de intramurale zorg. De ziekenhuiszorg heeft zich op dezelfde wijze ontwikkeld als de wijze waarop de eerstelijnszorg zich in onze ogen zou moeten ontwikkelen.

De heer **Mulder** (VVD): Het blijft vaag. De bevolking moet volgens de heer Van der Veen inspraak hebben. Komt er dan een dorpsraad die bepaalt waar welke huisarts zit? Wat doe je als het regiobudget wordt overschreden? Moeten mensen dan naar een andere regio? Het plan van de PvdA is vaag! Misschien kan de heer Van der Veen net als de heer Van

Gerven zijn plannen even op papier zetten zodat ze duidelijk zijn voor iedereen en zodat wij erover kunnen spreken.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Dat laatste onderstreep ik, zeker gelet op de reactie van de heer Mulder, want je moet het hem wel heel erg precies vertellen. Ik deel zijn opvatting dus. Wij zullen ook met een nota komen, zoals ik heb toegezegd. Als de commissie zich erin kan vinden, bespreken wij die graag hier in een vergadering. Wellicht begrijpt de heer Mulder het dan wat beter.

De **voorzitter**: Dank u. Wij gaan nu naar het antwoord van de minister luisteren.

Minister **Schippers**: Voorzitter. Zoals ik heb gezegd, denk ik dat er zo veel nieuw werk op de eerste lijn komt en dat zo veel mensen een beroep zullen doen op de zorg dat er veel haken en ogen zitten aan praktijkverkleining. Ik kan mij ook voorstellen dat men door minder mensen door te sturen, werk weghoudt uit de tweede lijn. Ik heb aangegeven dat dit onderdeel moet zijn van het advies over de integrale bekostiging van de eerstelijnszorg dat ik aan de NZa heb gevraagd. Ik heb dus geen definitief oordeel gegeven over praktijkverkleining.

De jonge huisartsen trekken een parallel met de thuiszorg. Ik begrijp hun zorgen. Wij moeten inderdaad versnippering in de eerste lijn voorkomen. Er komt een enorme hoeveelheid werk op de eerste lijn af. Op een of andere manier moet dat werk worden gedragen door de beroepsbeoefenaren die er zijn. Taakherschikking kan daarbij een goed middel zijn, maar het heeft ook gevaren in zich. Wij moeten voorkomen dat die gevaren, zoals versnippering, werkelijkheid worden. Daarom zijn samenwerkingsverbanden en netwerken in de eerste lijn ontzettend noodzakelijk. Artsen moeten goed met elkaar uitwisselen wat zij doen. Zij moeten voorkomen dat ze werk dubbel doen. Werk moet niet te zeer worden opgeknipt als dat geen meerwaarde heeft. Ik wil in ieder geval waken voor een blauwdruk; dat geldt voor de avond-, nacht- en weekenddiensten, maar ook voor dit onderwerp. In Amsterdam zal het echt anders gaan dan in Friesland. In Friesland is er ook een ander aanbod. Zorgverzekeraars moeten nu al noodgrepen doen om de huisartsenzorg in het Noorden goed op poten te krijgen. Laten wij Nederland dus geen blauwdruk opleggen. Laten wij de voordelen van taakherschikking oppakken en de nadelen scherp in de gaten houden om te voorkomen dat ze zich voordoen.

Ik wil geen blauwdruk voor de avond-, nacht- en weekenddiensten. Ook hier speelt de tegenstelling tussen stad en platteland. Er zijn huisartsenposten, er is spoedeisende hulp en sommige huisartsenposten bevinden zich weer binnen een spoedeisende hulp. Tijdens een recent overleg hebben wij besproken of er wellicht iets zou moeten zijn dat het midden houdt tussen huisartsenpost en spoedeisende hulp, de acutezorgpost. Als zo'n post zou bestaan, waaraan zou die dan moeten voldoen? Heeft die meerwaarde? Ik wil dus geen blauwdruk over Nederland leggen, bij de taakherschikking noch bij de avond-, nacht- en weekenddiensten. Ik wil mogelijkheden scheppen waardoor men in kan spelen op hetgeen zich in de regio voordoet en maatwerk kan leveren.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik kom even terug op het opknippen. Er zijn veel functies in de eerste lijn, maar het gaat mij om het werk dat de huisarts behoort te doen. Hij heeft zijn gewone werk, maar daarnaast ook een coördinerende functie. Laten wij eens kijken hoe de thuiszorg zich ontwikkeld heeft. In de wijkverpleging hebben wij de zorg opgeknipt. Eenvoudige zorg moest worden uitgevoerd door mensen die minder betaald werden. Het idee was dat de zorg daardoor goedkoper en beter zou worden, maar in de praktijk is de zorg juist duurder en meer bureau-

cratisch geworden. Hetzelfde ligt in de lijn der verwachting als wij de huisartsenzorg te zeer opknippen. Kan de minister ingaan op de parallel?

Minister **Schippers**: De situatie is niet statisch. Er zijn nieuwe technologieën en er zijn ontwikkelingen. Het aantal chronisch zieken zal enorm toenemen. Meer mensen gaan het werk doen en meer ouderen gaan een beroep op de zorg doen. Wij moeten ons aanpassen om straks goede zorg te kunnen leveren tegen een betaalbare prijs. De zorg moet voor iedereen toegankelijk zijn in alle gebieden. Wij zullen alle man- en vrouwkracht nodig hebben om die zorg te leveren. Door taakherschikking kunnen bepaalde routinematige handelingen wel gedaan worden door bijvoorbeeld een verpleegkundig specialist. Diverse huisartsen in een plaats zouden bijvoorbeeld kunnen besluiten om hun diabetespatiënten naar één zelfstandig gevestigde diabetesverpleegkundige te sturen als dat kan en ze terug te nemen als dat moet. Daarover zouden zij dan goed contact moeten hebben met de verpleegkundige. Ik kan mij allerlei oplossingen voor praktische problemen in een bepaald gebied voorstellen. Ik wil daarvoor geen blauwdruk neerleggen, maar mogelijkheden bieden om de versnippering tegen te gaan. Ik heb de NZa gevraagd om een advies over de wijze waarop ik kan sturen op integrale zorg, samenhang et cetera.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik ben het met de minister eens dat wij niet naar één blauwdruk moeten, want de situatie kan per regio inderdaad heel anders zijn. Dat onderstreep ik, maar als er niet gebeurt wat vanwege de vraag in de regio zou moeten gebeuren, wie dwingt dat dan af? Daarover gaat de discussie telkens. De minister zegt dat zij kansen en voorwaarden schept, maar is het afdwingbaar?

Minister **Schippers**: Ik schep ruimte en wij weten precies hoe de verdeling van de verantwoordelijkheid ligt. De zorgverzekeraar koopt de zorg in. Hij moet goede zorg inkopen. Zeker nu de macronacalculatie eraf is, heeft de zorgverzekeraar een prikkel om veel meer in de eerstelijnszorg in te kopen dan voorheen. De zorgverzekeraar wil dat die zorg goed en integraal geleverd wordt. Tegelijkertijd heeft de gemeente diverse taken op het gebied van de Wmo en dergelijke. Ik kan mij dus goed voorstellen dat zorgverzekeraars en gemeenten elkaar kunnen vinden in de manier waarop de zorg in een gebied het beste geregeld kan worden, wat per gebied anders zal uitpakken. Dit gebeurt al heel goed in een aantal gebieden. Ik raad aan om naar best practices te kijken en die te kopiëren.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Dit antwoord verrast me niet, maar de vraag is wat wij doen als dit niet gebeurt. Wie is er dan verantwoordelijk? De minister zegt dat de zorgverzekeraar het maar moet regelen, maar wat als die het niet doet? Wij zijn nu 40 jaar bezig om de eerste lijn goed georganiseerd te krijgen. Ik denk dat het niet lukt omdat wij onvoldoende geregeld hebben wie wij erop kunnen aanspreken dat de zorg echt goed georganiseerd is. Overigens is dit laatste meer een *cri du coeur* dan een vraag waar ik een antwoord op wil.

Minister **Schippers**: Het is afhankelijk van verschillende aspecten. Zit er in de financiering een stimulans om samen te werken of juist niet? En zit er in de financiering van zorgverzekeraars een stimulans om de zorg in te kopen waar ze het beste is? Als een verzekeraar in de eerste lijn wel risico loopt met zijn «ex post»-verevening, maar in de tweede lijn niet, is dat geen prikkel om in de eerste lijn te gaan kijken. Wij breken negatieve stimulansen stap voor stap af. Wij bekijken hoe wij de financiering kunnen bevorderen en proberen schotten weg te werken en ruimte te scheppen voor nieuwe beroepsbeoefenaars die door alle schotten heen kunnen werken en structureel gefinancierd worden. Zo gaan wij naar een situatie

die veel beter is dan de huidige. Dat moet ook wel, want wij krijgen veel meer vraag.

Mevrouw Smilde had het over de uitvoeringstoets van de NZa, maar ik denk dat zij het kostenonderzoek bedoelde. Het is uitermate ongelukkig dat dit zo gaat, juist in deze situatie. Mede tegen mevrouw Voortman zeg ik dat het onderzoek zorgvuldig, maar ook voortvarend moet plaatshebben. Als we het over heel lange tijd uitstrijken, zal deze zaak zich nog veel langer voortslepen. We moeten het evenwicht zien te vinden. We moeten niet te star zijn en iemand het mes op de keel zetten omdat die morgen van alles moet inleveren. Het moet zorgvuldig gebeuren en mensen moeten een redelijke termijn krijgen. We moeten het echter wel voortvarend oppakken. Mevrouw Smilde vroeg zich ook af hoe wij het vertrouwen terugkrijgen. Er moet transparant onderzoek worden gedaan zodat wij later kunnen zien hoe het is uitgevoerd en of wij het zelf kunnen nalopen.

Mevrouw Smilde heeft ook gevraagd of de LHV een zelfregulerend systeem heeft voor de bereikbaarheid. De huisartsen zijn verantwoordelijk voor hun eigen bereikbaarheid. Ik wil de verantwoordelijkheid bij hen laten liggen. Ik spreek de individuele huisarts aan op zijn verantwoordelijkheid. Ik vind het heel fijn dat de LHV als beroepsvereniging voor de leden heeft meegeholpen, maar de LHV is niet verantwoordelijk voor de bereikbaarheid. Dat zijn de leden van de LHV. Ik wil die leden daar ook op aanspreken en ik wil er geen nieuwe tussenlaag in hebben.

Mevrouw Smilde heeft ook naar een termijn gevraagd, maar mij is even ontgaan waarover dat ging.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Het ging over een mogelijk bestuurlijk akkoord met huisartsen.

Minister **Schippers**: Net als bij alle bestuurlijke akkoorden is dat lastig te voorspellen, maar ik hoop uiteraard dat wij dit voor de zomer hebben afgerond. Dat zou ik heel plezierig vinden.

Een experiment met «outcomefinanciering» zou mij ook zeer welkom zijn, maar ik ben afhankelijk van wat mensen mij voorstellen.

Mevrouw Voortman heeft gezegd dat het feit dat iets in een regeerakkoord staat, geen inhoudelijke onderbouwing is van wat wij doen. Dat klopt, maar in een regeerakkoord is feitelijk wel een prioriteitenlijst opgenomen. Wij kunnen namelijk niet alles tegelijk doen. De prioriteitenlijst is nogal vol. De revalidatie gaat uit de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet.

Begeleiding en dagbesteding gaan naar de Wmo. Er zijn grote hervormingen aan de gang en wij kunnen niet alles tegelijk doen. Het CVZ heeft in 2010 de mogelijkheden van een overheveling naar de Zorgverzekeringswet onderzocht en heeft er ook fikse kanttekeningen bij gezet.

Daarom wil ik eerst het regeerakkoord uitwerken. Wij hoeven niet stil te zitten; wij kunnen intussen bekijken waar de haken en ogen zitten.

Uiteindelijk willen wij dat de patiënt krijgt wat hij wil. Het is niet belangrijk of dat uit het ene of het andere potje wordt gefinancierd. Wij willen uiteindelijk dat het budget de patiënt volgt. Bij de wijkverpleegkundige kijken wij bovendien naar de schakelfunctie. Wij willen de wijkverpleegkundige niet overhevelen naar de Zorgverzekeringswet, want het is juist belangrijk dat die door alle schotten van AWBZ, Wmo en Zvw heen werkt.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): De minister laat daarnaast een uitvoeringstoets doen door de NZa. Wat is het nut daarvan? Dat doet zij toch niet voor niets?

Minister **Schippers**: Ik heb de NZa gevraagd hoe wij een structurele financiering kunnen krijgen voor de wijkverpleegkundige. Ik heb dat gevraagd in het kader van een integrale bekostiging in de eerstelijnszorg.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Ik begreep in eerste termijn juist van de minister dat zij de NZa gevraagd heeft wat de verschillende mogelijkheden zijn, maar dit gaat dus over een ander onderzoek?

Minister **Schippers**: Dit is het onderzoek dat ook in de nota genoemd wordt. Wij onderzoeken hoe we een structurele financiering voor wijkverpleegkundigen kunnen krijgen.

Ik wil nog een misverstand wegnemen. In tegenstelling tot wat mevrouw Voortman concludeerde, kan ik geen DAEB aanwijzen buiten nieuwbouwlocaties, bijvoorbeeld in krimpgebieden. Ik heb gezegd dat ik zou kunnen beslissen tot een tariefdifferentiatie omdat iets niet van de grond komt. Dat is een belangrijk onderscheid. Hiermee heb ik alle vragen beantwoord.

De **voorzitter**: Dank u. Daarmee komen wij aan het einde van dit algemeen overleg. De woordvoerder van D66 was vanmiddag afwezig wegens ziekte; ik was dat vergeten te melden, maar zeg het bij dezen. Heeft de heer Van Gerven nog behoefte aan een VAO, zoals hij eerder suggereerde?

De heer **Van Gerven** (SP): Ik heb begrepen dat de minister nog terugkomt op de praktijknorm. Zij laat haar beslissing afhangen van onderzoek en advies. Op dit moment is er dus geen VAO nodig.

De **voorzitter**: Helder. Ik bedank de minister en haar ambtenaren, de mensen op de publieke tribune en de geachte afgevaardigden voor hun aanwezigheid.