

Vergaderjaar 2009–2010

29 248

Invoering Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's)

29 247

Acute zorg

B¹

VERSLAG VAN EEN MONDELING OVERLEG²

Vastgesteld 2 november 2009

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport/Jeugd en Gezin³ van de Eerste Kamer heeft op 13 oktober 2009 overleg gevoerd met minister Klink van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de voorhangprocedure keten DBC's en huisartsenbesteding (29 247, nr. 95 en 29 248, nr. 97).

Van het overleg brengt de commissie bijgaand stenografisch verslag uit.

Voorzitter: Slagter-Roukema
Griffier: De Boer

Aanwezig zijn twaalf leden der Kamer, te weten: Slagter-Roukema, Leunissen, Meurs, Ten Horn, Putters, Swenker, De Vries-Leggedoor, Hamel, Dupuis, Engels, Van den Berg, Van de Beeten,

en minister Klink, die vergezeld is van enkele ambtenaren van zijn ministerie.

De **voorzitter**: Dames en heren. Wij gaan beginnen. Ik heet de minister en zijn ambtenaren van harte welkom.

Er wordt van dit onderdeel van de vergadering een verslag gemaakt. Daarom zijn stenografen van de DVR aanwezig.

Op de agenda staat de procedure naar aanleiding van de Voorhang keten-dbc's en huisartsenbesteding. Deze kwestie heeft al een aantal keren op de agenda gestaan. In de brieven van 11 september en 8 oktober hebben wij de minister te kennen gegeven dat wij vooralsnog niet voldoende inhoudelijke informatie hadden om verder te kunnen gaan. Tevens hebben wij aangegeven dat wij ons het recht voorbehielden om nog vragen over de voorhang te stellen, ervan uitgaande dat de aanwijzing van de NZa pas uitgaat wanneer onze vragen zijn beantwoord.

De minister heeft gisteren te kennen gegeven dat hij graag naar ons toe wilde komen om een toelichting op een en ander te geven. Dat stellen wij heel erg op prijs. Wij hebben vanmorgen nog een brief van de minister gekregen over de kwestie die in de brief van 12 oktober aan de orde komt. Tevens hebben wij brieven gehad van de Landelijke Huisartsen Vereniging, de KNMG en Zorgverzekeraars Nederland. Uit die brieven spreekt

¹ De letter B heeft alleen betrekking op TK 29 248.

² In verband met technische onvolkomenheden in de geluidsopname is het verslag op bepaalde onderdelen onvolledig

³ Samenstelling:

Werner (CDA), Van den Berg (SGP), Dupuis (VVD) (vice-voorzitter), Rosenthal (VVD), Swenker (VVD), Tan (PvdA), Van de Beeten (CDA), Slagter-Roukema (SP) (voorzitter), Linthorst (PvdA), Biermans (VVD), Putters (PvdA), Hamel (PvdA), Engels (D66), Thissen (GL), Goyert (CDA), Peters (SP), Quik-Schuijt (SP), Huijbregts-Schiedon (VVD), Laurier (GL), Ten Horn (SP), Meurs (PvdA), Leunissen (CDA), De Vries-Leggedoor (CDA), Koffeman (PvdD), Kuiper (CU), Lagerwerf-Vergunst (CU), De Boer (CU), Yildirim (Fractie-Yildirim), Flierman (CDA) en Benedictus (CDA).

bezorgdheid over vooral het tempo dat de minister wil betrachten bij deze materie.
Het woord is aan minister Klink.

Minister Klink: Voorzitter. Eerst iets over het tempo. Ik kom daar zo in het algemeen op terug als het gaat om de beleidsinhoud.

De NZa moet de aanwijzing voor november kunnen geven, want anders wordt het vrij lastig, zelfs onmogelijk om in 2010 te beginnen met de integrale zorg en de ketenzorg. Dat is de reden waarom ik aan u, mevrouw de voorzitter, heb gevraagd of ik een toelichting zou mogen geven in de commissievergadering. Ik wil in ieder geval bewaken dat er een beslissing wordt genomen en dat het niet aan vertraging te wijten is dat een en ander wellicht niet doorgaat.

Ik wil eerst aangeven waarom ik vind dat de kwestie inhoudelijk wel moet doorgaan. Het allerbelangrijkste is om te constateren dat waar integrale zorg wordt geboden op het gebied van chronische aandoeningen en eventueel geclusterde aandoeningen een enorme gezondheidswinst wordt geboekt. Dat geldt voor diabetes, cardiovasculair risicomanagement en hartfalen, maar ook voor astma/COPD. Enorm wil echt zeggen: enorm! De voorbeelden zullen niet direct heel wetenschappelijk zijn onderbouwd, maar de uitslagen zijn te grondig en te vergaand om te stellen dat het gaat om een educated guess. Als het gaat om amputaties bij diabetespatiënten, hartinfarcten bij mensen met hartfalen, cardiovasculair risicomanagement en COPD worden tientallen procenten gezondheidswinst geboekt. Daarom vonden wij het belangrijk om aan datgene wat nu min of meer experimenteel tot stand komt, via beleidsregels, innovaties of anderszins, een structureel karakter te geven. Dat is zorginhoudelijk. Daarnaast werden wij in de loop van dit jaar geconfronteerd met een overschrijding van circa 1 mld. op mijn begroting. Dat miljard moet in 2010 worden omgebogen. In een rapport van de NZa over een kostenonderzoek staat dat de huisartsen, gemeten naar het norminkomen en natuurlijk geïndexeerd, 340 mln. te veel hebben verdiend. Dat is overwinst. De impliciete boodschap was dat ik dat bedrag diende terug te halen bij de huisartsen. Ik heb echter van meet af aan gezegd dat ik dat een rare figuur vind. Overigens komen wij die in de zorg wel vaker tegen. Wij zijn overgegaan op prestatiebekostiging, afgezien van het Vogelaarakkoord en de berekeningen ter zake. Die prestatiebekostiging wordt vervolgens beloond. Op het moment dat men in het kader van M&I of consulten meer presteert, gaat men meer verdienen, maar vervolgens gaan wij een paar jaar later dat meerdere dat is gepresteerd en de meerinkomsten die ermee zijn gemoeid, terughalen en indexeren op basis van een norminkomen. Dat is hetzelfde als mensen drie jaar aanmoedigen om iets te doen, maar ze vervolgens te bedanken voor hun moeite en hun overwinst af te pakken. Ik vind dat een oneigenlijke figuur. Daar staat tegenover dat, uitgaande van de prestatiebekostiging, ik wel wil zien wat er wordt gepresteerd, al was het maar om discussies over overwinsten nu en in de toekomst te vermijden. Wij hebben verschillende keren gesproken met het bestuur van de Landelijke Huisartsen Vereniging. Ik heb toen aangegeven dat de keerzijde van het niet teruggaan naar het norminkomen, geïndexeerd en wel, met zich brengt dat ik prestaties moet kunnen zien, op basis waarvan ik achteraf kan berekenen in hoeverre dat daadwerkelijk gezondheidswinst heeft opgeleverd. Dat kan onder andere via de ketenzorg. Dat is verschillende keren overeengekomen met de huisartsenvereniging. Tot op dit moment is het ook een punt van aandacht in het verkeer tussen het bestuur en ons. Dat is ook de reden waarom in de brief van de LHV aan de Kamer staat dat men in beginsel voor de vier ketens is. Ik snap de zorgen van de huisartsen overigens wel. Op het moment dat je daar per 1 januari mee begint, is de vraag in hoeverre het een gedwongen wijze van opereren is, ook al boek je gezondheidswinst, en in hoeverre dat direct in de mal past. Dat is de reden dat wij per 1 januari 2010 gaan

starten met 2,5 keten. Wij starten met twee ketens op het gebied van cardiovasculair risicomanagement en diabetes. Vanaf 1 juli komt COPD c.q. astma erbij, omdat die zorgstandaard dan ook gereed is, naar wij aannemen. Op basis daarvan kan dan integrale zorg worden geboden. Het is belangrijk om hieraan vast te houden. Ik ga niet toe naar prestatie-bekostiging als de prestaties niet inzichtelijk worden gemaakt. Ik vind dat ik wel degelijk naar een norminkomen toe kan op het moment dat men mij niet kan laten zien, meer dan nu het geval is, wat de winst is in termen van gezondheid en dergelijke, gemeten naar een budgettair kader en ook gelet op die 340 mln., dat naderhand overigens is teruggebracht naar 170 mln. Ik had echter oog voor wat de huisartsen zeiden. Daarom beginnen wij per 1 januari 2010, maar op vrijwillige basis, vrijwillig in de zin dat degenen die niet meedoen daar financieel geen nadeel van ondervinden. Dat wil zeggen dat de ketenbekostiging dan kan gaan plaatsvinden en dat de integrale zorg dan kan worden gecontracteerd. In onze budgetten, c.q. in onze begroting hebben wij middelen gehandhaafd voor die huisartsen die toch met praktijkondersteuners werken, maar niet de keten kunnen aanbieden. Zij zullen er in financiële zin geen hinder van ondervinden. Er vindt wel een verkaveling plaats van de middelen die nu worden besteed aan de consulttarieven voor POH'ers. Wij gaan die nu omzetten in de richting van M&I, waarover met de verzekeraars dient te worden gecontracteerd. Ook daarin zijn wij de huisartsen tegemoetgekomen, mede naar aanleiding van debatten in de Tweede Kamer. Dat omzetten gebeurt budgettair-neutraal. Voor degene die niet aan de ketens meedoet, zit daar geen financieel nadeel aan vast. Een en ander moet wel worden gecontracteerd met de huisarts, maar dat geldt ook nu al voor een groot deel. Per 1 januari 2010 zal men daar geen hinder van ondervinden. Er komen dus zorgstandaarden voor diabetes en cardiovasculair risicomanagement, maar niet voor hartfalen. Die hebben wij verdaagd. In zekere zin zetten wij die on hold, zij het dat ik het wel belangrijk vind dat ook daar zorgstandaarden voor komen. Ik was in Maastricht. Ik zag daar ook welke winst er wordt geboekt in termen van integrale zorg. Ik vind het dus een dure plicht dat wij die mogelijkheid aan iedereen ter beschikking gaan stellen. De zorgstandaard op dit punt is echter nog niet gereed. Met die voor COPD hopen wij per 1 juli volgend jaar te kunnen beginnen. Per 1 januari komend jaar starten wij dus met de ketenzorg diabetes en cardiovasculair risicomanagement.

Een en ander heeft te maken met de zorginhoudelijke winst die kan worden geboekt en de slagen die daarmee kunnen worden gemaakt. Tegelijkertijd wijs ik ook op het feit dat het een van de indicaties is op basis waarvan ik naar de prestatiebekostiging wil. Ik stel het even klip en klaar. Ik houd het volgend jaar in de richting van de financiën niet droog als ik niet meer prestaties laat zien van de kant van de huisartsen, maar dat wil ik dan ook niet. Ik ga niet akkoord met overwinsten die tot in de honderden miljoenen belopen als ik met een enorme taakstelling zit en die miljoenen moet gaan verhalen via het eigen risico, eigen bijdragen, het uitdunnen van het pakket of het omhoog brengen van de premie. Dat ga ik niet doen. Het is van tweeën een: of wij gaan in de richting van het niet meer hanteren van het norminkomen en de daarmee gemoeide indexering, of wij gaan naar prestatiebekostiging, maar dan wil ik dat ook zien. Dat speelt zowel bij de ketenzorg als bij de M&I-modules waarvan sommige van dertien codes naar veertien codes gaan, iets wat ingewikkeld en vrij gedetailleerd is. Het speelt daar wel. Ik ben er helder over geweest naar de LHV en de Tweede Kamer. Ik ga die kant con amore uit, want prestatiebekostiging is van groot belang om betere zorg te leveren, maar ik doe dat alleen als inzichtelijk wordt gemaakt welke prestaties er daadwerkelijk worden geleverd, naast de zorginhoudelijke meerwaarde die dit met zich brengt. Dat is mijn algemene punt.

Dan nog een aanvulling. Het is op vrijwillige basis. Wij hadden voorzien dat in een periode van drie jaar de POH'er, de praktijkondersteuner alleen

nog maar wordt bekostigd op voorwaarde dat er aantoonbare ketenzorg wordt geboden. In de richting van de LHV en de Tweede Kamer hebben wij daarover aangegeven dat wij dit gaan evalueren. De huisartsen worden dus meegenomen in de begeleidingscommissie. Als het nodig mocht zijn, wordt het een langere periode dan de drie jaar. Dat ligt besloten in de evaluatie.

De **voorzitter**: Ik stel de leden in de gelegenheid om vragen te stellen.

Mevrouw **Meurs** (PvdA): Dank voor de toelichting. Ik heb twee vragen, een naar aanleiding van de laatste opmerking van de minister over het vrijwillige karakter. Als ik het goed begrijp zegt de minister dat een en ander per 1 januari op vrijwillige basis begint. In het licht van wat hij daarvoor zei over prestatiebekostiging en zichtbaar maken welke prestaties geleverd worden neem ik aan dat deze vrijwilligheid tijdelijk is?

Minister **Klink**: Drie jaar.

Mevrouw **Meurs** (PvdA): Drie jaar?

Minister **Klink**: Vooralsnog drie jaar.

Mevrouw **Meurs** (PvdA): En dat geldt voor de vier keten-DBC's?

Minister **Klink**: Ja. Het gaat inderdaad om drie jaar. Evaluatie kan ertoe leiden dat wij deze periode nog verlengen, dat zou kunnen. Met betrekking tot de DBC's geef ik nog even een aanvulling, mede naar aanleiding van de vraag van mevrouw Meurs. Bij COPD hebben wij op grond van het feit dat de zorgstandaard in concept klaar is, maar nog niet over de hele linie geaccordeerd is – denk bijvoorbeeld aan de longartsen – gezegd dat het 1 juli volgend jaar wordt. Ik krijg op dit moment brieven binnen van huisartsen die zeggen: wij vinden het doodzonde, wij staan eigenlijk in de startblokken om te beginnen. Ik vind zorgstandaarden belangrijk omdat je voor een groot deel de zorg hierop afstemt. De ontwikkeling van de zorgstandaarden mag niet op termijn stagneren op grond van het feit dat bijvoorbeeld specialisten, die zien dat een deel van de zorg naar de eerste lijn toegaat, een blokkade opwerpen. Dat kan natuurlijk niet. Wij moeten hiervoor nog een formule verzinnen.

Mevrouw **Meurs** (PvdA): Ik heb nog een tweede vraag. Deze heeft te maken met de brief die wij van de KNMG hebben ontvangen. Ik stel deze vraag ook met mijn ZonMw-pet op. Wij hebben heel veel te maken met het probleem van multimorbiditeit. Uit de KNMG-brief, maar ook uit het onderzoek dat wij vanuit ZonMw kennen, blijkt dat multimorbiditeit steeds meer voorkomt. Met name bij chronische aandoening is multimorbiditeit een belangrijke kwestie. Mij wordt niet duidelijk hoe in deze hele keten-DBC multimorbiditeit wordt meegenomen. Dit is niet een kwestie van één en één is twee. Misschien kan de minister hier nog een toelichting op geven?

Minister **Klink**: Neem het voorbeeld van de diabetesketen. Heel vaak, bijna altijd, lopen cardiovasculaire klachten c.q. risico's parallel met diabetes. Dat ligt in het programma opgesloten. Als iemand vervolgens te maken heeft cardiovasculaire klachten of hartfalen, is het is niet voor de hand liggend dat langs twee lijnen zorg geboden wordt: een en ander zal geïntegreerd zijn. Als mensen heel oud zijn en sprake is van multimorbiditeit, is het onzinnig om verschillende zorgtrajecten aan te gaan. Een en ander zal geïntegreerd plaatsvinden, vaak in een verpleeghuis of verzorgingshuis. Soms hebben mensen wel met verschillende aandoeningen te maken die niet qua ziektebeeld altijd in elkaars verlengde liggen. Ik had

het over hartfalen in Maastricht. Dat wordt aangeboden in het ziekenhuis. Dat vergt wel een heel goede communicatie met de huisarts. In mijn eigen omgeving zie ik dat dit niet altijd gebeurt. Ten behoeve van de gezondheidszorg introduceren wij de ketenzorg; de gezondheidswinst. Dit heeft te maken met prestatiebekostiging. Daarnaast – dat is eigenlijk een derde lijn – wil ik een ontwikkeling van de tweede naar de eerste lijn. Ik wil deze zo veel mogelijk bevorderen. Volgens mij moet er meer integraal aangeboden worden in de eerste lijn dan nu het geval is. Hier in Den Haag zie je bijvoorbeeld een diabetespoli in het ziekenhuis. Ik sprak met Haagse huisartsen die hiervan balen. Zij zeggen: wij kennen de patiënten, wij willen er zicht op hebben. Bovendien schiet de communicatie tekort. Deze ontwikkeling zal, tenzij mensen te maken krijgen met ernstige klachten – COPD kan op een gegeven moment ziekenhuiszorg worden, afhankelijk van de mate en de ernst van de aandoening – in beginsel richting eerste lijn gaan.

De heer **Leunissen** (CDA): Het zal niet verbazen dat ik een groot voorstander ben van keten-DBC's. Wij hebben ten aanzien van diabetes, maar ook van COPD en hartfalen veel ervaring met het samenwerken tussen specialist en huisarts. Dat loopt prima. Het gaat om een heel spectrum van mensen. Bij sommigen ligt het accent bij de huisarts. Er zijn echter ook mensen bij wie het accent iets meer opschuift richting specialist, afhankelijk van de ernst van de comorbiditeit die bij de betreffende patiënt speelt. Uit het stuk begreep ik dat er één bekostiging komt. Deze wordt toebedeeld aan de hoofdbehandelaar. Ervan uitgaande dat de zorgstandaard goed beschreven is, dat ieders verantwoordelijkheid hierin goed is opgenomen en omschreven: hoe is de doorverdeling van de DBC? Wie is hiervoor verantwoordelijk?

Minister **Klink**: Dat is inderdaad de hoofdbehandelaar. Hij contracteert en gaat, ook financieel, een relatie aan met degene die krachtens de zorgstandaard hiermee gemoeid zijn. De andere partij moet gecontracteerd worden, wil men überhaupt aan de eisen van de keten-DBC en de daarmee gemoeide indicatoren kunnen voldoen. Soleren en zeggen dat je het wel contracteert maar ondertussen niet met een zorggroep aan de slag gaan, is dus niet aan de orde. Het is wel een van de punten die wij zullen moeten meenemen in de evaluatie: hoe tekenen de krachtsverhoudingen zich af? Ik weet eigenlijk wel zeker dat, gegeven het feit dat je vanwege de zorgstandaarden ook behandelaars zoals fysiotherapeuten en diëtisten benoemt, de krachtsverhoudingen tussen de groepen op zichzelf redelijk in balans zijn en zullen moeten zijn. De ervaringen tot nu toe rondom diabeteszorg en in zorggroepen – ik heb er verschillende bezocht – zijn dat in de regel sprake is van goede verhoudingen en optimale zorg. Het gaat om een bewuste keuze die weliswaar geëvalueerd zal moeten worden, maar waar wel een filosofie onder ligt, namelijk «a single bill for coherent care», zoals de Amerikanen zeggen. Versnipperde bekostiging levert versnipperde zorg op. Deze integraliteit zullen wij moeten realiseren.

Mevrouw **Ten Horn** (SP): Als ik het goed begrijp, moet er gecontracteerd worden. Uit de brief die wij vanochtend ontvangen hebben, wordt duidelijk dat de minister het toejuicht als huisartsen steeds meer gaan specialiseren. Hoe groot is de kans dat een patiënt met verschillende chronische aandoeningen, voor meer zorgpaden naar verschillende huisartsen moet om zijn keten-DBC's gerealiseerd te krijgen? In hoeverre zijn de zorgstandaarden getest in de praktijk? Bij mijn weten is alleen diabetes getest. Waar beginnen wij aan als andere standaarden nog niet getest zijn? Hoe zit het met de vragen die gesteld zijn over btw met doorfinanciering? Hoe zit het met benodigde wetswijzigingen als het eigenrisicoverhaal geschrapt wordt? Heeft dit een relatie met de aanvullende verzekering voor sommige andere groeperingen in de DBC-keten? Dit zijn de hoofd vragen. Het belangrijkste uitgangspunt is de eerste vraag die al 30 of 40 jaar oud

is: gaan wij over de lijnen heen integreren ten koste van de patiënt in de breedte? Wordt de meest complexe patiënt uiteindelijk nog complexer vanwege de integratie financieel?

Minister **Klink**: Ik ga eerst in op de specialisatie. Ik noemde net al de voorbeelden van Maastricht rondom hartfalen en van Nieuwegein rondom COPD. Het zouden eigenlijk de ernstigere patiënten moeten zijn die in het ziekenhuis behandeld worden. Mij valt trouwens op dat er in Nieuwegein ook intern ketenzorg geboden wordt en dat dit beter werkt dan de versnipperde zorg binnen het ziekenhuis. Het illustreert wel dat het uit elkaar halen van de zorg nu voor een groot deel plaats vindt; en dat over de echelons heen terwijl wij het naar de eerstelijns willen brengen. Het kan inderdaad heel goed dat een huisarts zeer gespecialiseerd is in diabetes en dat collega's naar hem doorverwijzen. Dat heb ik bijvoorbeeld in Zeeland gezien. In de Achterhoek heb ik iets soortgelijks gezien. Een huisarts specialiseert zich daar vooral in oogaandoeningen. Er zijn collega's die zeggen: loop maar even bij hem langs. Dat gaat con amore. Dat vergt wel dat de communicatie met de eigen huisarts optimaal is. Dat gebeurt in zorggroepen, maar die communicatie zal, zeker naarmate de integrale zorg zich echt gaat aftekenen, ook daadwerkelijk geboden moeten worden; over en weer.

Ik wil niet badinerend klinken, want ik ben juist heel serieus, maar als huisartsen zeggen dat zij de patiënt integraal kennen, zeg ik door ervaringen gevoed dat dit niet hetzelfde is als het integraal bieden van zorg. Dat vergt samenhang met een diëtist, fysiotherapeut of anderszins. Een integrale belangstelling voor mijn geliefde X is niet hetzelfde als hele goede zorg bieden. Dat kun je gespecialiseerd en wel wellicht niet allemaal als eigen huisarts. Vaak zijn het wel POH'ers die ten behoeve van die huisarts werken. Zij hebben zicht op die diabetespatiënten. Het vergt nu al coördinatie en het over en weer inzicht geven in de ontwikkelingen. Dat zal straks misschien nog wel meer vergen. Het alternatief is echter dat het of niet, of in de tweedelijns geboden wordt. Ik wil maar zeggen dat dit vraagstuk inderdaad op ons afkomt.

Mevrouw **Ten Horn** (SP): Dit kan een keuze zijn van de huisarts. In hoeverre is de vrije artskeuze van de patiënt hier in het geding? Aan de ene kant vanwege het feit dat de huisartsen zich specialiseren en aan de andere kant contracteert de verzekeraar. In hoeverre is de vrijheid nog aan de orde als de verzekeraar verschillende huisartsen voor jou gaat contracteren al naar gelang de verschillende stoornissen die je hebt? Dit geldt met name bij complexe patiënten.

Minister **Klink**: Dat vind ik een belangrijke vraag, maar die speelt voor een groot deel nu al. Wat moet ik met mijn verwanten die hartfalen hebben en die bij een huisarts lopen die dat niet aanbiedt? Hij is niet aangesloten bij zo'n ziekenhuis. Hij heeft geen communicatielijnen met het ziekenhuis. En dan? Dan kun je zeggen dat zo'n patiënt maar naar de cardioloog moet gaan, maar dat kan straks ook. De keuzevrijheid van de patiënten is straks optimaler dan op dit moment. Ten eerste weet hij wie het aanbiedt. Ten tweede gaat een verzekeraar dat als het goed is over de hele linie contracteren. Ik voorzie dat huisartsen zich rondom die ketenzorg gaandeweg zullen gaan aansluiten bij zorggroepen die integraal die zorg gaan bieden. Hij houdt dat voor een deel zelf in de hand. Dat is de winst van de ketenzorg die wij nu ontwikkelen. Het wordt inzichtelijker wie het op een goede manier aanbiedt, zodat die keuzevrijheid eerder ondersteund wordt met meer informatie dan op dit moment überhaupt het geval is.

Mevrouw **Ten Horn** (SP): Wordt er dan wel van uitgegaan dat alle verzekeraars waarmee die huisarts te maken heeft, op dezelfde manier gaan

contracteren? Kan het zo zijn dat een verzekeraar wel bij een bepaalde huisarts contracteert voor een bepaalde stoornis en een andere niet als die huisarts met vijf of zes verzekeraars te maken heeft?

Minister **Klink**: Het zou kunnen dat dit gaat gebeuren. Dat gaan wij allemaal wel goed begeleiden natuurlijk. Het zou kunnen dat een verzekeraar zegt dat hij het niet bij X contracteert, maar dan zullen patiënten snel van verzekeraar wisselen. Dat vind ik de grote winst van het feit dat wij op dat vlak ook keuzevrijheid kennen.

De heer **Leunissen** (CDA): Ik heb hier een korte praktische aanvulling op. Als de huisarts onvoldoende kennis heeft van bijvoorbeeld diabetes vindt er in dat samenwerkingsverband van de keten vaak verticale substitutie plaats. Specialisten hebben nurse practitioners in dienst die naar de huisarts toegaan en meehelpen om de zaak te ondersteunen. Dat is een soort harmonicamodel en dat functioneert op zich heel goed.

De **voorzitter**: En met hoeveel instanties en functionarissen denkt u dan dat de huisartsenpraktijk te maken gaat krijgen? En dan moet de huisarts ook z'n primaire werk nog doen. Er ligt nog een vraag over het eigen risico en over de wetswijzigingen.

Minister **Klink**: Datzelfde geldt voor de zorgstandaarden. Die voor diabetes, hartfalen en CVRM zijn rond. Die voor COPD nog niet. Die zijn niet zomaar ontwikkeld, maar op basis van ervaringen tot stand gekomen. Pauline is nu al weg, maar zij weet daar alles van.

Mevrouw **Ten Horn** (SP): Zij zat wel te knikken toen ik zei dat er maar één getest is.

Mevrouw [naam onbekend]: De zorgstandaarden zijn een nieuw fenomeen, maar worden gebaseerd op bestaande richtlijnen. Dat zou betekenen dat wij nu geen goede multidisciplinaire COPD-zorg zouden kunnen leveren. Het verschil tussen de zorgstandaarden en de gewone richtlijnen is dat de zorgstandaarden verder gaan. Die gaan ook over de organisatie van de zorg en de daarbij behorende kwaliteitsindicatoren. In principe is daar een breder spectrum. Er is niets veranderd aan de inhoud van de zorg ten opzichte van de vroegere situatie.

De heer **Hamel** (PvdA): Bij diabetici is al tien jaar lang ervaring. Dat is bij de andere voorbeelden niet zo. Het gaat erom welke zekerheid je hebt. Dat is op zich niet erg, maar dan moet je veel experimenteel vaststellen, zodat het eventueel kan worden bijgesteld. Dat is de vraag waar het nu om gaat.

Minister **Klink**: De zorgstandaard en de DBC zijn een-op-een op elkaar geklikt, maar het is wel een terecht punt. Er moet wel dynamiek in die ontwikkeling van de zorgstandaarden zitten op basis van de ervaringen die daarmee gemoeid zijn. Ik hoor nu met enige regelmaat van huisartsen dat zij er ontzettend de pest in hebben dat het niet op 1 januari kan gaan functioneren met COPD. Zij zijn startklaar. Dat geeft aan dat er nog wel vertrouwen is. Gaat de voorzitter dit nu doormailen?

De **voorzitter**: Ik zal proberen mij erbuiten te houden. Er zijn inderdaad veel huisartsen die ermee bezig zijn. Die financiering is er ook. Een zorgstandaard is tot nu toe een theoretisch concept en dat moet nog praktisch uitgewerkt worden. Daar zijn veel huisartsen mee bezig en die willen er ook graag mee verder gaan, maar het gaat om de geleidelijkheid. Is er ruimte voor experimenteren en evalueren?

Minister **Klink**: Wij hebben een overbrugging van drie jaar. Het zal niet direct van vandaag op morgen bij iedereen geïmplementeerd worden. Laat ik even het voorbeeld van hartfalen nemen. Daarvoor is de zorgstandaard het minst ver ontwikkeld. Ondertussen wordt die integrale zorg in Maastricht en elders wel geboden met enorme gezondheidswinst tot gevolg. Dat geldt ook voor COPD. Waar het integraal gebeurt is de gezondheidswinst enorm. Wij creëren van 2010 de mogelijkheid om dat te contracteren. Niemand wordt in het gelid gezet. Laten wij hopen dat het zich dynamiseert.

Ik kom op het eigen risico. Het komt erop neer dat er volgend jaar over de ketens geen eigen risico zal worden geheven, terwijl er toch zorg in zit, zoals diëtisten, die in feite aan het eigen risico is onderworpen. Dit wordt gedaan, omdat het domweg niet zinvol is om dat te over de keten heen te verkavelen. Waarom niet? De meeste mensen zijn chronisch ziek. Zij krijgen sowieso gerestitueerd, omdat zij in de FKG-groepen of in de DKG-groepen zitten. Het heeft dan weinig zin. Verder loopt hun eigen risico toch al vol, voor zover zij niet worden gecompenseerd. Zij hebben immers veel zorg nodig. Voorts zou het een enorme last voor verzekeraars inhouden als dit moet worden onderscheiden. Het nu berekende besparingsverlies bedraagt circa 3 mln. Het zou een enorme administratieve belasting zijn om die 3 mln. binnen te halen. Feitelijk moeten wij dit krachtens de Zorgverzekeringswet wel doen. Op dit moment zijn wij eigenlijk contra legem bezig. Toch is dat niet helemaal waar, omdat de verzekeraar op dit moment eigen risico kan kwijtschelden als sprake is van preventie. Als er iets preventief werkt, dan is het wel de ketenzorg. In die zin is het binnen de wettelijke kaders. Wij houden er in onze budgetten geen rekening meer mee. Dat was wel een punt van aandacht tussen Financiën en ons, omdat het 3 mln. minder oplevert. De vraag is dan hoe je dat zult dekken, maar deze dekking hebben wij gevonden.

Mevrouw **Swenker** (VVD): [opmerking buiten de microfoon]

Ik wil namelijk ook niet dat er meer geld naar huisartsen gaat, waardoor de premie of het eigen risico moet worden verhoogd. Verwacht de minister dan dat de ketenfinanciering zodanig veel oplevert, ook financieel gezien, dat de kosten daardoor niet hoger worden? Hij kan namelijk wel zeggen dat het geen probleem is als Financiën akkoord gaat, maar het slaat toch neer op de premie of op het eigen risico. Meer smaken hebben wij namelijk niet in dit land. Is het per saldo nu toch duurder, ook al loopt het heel goed in de ketens, of zitten er zo veel besparingen elders dat je dat tegen elkaar kunt wegstrepen?

Minister **Klink**: Dit is een punt van aandacht dat op dit moment ook speelt tussen ons en het CPB. Het CPB zegt: de kwaliteit, dat is zonder twijfel zo.

Mevrouw **Swenker** (VVD): Je mag salderen.

Minister **Klink**: Het betreft het salderen met de gezondheidswinsten enzovoorts. Dat zijn wij op dit moment aan het verkennen. Alle onderzoeken die ik zie, uit Amerika, maar ook uit Nederland, wijzen op een enorme gezondheidswinst. Het kan ook betekenen dat mensen langer blijven leven. Dat is duurder. Menzis heeft een gezondheidscentrum ontwikkeld in Groningen. Uit de berekeningen die Menzis mij liet zien – deze zijn actueel allemaal doorgerekend – blijkt dat in dat centrum per verzekerde op dit moment meer dan € 200 van de premie af zou kunnen als iedereen de zorg op die manier kreeg. Dat is een vijfde van de zorgkosten.

Mevrouw **Swenker** (VVD): Kunt u specificeren waarom dat het geval is? Wordt er minder van tweedelijnszorg gebruikgemaakt?

Minister **Klink**: Minder tweedelijnszorg, minder complicaties. In de eerste plaats is sprake van substitutie van tweedelijns- naar de eerstelijnszorg, in de tweede plaats wordt gezondheidswinst geboekt en in de derde plaats is voor een deel sprake van preventie. Bij het gezondheidscentrum van Menzis heeft men een diagnosticerend fysiotherapeut, maar die ontbreekt in de ketens. Die helpt mensen heel snel op weg. Hij zegt: bij die aandoening moet je even daarop letten. Dat betekent dat je niet het hele traject van fysiotherapie ingaat. Het is sterk gericht op het ondervangen van de zorgvraag en niet op het uitdiepen daarvan. Bij ketenzorg zien wij soortgelijke getallen. Verzekeringsmaatschappij Achmea heeft laten zien dat zij voor haar populatie tot een bezuiniging van 100 mln. kan komen als iedereen het zou krijgen. Wij zien ook bij hartfalen dezelfde ontwikkeling.

De **voorzitter**: Er is nog een vraag blijven liggen over de btw. Kan de minister deze vraag nog kort beantwoorden?

Mevrouw **Ten Horn** (SP): Zorgverzekeraars hebben aangegeven dat ze niet eerder aan de slag willen dan wanneer dit duidelijk is.

ambtenaar [buiten microfoon]: Volgens mij is dit een probleem dat in de gehele zorg speelt. Het gaat erom dat je daarvoor verpleegkundigen aantrekt. Dat is dan in principe niet gedetacheerd. Dan moet er btw worden betaald. Door de [onverstaanbaar]-ontwikkeling komt dit naar boven, maar het is op zich een verhaal dat breder in de zorg speelt.

Mevrouw **Ten Horn** (SP): Maar het is wel een probleem dat concreet per 1 januari 2010 speelt. Zo simpel is het.

ambtenaar [buiten microfoon]: Het speelt nu ook.

Mevrouw **Ten Horn** (SP): Maar de zorg wordt wel 19% duurder.

De **voorzitter**: Je hebt nu een POH in dienst, maar een diëtiste die haar diensten aanbiedt, moet daar btw over regelen. Dat wordt nog een heel probleem.

Mevrouw **Ten Horn** (SP): Maar de hele winst gaat dan naar Financiën?

Minister **Klink**: Ik moet hier nog eens goed naar kijken. Ik heb niet direct een antwoord paraat.

De **voorzitter**: Dat is goed.

Mevrouw **Swenker** (VVD): Het is natuurlijk zonde van het geld om het naar Financiën te brengen.

De **voorzitter**: Maar dat ligt bij Financiën, wij hebben wel vaker ...

Mevrouw **Ten Horn** (SP): Hetzelfde probleem hebben wij gezien bij OCW. Dat is niet opgelost; het geld is op dit moment weg.

ambtenaar [buiten microfoon]: Maar dat heeft ook met Europese regelgeving te maken.

De **voorzitter**: Precies. Daarom is het ook niet zo'n goed idee.

De heer **Hamel** (PvdA): [geen geluid]

De **voorzitter**: Dat zou kunnen, maar daar is een wetswijziging voor nodig.

Mevrouw **Ten Horn** (SP): Dit is ook aan de hand bij onderzoek en onderwijs. Dat is inmiddels vrij.

ambtenaar [buiten microfoon]: Maar als je dan personeel gaat betalen, is het geen zorg meer.

Minister **Klink**: Voorzitter. Vindt u het goed dat ik daar nog even een kort briefje over stuur?

De **voorzitter**: Heel graag. Ik dank de minister voor zijn beantwoording.

De heer **Hamel** (PvdA): Wil de minister het volgende punt betrekken in zijn brief? Dit probleem is immers zeer generaal, de vraag of de winst bij iemand mag komen die handig een lagergeschoold of goedkoper iemand aanstelt. Je kunt namelijk ook een dienstverband creëren. Dan is dat probleem voor een deel weg. Bij de nurse practitioners is dat probleem altijd al op tafel geweest. Mag de specialist, die iemand vervangt voor twee nurse practitioners, de winst houden of niet? In principe wordt het werk formeel specialistisch aangeboden, maar feitelijk door twee nurse practitioners, als ik het nu even zwart-wit doe. Deze problemen hebben met elkaar te maken. Het zou prachtig als daar een evenwichtig antwoord op kan worden gegeven.

Minister **Klink**: Maar dat is uiteindelijk toch aan het ziekenhuiskader en aan het specialistenkader?

De **voorzitter**: Dat heeft ook te maken met de wijze waarop je de zorgstandaard opzet: wie doet wat. Het is juist het probleem dat dit nog niet helder is.
Ik dank de minister.