

Vergaderjaar 2013–2014

33 654

Kostenbeheersing in de zorg

Nr. 11

VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Vastgesteld 31 juli 2014

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 5 juni 2014 overleg gevoerd met Minister Schippers en Staatssecretaris Van Rijn van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over:

- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, d.d. 20 december 2013, beantwoording vragen commissie inzake analyse meldingen over verspilling in de zorg (Kamerstuk 33 654, nr. 5);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, d.d. 4 april 2014, Voortgang Programma Aanpak verspilling in de zorg (Kamerstuk 33 654, nr. 6);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 28 mei 2014 inzake voortgangsbrief over de aanpak van verspilling in de zorg (Kamerstuk 33 654, nr. 7).**

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

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

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

Voorzitter: Neppérus
Griffier: Teunissen

Aanwezig zijn zeven leden der Kamer, te weten: Agema, Bouwmeester, Bruins Slot, Pia Dijkstra, Van Gerven, Neppérus en Rutte,

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

Aanvang 15.34 uur.

De **voorzitter**: Ik heet de Minister en de Staatssecretaris van harte welkom. Door de stemming over de Nationale ombudsman en het uitlopen van daaraan voorafgaande debatten beginnen we later aan dit overleg dan gepland, waarvoor excuses aan de mensen op de publieke tribune en de mensen die dit overleg thuis volgen. Er geldt een spreektijd van drie minuten en een maximum van twee interrupties, tenzij er echt wordt gedacht dat er «brand» is.

Mevrouw **Agema** (PVV): Voorzitter. «Verspilling» is het zelfstandig naamwoord voor het verloren laten gaan van iets waardevols door nalatigheid. Vandaag hebben we het over nalatigheid door het verloren laten gaan van gemeenschapsgeld. Ik denk dat we het onderwerp van dit debat beter «geldverspilling in de zorg» kunnen noemen, want dat is de bredere context. We vinden het namelijk pas vervelend worden als het over geld gaat: liefde en aandacht kun je niet verspillen in de zorg, maar als verspilling gekoppeld wordt aan geld, vinden we het allemaal ineens heel vervelend.

Wat ons betreft, is heel veel op het punt van geldverspilling in de zorg «too little, too late»; «too late» omdat we te maken hebben met majeure bezuinigingsoperaties, terwijl heel veel verspilling door fraude, verspilling van materialen en hulpmiddelen en verspilling via regels en overhead gewoon nog bestaan. Die verspilling bestaat ook nog in 2015, maar ook nog in 2016 en 2017. Het is lovenswaardig dat de bewindspersonen hier heel veel over zeggen, maar het wordt weinig concreet. Twee jaar geleden deed Minister Schippers bijvoorbeeld een dringende oproep aan fabrikanten om de verpakkingen te verkleinen, omdat jaarlijks 146.000 kilo medicijnen wordt weggegooid. Twee jaar later zien we dat er op dat punt niets is gebeurd. In de begroting voor 2012 zegde Minister Schippers toe dat zij barcodes zou invoeren. Ook op dat punt zien we dat er niets is gebeurd, evenals op het punt van de overbodige diagnostiek. Ook het huisartsentarief op de spoedeisende hulp lijkt ons een goede optie, maar ook daar gebeurt niets mee. Het regelarm werken is in 2012 begonnen. De uitkomsten zijn heel positief, maar worden met de invoering van de Wet langdurige zorg eigenlijk weer tenietgedaan. In het debat over de Wmo hadden we het over een overheadnorm. Ook die zou zomaar 2 miljard kunnen schelen, maar daar gebeurt eigenlijk helemaal niets mee. De fraude ergert ons allemaal enorm, maar ook op dat punt gebeurt helemaal niets.

De geldverspilling in de zorg is ook niet te kwantificeren. Zij is voor nul euro ingeboekt, terwijl een heleboel andere maatregelen heel fors zijn ingeboekt. Het zou goed zijn als het ministerie nu eens streefwaarden en streefdata aan de verspilling gaat hangen, zodat het concreet wordt en zodat wordt aangegeven wat we wanneer verwachten van het tegengaan van verspilling van gemeenschapsgeld. Het is enorm ergerlijk dat we met z'n allen onvrijwillig zo veel geld betalen voor de zorg en dat de mensen die ziek zijn, het meest betalen, maar dat er tegelijkertijd sprake is van verspilling, fraude en megasalarissen, zoals we vandaag ook weer hebben gezien. Voor 0,5 miljoen euro heb je een heel jaar lang tien hoogopgeleide

verpleegkundigen aan het bed staan. Laten we daar ons geld eens aan gaan besteden!

Ik zou graag zien dat de Minister afstand neemt van het koppelen van leefstijl aan de behandeling. Ik vind dat dat in de brief onvoldoende is gebeurd. Ik denk dat dat niet de juiste weg is. De Minister vindt mijn fractie altijd aan haar zijde bij het bestrijden van verspilling van gemeenschapsgeld, maar de Minister heeft altijd afstand genomen van het koppelen van de leefstijl aan de behandeling. Als je leefstijl net iets minder gezond is dan die van je buurman, kan het niet zo zijn dat dat consequenties heeft voor de behandelingen die je al dan niet zou kunnen krijgen.

De **voorzitter**: U bent al door uw spreektijd heen.

Mevrouw **Agema** (PVV): Oké, dan stop ik ermee.

De **voorzitter**: Ik liet u uw zin afmaken; vandaar.

De heer **Van Gerven** (SP): Voorzitter. «Mijn vrouw heeft negen jaar geneeskunde gestudeerd. Daarnaast heeft zij na haar studie op eigen kosten ook nog een onderzoeksjaar in Oxford gedaan. Zij is nu al bijna een jaar werkloos. Sinds kort heeft zij genoeg van het thuiszitten. Te trots om een uitkering te vragen, heeft zij eieren voor haar geld gekozen en is zij gaan werken als verpleegkundige in de thuiszorg. Ik heb daar veel respect voor, maar ben gefrustreerd dat het zover moet komen voor iemand met haar potentie en intelligentie.» Dit verhaal kreeg ik vorige week van de echtgenoot van deze vrouw. Ik vraag de Minister of het niet je reinste verspilling is van kennis, kunde, expertise en opleiding dat afgestudeerde specialisten of artsen nu als verpleegkundigen moeten gaan werken, terwijl hun opleiding de maatschappij een bedrag in de orde van 1 miljoen euro heeft gekost. De werkloosheid onder artsen neemt ook snel toe. Hoe gaan de Minister en het kabinet deze maatschappelijke verkwisting en dit verlies van banen en expertise van goed opgeleide artsen voorkomen? Zouden specialisten na hun opleiding niet een baangarantie moeten hebben?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Ik vind het mooi dat de heer Van Gerven die mail, die wij allemaal van die mijnheer hebben gekregen, voorleest. Het bijzondere van die mail is dat die mijnheer namens zijn vrouw wanhopig zegt dat zij zo hard heeft gestudeerd en graag aan de slag wil. Het positieve is dat die mevrouw denkt: wat mijn opleiding ook is, ik ga niet op mijn handen zitten. Het negatieve is natuurlijk: wat moeten we doen met het overschot aan artsen? Soms gaat het om jonge mensen, die nog een heel leven door moeten. Ik heb er thuis een gehad die een vloer kwam leggen, terwijl hij was afgestudeerd. Dat wil je niet hebben. De heer Van Gerven roept ertoe op om een baangarantie te geven aan iedereen die is afgestudeerd in de zorg, maar wat gaan die mensen dan precies doen? Waar gaan zij werken en wie neemt hen dan in dienst? Hebben ze dan ook werk? Anders is er namelijk weer sprake van verspilling. Daar krijg ik graag een toelichting op van de heer Van Gerven.

De heer **Van Gerven** (SP): Zoals ik al zei: we moeten zorgen voor een baangarantie. Het is toch idioot dat de samenleving 1 miljoen investeert in de opleiding van die mensen en dat zij vervolgens werkloos langs de kant komen te staan? Ik vind dat wij als overheid de voorwaarden moeten scheppen op basis waarvan de ziekenhuizen die mensen gewoon aannemen. Daarvoor moet je gericht beleid voeren. Er is een tekort aan specialisten. Zet hen aan het werk in plaats van hen thuis te laten zitten. Daarvoor moeten we een ander beleid voeren. De vraag aan de Minister is hoe we dat gaan organiseren. Als iemand specialist wil worden, kan ik mij

voorstellen dat je tegen hem zegt: wij als samenleving bieden jou de kans om die opleiding te volgen; daar behoort tegenover te staan dat je dat beroep daadwerkelijk gaat uitoefenen. Daar pleit ik nadrukkelijk voor, omdat de werkloosheid onder specialisten toeneemt. Dat zouden we niet moeten willen.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Mijn vraag is eigenlijk niet beantwoord. We zien dat er soms onnodige zorg werd verleend. Patiënten en artsen zijn kritischer. Het positieve gevolg daarvan is dat er minder geld wordt verspild, maar het negatieve effect is dat artsen nu werkloos zijn. Als u wilt dat we al die mensen aan het werk zetten terwijl er geen patiënten zijn, vraag ik mij af of u daarmee niet het ene gat met het andere dicht. Dat zou immers ook weer verspilling zijn. Is er geen creatievere oplossing?

De heer **Van Gerven** (SP): Allereerst neem ik afstand van de opmerking dat er onnodige zorg wordt verleend. Het is een frame dat er te veel overbodige zorg wordt geboden. In incidentele gevallen is dat natuurlijk waar, maar in zijn algemeenheid is dit onjuist. Er is gewoon een tekort aan artsen en aan specialisten. Mevrouw Bouwmeester kent het fenomeen van de draaideurpatiënt: mensen worden in een aantal gevallen heel snel het ziekenhuis uitgewerkt. Het is gewoon niet waar dat er te veel artsen zijn. We hebben in vergelijking met het buitenland relatief weinig artsen. Er is dus geen overschot, maar een tekort. De juiste voorwaarden om hen in dienst te nemen, ontbreken echter, want er is natuurlijk van alles aan de hand in ziekenhuisland. Daar moeten we iets aan doen. Het tweede punt is dat de zorg te duur zou zijn. Een vorig kabinet heeft, gesteund door de meerderheid, de dbc's en de DOT's (dbc's Op weg naar Transparantie) ingevoerd in de ziekenhuizen. Dat heeft ons intussen miljarden gekost, want dit leidt tot een enorme administratieve bureaucratie. Niemand in Nederland, ook bij het ministerie, begrijpt het nog. Ik heb begrepen dat er maar een paar zijn die die DOT's kunnen bepalen. Wel zijn er adviesbureaus die zich als parasieten rijk zuigen door ziekenhuizen te leren hoe zij geld binnen moeten harken via die DOT's en dbc's. Ik ben voorzichtig met mijn verzoek aan de Minister, want ik weet dat zij het huidige systeem geweldig vindt en er een beetje verliefd op is. Is zij echter toch niet bereid om een experiment te doen met populatiebekostiging in het ziekenhuis? Als zij de TU Delft vraagt of die haar daarbij wil helpen, weet ik zeker dat de TU Delft dat wil doen. In de vorige kabinetsperiode is voor de langdurige zorg een experiment in het leven geroepen voor minder bureaucratie en regelarme zorg. Wij krijgen van verpleegkundigen van ziekenhuizen de vraag of dat experiment ook in het ziekenhuis kan worden toegestaan. Wij zien zo'n experiment dus ook graag in het ziekenhuis.

De **voorzitter**: U hebt nog twintig seconden.

De heer **Van Gerven** (SP): Tot slot ga ik in op de hulpmiddelen en de prijzen. Wij vernamen een voorbeeld van een vader, wiens dochter orthopedisch schoeisel nodig heeft dat € 700 kost. Je ziet het verschil met gewone schoenen niet, maar toch kost dat paar schoenen € 700. Na zes weken zijn die schoenen kapot. Wie betaalt dat dan en waarop zijn die kosten gebaseerd? Dit is een concreet voorbeeld, maar ik trek dit ook breder: is er niet te besparen met de prijsstelling voor hulpmiddelen? Zijn die prijzen niet te hoog?

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Voorzitter. Elke zorgeuro behoort zo goed mogelijk te worden uitgegeven. Daarom is verspilling in de zorg zo kwalijk. Het CDA vindt het goed dat de veldpartijen en de bewindspers-

sonen verspilling samen aanpakken. Ook de patiënt heeft daarbij natuurlijk een belangrijke rol.

De voortgangsrapportage laat de eerste goede voorstellen zien. Het CDA vraagt zich wel af hoe de Minister het resultaat van de aanpak van de verspilling gaat meten. Hoeveel geld levert dit eigenlijk op? En hoe gaat de Minister evalueren of de maatregelen werken? Ik heb mevrouw Agema daarover een paar prima opmerkingen horen maken.

Tijdens een van mijn werkbezoeken zei een wijkverpleegkundige het heel treffend: «Dertig jaar geleden wilde ik verpleegkundige worden om patiënten te knuffelen. Nu knuffel ik alleen nog mijn computer.» De bureaucratie en de administratieve lasten in de zorg zijn enorm. In oktober 2013 heb ik samen met de heer Van der Staaï een motie ingediend om de bureaucratie echt terug te dringen, ook vanwege een plan van de zorgpartijen. Ik vraag de Minister hoe het met de uitvoering van die motie staat.

Het CDA is voorstander van een uniforme barcodering van geneesmiddelen en hulpmiddelen. Zelf heb ik bij ziekenhuis Bernhoven in Uden gezien hoe goed die barcodering werkt. De ziekenhuissector loopt wat dat betreft lichtjaren achter, bijvoorbeeld in vergelijking met de logistiek. De Minister doet op dat punt een voorstel, maar het is mij niet duidelijk of zij het ermee eens is dat uniformering van barcodering zowel voor geneesmiddelen als voor hulpmiddelen moet worden ingevoerd. Wat het CDA betreft, zou dat wel het geval moeten zijn.

Vorige week was er een goede uitzending van Nieuwsuur over de geriatrische revalidatiezorg, met de titel «Dossier revalidatie verboden toegang». Ouderen kunnen nog steeds niet rechtstreeks revalidatiezorg krijgen; zij moeten eerst langs het ziekenhuis. Dat is pas verspilling! Huisartsen wringen zich in allerlei bochten om dit voor elkaar te krijgen en intussen krijgen patiënten niet de zorg die zij nodig hebben. Dat leidt tot schrijnende situaties. Zorgverzekeraars houden zich zo niet aan de zorgplicht. Dit is met een motie van mevrouw Leijten en mijzelf al een jaar geleden in de Kamer aangekaart. Ik vraag de Minister om niet alleen voor de lange termijn met een oplossing te komen. In die motie werd immers ook gevraagd om een tussentijdse oplossing, zodat de huisarts – eventueel met tussenkomst van een geriatrische specialist – direct kan doorverwijzen. Die uitzending heeft wederom heel duidelijk gemaakt dat dit gewoon noodzakelijk is. Ik vraag de Minister of we dit nu kunnen regelen.

We zien in het voorstel van de Minister een heleboel oplossingen voor doelmatigheid in diagnostiek, gebruik van thuismedicatie in het ziekenhuis en doelmatigheid in de overdracht. Als middel daarvoor missen we het landelijk schakelpunt. Heeft het landelijk schakelpunt inmiddels de status van «hij die niet genoemd mag worden»? Ik hoor graag van de Minister welke rol zij ziet voor het LSP, het landelijk schakelpunt, bij het tegengaan van verspilling.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Voorzitter. Het Meldpunt verspilling in de zorg heeft inmiddels 20.000 meldingen binnengekregen. De volgende stap is dan om die meldingen om te zetten in actie. Wat ons betreft, zou ook bekeken moeten worden hoeveel geld acties opleveren. Kunnen de bewindspersonen daar duidelijkheid over geven?

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Ik ben het zeer eens met die vraag, die ik zelf ook heb gesteld. We moeten namelijk inzicht krijgen in hoeveel geld de acties opleveren. Ook in het zorgakkoord van maart 2013 wordt verspilling nadrukkelijk genoemd. Aan welk bedrag denkt mevrouw Dijkstra? Wat zou daaruit moeten komen?

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Ik heb daar geen duidelijk beeld van. Daarom vraag ik daarnaar.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Ik vraag dit zo expliciet aan mevrouw Dijkstra omdat in het zorgakkoord van maart 2013 nadrukkelijk wordt aangegeven dat de opbrengsten van anti-verspilling in de langdurige zorg ten gunste komen van de sector. Het geldt dat we daarmee binnenkrijgen, gaat dus eigenlijk terug naar de langdurige zorg. Staat mevrouw Dijkstra achter dat idee?

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Het hele idee van het aanpakken van de verspilling in de zorg is natuurlijk om ervoor te zorgen dat dit ten goede komt aan de zorg zelf. We willen dat doelmatigheid en effectiviteit vooropstaan. Bij de aanpak van verspilling neem je, lijkt mij, vooral maatregelen op de punten waar die aanpak het meest oplevert en waar die inspanningen echt effectief zijn.

D66 gelooft dat verspilling ook kan worden verminderd door het kostenbewustzijn bij patiënten en zorgprofessionals te verhogen. Er melden zich nog steeds mensen bij de spoedeisende hulp, terwijl de huisartsen hun klachten eigenlijk net zo goed en goedkoper kunnen behandelen. Ik noem de bekende bloedneus of het hechten van een wond. De kosten zijn nu allemaal op internet te vinden. Je kunt daar dus naar kijken, maar die website – alleen het adres al! – is voor gewone burgers soms nog niet te vinden. De toegankelijkheid van die website zou dus kunnen worden verbeterd. Ik vraag de Minister of zij bereid is om te bekijken of die toegankelijkheid kan worden verbeterd en hoe we ervoor zorgen dat mensen daar dan ook naar gaan handelen.

Ik wil de Minister nog een concreet voorbeeld voorleggen, waarbij de huisarts een brace voorschreef. De verzekeraar wees dat af, omdat alleen een specialist daartoe zou mogen besluiten. Dat leidde tot veel extra onderzoek in het ziekenhuis, waar de specialist dezelfde conclusie trok. Dat was echter zes maanden later. De brace van € 100 kostte uiteindelijk meer dan zeventien keer zoveel. Dat leidde ook tot onnodig leed voor de patiënt en het was zonde van het geld. Ik vraag de Minister of de zorgverzekeraar in zo'n geval gebonden is aan de regel dat indicatie alleen door de medisch specialist mag plaatsvinden. Waar gaat dit mis en hoe kan dit anders?

Eerder is mijn motie aangenomen die ertoe opriep om in zorgopleidingen meer aandacht te besteden aan de bekostiging van de zorg. Is dit vanaf het komende collegejaar een vast onderdeel van de zorgopleidingen? Met het oog op de tijd heb ik alleen nog een aantal specifieke vragen. Veel meldingen gaan over geneesmiddelen. Er loopt een pilot naar gesealde verpakkingen met een chip die kan lezen of de medicatie op de juiste temperatuur is bewaard. Hoeveel mensen brengen ongebruikte verpakkingen terug? Hebben we daar een beeld van en hoe valt die teruggave nog verder te stimuleren?

Niet alleen bij medicijnen maar ook bij verband en andere hulpmiddelen is sprake van verspilling, bijvoorbeeld door grote verpakkingen of verkeerd gebruik. Verband dat vier dagen op een wond moet zitten, wordt bijvoorbeeld elke dag vervangen. Kleinere verpakkingen en duidelijkere voorschriften kunnen helpen. Wat gaat de Minister hieraan doen? Het maken van betere behandelafspraken bij chronische patiënten en bij patiënten in de laatste levensfase kan vaak leiden tot minder zorg, die bovendien beter aansluit bij de behoefte van de patiënt. Hoe gaat de Minister dit verder onder de aandacht brengen en stimuleren?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Voorzitter. In tijden waarin elke zorgeuro omgedraaid moet worden, is het tegengaan van verspilling topprioriteit. Het verheugt de PvdA dan ook dat het door ons gevraagde Meldpunt verspilling in de zorg zoveel bruikbare reacties heeft opgeleverd. Ik dank alle mensen die vanuit hun betrokkenheid bij de zorg een melding hebben gedaan. De inzet was echter niet alleen om te melden en te verzamelen,

maar vooral ook om te analyseren en om tot een duurzame oplossing te komen, want dat draagt bij aan het tegengaan van verspilling. In dat kader heb ik een aantal vragen, want wij missen een diepgaande analyse en een duurzame oplossing. Wat zit erachter en waarom is bijvoorbeeld het plan van aanpak voor de cure nog niet klaar? Wanneer is dat plan van aanpak wel klaar? In bepaalde gevallen is er wel een beeld van wat er veranderd zou moeten worden om verspilling te voorkomen, bijvoorbeeld bij medicijnen. Er is een innovatieprijs gegeven aan een chip die hergebruik van medicatie mogelijk maakt, maar het lijkt alsof zo'n goed voorbeeld blijft hangen in goede bedoelingen en in een pilotfase en alsof wet- en regelgeving die gewijzigd moeten worden om goede initiatieven door te zetten, niet gewijzigd worden. Er zijn dus heel veel goede bedoelingen, maar daar blijft het bij hangen. Wij horen graag van de Minister en de Staatssecretaris of zij dit herkennen en wat er nodig is om een goede pilot uiteindelijk door te zetten. Een pilot van drie jaar duurt immers wel een beetje lang als het effect ervan al is bewezen. Bij verspilling gaat het om veel meer dan wat ik zojuist al noemde. Het gaat ook om onnodige zorg, perverse prikkels en zorggeld dat weglekt naar bureaucratie en management. Het is dus zaak dat alle partijen gezamenlijk komen tot een duurzame besparing. Dat moeten mensen in het veld met elkaar doen. Ik noem daar drie voorbeelden van.

De heer **Van Gerven** (SP): Mevrouw Bouwmeester heeft het over het onnodig weglekken van zorggeld naar bureaucratie enzovoorts. Wat vindt de PvdA ervan dat er elk jaar 1,5 miljard weglekt naar de winst van de zorgverzekeraars?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Ik ben blij dat de heer Van Gerven die vraag stelt, want wij zouden heel graag zien dat de winst van zorgverzekeraars gaat naar preventie, zodat wordt voorkomen dat mensen ziek worden of zodat ervoor wordt gezorgd dat mensen meer zelf kunnen doen, waardoor zorgkosten niet nodig zijn. Het gaat ook om het investeren in innovatie, zodat mensen zelf thuis meer kunnen doen. Als je innovatie loslaat op open data, moet je dan eens kijken wat dat oplevert in termen van kwaliteit van leven en eigen regie op de zorg! Wij zouden graag willen dat de winst van zorgverzekeraars aan dat soort dingen zou worden besteed.

De heer **Van Gerven** (SP): Dat is een tamelijk mager antwoord. Kijk eens wat de zorgverzekeraars de afgelopen jaren aan reserves hebben! Die zijn onnodig en overbodig; dat gaat om miljarden. De een zegt dat het gaat om 3 miljard, de ander zegt dat het gaat om 5 miljard. Zouden die reserves niet teruggegeven moeten worden aan degenen die de premies hebben betaald of zouden zij niet heel concreet geïnvesteerd moeten worden in de gezondheidszorg? Als we dat laatste zouden doen, zouden we dan niet kunnen stoppen met al die bezuinigingen op de gezondheidszorg?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): De winsten van zorgverzekeraars moeten goed besteed worden, al is maar vanwege het simpele feit dat het corporaties en stichtingen zijn en dat zij dus geen winst mogen maken. We weten echter dat zij reserves moeten hebben omdat zij extra taken krijgen. Dat is wettelijk vastgelegd, want we willen niet dat zorgverzekeraars omvallen. Dan hebben verzekerden en patiënten immers pas echt een probleem. Deels moeten zij dus reserves hebben, zoals elk bedrijf. De reserves zijn de afgelopen jaren deels besteed aan het verlagen van de zorgpremies. Dat is hartstikke goed, maar er is ook een deel dat ten gunste van de gezondheid beter kan worden besteed. U zei «mager» en «onnodig», maar wij vinden preventie heel belangrijk. Wij moeten ervoor zorgen dat mensen meer regie en zeggenschap hebben over hun eigen

leven en dat zij daar ook de tools voor krijgen. Wij vinden het ook heel belangrijk dat allerlei innovaties plaatsvinden. Dat zou je met dat geld kunnen doen. Wij vinden het heel belangrijk dat de zorgverzekeraars, die geen winst mogen maken om daar heel dure dienstauto's of andere onzinnige dingen van te kopen, zich publiekelijk verantwoorden over wat zij doen met de winst. Dat hebben wij vorig jaar gevraagd. De Minister heeft toegezegd dat zij dit in een jaarverslag moeten opschrijven. Dat ga ik controleren; dat kan de Kamer controleren. Binnenkort hebben we een overleg over de Zorgverzekeringswet. Laten we het dan hebben over de vraag wat de zorgverzekeraars met hun winst hebben gedaan. Ze mogen de winst immers niet in hun zak steken. Ze zeggen dat zij dat niet doen. Laten we bekijken wat de goede voorbeelden zijn, want er zijn zeer goede voorbeelden; die hoorde ik afgelopen week. Er zijn echter ook minder goede voorbeelden. Volgens mij is het een uitdaging voor de politiek om ervoor te zorgen dat alle zorgverzekeraars het goede voorbeeld volgen. Ik was bij preventie; daar ga ik dus mee verder. Zorgkosten kun je voorkomen door te investeren in preventie en in een gezonde leefstijl, maar bijvoorbeeld ook in heel effectieve methodes zoals de medicijncheck. Je kunt een heleboel kosten besparen door op gezette tijden een medicijncheck te doen, met name bij oudere mensen die veel medicijnen tegelijkertijd gebruiken. Ook kun je dan onnodige ziekte voorkomen, wat bijdraagt aan de kwaliteit van leven. Er is een hele discussie gaande over de vraag wie dat moet betalen, maar omdat er een discussie is, gebeurt er niets. Ik vraag daarom aan de Minister en ook aan de Staatssecretaris – omdat het over ouderen gaat – wanneer deze check duurzaam kan worden ingevoerd. Dat levert immers geld en kwaliteit van leven op.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Wat bedoelt mevrouw Bouwmeester met «duurzaam invoeren»? Een van de problemen is dat zorgverzekeraars onvoldoende contracteren. Dat wordt iets beter. Daarnaast zeggen mensen vaak dat zij die medicatiecheck niet willen, omdat die onder het eigen risico valt. Wat bedoelt mevrouw Bouwmeester dan met «duurzaam»?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Ik ben blij met deze vraag, want ik heb heel weinig tijd voor te veel punten. Nu kan ik dit eventjes toelichten. Het gaat erom dat de mensen die dit nodig hebben of voor wie je kunt bedenken dat het nuttig zou zijn, deze check krijgen.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Dit betekent dus dat een specialist, bijvoorbeeld de apotheker, mag zeggen dat een bepaald persoon een medicatiecheck nodig heeft, dat die daarom niet onder het eigen risico valt en dat die check dus gewoon plaatsvindt. Als dat het plan van mevrouw Bouwmeester is, nodig ik haar er van harte toe uit om dat in een motie te vervatten.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Volgens mij hebben we het eigen risico ingevoerd met instemming van het CDA. Dat is dus breed gedragen. Het gaat hier echter niet over het eigen risico, maar over de vraag hoe we mogelijk kunnen maken dat de partijen in samenwerking met elkaar ervoor zorgen dat die medicijncheck plaats gaat vinden. Er is discussie over de vraag of de medicijncheck in de bekostiging valt. Een deel van de apotheken zegt dat dit inderdaad het geval is en voert de check uit. Een ander deel zegt dat dit niet het geval is en doet de check daarom niet. We weten dat de medicijncheck bijdraagt aan de kwaliteit van leven, het tegengaan van ziekte en het besparen van geld. Zorg er dan ook voor dat iedereen die check gaat doen. Ik wil daarom van de Minister en de Staatssecretaris weten waar het probleem ligt en hoe dat probleem opgelost kan worden, want dat levert iets op.

De **voorzitter**: U hebt nog 40 seconden.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Dat is best ingewikkeld. Ik hoop maar op heel veel interrupties. Ik moet kiezen. Ik kies voor het onderwerp «investeren in de relatie tussen artsen en patiënt». Artsen moeten beter luisteren, in plaats van meteen tot behandeling over gaan. We hebben al eerder gesproken over het lopende project «Verstandige keuze», over sharp decision making en kijk-en-luistergeld. Die initiatieven dragen bij aan de kwaliteit van de zorg en besparen een hoop kosten. Ook die initiatieven blijven echter hangen in zeer goede bedoelingen van mensen die er hard aan werken. We willen dat die initiatieven worden «doorgezet», we willen weten wat de ambitie is en wat de initiatieven opleveren aan kwaliteit en kostenbesparing. We willen graag weten hoe het staat met de substitutiemonitor, want er zal gemonitord worden. Hoe kun je meer doen in de eerste lijn en meer uit de tweede lijn houden? Toen wij vroegen om het Meldpunt verspilling in de zorg heb ik gevraagd, enigszins voor de grap: kunnen we er niet een nationale besparingsthermometer aan hangen? Het werkt namelijk heel stimulerend als je kunt zien wat dit bij elkaar oplevert. Wat is op dat punt de stand van zaken?

De heer **Rutte** (VVD): Voorzitter. Het voordeel van achteraan zitten is dat je kunt aansluiten bij een aantal opmerkingen. Dat is niet zo raar, want volgens mij ergert iedereen zich aan verspilling, bijvoorbeeld omdat zij bedreigend is voor de houdbaarheid van de zorgkosten. Ik wil me echter ook aansluiten bij wat mevrouw Agema zei: verspilling gaat over meer dan alleen geld. Verspilling van zorg bedreigt ook het levensgeluk, bijvoorbeeld als je nodeloos «langs» diagnoses moet of als regels je als patiënt meer in de weg zitten dan dat ze je helpen.

Ik wil mij aansluiten bij de opmerking van mevrouw Bruins Slot en mevrouw Dijkstra dat we graag inzicht willen hebben in de opbrengst. Het plan van aanpak laat zien dat het meldpunt vooral uitgaat van de hoeveelheid meldingen. Er lijkt geprioriteerd te worden op basis van het aantal meldingen per onderwerp, maar we zien niet waar de grootste kosten zitten en waar het financieel wellicht het meest zou lonen om aan de slag te gaan. Graag zou ik daar nog wat inzicht in krijgen.

Ik sluit mij ook aan bij de opmerking van mevrouw Bouwmeester dat we moeten bekijken hoe we een duurzame oplossing kunnen vinden voor verspilling. Ik heb niet de illusie dat we in een complex veld zoals de zorg alle verspilling kunnen uitbannen. Dat is echt veel te ingewikkeld. Daar zal ik straks nog iets over zeggen. We zijn bezig met een projectmatige aanpak. Dat is goed. Daardoor komen partijen bij elkaar en denken ze na over hoe dingen slimmer en beter kunnen, maar is er ook nagedacht over de structurele borging van het een en ander?

We moeten ook goed naar onszelf kijken. De voorbeelden komen immers voor een groot deel voort uit regels en afspraken om risico's terug te dringen. Dat is op zich logisch, want we willen allemaal dat medicijnen veilig zijn en dat de behandelend arts een passende en goede diagnose heeft. We willen niet dat ouderen in een instelling bezwijken aan voedselvergiftiging of een heup breken tijdens een onbegeleid uitje buiten de instelling. Wat dat laatste voorbeeld betreft: in regelarme instellingen wordt dat soort risico's meer geaccepteerd, maar het levensgeluk van de bewoners neemt daardoor enorm toe.

Het is ook aan ons als Kamer om ons iedere keer opnieuw als wij regels opleggen, heel goed af te vragen of het strikt noodzakelijk is om dit risico met regels af te dekken. Soms moet dat. Verder moeten wij ons ervan vergewissen of dit ingrijpt op regelgeving op andere terreinen waarmee wij ons bezighouden. Dat is heel lastig. Je kunt dit niet zomaar met een schaarstje knippen. Ik wil echter benadrukken dat dit voor de VVD-fractie een belangrijk toetscriterium is, nu en in de toekomst.

De vergadering wordt 16.05 uur tot 16.10 uur geschorst.

De **voorzitter**: Wij vervolgen met het antwoord van de bewindslieden. Bij ieder van hen zijn twee interrupties mogelijk.

Minister **Schippers**: Voorzitter. Iedereen is tegen verspilling. Het woord zegt het al. Iedereen heeft de ambitie om verspilling uit te bannen. Een beleidsmaker zal eerst kijken waar de verspilling het grootst is en waar het meeste geld wordt verspild. Langs die weg wordt vervolgens de verspilling aangepakt. Dat heet beleid maken. Dat deden onze voorgangers, wij doen dat en onze opvolgers zullen dat ook doen. Die weg hebben wij nu echter niet bewandeld. Wij hebben de zaken omgegooid en ervoor gekozen om in plaats van topdown, van onderop te gaan werken. Er is een meldpunt geopend waar mensen hun grootste ergernissen konden melden. Wij hebben die ergernissen bekeken. Wij hebben 20.000 meldingen ontvangen, maar een deel ervan is niet bruikbaar. Soms hebben mensen wel gekeken, maar niets ingevuld. Het bruikbare aantal meldingen is dus kleiner. Voor een deel daarvan gold dat wij daar al op de een of andere manier mee bezig waren. Andere meldingen hebben wij geclusterd. Met een deel daarvan waren wij ook al bezig, maar dan is er gekozen voor versnelling.

Wij hebben dus niet gekeken naar grote financiële stromen, maar naar wat mensen belangrijk vinden. Je staat dan altijd voor een dilemma: moet je eerst het meeste geld aanpakken of kies je als eerste voor de grootste ergernis. Daarnaast is het de vraag of je dit moet registreren. Bureaucratie heeft nut, maar dit geldt niet voor alle bureaucratie. Een aantal leden heeft gevraagd of wij de verspilling kunnen monitoren en kunnen aangeven hoe wij die zullen aanpakken. Tegelijkertijd vragen zij of wij iets willen doen aan die ellendige bureaucratie. Aan de mensen in de gezondheidszorg wordt gevraagd of zij de kwaliteitsindicatoren willen aangeven en om transparant te zijn opdat wij een en ander inzichtelijk kunnen maken. Daardoor neemt de bureaucratie toe. Die wordt dan weer gezien als verspilling, omdat het om handelingen gaat die op dat moment niet direct de patiënt ten goede komen.

Ik heb er daarom een beetje moeite mee om dit programma zo op te zetten dat wij er allerlei doelstellingen aan koppelen. Die moeten wij meten en daar moeten wij mensen op zetten. Bovendien is de motivatie om dit aan te pakken groot. Het hoofdlijnenakkoord bevat behoorlijke financiële ambities die je op verschillende manieren kunt waarmaken. Je zult in ieder geval fraude, verspilling en bureaucratie moeten aanpakken. De opbrengst is al afgesproken, dus het is niet vrijblijvend. Wij helpen partijen met het fraude- en verspillingsprogramma en met het aanvalsplan voor de aanpak van bureaucratie dat wij samen met de sector opstellen. Dit laatste programma zal de Kamer voor de zomer ontvangen. Het is onze ambitie om het werk van de professional weer wat leuker te maken. Hij heeft niet gekozen voor een innige relatie met de computer; hij wil van betekenis zijn voor de patiënt.

Mevrouw **Agema** (PVV): De Minister spreekt over de financiële ambities van het hoofdlijnenakkoord en de opbrengst ervan, maar het grootste punt van kritiek is nu juist dat er geen opbrengst wordt ingeboekt voor de aanpak van fraude, verspilling, megasalarissen en wat wij daaronder nog meer kunnen scharen. De bezuinigingsopdracht als gevolg van de afspraken in het hoofdlijnenakkoord heeft nu juist betrekking op het afpakken van zorg. Voor verspilling is niets ingeboekt.

Minister **Schippers**: Het staat heel helder in de akkoorden. De opbrengst die wordt ingeboekt, ontstaat door het uitbannen van verspilling, het tegengaan van fraude en het wegnemen van allerlei tussenlagen die niets bijdragen aan het succes van een instelling en die geen betekenis hebben

voor de patiënt. In de hoofdlijnenakkoorden staat helder omschreven dat het oplopen van wachtlijsten waardoor mensen niet de zorg krijgen die zij nodig hebben, niet de route is. Als je mensen de zorg geeft die zij nodig hebben, moet je de opbrengst dus elders vandaan halen. Deze programma's ondersteunen dit en daar is, alles bij elkaar, wel degelijk een opbrengst van 1 miljard aan gekoppeld.

Mevrouw **Agema** (PVV): We kennen het regeerakkoord en de hoofdlijnen- en zorgakkoorden, maar het bedrag van 1 miljard dat de Minister nu noemt, staat niet op die opbrengstlijstjes. Als het er wel op zou staan, had er aan de andere kant niet voor 1 miljard bezuinigd hoeven te worden. Dat is en blijft het grootste kritiekpunt. Deze aanpak van verspilling is stoerdoenerij en stoerpraat, maar concreet wordt het niet. De bewindslieden moeten nu concrete data en bedragen verbinden aan hun beleid. Als er wordt gesproken over 1 miljard, dan zie ik graag dat dit miljard wordt ingeboekt, maar dat gebeurt nu net niet.

Minister **Schippers**: Dit is een wonderlijke redenering. De zorg levert dat bedrag aan de algemene middelen. Verder hebben wij alle pakketbeslissingen van het vorige kabinet teruggedraaid. Van alle extra's in het regeerakkoord die opliepen tot 1,5 miljard, is 300 miljoen overgebleven. Dit kabinet heeft het eigen risico niet verhoogd. Het kabinet zet in op verhoging van de doelmatigheid door het tegengaan van verspilling, onnodige bureaucratie en fraude en door te bevorderen dat zorg wordt geleverd die zinnig en zuinig is. Iemand die zorg nodig heeft, krijgt zorg, en als hij meer zorg nodig heeft, krijgt hij meer zorg, maar hij krijgt niet meer zorg dan nodig is. Dat is de inzet van die akkoorden. Mevrouw Agema zegt nu dat dit niets oplevert. De ramingen van de opbrengst in de zorg worden steeds hoger en daar doen we nog een schepje bovenop zonder dat wij impopulaire maatregelen ten koste van de patiënt hebben moeten nemen. Dat is echt het gevolg van een doelmatigheidsslag in de sector. Het is ook aan de sector te danken dat wij dit bedrag naar de Minister van Financiën kunnen sluisen; hij probeert daarmee de crisis op te lossen. Misschien kan mevrouw Agema aanwijzen welke pakketmaatregelen ik heb genomen die geld zouden moeten opleveren?

Mevrouw **Agema** (PVV): Ik ben echt verbijsterd. Kan de Minister aangeven in welke regeltjes in het regeerakkoord en het zorgakkoord verspilling wordt genoemd? Het wordt gewoon niet genoemd, dat is de realiteit. Ik weet dat de Minister op veel punten haar stinkende best doet. Veel dingen gaan goed en zij verdient ook complimenten voor het dichten van de gaten in de Titanic, maar verspilling wordt nergens genoemd, in geen enkel akkoord. Dat is mijn punt. Boek dat nu eens in in plaats van iets anders.

Minister **Schippers**: In de laatste akkoorden wordt verspilling wel expliciet genoemd, evenals fraude en bureaucratie. Daarvoor wordt een totaalbedrag ingeboekt onder de noemer van doelmatigheid. Wij hebben gezegd dat wij daarmee verspilling, fraude en bureaucratie willen tegengaan en de doelmatigheid bevorderen. Dat moet die bedragen opleveren. Vooralsnog is dit het geval. Zodra dat vastloopt, zal ik mij zorgen maken, maar nu is daar nog geen sprake van. Men bekijkt nu wat er voor dat geld kan worden geleverd. Als het goed is, wordt dan wat overbodig is als eerste losgelaten.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Hoe wordt dat inzichtelijk gemaakt bij de verantwoording aan de Minister van Financiën? De Minister zegt dat zij verantwoording moet afleggen voor een bepaald bedrag, maar zij zegt ook dat zij aan de resultaten van het bestrijden van de verspilling geen

concreet bedrag kan verbinden. Zij wil dat ook niet doen, omdat dat weer extra regels zal opleveren. Hoe zal zij dan aan de Minister van Financiën duidelijk maken dat de aanpak van verspilling geld heeft opgeleverd? Dat snap ik niet.

Minister **Schippers**: Het budget wordt steeds naar beneden bijgesteld omdat het in economische zin niet goed gaat met het land. Dan wordt ook naar de zorg gekeken, waaraan veel geld wordt uitgegeven. Er wordt ook aan de Minister van Volksgezondheid gevraagd een bijdrage te leveren aan de bestrijding van de crisis. Vorig jaar zomer heeft de Minister van Financiën mij gemeld dat hij 1 miljard nodig had van de gezondheidszorg. Ik heb er toen niet voor gekozen om het eigen risico te verhogen of het pakket te verkleinen. Ik heb besloten om samen met de sector, de verzekeraars, de aanbieders, de beroepsbeoefenaren, de professionals en de patiënten om de tafel te gaan zitten om te zoeken naar een antwoord op de vraag hoe wij de zorg doelmatiger kunnen maken. Er is afgesproken dat de zorgverzekeraars doelmatiger gaan inkopen en dat zij afspraken zullen maken die ertoe leiden dat wordt geleverd wat geleverd moet worden, namelijk zinnige en zuinige zorg. Wij helpen partijen met het meldpunt van mensen in de zorg. Veel werknemers hebben zich gemeld, maar ook patiënten. Zo wordt van onderop duidelijk wat de grootste ergernissen zijn en kunnen wij bijplussen waarop wij extra moeten letten. We zijn begonnen met de geneesmiddelen. De cure loopt achter doordat die werkgroep later is gestart. Er wordt bekeken wat wij kunnen bundelen. Het is duidelijk dat ontzettend veel mensen zich ergeren aan het feit dat niet-gebruikte medicijnen die worden teruggebracht naar de apotheek, worden weggegooid. Daarvoor is nu een pilot gestart die binnenkort wordt afgerond.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): De Minister zegt dat doelmatigheid en de bestrijding van verspilling, fraude en bureaucratie een bepaald bedrag moeten opleveren voor de Minister van Financiën. Ik begrijp dat zij alleen maar werkt met macrobedragen en niet zozeer met een onderverdeling van de opbrengst van iedere activiteit. Wij moeten dus op basis van de eindafrekening geloven dat de opbrengst het gevolg is van verbetering van de doelmatigheid en van de bestrijding van verspilling en fraude.

Minister **Schippers**: Ja, financieel wel, maar inhoudelijk volgen wij de meldingen bij het meldpunt. Wij praten met de sector over de vraag hoe wij dit met elkaar kunnen oplossen. Daar zijn zo'n 50 partijen bij betrokken. De oplossing is vaak in het veld te vinden en niet bij de overheid. Vervolgens wordt er aan die oplossing gewerkt; die wordt dan in het veld uitgerold en toegepast. Er is dus enerzijds een financiële opbrengst en anderzijds een opbrengst in de vorm van het wegnemen van irritaties en verspilling.

We zijn nu een jaar bezig; het meldpunt is een jaar geleden live gegaan. De aanleiding daarvoor was dat er ontzettend veel signalen waren van mensen die zich ergerden omdat er zo veel wordt verspild. Wij gaan heel transparant te werk. Er is een nieuwsbrief waarin wordt aangegeven wat er met die meldingen gebeurt en welke concrete acties gaande zijn. Veel mensen kijken op de site en ook het aantal meldingen laat een enorme betrokkenheid van zorgverleners en patiënten zien. Die meldingen worden allemaal opgepakt. Wij werken constructief samen met 50 veldpartijen. Dat zijn onder andere fabrikanten, huisartsen, patiënten, zorgverzekeraars en gemeenten. Ik kan ze alle 50 opnoemen, maar het zal wel duidelijk zijn wie daarbij zijn betrokken. Het doel is dat wij met elkaar een oplossing vinden voor een probleem dat wordt gemeld. Natuurlijk blijft het daar niet bij, want iedereen moet verspilling tegengaan, maar dit zijn de specifieke zaken waarvoor wij ons inzetten.

Een veel voorkomende melding op het terrein van het project geneesmiddelen is het overhouden van teveel geneesmiddelen. Wij hebben gekozen voor een tweesporenbeleid. Aan de voorkant willen wij ervoor zorgen dat niet langer teveel medicijnen worden voorgeschreven of afgeleverd. In het programma aanpak verspilling is een expliciete actie opgenomen om de voorschrijfgeregeling aan te passen. Omdat het daarnaast belangrijk is dat de patiënt weet waarom het noodzakelijk is dat hij zijn medicijnen inneemt, is een project therapietrouw opgezet.

Aan de achterkant onderzoeken wij of heruitgifte van geneesmiddelen mogelijk is. In dit kader is een pilot opgezet in de Sint Maartenskliniek in Nijmegen, samen met betrokken partijen zoals KNMP, de inspectie, de NVZA, en het ministerie, om de randvoorwaarden voor heruitgifte van ongebruikte geneesmiddelen te realiseren. De irritatie over ongebruikte geneesmiddelen bestaat al langer. Inmiddels is er een chip ontworpen die een prijs heeft gewonnen. Dan is de vraag waarom niet snel op een ander systeem kan worden overgegaan. Aan de heruitgifte van medicijnen kleeft echter een risico. Iedereen die een medicijn krijgt van een apotheker, moet erop kunnen vertrouwen dat het doet wat het moet doen. Hij moet weten dat er niets fout kan zijn gegaan tussen het innemen en het opnieuw uitgeven van het medicijn.

Wij hebben hierover gesprekken gevoerd met de inspectie en zij vond het geen goed idee. De veiligheid van de medicijnen moet kunnen worden gegarandeerd. Enerzijds wil je verspilling voorkomen, maar anderzijds heb je de verantwoordelijkheid voor de veiligheid van de geneesmiddelen. Daarom zijn grondige pilots nodig om te kijken of het te realiseren is. Dat klinkt weer heel bureaucratisch, maar wij moeten voorkomen dat mensen in een heruitgifte niet-werkende geneesmiddelen krijgen.

De heer **Rutte** (VVD): Ik sluit aan bij de opmerking van de Minister dat je dit in pilots moet onderzoeken. Het gaat inderdaad om risicomanagement. Ik heb al gezegd dat wij ervoor moeten oppassen dat wij te veel dingen willen regelen om de risico's terug te dringen, maar bij medicijnen is dit heel gevoelig. Volgens mij speelt dit ook een rol bij bloedzakken met chips en temperatuurbewaking.

Mijn interruptie heeft echter betrekking op de opmerking van de Minister dat patiënten informatie moeten krijgen over goed medicijngebruik. Krijgen patiënten ook voldoende inzicht in de kosten van de medicijnen? Bij dure medicijnen loont het om ze terug te brengen en om de veiligheid te bewaken, maar door het preferentiebeleid kosten veel medicijnen bijna niets. Dan kost het veel geld om ze terug te brengen, van een chip te voorzien en dergelijke. Veel meldingen over medicijnverspilling hebben betrekking op middelen die per 100 worden meegegeven, doodeenvoudig omdat ze bijna niets kosten. Kunnen wij nog iets met dat inzicht?

Minister **Schippers**: Ik waak ervoor dat de oplossing duurder is dan het probleem. Noch de premiebetaler, noch de patiënt zou daarbij gebaat zijn. Zo'n pilot heeft natuurlijk ook geen betrekking op paracetamol, maar op geneesmiddelen waarvan het de moeite waard is om er in ieder geval een begin mee te maken. Het blijft evenwel altijd zonde. Daarom kijken wij ook naar het voorschrijfgedrag. Ook al is een geneesmiddel goedkoop, het vertegenwoordigt toch altijd een zekere waarde en weggooien is zonde. Je kunt die geneesmiddelen ook in kleinere hoeveelheden voorschrijven. In deze context wordt ook bekeken of het mogelijk is om een geneesmiddel dat voor het eerst wordt voorgeschreven, voor een kortere periode voor te schrijven dan nu in de praktijk vaak gebeurt. Als blijkt dat mensen niet tegen een bepaald medicijn kunnen, komen zij met half gebruikte en ongeopende doosjes terug.

Je moet dit echt in de breedte aanpakken. Op alle terreinen wordt nagegaan hoe wij deze enorme irritatie kunnen terugdringen.

Mevrouw **Agema** (PVV): Is het een goede suggestie om de stuksprijs op de verpakking van medicijnen, gaasjes, verband en dergelijke af te drukken, zodat iedereen, de gebruiker en de hulpverlener, ziet wat ze per stuk kosten? Ik heb deze suggestie van iemand gekregen die dit toepast in zijn verpleeghuis. Het gebruik van de middelen is daardoor met een derde afgenomen. Als mensen zien dat een gaasje € 1,50 kost, denken zij nog eens na voordat zij er twee of drie pakken als zij er eigenlijk maar één nodig hebben.

Minister **Schippers**: Dat is lastig omdat apothekers verschillende prijzen hebben voor één product. Dit is afhankelijk van de onderhandelingen van de verzekeraar. Ik herken dit voorbeeld wel. Ik heb meegelopen in een ziekenhuis waar voorheen verpleegkundigen die een verpakking openmaakten, een product weggooiden als zij tot de ontdekking kwamen dat het niet het gewenste product was. Nu zij weten dat het bijvoorbeeld € 850 kost, komt dit niet meer voor. In instellingen en ziekenhuizen heeft de prijsvermelding dus een goed effect.

Voor de patiënt is er de zorgnota waarin helder wordt omschreven wat hij heeft opgehaald en wat dat kost. In dit geval wordt het prijsbewustzijn via de nota bevorderd.

Mevrouw **Agema** (PVV): Wil de Minister bevorderen dat de stuksprijs op de verpakking wordt afgedrukt, of dat nu in de instelling is of bij de apotheek?

Minister **Schippers**: Ik wil het zeker als best practice onder de aandacht brengen. Ik zie dat het in steeds meer ziekenhuizen gebeurt. Goede maatregelen die geld opleveren, worden overgenomen. Ik zal het in dit kader onder de aandacht brengen van de groepen die bij elkaar komen. Wij hebben veel meldingen gekregen over onderzoeken die tegelijkertijd worden aangevraagd voor één patiënt. Het kan dan gaan om foto's, echo's en bloedonderzoeken. De vraag is of al die onderzoeken wel nodig zijn om de diagnose te kunnen stellen. Een diagnose wordt in fasen gesteld, na weging van de uitslagen. Dat heet: stepped diagnosis. Met het programma verspilling willen wij ervoor zorgen dat de zorgprofessional zich ervan bewust wordt dat hij niet direct tegelijkertijd meerdere onderzoeken moet aanvragen. Verder willen wij bereiken dat stepped diagnosis breed binnen de ziekenhuiszorg wordt ingevoerd.

Ik geef een klein voorbeeld van hoe dit in de papieren kan lopen. Overigens gaat verspilling niet alleen over geld. Er zijn meldingen ontvangen over het te veel bestellen van bloedproducten bij de Bloedbank. Voor operaties wordt vaak ondoordacht bloed besteld en het bloed dat niet wordt gebruikt, wordt weggegooid. Een zakje rode bloedcellen kost € 216, een zakje bloedplaatjes € 521 en een zakje plasma € 185. Vervolgens krijgen mensen extra oproepen van de Bloedbank omdat er te weinig bloed voorradig zou zijn voor een bepaalde bloedgroep. Dat zijn dingen die we niet willen.

Het gaat dus niet alleen om kostenbewustzijn, maar ook om je bewust te zijn van wat je doet en waarmee je bezig bent. Dat kan allemaal bijdragen aan het tegengaan van verspilling. Kostenbewustzijn bij de professional is noodzakelijk en is ook een onderdeel van zijn opleiding.

Er zijn ook mooie praktijkvoorbeelden van het tegengaan van verspilling. Opvallend is wel dat die lokaal goed werken, maar landelijk geen voet aan de grond krijgen. Ik denk dat de leden die ervaring wel hebben als zij werkbezoeken afleggen. Ik word altijd uitgenodigd voor dingen die heel goed werken – ik word nooit uitgenodigd voor dingen die mislukken – en dan denk ik: dit is win-win-win. Ik begrijp dan niet waarom het niet verder komt. Of het nu een kwestie is van «not invented here» of dat er allerlei hobbels in de weg zitten, ik weet het niet. Wij moeten dit wel uitzoeken om werkelijk nieuwe kansen te krijgen.

Een kerntaak van dit programma is dus ook om best practices verder te verspreiden. Dat gebeurt bijvoorbeeld door apotheek Stevenshof bij het verminderen van het gebruik van geneesmiddelen in de terminale fase. Dan wordt nagegaan of geneesmiddelen die zijn gericht op de gezondheid op langere termijn, dus bijvoorbeeld cholesterolremmers of bloeddrukmedicijnen, in de terminale fase nog nodig zijn. Dit farma buddy project moet worden opgeschaald. Dit zijn goede dingen die uit het meldpunt voortkomen. Inmiddels zijn er zorgbreed 24 van dit soort acties gestart, die de meest gemelde vormen van verspilling tegengaan.

Ik heb soms de indruk dat het zo macro is dat je de micro-energie die erin zit en waaraan zo veel mensen werken, niet ziet. Daarom vind ik het belangrijk om een aantal voorbeelden te geven, ook al stel ik daarmee het geduld van de leden op de proef en vraag ik meer van hun tijd.

Ik verwacht op korte termijn verrijndere afspraken over het afleveren van geneesmiddelen, mogelijkheden voor het opschalen van het farma buddy project, duidelijkheid over de voorwaarden voor heruitgifte, en gemeenten die in de programma's van eisen verspilling van mobiliteits-hulpmiddelen opnemen. Voor de curatieve zorg verwacht ik concrete aanbevelingen voor de doelmatigheid van de diagnostiek in de tweede lijn, afspraken met veldpartijen over de behandeling van voor chronisch patiënten en end-of-life care, en het toepassen van gedeelde besluitvorming (shared decisions). Ik zal de voorbeelden niet allemaal opnoemen.

Ik ben het met mevrouw Agema eens dat je mensen niet moet straffen omdat zij te zwaar zijn of omdat zij een bepaalde leefstijl hebben gehad. Ik ben er wel voor dat aan iemand met overgewicht die op het spreekuur komt en een behandeling nodig heeft die niet werkt bij overgewicht, wordt gevraagd om eerst af te vallen. De behandeling werkt dan wel en kan dus worden voorgeschreven. Dat is iets anders, want het heeft geen zin iets voor te schrijven wat niet helpt. Ik ben niet voor een ziektekostenstelsel dat uitgaat van «eigen schuld, dikke bult». Ik zou ook niet weten hoe lang dat zou moeten duren. Mag je worden geholpen één jaar nadat je bent gestopt met roken, of na vijf jaar, of helemaal nooit? Die weg ga ik niet op, maar als iets niet helpt of niet effectief is omdat een patiënt bepaald gedrag vertoont, dan mag, als hij een dure behandeling wil, naar mijn mening wel van hem worden gevraagd dat hij afvalt of stopt met roken of veel meer gaat bewegen.

In de Wet normering bezoldiging topfunctionarissen publieke en semipublieke sector is een overgangstermijn opgenomen. Ik stoort mij enorm aan de hoge ontslagvergoedingen. Deze zijn in de wet fors teruggebracht; naar € 75.000.

Dan de vraag naar de barcodering op kleine verpakkingen et cetera. Op die terreinen lopen verschillende acties. Het is bekend dat Europa op zich laat wachten. Wij hadden dit heel graag in één keer in Europees verband gedaan. Die besluitvorming stopt, maar wij zijn al aan de slag. Ik wijs er ook nog op dat wij voor de barcode, vooruitlopend op Europese richtlijnen, inzetten op de GS1-standaard voor genees- en hulpmiddelen. Dit is ook een wens van verschillende zorgorganisaties. Verschillende ziekenhuizen gebruiken de standaard al met veel succes. In het komende halfjaar zal ik stappen zetten om concrete afspraken met het zorgveld te maken. Ik zal de Kamer hierover in het najaar een brief sturen.

De zZorgverzekeraars onderhandelen over de prijzen van hulpmiddelen. Zolang de hulpmiddelen bij verschillende aanbieders kunnen worden aangeschaft, is dat hun taak. Zij hebben een behoorlijk sterke prikkel om de laagst mogelijke prijs te bedingen, maar natuurlijk wel met kwaliteitscriteria. Voor geneesmiddelen kan dat niet altijd. Daarom is de overheid begonnen met prijsonderhandelingen.

Verder is de vraag gesteld of ik bereid ben een experiment op te zetten met populatiebepoortiging in ziekenhuizen. Iedere bepoortiging heeft positieve en negatieve kanten. In ziekenhuizen worden lumpsumafspraken

gemaakt op basis van de populatie die wordt verwacht. Het veld zoekt daarin dus een eigen weg en het bekostigingssysteem maakt dat mogelijk. In antwoord op de vraag over het experiment regelarme instellingen in ziekenhuizen, zeg ik toe dat ik voor de zomer een plan aan de Kamer zal voorleggen dat ik samen met Agenda voor de Zorg heb opgesteld, dat wil zeggen met de zorgpartijen die zich hebben verenigd in één club. Ik wil dat dit plan wordt gedragen door partijen, want van bovenaf dereguleren wordt niets. Wij moeten dit met elkaar oppakken en iedereen moet daarvoor gemotiveerd zijn.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik hoop op een voorstel over regelarme zorg in ziekenhuizen. Wij hebben gezien dat die werkwijze in de langdurige zorg positieve gevolgen heeft. Ook in de ziekenhuizen is de nood van de bureaucratieterreur erg hoog.

Ik kom nog even terug op de populatiebekostiging. Toen de dbc's werden ingevoerd, was er een experiment in de Maartenskliniek. Dit bleek geen overbodige luxe, gelet op wat daarna allemaal is gebeurd. Stel dat een of twee ziekenhuizen willen werken aan een alternatieve financiering, los van de vraag voor welk systeem wordt gekozen. Dat moet natuurlijk aan hen worden gevraagd. Ik verwacht dat er heel veel te winnen is. Er zijn veel ideeën en praktijkervaringen. Wil de Minister de vraag in het veld neerleggen of een of twee ziekenhuizen zo'n experiment zouden willen aangaan?

Minister **Schippers**: Wij zijn het erover eens dat de bureaucratie in ziekenhuizen veel te hoog is opgelopen. Ik ben niet voor niets zeer gemotiveerd om daar iets aan te doen. Een ding weet ik zeker: zodra wij dat gaan doen, krijgen wij veel tegenstanders. Veel mensen zullen dan zeggen dat je dat nu juist weer niet had moeten afschaffen. Dan krijg je wel debat, ook onderling, maar wij hebben de dure plicht om er het mes in te zetten. Ik spreek heel veel mensen, ook in georganiseerde sessies, over de vraag: waar moet het heen in de zorg en wat vindt u het belangrijkste. Tot nu toe heb ik in hoofdletters teruggekregen: blijf alstublieft van het bekostigingssysteem af. Geen enkel bekostigingssysteem is heilig of goed. Er zijn altijd voor- en nadelen.

We zijn nu van dbc's naar DOT gegaan. Dat moest wel, omdat de upcoding echt onhoudbaar was. Bij DOT wordt bekeken hoe wij langzaam maar zeker, in een evolutie, het systeem steeds beter kunnen maken, zodat er steeds meer wordt afgerekend op wat wij graag willen. In de praktijk zie je dat het belonen van kwaliteit door afspraken tussen verzekeraars en aanbieders een veel grotere rol kan krijgen, hoewel dat in DOT misschien minder expliciet is. Ik ben niet van plan om eraan te gaan zitten. We zitten nog in de nasleep van de afgelopen periode. Ik wens het echt geen opvolger toe om zo'n transitie te moeten doormaken. Ik vind echt dat we het DOT-systeem stap voor stap moeten verbeteren. Daar is echt wel wat te verbeteren, maar dat doen wij in overleg met de sector, rustig aan.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik heb natuurlijk ook de signalen gehoord: alsjeblieft geen verandering meer, zoals de Minister zegt. Maar er zijn ook heel veel signalen dat het DOT-systeem niets wordt. Ik heb gevraagd of de Minister een of twee ziekenhuizen, die de uitdaging aan willen, in staat wil stellen om op basis van populatiebekostiging, dus een aantal parameters, te bepalen wat een ziekenhuis nodig heeft om het werk te doen. De Minister zou dat kunnen vragen aan de ziekenhuizen. Als er geen reactie is, heeft de heer Van Gerven pech gehad. Als een of twee ziekenhuizen dat wel willen doen, dan kunnen we daar misschien ook weer van leren voor de toekomst.

Minister **Schippers**: Ik vind dat je ook moet kijken naar de bureaucratie die je zelf veroorzaakt. We hebben 24 experimenten lopen met een of andere vorm van populatiebesteding; voor de eerste lijn, dwars door eerste en tweede lijn of dwars door gemeenten, AWBZ en eerste lijn heen. Die 24 experimenten zijn wij gestart en die worden gemonitord. Daar wil ik het even bij laten. Ik ga kijken wat eruit komt. Als er iets is wat heel opvallend uit al die experimenten komt, kunnen we daar weer op reageren. Ik ga nu even geen nieuwe dingen starten, want straks is iedereen bezig met allerlei dingen voor mij, maar ze moeten bezig zijn met de patiënt.

Dan de baangarantie. Ik heb helemaal niemand in dienst; ik ben geen werkgever van de medisch specialisten. Een baangarantie is wat mij betreft dus niet aan de orde. In het overleg dat ik een paar maanden geleden met de Kamer heb gevoerd, werd door een aantal woordvoerders benadrukt dat de werkdruk van de medisch specialisten veel te hoog is en gevraagd om meer medisch specialisten op te leiden. Dat herinnert u zich ook. Zoals bekend hebben wij meerdere soorten medisch specialisten. Bij sommige medisch specialisten is er nog steeds een tekort, maar bij andere zijn er inderdaad helaas mensen die niet direct aan een baan kunnen komen. Ik vind dit zelf altijd een van de zwaarste dingen als mensen die jaren hebben gestudeerd, niet de baan kunnen vinden waarvoor zij zijn opgeleid. Ik leef daarmee zeer mee, maar macro gezien hebben wij een systeem waarin ik geadviseerd word door een capaciteitsorgaan, dat zegt dat ik tussen zoveel en zoveel mensen moet opleiden. Wij doen het wat ruimer, want de werkdruk van medisch specialisten is hoog. Als er meer medisch specialisten in dienst worden genomen voor hetzelfde werk, kunnen zij allemaal iets minder werken. Dan heb je daar geen schaarste. Als er sprake is van een toenemende vraag, is dat niet gek. Maar we gaan niet zomaar op eigen houtje zeggen dat we er honderd meer of minder doen. Wij financieren opleidingsplaatsen, op basis van het advies van het capaciteitsorgaan. Daar ligt onze verantwoordelijkheid. Verder hoop ik dat men jonge mensen die niet aan een baan komen, een kans wil geven in ziekenhuizen, door ze mee te laten lopen en daar ruimte voor te maken.

Volgens mij heb ik al een brief geschreven over de geriatrische revalidatiezorg, maar ik weet niet of deze al is aangekomen. Het gaat om een patiënt in een ziekenhuis die geriatrische revalidatiezorg nodig heeft, maar besluit dat hij deze toch niet wil hebben, omdat hij naar huis gaat. Het is heel raar dat hij die indicatie verliest als hij spijt krijgt. Ik heb al besloten om dat aan te passen.

De andere aanpassing ligt bij het Zorginstituut Nederland. Dat adviseert mij altijd over pakketmaatregelen. Ik geloof dat het advies rond de zomer komt. Ik hoop dat het nog net voor het pakket-AO komt, want dan kunnen wij op basis daarvan nog iets doen. Ieder orgaan heeft zijn eigen cadans. Waar ik mij dit jaar erg aan stoer, is dat ik heel veel adviezen krijg nadat ik een besluit moet nemen over het pakket. Dan schuift het een jaar op. Met de zorgverzekeraars hebben we afgesproken dat er voor 1 juli over het pakket wordt besloten. Als er dan op 2 juli een advies komt, baal ik daar enorm van, om het maar huiselijk te zeggen. Ik zal proberen om ervoor te zorgen dat we die adviezen volgend jaar wat eerder kunnen krijgen. Ik zie wel dat ieder orgaan zo zijn eigen cadans heeft, maar de manier waarop het dit jaar gaat, is wel heel vervelend.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Ik deel de opvatting dat dit heel vervelend is. De CDA-fractie kreeg in juli vorig jaar al de eerste signalen van ActiZ en de zorgverzekeraars. Zij gaven allemaal aan dat dit ertoe leidt dat kwetsbare mensen in de knel komen. Bovendien wordt er geld verspild, omdat er U-bochtconstructies moeten worden bedacht om mensen via het ziekenhuis toch naar de geriatrische revalidatiezorg te krijgen. Het is pijnlijk als die mensen die zorg niet of op een heel rare manier later

krijgen. De uitzending van Nieuwsuur was daarvan een goede illustratie. Ik vind het lastig dat het een jaar duurt om dit soort regels te veranderen. Kan de Minister uitleggen waarom dit meer dan een jaar moet duren?

Minister **Schippers**: Als zoiets geconstateerd wordt, dan doe je een aanvraag bij het Zorginstituut Nederland en dat gaat het onderzoeken. Dat heeft daarin zijn eigen tempo. Wij doen nooit iets aan het pakket zonder advies van wat vroeger het CVZ was en nu Zorginstituut Nederland. Wij wachten altijd dat advies af. Het enige is dat het nu net goed of net niet goed gaat. Ik hoop net als u dat ik bij het AO over de pakketwijzigingen op 2 juli helderheid heb over wat Zorginstituut Nederland adviseert. Dan zeg ik toe dat ik per ommekeer zal besluiten. Dan kunnen we het daar nog net over hebben.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Het is prima als daarover per ommekeer wordt besloten, maar het probleem is niet zozeer de beoordeling of patiënten die geriatrische revalidatiezorg nodig hebben als wel de schakel die in de keten van de besluitvorming is gezet. Men moet eerst naar het ziekenhuis. Dat is procesmatig. Dat zegt niets over de vraag of iemand die zorg nodig heeft. Een huisarts of een geriatrisch specialist heeft de kennis en kunde om te indiceren. De wijkverpleegkundige krijgt wel de kans om te indiceren en mensen rechtstreeks door te sturen op grond van de Zorgverzekeringswet, maar bij de huisarts en de specialist geriatricie moet het eerst via de geriatrische revalidatiezorg van het ziekenhuis. Het is zo onlogisch en bureaucratisch. Het is eigenlijk kafkaësk.

Minister **Schippers**: Mevrouw Bruins Slot probeert toch een inhoudelijk debat aan te gaan over iets waarover ik heel binnenkort advies krijg. Zo hebben we het georganiseerd in dit land. Er komt altijd advies over het pakket. Dat is al heel lang zo, dus niet iets van nu. Dat wil ik ook zo laten. Ik heb het Zorginstituut Nederland verschillende keren gevraagd om ervoor te zorgen dat de adviezen er voor de besluitvorming zijn. Dat heb ik deze keer ook gedaan. Ik hoop van harte dat wij er op 2 juli inhoudelijk over kunnen spreken.

De heer **Van Gerven** (SP): Eigenlijk zijn alle hulpverleners, het ziekenhuis, de huisarts en de revalidatiearts, het erover eens dat die hulp nuttig en wenselijk is. Maar nu hebben we een bureaucratisch regeltje dat je eerst in het ziekenhuis moet hebben gelegen, of wat dan ook. Dat is toch niet uit te leggen? Ik denk dat de Minister best een spoedmaatregel kan treffen. Daar is iedereen blij mee. Je krijgt betere hulp en ook minder kosten. De patiënt wil niet naar het ziekenhuis, maar direct op de goede plek terecht komen. Dat wil de revalidatiearts ook, en eigenlijk iedereen. Kan dat toch niet op de een of andere manier geregeld worden? Het probleem is allang bekend. De Minister wacht af tot 2 juli. Betekent dit dat het op 3 juli geregeld is, of wordt het 1 januari?

Minister **Schippers**: Nu doet de heer Van Gerven alsof hij voor het eerst woordvoerder is over de zorg. Het pakket gaat altijd in per 1 januari. Daar wordt de premie op afgestemd. Ik kan tussentijds toch niet zomaar dingen uit het pakket halen of erin doen? Als ik ineens voor heel veel geld iets in het pakket doe, dan moet de zorgverzekeraar toch de premie aanpassen? De heer Van Gerven heeft toch een contract met de verzekeraar zodat hij voor dat basispakket zoveel premie betaalt? Tussendoor pakketwijzigingen doorvoeren, dat doen wij niet. Als je het doet, doe je het via een subsidie-regeling. Dat doen we alleen bij uitzonderlijke situaties, zoals screening. Het maakt dus helemaal niet uit of wij er nu een inhoudelijk debat over hebben of op 2 juli, want het kan pas ingaan per 1 januari. Het zit nu niet in het pakket waarvoor premie wordt betaald. Zo hebben wij het met elkaar geregeld.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik denk dat de Minister ernaast zit en dat zij toch niet goed begrijpt hoe het zit. De hulp zit in het pakket. Die revalidatiezorg wordt geboden, maar er is alleen een regeltje dat je de route van het ziekenhuis moet nemen. Maar dat hoeft helemaal niet. Die zorg zit in het pakket, maar de indicatie moet via het ziekenhuis lopen. Er verandert niets aan de hoeveelheid geboden zorg, maar het wordt alleen beter en efficiënter geregeld. Het heeft volgens mij ook geen financiële consequenties. Als wij er nu niet uit komen, vraag ik de Minister om er toch eens goed over na te denken, zodat wij dit meteen kunnen oplossen wanneer het debat wordt voortgezet. Volgens mij kan dat heel snel.

Minister **Schippers**: Volgens mij staat het op de agenda van 2 juli en niet van vandaag. Het is onder voorwaarden opgenomen in het pakket. Die voorwaarden bepalen wat de inschatting of de kostenraming is van dit soort zorg. Dat is destijds gedaan, omdat men bang was dat er anders te veel mensen worden doorverwezen naar de geriatrische revalidatie. Dat is destijds het advies geweest. Het is ook nog eens overgeheveld naar een ander financieringsregime dan waar het vroeger in zat. Daarom zouden wij moeten bekijken of de regeling wel valide is en of we deze moeten handhaven. Dat ging vroeger via het CVZ en nu via het Zorginstituut Nederland. Dat komt binnenkort met een advies. Ik wacht dat toch even af, om te kijken wat voor intelligente dingen het in dat advies opschrijft waar ik iets mee zou moeten.

De **voorzitter**: Beste collega's, op 2 juli hebben wij het overleg over het pakket, begrijp ik van de griffier. Ik stel voor dat wij dit onderwerp dan verder bespreken. Mocht er tussentijds iets zijn, dan laat de Minister ons dat weten. We hebben nog zes minuten. Wellicht kan de Minister nog ingaan op een paar punten. Dan kunnen we dit AO een andere keer voortzetten.

Minister **Schippers**: Het wordt wel heel lastig als ik de helft van de beantwoording de volgende keer moet doen. Het maakt mij allemaal niet uit.

De **voorzitter**: Ik dacht dat de Minister het over 17.00 uur had.

Minister **Schippers**: Ja, dat klopt, maar u staat ook toe dat het tien minuten gaat over iets wat niet op de agenda staat. Het landelijk schakelpunt (LSP) is een van de good practices die we met dit programma bredere bekendheid willen geven, net als andere good practices. Het is niet zo dat wij doen alsof dat niet goed zou zijn. Het LSP is state of the art, zou ik zeggen.

Er is ook gevraagd hoe wij ervoor zorgen dat inzicht in de kosten van spoedeisende hulp van de huisarts toegankelijker wordt, omdat de website onvindbaar zou zijn. Wat betreft het inzichtelijk maken van de zorgnota voor de patiënt: vanaf 1 juni krijgen mensen die in de zorg komen, die nota. Ik ben in overleg over de vraag hoe wij de kosten van de behandeling vooraf inzichtelijk kunnen maken. DBC Onderhoud heeft hiervoor kortgeleden een eerste aanzet gegeven, met het lanceren van de website Open DIS-data, waaraan al is gerefereerd. Dat is dus geen website van ons. Naar aanleiding van deze opmerkingen zal ik contact met DBC Onderhoud opnemen om te kijken hoe dat beter kan. Er is een communicatietraject om burgers te informeren over financiële aspecten van de zorg, bijvoorbeeld het eigen risico. Met de NPCF zijn wij bezig om die website door te ontwikkelen.

De bewustwording van kosteneffectiviteit, om doelmatiger te werken en voor te schrijven, wordt in de opleiding meegenomen. Over het teruggeven van geneesmiddelen heb ik meer gegevens als we de pilot hebben afgerond.

Het is ontzettend belangrijk om te stimuleren dat er in de laatste fase van een terminale patiënt behandelafspraken worden gemaakt. Er is het project dat mevrouw Dijkstra heeft genoemd, maar ik denk dat we daar veel meer aandacht voor moeten hebben. Ik wil hierover afspraken maken met de partijen die erbij betrokken zijn. Er loopt een traject voor shared decision making of samen beslissen van de NPCF. Er wordt ook gedacht aan het introduceren van een time-out tussen het gesprek over de diagnose en de beslissing over de vorm van behandeling. Daarvoor zal een pilot worden gestart. Verder is er een project van de KNMG over passende zorg in de laatste levensfase. Een ander traject op dit gebied is het programma Verstandig kiezen, uit de kwaliteits- en doelmatigheidsagenda van het hoofdlijnenakkoord. Het is ontzettend belangrijk dat we daar aandacht voor hebben.

De borging van het programma voor de lange termijn is ook ontzettend belangrijk, zeg ik tegen de heer Rutte. Onze acties zijn gericht op structurele houdbaarheid op lange termijn, en niet op quick wins en even snel een leuk artikeltje in de krant. We zijn er niet voor niets met z'n allen nu zo intensief mee bezig.

In het Bestuurlijk Overleg Farmacie heb ik onder andere met de partijen afgesproken dat de zorgverzekeraars de medicatiecheck meer inkopen per 1 januari 2015. Het gaat namelijk om een prestatie die ingekocht moet worden. De medicatiecheck wordt uitgevoerd bij chronische patiënten die dat nodig hebben. Betrokken partijen werken nu samen aan het verfijnen van de criteria om deze doelgroep te identificeren. De inspectie gaat daar ook op toezien.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Ik durf het bijna niet te zeggen, gezien de korte tijd, maar ik heb nog een vraag over de medicijncheck. Waar zit nu precies het probleem in de praktijk? De ene apotheek doet het wel, en de andere niet. Het lijkt erop dat het een discussie is tussen zorgverzekeraars en apotheken. De patiënten die het nodig hebben of het willen, worden daar de dupe van. Kunt u daar helderheid over geven?

Minister **Schippers**: Dat was precies het onderwerp van gesprek tijdens de bestuurlijke overleggen waarbij alle farmaciepartijen rond de tafel zaten. Dat ging over de vraag of je ongericht moet beginnen of juist bij chronische patiënten die heel veel medicijnen slikken. Hoe kun je die doelgroep vaststellen en de criteria verfijnen? Het resultaat is dat zorgverzekeraars in het bestuurlijk overleg met de apothekers hebben afgesproken dat de medicatiecheck meer wordt ingekocht per 1 januari 2015. Zij werken er samen aan om de hobbels weg te werken, zodat het wel van de grond komt en gaat vliegen.

De substitutiemonitor gaat pas in door het hoofdlijnenakkoord van dit jaar, dus in het lopende jaar. Die wordt nu samen uitgewerkt. ZN had daarin het voortouw. Het schijnt wel heel lastig en moeilijk te zijn. Er liggen voorstellen om regionaal gecontracteerde substitutieafspraken voorafgaand aan een jaar inzichtelijk te maken en te salderen naar de macro-uitgaven. Dat voorstel wordt verder uitgewerkt. Het streven is om per 1 januari 2015 een eerste analyse te maken. We hebben in het laatste hoofdlijnenakkoord afgesproken dat we het gaan doen. Er ligt nu een voorstel dat wordt uitgewerkt, zoals ik net schetste. Per 2015 zullen wij er een analyse van kunnen maken, die vooral is gericht op substitutie van de tweede lijn naar de huisartsenzorg. Die partijen gaan dus kijken of de uitwerking voldoende grond geeft zodat het ook naar andere vormen van zorg kan worden uitgebreid.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Krijgen wij op enig moment nog een brief of een rapportage over de uitslag ervan?

Minister **Schippers**: Ja, ik zal in het najaar een brief sturen over de stand van zaken.

Tot slot de verspillingsthermometer. Ik heb al gezegd dat we om zoiets te doen weer moeten registreren. Dan komen er toch weer formulieren en andere dingen om het hoekje kijken. Ik wil vooral acties die echt ten behoeve van de patiënt zijn, of van degene die zich ergert. Dat is de inzet bij deze meldingen.

De **voorzitter**: Nu is even de vraag hoeveel tijd iedereen nog heeft. Ik vraag ook aan de Staatssecretaris hoeveel tijd hij nog nodig heeft.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik stel voor om de eerste termijn even af te maken in tien minuten.

De **voorzitter**: Goed, dan geef ik bij dezen het woord aan de Staatssecretaris.

Staatssecretaris **Van Rijn**: Voorzitter. Ik moet even kijken of ik dat red. Verspilling is ook in de langdurige zorg van wezenlijk belang, zeker in het licht van de hervormingsvoorstellen die op diverse terreinen worden ontwikkeld. Misschien is het goed om even door de oogbollen te bekijken hoe de verspillingaanpak in de langdurige zorg in elkaar zit. Je kunt dat splitsen in twee sporen. Het ene is bottom-up en het andere is topdown. Ik zal dat even kort toelichten. Bij bottom-up gaat het om een aanpak die zich verhoudt tot het meldpunt. Dat is breed samengesteld en kijkt naar care en cure. Als mensen met meldingen of adviezen over verspilling komen, is dat voor ons een heel belangrijke bron om te weten waar zij mee zitten. Er komen aardig wat meldingen binnen. Je kunt ook grote topdown-acties tegen verspilling bedenken, daar kom ik nog op, maar het is voor ons heel belangrijk om te weten wat mensen in de dagelijkse praktijk zien en elke dag meemaken. Dat levert heel bruikbare tips op om mee aan de gang te gaan.

Er is een stuurgroep gevormd: de Stuurgroep aanpak verspilling van langdurige zorg, onder leiding van voorzitter Edith Snoey, met vertegenwoordigers van Abvakabo, ActiZ, CNV, Mezzo, de MOgroep, NPCF, V&VN, Verenso, Gehandicapten Nederland, VNG, VWS en Zorgverzekeraars Nederland. De meldingen worden bekeken en gerubriceerd door de stuurgroep, die probeert plannen van aanpak te maken voor de verschillende onderdelen.

Er is bij die meldingen sprake van een vrij brede range: van bedrijfsvoering, management, de inkoopfunctie, communicatie en de vraag hoe de samenwerking tussen formele en informele zorg tot stand komt in de instellingen. Er worden ook heel veel opmerkingen gemaakt over papierwerk. Een dominant thema is dat verplegenden en verzorgenden met veel papieren moeten werken. Dat is ook een belangrijk speerpunt in dat verspillingsprogramma.

Ik heb bij de voorzitter een setje van die formulieren opgevraagd, zodat ik deze zelf kon bekijken. Dan zie je inderdaad dat het nogal een stapel is. Als je elk formulier apart bekijkt, is daar een heel logische reden voor. Je kunt van bijna geen enkel formulier zeggen dat het onzin is, maar de optelsom ervan, waar elke verpleegkundige of verzorgende in een instelling elke dag mee te maken heeft, kan wel een enorme belasting zijn, die ten koste gaat van de tijd die zij willen besteden aan de zorg voor mensen.

Met betrekking tot de papieren wordt de actie opgezet om te inventariseren bij zorginstellingen voor ouderen, gehandicapten en langdurige ggz, welke registraties de primaire zorgverlener zou moeten bijhouden. Dan wordt bekeken welk doel die registratie heeft. Wordt deze intern of extern opgelegd en door wie? Hoeveel tijd is ermee gemoeid? Is er veel overlap met andere registraties? Zo komen wij tot een heel gedetailleerde analyse van wie wat heeft veroorzaakt, hoeveel tijd dat kost en wat je zou kunnen

opruimen. Dat leidt dan tot een aantal aanbevelingen. Daarbij gaat het om vragen als: wat kunnen wij eigenlijk kwijt, wat zou gecombineerd moeten worden, wat is wel heel belangrijk om te blijven doen, kunnen we dat slimmer aanpakken? Dat is de bottom-upbenadering.

Dan is er ook een topdownbenadering, hoewel die ook erg bottom-up wordt ingevuld. Hierbij gaat het om een aantal lopende projecten: de Infozorg-aanpak, regelarme instellingen en de kwaliteitsagenda. Bij het project Infozorg laten ruim 350 zorgaanbieders zien wat zij kunnen bereiken door betere bedrijfsvoering, betere organisatie van de zorg en meer ruimte voor de professional. Langzamerhand komen daar aardige cijfers uit. Het is allemaal geen weird science, maar zij vormen een indicatie dat je belangrijke resultaten kunt boeken door een slimmere organisatie en bij de overhead.

De **voorzitter**: Dit is wel uw derde interruptie.

Mevrouw **Agema** (PVV): O, jeetje. Ik wil heel graag weten of wij die cijfers kunnen krijgen.

Staatssecretaris **Van Rijn**: Daar kom ik nog op, want ik heb daar een voorstel voor. Ik weet dat mevrouw Agema dat tweede project, over regelarme instellingen, een zeer warm hart toedraagt. Ik hoop dat zij weet dat ik dat ook een zeer warm hart toedraag. Daarbij laten ruim twintig zorgaanbieders zien hoe kwaliteit en doelmatigheid gerealiseerd kunnen worden en hoe je hinderende regels kunt wegnemen. Binnenkort ontvangt de Kamer de tussenevaluatie van het experiment regelarme instellingen.

Mevrouw **Agema** (PVV): Wanneer?

Staatssecretaris **Van Rijn**: Binnenkort.

Mevrouw **Agema** (PVV): We hebben dit onlangs nog besproken. Ik wacht soms anderhalf jaar op dingen die binnenkort zullen komen.

Staatssecretaris **Van Rijn**: Even uit het hoofd, we hebben afgesproken dat die rapportage beschikbaar is bij de bespreking van het wetsvoorstel inzake langdurige zorg. Dat betekent dat deze binnen enkele weken naar de Kamer zal gaan.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Een korte vraag. De Nederlandse Zorgautoriteit heeft geconcludeerd dat door de overheveling van verpleging en verzorging dat deel van het experiment regelarme instellingen niet kan doorgaan en dat daar dus een einde aan komt. Hoe ziet de Staatssecretaris dat? De CDA-fractie vindt dat ontzettend jammer, want wij dragen dit experiment ook een heel warm hart toe. Wij vinden het echt goed dat de vorige Staatssecretaris dit heeft ingezet. De Nederlandse Zorgautoriteit zegt dat het einde experiment is wat betreft het deel dat over verpleging en verzorging gaat. Wat gaat de Staatssecretaris daaraan doen?

Staatssecretaris **Van Rijn**: Bij het experiment gaat het om de vraag of je sommige regels kunt loslaten in een bepaald systeem. Als er een verschuiving in het systeem komt, moet je er even opnieuw over nadenken wat de condities van het experiment kunnen zijn. Dan kun je twee dingen doen. Je kunt zeggen: laten we de lessen uit het experiment gebruiken om het nieuwe systeem op een goede manier vorm te geven. Dan heb je als het ware de meest voorlijke toepassing van wat er geleerd is. Je kunt ook zeggen dat het nog niet klaar is en dat je met de zorgverzekeraars moet bekijken of je het experiment, in welke vorm dan ook, zou moeten voortzetten. Ik heb die conclusie nog niet getrokken. Ik wil in ieder geval dat de lessen uit de experimenten worden meegenomen naar de

nieuwe situatie. Na de tussenevaluatie wil ik nog even heel goed bekijken of de nieuwe situatie verdere experimenteermogelijkheden vraagt.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Ik vind dat een goede toezegging van de Staatssecretaris. We hebben een brief over de wijkverpleging gekregen van de bewindspersonen. Daar staat in dat er een eind komt aan dat deel van het experiment. Ik hoor nu dat de Staatssecretaris gaat onderzoeken of dit onderdeel van het experiment kan worden voortgezet in het kader van de Zorgverzekeringswet. Het zou mooi zijn als de Staatssecretaris kan zeggen wanneer hij daarover meer duidelijkheid kan verschaffen.

Staatssecretaris **Van Rijn**: Ik heb de indruk dat u mijn toezegging een klein beetje oprekt. Ik heb gezegd dat wij moeten leren van het experiment zoals het nu is, zodat we dat kunnen vertalen naar de nieuwe situatie. Het is het beste om te leren van het experiment en om dat in te brengen in de nieuwe situatie. De voorliggende vraag is of we de behoefte hebben om dat experiment door te zetten in de nieuwe situatie of om het op een andere leest te schoeien. Dat wil ik even bekijken aan de hand van de tussenevaluatie, die over enkele weken naar de Kamer gaat, zoals ik net zei.

De kwaliteitsagenda is de derde pijler. We hebben enige tijd geleden met de Kamer gesproken over de vraag hoe we kijken naar de kwaliteit van instellingen voor verpleging en verzorging. Kunnen we de inspectie niet eens vragen om een wat breder onderzoek te doen? Ik verwacht dat onderzoek binnenkort af te ronden. Ik wil dat graag koppelen aan de kwaliteitsagenda, die daarmee verbonden kan worden. Dan kunnen we heel goed bekijken hoe de kwaliteit van zorginstellingen zich heeft ontwikkeld en zich zou moeten ontwikkelen, gelet op de eisen die eraan worden gesteld bij de hervorming van de langdurige zorg. Dan komen we vanzelf op de thema's die de heer Rutte heeft genoemd. Waar zit de kwaliteitsborging van veiligheid op het gebied van medicatie en infectiepreventie? Waar zitten allerlei regels die meer te maken hebben met de kwaliteit van leven? Misschien moet je juist meer ruimte geven aan professionals en cliënten, patiënten en hun verwanten om daar afspraken over te maken.

De **voorzitter**: Komt dat ook binnenkort?

Staatssecretaris **Van Rijn**: Ik verwacht dat dit direct na Pinksteren aan de Kamer toegezonden kan worden. Dat lijkt mij toch een vrij concrete toezegging.

In de komende periode wil ik dat we leren van die bottom-upbenadering, van dat meldpunt, van dat rubriceren. Ik noemde dat papierwerk als voorbeeld. Op basis van die meldingen zullen we met heel concrete voorstellen komen. Vervolgens zal ik heel goed kijken hoe het experiment regelarme instellingen, Infozorg en de kwaliteitsagenda daarbij passen. Al met al wordt verspilling in de langdurige zorg dan op een vrij gedegen en samenhangende manier aangepakt. Het gaat niet alleen om wat mensen melden, maar ook om een aantal daaraan gelieerde projecten. Ik kan daarover nog geen toezegging doen, maar op enig moment kan er met de Kamer worden gesproken over Infozorg, het experiment regelarme instellingen, de kwaliteitsagenda en de voorstellen van de stuurgroep, in samenhang, zodat verspilling in de langdurige zorg vrij stevig wordt aangepakt.

Met Infozorg, het experiment regelarme instellingen, de kwaliteitsagenda en die meldingen loopt er vrij veel. Het is best lastig voor het veld om zich elke keer op te laden voor weer een nieuw project. Toch merk ik dat er geen klagen is over de inzet van partijen op dit terrein. Iedereen snapt dat kwaliteit en doelmatigheid met elkaar verbonden moeten worden. Ik maak een compliment aan al die partijen in die projecten en bij wat wij nu gaan

opstarten, omdat zij bereid zijn met ons mee te denken om verspilling in de zorg op de agenda te zetten en te houden. Er komen heel concrete voorstellen. Ik ben ervan overtuigd dat deze een bijdrage leveren aan meer kwaliteit en doelmatigheid, in het spoor van de hervorming van de langdurige zorg.

Mevrouw **Agema** (PVV): Sorry dat ik buiten de microfoon om wat kribbig was. Ik ben blij met de toezegging dat wij die stukken nu eindelijk allemaal gaan ontvangen, voor de behandeling van de Wet langdurige zorg. Dat is ook een toezegging waar we al sinds november op wachten, over de vergelijking van de verpleeghuiszorg. Daarom zat ik buiten de microfoon om wat te blazen. Mijn excuses daarvoor.

Staatssecretaris **Van Rijn**: Als u dan complimenten maakt in de microfoon, ben ik ook weer tevreden.

De **voorzitter**: Ik dank de Staatssecretaris. Het is toch gelukt. Dank aan de collega's en aan beide bewindslieden.

Sluiting 17.12 uur.