

Vergaderjaar 2019–2020

32 620

Beleidsdoelstellingen op het gebied van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Nr. 246

VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Vastgesteld 29 januari 2020

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 28 november 2019 overleg gevoerd met de heer Bruins, Minister voor Medische Zorg en Sport, en de heer De Jonge, Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, over:

- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 12 juli 2019 inzake visie medisch zorglandschap (Kamerstuk 32 620, nr. 233);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 12 juli 2019 inzake toekomstverkenning zorg in Flevoland (Kamerstuk 31 016, nr. 245);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 12 juli 2019 inzake voortgangsbrief Commissie onderzoek faillissementen ziekenhuizen (Kamerstuk 31 016, nr. 247);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 12 juli 2019 inzake toekomst van de zorg in Drenthe en Zuidoost-Groningen (Kamerstukken 31 016 en 29 247, nr. 246);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 11 maart 2019 inzake toekomstige concentratie van het Bravis ziekenhuis (Kamerstuk 31 016, nr. 212);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 18 april 2019 inzake bestuurlijke afspraken Maasziekenhuis Pantein (Kamerstuk 31 016, nr. 216);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 18 juni 2019 inzake voortgang «De juiste zorg op de juiste plek» (Kamerstuk 29 689, nr. 995);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 24 juni 2019 inzake ontwikkelingen rondom concentratie van het Bravis ziekenhuis (Kamerstuk 31 016, nr. 234);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 12 september 2019 inzake reactie op verzoek commissie over de open brief Lessen uit faillissement ziekenhuizen voor spoedzorg van Ziekenhuis St. Jansdal (Kamerstuk 32 620, nr. 234);**

- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 2 oktober 2019 inzake reactie op verzoek commissie over een afschrift van de brief aan de gemeente Urk over Zorgvisie in Flevoland (2019D38871);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 2 oktober 2019 inzake de toekomst van de ziekenhuiszorg in Drenthe en Zuidoost Groningen (Kamerstukken 31 016 en 29 247, nr. 252);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 28 oktober 2019 inzake beantwoording vragen commissie over inzake de maatschappelijke rol van de universitaire medische centra (umc's) in het medisch zorglandschap (Kamerstuk 33 278, nr. 9);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 12 juli 2019 inzake maatschappelijke rol van de universitaire medische centra (umc's) in het medische zorglandschap (Kamerstuk 33 278, nr. 8);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 29 oktober 2019 inzake toezegging ziekenhuislandschap Drenthe en Zuidoost-Groningen (Kamerstuk 31 016, nr. 254);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 17 oktober 2019 inzake spoedpost Oldenzaal (Kamerstuk 29 247, nr. 293);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 11 oktober 2019 inzake programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik en vervolprogramma ZonMw DoelmatigheidsOnderzoek (Kamerstuk 29 248, nr. 318);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 11 oktober 2019 inzake moties en toezeggingen notaoverleg over initiatiefnota van het lid Van den Berg over zorg in de regio (Kamerstuk 35 138) (Kamerstuk 35 138, nr. 10).**

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

De voorzitter van de commissie,
Lodders

De griffier van de commissie,
Post

Voorzitter: Agema
Griffier: Bakker

Aanwezig zijn elf leden der Kamer, te weten: Agema, Van den Berg, Bergkamp, Dik-Faber, Ellemeet, Hijink, Lodders, Ploumen, Sazias, Van der Staaij en Veldman,

en de heer Bruins, Minister voor Medische Zorg en Sport, en de heer De Jonge, Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Aanvang 10.01 uur.

De voorzitter:

Goedemorgen. Mevrouw Lodders, onze vaste voorzitter, zal ongeveer om 11.30 uur mij komen vervangen. Mevrouw Van den Berg is vertraagd; zij komt een paar minuutjes later.

Aan de orde is het algemeen overleg over het medisch zorglandschap. Ik heet de Minister van VWS, de Minister voor Medische Zorg en Sport en het publiek op de publieke tribune van harte welkom. Rechts van mij zitten de Kamerleden: mevrouw Ellemeet van GroenLinks, mevrouw Bergkamp van D66, mevrouw Sazias van 50PLUS en meneer Hijink van de SP. Mevrouw Ellemeet mag als eerste haar bijdrage doen. Het is een lang debat, vijfenhalf uur. We hebben er zin in. Aan u het woord, mevrouw Ellemeet.

Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):

Voorzitter, bedankt. Het is misschien wel een van de meest bekende voorbeelden van de juiste zorg op de juiste plek: de huisartsenpraktijk in het Limburgse Afferden, waar de huisarts meer tijd kreeg voor zijn patiënten en de nadruk in de zorg meer kwam te liggen op positieve gezondheid. Er werd een kwart minder doorverwezen naar het ziekenhuis, de kosten gingen naar beneden, patiënten tevreden en ook het werkplezier van de huisartsen nam toe. Bewoners kwamen met het initiatief van een fonds Afferden Samen Beter om bij te dragen aan de gezondheid van hun gemeente. De Minister is er langs geweest en ook de Staatssecretaris noemde Afferden als goed voorbeeld op de dag van de preventie. Toch hebben wij vorige week in Medisch Contact kunnen lezen dat de praktijk van zorg op de juiste plek een stuk complexer en taaier is dan de Minister ons in zijn brieven wil doen geloven. Want wat bleek in Afferden en omgeving? Het Maasziekenhuis kwam in een penibele situatie en moest meer omzet gaan draaien in plaats van minder. Of de huisartsen dus alsjeblieft actief konden meedenken hoe dit mogelijk te maken. Het succesproject van de huisartsenpraktijk werd toch maar niet verder uitgebreid. Verder zag de zorgverzekeraar het niet zitten om een deel van de besparing uit dit project te investeren in het bewonersfonds, want de verzekeraar wilde deze middelen uit de Zorgverzekeringswet niet inzetten in het sociaal domein.

Voorzitter. Tja, daar zitten we dan met onze ambities en goede bedoelingen en ons knuffelproject van zorg op de juiste plek. Dat klinkt misschien wat cynisch, maar zo bedoel ik het niet. Ik noem dit voorbeeld hier, omdat het volgens mij precies raakt aan de kern van dit debat. De transformatie die wij willen, is ingewikkeld en raakt aan een heleboel belangen. Ook partijen met goede wil lopen tegen grenzen van ons complexe zorgsysteem aan en er is niet één instantie met doorzettingsmacht die dit algemene belang van zorg op de juiste plek kan realiseren. Zien deze Ministers dit probleem en kunnen zij ook reflecteren op deze casus van Afferden?

Voorzitter. Wat GroenLinks betreft staat een aantal zaken voorop, als we het hebben over zorg op de juiste plek, allereerst de urgentie hiervan. Willen wij ook in de nabije toekomst alle mensen nog goede zorg kunnen

bieden, dan moeten we als de donder aan de slag. Niet voor niets luidden de huisartsen deze week nog de noodklok over hun kwetsbare patiënten, die tussen wal en schip terechtkomen en gewoon niet de zorg krijgen die ze nodig hebben. We weten allemaal dat er een wereld te winnen is met het voorkomen van zware zorg. Dus hoe sterker de ondersteuning vanuit de Wmo en vanuit de eerste lijn, hoe beperkter we de groep mensen maken die in het ziekenhuis of het verpleeghuis terechtkomen. Toch valt het tegen wat dit kabinet werkelijk doet aan die inzet op voorkomen van zware zorg. Het SCP heeft afgelopen week met het rapport Wat als zorg wegvalt overtuigend aangetoond dat huishoudelijke hulp en wijkverpleging voorkomen dat mensen in het verpleeghuis terechtkomen. Bedenk dan dat gemeenten met grote tekorten kampen voor de Wmo en het Rijk hen hierin onvoldoende tegemoetkomt, terwijl we weten wat het ons als patiënt en als land oplevert.

Voorzitter. De onderuitputting van het budget voor de wijkverpleging is in dit licht ook onacceptabel. De Minister heeft nog een onderzoek nodig om hier conclusies uit te trekken. Ik denk dat hij de enige persoon in Nederland is die dat onderzoek nog nodig heeft voor conclusies.

Wijkverpleegkundigen schreeuwen het van de daken: geef ons voldoende ruimte en tijd voor onze patiënten en voor samenwerking met het sociale domein en met andere zorgverleners.

Voorzitter. Ook de fysiotherapie wordt nog altijd niet op waarde geschat. Er zijn tal van bewezen substitutie-effecten van fysiotherapie en toch ziet deze beroepsgroep dit op geen enkele manier terug in de contractering. Sterker, de behandelindex wordt nog altijd gebruikt als afrekeninstrument. De Minister geeft aan dat er wordt gewerkt aan een nieuwe index, maar er gaan nog jaren overheen voordat die klaar is. Er moet dus een tussenoplossing komen. De behandelindex zou een aanleiding voor een gesprek tussen zorgverzekeraar en fysiotherapeut moeten zijn in plaats van standaard te worden ingezet voor een minder aantrekkelijk contract. Erkent de Minister dit probleem en is hij bereid om met de verzekeraars en fysiotherapeuten te praten over een tussenoplossing? Graag een reactie.

Voorzitter, dan de zorg in de regio. De eerste stappen zijn de regiobeelden. Daar praten we al een hele tijd over. Ik heb gisteren twee regiobeelden bekeken die inmiddels af zijn. Die geven inderdaad een goed beeld van in dit geval de Mijnstreek en Zeeland, maar het proces verloopt moeizaam. Mijn fractie heeft de volgende vragen.

Welke doorzettingsmacht krijgt de regiocoördinator nu om partijen in de regio te houden aan nog te maken afspraken, waaronder de gemeenten en de ziekenhuizen?

De umc's hebben weer een andere taak gekregen van de Minister ten aanzien van de acute zorg. Hoe moet deze opdracht gezien worden in relatie tot de regio's?

Wat GroenLinks betreft is het woonvraagstuk onlosmakelijk verbonden met toekomstbestendige zorg. Kan dit worden meegenomen in de regiobeelden?

Ten slotte: hoe gaan we democratische controle houden op de afspraken in de regio? Kan de Minister niet meer regie pakken om de randvoorwaarden voor de transformatie mogelijk te maken, zoals het in loondienst brengen van artsen en het afschaffen van de medisch specialistische bedrijven, die vaak niet op één lijn zitten met de ziekenhuisbesturen waardoor veranderingen niet van de grond komen? Graag een reactie.

Voorzitter, dan ten slotte. Wat de zorg voor de regio in Flevoland betreft, wil ik graag van de Minister weten hoe hij het rapport van de toekomstverkenner gaat concretiseren. Kan er een stappenplan komen en ook inzicht in de kosten? Hoe gaat de Minister de samenwerking tussen de spoedeisende hulp van St Jansdal en het Flevoziekenhuis mogelijk maken?

Dank u wel, voorzitter.

De voorzitter:

Dank u wel. Mevrouw Sazias wil u een vraag stellen.

Mevrouw **Sazias** (50PLUS):

Wij hebben van de week – mevrouw Ellemeet was daar ook bij – een gesprek gehad met verpleegkundigen. Die haalden er in dat gesprek een term bij die wij eigenlijk niet zo vaak gebruiken, namelijk «zorgen is relationeel». Het gaat erom dat je moet zien wie er tegenover je zit. Zorg is dus niet een stapel technische handelingen. Hoe ziet u juist in dit systeem de mogelijkheden voor die relationele zorg?

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Ik heb in de brief van de Minister gekeken hoe vaak hij het heeft over verpleegkundigen en dat is echt schrikbarend weinig. Door de Minister wordt de hele tijd gesproken over de rol van artsen en niet over verpleegkundigen. Mevrouw Sazias vraagt terecht: hoe is er aandacht voor dat relationele? Als er één beroepsgroep in de zorg is die dat waar kan maken en het belang daarvan ook vooropzet, dan zijn het die verpleegkundigen. Ik interpreteer wat mevrouw Sazias zegt als een oproep dat er veel meer aandacht moet komen voor dat relationele aspect. Ik deel dat helemaal en ik zou dan ook aan de Minister willen vragen welke rol hij voor de verpleegkundigen ziet, ook bij die transformatie. Hoe luistert hij naar deze beroepsgroep? Hoe verklaart hij dat verpleegkundigen zo weinig terugkomen in zijn eigen brieven, er zo automatisch gesproken wordt over artsen en die verpleegkundigen te vaak worden vergeten, terwijl die verpleegkundigen misschien wel het hart van onze zorg zijn?

Mevrouw **Sazias** (50PLUS):

Het is vaak een kwestie van tijd. Door verpleegkundigen meer tijd te geven, geven we ze de gelegenheid om die relatie op te bouwen en voorkomen we die stapeling van medische handelingen. Hoe kunnen we dat volgens u in ons systeem brengen?

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Ik noemde de wijkverpleging. Dat is natuurlijk één groep van verpleegkundigen. Ik zei letterlijk: ze schreeuwen van de daken «geef ons de tijd om ons werk te kunnen doen». En dat werk bestaat uit het verrichten van medische handelingen, maar voor een heel groot deel ook uit luisteren naar wat de patiënt nodig heeft. Ze moeten kunnen constateren dat er misschien wel een vraag is die veel meer ligt op het gebied van het sociale domein. Dan moet er ook tijd zijn voor die wijkverpleegkundige om contact te zoeken met bijvoorbeeld het wijkteam, zodat er iets gedaan kan worden aan die eenzaamheid van een oudere. Ik noem maar even een voorbeeld. Dus tijd voor die relatie met de patiënt en ook voor de relatie met andere zorgverleners en welzijnswerkers, is cruciaal. Dat heeft alles te maken met de inzet op preventie. De kritiek die ik probeerde te uiten in mijn inbreng, is dat dit kabinet te weinig werk maakt van die preventie, terwijl we weten dat daar de winst te behalen is als het gaat om de kwaliteit van leven en dat daar uiteindelijk ook op de kosten kan worden bespaard.

De voorzitter:

Dank u wel. Zullen we interrupties in tweevoud doen of zullen we een bepaald aantal woordmeldingen afspreken? Het is een groot debat. Zullen we in eerste termijn acht woordmeldingen in totaal doen? In eenvoud, tweevoud, drievoud of hoe u het wil?

Voordat ik het woord geef aan mevrouw Bergkamp, wil ik nog een aantal leden verwelkomen. Dat zijn meneer Van der Staaij van de SGP, mevrouw Dik-Faber van de ChristenUnie, mevrouw Van den Berg van het CDA,

mevrouw Ploumen van de Partij van de Arbeid en meneer Veldman van de VVD.

Dan geef ik nu het woord aan mevrouw Bergkamp voor haar termijn.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):

Dank u wel, voorzitter. De zorg in ons land is toegankelijk en van hoge kwaliteit. Wel verandert ons zorglandschap en als we de zorg voor de toekomst goed en toegankelijk willen houden, moeten we daar ook heel goed naar kijken. Kijk bijvoorbeeld ook naar de krapte op de arbeidsmarkt. Maar die veranderingen leiden wel tot zorgen in de regio's.

Voorzitter, de bel gaat. Vindt u het goed als ik daarvoor pauzeer en daarna opnieuw start?

De **voorzitter**:

Zeker, zeker.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):

Voorzitter. De zorg in ons land is toegankelijk en van hoge kwaliteit en dat moeten we ook zo houden. Maar er zijn wel heel veel veranderingen en dat veroorzaakt soms ook veel zorgen in de regio, denk aan Flevoland, Groningen, Drenthe, maar bijvoorbeeld ook aan Amsterdam en het OLVG. Dat die veranderingen nodig zijn, snap ik, kijkend naar de toegankelijkheid, de kwaliteit en de tekorten op de arbeidsmarkt. Maar het is natuurlijk wel belangrijk dat we met elkaar kijken – dat is ook een oproep aan de bewindspersonen – hoe we die onzekerheid zo klein mogelijk kunnen houden. Er komt nog een apart debat over een ziekenhuis in Amsterdam, maar zeker over de acute zorg zijn er veel zorgen.

Dit is een debat met heel veel onderwerpen – het is ontzettend breed – en ik zou willen vragen om wanneer we kijken naar het zorglandschap ook iets te horen over waar de zorgen liggen van de bewindspersonen. Waar liggen de uitdagingen en de kansen? Natuurlijk is het belangrijk om daarbij te kijken naar de geldende normen. We hebben allerlei dingen vastgesteld over de ambulance, over hoe snel die er moet zijn en over de afstand tot de acute hulp. Maar als we kijken naar ons zorglandschap, waar liggen dan de zorgen, de kansen en de bedreigingen? Zijn de bewindspersonen voornemens om ook te zorgen dat alle betrokkenen om de tafel komen te zitten? Die voorzienbaarheid is immers eigenlijk de crux in het geheel om die onzekerheid te voorkomen. Ik vind bijvoorbeeld de zorgtafels die er zijn, een heel mooi voorbeeld hiervan.

We hebben gisteren of eergisteren een technische briefing gehad waarin werd gezegd: als jullie het in de politiek hebben over structuren en het stelsel, dan wordt er gebouwd vanuit allerlei belangen, maar er wordt vaak heel weinig gekeken en gebouwd vanuit het belang van de cliënt en de patiënt en ook heel weinig vanuit het belang van de zorgprofessional. Ik kan me ook niet aan de indruk onttrekken dat precies dat aan de orde is wanneer we spreken over regionalisering. We vergeten eigenlijk dat het voor die patiënt en die cliënt wel te behappen en te begrijpen moet zijn en dat dat ook geldt voor de zorgprofessionals die daar werken.

Voorzitter. Doordat we steeds meer kunnen en we steeds ouder worden, stijgen ook de zorgkosten. We hebben onlangs de nieuwste verkenning gehad van het CPB en het blijkt zelfs te stijgen tot 100 miljard in 2025.

Voor de zomer komen de bewindspersonen met een contourennota en ik ga ervan uit dat daarin een hele duidelijke visie zit op het beteugelen van de zorgkosten en dat er ook keuzes in staan.

Voorzitter. Willen we de gezamenlijke zorgrekening betaalbaar houden, dan is de juiste zorg op de juiste plek natuurlijk ontzettend belangrijk. Hopelijk krijgen we ook door het programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik meer zicht op wat zinnige en wat onzinnige zorg is, die niet

bewezen effectief is. Het lijkt mij heel erg zonde als wij door blijven gaan met het financieren van zorg waarvan we zeker weten dat die niet effectief is. Ik ben heel benieuwd naar de reflectie van de bewindspersonen op het aandeel van de zorgverzekeraars daarbij.

De voorzitter:

Mevrouw Bergkamp, meneer Hijink wil een vraag stellen.

De heer Hijink (SP):

Het is natuurlijk een interessant punt: moeten wij zorg financieren die eigenlijk geen zin heeft? Is D66 dan ook bereid om te gaan kijken naar de prikkels in het huidige stelsel die aanmoedigen tot overproductie, tot het draaien van productie en tot winstmatig denken? Ik denk dan bijvoorbeeld aan de dbc-systematiek en de specialisten die in medisch-specialistische bedrijven werken. Die hebben een regelrechte prikkel om meer te doen dan nodig is en halen daar ook een hoog inkomen uit, veel hoger dan bijvoorbeeld het loon van artsen in loondienst. Is D66 dan ook bereid om wanneer we kijken naar mogelijkheden om minder te doen wat niet nodig is, alle prikkels eruit te halen die aanzetten tot productie in de zorg, zonder dat zij een bijdrage leveren aan de kwaliteit van de zorg?

Mevrouw Bergkamp (D66):

Dat vind ik een terechte vraag. Ik verwacht dan ook dat in die contournota op een kritische manier wordt gekeken naar ons zorgstelsel en dat er ook wordt gekeken naar wat nou perverse prikkels zijn. Daar hebben we natuurlijk al een debat over. Ik denk dat u en ik daar soms een verschillende opinie over hebben, maar ik denk wel dat als we nu kijken naar het systeem en als we nu kijken naar de regeldruk... Het was vandaag weer groot nieuws dat die vijfminutenregistratie er gewoon nog steeds is, hoewel we er afscheid van zouden nemen. Mevrouw Szias zegt «twee keer» en dat is terecht, want het is meerdere keren aangekondigd. Ik denk dan: dat systeem van verantwoording en hoe we daar met elkaar omgaan, is zó hardnekkig. Als we het nou echt hebben over de krapte op de arbeidsmarkt, dan zou ik daar echt in willen investeren. Doen we nou het goede, ook als het gaat om vergoeding, en wat we kunnen we doen aan die perverse prikkels?

De heer Hijink (SP):

Ik heb het dus niet zozeer over verantwoording. Ik heb het echt over die prikkels die in ons zorgstelsel ingebouwd zitten en die aanmoedigen om meer te doen dan nodig is. Je ziet dat in de jeugdzorg. Het CDA zit daar ook altijd bovenop: kleine bedrijfjes die zorg aanbieden, zorg die feitelijk helemaal geen zorg is. Mijn vraag is: moet je dan als D66 ook niet bereid zijn om dit zorgstelsel ter discussie te stellen? Zorg is niet bedoeld om geld mee te verdienen, maar om zorg te verlenen. Waar ik bang voor ben, is iets wat ik opnieuw hoor in het antwoord van mevrouw Bergkamp, namelijk dat wij in Den Haag gaan bepalen wat goede kwaliteit van zorg is, terwijl dat natuurlijk niet de opdracht is. De opdracht is dat wij zorgverleners zorg laten verlenen en ervoor zorgen dat zij geen prikkel meer hebben om meer te doen dan nodig is. Daarom vraag ik nog een keer naar die medisch-specialistische bedrijven. Vindt D66 ook niet dat het veel logischer zou zijn om artsen in loondienst te nemen, zodat je alle prikkels schrapt die aanmoedigen om meer te doen dan nodig is, om productie te draaien en om winst te maken? Wij weten dat het 0,5 miljard kan besparen als je ze in loondienst neemt en onder de Wnt brengt. Dat lijkt mij een goede eerste stap om de zorg én effectiever én een stuk betaalbaarder te maken. Ik vraag D66 of zij dat voorstel wil steunen.

Mevrouw Bergkamp (D66):

Het zou natuurlijk raar zijn om, nadat ik heb gevraagd wat effectief bewezen is, in te gaan op een aantal stellingnames. Het lijkt mij heel erg goed dat het kabinet komt met die contourennota en dat we dan ook inderdaad heel goed gaan kijken naar wat die prikkels zijn. Dat zullen we dan wel moeten doen aan de hand van een analyse. Ik steun ook het pleidooi van mevrouw Ellemeet over investeringen in preventie. Loont dat? Heeft het nou zin dat bijvoorbeeld de gemeentes investeren in preventie? Is het zinvol dat de zorgverzekeraars daarin investeren? We zien gewoon dat die prikkels niet overal gericht zijn, maar ik wil wel het debat voeren aan de hand van goede analyses. Ik ben het er overigens wel mee eens dat wij in Den Haag niet moeten bepalen wat kwalitatieve zorg is. Daar heb je de zorgprofessionals voor, maar als het gaat over onzinnige zorg die niet effectief bewezen is, dan vind ik dat de Kamer daar wel wat over kan zeggen. Mijn collega Rens Raemakers is daar ook een warm pleitbezorger van.

De heer **Hijink** (SP):

Mevrouw Bergkamp geeft tot twee keer toe geen antwoord op mijn heel concrete vraag, namelijk of zij met ons wil meewerken aan het in loondienst brengen van alle specialisten en of zij er met ons voor wil zorgen dat zij betaald krijgen tot maximaal het ministersalaris, zodat zij niet meer worden aangezet om meer productie te draaien dan nodig is en wij ervoor zorgen dat artsen in loondienst gelijkwaardig behandeld worden aan artsen die nu nog een medisch-specialistisch bedrijf hebben. Zo voorkomen we dat ook zij meer winst gaan maken en dat zij productie gaan draaien. Op die manier kunnen we gewoon 0,5 miljard euro besparen op de kosten van de zorg. We hebben verpleegkundigen die nog 200 miljoen euro nodig hebben om een fatsoenlijke cao af te kunnen sluiten. Me dunkt, dit levert 0,5 miljard op. Is D66 bereid – dat is een hele concrete vraag – om dat te steunen?

Mevrouw **Bergkamp** (D66):

Als u ons verkiezingsprogramma heeft gelezen, dan hebt u gezien dat dat er ook in staat. Wij zijn dus helemaal niet negatief over het in loondienst nemen van specialisten, maar ik vind het wel belangrijk dat je dat doet aan de hand van een goede analyse. Werken de zaken waar we elkaar volgens mij in kunnen vinden? We willen gewoon dat zorggeld echt wordt uitgegeven aan zorg en als er perverse prikkels zijn dan wil ik naar ieder serieus voorstel kijken, maar wel aan de hand van een goede analyse. En nogmaals, ons verkiezingsprogramma zou u wat meer vertrouwen daarin moeten geven.

De **voorzitter**:

Mevrouw Ellemeet wil ook nog een vraag stellen.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Ik wil hier graag op doorgaan. De analyse of iets werkt of niet, die is er al! Over de rol van artsen in medisch-specialistische bedrijven sprak ik vanochtend nog met een verzekeraar. Maar ik sprak recent ook met artsen die aangeven: maak hier nou werk van, zorg nou dat die artsen in loondienst komen, want je ziet dat hun wensen en die van medisch-specialistische bedrijven vaak genoeg haaks staan op de wensen van het bestuur van een ziekenhuis. Als we deze transformatie willen, en volgens mij willen we die van links tot rechts heel graag, dan moeten we ook echt de randvoorwaarden creëren om dat mogelijk te maken. Het is al lastig zat, omdat er zo enorm veel belangen meespelen. Ik denk dat de signalen daarover er al zijn, zowel van de verzekeraars als ook van een heleboel artsen. Ik hoop dus dat mevrouw Bergkamp die signalen mee wil nemen en ook met GroenLinks en de SP kan concluderen dat we weten hoe het zit en dat we weten dat dit nu een obstakel vormt. Als we vaart willen

maken met die transformatie, zullen we moeten kijken hoe we zo snel mogelijk die obstakels weg kunnen nemen.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):

Ik pak even een paar dingen uit het betoog van mevrouw Ellemeet. Ze zegt terecht dat we signalen moeten oppakken en dat we ook al heel erg veel weten. Daarom zijn mijn verwachtingen over de contourennota van de drie bewindspersonen ook zo hooggespannen. Er zal gewoon echt kritisch moeten worden gekeken naar al die prikkels die we hebben. En nogmaals, zie wat er in ons verkiezingsprogramma staat over loondienst. We hebben zelfs gezegd dat er naar de Wet normering topinkomens moet worden gekeken. Daar zit dus geen verschil tussen ons, maar ik denk wel dat het goed is om echt te kijken naar het stelsel als geheel. Dat is ook de kans die dit debat biedt. We kunnen er één ding uit pakken, maar het is ook wel goed om te kijken wat daar dan weer de consequenties van zijn. Volgens mij hebben we namelijk uit het verleden geleerd dat je best één ding aan kunt pakken, maar dat dat dan altijd gevolgen heeft voor de rest. Volgens mij is mevrouw Ellemeet dat ook met mij eens.

De **voorzitter**:

Dan nog een vraag van mevrouw Ploumen.

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):

Doorbordurend op hetzelfde punt. Mevrouw Bergkamp heeft natuurlijk gelijk als zij zegt dat het belangrijk is om het geheel in ogenschouw te nemen, hoewel wij natuurlijk allemaal af en toe last hebben van de verleiding om één onderwerp aan te pakken. Ook de verwachtingen van de Partij van de Arbeid zijn wat dat betreft hooggespannen over de contourennota. De Minister weet ook dat wij graag zien dat er over de rol van de verzekeraars wordt gesproken. Maar ook de positie van artsen en dan met name de maatschappen is een onderdeel daarvan. De Partij van de Arbeid zou ook graag zien dat artsen in loondienst komen. Is mevrouw Bergkamp het met me eens dat zo'n contourennota, die kritisch beschouwt hoe we de zorg beschikbaar houden voor iedereen, eigenlijk niet kan zonder een voorstel over hoe artsen in loondienst kunnen worden genomen? Ik bedoel: dit is het moment waarop we met elkaar een fundamenteel debat kunnen gaan voeren over hoe we ervoor kunnen gaan zorgen dat niet voortdurend tegen mensen wordt gezegd «de zorg is te duur, omdat u te oud wordt of te veeleisend bent». In die contourennota zal dus moeten staan dat er een aantal spoilers in het systeem zitten die het onnodig duur maken. Dit zou er wat mij betreft één van zijn. Vind ik mevrouw Bergkamp aan mijn zijde als we de Minister vragen om in ieder geval dat onderwerp te adresseren?

Mevrouw **Bergkamp** (D66):

Er zijn geen taboes wat mij betreft als het gaat om een contourennota. Ik denk wel dat het aan de bewindspersonen zelf is. Zij hebben aangekondigd: het moet onze contourennota zijn. Maar ik denk dat we als Kamer best ook een aantal suggesties kunnen meenemen en dit kan er wat mij betreft één zijn. Zo zijn er nog wel meer. Als ik kijk naar mijn eigen betoog, dan wil ik ook nog wel wat meer suggesties doen. Ik denk wel dat het belangrijk is dat we ons realiseren dat het een contourennota moet zijn, voordat iedereen, zogezegd, zijn eigen onderwerp, van de fysio- tot de ergotherapie, erin gaat fietsen. Een contourennota gaat om de gróte uitdagingen en de gróte vragen. Ik hoop dus wel dat mevrouw Ploumen er respect voor heeft dat de kracht uiteindelijk zit in de integraliteit van het verhaal en dat we ons daarom ook weleens moeten beperken. Maar als de bewindspersonen de afweging maken dat iets essentieel is voor het geheel, dan kan dat natuurlijk.

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):

Mevrouw Bergkamp weet: uiteindelijk bepaalt de meerderheid van de Kamer wat de contourennota is. We zijn blij met het voorwerk en de voorstellen die het kabinet doet, dat is hoe het werkt. Ik zou haar willen voorhouden dat mijn betoog juist ging over integraliteit, namelijk: hoe zorgen we dat zorg beschikbaar blijft en hoe zorgen we dat mensen zich niet steeds half schuldig moeten voelen als ze naar de dokter gaan? We zullen de spoilers in het systeem moeten aanpakken, want anders kom je niet tot een beter systeem. Maar wat ik van haar betoog vooral overhoud, is dat er ook bij haar geen taboes zijn. We blijven in volle verwachting uitkijken naar die contourennota en de regering weet nu dat dit één van de onderwerpen is die voor de Kamer van groot belang is. Ik neem aan dat het kabinet zijn voordeel doet met wat het hoort uit de Kamer.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):

Misschien nog één opmerking hierover. We hebben natuurlijk ook nog het rapport van de commissie van Wouter Bos. Dat is ook heel belangrijk en het is ook iets waar we in de Kamer om hebben gevraagd. Die commissie kijkt ook naar het stelsel. Volgens mij hebben we dus allemaal mooie ingrediënten om een heel mooi debat te hebben. Vol verwachting klopt mijn hart, ook al is het nog niet eens 5 december!

Voorzitter. Een ander element van die juiste zorg op de juiste plek is de verschuiving van de zorg naar de tweede, de eerste en de anderhalve lijn. Die transitie loopt nog moeizaam en tegelijkertijd zie ik ook in die anderhalve lijn heel veel mooie initiatieven, zoals bijvoorbeeld het spreekuur van specialisten bij de huisarts. Hoe gaat de Minister dit soort initiatieven verder stimuleren?

Een volgende verbetering is het behalen van slimme zorg. Veel zorg zou van het ziekenhuis ook thuis kunnen plaatsvinden. Uit een onderzoek bleek een keer dat het gaat om maar liefst 46%. Maar door barrières gebeurt het zeer beperkt. Een deel van die oplossing ligt in data-analyse en het stimuleren van digitale initiatieven, zoals monitoring op afstand. Hoe is de Minister van plan dit soort slimme thuiszorg te stimuleren en te faciliteren?

Voorzitter. Als we meer kans willen bieden om thuis te blijven wonen, is aging on place belangrijk. Het is helaas Engels, maar duidelijk: thuis ouder worden. Dat betekent ook dat huizen levensloopbestendig moeten zijn. Ik vind het zo zonde dat er zo veel huizen gebouwd worden die gewoon niet levensloopbestendig zijn. Ik wil aan de Minister het volgende vragen. Laten we met elkaar vaststellen wat een levensloopbestendig huis is. Is het niet mogelijk om dat bijvoorbeeld in de bouwvoorschriften of in de bouwprojecten mee te nemen? Als je er nu in investeert, zorg je ervoor dat mensen langer thuis kunnen blijven wonen. Ik denk dat dat daartoe leidt.

Voorzitter. Dan kom ik op het eerstelijnsverblijf.

De **voorzitter**:

Dat roept toch weer vragen op, mevrouw Bergkamp. Ik zag de vinger van mevrouw Sazias een ogenblikje eerder. Mevrouw Sazias.

Mevrouw **Sazias** (50PLUS):

Mevrouw Bergkamp raakt hier een heel belangrijk punt, namelijk het grote gat tussen verantwoord zelfstandig thuis wonen en het verpleeghuis. We moeten wat met dat gat. Ik denk namelijk dat er heel veel oplossingen in zitten als we dat beter organiseren. Maar dat gaat om wonen, en dat behoort niet tot deze commissie. Net zoals we nu zo'n fundamenteel debat voeren, zouden we dat ook moeten doen samen met de vaste commissie voor Binnenlandse Zaken. Is mevrouw Bergkamp dat met mij eens?

Mevrouw **Bergkamp** (D66):

Ik vind dit echt één van de allerbelangrijkste onderwerpen. We weten dat er een gat is tussen thuis wonen en het verpleeghuis, en dat er veel initiatieven zijn, veel ideeën. Maar we weten ook dat het heel erg lastig is om dat soort initiatieven van de grond te trekken, en dat het blijkbaar ook heel lastig is om die levensloopbestendigheid voor huizen te krijgen. Ik sta er dus zeker voor open om daar gewoon echt een keer een heel goed algemeen overleg over te hebben. Ik weet dat deze Minister wel verantwoordelijk is voor zorg en wonen, dus ik denk dat we hem er best op kunnen aanspreken. Ik hoop niet dat de Minister nu weer zal zeggen: dat is iets voor een andere Minister. Want daar bereik je volgens mij niks mee. Maar ik sta zeker open voor een algemeen overleg over dit echt hele belangrijke onderwerp. Dus ik deel het idee.

De **voorzitter**:

Mevrouw Sazias, was dit voldoende? Ja? Mevrouw Ellemeet.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Ook ik kan alleen maar benadrukken hoe belangrijk het is dat we op een betere manier oplossingen verzinnen voor dat woon- en zorgvraagstuk, want dat is enorm. Vandaar dat wij op dit thema natuurlijk al een rondetafel met de collega-woordvoerders Wonen hebben georganiseerd. Het is ontzettend belangrijk. Ik heb zelf concreet voorgesteld aan de Minister om dat woonvraagstuk mee te nemen in de regiobeelden. Wat willen we nu met die regiobeelden? We willen een beeld krijgen in de regio van de opgaven waarvoor we staan rond zorg. Wonen is daar niet van los te zien. Deelt mevrouw Bergkamp dus de wens om ook dat woonvraagstuk mee te nemen in die regiobeelden?

Mevrouw **Bergkamp** (D66):

Ik weet dat ANBO laatst is gekomen met een aantal onderzoeken waaruit blijkt wat de opgave is in de gemeente. Ik vind dat heel waardevol. Dat kun je nog breder trekken. Maar eigenlijk zou ik willen dat we beginnen met het uitbreiden en creëren van mogelijkheden voor die nieuwe wooninitiatieven. Want ik ben zo bang dat als we blijven hangen in beelden, analyse en onderzoek, we niet tegelijkertijd gaan bouwen en dingen gaan doen. Nu zijn er enorme ingewikkelde problemen met de stikstof en noem maar op, maar ik maak me wel zorgen over de snelheid van die nieuwe wooninitiatieven. We hebben het allemaal weleens gehad over het Knarrenhof. Daarvoor is ontzettend veel enthousiasme. Maar er zijn ook heel veel belemmeringen om dat soort initiatieven, waar heel veel behoefte aan is, te stimuleren.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Eens. We moeten nu aan de slag. Maar niet voor niets hebben we gezegd: we willen meer samenwerking, ook in de regio. Die samenwerking tussen verschillende zorgverleners laat soms nog te wensen over, zeker als het bijvoorbeeld gaat om samenwerking tussen gemeenten en zorgpartijen. Een onderdeel daarvan heeft te maken met wonen. Dus ja, als we echt de grote problemen willen oplossen, moeten we nu aan de slag, maar ik denk dat het heel belangrijk is dat we in de regio weten welke problemen er spelen rond wonen en zorg. Dat is mijn punt. Volgens mij is het niet of-of, maar en-en. Ik denk dat we dit vraagstuk niet kunnen negeren als we het hebben over de beelden die we nu aan het maken zijn met de regio. Ik heb ook al wat signalen gekregen dat de partijen daar best voor open zouden staan.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):

Dat wat helpt om..., is prima, hè. Dan kom ik wel terug op de opmerking die mevrouw Ellemeet zelf maakte over het gebrek aan doorzettings-

macht. Wie gaat nou uiteindelijk de schep in de grond plaatsen en zeggen: we gaan nu beginnen? Misschien mag ik die vraag ook doorgeleiden, kijkend naar alle projecten die er zijn. We hebben de beelden, maar wie heeft dan de doorzettingsmacht? Ik denk nog steeds dat de gemeenten daarbij wel echt in de lead moeten zijn. Maar elk beeld en elke schets die helpt, is prima.

De voorzitter:

Gaat u verder.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):

Dank u wel, voorzitter. Dan over het eerstelijnsverblijf. Dat is een belangrijke tussenvorm. Ik zet mijn wekkertje weer even aan en ik hoop dat u mij vergeeft en dat ik ietsje meer mag.

Het eerstelijnsverblijf is een hele mooie tussenvorm tussen het ziekenhuis en thuis. Maar een iets intensiever en langer verblijf in het elv kan ook onnodige ziekenhuisopnames voorkomen. Heel concreet, D66 vindt dat er nieuwe vormen van elv moeten komen, specifiek gericht op ouderen met dementie of somatische aandoeningen die geen Wlz-indicatie hebben, maar die wel een intensiever en langer elv nodig hebben. Dat is op dit moment echt een groot probleem, omdat dat niet wordt aangeboden. Is de Minister bereid om met zorgverzekeraars en zorgaanbieders een proef te starten met nieuwe vormen van elv? Ik merk gewoon in de praktijk en ook in mijn gesprekken met zorgaanbieders en patiënten dat daaraan een enorme behoefte bestaat.

Voorzitter. Vaak is de huisarts iemand die het langst betrokken is bij een patiënt, degene die weet van de hoed en de rand. De huisarts is iemand die weet van de hele sociale context. Als iemand in het verpleeghuis of het ziekenhuis belandt, dan gaat die kennis vaak beperkt mee. Het lijkt mij heel goed om te kijken hoe we die kennis van de huisarts daarin kunnen betrekken. We hebben een werkbezoek afgelegd in Scandinavië en we hebben gezien dat ze daar heel goede ervaringen hebben met de betrokkenheid van de huisarts. Is de Minister bereid om hier verder onderzoek naar te doen?

Voorzitter. De huisarts heeft in ons stelsel natuurlijk ook een belangrijke rol als poortwachter. Uit het onderzoek van de actiegroep Het Roer Is Om blijkt dat er grote problemen zijn om kwetsbare patiënten te verwijzen naar de juiste zorg. Er staan ontzettend veel aangrijpende voorbeelden in. Er komt een contourennota, maar wat gaan de Ministers nú doen?

Ik vind ook die wachtlijsten voor de verpleeghuizen zorgwekkend, want hoe voorkom je nou dat zorgaanbieders en verpleeghuizen de volgende afweging maken? «We doen maar even niet zzp 4, maar het meest urgente, want er is schaarste en een tekort. Er zijn te weinig locaties en mensen.» Wanneer komt de capaciteitsbrief van de Minister? Vooral de kleine verpleeghuizen zijn als gevolg van het NZa-onderzoek getroffen door de tariefverlaging van zzp 4. Die verpleeghuizen zeggen dat die compensatieregeling niet afdoende is. Kunnen die nou met het zorgkantoor afspraken maken over maatwerk?

Tot slot, voorzitter, over het geboortelandschap. Na een jarenlange daling van de babysterfte trad stagnatie op en deze week bleek het sterftecijfer opeens weer te zijn gestegen. Er zijn echt verschillende visies op waar dat precies aan ligt en hoe de geboortezorg verbeterd kan worden. Zorgelijk is het natuurlijk wel en ik wil aan de Minister vragen of hij bereid is om een breed onderzoek te doen naar de inrichting van het geboortelandschap van de toekomst.

Dank u wel, voorzitter.

De voorzitter:

Dank u wel. Mevrouw Ploumen wilde u nog een vraag stellen.

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):

Niet om flauw te doen, maar mevrouw Vera Bergkamp had het over de zorg aan de kwetsbaarste mensen en huisartsen die de alarmbel luiden. Ze zei: Het Roer Is Om. Maar de actie groep heet Het Roer Moet Om. Was het roer maar om, zou ik tegen haar willen zeggen. Als ik het me goed herinner, hebben we het tijdens de begrotingsbehandeling ook over mensen gehad die in een schrijnende situatie zitten en die moeilijk een bed of andere zorg krijgen. De Minister sprak zich daarover uit in de zin van: nou ja, soms moet je ook een beetje door het systeem heen beuken. Ik paraphraseer de Minister een beetje en ik hoop dat hij mij dat vergeeft. Hij zei verder dat mensen ook buiten de lijnen moeten durven kleuren. Dat suggereert dat er geen structureel probleem is. Hoe kijkt mevrouw Bergkamp daartegen aan?

Mevrouw **Bergkamp** (D66):

Volgens mij zie je op dit moment een paar problemen. Ten eerste is het systeem voor veel mensen ingewikkeld. Wat je ook ziet, is dat er een groep kwetsbare mensen is die vaak een combinatie hebben van verschillende eigenschappen en aandoeningen, waarvan het onduidelijk is wie wat doet en onder welk regime ze vallen. Als je luistert naar de verhalen, denk ik dat het ook zo zonde van de tijd is dat een huisarts moet leuren met iemand, omdat er gewoon onduidelijkheid is over waar iemand terecht kan. Ik heb ook al wel vaker gezegd dat ik het best wel ernstig vind dat een zorgaanbieder niet een soort zorgplicht heeft. Op het moment dat iemand ergens wordt aangeboden en het niet past, dan zou ook die zorgaanbieder de verantwoordelijkheid moeten voelen om samen met het zorgkantoor en de huisarts te kijken naar wat ze wel kunnen doen. Nu merk je vaak dat die huisarts hoort: het verkeerde loket, geen plaats. Dat gebeurt in combinatie met een aantal andere problemen. Ik gaf er net al één aan: de wachtlijsten in de verpleeghuizen. Daardoor moet je ook een afweging maken: wie neem ik wel op en wie niet? Het is dus echt een combinatie van ernstige factoren die de situatie in mijn ogen echt alarmerend maakt.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Ik geef het woord aan mevrouw Sazias en het voorzitterschap draag ik even over aan meneer Van der Staaij.

Voorzitter: Van der Staaij

De **voorzitter**:

U had al het woord gekregen, mevrouw Sazias. Gaat uw gang.

Mevrouw **Sazias** (50PLUS):

Voorzitters! Dit AO is inderdaad heel breed, want gaat over het hele zorglandschap. Daarin zitten vele hokjes en schotten, maar ik wil het nu vooral hebben over de ziekenhuiszorg. Het Algemeen Dagblad meldde dat bijna een kwart van de ziekenhuizen zo weinig kankeroperaties uitvoert dat de patiënt ergens anders beter af is. Het risico bestaat uit nodeloze bloedingen, restweefsel en zelfs overlijden. Inspire2Live bood ons al in april 2018 een petitie aan over IKEA-ziekenhuizen en excellente kankercentra. En IKEA staat dan voor: Ik Kan Echt Alles. In deze petitie werd deze problematiek al gesignaleerd, maar daarin werd ook een concrete oplossing aangedragen. Maar de Minister wuifde de problemen weg en vond het iets voor veldpartijen om op te lossen. En dus bleef de Minister op zijn handen zitten en lezen we nu in de krant dat er 419 kankerpatiënten in 2018 geopereerd zijn in ziekenhuizen die volgens diezelfde beroepsgroepen en volgens de zelf vastgestelde normen, te weinig ervaring hadden met die operaties.

De oud-hoofdinspecteur van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, Wim Schellekens, stelde in zijn tijd als hoofdinspecteur ooit eens de volgende vraag aan een bestuurder en chirurg van een Haags ziekenhuis, die een complexe operatie wilde blijven doen, ondanks het feit dat het niet voldeed aan de normen. Stel dat een dierbare van u slokdarmkanker heeft, wordt die dan bij u geopereerd of in het AMC? Toen zei die: nee, in het AMC. Laat ik de Minister dan dezelfde vraag stellen: wat zou hij doen? Tegelijkertijd zien we aan de andere kant dat de basiszorg onder druk staat. Dinsdag nog – mevrouw Bergkamp noemde Het Roer Moet Om al – kregen we een petitie overhandigd waarin wordt gesproken over een stille ramp. Duizenden kwetsbare ouderen, chronisch zieken met meerdere aandoeningen en jongeren met geestelijke problemen kunnen niet doorverwezen worden naar passende zorg door andere professionals om de huisarts heen. Er zijn ook nog steeds ziekenhuizen die in de financiële gevarenszone zitten en waar relatief dure afdelingen als de spoedeisende zorg en de intensieve zorg dreigen te verdwijnen of al verdwenen zijn. Er zijn eerstelijnsverblijven die door verzekeraars niet vergoed worden, omdat ze te vaak zouden doorverwijzen naar verblijfhuizen. Sommige vrouwen kunnen niet meer in hun eigen gemeente bevallen en moeten veel te ver weg worden geholpen. En vorige week dinsdag ontvingen we nog het zwartboek Hoe de zorg verdween uit Woerden.

We krijgen waarschuwingen binnen van ziekenhuizen die dieper in de financiële problemen dreigen te komen als de cao-onderhandelingen uitkomen op een overigens in de ogen van 50PLUS volkomen terechte inwilliging van de eis tot loonsverhoging. Dan kan de Minister wel zeggen dat hij niet over de cao-onderhandelingen gaat, en dat is natuurlijk ook wel zo, maar hij gaat natuurlijk wel over de toegankelijkheid en de kwaliteit van de zorg, zowel acuut als electief. Daar sta ik voor, zo schrijft hij ons. Maar als de inwilliging van de looneisen ten koste gaat van de toegang tot en de kwaliteit van zorg, dan is de Minister daar toch ook voor verantwoordelijk. Wij willen hem vragen hoe hij dat wil borgen. Wat gaat de Minister bijvoorbeeld doen aan de situatie in Woerden? Deze feiten en de stille ramp die zich aan het voltrekken is in en rond de spreekkamer van de huisarts, zijn zaken die eigenlijk niet kunnen wachten op die contourennota en de houtskoolschets.

Tot slot de spoedzorg. Het antwoord waarop de Minister zijn houtskoolschets van de spoedzorg baseert, draait kennelijk om regionaal maatwerk. Ik wil geen blauwdruk maken van hoe de spoedzorg georganiseerd moet worden, want het blijft regionaal maatwerk, zo schrijft de Minister. Maar 50PLUS wil nu juist het systeem of de regio niet centraal, maar de burger en de patiënt. Wij willen dat diens toegang tot de allerbeste zorg en diagnostiek centraal komt te staan, zeker daar waar het gaat om acute zorg.

Voorzitter. Bij de begrotingsbehandeling heb ik de Minister in dat kader gevraagd om in zijn rol als marktmeester van de zorg op landelijk niveau actie te ondernemen, zoals hij dat al heeft gedaan met de ambulancezorg. En ik heb hem gevraagd om de acute zorg in wet- en regelgeving en bij de bekostiging te beschouwen als een dienst die niet van algemeen economisch belang is. Daarvoor hoeft hij niet te wachten op regionaal ingekleurde houtskoolschetsen. Het is een kwestie van landelijk beleid. 50PLUS wil de Minister nogmaals vragen of hij daartoe bereid is. Concluderend: wij zien in het medisch landschap, als het gaat om ziekenhuizen, duidelijke expertcentra. Als je een heupoperatie nodig hebt, dan wil je naar het ziekenhuis waar de beste heupoperatie wordt gedaan en waar ze dat vaak doen, ook al moet je daar een stukje verder voor rijden. Voor een heupoperatie is dat geen probleem. Maar de basiszorg moet gewoon goed gedekt blijven en daarvoor is deze Minister wat ons betreft verantwoordelijk.

Voorzitter: Agema

De voorzitter:

Dank u wel. Dan geef ik nu het woord aan de heer Hijink van de SP.

De heer Hijink (SP):

Dank, voorzitter. In de spreekkamers zien de huisartsen van Nederland de stille ramp die zich in de samenleving voltrekt. Dat zijn niet mijn woorden, maar dat is de eerste zin in het boekje dat we afgelopen dinsdag ontvingen van de huisartsen van Het Roer Moet Om. Een stille ramp voor duizenden ouderen, chronisch zieken en jongeren met geestelijke problemen die niet de zorg krijgen die ze wel nodig hebben. Het totaal verknipte en opgeknipte zorgstelsel is voor deze mensen een doolhof waarin zij vastzitten. Voor de verpleeghuizen zijn er wachtlijsten, maar wie pech heeft, en naast dementie ook een verslaving of een ander ernstig probleem heeft, kan amper geplaatst worden in een instelling. Eén huisarts spreekt in het boekje van een regionaal kampioenschap schuttingwerpen. Ze zitten uren aan de telefoon om een plek te vinden voor juist de meest kwetsbare mensen. Dat is allemaal kostbare tijd die niet besteed kan worden aan andere patiënten. Het is verspilde energie en het leidt tot heel veel frustratie en ook heel veel ellende voor zowel patiënt als huisarts. Het artikel in Medisch Contact bevestigde precies dit beeld. Alle ideeën over het organiseren van de juiste zorg op de juiste plek lopen vast in een zorgstelsel dat bol staat van tegengestelde en tegenstrijdige belangen. Huisartsen worden aangemoedigd om minder door te verwijzen en meer zelf te doen. Maar daar waar dit succesvol gebeurt, komt het voortbestaan van het ziekenhuis in gevaar en wil de zorgverzekeraar juist meer omzet zien om een ziekenhuis overeind te kunnen houden.

Ik heb gesproken met bestuurders in de jeugdzorg die met hun handen in het haar zitten. Vanuit de samenleving wordt aan hen gevraagd om minder jongeren al dan niet gesloten op te vangen, terwijl ze tegelijk van hun bestuur en de raad van toezicht de opdracht krijgen om de boel financieel rond te krijgen en dus juist voldoende plekken bezet te houden. Wij zien gemeenten en zorgverzekeraars die amper investeren in preventie. Een gemeente die ouderen steunt om langer thuis te kunnen blijven, doet in menselijk opzicht het goede, maar is financieel slechter af. De voordelen zijn immers voor de zorgverzekeraar, als die laat de wijkverpleging hoeft in te zetten, of voor een zorgkantoor, als ouderen later naar een verpleeghuis gaan. Ik wil beide Ministers vragen hoe zij op deze foute prikkels in het systeem reageren. Wat gaan zij eraan doen om ervoor te zorgen dat preventie niet langer wordt afgestraft?

Voorzitter. Er zitten nog veel meer rare kronkels in ons zorgstelsel. Als wij de zorg beter en goedkoper willen maken, dan zullen we af moeten van alle prikkels die leiden tot overbehandeling, overproductie en onnodig doorverwijzen. We zien dat huisartsen onder enorme druk staan. De helft van een consult – zo bleek ook uit een onderzoek dat wijzelf hebben gedaan – praten ze noodgedwongen over geld, omdat in dit ingewikkelde zorgstelsel voor zo veel mensen onduidelijk is welke zorg wel en niet vergoed wordt. Huisartsen moeten ook te veel patiënten bedienen. Uit verschillende onderzoeken blijkt dat als huisartsen meer tijd hebben voor een patiënt, zij uiteindelijk ook minder doorverwijzen. Meer tijd voor de patiënt geeft ook ruimte om naar de patiënt als mens in plaats van de patiënt als zorgconsument te kijken. In veel buurten zijn medische problemen een-op-een te koppelen aan sociaaleconomische omstandigheden. Je kunt een kind dat met regelmaat ziek is, naar het ziekenhuis doorverwijzen. Maar als je als huisarts meer tijd hebt, kun je doorpraten over de oorzaak van de problemen. Je komt er dan bijvoorbeeld achter dat dit kind in een schimmelwoning woont. Bedenk wel dat inmiddels in 43% van de sociale huurwoningen schimmel voorkomt. Als je in een

schimmelwoning woont, ben je vaker ziek en kom je vaker bij de huisarts. Als je wordt doorverwezen naar het ziekenhuis, terwijl de oorzaak overduidelijk de sociaaleconomische omstandigheden zijn, dan moeten we daar de problemen aanpakken. Dat is wat mij betreft de juiste zorg op de juiste plek. Ik vraag beide bewindspersonen om daarop te reageren. Is de Minister ook bereid om het aantal patiënten per huisartsenpraktijk te verlagen naar 1.800, zodat de gemiddelde tijd voor een consult omhoog kan naar vijftien minuten, zodat de oorzaak kan worden aangepakt in plaats van dat direct gediagnosticeerd en doorverwezen wordt? Erkent de Minister dat het aantal doorverwijzingen omlaag kan en dat er zo meer gedaan kan worden aan preventie? Is hij bereid om meer te investeren in het opleiden van huisartsen, zodat de druk in de tweede lijn omlaag kan? Voorzitter. Dan is er nog een prikkel die leidt tot fors hogere zorgkosten. Mij werd heel recent nog een voorbeeld aangedragen van hoe kosten en winsten in de ziekenhuizen opgedreven worden. Terwijl verpleegkundigen moeten staken voor een fatsoenlijk loon, strijken medisch specialisten via hun eigen bedrijven honderden miljoenen euro's op. Meerdere verpleegkundigen legden vorige week bij de acties ook de vinger op de zere plek. In de medisch-specialistische bedrijven wordt volop productie gedraaid om de omzet, en daarmee de winst, te verhogen. Waarom staat de Minister dat nog steeds toe? Waarom wordt de samenleving bang gemaakt met angstbeelden over hoge zorgkosten, terwijl een deel van de specialisten tot wel tien keer zoveel verdient als de verpleegkundigen die minstens zo hard werken om de patiënt een zo goed mogelijke zorg te geven? Als deze specialisten in loondienst zouden gaan en onder de Wet normering topinkomens zouden vallen, dan slaan wij twee vliegen in één klap: de productieprikkel verdwijnt en de salarissen kunnen worden teruggebracht tot het maximum van het ministersalaris. Dat levert structureel 0,5 miljard euro op. Dat is meer dan genoeg om de verpleegkundigen de salarisverhoging te geven die zij verdienen en dan houden we ook nog eens 300 miljoen euro over. Dus hoezo rijzen de zorgkosten de pan uit? Ik vraag de Minister nogmaals of hij bereid is om dit plan van SP te ondersteunen.

Voorzitter, tot slot. De huisartsen hebben deze week iets heel duidelijk gemaakt. De schotten, de verkokering en het ieder-voor-zich-denken in de zorg zijn funest voor de kwaliteit, maar ook voor de toegang, zeker voor de meest kwetsbare mensen die deze zorg zo hard nodig hebben. Zou het niet verstandig zijn als de huisarts meer bevoegdheid en doorzettingsmacht zou krijgen om in hele acute situaties problemen op te lossen, zodat zij niet van het kastje naar de muur worden gestuurd, zij niet uren aan de telefoon moeten zitten, maar dat ze namens hun patiënt de acute zorg gewoon kunnen afdwingen bij zorgaanbieders in hun regio? Ik besef dat dit een vergaand voorstel is, maar ik denk dat er iets nodig is om de meest acute problemen van de mensen die nu nergens terecht kunnen, op te lossen. Ik hoor graag van de beide bewindspersonen hoe zij hiernaar kijken.

Helemaal tot slot zou ik Minister De Jonge willen vragen naar de minutenregistratie. Hoe kan het dat dat vandaag weer oppopt en het nog steeds niet is opgelost? Wat kunnen wij vandaag afspreken, zodat we deze discussie nu nog één keer voeren en daarna niet meer, omdat het dan echt klaar is?

Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel, meneer Hijink. Dan geef ik nu het woord aan meneer Van der Staaij van de SGP.

De heer Van der Staaij (SGP):

Dank u wel, voorzitter. «Medisch zorglandschap» stond er als titel van dit algemeen overleg. Ik moest even aan denken aan het landschap van

Nederland, dat je ziet als je van een vliegreis terugkomt. Dan denk je even: dit is een land zonder problemen. Het ziet er allemaal zo keurig geordend, aangeharkt en duidelijk verdeeld uit. Op hoofdlijnen is alles dik in orde, maar als je het land ingaat, dan klopt dat eerste beeld wel, maar als je inzoomt op wat er hier en daar aan problemen is, dan kan dat ook best vervelend en pijnlijk zijn.

Dat gevoel heb ik bij de zorg ook vaak. Als je in het debat op hoofdlijnen spreekt, dan kunnen we trots zijn, want veel dingen gaan goed. Dat is helemaal waar. Maar tegelijkertijd lopen we er bij werkbezoeken allemaal tegenaan dat veel mensen tussen wal en schip raken en dat is toch wel erg vervelend. Dat beeld in het boekje Patiënt tussen wal en schip, dat we van de week kregen, vond ik wel heel mooi. Want dat treft en raakt ons altijd heel erg: als huisartsen moeten leuren met patiënten, als er geen plaats is voor mensen die eigenlijk in de ggz of de crisisopvang thuis horen of als het niet wordt geregeld en ze weer bij de huisarts langskomen. We hebben heel veel goede en belangrijke overleggen over de hoofdlijnen, contouren en houtschoolschetsen, maar ik ben ook heel erg geïnteresseerd in wat wij en de mensen in het land nu kunnen verwachten van die concrete oplossingen van die hele concrete knelpunten. Een Kamerlid heeft ooit eens gezegd: bespaar me de hoofdlijnen, want de mensen hebben last van de details. Dat is hier soms ook wel een beetje aan de orde, en dat je zegt: ja, hoofdlijnen, mooi verhaal, prachtig. Laat ik ook maar gelijk heel concreet op zo'n punt uit het boekje Patiënt tussen wal en schip inzoomen. In Flevoland, in ziekenhuis St Jansdal in Lelystad, is de acute verloskunde weggevallen. Dat hebben we in dit gebied gewoon nog niet goed kunnen regelen; daar moeten we eerlijk in zijn. Heel veel dingen zijn gelukkig wel goed geregeld en de mensen daar zijn enthousiast en positief aan de slag, maar dit is gewoon nog niet goed opgelost. Dan is het des te belangrijker dat we heel zorgvuldig omgaan met wat er nu wel is, bijvoorbeeld zo'n extra ambulancepost op Urk. Daarover lees ik in een brief: we gaan evalueren en we moeten nog maar eens kijken of dat wel nodig is. Maar dat geeft ook weer onrust. Het beeld is toch gewoon dat dat in deze situatie nodig blijft en dat dat structureel moet zijn? Graag een reactie van de Minister op dat punt.

Mij viel ook op hoe belangrijk een echt integrale benadering is. Je kunt alleen bij de zorg blijven. Dat is soms al moeilijk genoeg. Ik snap dus dat we daar onze handen al aan vol hebben. Tegelijkertijd is het nuttig om, als je op de regio inzoomt, wat breder te kijken of we bijvoorbeeld de doorstroming van de N50 eens beter kunnen aanpakken. Dat kan ook enorm helpen voor de reistijden. Is de Minister voor Medische Zorg met het oog op de regio's ook weleens op zo'n manier in gesprek met bijvoorbeeld zijn collega van infrastructuur? Hij zou kunnen zeggen: ik heb hier uit zorgoogpunt een heel belangrijk knelpunt; haal dat nou eens flink naar boven, want hier gaat ook gezondheid een rol bij spelen.

Voorzitter. De voortgangsrapportage laat mooie voorbeelden zien van de juiste zorg op de juiste plek. Ik wil echt ook niet alleen maar een jammerverhaal houden over dingen die misgaan. Tegelijkertijd zien we dat de juiste zorg op de juiste plek heel breed wordt ingevuld. Dat is een hele beweging. Ik ben dol op bewegingen, want er zijn heel mooie dingen gebeurd in bewegingen. Maar soms is de vraag of er nog regie of sturing is bij al die tussen-wal-en-schipsituaties binnen één grote beweging. Wie gaat de echte knelpunten aanpakken als het piept en kraakt, zo vraag ik de Minister.

Wat betreft de huisartsen: er is verschil als je bijvoorbeeld een huisarts spreekt die actief voor de SP is, of één die actief voor de SGP is. Zij kunnen soms net wat andere politieke punten hebben. Maar in de analyse van «tussen wal en schip» maakt het echt niet uit welke kleur een huisarts heeft. Ze lopen allemaal tegen dezelfde problemen aan: te weinig plekken in verpleeghuizen en wachtlijsten in de ggz en de jeugdzorg. Dat komt uiteindelijk allemaal op het bordje van de huisartsen terecht. Wat is nu het

perspectief voor het aanpakken en oppakken van deze tussen-wal-en-schipsituaties, vraag ik de bewindslieden. Ik ben blij dat ik als een van de stuurlieden aan wal deze vragen op uw bordje kan leggen.

Tot slot nog over de contourennota regionale samenwerking. Hoe wordt voorkomen dat de regio een slagveld van belangen wordt, waarbij vooral tijd en energie gestoken wordt in het graven van loopgraven? Is er ook structureel overleg tussen VWS, BZK en VNG over de rol van de regio's bij al die veranderingen? In hoeverre komen die regiobeelden nu overal goed van de grond? Of zijn er ook gebieden waar je nog witte vlekken in het zorglandschap ziet?

Een allerlaatste concreet punt gaat over hospices. Daarbij valt me op dat er in de regio's veel particulier initiatief is. In de ene regio zie je eigenlijk heel dicht op elkaar zitten. In andere zijn er weer heel weinig. In hoeverre wordt bij de regiobeelden meegenomen wat de behoefte daaraan is in een gebied?

Dat was mijn slotvraag. Dank u wel, voorzitter.

De **voorzitter**:

Dank u wel, meneer Van der Staaij. Dan geef ik nu het woord aan mevrouw Dik-Faber van de ChristenUnie.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):

Dank u wel, voorzitter. Het kabinet wil dat iedereen goede zorg op de juiste plek en op het juiste moment krijgt. Het doel van de taskforce De juiste zorg op de juiste plek was drieledig: het voorkomen van duurdere zorg, het verplaatsen van zorg naar dichterbij huis en het vervangen van zorg door bijvoorbeeld e-health. Een behoorlijke ambitie. In de praktijk zie ik vooral lokale initiatieven van zorgpartijen waarbij VWS ondersteunt en aanmoedigt. Volgens mij gebeurt er in het veld ontzettend veel goeds, maar eerlijk gezegd kreeg ik bij de voortgangsbrief van juni niet het beeld dat daadwerkelijk concrete knelpunten in de breedte van de zorg worden aangepakt. Ik lees heel veel over lerende netwerken en het belang van ontmoeting en samenwerking, maar hoe zijn daar bijvoorbeeld de huisartsen mee geholpen? Deze week hebben zij een indringende noodkreet bij de politiek neergelegd.

De juiste zorg op de juiste plek betekent voor mij ook dat we kijken welke zorg bij welk type zorgaanbieder het beste kan worden aangeboden. Denk bijvoorbeeld aan substitutie van de tweede naar de eerste lijn. Maar voor de ChristenUnie betekent het veel meer dat er voor elke individuele patiënt een zorgaanbod is dat aansluit bij de zorgbehoefte, waarbij de patiënt zeggenschap heeft over de eigen zorg en er naar de patiënt wordt geluisterd.

De noodkreet van de huisartsen over de problemen die zij ervaren bij het doorverwijzen van patiënten laat zien dat juist kwetsbare patiënten met meerdere zorgvragen nog niet altijd de goede zorg krijgen. Te vaak zijn systemen en regels leidend, waar zorginstellingen juist de menselijke maat voorop zouden willen stellen. Het is niet uit te leggen dat huisartsen die al heel veel op hun bordje hebben, moeten leuren met patiënten die niet in de mal van de zorginstelling passen.

Voorzitter. Ik vind het ongelooflijk triest dat we er blijkbaar niet in slagen om juist de meest kwetsbare mensen, en juist diegenen die de meeste aandacht zouden moeten krijgen, op die ene plek te krijgen waar ze wél goede zorg kunnen krijgen. In de afgelopen weken heeft mijn fractie twee keer contact gehad met mensen die nooit de juiste zorg hebben gekregen en daardoor euthanasie als laatste mogelijkheid zagen. Ze hebben die euthanasie ook gekregen. Ze wilden niet dood, maar ze waren moegestreden en machteloos over het feit dat ze niet een goede behandeling hebben gekregen.

Voorzitter. Wat gaat de Minister doen met de noodkreet van Het Roer Moet Om? Hoe gaat hij de systemen en regels aanpassen zodat mensen

met complexe problematiek sneller een plek kunnen vinden? Hoe gaat hij op de korte termijn huisartsen ontlasten? Is hij bereid om als tijdelijke oplossing per regio een zorgarrangeur aan te stellen die ervoor zorgt dat kwetsbare patiënten wel snel de juiste zorg op de juiste plek krijgen? Ik ken pilots in het land die goede resultaten laten zien. Ik zou graag zien dat die worden uitgerold.

Voorzitter. Mijn fractie heeft waardering voor de stappen die de Minister wil zetten om tot een toekomstbestendig medisch zorglandschap te komen, zeker nu we in steeds meer regio's zien dat de zorg anders georganiseerd moet worden. Kan de Minister aangeven hoe het staat met de regiobeelden? Is er inmiddels een feitelijk beeld van elke regio? Hoe ziet de Minister erop toe dat deze regiobeelden ook echt kijken naar de zorgbehoeften in de toekomst, waarbij naast medische zorg ook preventie en het sociale domein worden meegenomen? Dat is iets wat ik echt nog mis in de brief van de Minister: preventie als belangrijk onderdeel van het medische zorglandschap. Wie voert de regie als in de regio een transformatie nodig is, waarbij ziekenhuizen en expertisecentra zich steeds meer specialiseren? Hoe zorgen we er dan voor dat ziekenhuizen samenwerken en elkaar niet gaan beconcurreren? Ik heb gelezen dat de Minister zorgvuldig aan de slag is gegaan met de oproep van mij en andere fracties om te kijken in hoeverre kwaliteitsstandaarden ertoe hebben geleid dat ziekenhuizen afdelingen moeten sluiten. Dat is bijvoorbeeld in Drenthe aan de orde geweest. Ik ben blij dat de Kwaliteitsraad nu onderzoek doet naar de gevolgen van kwaliteitscriteria voor de toegankelijkheid van zorg in de regio. Ik ben heel benieuwd naar de resultaten daarvan. Volgens mij zijn die er al, of komen ze nog in de loop van dit jaar.

Voorzitter. De Minister wil een houtskoolschets voor de acute zorg. Dat lijkt me heel goed. We zien de voortdurende onrust over sluitingen van SEH's en aanrijtijden. Hoe sluit deze houtskoolschets aan op de aangekondigde contourennota? We zien dat er naast de huisartsenpost en de spoedeisende hulp steeds meer tussenvormen van spoedzorg ontstaan. De Minister wil deze tussenvormen niet standaardiseren, maar hoe gaat hij er dan voor zorgen dat patiënten weten wat het verschil is tussen een spoedeisende hulp, een spoedpost en een spoedpoli? Wil hij dit meenemen in de informatiecampagne over wat te doen bij acute zorgvragen?

Voorzitter. Veranderingen in het zorglandschap vergen zorgvuldigheid. Burgers en patiënten moeten hier goed bij betrokken worden. Hoe ziet de Minister hierop toe?

Voorzitter. In mijn laatste blok wil ik inzoomen op de situatie in Flevoland. Ik hoop dat ik nog even tijd heb. In de zomer is het rapport van de toekomstverkenner voor Flevoland opgeleverd. Kan de Minister toezeggen dat hij erop zal toezien dat de zorgtafel ook werk maakt van de uitvoering van de aanbevelingen? Hoe gaat de zorgtafel ervoor zorgen dat ook preventie – in feite de basis van het zorgstelsel, zoals ik net al noemde – voldoende aandacht krijgt?

Verder staat de eerstelijnszorg onder druk nu patiënten niet voor alles meer terecht kunnen in het ziekenhuis. Wordt een goede koppeling tussen de eerste-, anderhalve- en tweedelijnszorg ook aan de zorgtafel besproken?

Flevoland kan een voorbeeldprovincie worden als het gaat om substitutie en vernieuwing van de zorg. Ze staat daar ook voor open. Wie is hier dan de regisseur en wie gaat het betalen? Graag een reactie.

Dan wil ik nog specifiek inzoomen op de geboortezorg. Door het sluiten van de afdeling acute verloskunde in Lelystad komen de verloskundigen in Flevoland steeds meer onder druk te staan. Ze werken onder veel stress en met onzekerheid over de toekomstige organisatie van de zorg. Van een verloskundige ontving ik een lijst met casuïstiek, waaruit blijkt hoe stressvol situaties kunnen zijn voor haarzelf, maar zeker ook voor de vrouw die op het punt van bevallen staat. Dan zijn er nog de verloskun-

digen die te maken krijgen met bijvoorbeeld sociale problemen in gezinnen. Dat is niet hun eerste aandachtsgebied, maar daar moet wel een oplossing voor komen in het kader van een goede start voor kinderen. Er is integrale geboortezorg nodig. Ziet de Minister mogelijkheden voor een «verloskundigenpraktijk plus» binnen de muren van het ziekenhuis? Volgens mij heeft de toekomstverkenner daar ook wat aanbevelingen voor gedaan.

Voorzitter. Tot slot een warm pleidooi voor de inzet van de extra ambulance op Urk. De toekomstverkenner heeft de veiligheid van de bevolking heel duidelijk als prioriteit gesteld. Gezien de specifieke situatie van Urk moeten we niet alleen kijken naar het aantal ritten. Is de Minister het met mij eens dat het daarom verstandig is om de huidige inzet van de ambulance te behouden?

Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Dik-Faber. Dan geef ik nu het woord aan mevrouw Van den Berg van het CDA.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Dank u wel, voorzitter. Om de solidariteit tussen mensen te behouden is het van belang dat de zorg betaalbaar blijft. Het is goed dat de Ministers op basis van de juiste zorg op de juiste plek het medisch zorglandschap anders willen inrichten, door zorg te voorkomen, vervangen of verplaatsen. Dat zijn goede uitgangspunten en er worden veel acties ingezet, maar ik mis concrete doelstellingen en ik mis de proceskant. Hoe worden doelen bereikt en hoe gaan we dat meten? Mijns inziens moet dat gebeuren door meer samenwerken en anders werken, en het creëren van een lerende cultuur. Hoe gaat de Minister de effectiviteit van verplaatsen beoordelen? Ik heb in een eerder overleg verteld over een apparaatje voor hartpatiënten waarvoor de zorgverzekeraar aan de huisarts veel meer betaalt dan aan het ziekenhuis.

Er wordt ook zorg verplaatst terwijl mensen daar niet blij mee zijn, zoals in Woerden en in Flevoland. Ik kom daar apart op terug met moties, want ik heb een plenaire afronding aangevraagd van het AO Acute zorg en het schriftelijk overleg over Flevoland. In Flevoland, en ook bijvoorbeeld in Zeeland en andere gebieden, heeft men zorgen dat met de nieuwe maximumsnelheid de aanrijtijden van ambulances nog verder onder druk komen te staan. Is de Minister bereid om dit te monitoren?

Voorzitter. Het huisartseninitiatief Het Roer Moet Om bood dinsdag een petitie aan met de boodschap: er is meer samenhang en samenwerking nodig. Maar samenwerking wordt niet beloond, zo hoor ik in het land. Begin dit jaar was ik op werkbezoek in Stadskanaal in Zuidoost-Groningen. De spoedeisendehulpafdeling van het ziekenhuis aldaar wordt gesloten. Ondernemers hebben daar met eigen middelen een onderzoek laten uitvoeren naar mogelijke toekomstige inrichtingen van het zorgland-schap. Via de bode geef ik de Minister daarvan graag een exemplaar. Ik kan meer prints maken, maar eentje leek mij milieuvriendelijk. Gemeentes, zorgaanbieders en verzekeraars zoeken nu naar nieuwe oplossingen, zoals een dekkend aed-netwerk met burgerhulpverleners, maar men loopt aan tegen financieringsproblemen. Ook in Hoogeveen, waar ik in maart en augustus was, verdwijnt de spoedeisende hulp. Huisartsen en wijkverpleging melden dat overleg niet wordt vergoed, terwijl met adequaat overleg veel zorggeld bespaard kan worden en opnames voorkomen kunnen worden. Tijdens de algemene ledenvergadering vandaag van de VNG dienen de eerder genoemde gemeentes een motie in over deze drempels in financieringsstromen. Het KPMG-rapport «Wie doet het met wie» onderschrijft dat het ontbreken van passende financiering vaak een belemmering is. Graag een reactie van de Minister.

Om goed te kunnen samenwerken is adequate informatie-uitwisseling nodig. Overall wordt aangegeven dat dat een enorme bottleneck is. Verplegenden en verzorgenden hebben vorige week gestaakt om, terecht, aandacht te vragen voor de enorme werkdruk. Patiënten met complexe aandoeningen zijn vaak 40% van de tijd bezig met administratie. De Minister heeft met betrokken partijen gesproken. Graag een update van de Minister.

Voorzitter. Over verplaatsen gesproken: het CDA wil daarbij aandacht vragen voor relatief laagcomplexe ablaties, een ingreep die wordt gedaan bij hartritmestoornissen. De treeknorm is zes weken, maar de wachttijden zijn intussen langer dan zes maanden. Alleen hartcentra mogen de behandeling nu uitvoeren, terwijl de richtlijn van de beroepsgroep niet meer de eis stelt dat hartchirurgie aanwezig is. Dit geeft de mogelijkheid om een geleide introductie in sommige regio's te starten. Is de Minister bereid om hierover in overleg te gaan met de beroepsgroep en na te gaan of dat binnen de huidige wetgeving kan?

Voorzitter. NVCC Connect is een initiatief van de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie. Bijna alle regio's participeren om te borgen dat voor de meest voorkomende hartaandoeningen het zorgveld op de juiste manier wordt ingericht. Nu blijkt echter dat ZonMw alleen subsidies geeft voor regionale initiatieven. Dat verhindert juist het opschalen. Graag een reactie van de Minister.

Voorzitter. Het CDA wil dat er een lerende cultuur komt in de zorg. In dat kader heb ik in andere overleggen gepleit voor verplichte kwaliteitsregistraties dan wel verplicht praktijkonderzoek. Steun dus voor de Minister, die wil dat in 2022 voor 50% van de ziektelast uitkomsteninformatie beschikbaar is. Hoe staat het met de voortgang van deze ambitie en hoe staat het met het werk van professor Sjoerd Repping bij het Zorginstituut in het kader van Zorgevaluatie en Gepast gebruik? En hoe worden de uitkomsten daarvan opgeschaald, waarbij wordt geborgd dat bewezen niet-effectieve zorg ook niet meer vergoed wordt? In het rondetafelgesprek van begin dit jaar over de juiste zorg op de juiste plek bleek dat de gemeente Maastricht 300 aanbieders voor jeugdzorg had, en dat 600 zeldzame spierziektes bij 40.000 mensen nu nog behandeld worden in 40 centra. Op die wijze kan er nooit kwaliteit komen.

Daaraan gekoppeld het volgende. Op 8 november stond in het Algemeen Dagblad een artikel over volumennormen. Vele ziekenhuizen blijken daar niet aan te voldoen. Mevrouw Sazias had het over het «IKEA-ziekenhuis»: ik kan echt alles. Van de mannen bij wie in 2014 of 2015 in Nederland de prostaat werd verwijderd, had meer dan een kwart daarna last van blijvende incontinentie. In heel Nederland zijn er jaarlijks 2.500 operaties, die uitgevoerd worden door tientallen ziekenhuizen. Bij de Martini-Kliniek in Hamburg opereren ze 2.200 patiënten en is het aantal patiënten met incontinentie na één jaar nog 3,1%. Dat is dus een tiende van wat het in Nederland is. Ik heb al vaker gezegd dat de topklinische ziekenhuizen zich voor hoogcomplexe behandelingen meer moeten specialiseren. Dat kan alleen op basis van een lerende cultuur. Is de Minister dat met het CDA eens?

Voorzitter. Ten slotte kom ik op ouderen die te lang in het ziekenhuis blijven omdat ze niet in een verpleeghuis terecht kunnen. Welke stappen worden ondernomen om voldoende plekken te creëren?

Dank u wel.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Mevrouw Van den Berg had het een aantal keren over de juiste zorg op de juiste plek. Ik begon mijn eigen inbreng met een voorbeeld, maar ik weet niet of u...?

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

Ik heb net de eerste minuut gemist.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Mijn inbreng begon ik met een voorbeeld uit Limburg, van een huisarts in Afferden die liet zien hoe het ook kan, met meer tijd voor de patiënt, een kwart minder doorverwijzingen naar de tweede lijn, tevreden patiënten en een initiatief van de bewoners om de gezondheid te bevorderen. Dat is eigenlijk het perfecte voorbeeld van zorg op de juiste plek. En wat zien wij tot onze grote schrik? We zien dat huisartsen nu gevraagd wordt om mee te denken hoe het ziekenhuis voldoende verwijzingen kan krijgen, omdat het ziekenhuis onder druk staat vanwege een te lage omzet. We zagen een zorgverzekeraar die over dat initiatief van die bewoners zei: wij gaan niet vanuit de Zorgverzekeringswet investeren in het sociale domein. Het hele idee om juist de positieve gezondheid centraal te stellen, kan dus geen doorgang vinden. Dit succesvolle project dat de huisarts is begonnen, wordt niet uitgebreid. Kortom, we zien een voorbeeld van de verkeerde prikkels in ons systeem, die dit mooie initiatief niet meer mogelijk maken. Hoe kijkt mevrouw Van den Berg hiertegen aan?

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

Ik ben het geheel met mevrouw Ellemeet eens dat er perverse prikkels zitten in het systeem en in de financiering. Ik refereerde ook aan het rapport van KPMG, omdat ik merk dat financieringsproblemen in 60% van de gevallen als belemmerend worden gezien om andere arrangementen te maken. Ik hoor daarvan voorbeelden op werkbezoeken, en KPMG heeft dat op een wat hoger niveau uitgezocht. We hebben hier volgens mij eerder besproken dat we de Minister op verschillende punten vragen om meer regie te nemen. Een andere kant is de vraag hoe we komen tot die lerende cultuur; dat heb ik zonet ook in mijn inbreng naar voren gebracht. Nu zijn er duizend bloemen die bloeien, maar hoe zorg je dat dit soort voorbeelden echt goed worden uitgewerkt en op meerdere plekken worden bekeken? Vervolgens kunnen we, als we de bewezen meest effectieve manier hebben gevonden, stoppen met de andere manieren van zorg verlenen.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Dat is ook een heel belangrijk punt, maar mijn inbreng ging vooral over de perverse prikkels, die mevrouw Van den Berg ook benoemt. We kunnen dat heel concreet maken. Een perverse prikkel is dat er, als we kosten besparen in de Zorgverzekeringswet, geen ruimte is om te investeren in het sociale domein; zo wordt dat in ieder geval ervaren door zorgverzekeraars. Dat is er één. Een andere perverse prikkel is dat ziekenhuizen uiteindelijk nog steeds afgerekend worden op omzet. Mevrouw Van den Berg zegt terecht: ik wil dat de Minister meer regie pakt. Mag ik haar woorden zo interpreteren dat die regie ook betekent dat de basisvoorzieningen van ziekenhuizen er moeten blijven ongeacht de hoogte van de omzet? Want die prikkel maakt het nu onmogelijk om juist meer taken en vooral ruimte en tijd te geven aan die huisartsen waardoor we de zorg op de juiste plek krijgen.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

Twee dingen. Mevrouw Ellemeet refereert aan de investeringen in het sociaal domein. Tijdens het begrotingsdebat heb ik het voorbeeld genoemd van een verzekeraar die iemand een autootje had gegeven, waardoor allerlei zorgkosten vermeden werden. Uiteindelijk is men er samen uitgekomen wie wat gaat betalen. Ik vraag inderdaad aan de Minister of hij kan kijken hoe je dat kunt oplossen. Hetzelfde geldt voor overleg. De wet zegt dat het allemaal patiëntgebonden zorg moet zijn. Dat betekent dat als er overleg is, dat niet vergoed mag worden. Ten aanzien van de ziekenhuizen zou ik twee dingen uit elkaar willen houden. De ene kant is de acute zorg: de stress als ik zelf van de trap val of als mijn kind of de buurvrouw van de trap valt. De Minister is bezig met

een houtskoolschets. Ik denk dat we daar als Kamer al veel input voor hebben gegeven. Als er verplicht overleg moet zijn over wijzigingen in de acute zorg, moet hij ook kijken naar één centraal nummer waar alles gemeld kan worden. Ja, daar zal je dus een bepaalde basis voor iedereen bereikbaar moeten houden. 80% van de zorg is laagcomplex; dat krijg ik in ieder geval op werkbezoeken mee. Maar de andere kant is wat ik de hoogcomplexiteit noem. Daar wil ik een hele andere kant op. Dat geldt vooral voor de planbare zorg, maar ook voor de acute zorg: die zal je op bepaalde plaatsen moeten doen, juist om goede zorg en kwaliteit te kunnen leveren.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Dat deel ik helemaal met mevrouw Van den Berg. Het punt is vooral dat we nu zien dat de zorg op de juiste plek niet van de grond komt, of, waar die wel van de grond is gekomen, weer neergeslagen wordt door die prikkels. Ik wil ervoor waken dat we nu weer heel uitgebreid onderzoek gaan doen en het probleem voor ons uitschuiven, terwijl we weten dat de nood op heel veel plekken al enorm hoog is, zowel bij de patiënten als bij de zorgverleners. Ik hoop dus dat ik mevrouw Van den Berg aan mijn zijde vind als ik het volgende aan deze Minister vraag. We hebben nu wat pilots waar bijvoorbeeld domeinoverstijgend gewerkt wordt. De Minister geeft in zijn brief aan dat hij er best voor openstaat om te kijken hoe we dat uit kunnen breiden. Dat zou ik nog wel een extra zetje willen geven. Fijn dat hij ervoor openstaat, maar laten we dan ook kijken hoe we dat zo snel mogelijk op zo veel mogelijk plekken kunnen introduceren, zodat die prikkels niet in de weg staan en die mooie voorbeelden overal van de grond kunnen komen.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

Daar ben ik het mee eens, onder de voorwaarde dat dan echt ook heel goed wordt gekeken wat dit betekent voor de totale kosten in de hele keten. Want ik hoor ook veel over initiatieven waar een mooi plan is en gevraagd wordt om eens naar dat mooie plan te kijken, en waar dan toch alleen weer naar een beperkt gedeelte wordt gekeken. Voor de evaluatie moet je naar de totale maatschappelijke kosten kijken.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Heel kort, voorzitter. Uiteraard, maar dit mooie voorbeeld laat juist zien dat die kosten enorm naar beneden zijn gegaan. Dat moet het uitgangspunt zijn en daar zijn voorbeelden van. Het kan niet zo zijn dat de perverse prikkels dat nu onmogelijk maken.

De **voorzitter**:

Was u aan het einde van uw betoog, mevrouw Van den Berg?

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

Ja, ik was aan het einde van mijn betoog.

De **voorzitter**:

Dan gaan we nu luisteren naar mevrouw... O, sorry, sorry, meneer Hijink.

De heer **Hijink** (SP):

Ik had nog een vraag over de huisartsen. Ik heb zelf net gezegd dat veel huisartsen nu heel veel tijd kwijt zijn aan mensen informeren over financiële dingen en over wat wel en niet vergoed wordt. Maar zij hebben zo'n volle wachtkamer dat ze vaak te weinig tijd hebben om het goede gesprek met hun patiënten te voeren. Als iemand met bepaalde klachten binnenkomt, dan kan het soms helpen om meer tijd te nemen. In plaats van dat iemand met psychische problemen naar de ggz wordt gestuurd, kan de huisarts er misschien wel achter komen dat het onderliggende

probleem bijvoorbeeld schuldenproblematiek is. Dan heb je veel meer aan contact met de gemeente dan aan een verwijzing naar de ggz. Dat betekent wel dat de huisarts een minder volle wachtkamer moet hebben en meer tijd moet hebben, en dat we dus meer huisartsen nodig hebben. Ik wil vragen of het CDA het pleidooi van de SP ondersteunt dat we toe moeten naar langere consulten van bijvoorbeeld een kwartier, meer huisartsen en een lagere praktijknorm, dus dat een huisarts minder patiënten hoeft te bedienen. Ik denk dat we daarmee veel zorgkosten kunnen voorkomen, en zowel de zorg voor patiënten beter maken als het werk voor huisartsen een stuk draaglijker houden. Steunt u dat plan?

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

Daar zou ik drie korte dingen op willen zeggen. Ten eerste ben ik het helemaal eens met meneer Hijink dat we niet onnodig moeten medicaliseren. Want wat gebeurt er? Als iemand bij wijze van spreken zegt «ik kan niet slapen», dan wordt er een pil in gestopt, of als iemand zegt «ik ben depressief», dan gaan we naar de ggz, terwijl schuldenproblematiek eigenlijk de oorzaak is. Daar moet je dan wat aan doen; daar ben ik het helemaal mee eens. Ik sta open voor alle manieren om de zorg anders te kunnen organiseren zodat het in de totale keten tot minder kosten leidt. Of dat meer huisartsen zijn of minder patiënten voor huisartsen, is voor mij allemaal bespreekbaar.

Aan de andere kant – dat is mijn derde punt – wil ik wel aangeven dat er, naar ik hoor, ook praktijken met zelfs wel 3.000 patiënten zijn, omdat die huisartsen hun praktijken anders inrichten, heel veel anders organiseren en onder andere e-health en vele zaken meer toepassen. Ik zou er dus voor willen waken dat we alleen maar vanuit het huidige kader gaan denken. We moeten ook kijken hoe we het helemaal anders zouden kunnen organiseren. Ik zeg erbij dat die 1.800 voor mij geen heilig getal is, al zijn we van het CDA zo dat we dingen soms toch wel een beetje heilig vinden.

De heer **Hijink** (SP):

Het punt is dat mevrouw Van den Berg de kosten als uitgangspunt neemt van haar betoog. Dat zit me toch een beetje dwars. Het gaat uiteindelijk natuurlijk om de kwaliteit. Kwaliteit is dat een patiënt die binnenkomt bij de huisarts, zo goed mogelijk geholpen moet worden, doorverwezen moet worden als het nodig is, en elders geholpen moet worden als de huisarts het zelf niet kan. Als wij beginnen met de kosten, dan weet ik al waar het gaat eindigen, namelijk bij de economisch meest efficiënte oplossing. Maar dat is niet de beste oplossing voor de patiënt en dat is ook niet de beste oplossing voor de huisarts. Ik zou mevrouw Van den Berg dus nog een keer willen vragen: wil ze met ons meedenken? Oké, als dat getal niet heilig is, laten we dan kijken hoe we het op een andere manier kunnen oplossen. Maar we moeten wel in de richting gaan denken dat de huisarts meer tijd krijgt, dat de praktijken kleiner worden en dat er meer tijd is om echt naar de patiënt als mens te kijken in plaats van als zorgconsument. Als we daarop kunnen samenwerken, dan zou ik dat van harte omarmen.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

De opmerking van meneer Hijink dat je naar iemand als patiënt en niet als zorgconsument moet kijken, kan ik alleen maar volledig onderschrijven. Je moet kijken vanuit de kwaliteit. Ik heb dat hopelijk bij mijn betoog over lerende cultuur ook aangegeven. Ik ben er persoonlijk van overtuigd dat het een positief effect zal hebben op de kosten van de zorg, op het moment dat je kijkt hoe je het optimaal kan doen met de kwaliteit en als je daar tot een lerende cultuur komt.

De betaalbaarheid van de zorg op zich is voor mij een zorgpunt. Wij hechten heel erg aan de solidariteit in het zorgstelsel, waarbij jongeren willen betalen voor ouderen en gezonde mensen voor zieke mensen. Als

we de zorg niet betaalbaar houden, dan gaat die solidariteit eraan. Dat zouden wij vreselijk vinden. Als meneer Hijink vraagt om te kijken hoe we die zorg zo dicht mogelijk bij huis, dus bij de huisarts, kunnen organiseren, dan wil ik dat als uitgangspunt graag ondersteunen.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):

Ik vind het een mooi betoog van mevrouw Van den Berg, omdat zij zegt dat de betaalbaarheid belangrijk is, maar dat je ook dingen moet bereiken via cultuur, samenwerking en lerende organisaties. Nu zijn dat dingen die je heel lastig vanuit Den Haag kan regelen. Daarom zoeken we het vaak in allerlei structuuroplossingen, stelselwijzigingen, regionalisering, het wettelijk verankeren van de doorzettingsmacht en noem allemaal maar op. Wat zijn de verwachtingen van het CDA als het gaat over de contourennota versus het betaalbaar houden van de zorg? Want we hebben het CPB-rapport gezien: in 2025 zijn de kosten 100 miljard. Dat is echt een enorme uitdaging; volgens mij delen wij die zorg. Wat zijn de verwachtingen van het CDA, kijkend naar de contourennota?

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

Er werd gezegd – ik geloof dat mevrouw Ploumen dat zei of misschien uzelf – dat er wat ons betreft geen taboes zijn. Wat ons betreft kan alles op tafel worden gelegd. Onze grootste zorg op dit moment is de acute zorg. Minister Bruins is daar bezig met de houtkoolschets. Maar ik hoop eigenlijk dat de contourennota heel breed diverse problemen zal benoemen en ook goed inventariseert waar nu de perverse prikkels in het stelsel zitten, die ons ervan weerhouden om tot een andere organisatie van het zorglandschap te komen.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):

Dat klinkt heel reëel. Ik ben blij dat ook zij vindt dat er geen taboes moeten zijn. Want als je de zorgkosten wilt kunnen beteugelen, hoort daar een open gesprek bij over alle mogelijkheden die er zijn. Laat ik dan meteen ook maar een ander taboe doorbreken: bij het beteugelen van de zorgkosten horen ook besluiten die mensen niet fijn vinden, ook mensen in de zorg. Ik merk vaak in de debatten dat de zorgverzekeraars heel veel kritiek krijgen, hoewel ze natuurlijk ook de heel belangrijke rol hebben om de zorgkosten te beteugelen. Nogmaals, je moet altijd heel kritisch zijn en kijken of je dingen beter kunt doen. Ik merk echter ook in het hele publieke en politieke debat dat er misschien niet een soort bashing is van zorgverzekeraars, maar dat er wel heel gemakkelijk wordt gezegd dat het allemaal niet goed is en dat het allemaal publiek moet. Zij hebben daar echt de heel moeilijke taak – die hebben zij gekregen van ons – om die zorgkosten te beteugelen. Is mevrouw Van den Berg dat eens met D66?

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

Ik ben het geheel eens met mevrouw Bergkamp dat de zorgverzekeraars nu vaak onterecht in het verdomhoekje worden gezet, want wij hebben hen ook als poortwachter aangesteld. Ik vind wel – dan komen we op heel andere domeinen terecht, ik noem maar de polissen van de zorgverzekeraars – dat er aan transparantie nog wel het een en ander te winnen is. Ik wil niet zeggen dat er niks te verbeteren is aan de zorgverzekeraars, maar als poortwachter van ons stelsel hebben ze een duidelijke functie gekregen. Iedereen is ook weer vergeten hoe het was voor 2006, met enorm lange wachttijden en absoluut geen clue hoe het met de kwaliteit van de zorg was. Nu weten van zo'n 50% van de medische zorg nog steeds niet of die bewezen effectief is, maar in die andere 50% hebben we intussen wel meer inzicht gekregen.

We zijn dus ook vergeten hoe het was voor die tijd. Nogmaals, ik vind wel dat ze transparanter mogen worden, ook over hun polissen. Wij vertrouwen erop dat ze op basis van kwaliteit inkopen. Omdat wij die

uitkomstenregistratie nog te weinig hebben, kunnen de zorgverzekeraars daarin volgens mij nog te weinig hun functie vervullen en daardoor kopen ze soms alleen maar op prijs in in plaats van op kwaliteit. De uitkomstgerichte zorg vinden wij heel belangrijk. Ik heb ooit een keer in een debat gezegd dat het feit dat ik schoonmaakmiddelen in huis heb geen enkele garantie is dat het huis schoon is. Ik zie dat er heel veel wordt geregistreerd op wat ik «afvinklijstjes van schoonmaakmiddelen» noem, terwijl het uiteindelijk over het resultaat moet gaan.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):

Ik dacht al «het komt me bekend voor», maar de uitspraak van de schoonmaakmiddelen was nog deze week. Maar goed, we zien elkaar deze week vaak. Afsluitend wil ik opmerken dat het als een realistisch verhaal klinkt. Daar houd ik van. Ik ben heel erg blij dat mevrouw Van den Berg dat ook durft aan te geven. Ik verheug me op het debat over de contourennota, waarin dit soort ingrediënten ook meegenomen kunnen worden.

De **voorzitter**:

Er is nog een interruptie van mevrouw Sazias.

Mevrouw **Sazias** (50PLUS):

Mevrouw Van den Berg heeft het over kwaliteitscriteria. We hebben het daar al een paar keer over gehad. Is mevrouw Van den Berg het met mij eens dat een van die kwaliteitscriteria gewoon tijd is? Het is misschien moeilijk te vatten in de systemen, maar we hebben het gehad over de relationele band van de verpleegkundige met de patiënt. Het gaat ook over de huisartsen – mevrouw Ellemeest haalde dat nog eventjes aan – die net wat meer tijd krijgen voor een consult, waarna je ziet dat er beduidend minder doorverwijzingen zijn naar de tweede lijn. Is mevrouw Van den Berg het ermee eens dat tijd, tijd voor de patiënt, een heel belangrijk kwaliteitscriterium is?

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

Ik ben het dus niet eens met mevrouw Sazias dat het alleen om tijd gaat. Het punt is dat hier die tijd leidt tot minder opnames en het voorkomen van onnodige opnames. Ook die tijd is dus weer in kwaliteit uit te drukken. Die relatie zou ik wel graag willen houden, in plaats van puur zeggen dat iemand meer tijd krijgt. Het gaat om de vraag waar die extra tijd toe leidt. Als die extra tijd ertoe leidt dat een ouder iemand niet onnodig in het ziekenhuis wordt opgenomen, is er een enorme kwaliteitswinst gehaald. Ik zou dus de relatie tussen tijd en kwaliteit wel willen behouden. Maar dat tijd tot een andere kwaliteit en betere uitkomsten kan leiden, ben ik geheel met mevrouw Sazias eens.

Mevrouw **Sazias** (50PLUS):

Het is me niet helemaal duidelijk of mevrouw Van den Berg het nou wel of niet met mij eens is. Ik zou het graag onderzocht willen zien, maar een aantal voorbeelden heeft het al gewoon bewezen. Ik noem het voorbeeld van die huisartsen. Wanneer ze wat meer tijd nemen voor het gesprek met de patiënt begrijpen ze beter wat iemand nodig heeft en dat leidt tot minder doorverwijzingen. Ik noemde ook de verpleegkundige. Ik heb de wetenschappelijke artikelen niet direct op mijn netvlies, maar volgens mij weten we ook allemaal al lang dat gewoon een beetje meer tijd en aandacht ook kan leiden tot beter herstel. We hebben het wel over tijd, maar we zouden dat misschien wat beter en strakker – al wil ik dat eigenlijk ook weer niet – in het systeem moeten opnemen. We moeten het in elk geval duidelijker voor ogen houden. Is mevrouw Van den Berg dat met mij eens?

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

In het voorbeeld dat mevrouw Sazias noemt, zie je dat je door wat meer tijd te investeren eigenlijk heel makkelijk betere resultaten kunt krijgen. Maar nogmaals, ik vind de link tussen tijd en wat dat dan betekent, zoals minder opnames en een patiënt die beter en sneller herstelt, belangrijk. Het Ziekenhuis Gelderse Vallei heeft bijvoorbeeld aandacht voor de voeding van de patiënt en je ziet dat in dat ziekenhuis de hersteltijd van de patiënt korter is. Dan is er dus wel weer een directe relatie met kwaliteit en dat vind ik belangrijk. Mevrouw Sazias zegt in feite ook dat de oplossing voor de hand ligt, vrij makkelijk is, en dat je door meer tijd te besteden sowieso tot heel veel meer kwaliteit kunt komen. Maar nogmaals, ik vind het wel relevant om die relatie te houden.

De voorzitter:

Dank u wel. Was dat voldoende? Dat is het geval. Dan ga ik nu het woord geven aan mevrouw Ploumen van de PvdA.

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):

Voorzitter, dank u wel. In het woud van onbegrijpelijke afkortingen die ons allemaal op dwaalsporen zetten, is het een verademing om te lezen over de juiste zorg op de juiste plek. Dat snappen we namelijk allemaal en dat willen we ook allemaal. De uitgangspunten ervan – andere collega's zeiden het ook – namelijk het voorkomen van duurdere zorg of van zorg die niet nodig is, het verplaatsen van de zorg dichterbij mensen toe en het vervangen van meer traditionele zorg door nieuwe vormen, spreken ons allemaal aan.

Waar het natuurlijk op aan komt, ook bij een programma met zo'n concrete titel, is wat ervan terecht komt als je het toetst aan de praktijk van alledag en waar het nog wat beter zou kunnen. Daarom ga ik zo meteen drie realitychecks, in slecht Nederlands, noemen. Een aantal daarvan zijn overigens ook al door collega's genoemd. Voordat ik dat doe, zou ik toch ook aan de Ministers willen vragen hoe zij nu aankijken tegen de beoogde resultaten van de juiste zorg op de juiste plek. De heer Hijink had het net over perverse prikkels in het systeem, maar ik ben op zoek naar goede prikkels in het systeem om het te laten werken. Welke prikkels zien de Ministers en hoe wordt erop toegezien dat die werkelijk ingezet worden en hun werk goed doen?

Een van de meest in het oog springende onderdelen van de juiste zorg op de juiste plek is natuurlijk de spoedzorg. We hebben hier met Minister Bruins de afgelopen periode al een aantal malen intensief over gesproken. We moeten echter blijven constateren dat er toch een zekere verschraving van de spoedzorg optreedt, zeker in regio's die niet de dichtstbevolkte van het land zijn. Ik kijk naar mevrouw Van den Berg en dan zie ik altijd Zeeland voor me. We kijken ook naar het noorden van het land. Ik meen dat de provincie Drenthe hier ook aandacht heeft gevraagd, deze week zelfs. Hoe moeten we de juiste zorg op de juiste plek zien in relatie tot die spoedzorg? Wat zijn de concrete stappen die gezet worden om ervoor te zorgen dat die verschraving een halt toe wordt geroepen?

Dan de drie voorbeelden uit de praktijk. Ik corrigeerde mevrouw Bergkamp, die het had over «het roer is om». Ik zei «het roer moet om», maar het blijkt dat het «Het Roer Gaat Om» heet. Er moet iets gebeuren, zo veel is ons duidelijk. Het is ook wel een hartenkreet. Zo hebben we het denk ik allemaal ervaren. Andere collega's vroegen er ook al naar. Als er nu een voorbeeld is van een hartenkreet die beantwoord zou kunnen worden door het idee van de juiste zorg op de juiste plek, is het dit wel. Ik zou toch heel graag van de Ministers willen horen op welke manier zij er nu voor gaan zorgen dat de hartenkreet van de huisartsen structureel wordt opgelost. Ik refereer nogmaals aan wat Minister De Jonge in de begrotingsbehandeling zei – ik denk dat dat ons allemaal best aanspreekt – namelijk dat je soms gewoon het systeem terzijde moet schuiven en

moet doen wat je denkt dat goed is. Alleen als we Het Roer Gaat Om goed tot ons door laten dringen, gaat het niet meer over een enkele keer dat dat moet. Als je structureel het systeem terzijde moet schuiven, moeten we misschien een ander systeem hebben. In de ogen van sommigen heet dat een revolutie. Zijn de Ministers dat met ons eens? U begrijpt mijn punt. Daar krijg ik graag een reactie op.

Mijn tweede concrete voorbeeld gaat over de zorgplafonds in ziekenhuizen. We hebben daar regelmatig over gesproken en we hebben er ook best vaak vragen over gesteld. Dat doen we altijd zo ongeveer vanaf augustus, want vanaf dat moment gaan ziekenhuizen of verzekeraars zeggen dat het zorgplafond is bereikt, wat zoveel betekent als dat bepaalde patiënten voor bepaalde zorg naar andere ziekenhuizen moeten. Recent, vandaag meen ik, was er weer een bericht uit Rotterdam dat het Ikazia Ziekenhuis – dat is volgens mij op Zuid – door afspraken met zorgverzekeraar VGZ bepaalde patiënten moet doorverwijzen naar andere ziekenhuizen. Nou wil het geval dat dat in dit geval vaak oudere mensen zijn die al heel lang in dat ziekenhuis bij dezelfde artsen komen. Die moeten nu naar het Maastricht Ziekenhuis. Dat is akelig. Dat is niet de juiste zorg op de juiste plek. Het is misschien wel de juiste zorg, maar het is voor die mensen niet op de juiste plek. Hoe kijkt de Minister daar tegenaan en welke oplossingen ziet hij hiervoor? Ik zie dat deze berichten ons in toenemende mate vanaf augustus bereiken. Voordat je het weet is dadelijk in juli het plafond al bereikt en is voor heel veel patiënten de juiste zorg op de juiste plek juist heel erg uit het zicht geraakt.

Dan mijn derde voorbeeld en dat gaat over Lelystad. Daar spraken collega's ook al over. Na de sluiting, het dramatische faillissement, van het ziekenhuis is daar veel aan de hand. De Minister heeft een toekomstverkenner aangesteld en die is met een rapport gekomen. De vraag is toch of de richting die daar uitgezet wordt de juiste is. Wat wij horen van mensen in Flevoland – dat zijn patiënten en mensen uit de gemeenteraad en provinciale staten – dat zij toch nog veel zorgen hebben over hoe het verder moet. Ze maken zich zorgen over de spoedzorg. Zijn er andere vormen mogelijk of combinaties: anderhalvelijnszorg, maar dan vertaald naar spoedzorg? Ziet de Minister daar mogelijkheden voor? We hebben al vaker gesproken over de verloskundige hulp op Urk. Ook de huisartsen dreigen overbelast te worden in die regio. Ik zou toch heel graag van Minister Bruins horen op welke manier hij de regie gaat nemen om ervoor te zorgen dat niet alleen patiënten en bestuurders mee aan het roer komen, maar ook op welke manier hij ervoor gaat zorgen dat in Flevoland de juiste zorg op de juiste plaats betaalbaar en toegankelijk blijft.

Voorzitter. Het is een beetje de confrontatie van het mooie concept de juiste zorg op de juiste plek met de werkelijkheid van alledag. Ik zeg de heer Van der Staaij eigenlijk zelden na, maar laat ik dat dit keer inderdaad doen: bespaar ons de hoofdlijnen, maar help ons met begrijpen hoe dit beter wordt voor de patiënten. Ik ga er namelijk zomaar vanuit dat dat ook is wat het kabinet wil.

Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Ploumen. Dan gaan we nu luisteren naar meneer Veldman van de VVD.

De heer Veldman (VVD):

Voorzitter. De heer Van der Staaij zei het al: het is nogal een breed thema. Ik moest dus even kijken wat mijn bijdrage voor vandaag dan precies moest zijn. Zal ik alle successen en ook mislukkingen van De juiste zorg op de juiste plek aanhalen en wanneer is iets dan precies een succes? Of zal ik alle regio's langsgaan waarover brieven op de agenda staan, van Flevoland tot Drenthe, van Zuidoost-Groningen tot Noord-Limburg en van Oldenzaal tot Zeeland? Een heleboel dingen zijn al aangeraakt. Of neem ik

alle input mee die ik heb ontvangen vanuit de veelheid aan branches, zorgorganisaties en belangenverenigingen die er zijn in de zorg, wat er nogal wat zijn?

Gelukkig is er door collega's al heel veel gezegd wat ik ook had willen zeggen. Ik wil nu primair ingaan – gelukkig is dat ook al ter sprake gekomen, maar vaak is het toch een olifant die in de kamer staat – op de betaalbaarheid en toegankelijkheid van onze zorg. Het CPB luidde deze week maar weer eens de bel: 2,5% groei in de zorgvraag en een teruglopende economische groei naar 1%, met daarnaast nog een groeiend tekort aan arbeidskrachten in de zorg. Hoe gaan we hier handen en voeten aan geven? Het zou mooi zijn als we hier een pilletje of een hulpmiddel voor zouden hebben, maar helaas is de panacee er volgens mij niet.

De voorzitter:

Mevrouw Ploumen wil graag een vraag stellen.

Mevrouw Ploumen (PvdA):

Goed dat de heer Veldman benoemt dat er problemen zijn in de zorg waar het gaat om tekorten aan personeel. Daar is geen simpele oplossing voor, maar één essentieel onderdeel ervan ligt gewoon binnen handbereik, namelijk betere arbeidsomstandigheden, minder werkdruk en meer salaris. De vakbonden en de mensen in de ziekenhuiszorg zeggen dat ze met 200 miljoen – dat is best veel geld – enorm geholpen zouden zijn. Zet dat ook eens even af tegen het half miljard van de artsen in de maatschappen waar mevrouw Vera Bergkamp het over had. Is de heer Veldman het met mij eens dat we het kabinet moeten oproepen om die 200 miljoen beschikbaar te stellen? En voordat hij gaat zeggen dat het geld niet aan de bomen groeit en dit en dat: wij hebben samen met GroenLinks en de SP een ordentelijke tegenbegroting gemaakt, daarvan is dit onderdeel en dat is keurig gedekt. Misschien kan de heer Veldman daar zijn voordeel mee doen.

De voorzitter:

Meneer Veldman, of u daar uw voordeel mee kunt doen.

De heer Veldman (VVD):

Het is inderdaad waar dat geld niet aan de bomen groeit, dus dat hebben we alvast helder met elkaar in beeld. Ik denk dat het heel goed is dat de Minister afgelopen week een stap heeft gezet om ervoor te zorgen dat partijen weer met elkaar aan tafel zitten, want ik vond het wel frustrerend om te zien dat het ziekenhuispersoneel in de zorg moest gaan staken, voor het eerst, omdat de werkgevers en de vakbonden niet met elkaar in gesprek waren. Ik ben heel blij dat de Minister een bemiddelaar heeft aangesteld. Ik weet niet of dat precies de goede term is, maar het is in ieder geval iemand die aan de slag gaat om ervoor te zorgen dat partijen weer met elkaar in gesprek gaan om tot een oplossing te komen.

Ik ben het met mevrouw Ploumen eens dat de beloning in de zorg een onderdeel kan zijn van het voldoende beschikbaar hebben van mensen. Zij heeft het ook over de werkdruk. Het verlagen van de werkdruk is ook een van de wensen die op tafel ligt en dat doe je door meer mensen aan het werk te krijgen. Ik weet niet of een salarisverhoging nu direct de oplossing is, of daardoor ineens iedereen massaal voor de poorten van het ziekenhuis of verpleeghuis staat om daar te gaan werken, al was het maar omdat we in meer sectoren mensen tekort komen. Ga eens in de techniek kijken, ga eens in het onderwijs kijken, ga eens bij de politie kijken, ga eens bij Defensie kijken. Overal komen wij mensen tekort. Het is dus niet zo dat je nu met een eenvoudige oplossing, namelijk door geld op tafel te leggen, dat vraagstuk in één keer hebt opgelost. Volgens mij is

het heel goed dat werkgevers en bonden weer met elkaar in gesprek zijn en ik hoop dat er snel een oplossing is voor het arbeidsconflict dat er nu is.

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):

We zijn het eens dat het goed is dat ze om de tafel zitten, maar geld helpt hier wel degelijk. Een cliniclown verdient meer dan een verpleegkundige. U kunt het checken. De Volkskrant heeft het ook gecheckt. Nou gun ik de cliniclowns echt het beste van de wereld, maar ik vind het toch belangrijker dat verpleegkundigen een salaris krijgen waarmee ze een normaal huis kunnen huren, ook in de Randstad, en dat ze ook een fatsoenlijke reiskostenvergoeding krijgen. Ik woon in Amsterdam Nieuw-West. In het OLVG, locatie West zeggen verpleegkundigen dat jonge mensen daar weggaan gewoon omdat ze geen woning dicht bij hun werk kunnen vinden. Ik wil de heer Veldman dus voorhouden dat niemand hier voor een makkelijke oplossing gaat, maar dat de mensen in de zorg echt niet zomaar staken als ze niet zelf ook hebben bedacht dat inderdaad salarisverhoging een essentieel onderdeel van de oplossing is. Dat zou hij toch echt met mij eens moeten zijn. De oplossing is dus niet het salaris van de cliniclown verlagen, maar het salaris van de verpleegkundige verhogen. Dit om misverstanden te voorkomen.

De heer **Veldman** (VVD):

Dat ben ik met mevrouw Ploumen eens. Volgens mij is het ook niet meer dan terecht dat het personeel zegt: wij willen er wel gewoon geld bij. Volgens mij is het ook heel erg terecht dat bonden daarvoor op de tafel slaan en dat mensen op een gegeven moment ook gaan staken. Het is ook niet voor niets dat we dat recht hebben. De oplossing die mevrouw Ploumen kiest, is om dan maar naar de Minister, naar de overheid, te kijken met de vraag om maar even 200 miljoen op tafel te leggen. Ik wil toch eerst nog wel naar de ziekenhuizen kijken met de vraag om eens met elkaar aan de slag te gaan om elkaar te vinden op datgene wat er aan wensen en eisen ligt en ervoor te zorgen dat datgene wat er nodig is ook gebeurt. Ik heb namelijk niet de overtuiging dat het ziekenhuizen niet zou lukken om aan de eisen en de wensen tegemoet te komen. Het ligt niet alleen aan de middelen die ziekenhuizen hebben in de hoofdlijnenakkoorden, in de groei die er is, om salarissen extra te laten stijgen. Het vraagt van ziekenhuizen ook dat zij ervoor zorgen dat zij de zorg anders inrichten, waardoor er op een andere manier middelen vrijkomen. Die vraag mag je ook bij ziekenhuizen neerleggen. Die mag je terecht bij de werkgevers neerleggen. Om nu al direct, zoals de ziekenhuizen helaas in september al deden, een brief aan het kabinet te sturen van «doe ons er 200 of 300 miljoen bij» is te makkelijk. Er ligt ook gewoon een verantwoordelijkheid bij de ziekenhuizen zelf.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Ik wil het betoog van mevrouw Ploumen van harte ondersteunen. Niemand hier zegt dat het probleem opgelost is met een hoger salaris. Maar als je goed luistert naar die verpleegkundigen, hoor je dat ze zeggen dat het salaris wel degelijk een onderdeel is van het pakket dat nodig is om ze als beroepsgroep vast te houden in die ziekenhuizen. Aan de andere kant heeft de heer Veldman er gelijk in dat het een verdelingsvraagstuk is. Dan komen we toch ook weer op de salarissen van die medisch specialisten, want hoe verdelen we de pot? Nou, een heel groot deel van het budget, het overgrote deel, gaat naar die medisch specialisten, terwijl we weten dat die verpleegkundigen even belangrijk zijn. Is de heer Veldman het in dat licht, in het licht van dat het een verdelingsvraagstuk is, met GroenLinks eens dat we kritisch moeten kijken naar de salarissen van de medisch specialisten, dat we iedereen binnenboord moeten houden, ook de verpleegkundigen, dus dat het heel redelijk zou

zijn om te zeggen dat de medisch specialisten in loondienst moeten en dat de WNT moet worden toegepast?

De voorzitter:

Dank u wel. Dat was tevens uw achtste vraag, mevrouw Ellemeet. Ik geef het woord aan de heer Veldman.

De heer Veldman (VVD):

Ik vind dat we naar alle facetten kritisch moeten kijken. Want als problemen ingewikkeld en complex zijn, moet je het lef hebben om naar alles te kijken. Het idee om de structuur waarmee medisch specialisten aan een ziekenhuis verbonden zijn, of dat in loondienst is of via een medisch specialistisch bedrijf, maar te gebruiken als middel om ervoor te zorgen dat de verpleegkundigen er in salaris op vooruit gaan, is volgens mij een heleboel dingen aan elkaar verbinden die niet per se met elkaar te maken hebben. De wijze waarop een arts verbonden is aan het ziekenhuis, zegt namelijk nog niks over het salaris van die medisch specialist, zegt niks over de kwaliteit die geleverd wordt, zegt niks over hoe het ziekenhuis stuurt op kwaliteit en zegt niks over hoe het ziekenhuis uiteindelijk de verpleegkundigen beloont. Het is dus appels met peren verbinden. Dat is heel leuk als je daar een stokje van maakt en het op de bank neerlegt, maar in dit geval is het niet de koppeling die ik zou willen maken.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan meneer Hijink over hetzelfde punt.

De heer Hijink (SP):

Jazeker. We kennen de partij van de heer Veldman, de VVD, als een creatieve partij als het gaat om het verhogen van het inkomen. Ik zou ook in dit geval van de VVD verwachten dat zij, ook als het om anderen gaat, wat meer creativiteit aan de dag legt om de inkomens van mensen die heel hard werken te verhogen. Wat hij daarnet vertelt, is volkomen onzin. Het wel degelijk zo dat artsen die niet in loondienst zijn gemiddeld het dubbele verdienen van artsen die wel in loondienst zijn. Daar kun je dus gewoon wat aan doen. Daar kan de Minister gewoon wat aan doen, daar kan de VVD wat aan doen. We hebben die sommetjes gemaakt en het Centraal Planbureau heeft dat ook allemaal netjes doorgerekend. Een half miljard euro kunnen wij besparen als alle artsen in loondienst zouden zijn. Verpleegkundigen vragen nu 200 miljoen. Dat kun je dus op deze manier regelen.

Dan moet de heer Veldman niet zeggen dat je daarmee allerlei dingen aan elkaar knoopt die niks met elkaar te maken hebben, want dit heeft alles met elkaar te maken. We hebben verpleegkundigen gesproken die midden in de nacht werken, die nachtdiensten draaien, die beschikbaar zijn voor de patiënten en die contact hebben met de specialist die op afstand, terwijl hij even uit zijn bed is gestapt, beschikbaar is. Ik heb alle respect voor het werk dat zij doen, maar zij, althans sommige radiologen, kunnen vanuit huis hun werk doen, terwijl die verpleegkundigen voor dag en dauw klaarstaan voor een tiende van het salaris dat die specialist verdient. Een tiende! Tot € 300.000 per jaar wordt daar verdiend. En dan vraag ik aan de VVD of het dan niet rechtvaardig is om die mensen in loondienst onder te brengen. Dan hebben ze nog steeds een heel behoorlijk salaris, maar dan kunnen we ook tegemoetkomen aan die heel terechte eis van die verpleegkundigen.

De heer Veldman (VVD):

Ik heb met de heer Hijink enorm veel respect en bewondering voor al die verpleegkundigen die op allerlei tijdstippen van de dag hun best doen om goede zorg te leveren voor patiënten. Petje af, ga er maar aan staan. Dat is

een enorme prestatie. Ik ben het eens met de heer Hijink dat je dus ook van werkgevers creativiteit mag verwachten om ervoor te zorgen dat er uiteindelijk een goeie cao-afpraak ligt. Precies die creativiteit heb ik net ook gevraagd en benoemd. Ziekenhuizen moeten die zoeken. Dat staat wat mij betreft los van hoe je uiteindelijk contracten afsluit met je medisch specialisten, of je dat nou in loondienst doet of in de constructie van een medisch-specialistisch bedrijf. Het gaat erom – daar kunnen elkaar er misschien in vinden; daar kom ik verderop in mijn betoog ook op uit – dat we er iets aan moeten doen als er nu prikkels in het systeem zitten die maken dat een arts vooral heel erg veel geld verdient en daarmee misschien ook wel zorg levert die niet geleverd moet worden. Dan gaat het salaris vanzelf omlaag, omdat de zorg die niet nodig is niet geleverd wordt en die misschien ook de verpleegkundige aan het werk houdt op manieren die niet nodig zijn. Laten we daar met elkaar op focussen.

De heer **Hijink** (SP):

Dat is bijzonder sympathiek van de heer Veldman, want hij draagt nu een extra argument aan om het productie draaien in de ziekenhuizen tegen te gaan. Als hij echt meent wat hij zegt en hij vindt dat verpleegkundigen meer zouden moeten verdienen, dan kunnen we dat op deze manier regelen. Zijn eigen argument onderstreept die oplossing juist. Als je de artsen in loondienst zou brengen, pak je meteen ook het productie draaien aan. Dan heb je namelijk geen prikkel meer om zo veel mogelijk handelingen te verrichten. Dan heb je geen prikkel meer om extra onderzoek te doen dat niet per se noodzakelijk is maar wel extra geld oplevert. Je slaat dus twee vliegen in één klap. Hij bevestigt met zijn eigen antwoord het pleidooi om artsen in loondienst te brengen.

De heer **Veldman** (VVD):

Over die prikkel kunnen we het met elkaar hebben. Daar ga ik dadelijk ook iets over zeggen. De heer Hijink beschrijft dat onnodige behandelingen een uitkomst zijn van de prikkel die er nu is. Maar het maakt niet uit of die prikkel nou bij het medisch-specialistisch bedrijf of bij het ziekenhuis terechtkomt. Een ziekenhuis zegt ook: luister eens, ik heb gebouwen staan en ik heb verpleegkundigen in dienst waarmee ik net in een cao heb afgesproken dat ze geen 4% maar 5% krijgen, dus er moeten wel behandelingen zijn. Dat is eenzelfde prikkel en eenzelfde effect, met een allebei een ongewenst resultaat. De wijze waarop je een arts in dienst hebt, maakt daar dus niet voor uit.

De **voorzitter**:

Meneer Hijink ten slotte, uw achtste vraag.

De heer **Hijink** (SP):

We komen nu echt tot de kern. Dit is precies het systeem zoals de VVD dat zelf de afgelopen jaren heeft opgetuigd, waarin per verrichting, per handeling betaald wordt. Daarin krijgen ziekenhuizen niet een vergoeding voor de beschikbaarheid van zorg, maar voor het leveren van zo veel mogelijk handelingen. Dat heeft u zelf uitgevonden! Precies zo heeft de VVD het systeem ingericht. Dus als de VVD af wil van dit soort prikkels, moet ze niet naar ziekenhuizen of naar andere mensen wijzen. Het is uw eigen systeem geweest. Dus als u af wil van productie draaien, van winsten en van overbehandeling, dan moet u beginnen met het stelsel aan te passen. Ik ben heel benieuwd met welke voorstellen u dadelijk komt, maar het is uw verantwoordelijkheid geweest dat die kosten zo de pan uit zijn gerezen. Dus het lijkt me heel verstandig dat u de kern van het probleem gaat aanpakken, met een stelselwijziging die precies deze foute prikkels eruit gaat halen, de prikkels die u er zelf in heeft gebracht.

De heer **Veldman** (VVD):

Het is helemaal waar dat de VVD mede aan de wieg heeft gestaan van het stelsel zoals we het nu hebben. Daar ben ik trots op, omdat we de afgelopen jaren hebben laten zien dat we de stijging van de zorgkosten – met mind you, sinds 2010 15 miljard meer aan zorguitgaven – iedere keer hebben weten te beperken. Dat hebben we weten te doen met het systeem dat we nu hebben, een systeem waarbij we meer zorg en betere zorg leveren dan twintig jaar geleden. In dit systeem hebben we minder wachtlijsten – helaas zijn ze er weer een beetje, maar we hadden een tijdje geen wachtlijsten – dan in het oude systeem, waarin je een ziekenfonds en particulier verzekerden had, waarbij met name de ziekenfondspatiënten eindeloos op wachtlijsten stonden. In het huidige systeem heeft iedereen in Nederland dezelfde zorgtoegang. Iedereen – rijk, oud, arm, jong – krijgt dezelfde zorg. In het oude systeem, waar de SP misschien naar terug wil, was er sprake van een ziekenfonds en van particulier verzekerden die het zich konden veroorloven om betere en meer zorg in te kopen. Daar wil ik niet naar terug. Ik ben trots op het huidige systeem. En ja, het is waar: we lopen nu tegen een grens aan van de prikkel die erin gebouwd is. En ja – dat ga ik dadelijk ook benoemen en dat heb ik al eerder benoemd – daar moeten we dus ook naar kijken: waar kunnen we sleutelen in het systeem om die perverse prikkel om te buigen naar een prikkel die beter werkt? Want ja, we lopen aan tegen de grens van het systeem dat we gebouwd hebben, maar het is nog steeds een beter systeem dan dat wat we hadden.

De voorzitter:

Meneer Veldman, gaat u verder met uw betoog. U wist ook dat meneer Hijink al door zijn vragen heen was, dus het is niet echt fair om dan zo uit te wijden. Maar gaat u verder met uw betoog. Ik kan niet iedereen meer vragen geven.

De heer Veldman (VVD):

Ik tel niet ieders vragen, voorzitter, dus daar heb ik geen rekening mee gehouden, maar ik vond het wel aardig om even een goed antwoord te geven aan de heer Hijink.

Voorzitter. Ook het traject De Juiste Zorg op de Juiste Plek laat zien dat een succesvolle aanpak zo z'n keerzijde heeft, waar ook weer oplossingen voor bedacht moeten worden. Ik was helaas iets later binnen, waarvoor nog excuses, maar begreep dat mevrouw Ellemeet ook het voorbeeld van de huisartsenpraktijk in Afferden heeft aangehaald. Daar waren er goede resultaten met afspraken met de zorgverzekeraar, meer tijd voor de patiënt, minder doorverwijzingen naar het ziekenhuis, minder medicatievoorschriften en vervolgens waren er toch problemen bij het regionale ziekenhuis. Dat is volgens mij een correlatie, geen causaal verband, maar toch: het moet ons aan het denken zetten over hoe we de zorg kunnen en willen organiseren. Hoe financieren we de zorg? Hoe zorgen we ervoor dat slimme en betaalbare oplossingen met behoud van kwaliteit beschikbaar zijn? Hoe zorgen we voor slimme zorg?

Voorzitter. De complexiteit van de uitdaging waar we voor staan, is veelomvattend. Uiteindelijk gaat het niet om structuren en al helemaal niet om blauwdrukken die we vanuit Den Haag over het hele land uitrollen, maar om blijvend de kwaliteit van zorg op peil te houden door regionale samenwerking en maatwerk, om de juiste zorg op de beste plek.

Voorzitter. Het werd net ook al benoemd: kijkend naar het aantal ziekenhuizen dat de norm van behandelingen bijvoorbeeld niet haalt, gaat het ook om het concentreren waar nodig, maar daarbij oog te hebben voor voldoende spreiding en toegankelijkheid. Los van blauwdrukken mag er wat mij betreft ook wel wat meer van elkaar geleerd worden. Het Isala-ziekenhuis in Zwolle heeft COPD-zorg naar huis verplaatst, met blijve patiënten en zorgprofessionals als resultaat. Waarom kan de beroepsvereniging dan niet actief zeggen: dit is betere zorg, dus die maken we tot de

gouden standaard en gaan we overal toepassen? Waarom moeten overal het wiel en het eigen zorgpad zelf worden uitgevonden?

Voorzitter. Wat mij betreft is er ook een belangrijke rol weggelegd voor patiëntenverenigingen. Die mogen nog veel meer dan nu het geval is van de daken schreeuwen wat de betere zorg is, en dus ook richting zorgaanbieders en zorgverzekeraars afdwingen of opeisen dat betere zorg niet beperkt blijft tot toevallige pilots van welwillende artsen. En communiceer daar ook breed over, zou ik willen zeggen tegen de patiëntenverenigingen, zodat mensen zeggen: dokter, waarom stuurt u mij naar of houdt u mij in het ziekenhuis terwijl ik ook thuis kan worden geholpen?

Voorzitter. De VVD ziet mogelijkheden voor oplossingen in onder andere een van de ambities uit het hoofdlijnenakkoord dat gesloten is. Dan kom ik bij wat ik net tegen de heer Hijink zei. In het hoofdlijnenakkoord medisch-specialistische zorg is de ambitie opgenomen dat in 2022 voor ruim 50% van de ziektelast de uitkomsten van de zorg die er voor de patiënt toe doen, inzichtelijk zijn. Het inzichtelijk hebben van die uitkomsten is stap één. Stap twee zou wat de VVD betreft kunnen zijn om daar ook de financiering aan op te hangen. Als we gaan werken met uitkomstbesteding in de Zorgverzekeringswet, zou dan niet veel onnodige zorg kunnen worden voorkomen? In het geval van uitkomstbesteding is er ook geen productieprikkel om te behandelen, maar staat de uitkomst voor de patiënt centraal en staat de kwaliteit van leven voorop. Moeten we dus niet veel meer sturen op kwaliteit?

Voorzitter. Laat ik mijn bijdrage samenvatten met de vraag hoe beide Ministers het medisch landschap overzien. Dan vraag ik niet naar een samenvatting van de geagendeerde brieven die een visie geeft, maar vraag ik dit vooruitlopend op de contourennota die zij ons gaan presenteren. Hoe zorgen we ervoor dat niet alle spelers op het veld naar elkaar wijzen, maar dat er een veranderproces op gang komt? Daarbij is cruciaal dat alle betrokkenen hetzelfde beeld of doel voor ogen hebben, namelijk betere, efficiëntere zorg voor de patiënt, waarbij de benodigde samenwerking ontstaat zonder daarbij het hele speelveld overhoop te gooien, waarbij de besteding passend is bij de gewenste zinnige zorg en waarbij we meer oog hebben voor kwaliteit.

Voorzitter. Daarbij is het ook cruciaal is dat er synergie ontstaat tussen mens en technologie. Juist het gebruik van technologie moet de andere olifant in de kamer, die ik net al noemde, gaan ondervangen, namelijk het tekort aan personeel. Technologische innovaties zijn wat dat betreft een must. We moeten dus volop inzetten op de ontwikkeling en toepassing daarvan. Daarbij wil ik uiteraard opnieuw, zoals ik ook bij de begroting gedaan heb, benadrukken dat technologie nooit een complete vervanging kan zijn van mensen die werken in de zorg, want de zorg is uiteindelijk mensenwerk. Het kan al die zorgmedewerkers wel verlichting brengen.

Voorzitter. De provincie Flevoland heeft aangegeven dat ze Flevoland graag een pilotregio wil laten zijn voor het organiseren van toekomstbestendige acute zorg. Dat sluit aan bij de motie die de VVD eerder samen met de ChristenUnie heeft ingediend, die oproept om Flevoland koploper te laten zijn in slimme zorg thuis. Dit kan dus veelomvattender: Flevoland als toonbeeld van de juiste zorg op de juiste plek. Hoe kijken beide Ministers aan tegen deze wens en handreiking vanuit de provincie? Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel. Mevrouw Ploumen wil nog een vraag stellen.

Mevrouw Ploumen (PvdA):

Nou ben ik wel een optimist, maar ik zie toch enige beweging bij de VVD. Een deel van de analyse die wij hier maken, namelijk dat er in het huidige systeem prikkels zitten die niet leiden tot goede en betaalbare zorg maar juist tot duurdere zorg verder weg, lijkt de VVD te delen. Tegelijkertijd is

de VVD steeds aarzelend over ingrijpen als het niet werkt. De Partij van de Arbeid pleit voor een sterkere regierol van de politiek, van de Minister. Dat kan op datzelfde speelveld. Geen debat is compleet zonder een voetbalanalogie. Onlangs hebben we de VAR gekregen: hetzelfde veld maar wel scherper kijken en ingrijpen als dat moet. Is de heer Veldman het met mij eens dat we de Ministers moeten vragen om veel scherper zelf de regie te voeren over dat zorglandschap en het niet over te laten aan de verzekeraars en de perverse prikkels waar we eigenlijk van af willen?

De heer **Veldman** (VVD):

Ik vind «regie» altijd zo'n ongrijpbaar woord, want wat doet de regisseur en wat is de verantwoordelijkheid van alle spelers op het veld? Bij een toneelstuk is de tekst van tevoren uitgeschreven en zorgt de regisseur dat het samenspel van de acteurs goed verloopt. Maar mensen in de zorg zijn geen acteurs en er is geen voorgeschreven script. Het is dagdagelijks werken met patiënten met soms unieke problemen. Hoe regisseer je dat dan vanuit Den Haag? Mijn ervaring is dat ik meestal niet gelukkig word van regie vanuit Den Haag. Heel vaak kun je op de plekken in de regio zelf het maatwerk bieden dat nodig is. Daarom pleit ik ook voor regionale samenwerking en maatwerk daar waar het nodig is en ook kan. «Regie» vind ik dus een beetje een ongrijpbaar woord, zeker als we Den Haag als regisseur aanwijzen. Klopt het dan wat mevrouw Ploumen zegt, namelijk dat ze herkent dat ook de VVD beweegt? Inderdaad, dat klopt. Wij zien dat met het systeem dat wij hebben als zodanig niets mis is, maar dat er wel elementen in zitten waarvan wij zeggen dat het richting een eind loopt en dat we misschien moeten kijken hoe we het anders kunnen organiseren om te zorgen voor betaalbaarheid en daarmee ook voor toegankelijkheid. Want dat is de keerzijde: als we het niet meer kunnen betalen met elkaar, weet ik één ding zeker, dan is de zorg op een gegeven moment niet meer toegankelijk. Ik wil die toegankelijkheid van onze zorg graag vasthouden, want die is mij heel veel waard.

De **voorzitter**:

Mevrouw Ploumen, uw laatste vraag.

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):

Met het tweede deel ga ik mijn voordeel doen in de komende debatten, maar nog even over het eerste deel, de regie. Ik weet zeker dat de mensen in Flevoland en de mensen in Amsterdam Nieuw-West heel gelukkig waren geworden van meer regie van de Minister, dus dat hij gewoon zou zeggen: vrienden, hoe jullie het in Flevoland regelen kan me niet schelen, maar in Urk moet je thuis kunnen bevallen en dan moet spoedeisende hulp dichtbij zijn en de huisartsen moeten genoeg tijd hebben voor al hun patiënten. Of, in het geval van het Slotervaartziekenhuis: vrienden, alles goed en wel, maar patiënten voelen zich veilig in dit ziekenhuis en zij mogen niet van ene op de andere dag op straat staan. Ik wil best het woord «regie» vervangen door een beter woord, namelijk «sturing». Sturing zoals ook zou moeten in het kader van de democratische controle die wij vanuit de Tweede Kamer doen. Als de heer Veldman vraagt om dat rare woord «regie» door «sturing» te vervangen, ben ik zijn man.

De heer **Veldman** (VVD):

Hier zien we precies het probleem dat ik heb met het woord «regie», want dan gaan we ineens sturen vanuit Den Haag. Dan krijgen we een systeem waarin – het voorbeeld dat mevrouw Ploumen gaf – thuis bevallen mogelijk moet zijn. Als dat niet kan, gaan we in Den Haag toch niet zeggen dat het moet kunnen? Ik ben zo blij dat in Zeeuws-Vlaanderen de beroepsgroep zelf zegt: wij zijn met te weinig mensen, wij kunnen de kwaliteit niet garanderen, dus doen wij niet meer aan thuisbevallingen. Ik ben heel blij dat die beroepsgroep dat zelf zegt. Dan gaan we toch niet

vanuit Den Haag op een stuk papier vastleggen «thuis bevallen moet, dus gaan we het overal zo regelen»? Dat is toch geen kwaliteit? Dat kan toch niet?

De voorzitter:

Mevrouw Dik-Faber heeft ook een vraag.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):

Goed dat de twee punten genoemd worden waarop ons systeem vastloopt. Ik herken dat ook: de beschikbaarheid voor mensen en de betaalbaarheid van het stelsel. Mij valt op dat we geen stelsel voor gezondheidszorg, maar voor ziekenzorg hebben. We komen pas in actie op het moment dat mensen ziek zijn. Vindt de VVD ook niet dat het grote thema dat ontbreekt in de brieven van de Minister, preventie is? Zouden we niet veel meer moeten investeren in preventie, ook als oplossing om het zorgstelsel overeind te houden?

De heer Veldman (VVD):

Ik ben het met mevrouw Dik-Faber eens dat van de brief die deze Ministers gestuurd hebben, preventie geen onderdeel is. Ik ben het ook met haar eens dat we daar misschien wel veel meer oog voor moeten hebben dan nu het geval is. De vraag is alleen hoe je dat doet. Wat mij betreft doe je dat niet – zie de discussie over het Preventieakkoord – door de overheid te laten bepalen hoe mensen moeten leven. Wat mij betreft kan dat wel door op heel veel andere vlakken ervoor te zorgen dat het aantrekkelijker wordt om bijvoorbeeld meer te gaan bewegen. Neem dit gebouw. Het publiek dat hier op de tribune zit, kan hier volgens mij alleen maar komen met de roltrap – ten tijde van de bouw de langste in Europa – en niet met een gewone trap die je moet beklimmen om boven te komen. Hoe mooi zou het zijn als werkgevers overal – wij zijn dat ook – ervoor zorgen dat hun gebouwen zijn ingericht op een manier waardoor mensen worden uitgedaagd om zo veel mogelijk te bewegen? Kunnen wij dat vanuit de zorg organiseren, bijvoorbeeld met het levensloopbestendig inrichten van huizen, waarbij je ook preventie meeneemt? Ik zou het graag willen, maar hoe meer spelers je aan tafel zet, hoe ingewikkelder het wordt. Ik vind dat ook anderen een verantwoordelijkheid hebben en dat we niet vanuit de zorg moeten sturen.

De voorzitter:

Het moet echt korter, meneer Veldman. Mevrouw Dik-Faber.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):

De heer Veldman begon zijn beantwoording met de opmerking dat hij preventie ook belangrijk vindt en dat hij ook vindt dat daarvoor meer aandacht moet komen. Daar zet ik een dikke streep onder; daar ben ik blij mee. De volgende vraag is inderdaad hoe je dat dan doet. Ik zie dat zorgverzekeraars een groot deel van onze premies uitgeven aan zorg, ook aan zorg die met goede preventie voorkomen had kunnen worden. Wie zetten er in op preventieprogramma's? Dat zijn de gemeenten. Maar de samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars is op z'n zachtst gezegd niet overal even fantastisch. Wat vindt de heer Veldman ervan als we € 1 per premiebetaler zouden reserveren en in een potje zouden stoppen zodat er een groot preventiefonds komt en we de vele initiatieven van al die gemeenten – dus niet de rijksoverheid maar de gemeenten – op het gebied van preventie een enorme boost kunnen geven? Dat is dicht bij mensen, het werkt direct en uiteindelijk is het volgens mij een heel belangrijke oplossing om ons zorgsysteem overeind te houden.

De heer Veldman (VVD):

Goed te horen dat zowel mevrouw Ploumen als mevrouw Dik-Faber allerlei markeringen aanbrengen in de antwoorden die ik geef. Dat is helemaal niet erg. Volgens mij zijn we het qua doelstelling wel met elkaar eens, de vraag is altijd of je het eens bent over de weg ernaartoe. Ik zeg niet principieel nee tegen het idee van mevrouw Dik-Faber om € 1 van de zorgverzekering te reserveren, maar ik weet niet of dat de beste oplossing is. Iedereen heeft zijn verantwoordelijkheid, ook gemeentes. Zij hebben er profijt van als ziekenhuizen ervoor zorgen dat mensen in plaats van in het ziekenhuis te liggen, dankzij telemonitoring thuis kunnen blijven. Dat betekent namelijk dat familie niet naar het ziekenhuis hoeft te komen, er dus minder congestie is op de wegen en er bijvoorbeeld minder parkeervoorzieningen nodig zijn. Gemeenten hebben dus ook belang bij datgene wat er in een ziekenhuis gebeurt of wat je samen met een ziekenhuis afspreekt. Ieder zijn verantwoordelijkheid. Om alle verantwoordelijkheid op de zorg af te schuiven of om gemeenten te bewegen aan preventie te doen via de zorgverzekering, vind ik nu een stap te ver.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):

Wat de heer Veldman heeft met het begrip «regisseur», heb ik een beetje met «samenwerking in de regio». De heer Veldman geeft aan dat je moet oppassen dat je niet te veel spelers aan tafel krijgt. Dat zie ik juist gebeuren bij samenwerking in de regio. Aan de andere kant kun je er niet tegen zijn als mensen willen samenwerken in de regio. Ik ben wel heel benieuwd wat de heer Veldman nou verwacht van de contourennota als het gaat om samenwerken in de regio. De heer Veldman is zeer kritisch over meer regelgeving vanuit Den Haag, maar wat dan wel?

De heer **Veldman** (VVD):

Ik vind dat mevrouw Bergkamp zelf ook goede vragen gesteld heeft over die regiobeelden. Wat moeten die straks gaan opleveren? Wie zit dan waar als speler op het veld? Daarbij zou ik opnieuw niet één regisseur willen aanwijzen, niet één verantwoordelijke in die regio, maar uiteindelijk is samenwerking ook iets wat je gewoon moet doen. Als er dingen goed gaan, waarom stopt dat als ineens niet één iemand zich verantwoordelijk voelt, terwijl het gewoon kan? Als u mij toestaat om één voorbeeld te noemen, voorzitter, in Groningen heeft een pilot gedraaid met verpleegkundigen...

De **voorzitter**:

We moeten in een antwoord niet zover gaan uitweiden. Meneer Veldman, het moet echt korter. Kom to the point.

De heer **Veldman** (VVD):

To the point: samenwerken moet je gewoon doen. Ik vind het altijd zo ingewikkeld dat we daar structuren voor moeten bedenken en dan weer moeten aanwijzen wie wat waar en waarom. Ga gewoon eens samenwerken en zorg dat je dat in die regio's doet. Ga aan de slag met die regiobeelden vanuit die verantwoordelijkheid!

De **voorzitter**:

Dat was voldoende voor mevrouw Bergkamp. Wie zag ik nog meer? Mevrouw Sazias.

Mevrouw **Sazias** (50PLUS):

Ik wilde toch nog heel even terug naar de sturing of de centrale regie. Vindt de heer Veldman het dan niet erg dat je dan grote verschillen krijgt in dit land? Als je het geluk hebt in de Randstad te wonen is de meeste zorg wel voorhanden, maar in Zeewolde of in Zeeland kun je niet bevallen en is er geen acute hulp. Dan is dat er niet en dan is dat maar zo, hoor ik

de heer Veldman min of meer zeggen. Ik heb gewoon last van die ongelijkheid in dit land.

De heer **Veldman** (VVD):

Het zou mooi zijn als alles overal hetzelfde is, maar de werkelijkheid is dat het land niet hetzelfde is. In het voorbeeld dat mevrouw Sazias aanhaalt, zou het heel mooi zijn als er in Zeeuws-Vlaanderen voldoende verloskundigen zijn. Dat zou heel mooi zijn, maar ik ben niet van het soort dat ik verloskundigen elders in het land ga aanwijzen en zeg: we hebben een tekort in Zeeuws-Vlaanderen, dus gaat u maar daar wonen. Nee, ik ben heel blij dat die beroepsgroep zelf zegt: wij kunnen de kwaliteit niet garanderen, dus wij doen geen thuisbevallingen meer. Is dat jammer? Ja, dat is jammer. Het zou mooi zijn als het niet zou hoeven. Maar om die gelijkheid na te streven en dus met een soort verplichting mensen aan te wijzen die daar moeten gaan wonen, want anders kunnen we voldoen niet aan die norm die u dan blijkbaar stelt, dat is niet mijn samenleving.

Mevrouw **Sazias** (50PLUS):

Er zijn onvoldoende zorgverleners. De VVD vindt dat jammer en laat het daar vervolgens bij zitten. Er zijn natuurlijk ook andere manieren om dit op te lossen dan om mensen aan te wijzen. Er zijn ook manieren om mensen te verleiden en om dingen te organiseren. Ik vind dit eerlijk gezegd wel erg makkelijk van de VVD. Ik vind eigenlijk ook dat je mensen daarmee in de kou laat zitten.

De heer **Veldman** (VVD):

Ik zou weleens heel concreet willen horen van mevrouw Sazias hoe zij er dan voor zorgt dat er voldoende personeel in Zeeuws-Vlaanderen aanwezig is om thuisbevallingen mogelijk te maken. Het mooie is dat de gemeenten daar wel degelijk hun best doen om te zorgen dat zij een aantrekkelijke regio of woonplaats zijn en voldoende voorzieningen hebben op andere vlakken, zodat mensen daar ook willen gaan wonen. Er zijn ook mensen die denken: weet je wat, ik heb nu lang genoeg in een stad gewoond, ik wil weleens wat rustiger wonen, dus ik ga in Zeeuws-Vlaanderen wonen. Hartstikke goed. Ook gemeenten hebben een verantwoordelijkheid om te zorgen dat het een aantrekkelijk woongebied is. Dat kan ook helpen.

De **voorzitter**:

Mevrouw Sazias, met haar laatste vraag.

Mevrouw **Sazias** (50PLUS):

Anderen moeten het maar oplossen, dat is wat ik hieruit hoor.

De heer **Veldman** (VVD):

Dit is zo makkelijk! Mag ik dan een wedervraag stellen? Dan geef ik mevrouw Sazias de ruimte om die in haar tweede termijn te doen, dan kan zij er nog even over nadenken. Wat is dan de panacee van mevrouw Sazias om ervoor te zorgen dat er in Zeeuws-Vlaanderen voldoende personeel is om de kwaliteit te garanderen zodat iedereen thuis kan bevallen, dus niet met risico's op sterfte, want de babysterfte is in Nederland gemiddeld al iets hoger? Dan wil ik de panacee van mevrouw Sazias wel horen.

De **voorzitter**:

Daar gaan we in tweede termijn naar luisteren. Meneer Van der Staaij.

De heer **Van der Staaij** (SGP):

Ik denk dat een belangrijke vraag in het debat is hoe die praktische knelpunten waar veel mensen in de zorg tegenaan lopen opgelost

worden. Ik ben eigenlijk wel benieuwd wat de oplossingsrichting van de VVD zou zijn. Ik hoor hem zeggen: samenwerken moet je doen. Ik denk niet dat de VVD denkt dat mensen alle problemen oplossen, als je die billboards maar langs de kant plaatst, dus wat dan wel? Dat is een oprechte informatieve vraag. Ik ben benieuwd wat de heer Veldman zegt als hij de verhalen van die huisartsen tegenkomt of die aan de telefoon krijgt. Hoe gaan we dit oplossen?

De heer **Veldman** (VVD):

Ik heb een aantal dingen benoemd. Neem die huisartsenpraktijk in Afferden, Noord-Limburg, bij mij in de buurt. Ik vind het heel jammer, zoals mevrouw Ellemeet ook zegt, dat een succesvol traject dreigt te stranden omdat er aanvullende eisen gesteld worden of er ineens een causaal verband gelegd wordt met een ziekenhuis dat een tekort van 30 miljoen had, terwijl de opbrengst van de andere werkwijze van de huisartsenpraktijk een half miljoen of een miljoen was. Dan denk ik al: is dat een een-op-een-relatie? Volgens mij niet. Maar er ligt een relatie en daar moeten we met elkaar over nadenken, want de resultaten van de praktijk in Afferden laten zien dat het wel degelijk iets opbrengt voor de patiënt, die zich beter geholpen voelt, en ook voor de manier waarop we het financieren en met elkaar werken.

De **voorzitter**:

Minister De Jonge kan bijna nog een voorbeeld aan u nemen, meneer Veldman.

De heer **Veldman** (VVD):

Ja, maar ik krijg relatief eenvoudige vragen, maar die vragen dan wel om een goed antwoord.

De **voorzitter**:

Hij doet juist zo zijn best om bondig te worden.

De heer **Van der Staaij** (SGP):

Mag ik een vervolgvraag stellen, voorzitter? Goede voorbeelden als antwoord op de knelpunten, prachtig, maar hoe krijgen we die dan overal in het land voor elkaar?

De heer **Veldman** (VVD):

Volgens mij niet door vanuit Den Haag op te leggen hoe het dan moet. Ik noemde het voorbeeld van de COPD-zorg bij het Isala-ziekenhuis. Waarom maakt de beroepsvereniging zelf dat niet tot de gouden standaard? Waarom kijken we met z'n allen continu naar hier, alsof wij vanachter deze tafel even kunnen regelen dat alles perfect loopt in het land? We mogen toch ook kijken naar de verantwoordelijkheid van alle spelers op het veld? Ga als branche of als beroepsvereniging aan de slag met die goede dingen. Ik heb net de patiëntenvereniging genoemd. Dwing die zorgaanbieders om de goede zorg te leveren, als die goede voorbeelden er zijn. Dan kan de patiënt tegen de dokter zeggen: dokter, waarom stuur je mij naar het ziekenhuis? Of als je in het ziekenhuis zit: waarom houdt u mij vast terwijl ik ook thuis geholpen kan worden? Al die spelers op het veld hebben een verantwoordelijkheid.

De heer **Van der Staaij** (SGP):

Tot slot nog even een concreet voorbeeld: die huisarts uit Hellevoetsluis, die zegt dat hij zeven uur heeft moeten leuren voor een patiënt en dat dat helaas geen zeldzaamheid is. Wat zegt de heer Veldman dan?

De heer **Veldman** (VVD):

Dat vind ik ook niet kunnen en dan kijk ik richting de heer De Jonge en dan hoop ik dat hij dat dadelijk ook gaat beantwoorden. Hoe kan het dat we dit niet goed georganiseerd hebben? Er is gelukkig ook een vraag gesteld over de vijfminutennorm. Hoe kan het dat we dat niet georganiseerd hebben? Er is hier al vaker over gesproken. We hebben al vaker gehoord dat Minister De Jonge zei dat het geregeld wordt, maar het is niet geregeld.

De heer **Van der Staaij** (SGP):

Dan komen we uiteindelijk toch weer bij Haagse regie uit, begrijp ik. We gaan het horen.

De **voorzitter**:

De cirkel is weer rond, meneer Veldman. Mevrouw Van den Berg heeft ook nog een vraag.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

Ik voelde me even aangesproken toen Zeeuws-Vlaanderen werd genoemd als voorbeeld. Tijdens de behandeling van mijn initiatiefnota Zorg in de regio kwam dat naar voren naar aanleiding van een vraag van mevrouw Ellemet. Het is niet zo dat er een tekort is aan verloskundigen in Zeeuws-Vlaanderen, want die zijn er meer dan voldoende en uitermate hoog opgeleid. Het is meer de veiligheid om op tijd in het ziekenhuis te komen, in die paar procent van de gevallen waar het niet goed gaat. Dat is de reden waarom er in beginsel eerst een thuisbevallings is in het ziekenhuis, waar in nood ingegrepen kan worden.

De **voorzitter**:

Dat komt niet vaak voor: personeel genoeg. Meneer Veldman.

De heer **Veldman** (VVD):

Dat is een goede aanvulling, maar het laat zien dat er wel geconstateerd wordt dat men de kwaliteit niet kan garanderen en dat er dus een andere keuze moet worden gemaakt. Ik ben heel blij dat de beroepsgroep dat zelf doet. Zou je dat anders willen zien? Ja. Is er een panacee voor? Nee, tenzij je met elkaar de keuze maakt dat de zorgkosten de komende tien jaar geen 15 miljard groeien maar 30 miljard. Dat kan, maar dat gaat ten koste van onderwijs, defensie, politie, van heel veel. Ik weet niet of iedereen die keuze uiteindelijk wil maken. Ik wil graag de keuze maken dat we veel kunnen doen, in de zorg, maar ook op andere terreinen.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Dan zijn wij van de zijde van de Kamer ten slotte aangekomen bij mijn bijdrage. Ik vraag de heer Van der Staaij om het voorzitterschap over te nemen, mocht er iemand een vraag willen stellen.

Voorzitter: Van der Staaij

Mevrouw **Agema** (PVV):

Dank u wel, voorzitter. Bij de voorbereiding van dit debat moest ik denken aan mijn boek Verzilveren, dat ik halverwege de vorige kabinetsperiode heb geschreven. Ik stoorde mij destijds enorm aan de mantra's met betrekking tot de ouderenzorg, die er uiteindelijk toe hebben geleid dat het hele systeem is afgebroken. De AWBZ is opgeheven, de verzorgingshuizen zijn gesloten. Dat ging gepaard met mantra's over langer thuis wonen. «Ouderen willen zelf zo lang mogelijk thuis blijven.» «In de eigen kracht zetten.» «Zorg dicht bij de burger organiseren.» «De wijkzuster komt terug.» «Sterker en socialer.» «Van systemen naar mensen.» «Banen, banen, banen.» Het mantra «als we niets doen, dan betalen we in 2040 de helft van ons inkomen aan zorg».

Al die mantra's waren bedoeld als een maskerade voor een onderliggend doel, namelijk simpelweg een kwetsbaar systeem van ouderenzorg opheffen. De AWBZ werd opgeheven. Als we in deze kabinetsperiode kijken naar de schade die in de vorige kabinetsperiode is aangericht, is die ongelofelijk groot. De verzorgingshuizen worden ongelofelijk gemist. En het stuwmeer dat ontstaat richting de verpleeghuizen, is een ongekend probleem aan het worden. Dit is gewoon gekomen door een elkaar nakakelende politiek-bestuurlijke elite die alleen maar mantra's napraatte. Ook werden woorden als «transformatie» gebruikt. Nou, we hebben het gezien bij de Jeugdwet. Ook bij de ouderenzorg was transformatie voortdurend het doel. Maar als er überhaupt al een vlinder uit die cocon is gekomen als het gaat om de verpleeghuizen en de verzorgingshuizen of de Jeugdwet, is die in beide gevallen gewoon dood.

Dat geldt ook nu weer, als ik kijk naar de juiste zorg op de juiste plek. Het acutezorglandschap is nu aan de beurt. Ook hier is er weer de elkaar nakakelende politiek-bestuurlijke elite. Iedereen weet het op te dreunen als het gaat om de juiste zorg op de juiste plek. De mantra's zijn als volgt. «Nu werkt een op de zeven mensen in de zorg, straks een op vier.» «We krijgen een verdubbeling van de zorguitgaven.» «We krijgen een verdubbeling van het aantal 75-plussers.» Ook zijn er de ondersteunende mantra's. «De mens als uitgangspunt.» «Het voorkomen van duurdere zorg.» «Het verplaatsen naar zorg dichtbij en het vervangen van zorg door e-health.» Ook hier zijn de mantra's een maskerade voor het onderliggende doel om het systeem voor acute zorg dat we hebben, kapot te maken. Het systeem moet overboord.

Voorzitter. Als je kijkt op de website dejuistezorgopdejuisteplek.nl, zien we 58 goede voorbeelden. Die goede voorbeelden kunnen ook gewoon werken in het systeem dat we hebben. Maar er is iets ernstigs mis met die goede voorbeelden en het einddoel van de juiste zorg op de juiste plaats: de voorbeelden vinden plaats in een situatie van en-en. Je kunt je chemokuur in het ziekenhuis krijgen én je kunt ervoor kiezen om die thuis te krijgen. Je kunt thuis bevallen, maar je kunt óók in het ziekenhuis bevallen. Dat zal er straks niet zijn met de juiste zorg op de juiste plek, want dan is er niet meer en-en. De ene zorg wordt vervangen door de andere zorg. Het wordt straks of-of. Het ziekenhuisaanbod wordt verplaatst naar de eerste lijn. Het eerstelijnsaanbod wordt verplaatst naar de thuissituatie en de thuiszorg wordt vervangen door zelfzorg. Dat is níét vanuit het oogpunt van de patiënt, want die heeft liever en-en. De mens komt dus absoluut niet centraal te staan. En ook hier weer: transitie, transformatie. We weten allemaal dat je na transformatie niet terug kunt. Voorzitter. Tijdens de begroting gaf ik het voorbeeld van de specialist die zijn eigen behandelcentrum begint in de wijk. En zie wat hij dan tegenkomt. Het ziekenhuis zwijgt meteen dood dat die man ergens anders is begonnen. Vervolgens krijgt hij te maken met weerstand en moet hij al meteen met een advocaat een zaak tegen het oude ziekenhuis beginnen waar hij dertig jaar heeft gewerkt. Er zijn 94 rapporten van de inspectie waaraan voldaan moet worden. Er zijn 400 organisaties waar zo iemand mee te maken krijgt. De helft van de specialisten is allang teruggerend naar het ziekenhuis. Maar dan komt het. Degene die doorgaat, werkt voor 70% van het tarief. En waar krijgen ze nu mee te maken? De verzekeraars – niet allemaal; ONVZ doet er niet aan mee – geven nog eens een extra korting. Zomaar! En dan moeten ze gaan procederen. Ze zijn net begonnen met hun praktijk in de wijk en – hup! – ze staan al voor de rechter. Dan wordt er geprocedeerd tot de Hoge Raad. Ik heb me laten vertellen dat er inmiddels een claim ligt van zo'n 3 miljard euro, maar de verzekeraars keren maar niet uit. Ik heb tijdens de begroting aan de Minister voor Medische Zorg en Sport gevraagd om dat uit te zoeken. Ik vraag me af of hij dat inmiddels heeft gedaan en wat de uitkomst daarvan is.

Hoe moet het dan wel? Ik zou zeggen: stop de hysterie, stop het creëren van doemscenario's. De zorgkosten kunnen over twintig jaar twee keer zo hoog zijn, maar het bbp is dan misschien ook twee keer zo groot. Dan betalen we twee keer zoveel zorg, maar we verdienen met z'n allen dan ook twee keer zoveel. We moeten een keer ophouden met die hysterische verhalen. De zeven treden van de ouderenzorg moeten in één hand...

De voorzitter:

Er is een interruptie van de heer Veldman.

Mevrouw Agema (PVV):

Ik ben er bijna, voorzitter. Wonen en zorg moeten het allergrootste aandachtspunt worden, want dat loopt helemaal spaak. Hoe wij het ziekenhuislandschap ingericht willen zien, heb ik uitgebreid betoogd tijdens de begroting, dus ik zal dat hier niet herhalen. Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Agema. Er was al een interruptie voor u van de heer Veldman toen u begon over het bnp.

De heer Veldman (VVD):

Dat klopt. Ik ben het met mevrouw Agema eens dat hoe verder je in de toekomst kijkt, hoe minder duidelijk het beeld misschien is. Dan zie je soms aannames die goed onderbouwd zijn en soms aannames waar je vraagtekens bij kunt zetten. Afgelopen week heeft het CPB voor de niet zo heel verre toekomst, namelijk voor de periode 2022–2025, een goed onderbouwd verhaal neergelegd waarbij het laat zien dat de zorgkosten met 2,5% stijgen en onze economische groei terugloopt naar 1%. Dat is een verschil van 1,5% dat je dus ergens met elkaar moet opbrengen. Als mevrouw Agema alles wil laten zoals het nu is, waar gaat zij dan die 1,5% weghalen? Waar gaat zij dan op bezuinigen? Op het onderwijs, op Defensie, op politie? Waar gaat zij het weghalen?

Mevrouw Agema (PVV):

Het CPB heeft er in de voorbije periode wel vaker kolossaal naast gezeten. De hele vorige periode hebben we te maken gehad met het mantra «als we niets doen, dan betalen we in 2040 de helft aan zorg». Dat is totale, flagrante nonsens gebleken. Het was een rapport van het CPB met vier scenario's. Eentje was al het doemscenario: het helft van het inkomen in 2040. Waar ging het van uit? Van 2012 tot 2040 zouden de zorgkosten met 4,4% per jaar stijgen. Wat blijkt? De realiteit is dat de zorgkosten in de periode 2012 tot 2017 met 0,5% per jaar zijn gestegen. Kolossaal misgerkend. Mijn pleidooi is het volgende. Je kunt het niet weten en je hebt geen glazen bol. Het Centraal Planbureau zat er een aantal keren zo gigantisch naast dat je ervoor moet zorgen dat je binnen de zorg verbeteringen aanbrengt die daadwerkelijk werken, op het gebied van personeel, administratieve lasten en ICT. Voor de rest moeten de keuzes elders buiten deze Kamer gemaakt worden om ervoor te zorgen dat we weer economische groei krijgen die hoger is dan nu de voorspelling is.

De heer Veldman (VVD):

Het is een beproefde methode om als je je ergens niet prettig bij voelt, de boodschapper van het nieuws in twijfel te trekken. Dat lijkt mij niet zo zorgvuldig omdat het namelijk een beetje spelen is met de toekomst van onze zorg, de zorgvraag en de zorgkwaliteit die we met elkaar graag willen hebben. Zelfs al zou het maar de helft zijn van wat het CPB laat zien, dan komen we nog steeds tekort ten opzichte van wat we met elkaar meer verdienen. Dan blijft de vraag staan waar mevrouw Agema dat allemaal

van wil betalen als ze vervolgens wel zegt dat de zorg van dezelfde kwaliteit moet blijven als die nu is.

Mevrouw **Agema** (PVV):

«Zorgvuldig» is dus dat de prognose van het Centraal Planbureau flagrant mis zat. Niet nee schudden als iemand gewoon feiten vertelt! De prognose zat flagrant mis ten opzichte van wat er daadwerkelijk is gebeurd met de stijging van de zorgkosten in de periode 2012–2017. Als het gaat om waar we dat van betalen, dan wil ik nog wel even bij de VVD aankloppen. De VVD verspilt miljarden aan klimaathysterie, miljarden aan massa-immigratie, miljarden aan ontwikkelingshulp, miljarden aan Europese afdrachten. Daar kiest de VVD allemaal voor. Daar kiest mijn partij niet voor. Mijn partij kiest voor de mensen die dit land hebben opgebouwd, die in dit land de komende tijd zorg nodig zullen hebben. Het aantal 75-plussers verdubbelt. En waar kiest de VVD voor? Die kiest ervoor om de zorg dan maar af te breken. Ik hoop niet dat ik weer zo'n dik boek hoef te schrijven en achteraf tot de conclusie hoef te komen dat ik gelijk had. Ik hoop dat de VVD tot inkeer komt en keuzes maakt.

De **voorzitter**:

Ik stel voor dat we dit niet laten uitmonden in Algemene Politieke Beschouwingen, maar ik wil nog wel de heer Veldman de gelegenheid geven voor een slotopmerking.

De heer **Veldman** (VVD):

Nee hoor, dat was ik zeker niet van plan. U zei al dat het een breed thema was vandaag, maar mevrouw Agema trekt het wel heel erg breed door zo'n beetje de hele begroting erbij te halen aan wat we allemaal uitgeven. Het is mooi hoor, al die verwensingen, maar laten we gewoon bij de feiten blijven. De feiten zijn dat we sinds 2010, de start van Rutte I, 15 miljard meer uitgeven aan de zorg. Dat lijkt me voorwaar van zowel de kabinetten I, II en III als iedereen in onze samenleving een prestatie.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ja, maar nogmaals, het bbp is ook een heel stuk gegroeid. Je moet die dingen niet los zien van elkaar, want alle posten worden groter. SoZaWe wordt ook groter. Defensie wordt ook groter. Elke post wordt groter, maar ons bbp groeit ook. Als je die context loslaat, dan krijg je dit soort doemscenario's, dan krijg je hysterische verhalen en dan worden systemen die heel bijzonder en heel kwetsbaar zijn, overboord gegooid. Dat is mijn pleidooi.

De **voorzitter**:

Dank u wel, mevrouw Agema. Dan leg ik het voorzitterschap weer terug in uw handen.

Voorzitter: Agema

De **voorzitter**:

Dank u wel. In het kader van preventie, omdat we af en toe wat moeten eten en de benen moeten strekken, stel ik voor dat we schorsen tot 12.55 uur. Dat is een wat langere schorsing, maar we hebben dit debat tot 15.00 uur ingepland. Ik denk dat dat belangrijk is voor ons algemeen welbevinden.

De vergadering wordt van 12.25 uur tot 12.58 uur geschorst.

Voorzitter: Lodders

De **voorzitter**:

Ik verzoek iedereen om zijn of haar plaats in te nemen, zodat wij van start kunnen gaan. Voor de lunchpauze hebben wij de eerste termijn van de zijde van de Kamer gehad. Ik wil langs deze weg in ieder geval mevrouw Agema bedanken voor haar voorzitterschap.

Aan de orde is nu de beantwoording van de bewindspersonen. Voordat ik daartoe overga, wil ik melden dat mevrouw Ploumen en mevrouw Dik-Faber zich hebben afgemeld voor de beantwoording en de tweede termijn. De Minister voor Medische Zorg zal zo aanvangen met de beantwoording. Wij hebben voor de Minister voor Medische Zorg exact de tijd tot 15.00 uur. Hij heeft aangegeven dat hij dan deze zaal zal moeten verlaten. Ik weet niet hoe het met de agenda's van anderen zit, maar volgens mij moeten wij ons richten op sluiting van de vergadering om 15.00 uur. Het is een lang AO, maar er zijn ook veel vragen gesteld en er is veel debat geweest. We gaan even kijken hoe we het gaan doen en of we dat gaan redden.

Ik zou het volgende willen afspreken. In de eerste termijn hebben de leden veel vragen aan elkaar kunnen stellen. Ik zou het in tweede termijn willen beperken tot twee interrupties per fractie. Dat mogen ook vier losse vragen zijn, maar als we weer zo veel vragen gaan stellen, weten we zeker dat we 15.00 uur niet halen. Ik kijk ook even naar de Kamerleden. Mevrouw Bergkamp.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):

Ik realiseer me dat de tijd heel kort is nog, maar ik zou willen voorstellen drie interrupties, maar dan wel heel kort. Dan hebben we in ieder geval drie kansen om interrupties te maken. Twee is wel heel weinig met twee bewindspersonen. Dan moet je echt één zeer essentiële vraag per bewindspersoon stellen. Dat lijkt me een beetje lastig.

De **voorzitter**:

Ik kijk rond of daar steun voor is. Dat is zo. Dat vraagt dan echt hele korte vragen van u, en van de bewindspersonen hele korte antwoorden. Daar zal ik dan ook streng op toezien.

Ik ga als eerste het woord geven aan de Minister voor Medische Zorg. Ik heb begrepen dat de meeste vragen aan hem zijn gesteld. Misschien kan de Minister aangeven hoe hij gaat antwoorden. Dan weet ik waarop ik mag sturen om de eindtijd van 15.00 uur te halen. Het woord is aan de Minister.

Minister **Bruins**:

Voorzitter, dank voor de opmerking over de eindtijd. Hierna heb ik een gesprek met de KNVB, dat is in Zeist en ik heb daarvoor reistijd nodig. Dus het zou prettig zijn om die 15.00 uur aan te houden. Ik zal proberen kort en bondig te zijn, al realiseer ik mij dat ik in dit geval misschien wat langer spreek dan mijn collega, ook omdat u meer vragen aan mij hebt gesteld dan aan de collega. Ik beantwoord graag de vragen van de leden afzonderlijk, dus niet in blokjes. Er zijn heel veel verschillende vragen en ik denk dat ik zo het meeste recht doe aan de opmerkingen.

Ik wil één opmerking graag vooraf maken. Als ik de stapel brieven teruglees die vandaag op de agenda staan – die zijn vooral van mijn hand – dan gaat het heel vaak over patiënten en instituties in de zorg. Als ik ze nou allemaal nogmaals op een rijtje leg, dan denk ik eigenlijk dat ik liever een brief had geschreven waarin ik was begonnen met «de mens centraal». We willen namelijk allemaal niet patiënt zijn, we willen allemaal mens zijn. Het punt van de preventie is vanuit verschillende fracties gemaakt. We willen zo lang mogelijk mens zijn en liefst niet toekomen aan patiënt zijn. Dat is een illusie, maar het zou wel heel goed zijn om de nadruk te leggen op dat positieve mensbeeld en op positieve gezondheidszorg. Ik sla dat op in mijn hoofd, omdat ik vind dat we soms te makkelijk in patiëntsituaties terechtkomen.

Als je patiënt word – dat is een van de punten waar Het Roer Moet Om over schreef als het gaat om kwetsbare ouderen – en je moet in het ziekenhuis terecht, dan moet daar ook wel bijvoorbeeld die geriater zijn om jou te behandelen. Ik vind dat daar een actieve rol ligt voor de overheid: ervoor zorgen dat er voldoende gepland wordt voor alle soorten specialismen, dat de financiering daarbij hoort, dat de opleiding daarbij hoort. Daarover spreken wij regelmatig en dat vind ik van belang.

Als de vervolgstap is «de mens is patiënt geworden; het is niet meer nodig dat-ie in het ziekenhuis blijft, maar hij kan ook nog niet naar huis toe», dan moet er een eerstelijnsverblijf zijn. Ook dat eerstelijnsverblijf moeten we organiseren. In dat verblijf, die elv-functie, steken we steeds meer geld, over een reeks van jaren al. Maar het lijkt mij ook heel belangrijk dat we dat blijven doen. Of dat bed dan soms in een ziekenhuisomgeving is geplaatst of dat het bij een vvt-organisatie staat, dat maakt dan niet zo veel uit, maar het moet er wel zijn.

We hebben er ook over gesproken dat soms het ziekenhuis, maar soms ook de huisarts, kan bellen met een coördinatiepunt voor dat eerstelijnsverblijf, zodat de patiënt daar ook terecht kan. Dan hoor je: «deze patiënt kan nu dáár terecht», maar misschien hoor je ook dat het vandaag nog niet kan, maar wel morgen. Dat is ook een antwoord. Of: «het kan niet in plaats A, maar wel in plaats B». Die coördinatiefunctie inrichten, is iets wat we de afgelopen jaren hebben gedaan. Ik zeg «we», omdat het weliswaar mede op instigatie van uw Kamer is gebeurd, maar het is wel gebeurd in het veld. Die elv-functies zijn overal in het land tot stand gekomen. Is dat dan voldoende? Nee, dat is niet voldoende, want bijvoorbeeld voor crisis-Wlz of crisis-Wmo zou je die functie nog willen uitbreiden en willen versterken. Dit zijn stapje-voor-stapjemaatregelen. Daarom beschrijf ik die op deze manier.

Van heel groot belang is daarbij – en dat komt ook terug in die brief van Het Roer Moet Om – dat partijen elkaar dan in de regio moeten kunnen treffen. Daar helpen, denk ik, die regiobeelden bij. Als je mensen vanuit verschillende disciplines – sorry voor het jargonwoord – vanuit de zorg bij elkaar aan één tafel zet en daar vertelt wat jouw zorgen zijn, wat jouw noden zijn, als niemand meer zijn kaarten voor de borst houdt en eerlijk zegt «dit is waar ik behoefte aan heb» dan start daar ook die samenwerking.

Ik hoop echt dat ik de situatie meemaak dat er nog eens een brief komt van Het Roer Moet Om, dat ik vanuit hun kant ook zie dat ze die samenwerking met andere partijen hebben gevonden en dat, daar waar die niet perfect is, wij dan weer een brief krijgen van hen of we eens kunnen kijken waar het beter moet. De kunst zal namelijk steeds zijn om de verschillende disciplines in de regio samen te brengen en daar moeten wij ook wat aan doen. Die regiobeelden zullen worden opgevolgd door regiovisies. Dat vind ik van groot belang. Die elv-coördinatiefuncties moeten worden ingericht en dat kan ook op afspraak en met steun van het ministerie en vervolgens uitgebreid worden.

Dan een punt waar we eerder deze maand over hebben gesproken: de gegevensuitwisseling in de zorg. Mevrouw Van den Berg heeft daar een vraag over gesteld. Ik vind het superslecht dat die digitale gegevensuitwisseling nog niet mogelijk is en dat er wetgeving voor nodig is om te zorgen dat de verschillende zorgverleners ten behoeve van die patiënt die informatie wel hebben. Goed, dat is de uitkomst van een politiek debat van jaren her, maar deze Kamer heeft gezegd: nu gaan wij vaart maken met de gegevensuitwisseling tussen zorgprofessionals, en we zorgen ook dat burgers zelf de informatie krijgen die over henzelf gaat, die gezondheidsgegevens.

Dat zijn allemaal stappen die je mag verwachten, vind ik, van een actieve overheid. Er zijn heel veel private partijen in de zorg, maar daar zit altijd ook een actieve rol in voor de overheid zelf. Ik vind het heel goed dat er zo veel private partijen werkzaam zijn in de zorg. Of het nou de fysiothe-

rapeut is of de huisarts, ik ben dol op die partijen. Dat kunnen wij niet vaak genoeg zeggen en we moeten ze steunen. Wij benoemen hier weleens de verpleegkundigen, maar ik vind dat we de huisartsen ook moeten benoemen. Dat is een superbelangrijke partij. We vinden het allemaal heerlijk als we bij onze huisarts terecht kunnen. Ook al heb je daarna zo nu en dan contact met de fysiotherapeut, je wilt wel graag dat de gegevens over die fysiobehandeling ook weer bij die huisarts belanden, zodat die een – lelijk woord – draaischijf is voor de informatie over de patiënt.

Voorzitter. Zo wil je misschien eigenlijk dat de patiënt niet eens merkt hoe dat stelsel, het systeem, de partijen en de instanties erachter, allemaal werken voor die patiënt. De zorgpartijen, inclusief overheden, moeten zich daar eigenlijk omheen vormen. Dat zou ik het liefste willen zien. Dan komen we toe aan allerlei dingen die we hier de hele ochtend al bespreken: geld, arbeidsmarkttekorten, regeldruk en al die andere dingen meer. Als u mij vraagt hoe ik kijk naar de zorg – een enkeling heeft mij gevraagd om daar nou eens een schets van te geven – dan is dit de hoofdlijn. Vervolgens moet je concreet worden, want dat is niet alleen maar beleid. Ik heb u een paar voorbeelden gegeven: de regiobeelden, de eerstelijnscoördinatiefunctie en de wetgeving op het punt van de informatie-uitwisseling.

Voorzitter, dat vooraf, maar nog even dit erbij. Als wij het veld aanspreken op samenwerking, moeten wij onderling ook zorgen dat wij naadloos samenwerken. Dat hebben wij bij de evaluatie van de begroting ook tegen elkaar gezegd. Dat moet samenkomen als de twee helften van de Maagdenburger bollen. Dat geldt ook voor ons. Ik vind dat het aan onze kant net zo min moet gebeuren als dat instanties of zorgpartijen zeggen: ja, maar, wacht eventjes, daar zien wij een verschil van mening. Ik heb gezegd dat ik de rol van preventie en van de regio heel belangrijk vind en ik wil nog zeggen dat ik ook voor e-healthtoepassingen ben. Dat is een hele grote verzamelaar van van alles en nog wat. Ik wil daarover nog opmerken dat e-health allang geen gadget meer is. Het is niet iets aan de zijlijn van de zorg, maar het komt helemaal in het hart van de zorg. Er zitten echt grote voordelen aan het informatie delen en het contact hebben met een dokter via bijvoorbeeld beelduitwisseling. Dat scheelt een hoop voor de efficiency, maar ik denk dat het vooral scheelt voor de patiëntveiligheid. Mensen voelen zich verzorgd als zij via een beveiligde skypeverbinding of digitaal met een telefoontje, contact kunnen leggen met een zorgverlener, of dat nou de huisarts, de verpleegkundige of een ziekenhuisdokter is. Ik denk dat dit grote positieve ontwikkelingen zijn, maar we moeten ervoor waken dat dit niet overnight is geregeld. Het is niet een-twee-drie geregeld. Dit als opmerking vooraf.

Mevrouw Ellemeet vroeg als eerste spreker of wij het niet gek vinden dat het ziekenhuis aan huisartsen vraagt om meer door te verwijzen naar het ziekenhuis, terwijl we juist een andere beweging willen inzetten, in relatie tot de huisarts Jung uit Afferden. Ik heb dat even nagevraagd en ik heb begrepen dat de verzekeraar niet vraagt om meer te verwijzen naar het ziekenhuis, maar om waar dat kan verwijzingen te verschuiven tussen ziekenhuizen, dus niet méér maar van het ene naar het andere ziekenhuis. Daar ben ik natuurlijk geen tegenstander van. Dat vind ik een heel goed idee, zeker in de specifieke situatie van het desbetreffende ziekenhuis. Dan is er gevraagd hoe je het beste komt tot gelijkgerichtheid van belangen in het ziekenhuis; het medisch-specialistisch bedrijf versus artsen in loondienst. Ik vind die gelijkgerichtheid van groot belang. We hebben daarover een rapportage besteld van SiRM. Ik ben de ronde aan het doen met partijen in het veld over hoe je die gelijkgerichtheid kan bevorderen. Gelijkgerichtheid is een jargonwoord, maar het gaat erom dat de belangen van de specialist en de ziekenhuisorganisatie congruent zijn en in lijn met elkaar.

Dat is de ene opmerking, maar daar wil ik het niet bij laten. Ik vind het punt van samen beslissen een zeer interessante ontwikkeling, maar die kost ook wel tijd. Wat is de beste uitkomst van een behandeling voor de patiënt? Bij de wijziging van de Wgbo per 1 januari wordt dat samen beslissen als een recht opgenomen. Dat stapje zal wat mij betreft worden gevolgd met wat meer meten wat de uitkomst van een bepaalde behandeling is. Ik vind dat we meer naar de uitkomst van de behandeling moeten gaan kijken, om ook de financiering in de zorg daarop aan te laten sluiten. Zo maak je belangen congruent, volgens mij.

Is dat allemaal overnight klaar? Nee, zeker niet. De helft van de ziektelast willen wij in kaart brengen met uitkomstgerichte informatie ten bate van de patiënt, zoals mevrouw Van den Berg ook noemde. Daar hebben we nog tot en met 2022 voor nodig, maar ik vind dat wel een interessante ontwikkeling. Ik denk dat het van groot belang is dat we gaan meten en weten wat de uitkomst is van een behandeling en dat dit meer centraal staat dan de behandeling zelf. Ik denk dat dat de ontwikkeling is.

Dan de rol van de verpleegkundige. Ik heb gisteren gesproken met het Tergooi-ziekenhuis, als veelgebruikt voorbeeld, wat ik vaak terughoor van verpleegkundigen. Zij hebben daar een werkwijze gevonden, ontleend aan de Magnet Hospitals in Chicago, met autonomie van de verpleegkundige en kennis delen, onderling maar ook met de specialisten in het ziekenhuis. Dat leidt tot een hoop werkplezier, om dat woord maar eens te gebruiken. Dat vind ik zeer interessant.

Ik heb ook tegen de mensen van Tergooi gezegd dat ik de manier waarop de verpleegkundigen hun stem kunnen laten horen in dat ziekenhuis, een heel mooi voorbeeld vind. Er zijn misschien meer goede voorbeelden, maar dit spreekt zeer tot de verbeelding en ga ik ook actief pluggen, in goed Nederlands, bij andere ziekenhuizen, zodat de stem van de verpleegkundigen luid en duidelijk wordt gehoord.

We hebben eerder een discussie gehad of dat altijd een rol in de raad van bestuur van het ziekenhuis moet zijn. Dat is een mogelijkheid, dat kan, maar in Tergooi hebben ze een andere werkwijze gevonden, namelijk een verpleegkundige raad, die een reguliere gesprekspartner is voor zowel de directie als voor de specialisten in het ziekenhuis. Dat vind ik echt een mooi voorbeeld.

Dan het gesprek met de fysiotherapie over een tussenoplossing over de behandelindex. Mevrouw Ellemeet weet dat we in juni bestuurlijke afspraken over de paramedische zorg hebben ondertekend, dat was numero 5. Dat was niet helemaal een hoofdlijnenakkoord, maar daar doet het erg aan denken. Op dit moment werken partijen aan het uitvoeren van het Systeemadvies oefen- en fysiotherapie, samen met het Zorginstituut. Hierin wordt onder andere gewerkt aan het aantonen van effectiviteit van oefen- en fysiotherapie bij specifieke aandoeningen. In het bestuurlijk overleg van januari zal ik de tussenstand van de behandelindex met de partijen bespreken, dus op basis van de informatie die nu wordt verzameld door de fysiotherapeuten, samen met het Zorginstituut.

We hebben bij de begroting ook gesproken over de doorzettingsmacht voor een zorgregisseur, in iets andere woorden, maar het ging wel over de vraag wie het voor het zeggen heeft in de regio. Dat is echt een punt waar ik bij de contourennota op terug moet komen. Ik vind het van belang dat de partijen elkaar de bal toespelen; de zorgverzekeraar, het zorgkantoor en de gemeente. Het is echt nog even een puzzel voor ons beiden en collega Blokhuis hoe dat op de handigste manier kan worden vormgegeven.

Dan nog twee vragen van mevrouw Ellemeet. Hoe gaat u zorgen voor een stappenplan als vervolg op de toekomstverkenner Flevoland? U weet dat er een zorgtafel is in Flevoland die heel regelmatig bij elkaar komt. De zorgtafel wordt altijd gevolgd door een voortgangsoverleg van de mensen in Flevoland met het departement van VWS. De zorgtafel is nu bezig met de uitwerking om een rapportage van de toekomstverkenner te vertalen in

een stappenplan, met een agenda. In het komend voorjaar van 2020 zal ik u ook vertellen over de voortgang die is gemaakt met het overleg aan die zorgtafel. Tussendoor heb ik met enige regelmaat contact en zit ik om de tafel met mensen uit Flevoland, want ik wil bij die ontwikkeling betrokken blijven.

Dan heb ik de vragen beantwoord.

De voorzitter:

Mevrouw Ellemeet heeft een vraag.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Ik zeg het echt niet snel, maar ik vind dit echt een hele onbevredigende beantwoording. Waar moet ik beginnen? Bij de casus Afferden. Ik had niet alleen gevraagd naar de doorverwijzing naar de ziekenhuizen, maar ik heb die casus geschetst als een goed voorbeeld van de juiste zorg op de juiste plek. Daarbij heb ik aangegeven dat dit aantoonbaar leidt tot minder doorverwijzingen en tot tevredenheid van patiënten en artsen. Wij zien dat dit voorbeeld niet wordt uitgebreid, terwijl dat wel de bedoeling was. We zien dat de zorgverzekeraar weigert te investeren in dat initiatief van burgers om juist te investeren in gezondheid. En we zien dat huisartsen inderdaad gevraagd zijn om mee te denken over die doorverwijzing. Op dat laatste punt heeft de Minister geantwoord, maar het ging mij natuurlijk om dat bredere verhaal, namelijk dat dit een mooi voorbeeld is en dat we dat nu zien sneuvelen.

Minister Bruins:

Sorry, ik voel me een beetje opgejaagd, maar dat is misschien ten onrechte. Als ik te puntig ben, moet u het maar aangeven. Nee, ik vind Afferden een heel goed voorbeeld, met meer tijd voor de patiënt. De zorgverzekeraar waardeert dat positief en kijkt of dat bij andere huisartsenpraktijken ook op die manier kan worden ingevuld. Dat voorbeeld van Hans Peter Jung wordt als voorbeeld genomen voor andere praktijken en dat vind ik heel goed.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Ik weet niet of u het artikel in Medisch Contact gelezen heeft, maar daarin staat juist dat het niet uitgebreid wordt. De verzekeraar in deze regio gaat het niet uitbreiden en gaat niet investeren in dat sociale domein, want dat valt onder de Zorgverzekeringswet. Ik heb dus wat anders gelezen dan de Minister.

Minister Bruins:

Ja, ik heb het artikel gelezen. Dit is de informatie die ik van de zorgverzekeraar heb gekregen. Die samenhang met het sociale domein is juist een mooi voorbeeld. Dat is het verschil tussen mens en patiënt zou je kunnen zeggen. Als je pijn in je buik hebt is er een medische of een sociale reden, dus dan moet die verbinding met het sociale domein goed te regelen zijn, ook in de gemeente Afferden, want dan moet je naar de gemeente toe en niet naar de huisarts. Ik vind Afferden een mooi voorbeeld en ik gebruik dat ook in spreekbeurten. Nogmaals, ik heb van de zorgverzekeraars begrepen dat zij deze route vaker op willen.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Ik laat het hier even bij, want volgens mij komen we er niet uit. Ik heb begrepen dat ze weigeren om te investeren in het sociaal domein, dus dat dat mooie voorbeeld geen doorgang kan vinden, omdat de verzekeraar niet investeert in het sociale domein. Dat is precies wat we met de juiste zorg op de juiste plek wel willen. Ongeveer alle collega's hier hebben gezegd dat preventie belangrijk is. Dan willen we ook dat die verbinding gelegd wordt, maar dat gebeurt niet. Maar goed, ik laat het hier even bij.

Sorry, maar de beantwoording was echt ontoereikend, dus ik weet niet waar ik moet beginnen. De regio's. Ik had gevraagd naar de verhouding bij de opdracht die de UMC's hebben gekregen en de acute zorg in de regio. Er is een opdracht die nu wordt uitgewerkt en je hebt die regio-beelden en afspraken. Wat is de samenhang? Het ene wordt geleid door de verzekeraar en het andere door de UMC's. Wie beslist hoe die relatie is?

Minister Bruins:

Als het gaat om de acute zorg, zitten de partijen met elkaar om de tafel in het Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ). Ik heb gezegd dat dit in breder verband een thema is dat bij de contourennota moet worden uitgewerkt, omdat er verschillende partijen actief zijn als opdrachtgevers in de regio; gemeente, zorgkantoor en verzekeraar. Maar voor de acute zorg is het het ROAZ.

Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):

Dat is precies mijn vraag. Je hebt het ROAZ, waarin afspraken worden gemaakt over de acute zorg, en je hebt het regiobeeld dat uitgewerkt wordt, met regiobrede afspraken. Ik krijg signalen van partijen in het veld dat er op twee plekken verschillende afspraken worden gemaakt die wel met elkaar te maken hebben. Dat heeft ook te maken met de coördinatie. Hoe zorgen we dat er een partij is met doorzettingsmacht, waarin de acute zorg in verband gebracht kan worden met de bredere afspraken in de regio? Misschien kan de Minister daar zo meteen nog op terugkomen. Ik heb ook gevraagd naar het woonvraagstuk, maar daar heb ik ook geen antwoord op gekregen. Ik zie dat Minister De Jonge daarop ingaat. Fine. Ik heb niet alleen gevraagd naar gelijkgerichtheid van het MSB en de besturen, maar ook wat de Minister vindt van het in loondienst brengen van artsen. Daar zou ik ook graag een reactie op willen. Ten slotte weet ik niet of ik goed heb verstaan wat de Minister zegt over de fysiotherapeuten; dat er begin volgend jaar een tussenoplossing komt. Zegt de Minister daarmee dat de behandelindex nog steeds een probleem is voor fysiotherapeuten, dat we niet kunnen wachten tot die nieuwe resultaatindex en dat we moeten kijken of die behandelindex in de tussentijd aanleiding kan vormen voor een gesprek in plaats van als een strafinstrument ingezet te worden?

Minister Bruins:

Op het laatste punt is heel duidelijk dat ik in het bestuurlijk overleg van januari de tussenstap wat betreft de behandelindex bespreek met de partijen, dus dat ga ik doen. Ik ga kijken hoever de partijen zijn gevorderd. Ik wil die tussenstap daar bespreken. Dat is één.

Ik dacht dat ik over loondienst al de opmerking had gemaakt dat ik het prima vind dat artsen in loondienst werken. Er is en blijft ook een subsidieregeling voor mensen die willen overstappen, opdat men in loondienst gaat werken. Ik hoop dat ik op dat punt een helder antwoord heb gegeven.

Ik heb ook gezegd waar wij onze energie op zouden moeten richten op de iets langere termijn, namelijk op de uitkomsten van behandeling. Ik zou het vraagstuk van bekostiging langs die lijn willen behandelen. Daarom maakte ik de combinatie van gelijkgerichtheid en uitkomsten van behandelingen.

De voorzitter:

Dank u wel. Voordat u overgaat tot de beantwoording van de vragen van mevrouw Bergkamp, ik heb net verzuimd te melden dat wij bij aanvang van de middagvergadering in de plenaire zaal stemmingen hebben. Zodra de stemmingsbel gaat, dat zal ik in de gaten houden, zullen wij ons

vervoegen naar de plenaire zaal. Het woord is aan de Minister, o, pardon, de heer Hijink.

De heer **Hijink** (SP):

Even procedureel. Gaat de Minister nu iedereen af of gaan we ook het debat voeren over artsen in loondienst? Dat vind ik een beetje ongemakkelijk. Het ging er net heel even over. Gaan we dat dan dadelijk nog een keer doen of gaan we dat debat nu voeren?

Minister **Bruins**:

U heeft er ook vragen over gesteld, dus dan kom ik er weer op terug, maar de kans dat ik dan hetzelfde antwoord geef, is vrij groot.

De heer **Hijink** (SP):

Dat vind ik een beetje een rare manier van debatteren, dus dan doen we het maar nu. Ik hoorde de Minister zeggen dat we een subsidieregeling hebben om artsen te verleiden om in loondienst te gaan. Ik heb er weleens naar gekeken, maar daar heeft echt een lachwekkend aantal artsen gebruik van gemaakt. Volgens mij was er zelfs een jaar waarin één iemand gebruik heeft gemaakt van die regeling. Verschillende partijen benadrukken hier de stijging van de zorgkosten. Nu hebben we hier een maatregel die goed zal uitpakken voor het terugdringen van allerlei productieprikkelers in de zorg en die ook het benodigde geld kan opleveren om te investeren in verpleegkundigen en om de salarissen in de medisch-specialistische bedrijven terug te dringen. Is de Minister bereid om daar wetgeving op te maken, zodat we dat op een andere manier gaan organiseren en dat niet overlaten aan de sector?

De **voorzitter**:

De vragen kunnen echt aan kracht winnen door ze korter te laten zijn. Een korte reactie van de Minister.

Minister **Bruins**:

Het antwoord is nee. Ik ga geen wetgeving op dit punt maken. Ik vind dat ons kernthema moet zijn: gelijkgerichtheid. Daar wil ik op inzetten en ik wil bij de financiering van de zorg erop inzetten dat we niet kijken naar behandelingen maar in toenemende mate naar de uitkomst van behandelingen. Ik realiseer me dat dat tijd kost, maar dit is de route die ik beleidsmatig graag wil gaan.

De heer **Hijink** (SP):

Dat is toch eigenlijk een heel dure houding van de Minister, dat hij daar helemaal niks aan wil doen, terwijl uit alles blijkt dat je op deze manier twee vliegen in één klap kunt slaan als het gaat om geld dat nu verdwijnt in de zakken van mensen die eigenlijk te veel verdienen in de zorg. Artsen mogen van mij een goed salaris hebben, want zij doen belangrijk werk, maar artsen die in loondienst zijn, hebben ook een mooi salaris. We zien dat er ook een categorie specialisten is die te veel geld verdient en die de zorg ziet als een verdienmodel. Daar moeten we gewoon vanaf wat de SP betreft. Dat betekent dat je als Minister ook in die sector moet durven ingrijpen. Je kunt niet op allerlei plekken in de zorg de broekriem aanhalen en deze groep met rust laten. Dat kan niet. Je zult ook daar maatregelen moeten nemen, dus ik vraag de Minister om dit echt aan te pakken, en anders gaan we hem daar per motie toe oproepen.

Minister **Bruins**:

Als het gaat om zorg als verdienmodel wil ik niet het pad op dat er maar verrichtingen worden gedaan, maar kijken naar de uitkomsten van die verrichtingen. Dat zou de kern moeten zijn, volgens mij, maar het is ongelofelijk ingewikkeld wanneer en hoe je meet wat de uitkomst van een

behandeling is. Doe je dat na drie weken, drie maanden of drie jaar? Dat is echt een ingewikkelde puzzel. Bovendien hebben we overall nog niet de uitkomstgerichte informatie die bruikbaar is voor samen beslissen, zodat de patiënten goed het gesprek kunnen voeren met de dokter. Dat is nog lang niet allemaal aanwezig. Als kwantitatieve doelstelling heb ik geformuleerd dat er in 2022 bij 50% van de ziektelast uitkomstgerichte informatie is. Dat is volgens mij de route die we moeten gaan.

De heer **Hijink** (SP):

Dit is natuurlijk gewoon een excuus om niks te hoeven doen. Dat heeft helemaal geen zak met elkaar te maken. Je kunt prima onderzoek gaan doen naar uitkomstgerichte zorg, maar dat heeft helemaal niks te maken met de manier waarop wij artsen en specialisten betalen, in loondienst of in maatschappen. Je kunt precies dat proces volgen dat de Minister graag wil en tegelijk ervoor zorgen dat alle specialisten in loondienst gaan werken. Dat proces dat de Minister wil bewandelen, kan hij ook prima doen met artsen die in loondienst werken.

Minister **Bruins**:

Ik heb gereageerd op de opmerking van de heer Hijink zelf over zorg als verdienmodel. Ik wil niet het pad op dat er wordt geproduceerd om het produceren, maar ik wil kijken naar de resultaten, de uitkomsten van de behandeling, ten gunste van de patiënt. De heer Hijink sprak over «geen zak doen», in zijn woorden, maar er is een subsidieregeling beschikbaar opdat artsen kunnen overstappen. Die regeling zal komend jaar en het jaar daarop ook gewoon in werking blijven.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Ik moest even denken of ik hierop zou interrumperen, want ik heb weinig interrupties, maar dit is wel een heel belangrijk punt. Er was ook een brief van Minister Bruins over de regio's en de regiobeelden. Ik had ook gevraagd naar de democratische controle. We tuigen nu regiobeelden op en we gaan afspraken maken in de regio. Daarmee creëren we een soort nieuwe laag waarin bestuurd wordt door betrokken partijen, maar we weten nog niet precies hoe het eruit gaat zien. Hoe gaan wij daar democratische controle op houden volgens de Minister?

Minister **Bruins**:

Ik had deze vraag geparkeerd voor een gezamenlijke behandeling in de contourennota. Ik heb al de drie partijen genoemd die aan het roer staan in de zorg: de gemeenten, de zorgkantoren en de zorgverzekeraars. Het is een ingewikkelde puzzel om te zoeken naar een goede manier om te sturen in de regio. Voor de acute zorg, dus voor het ROAZ vind ik dat iets makkelijker, want daarover is er een professioneel overleg. Ik heb daar nog niet een sluitend antwoord op. Ik vind het wel belangrijk om vast te stellen dat ik van mening ben dat het openbaar bestuur in de regio vaker en meer aan tafel moet zitten vanwege de verwevenheid van langdurige zorg, Wmo en ziekenhuiszorg. Ik vind dat het noodzakelijk is dat gemeenten daarbij betrokken zijn, maar ik heb net gezegd dat ik bij de contourennota wil aanduiden hoe dat vorm te geven.

De **voorzitter**:

U vervolgt de beantwoording.

Minister **Bruins**:

Dan hoop ik toch dat ik mevrouw Ellemeet toch naar genoegen heb beantwoord, of zo goed mogelijk. Dan kom ik bij mevrouw Bergkamp van D66. Zijn de bewindspersonen bereid om ervoor te zorgen dat alle betrokken partijen in de regio aan tafel zitten? Ja. Ik denk dat dat noodzakelijk is. Wij zien nu de eerste proeven

van regiobeelden verschijnen. Daar zijn nog niet alle zorgverleners op aangehaakt, en misschien ook nog niet alle gemeenten in een bepaalde regio. Ik zie dat als een stap-voor-stap-benadering. Ik denk dat die behoefte zal groeien en dat we over een paar jaar zien dat er geen gemeente meer is die zegt: doe dat regiobeeld maar buiten mij om. Ik vind dat het regiobeeld moet worden gevolgd door een handelingsperspectief of een visie. We zoeken nog naar een goede naam, maar het gaat niet alleen om een beschrijving dat de mensen in de regio ouder, rijker of armer worden, of weet ik wat, maar er moeten ook consequenties of een handelingsperspectief aan worden verbonden.

Ik zeg in de richting van de heer Van der Staaij dat wij zo ver zijn dat ik verwacht dat wij in het voorjaar van 2020 kunnen zeggen: strik eromheen, voor alle regio's in Nederland hebben we een regiobeeld te pakken. Ik zie dit ook als een groeibriljant, omdat de laatste logopedist mogelijk nog niet is aangehaakt bij een regiobeeld. Ik denk dat er in de regio een werkvorm moet worden gevonden, zodat het wel breed gedragen is. Als partijen elkaar daar vinden, is dat ook de start van de samenwerking, daar ben ik heilig van overtuigd. Dat over die vraag.

Dan de vraag over zinnige zorg of niet-effectieve behandeling. Hoe zit het met het programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik? Wanneer hoort de Kamer daar iets over? Het is deze zomer van start gegaan. Ik was van plan om na een jaar werken met dat programma, dus volgende zomer, een resultaat daarvan aan te bieden.

Dan de stijging van het cijfer rond geboortes. Is de Minister bereid om onderzoek te laten doen naar de inrichting van het zorglandschap voor geboortezorg in de toekomst? In de brief van 25 november heb ik een andere onderzoeksvraag gesteld bij het RIVM, namelijk om aanvullend onderzoek te doen naar de vraag hoe we kunnen zorgen dat het geboortecijfer de goede richting op gaat buigen. Ik zou dat onderzoek willen doen en daarmee bij u terug willen komen. Aan de hand daarvan kunnen we kijken of we bij de organisatie of de inrichting van het zorglandschap ook maatregelen moeten nemen.

Bij het eerstelijnsverblijf sprak mevrouw Bergkamp over iets langer verblijf, bijvoorbeeld voor ouderen met dementie. Zij vroeg of de Minister bereid is om een proef te starten. Misschien dat mijn collega er ook op ingaat, maar ik dacht dat binnen de bestaande regels al zwaardere zorg en de bijbehorende experimenten mogelijk zijn. Daar gaat Hugo straks op in. Mevrouw Bergkamp vroeg ook hoe de Minister slimme zorg, van ziekenhuis naar thuis en data-analyse gaat faciliteren en stimuleren. Ik denk dat u al deze trefwoorden terugziet in de hoofdlijnenakkoorden. Het is benoemd als slimme zorg, als iets wat niet meer nevenbei is, maar in het hart van de zorg zit. Daarnaast gaat de NZa kijken welke beleidsregels moeten worden aangepast voor de inzet van de slimme zorg, bijvoorbeeld of zij slimme zorg thuis beter kunnen betalen dan zorg in het ziekenhuis. Daar is de NZa mee bezig en daar zie ik een vorm van een stimulans in. De inspectie heeft onlangs een e-health-toetsingskader gepubliceerd en werkt met de verschillende partijen aan afspraken om medische technologie thuis op een veilige manier in te zetten, dus dat is ook een bijdrage, maar dan van de inspectie.

De zorgverzekeraars hebben een taskforce ingericht om te kijken hoe zij opschaling van e-health-initiatieven kunnen plegen. En dan is er ook nog Health~Holland dat samen met topsectoren en kennisinstellingen kijkt hoe e-healthtoepassingen kunnen worden gestimuleerd. Over het algemeen is daar niet zo heel veel voor nodig, want het is werkelijk een baaiert aan mogelijkheden.

De vraag die wij als overheid moeten stellen – en dat hoop ik te doen in de nota die u komend voorjaar krijgt over de MedTech-agenda – is om te kijken hoe wij een soort zeef kunnen inbouwen en kijken welke initiatieven we verder moeten opschalen en welke niet. Gisteren heb ik in een ander debat het Hii~Holland-initiatief daarbij genoemd.

De huisarts weet alles van de patiënt en de sociale context. Als de patiënt naar het ziekenhuis gaat, gaat die informatie verloren. Dat is wat wij beslist niet willen. Om die reden komen we met wetgeving, zodat die medische gegevens kunnen worden uitgewisseld tussen zorgprofessionals. Heb je dan alles? Nee, want je hebt geen informatie uit het sociale domein, maar je hebt wel alles wat met de gezondheid te maken heeft. Ik zie ook hier een ontwikkeling. Er zullen vaak private partijen zijn die zeggen dat je ook andere informatie kunt toevoegen aan die applicaties. Dan heeft mevrouw Bergkamp gezegd: we kunnen steeds meer, we worden steeds ouder en de kosten stijgen. Zij vroeg of de contourennota ook zal gaan over betaalbaarheid. Jazeker, dat zal daar aan bod moeten komen. Tot zover het makkelijke antwoord, want de vraag is natuurlijk hoe. Maar goed, dat weet u.

Ik denk dat ik in mijn inleidende woorden heb gereageerd op Het Roer Moet Om. Ik vind het belangrijk dat de huisartsen dit signaal hebben gegeven. Ik vind ook dat we moeten laten zien waar wij behulpzaam kunnen zijn, bijvoorbeeld met die coördinatiefuncties voor tijdelijk verblijf. Dat kan ook door digitale gegevensuitwisseling. Ik begrijp heel goed dat artsen die het liefst vandaag nog zouden willen hebben, maar er is snel wetgeving in aantocht op dit punt.

Daarmee heb ik de vragen van mevrouw Bergkamp gehad. Sorry, ik heb er nog eentje liggen, namelijk over de transitie van de eerste naar de anderhalve lijn. Een mooi voorbeeld daarvan is het spreekuur van de specialist bij de huisarts. Mevrouw Bergkamp noemde dit een mooi voorbeeld. Dat vind ik ook. Ik zie dergelijke voorbeelden steeds vaker. En ik wil ze ook steeds vaker zien op dejuistezorgopdejuisteplek.nl, zodat je die voorbeelden aan andere partijen kunt laten zien. Ook in de gesprekken die wij voeren met de zorgverzekeraars vind ik dit iets om stelselmatig aandacht aan te geven. Want ik denk dat patiënten het prettiger vinden: ze hoeven niet naar het ziekenhuis maar kunnen hetzij naar de huisarts hetzij naar een anderhalvelijnscentrum. Dat bestaat ook, bijvoorbeeld in Blauwe Zorg heb ik dat gezien, in het zuiden van het land. Dat zijn mooie voorbeelden en mensen vinden het heel prettig. Dus ik vind het mooi om dat te tonen.

Mevrouw Bergkamp (D66):

Knap dat de Minister zó breed en compact kan zijn over heel grote onderwerpen. Dat roept echter wel een aantal vragen op. De Minister zegt over het elv dat er al proeven zijn. Ik merk in de praktijk dat als mensen somatische klachten hebben en/of dementie, intensiever of langer verblijf op het elv gewoon niet kan; mensen moeten daar dan weg. Ik ben blij om te horen dat er blijkbaar al experimenten zijn. Ik zou het heel erg waarderen als de Minister in ieder geval voor de stemmingen ons kan informeren wat die experimenten zijn, hoeveel er zijn en waar die zijn. Want ze zijn niet bekend bij de mensen met wie ik heb gesproken. Dat is mijn eerste vraag: is de Minister hiertoe bereid?

Minister Bruins:

Voorbeelden van eerstelijnsbedden zijn er heel veel in Nederland. Ik ben dan ook niet bij machte om daar een overzicht voor heel Nederland van te maken. Maar misschien begrijp ik de vraag van de spreker niet.

Mevrouw Bergkamp (D66):

Excuus, dan heb ik me niet duidelijk uitgedrukt. Het gaat erom dat er bij elv's echt een beperking zit, ook in de uren. We zien dat mensen steeds ouder worden, complexere problemen hebben, thuis bijvoorbeeld vallen, en dan in een elv-bed terecht komen. Zij hebben soms langere en intensievere zorg nodig, maar hebben nog geen Wlz-indicatie. Mijn vraag was of de Minister wil experimenteren met zorgverzekeraars en zorgaanbieders om het wat uit te proberen met elkaar. De Minister zei: ja, er zijn al

allerlei experimenten. Mijn vraag is nu of de Minister ons daarover voor de stemmingen kan informeren.

Minister Bruins:

Mijn collega gaat zo meteen proberen te vertellen waarom die experimenten nu al mogelijk zijn.

Mevrouw Bergkamp (D66):

«Nu al mogelijk»: alles is mogelijk in dit leven. Zonde van mijn interruptie, dit, voorzitter, maar goed, ik zeg het maar even. Dus dat dit ook mogelijk is: prima. Alleen feit is dat er op dit moment volgens mij geen experimenten plaatsvinden op dit onderwerp. De Minister zegt van wel. Dus dan hoor ik heel graag waar die experimenten zijn en of die voorzien in de behoefte. Laat de Minister ons gewoon voor de stemmingen informeren, dan weet ik precies wat het antwoord is.

Dan een vraag over de geboortezorg. Ik snap dat de Minister zegt dat er een advies is gevraagd aan het RIVM. Ik ben benieuwd wanneer dat advies er is, want het lijkt me een gemiste kans als het geboortelandschap van de toekomst niet in de contourennota zou worden meegenomen omdat het onderzoek van RIVM langer duurt.

Minister Bruins:

Ik heb aangegeven dat ik het RIVM heb gevraagd om aanvullend onderzoek te laten uitvoeren naar verbetermogelijkheden. Ik verwacht dat ik dit onderzoek rond de zomer van 2020 beschikbaar heb.

Mevrouw Bergkamp (D66):

Met als consequentie dat het niet meegenomen kan worden in de contourennota, dus dat die inrichting daarna pas kan plaatsvinden. Maar ik snap ook de zorgvuldigheid in de stapjes.

Toch nog even over de huisarts. We hebben het allemaal gehad over het boekje van iets met «roer», zeg ik maar even zo. In ieder geval is de titel Tussen wal en schip, daar zijn we het allemaal over eens. Om te voorkomen dat het abstract blijft, zou ik het mooi vinden als we gewoon kijken naar deze casuïstiek en als de bewindspersonen een korte analyse geven waarin ze duidelijk maken wat er mogelijk is om dit op te lossen. Want anders blijft het wel heel vrijblijvend. Dus willen de bewindspersonen toezeggen om dit boekje gewoon te analyseren, in de trant van: dit en dat is al mogelijk, goh, wat raar dat dat niet mogelijk is? Dan krijgen we in ieder geval iets meer probleemoplossend vermogen, kijkend naar de groep mensen over wie wij ons heel erg zorgen maken.

De voorzitter:

Dank u wel. Ik zeg erbij dat we ook al een reactie hebben gevraagd op de petitie.

Minister Bruins:

Ik vond dat ik het niet onbesproken kon laten en het niet met een holistische opmerking af kon doen. Daarom heb ik als voorbeeld genoemd dat de inrichting van die coördinatiefunctie al werkt. Ik heb ook de opmerking gemaakt dat ik hoop dat als er nog een keer een brief wordt geschreven door Het Roer Gaat Om, die gaat over de knelpunten die men in de regio ervaart bij de samenwerking. Want die regionale samenwerking vind ik van heel groot belang. Dus ik heb wel willen reageren op het boekje dat u bedoelt, maar er staat natuurlijk helemaal niks in de weg om dat nog een beetje uitgebreider te doen, want we moeten toch ook reageren op de petitie.

Mevrouw Bergkamp (D66):

Als dat kan via de procedurevergadering, graag, maar dan wel met diepte. Dus iets meer dan algemeen.

Minister Bruins:

De derde spreker vanochtend was mevrouw Sazias. Zij had het over de inwilliging van de looneis van de verpleegkundigen. In deze vraag lees ik een antwoord dat ik ook bij de begrotingsbehandeling heb gegeven. Mevrouw Sazias weet dat ik niet een cao-partij ben. Mevrouw Sazias weet ook dat de ova-middelen jaarlijks worden vastgesteld. Voor 2019 betreft dit een bedrag van 1,7 miljard. In de zorg zien we dat een aantal cao's die de afgelopen periode zijn afgesloten, gebruik hebben gemaakt van deze beschikbare ruimte. Dus ik heb ook hier de cao-partijen opgeroepen om weer om tafel te gaan.

Een van u, ik meen mevrouw Van den Berg, heeft gevraagd naar de voortgang. Ik vond dat het niet vlot ging. Daarom heb ik de afgelopen weken de verschillende partijen aan tafel gehad en gekeken of er bereidheid was om met een verkennertoezicht te werken. Die verkennertoezicht is inmiddels aangewezen, is inmiddels aan de slag en heeft met de cao-partijen de ambitie om binnen enkele weken tot een oplossing te komen. Of dat lukt, ligt in de toekomst verborgen, maar ik vind het belangrijk dat ik de vinger aan de pols houd. Dat is een.

Dan het AD-artikel dat niet elk ziekenhuis de norm haalt wat betreft kankeroperaties. Ik heb dat artikel ook gelezen. Ik vond het een informatief artikel, maar ik vond ook dat soms werd gemist wat in de praktijk wel speelt, namelijk dat ziekenhuizen soms in de loop van het jaar tot de conclusie komen dat ze met bepaalde behandelingen moeten gaan stoppen. Ik heb dat eens nagevraagd, en in de helft van de ziekenhuizen die worden genoemd in het AD-artikel, vond het stoppen met een bepaalde behandeling niet plaats op 1 januari, maar ergens in de loop van het jaar. Dan vind ik het ook heel goed uitlegbaar en verklaarbaar dat in het totaal van het jaar het aantal niet wordt gehaald. In het jargon van de inspectie heet dat dan «comply or explain». Dat vind ik een hele goede uitleg.

Overigens zijn wij natuurlijk van mening dat iedereen de beste behandeling moet krijgen. Ik was vorige week bij Antoniushove in Leidschendam. Ik maakte daar kennis met het Anser prostaatnetwerk, dat over prostaatankerzorg gaat. Er zijn nu, geloof ik, inmiddels acht of negen ziekenhuizen daarbij aangesloten. Ze doen allemaal de diagnostiek, maar het opereren doet nog maar een van de elf ziekenhuizen. Waarom? Omdat je er een zekere routine in moet hebben. Nu zijn er nog vier wat zij «operateurs» noemen voor deze negen ziekenhuizen. Ik vind het een fantastische ontwikkeling. Ik denk dat we dit veel vaker zouden willen zien. Is daarmee dan alle prostaatankerzorg verdwenen naar dat ene ziekenhuis? Nee, er is diagnostiek in het ene ziekenhuis, de bestraling kan op meerdere plaatsen, maar het opereren gebeurt op één plek. Ik vind dit een hartstikke mooi voorbeeld. Ik denk ook dat we vaker die kant op zullen gaan als we de stem van de patiënt steeds sterker laten klinken – de heer Veldman maakte daar een punt van. Ik sprak ook met patiënten daar. Die hebben eerst rondgekeken en gepraat in hun omgeving over waar ze zich willen laten behandelen en kwamen uit bij dit netwerk. Dat vind ik fantastisch. Dan de vraag die mevrouw Sazias al eerder heeft gesteld: gaat u nu al regelen dat de acute zorg wordt gezien als een niet-economische dienst van algemeen belang? Nee, dat ga ik niet nu regelen. Mevrouw Sazias kent het antwoord al: daar wil ik op terugkomen bij de schets over de acute zorg die ik uw Kamer zal aanbieden in het eerste kwartaal van 2020.

Mevrouw Sazias (50PLUS):

Even terug. De Minister schetst een heel mooi voorbeeld van hoe specialistische zorg het beste gecentraliseerd kan worden. Een operatie

wordt zo vaak uitgevoerd door een operateur dat je ervan uit kunt gaan dat hij heel goed weet wat hij doet. Dat is een mooi voorbeeld. Wij willen ook dat het zo gaat, maar uit mijn verhaal blijkt dat het tweeledig is. Aan de ene kant moet je specialistische centra hebben, maar aan de andere kant is de basiszorg van groot belang. Wat betreft dat verhaal over de cao: ik weet dat de Minister daar niet over gaat, maar het is wel onderdeel van de financiering van het hele systeem van de basiszorg. Als dat niet lukt, kunnen er gewoon gaten in dat systeem vallen en zijn mensen verstoken van zorg. Het ging mij om de samenhang.

Minister Bruins:

Dat zijn twee vragen in één, maar ik moet ze toch volgtijdelijk beantwoorden. De ene gaat over de oncologische behandelingen. Ik denk dat het heel goed is dat de diagnostiek van prostaatkanker in heel veel ziekenhuizen wordt gedaan; in meerdere. Dat is diagnostiek dicht bij de mensen. Het opereren gebeurt dan in een gespecialiseerd centrum. Ik denk dat dat veel vaker het geval zal zijn. In onze contourennota zullen wij nagaan wat breed inzetbaar is, dus in een groot aantal ziekenhuizen, en wat hooggespecialiseerde zorg is, in de trant van wat bijvoorbeeld bij kinderoncologie in Utrecht gedaan wordt in het pmc. Het is moeilijk om daar even een blauwdruk voor te geven en daarom gaf ik dit voorbeeld. Dan het punt van de cao's. Ik kijk goed naar de afspraken die wij hebben gemaakt bij de hoofdlijnenakkoorden. Niet alleen hebben verschillende partijen daar in 2018 hun handtekening onder gezet, ik bevroeg ze ook heel regelmatig: vindt u nog steeds dat die handtekening van u past onder de hoofdlijnenakkoorden? Met andere woorden: bent u het ermee eens dat we de groei van de kosten in de medisch-specialistische zorg en ook in de huisartsenzorg beperken? Het antwoord is nog steeds: ja. Dat vind ik een belangrijke notie.

Wat gaat de Minister doen aan de situatie in Woerden? Op de acute zorg wil ik terugkomen in de houtskoolschets. Wel weet ik dat er momenteel wordt gewerkt aan het openen van een huisartsenpraktijk in Woerden om bewoners na kantoortijden en in het weekend te voorzien van huisartsenzorg. Naar verwachting kan in de toekomst iedereen daar terecht. Dat waren de antwoorden op de vragen van mevrouw Sazias. Dan kom ik op de vragen van de heer Hijink, de vierde spreker in de rij. De eerste vraag van de heer Hijink was: is de Minister bereid meer huisartsen op te leiden? Het antwoord is: ja. Landelijk gezien stel ik al jaren meer opleidingsplaatsen beschikbaar voor huisartsen dan het Capaciteitsorgaan adviseert. Ik financier het aantal opleidingsplaatsen op basis van de ramingen. Dat wordt elk jaar gedaan, dus ook aan het eind van dit jaar zullen we weer een raming krijgen van het Capaciteitsorgaan. Daarna komt er opnieuw een besluit over het aantal opleidingsplaatsen. Daarmee is het probleem natuurlijk niet opgelost, want wij zien dat het vak van huisarts veel vraagt. In mijn gesprekken met de LHV gaat het daar regelmatig over. Bijvoorbeeld met verzekeraars wordt gekeken naar mogelijkheden om een deel van de administratie of van het praktijkmanagement aan een ander op te dragen, al dan niet in overleg met de verzekeraars, opdat de huisarts weer kan «huisartsen». Dat soort voorbeelden moeten wij veel meer voordraaien. Ik ga met de LHV naar vijf of zes verschillende regio's toe waar het moeilijk wordt om vervanging te vinden. Ik vind dat wij hier heel stevig op in moeten zetten. Nogmaals, ik doe dat steeds samen met de LHV. Het is een mooi vak, maar het vraagt ook heel veel.

De heer Hijink (SP):

Ik bedoelde die vraag eigenlijk wat breder. Het gaat mij niet alleen om het aantal opleidingsplaatsen en zo. Het gaat mij er meer om of de Minister bereid is om dit onderwerp uitgebreid aan bod te laten komen in de toekomstverkenning waar nu steeds naar verwezen wordt. Gaan we dus

niet alleen kijken naar meer huisartsen opleiden, maar ook naar de vraag hoe we ervoor kunnen zorgen dat het vak aantrekkelijk blijft en er veel meer aandacht komt voor de patiënt als mens en voor de vraag waar zijn problemen nou vandaan komen, ook meer in de preventieve zin? Dan komt de huisarts niet meer zo snel mogelijk, binnen tien minuten, tot een actie of een doorverwijzing, maar krijgt hij veel meer tijd om het contact met de patiënt te onderhouden. Dat vraagt echt een andere aanpak. Ik vraag de Minister om daar heel uitgebreid bij stil te staan in zijn notitie volgend jaar.

Minister Bruins:

Nou vraagt de heer Hijink iets voor de contourennota van volgend jaar. Ik probeer daar juist niet steeds naar te verwijzen, want ik vind dat we in de tussentijd ook al dingen kunnen doen, bijvoorbeeld door de inzet van de verpleegkundig specialist, de physician assistant of de praktijkondersteuner. Of neem de rol van de verzekeraar. Die kan een deel van het papierwerk of van de huisvesting voor zijn rekening nemen, opdat de dokter kan dokteren. In de opleiding van huisartsen wordt meer aandacht besteed aan hoe je een praktijk moet managen. Dat zijn allemaal elementen om het vak van huisarts aantrekkelijk te houden. Dat vind ik van heel groot belang. Ik wil daar best op ingaan in de contourennota. Dat lijkt me niet bezwaarlijk, maar misschien doe ik het wel eerder. Over het investeren in de huisartsen hebben we het nu wel gehad. De heer Hijink heeft nog gevraagd naar de doorzettingsmacht voor huisartsen in acute situaties. Van een dergelijke doorzettingsmacht ben ik geen voorstander, want we hebben die taak nou net beledigd bij het ROAZ. Wat de inrichting van de acute zorg betreft heb ik u een schets in het eerste kwartaal van 2020 in het vooruitzicht gesteld. Daar wil ik mijn antwoord voor nu bij laten.

De heer Hijink (SP):

Die vraag kwam natuurlijk voort uit het mooie boekje dat we afgelopen dinsdag hebben gekregen en de grote frustratie van huisartsen. Ze moeten zeven uur aan de telefoon zitten, ze moeten leuren met patiënten om ze ergens te kunnen plaatsen. Of het nu in een verpleeghuis is, in de ggz of in de jeugdzorg, ze moeten leuren, leuren, leuren. De huisartsen hebben op geen enkel moment de mogelijkheid om te zeggen: dit is de beste plek, dit is de juiste zorg op de juiste plek voor deze patiënt. Ze kunnen deze zorg niet aanbieden aan de patiënt, omdat alle deuren dichtgaan. Ik weet niet precies hoe, maar ik vind dat onderzocht zou moeten worden of een huisarts op een bepaald moment meer macht moet hebben om te zeggen: hoe je het administratief gaat oplossen zoek je later maar uit, maar deze patiënt stapt nu in de auto en komt eraan.

Minister Bruins:

Nou wordt het toch een versimpeling van de werkelijkheid. Waar laten we die patiënt in de auto dan naartoe gaan? Ik heb juist willen benadrukken dat ik het van belang vind om regionale coördinatiefuncties in te richten voor eerstelijnsverblijf. Dat zie ik als een eerste stap. Ik zou graag willen dat de coördinatiefuncties worden verbreed, bijvoorbeeld voor crisis-Wlz, voor crisis-Wmo. De collega zal er zo meteen het zijne over zeggen. Maar een doorzettingsmacht naar wie dan? Ik zou veel liever hebben dat huisartsen aan de regiotafel gezamenlijk dit vraagstuk bespreken en daar zeggen «als ik krap zit, als ik een probleem heb, kunnen we dan deze route volgen?», in plaats van dat het via een U-bocht bij ons komt. Ik vind dat alles aan ons geadresseerd mag worden, maar de kracht van de samenwerking zit echt in de regio. Als je daar elkaar vertelt «dit is waar ik mee bezig ben, dit is waar ik krap zit en hier maak ik mij zorgen over», dan ligt daar het begin van de oplossing. Doorzettingsmacht en iemand in een

autootje zetten, zo van «hij komt eraan»? Is dat een goede kwaliteit van zorg? Ik zou mij daar zorgen over maken.

De voorzitter:

Uw laatste vraag, zeg ik tegen de heer Hijink. Gaat uw gang.

De heer Hijink (SP):

We hebben het in het debat over de jeugdzorg met Minister De Jonge gehad over jeugdzorginstellingen, die vaststellen dat het op dit moment bij hen in de sector «eigen toko eerst» is. Dat vond ik een heel schokkende uitspraak van iemand die werkt in de jeugdzorg. Dat is geen onwil, hè. Iedereen wil de beste zorg leveren aan in dit geval jongeren, of aan ouderen, als het ouderen betreft. Maar het gaat mij erom dat het hele stelsel zo gericht is op het in stand houden van de eigen organisatie, het leveren op basis van financiële prikkels, dat die samenwerking totaal niet van de grond komt. Dat is precies waar dat hele boekje over gaat: de samenhang is weg. De huisartsen vragen aan de regering: zorg nou dat die samenhang tussen de verschillende vormen van zorgverlening weer terugkomt. De Minister moet geen karikatuur gaan maken van het voorstel dat ik doe. Het enige wat ik zeg, is dat de huisarts van oudsher een heel centrale rol had in het bepalen welke zorg er waar geleverd wordt en door wie, en dat hij ook kon stellen: jij moet nu hier naartoe en we gaan dat gewoon regelen. Hoe dat daarna op de achtergrond administratief geregeld wordt, zien we wel, maar jij moet nu gewoon deze zorg hebben en ik ga niet nog zeven uur zitten bellen. Ik vraag de Minister welke mogelijkheden hij ziet om dat te herstellen.

Minister Bruins:

Ik heb nu geloof ik drie keer gezegd dat ik het van belang vind dat zo'n coördinatiefunctie er regionaal is en dat die functioneert. Ik vind dat er een goed begin mee is gemaakt voor de eerstelijnsvoorziening, maar nog niet voor alles. Ik zou graag willen dat die coördinatiefunctie breder is, opdat die huisarts niet meer eindeloos aan de telefoon hoeft te zitten.

Voor wat betreft de opmerking «eigen toko eerst», bijvoorbeeld in de jeugdgezondheidszorg, proberen wij die houding nu juist te bestrijden bij het inrichten van die regiotafels. Als elke organisatie aan tafel gaat zitten met een houding van: «ik houd drie bedden achter; dan heb ik, tegen de tijd dat ik een probleem heb, in ieder geval voor mijn eigen patiënten of cliënten een oplossing», dan is dat geen oplossing. Als alle partijen de mogelijkheid en het vertrouwen in elkaar hebben om in de regio echt samen te werken, dan denk ik dat het opschiet. Daar heb ik die huisartsen knalhard bij nodig, net als al die andere partijen. Daarom zie ik niet zo veel in het idee van doorzettingsmacht.

Voorzitter. Dan de vragen over specialisten in loondienst. Die heb ik inmiddels met de heer Hijink besproken. Waarom laat de Minister toe dat er winst wordt gemaakt door medisch-specialistische bedrijven? Dat is onderdeel van de regelgeving zoals we die hebben. Het is toegestaan dat medisch-specialistische bedrijven winst maken en uitkeren. Dat is de vergoeding die de medisch specialisten binnen die medisch-specialistische bedrijven ontvangen voor de arbeid die ze inbrengen. Dat wou ik eigenlijk maar zo laten. Dit waren de antwoorden op de vragen van de heer Hijink.

Dan kom ik bij de vragen die zijn gesteld door de heer Van der Staaij. De ambulancepost op Urk wordt geëvalueerd. Dat is een evaluatie die niet door een toekomstverkenner wordt gedaan. Ze is opgedragen aan een derde partij. Ik verwacht dat die er in februari van volgend jaar is. Tot die tijd worden er geen onomkeerbare stappen genomen. Die evaluatie wordt besproken met meerdere partijen, onder andere met de RAV, maar ook met de wethouder van Urk, ik druk het maar zo uit. Hier bedoel ik mee: soms praten wij op een heel geaggregeerd niveau, maar ik krijg de indruk

dat de spreker behoefte had aan een concreet antwoord. Ik hoop dat hiermee gegeven te hebben.

Dan het punt van tussen wal en schip, een van de hoofdthema's in de bijdrage van de heer Van der Staaij. Met het voorbeeld van die eerstelijns-coördinatiefunctie probeer je te bewerkstelligen dat er geen ruimte is tussen wal en schip. Eigenlijk zijn wij voortdurend bezig to bridge the gap, te zorgen dat er iets zit tussen de verschillende schakels in de zorg, opdat die patiënt centraal kan staan en de zorginstellingen, de zorgaanbieders zich daar omheen vormen. Soms kunnen de partijen dat heel goed zelf. Chapeau daarvoor. Veel juiste zorg op de juiste plek is daarvan een voorbeeld. Maar soms is daar ook hulp voor nodig van de overheid, bijvoorbeeld zo'n concept-AMvB over acute zorg. Als er dus ontwikkelingen zijn, grootschalig, in de acute zorg, dan kan een instelling die niet binnenshuis nemen, maar moeten ze daar vóór besluitvorming uitvoerig met de omgeving over spreken en andere partijen daarbij betrekken. Zo'n concept-AMvB vind ik een voorbeeld van zorgen dat er niets tussen wal en schip valt.

De wet gegevensuitwisseling moet ervoor zorgen dat er geen gegevens tussen wal en schip vallen, dat partijen elkaar opzoeken en met elkaar verbonden raken. Naar aanleiding van het faillissement van het Slotervaartziekenhuis en het ziekenhuis in Lelystad hebben wij gezegd: we moeten zorgen dat we een beter earlywarningsysteem krijgen, want we willen niet dat er iets tussen wal en schip valt, want dat gaat ten detrimente van de patiënt en van de werknemer. Een beter earlywarning-systeem is daarvoor nodig. We zijn ermee bezig om dat in te richten. Ik denk ook dat de regiobeelden helpen om te zorgen dat er geen ruimte ontstaat tussen wal en schip.

Voorzitter. We zullen daar, denk ik, op terugkomen in de context van de contourennota, maar ik wil hierbij vast een aantal ingrediënten geven die concreet zijn, om ervoor te zorgen dat er niks tussen wal en schip valt of dat we een oplossing zoeken indien dat toch dreigt te gebeuren.

De heer **Van der Staaij** (SGP):

Dank voor die antwoorden. Heeft de Minister ook al suggesties voor de kortere termijn voor die huisartsen – wij komen ze bij werkbezoeken natuurlijk ook tegen – die zeggen: ik doe mijn vak met ontzettend veel liefde, maar ik baal er soms zo van dat ik maar wat aan het pappen en nathouden ben als ze toch weer bij mij terechtkomen, omdat er bijvoorbeeld in de ggz geen plek is voor ze? Zo zijn er meer voorbeelden. U kent die verhalen ook over dat bellen en zo. Mensen raken er gefrustreerd van, ook begrijpelijk, dat er zo veel energie in gaat zitten en er zo weinig vooruitgang in geboekt lijkt te worden. Wat is uw reactie daarop?

Minister **Bruins**:

Ik ga nu niet herhalen wat ik zei over die coördinatiefunctie voor eerstelijnsverblijf. Dat is een stukje van de oplossing. Maar in dit geval, als u weer op werkbezoek bent, denk ik dat u tegen de huisarts kunt zeggen: u belt met de zorgverzekeraar, afdeling zorgbemiddeling. Die hebben de verplichting om te zorgen dat er een plek is voor de patiënt in kwestie. Dat is nog onvoldoende bekend bij huisartsen en ik denk dat daar veel meer en veel beter gebruik van kan worden gemaakt. Maak dan maar een beetje reclame voor die zorgbemiddelingsfunctie van zorgverzekeraars. Dat kan dan betekenen dat de patiënt inderdaad nú kan worden geholpen, maar dan wat verder weg. Maar het kan ook betekenen dat er in overleg moet worden gekozen om wat nu misschien nog niet direct nodig is, maar morgen ook nog kan, te verplaatsen naar morgen. Maar die zorgbemiddelingsfunctie van zorgverzekeraars is een heel belangrijke functie, die volgens mij nog veel te weinig wordt benut. Dat kan nu. Daarvoor hoeft men niet te wachten op een nota of een schets, niks.

Kan de Minister aangeven in welke regio's werk gemaakt wordt van regiobeelden? Ik heb al eerder gezegd: ik hoop dat wij volgend voorjaar een sluitend inzicht hebben van regiobeelden 1.0. Ongetwijfeld zullen we dan zien dat dat tot opmerkingen leidt over de betrokkenheid van andere zorgverleners, dat daar een handelingsperspectief aan moet worden verbonden. Maar het gaat in ieder geval in de regio in de richting dat zorgpartijen en openbaar bestuur elkaar opzoeken.

Wie is aanspreekbaar als de beweging de juiste zorg op de juiste plek stilvalt? Alle hoofdlijnakkoorden gaan ook over de juiste zorg op de juiste plek en via voortgangsrapportages worden wij over de voortgang daarvan geïnformeerd. Die beweging gaat dus niet stilvallen. Ik geloof dat u het was, zeg ik tegen de heer Van der Staaij, die zei dat 58 voorbeelden staan op de site van de juiste zorg op de juiste plek. Dat is hartstikke mooi. Er wordt ook een community gebouwd rond die projecten van mensen die betrokken zijn bij de juiste zorg op de juiste plek. Ik geloof dat daar een kleine duizend mensen aan deelnemen.

Neemt u dus maar van mij aan: dat gaat niet stilvallen. En mocht dat onverhoopt toch het geval zijn, dan zijn die hoofdlijnpartijen en de voortgangsrapportage die we daarover jaarlijks krijgen, én de actieve rol die u ook hierin mag vragen van het ministerie, er allemaal voor om die beweging op gang te houden. Ik geloof niet dat dat nodig is. De juiste zorg op de juiste plek als een ontwikkeling om zorg dichtbij de patiënt, de mens, te krijgen, daar waar dat kan, gaat niet meer terug, gaat niet meer op z'n retour. Daar ben ik van overtuigd.

Dan de verbreding van de N50. Welkom in MZS-land! Ik heb het eventjes nagevraagd. Zegt de Minister tegen Urk: dat moet je zelf maar agenderen bij de provincie? Uit het contact met het Ministerie van Infrastructuur en Waterstaat kan ik u melden dat het knelpunt op de N50 tussen Kampen en Kampen-Zuid wordt aangepakt. Het ontwerptracébesluit is gepland voor 2020. Het tracébesluit zelf staat voor 2021 gepland en de realisatie voor de jaren daarna. Ik heb mij laten voorlichten dat deze planning niet verder versneld kan worden vanwege wettelijke doorlooptijden. Ik wil maar zeggen: ik heb er toch even aandacht voor gehad.

De voorzitter:

Ik kijk even naar de klok.

Minister Bruins:

Ik denk dat ik de vragen van de heer Van der Staaij heb beantwoord. Sommige vragen komen terug.

De voorzitter:

U bent halverwege het aantal sprekers en...

Minister Bruins:

Het gaat nu sneller. Twee sprekers zijn er niet, maar ze luisteren wel mee.

De voorzitter:

Ze luisteren inderdaad mee. Ik kan u melden dat we om 14.40 uur gaan stemmen.

Minister Bruins:

Wanneer zijn de regiobeelden klaar? Daar heb ik al op geantwoord, zeg ik tegen mevrouw Dik-Faber. Bij regiobeelden worden ook patiënten of burgers betrokken.

Wordt het sociaal domein betrokken bij de juiste zorg op de juiste plek?

Ja, want die afspraak hebben wij gemaakt in het hoofdlijnenakkoord.

Wie voert de regie in de regio bij de transformatie tussen de verschillende zorginstellingen? Dit thema is benoemd in de hoofdlijnenakkoorden om

die transformatie van zorg tot stand te brengen. Het zijn de hoofdlijnpartijen. VWS is altijd aanwezig.

Sluit de houtskoolschets over acute zorg aan op de contourennota?

Jazeker. Dat kan ook, want de ene komt een kwartaal eerder dan de andere. Op de een of andere manier wordt dit gezwaluwstaart.

Mevrouw Dik-Faber sprak ook over de verschillende benamingen van spoedpost, spoedpoli en HAP-plus. Op de benamingen van inrichtingen voor acute zorg kom ik terug in de houtskoolschets.

Hoe gaat de Minister erop toezien dat de zorgtafel Flevoland werk maakt van de aanbevelingen? Ik heb al gezegd dat de partijen in de regio aan de slag gaan met het uitwerken van de agenda van de zorg in Flevoland. Er komt een concreet stappenplan, er komt een concreet tijdpad. Ik informeer de Kamer daarover in april 2020.

Over de geboortezorg heb ik inmiddels gesproken. Dat geldt ook voor de evaluatie van de ambulancepost. Het was dezelfde vraag als die van de heer Van der Staaij.

Dan kom ik bij mevrouw Van den Berg. Is de Minister bereid om te monitoren of met de nieuwe maximumsnelheid de aanrijtijden van de ambulances verder onder druk komen te staan? Ik ga het komend jaar een nieuw rijtijdenmodel laten maken door het RIVM. Daarin wordt ook het effect van de nieuwe maximumsnelheid zichtbaar. Als de rijtijden langer worden, dan moet dat zich vertalen in meer budget voor de RAV's, zodat zij hun capaciteit daarop kunnen uitbreiden. De eerste berichten uit AZN zijn dat de verandering in de verkeerssnelheden in het verleden een minimaal effect hadden op de doorstroom van ambulances. Ook het RIVM schat in dat er minimaal verwachte effecten zijn, omdat de aanrijtijden van een heleboel factoren afhankelijk zijn.

Mevrouw Van den Berg geeft steun aan het idee dat we in 2022 voor de helft van de ziektelast uitkomsteninformatie beschikbaar hebben. Hoe is de voortgang? Ik verwijs naar het Programma Uitkomstgerichte Zorg met vier verschillende pijlers, die ik nu niet zal noemen. Op basis van die vier pijlers zijn allemaal acties in gang gezet. Ik heb de Kamer afgelopen juli gezegd dat ik u over een jaar in de zomervakantie zal informeren over de voortgang van deze uitkomsteninformatie. Dat wordt dus de zomer van 2020.

Hoe staat het met het werk van professor Sjoerd Repping? Ik heb in juni het programma gestuurd. Daarin staat een aantal acties met deadlines in de eerste helft van 2020. Die acties worden uitgewerkt. Na de eerste helft van 2020, in het derde kwartaal van volgend jaar, kom ik er inhoudelijk bij u op terug.

Is de Minister bereid om in overleg te gaan met de beroepsgroep om laagcomplexere ablaties buiten artsencentra uit te voeren? Ik ken deze signalen en ik heb daarover overleg met de beroepsgroep, de NVVC, de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie. Het antwoord op de vraag of ik hierover overleg wil voeren, is dus een volmondig ja.

Dan een update van de cao-onderhandelingen. Daarop heb ik in de richting van de heer Hijink geantwoord.

De topklinische ziekenhuizen zullen meer voor hoogcomplexere behandelingen moeten gaan. Dat kan alleen op basis van een lerende cultuur. Is de Minister dat met het CDA eens? Ja, daar ben ik het mee eens. Kun je daar zelf ook wat aan doen? Ja, door de goede voorbeelden te noemen. Dat geldt bijvoorbeeld voor het Prostaatkankernetwerk. Ik vind het heel mooi hoe die lerende cultuur daar ontstaat.

Dan op het punt van de informatie-uitwisseling in de zorg. Als het zo is dat mevrouw Van den Berg bedoelt dat de gegevens van de verschillende disciplines in de zorg digitaal moeten worden uitgewisseld, dan heb ik daarop geantwoord dat de wet in voorbereiding is en dat ik verwacht dat wij die wet komend jaar nog kunnen bespreken hier in de Kamer. Ik denk dat dat van groot belang is.

Dan nog een vraag over NVVC Connect, een initiatief van de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie. Bijna alle regio's participeren. ZonMw geeft alleen subsidies voor regionale initiatieven. Hindert dat niet het opschalen? Ik heb mij laten informeren dat het startpunt altijd regionaal is, maar dat sluit niet uit dat de impact en de uitrol uiteindelijk landelijk zullen zijn. ZonMw zorgt ervoor dat die kennis onderling in regio's kan worden gedeeld én kan worden opgeschaald. Daarvoor heeft men een specifiek leernetwerk ingericht.

Dan het rapport *Wie doet het met wie*, dat gaat over de juiste zorg op de juiste plek. Is de financiering niet soms een belemmering? Wat in de ene regio wel lukt, lukt in de andere regio niet. Het is niet vaak zo dat het niet kan, maar in de ene regio komen initiatieven, vaak door persoonlijke contacten, wel van de grond, terwijl het in andere regio's niet lukt. Ik wijs op de NZa, die een beleidsregel voor kleinschalige experimenten voor innovaties in de praktijk heeft gemaakt. Die maakt het mogelijk om drie tot vijf jaar lang nieuwe diagnostiek die onder de Zvw of de Wlz valt, te bekostigen. Wat ook altijd mogelijk is als men knelpunten in de bekostigingssystematiek ervaart, is het indienen van een wijzigingsverzoek bij de NZa. Ik hoop dat dat een concreet antwoord is, omdat ik erg voor regionale innovatieve initiatieven ben. Aarzel niet om de NZa daarbij te betrekken!

Dan de effectiviteit van het verplaatsen van zorg. Hoe meet je of verschuivingen op basis van de juiste zorg op de juiste plek vrucht dragen? Dat hoort bij de evaluatie van de juiste zorg op de juiste plek, die het RIVM voor mij maakt. In april zullen wij de eerstkomende versie zien en in 2022 is een eindrapportage voorzien, maar ik verwacht dat ik meer kwantitatief inzicht kan geven in april 2020.

Tot zover een beetje op een drafje de vragen van mevrouw Van den Berg.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

Voorzitter. Ik mag volgens mij nog zes korte vragen stellen. Mijn eerste vraag luidt als volgt. De Minister begon over de passende financiering en verwijst daarbij naar de NZa. Maar dat betreft met name de Zorgverzekeringswetmogelijkheden en ik heb het ook over domeinoverstijgende financiering die een probleem is en over het probleem als het niet-patiëntgerelateerd is.

Minister **Bruins**:

Ook in dit geval maar weer een praktisch antwoord: specifiek voor dit soort vraagstukken is er een loket ingericht bij ZonMw. Daar gaat het om de juiste zorg op de juiste plek die wordt verbonden breder dan zorg, dus bijvoorbeeld met het sociaal domein. Het loket bij ZonMw is een samenwerkingsverband, waar ook het Zorginstituut en VWS achter zitten. Ook NZa is daar aangehaakt evenals dus ZonMw.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

Mijn tweede vraag betreft ablaties. De Minister zegt in gesprek te zijn. Maar ja, dat kan bij wijze van spreken nog twee jaar duren. Ik vraag mij dus af wanneer de Minister schriftelijk aan ons kan terugkoppelen wat het resultaat van dat gesprek is en wanneer het ingevoerd zou kunnen worden.

Minister **Bruins**:

Ik moet dat overleg voeren. Ik moet even zoeken naar een moment waarop ik uw Kamer kan informeren. Ik laat u dat in de tweede termijn of schriftelijk weten.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

Dan de derde vraag. Er wordt naar verwezen dat met ZonMw-subsidies moet worden begonnen in de regio. Dan kan het dus wel worden

ontwikkeld. Nu hebben we hier al een project dat is gestart in de regio, en zijn ze al aan het opschalen. Dus nu worden ze in feite bestraft voor goed gedrag. Daar heb ik altijd een beetje moeite mee. Kan de Minister daar nog wat verder op reageren?

Minister Bruins:

De vraag die mevrouw Van den Berg stelde was of je regionale initiatieven kunt opschalen en of daar qua financiering een hindernis tegen is. Mijn antwoord is: nee, die is er niet. Dus ik vraag even welk probleem ik hier nu moet oplossen.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Dit wordt gestart in de regio en men is al buiten de regio bezig. Nu wordt dus de subsidie geweigerd, omdat het geen regionaal initiatief is, terwijl we er juist naar streven dat dingen worden uitgerold over het hele land. De cardiologen zijn er dus al positief mee bezig. Nogmaals, dat vind ik een beetje het bestraffen van goed gedrag.

Minister Bruins:

Nu heb ik uw vraag helemaal in kaart. Ik heb in z'n algemeenheid gezegd dat ik regionale initiatieven juist omarm en dat ik vind dat opschaling mogelijk is. Daar is de regeling van ZonMw ook voor ingericht. Dus als het nu in een specifieke situatie niet loopt, moet ik, denk ik, met mevrouw Van den Berg om de tafel om dit eventjes uit te spitten.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

De Minister zegt dat de eerste resultaten van professor Sjoerd Repping het eerste kwartaal beschikbaar zijn. Ik vraag mij dan af waarom wij pas in het derde kwartaal daar een rapportage over zouden kunnen krijgen.

Minister Bruins:

Nee, ik heb gezegd: een jaar na de start hebben we de informatie. Het is zomer «19 gestart, dus zomer «20 zijn de eerste resultaten beschikbaar. Die komen dan na de zomervakantie naar u toe, want ik moet even kijken wat ik er zelf bij moet zetten.

De voorzitter:

Laatste vraag, mevrouw Van den Berg.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Dan moet ik kiezen, voorzitter. Ik bewaar er dan maar eentje voor de tweede termijn. Mevrouw Sazias had een vraag over de hoogcomplexe zorg, hoe we zo'n IKEA-ziekenhuis voorkomen. De Minister antwoordde dat het mooi is dat de beroepsgroep zelf nu naar andere normen gaat. Maar het voorbeeld dat ik gaf, laat zien dat in het buitenland de norm nog weer anders is, niet per se 2.200 hoeft te zijn en dat daar de resultaten vele malen beter zijn. Ik vraag me af hoe de Minister wil gaan borgen dat je die kwaliteit bij de hoogcomplexe zorg verder ontwikkeld krijgt en dan niet alleen omdat de beroepsgroep zelf zegt: we vinden eigenlijk wel dat we van 100 naar 150 kunnen gaan.

Minister Bruins:

Ik vind het heel belangrijk dat we bij de kwaliteit van de zorg de artsen in de lead houden en dat wij niet zeggen: stopt u maar met zoveel patiënten of zoveel behandelingen per jaar. Die grenzen moeten worden bepaald door professionals als het gaat om de inhoud van de zorg. Het mooie voorbeeld uit Hamburg dat mevrouw Van den Berg eerder noemde, zie ik natuurlijk ook. Dat gaat over prostaatkanker, onder andere. Het is een fantastisch voorbeeld. Als ik in ziekenhuizen ben, vraag ik dan ook waarom men niet op een dergelijke manier gaat werken of waarom men

niet wil werken in zo'n soort netwerk. Dat zijn de vragen die ik stel aan zorgprofessionals, want ik vind het belangrijk dat we de beste zorg voor iedereen krijgen.

De voorzitter:

U vervolgt uw beantwoording richting mevrouw Ploumen.

Minister Bruins:

Voorzitter. Mevrouw Ploumen vroeg hoe de Ministers aankijken tegen de beoogde resultaten van juiste zorg op de juiste plek. Ik denk dat ik in de andere beantwoording al heb aangegeven dat ik daar eigenlijk heel positief tegen aankijk. Ik vind ook dat er nog meer moet worden gedaan. Even in trefwoorden: we moeten meer en vaker dwingender in die regio samenwerken; we moeten nog meer doen aan preventie en we moeten nog veel meer doen aan e-healthtoepassingen en ook bekijken waar we op dat punt kunnen opschalen.

Dan de vraag hoe ik de zorgplafonds ga oplossen. Ik vind het belangrijk om te melden dat mensen kunnen kiezen tussen een restitutiepolis en een naturapolis. Met een restitutiepolis kun je altijd terecht bij elke zorgaanbieder. Trouwens, patiënten die acute zorg nodig hebben, kunnen natuurlijk overal en altijd worden geholpen. Dus waar het in mijn gesprekken met verzekeraars vaak over gaat, is dat zij heel duidelijk maken aan de verzekerde wat voor type polis die heeft. Ik vind dat dat klip-en-klaar helder in de informatie van de verzekeraar moet staan. Mevrouw Ploumen maakte een opmerking over de houtskoolschets. Zij vroeg welke concrete stappen je kunt zetten betreffende de inrichting van de acute zorg. In die houtskoolschets ga ik antwoorden geven op vragen als hoe we mensen langer thuis houden als dat even kan, hoe we kunnen zorgen voor een betere triage en een betere gegevensuitwisseling, waar je naartoe gaat als je zorgbehoefte complexer wordt en hoe we dat gaan financieren. In de houtskoolschets wil ik concrete antwoorden bieden op dergelijke vragen.

Op vragen over de uitvoering van de agenda van de zorg in Flevoland heb ik inmiddels geantwoord in mijn reactie op andere sprekers. Tot zover ook de vragen van mevrouw Ploumen.

Dan kom ik bij de heer Veldman, die eigenlijk één vraag stelde die zich ervoor zou lenen dat ik de tijd volmaak tot aan de stemming, maar dat was, geloof ik, niet de bedoeling. Laat ik er toch een paar deelvragen uit pakken. Zijn wij het eens dat Flevoland koploper dan wel pilot is voor het organiseren van toekomstbestendige zorg? Ja, die sfeer, die opmerking zit ook in de rapportage van de toekomstverkenner. Ik denk dat de randvoorwaarden ervoor aanwezig zijn, omdat juist in Flevoland alle verschillende partijen als gevolg van het verliezen van het ziekenhuis nu samen om tafel zijn gebracht. Men probeert daar echt gezamenlijk een koers uit te zetten voor de komende jaren. Ik zou het fantastisch vinden als toekomstbestendige zorg, met het gebruik van e-health daarin terecht zou komen.

Dan het punt over een pilletje of een panacee voor het groeiende tekort aan arbeidskrachten in de zorg. Dat is er dus allemaal niet, zo sprak de heer Veldman. Nee, dat is ook zo. Maar wij moeten het onderwerp ook niet schuwen aan deze tafel. Laten we hopen dat de groei van de zorgkosten de komende jaren gematigd zal zijn, het punt dat mevrouw Agema maakte. Ik hoop echt dat we het daarheen kunnen leiden. Dan zal altijd nodig zijn om de zorg toekomstvast te organiseren. Hoe eerder we daarin slagen, des te beter het is. Dan is het nodig dat niemand in de regio de kaarten voor de borst houdt. Dan is het nodig om te praten vanuit positieve gezondheidszorg, vanuit het mensbeeld. Dan is het nodig om te praten over e-healthtoepassingen, niet als iets wat leuk is om te hebben, maar als iets wat noodzakelijk is. Ik weet niet precies welke van die drie onderwerpen de belangrijkste is, maar ik denk zomaar dat dat gaat over het maken van stevige netwerken, waar zorgprofessionals bij zijn

betrokken. De holistische vraag van de heer Veldman was: hoe overzien de Ministers het medische landschap? In aanvulling op wat ik eerder heb gezegd, noem ik het punt dat mevrouw Van den Berg maakte over het leren van elkaar. Dat onthoud ik uit dit debat: dat we partijen moeten stimuleren om te leren van elkaar. Ik zie nu hoe dat werkt bij De juiste zorg op de juiste plek. Als je 58 projecten neerzet en je zet er de naam bij van iemand die informatie kan geven, is dat op zichzelf een methode om ervoor te zorgen dat andere partijen in het land daar eens een belletje naar doen of een werkbezoek naar ondernemen. Dat vind ik de goede methode.

Over de praktijkcasus Afferden heb ik inmiddels voldoende gesproken, denk ik.

Dan de uitkomsten van zorg. Het belonen van zorgaanbieders op grond van geleverde kwaliteit zie ik als een belangrijke stap voorwaarts als het gaat om goede zorg en gepast gebruik. De inleidende opmerking is dat we inzicht hebben in de uitkomsten van zorg en dat de informatie op de juiste plekken beschikbaar komt. Ook daar kunnen we leren van internationale trajecten. Ik denk dat dat behulpzaam is.

Dit waren de vragen van de heer Veldman.

De heer **Veldman** (VVD):

Die informatie zal zeker behulpzaam zijn, maar mijn bijdrage en mijn vragen aan de Minister gingen natuurlijk een stapje verder. Inzake de ambitie om 50% uitkomstgerichte zorg te formuleren en te beschrijven, was het mijn vraag of het niet logisch zou zijn om stap twee ook te zetten, namelijk dat je ook de bekostiging voor een deel daarvan afhankelijk maakt.

Minister **Bruins**:

Mijn antwoord is dus dat ik eerst de beschrijving moet hebben voordat ik aan het vraagstuk van de bekostiging kom, omdat ik het heel belangrijk vind om te bepalen wat de uitkomsten van behandeling zijn en wanneer je dat meet. Je kunt je voorstellen dat een zorgaanbieder die drie jaar moet wachten voordat er wordt gemeten wat de uitkomst van de zorg is en pas na drie jaar wordt afgerekend, niet erg happig is om daar afspraken over te maken. Want hoe moet hij in de tussentijd drie jaar dan zijn hypotheek betalen? Daarom doe ik in de volgorde der dingen eerst de gegevensverzameling en dan spreek ik over de financiering.

De heer **Veldman** (VVD):

Dat begrijp ik. Het klinkt ook logisch, maar we hoeven natuurlijk niet te wachten totdat van allerlei dingen de uitkomst beschreven is, omdat er al heel veel informatie over kwaliteit beschikbaar is. Ik stel mij zo voor dat verzekeraars gewoon inzicht hebben in het aantal complicaties dat optreedt in ziekenhuis X of ziekenhuis Y of het aantal sterfgevallen dat daar optreedt. Dat is ook wat verfijnder en beter. In die zin ben ik het eens met de Minister dat je kanttekeningen kunt plaatsen bij het lijstje van het AD. Het is niet helemaal de oliebollenlijst die ze hadden. De scherpte is er wat minder dan bij wat verzekeraars hebben qua resultaten van behandelingen. We hebben dat soort kwaliteitsmetingen. Daar kunnen we toch stappen mee zetten voordat we in 2022 zijn en dan misschien 50% van de uitkomst beschreven hebben?

Minister **Bruins**:

Ik wil het onderwerp niet wegpoetsen, want ik vind het een zeer interessant onderwerp en ik wil er ook best op terugkomen in het bestek van de contourennota. Het gaat én over de organisatie van de zorg én over de rol van de patiënt én over de betaalbaarheid van de zorg. Ik maak wel de opmerking: wanneer ga je dan meten en hoe ga je meten wat de uitkomst van zorg is? Nogmaals, het maakt een groot verschil of je dat

drie weken, drie maanden of drie jaar na de operatie doet. Het moet dan ook altijd weer te herleiden zijn naar de ingreep van de dokter. Je moet dan niet ineens na de operatie hele gevaarlijke sporten zijn gaan doen die jou verder van het padje hebben gebracht. Ik zeg dit allemaal veel te huiselijk, maar ik probeer aan te geven dat ik eerst meer inzicht wil hebben in de uitkomsten van behandeling voordat we toekomen aan het vraagstuk van de financiering op uitkomstgerichte basis. Maar volgens mij is dit wel een route die we moeten onderzoeken en die we moeten benoemen in de contourennota.

Voorzitter. Dan heb ik nog drie vragen van de zijde van de PVV-fractie, die helemaal aan het einde van de tafel zit, te beginnen met de mantra's. De juiste zorg op de juiste plek werd genoemd als voorbeeld van een mantra die verdoezelt dat het systeem van acute zorg kapot wordt gemaakt. Wij willen natuurlijk niet dat de acute zorg kapot wordt gemaakt. Ik wil het juist toekomstvast inrichten voor heel Nederland. Daartoe wil ik u in het eerste kwartaal van 2020 een schets aanbieden. Eerder heb ik daar al over gezegd dat ik denk dat laagcomplex acute zorg op een groot aantal plaatsen ingericht kan worden en dat hele gespecialiseerde, complexe acute zorg op een enkele plek of misschien soms zelfs op één plek ingericht wordt. Denk aan de kinderoncologie zoals georganiseerd door het PMC in Utrecht, waarmee het helemaal aan de top van de piramide zit. Het beschrijven van die verschillende laagjes wil ik op zo'n manier doen dat wij de acute zorg in Nederland kunnen inrichten met de duidelijkheid en het begrippenkader waarover mevrouw Dik-Faber het had. Ik noem dat de duidelijkheid van een verkeerstoren, zodat je weet naar welk nummer je moet bellen en er niet eindeloos wordt doorverwezen. Ik hoop u dat in het eerste kwartaal van 2020 aan te bieden. Dus: niet met mantra's, niet met afkortingen en niet met jargon, maar helder begrijpelijk voor iedereen.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Daar ben ik het natuurlijk mee eens. Ik heb ook heel vaak betoogd dat je het ziekenhuislandschap moet inrichten met streekziekenhuizen en hooggespecialiseerde ziekenhuizen. Maar als je vervolgens de volume-groei beperking op 0% zet in 2022, gaan kleinere ziekenhuizen en streekziekenhuizen omvallen. Dan stort dat kwetsbare systeem, waarvan de Minister nu de grove structuren neerzet, dus in. Dat is mijn betoog. Mijn betoog is dus dat je alles mooi in de steigers kunt zetten, maar als je vervolgens maatregelen neemt die dat bouwwerk ineen laten storten, ben je eigenlijk aan het verdoezelen waar je mee bezig bent.

Minister **Bruins**:

Ik geef u op een briefje dat de schets voor acute zorg zoals ik die voor ogen heb, dat allerminst verdoezelt. Het zal misschien een heel innig gesprek aan deze tafel vragen, want er zijn dan best lastige keuzes om te maken. Maar het uitgangspunt en ook de uitkomst moeten zijn dat acute zorg voor iedereen in Nederland altijd beschikbaar is, 24/7. Het is dan de vraag hoe dichtbij dat in alle gevallen kan. Als je de moeder bent van een kindje met kinderkanker en je woont in Utrecht, heb je het PMC vlakbij zitten. Maar als je in Stads kanaal woont, heb je het niet zo dichtbij zitten. In zijn scherpte zullen we dat soort gesprekken moeten voeren. Dat over de acute zorg. Als het gaat over de bredere kant, gaat het erom wat voor zorg je in ziekenhuizen organiseert en wat je niet meer in ziekenhuizen organiseert. Wat kan ook bij de fysiotherapeut? Wat kan thuis? Wat kan in een zelfstandig behandelcentrum? Dat vind ik meer een thema voor de contourennota. Ik bedoel dit niet om het weg te schuiven, maar ik ben behoorlijk specifiek over wat ik vind wat er in de schets voor acute zorg moet zitten en ik ben nog wat minder specifiek – simpelweg omdat we nog een beetje meer tijd hebben – over wat er in de contourennota moet.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ik ben het eens met de Minister over de hele kleine contouren die hij schetst en hoe de wisselwerking moet zijn tussen de streekziekenhuizen en de gespecialiseerde ziekenhuizen. Maar ik vroeg hem het volgende. Als je tegelijkertijd een volumegroei beperking hanteert van 0% groei in 2022, waardoor kleinere ziekenhuizen en streekziekenhuizen het hoofd niet meer boven water houden, ben je die contouren eigenlijk al op voorhand aan het saboteren. Je bent eigenlijk iets anders aan het doen dan wat je wilt bewerkstelligen. Dat is mijn betoog.

Minister **Bruins**:

Ik heb in de brief van 12 juli aan uw Kamer geschreven dat ik van de universitair medische centra verwacht dat zij de minder complexe zorg niet meer zelf doen, maar in andere ziekenhuizen laten plaatsvinden. Het verschuiven van de zorg is wat dat betreft dus een van de elementen die een stukje van het antwoord op de vraag van mevrouw Agema kunnen zijn, naast vele andere. Ik denk dat ook e-healthtoepassingen ons kunnen helpen. Dat we voor de medisch-specialistische zorg in de richting van de 0% groei werken is een afspraak waar iedereen zijn handtekening onder zet, maar er moet nog wel een hele hoop gebeuren. Een van de afspraken kunt u teruglezen in de brief van 12 juli.

Ik heb nog twee andere vragen van mevrouw Agema.

De **voorzitter**:

Ja, maar eerst is er nog een andere vraag van mevrouw Agema.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ik kijk natuurlijk heel erg uit naar die brief. We kunnen op hoofdlijnen dingen schetsen waar we het mee eens zijn, maar je moet wel tot in de finesses – daarmee grijp ik even terug op het punt van de heer Van der Staaij – ernaar kijken omdat de details wel moeten kloppen met de schets op hoofdlijnen. De praktijk is gewoon dat de grote, hooggespecialiseerde ziekenhuizen op dit moment kleinere ziekenhuizen leegeten. Ze doen gewoon aan broodroof en laten de kleinere ziekenhuizen helemaal niet bestaan. Als je een systeem wil waarbij je de wisselwerking krijgt tussen de streekziekenhuizen en de hooggespecialiseerde ziekenhuizen – daar ben ik het heel erg mee eens; ik ben daar ook uitgebreid op ingegaan tijdens de begroting, dus dat hoef ik hier niet te herhalen – zul je ervoor moeten zorgen dat de details daarbij passen. Ik heb het dan over de volumegroei beperking en ik heb het erover dat hooggespecialiseerde ziekenhuizen de lichte zorg erbij schrappen en zo de concurrent, het kleinere ziekenhuis, uit bedrijf brengen. Mijn oproep aan de Minister is om die dingen wel met elkaar in evenwicht te brengen.

Minister **Bruins**:

Zeker. Daar ben ik het mee eens.

Gaat u nu stemmen?

De **voorzitter**:

Ja, we gaan nu stemmen. Dit is de stemmingsbel.

Minister **Bruins**:

Voorzitter. Ik heb dan één laatste vraag. Dan ben ik door de hele ronde heen. Die vraag gaat over de of-of: als je straks de juiste zorg op de juiste plek organiseert, wordt het dan een keuze tussen of-of? Mijn antwoord zou zijn dat het een keuze blijft tussen en-en, maar dat het de vraag is in welke mate dat gebeurt.

De **voorzitter**:

Is dit antwoord voldoende, mevrouw Agema?

Mevrouw **Agema** (PVV):
Nee, ik heb nog een vraag.

De voorzitter:
Dan komen we daar na de schorsing op terug.

De vergadering wordt van 14.38 uur tot 14.47 uur geschorst.

De voorzitter:
Ik stel voor dat we weer beginnen. Ik verwacht dat er zo meteen nog een paar leden binnen zullen lopen. De heren Hijink en Van der Staaij hebben aangegeven dat zij niet terugkomen omdat zij om 15.00 uur een andere afspraak hebben. Ik begrijp dat dit ook geldt voor een aantal andere leden. Ik stel voor dat de Minister voor Medische Zorg en Sport de beantwoording afrondt. Dit gaat om de laatste vraag van mevrouw Agema. Daarna kijken we hoeveel tijd we overhebben en of de beantwoording van de Minister van VWS nog kan. Mevrouw Agema.

Mevrouw **Agema** (PVV):
We waren net gestopt bij de beantwoording, die ging over en-en en of-of. Ik zei: kijk uit, want wat nu wordt gepresenteerd als en-en, wordt straks of-of. Als het aantal 75-plussers en hun ziekenhuiszorgvraag verdubbelen terwijl je tegelijkertijd een volumegroei beperking van 0% hebt en er geen ziekenhuizen bij komen, maar er alleen maar minder ziekenhuizen komen, dan krijgen we straks dus een situatie dat wat nu wordt gepresenteerd als en-en of-of wordt. De situatie dat je nu kunt kiezen of je in het ziekenhuis je chemokuur hebt of thuis, wordt straks dus gewoon gedwongen thuis omdat die plek in het ziekenhuis er niet is. Die fysieke omgeving is er gewoon straks niet. Daar gingen mijn punt en zorg over.

Minister Bruins:
Ik vind niet dat we de route van of-of op moeten. Ik zie juist veel meer de combinaties tussen bijvoorbeeld én de dokter én een e-healthtoepassing gezamenlijk. Ik denk dat een e-healthtoepassing ervoor kan zorgen dat de patiënt zich in zijn eigen omgeving thuis prettig voelt en het prettig vindt om bijvoorbeeld via beeldbellen contact te leggen met het ziekenhuis, de huisarts of de verpleegkundige. Daarom zie ik veel meer in dat en-en. Ook als het gaat om eerstelijnszorg, is het én de huisarts én de specialist. Daarbij gaat het niet om de specialist in het ziekenhuis, maar om die óf in de praktijk van de huisarts óf in een anderhalvelijnscentrum. Ik denk dat we langs die weg nog heel veel juiste zorg op de juiste plek kunnen inrichten. Dat is echt beter te kwalificeren – en dat zou ook mijn wens zijn – als en-en en niet als of-of.

Mevrouw **Agema** (PVV):
Ja, maar dan hier ook weer het kritiekpunt dat daar wel die randvoorwaarden voor geschapen moeten worden. Als het aantal 75-plussers en hun zorgvraag verdubbelen, terwijl de volumegroei beperking 0% is voor de ziekenhuizen en kleinere ziekenhuizen omvallen en er dus geen fysieke ruimte bij komt bij de ziekenhuizen, wordt het straks dus of-of. Want die fysieke omgeving van het ziekenhuis is er gewoon in heel veel gevallen niet meer. Dan komen we weer op het verhaal van meneer Van der Staaij uit. Je kunt op macroniveau wel het verhaal hebben dat het en-en wordt of zou moeten zijn, maar als de details erbij niet kloppen, krijg je dus of-of. Dat is mijn punt.
Ik dacht ook dat de Minister nog op één ding terug ging komen over de specialisten die voor zichzelf zijn begonnen.

De voorzitter:

Er stond nog één vraag open, dus het woord is aan de Minister. Gaat uw gang.

Minister Bruins:

Eerst over de randvoorwaarden die mevrouw Agema benoemt. Ik denk dat de transformatiegelden, die we bij de begroting bespraken, een voorbeeld zijn van hoe randvoorwaarden kunnen worden ingevuld, namelijk bijvoorbeeld met een budget om zorg beter dichtbij te organiseren. Ik denk dat daar voldoende mogelijkheden voor zijn. Ik wil niet naar een of-ofsituatie toe. Laten we eerlijk wezen: veel mensen vinden het prettig om, als het kan, thuis verzorging te krijgen. Ik heb nu in gedachten een man die in een rolstoel zit en die aan een wond aan zijn stuit moet worden verpleegd. Als hij die zorg thuis krijgt, vindt hij dat heel prettig. Hij hoeft dan niet meer een middag per week in de wachtkamer van een ziekenhuis te zitten, maar hij kan behandeld worden in de huiskamer. Dan de casus medisch specialisten in een zelfstandig behandelcentrum en de rol van de verzekeraars. Ik ben die casussen aan het uitzoeken. Ik stel voor dat ik voor het eind van het jaar, dus binnen nu en drie weken, schriftelijk antwoord op die vraag van mevrouw Agema en de rest van de Kamer.

Mevrouw Agema (PVV):

Dank u wel.

Dan moet ik me nu verexcuseren, voorzitter, want ik moet naar een VAO.

De voorzitter:

Dank u wel. Daarmee zijn we aan het einde gekomen van de eerste termijn aan de zijde van de Minister voor Medische Zorg en Sport. Ik wil even naar de leden kijken. Er zijn een aantal leden die vanwege andere Kamerverplichtingen weg moesten. Ik heb inmiddels van de resterende leden gehoord, in ieder geval van een, dat zij de beantwoording liever voortzetten op een ander moment. Ik kijk even rond. Het is aan u. Een ander moment? Ja. Het spijt me zeer. Dit betekent dat we een ander moment gaan inplannen voor de beantwoording in eerste termijn van de Minister van VWS. Dan doen we daarna ook de tweede termijn.

Mevrouw Ellemeest (GroenLinks):

Volgens mij moeten we sowieso door tot 15.00 uur. De tweede termijn doen we dan in ieder geval op een ander moment. Maar als de Minister van VWS zegt dat hij nu kan antwoorden, dan kan dat wat mij betreft.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Voorzitter. Het ligt even aan de benodigde tijd. Als het AO tien minuten uitloopt, is dat voor mij geen probleem.

De voorzitter:

Verschillende mensen hebben aangegeven exact om 15.00 uur weg te moeten. Ik vind dat we dan geen recht doen aan de beantwoording. We gaan een vervolgmoment inplannen voor de beantwoording. Het spijt me richting alle mensen die de agenda wederom vrij moeten maken, maar laat mij de vergadering voor nu sluiten. In ieder geval dank voor de bijdragen tot nu toe. Op een later moment gaat dit overleg verder.

Sluiting 14.53 uur.