

Vergaderjaar 2021–2022

29 247

Acute zorg

Nr. 360

VERSLAG VAN EEN COMMISSIEDEBAT

Vastgesteld 20 juni 2022

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 25 mei 2022 overleg gevoerd met de heer Kuipers, Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, over:

- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 15 maart 2022 inzake advies van de Nederlandse Zorgautoriteit «Passende acute zorg» (Kamerstuk 29 247, nr. 348);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 22 februari 2022 inzake toekomstbestendige acute zorg (Kamerstuk 29 247, nr. 341);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 19 april 2021 inzake NZa-monitor acute zorg 2020 en 3 NZa-monitors contractering 2021 (Kamerstukken 29 247 en 32 620, nr. 330);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 2 juli 2021 inzake uitvoering van de gewijzigde motie van de leden Van Gerven en Hijink over de spoedzorg in het St. Jans Gasthuis Weert waarborgen (Kamerstuk 31 016, nr. 329) (Kamerstuk 31 016, nr. 344);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 2 juli 2021 inzake bereikbaarheidsanalyse voor SEH's en acute verloskunde 2021 (Kamerstuk 29 247, nr. 334);**
- **de brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 27 augustus 2021 inzake beschikbaarheidsbijdrage spoedeisende hulp (Kamerstuk 29 247, nr. 335);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 13 september 2021 inzake toegankelijkheid van de ambulancezorg (Kamerstuk 29 247, nr. 336);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 5 oktober 2021 inzake reactie op verzoek van het Agema, gedaan tijdens de regeling van werkzaamheden van 14 september 2021, over het bericht dat vier spoedeisende hulpposten in Drenthe en Groningen sluiten wegens personeelstekort (Kamerstuk 29 247, nr. 337);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 16 april 2021 inzake internetconsultatie Houtskoolschets acute zorg (Kamerstuk 29 247, nr. 329);**

- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 24 januari 2022 inzake stand van zaken (actieplan) Ambulancezorg (Kamerstuk 29 247, nr. 339);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 6 april 2022 inzake NZa-informatiekaart acute zorg (Kamerstuk 29 247, nr. 349);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 12 februari 2021 inzake toegang mondzorg en fysio voor mensen met schuldenproblematiek (Kamerstuk 29 689, nr. 1093);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 13 januari 2021 inzake beleidsreactie inzake NZa-rapport medisch-generalistische zorg (Kamerstukken 34 104 en 29 248, nr. 316);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 25 juni 2021 inzake voortgang overgangstraject systeemadvies fysio- en oefentherapie (Kamerstuk 29 689, nr. 1105);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 8 juli 2021 inzake reactie over de Regeling openbare jaarverantwoording zorgaanbieders eerstelijnszorg (Kamerstukken 34 767 en 34 768, nr. 61);
- de brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 31 augustus 2021 inzake openbare jaarverantwoording voor zorgaanbieders in de Wet marktordening gezondheidszorg (WMG) (Kamerstukken 34 767 en 34 768, nr. 62);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 29 september 2021 inzake antwoorden op vragen commissie inzake de reactie over de Regeling openbare jaarverantwoording zorgaanbieders eerstelijnszorg (Kamerstukken 34 767 en 34 768, nr. 61) (Kamerstuk 34 767, nr. 63);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 12 oktober 2021 inzake toezending NZa-rapportage over transparantie van tarieven paramedische zorg (Kamerstuk 33 578, nr. 86);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 18 oktober 2021 inzake stand van zaken fysio- en oefentherapie (Kamerstuk 29 689, nr. 1131);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 9 mei 2022 inzake huisartsenzorg (Kamerstuk 33 578, nr. 87);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 24 mei 2022 inzake reactie op de petitie Verscheurkalender (Kamerstuk 29 515, nr. 479);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 23 september 2019 inzake actualiteitenbrief bloedvoorziening 2019 (Kamerstuk 29 447, nr. 51);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 26 juni 2020 inzake reactie op verzoek commissie over het artikel «Producent mogelijk coronamedicijn Sanquin in de problemen» (Kamerstukken 29 447 en 25 295, nr. 58);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 11 december 2020 inzake reactie op verzoek commissie over voortgang van de uitvoering van de motie van het lid Ellemeet c.s. (Kamerstuk 29 447, nr. 53) (Kamerstuk 29 447, nr. 67);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 8 februari 2021 inzake reactie op verzoek commissie inzake bloeddonorselectiebeleid op basis van seksueel risicogedrag (Kamerstuk 29 447, nr. 68);

- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 11 februari 2021 inzake toezegging gedaan tijdens het VSO Ontwikkeling bij Sanquin Plasma Products BV (SPP) op 9 december 2020 over de reorganisatie Sanquin Plasma Products BV (SPP) (Kamerstuk 29 447, nr. 69);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 25 februari 2021 inzake Ministerieel Plan Bloedvoorziening 2021–2023 (Kamerstuk 29 447, nr. 70);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 11 maart 2021 inzake bloeddonorselectiebeleid MSM (Kamerstuk 29 447, nr. 71);
- de brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 11 november 2021 inzake actualiteitenbrief bloedvoorziening 2021 (Kamerstuk 29 447, nr. 72);
- de brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 9 december 2021 inzake onderzoek toekomst bloedvoorziening (Kamerstuk 29 447, nr. 73);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 9 mei 2022 inzake reactie op het onderzoek van de Nederlandse School voor Openbaar Bestuur (NSOB) over de toekomst van de bloedvoorziening (Kamerstuk 29 447, nr. 74);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 17 maart 2022 inzake toezegging gedaan tijdens het commissiedebat Toekomstige organisatie hartzorg van 17 februari 2022, over de concentratie van interventies bij patiënten met een aangeboren hartafwijking (Kamerstuk 31 765, nr. 635);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 9 december 2020 inzake antwoorden op vragen commissie over Houtskoolschets acute zorg (Kamerstuk 29 247, nr. 325);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 3 juli 2020 inzake Houtskoolschets acute zorg (Kamerstuk 29 247, nr. 314);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 2 juli 2021 inzake rapport «Substantieel potentieel. Schatting van de potentiële opbrengst van substitutie van zorg en inventarisatie van de benodigde voorwaarden» (Kamerstuk 32 359, nr. 5);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 27 augustus 2021 inzake uitvoering inhaalzorg medisch-specialistische zorg (Kamerstukken 29 248 en 25 295, nr. 332);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 18 oktober 2021 inzake voortgang «De juiste zorg op de juiste plek» (Kamerstuk 29 689, nr. 1132);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 25 oktober 2021 inzake reactie op de uitvoering van de motie van het lid Aukje de Vries over initiatieven voor digitale en hybride zorg (Kamerstuk 31 765, nr. 592) (Kamerstuk 27 529, nr. 270);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 20 december 2021 inzake update lerende evaluatie juiste zorg op de juiste plek (JZOJP) (Kamerstuk 29 689, nr. 1137);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 28 december 2020 inzake reactie op de motie van de leden Van der Staaij en Ploumen over tegengaan van een verdere stapeling van zorgkosten (Kamerstuk 34 104, nr. 261) (Kamerstuk 34 104, nr. 315);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 19 februari 2021 inzake reactie op de motie van het lid Agema over verbeterpunten om een ongecontroleerd ziekenhuisfaillis-

- sement te voorkomen (Kamerstuk 31 016, nr. 327) (Kamerstuk 31 016, nr. 336);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 24 januari 2022 inzake stand van zaken over de uitvoering van de motie van het lid Agema over verbeterpunten om een ongecontroleerd ziekenhuisfaillissement te voorkomen (Kamerstuk 31 016, nr. 327) (Kamerstuk 31 016, nr. 347);
 - de brief van de Minister van Medische Zorg en Sport d.d. 19 februari 2021 inzake voortgang lerende evaluatie juiste zorg op de juiste plek (JZOJP) (Kamerstuk 29 689, nr. 1095);
 - de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 20 januari 2022 inzake reactie op verzoek commissie inzake stand van zaken over de zorg in Flevoland (2022D01682);
 - de brief van de Minister voor Langdurige Zorg en Sport d.d. 11 april 2022 inzake onderzoeksrapport van XpertiseZorg «Burgers in de boardroom» (Kamerstuk 29 689, nr. 1143);
 - de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 8 maart 2022 inzake uitvoering van twee moties die zijn aangenomen naar aanleiding van het plenaire debat Burgerinitiatief «Erken fibromyalgie» (Kamerstuk 35 826) (Kamerstuk 35 826, nr. 9);
 - de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 11 maart 2022 inzake NZa-monitor umc's 2021 (Kamerstuk 33 278, nr. 12);
 - de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 8 maart 2022 inzake samenwerkingsovereenkomst HLA-partijen (Kamerstuk 31 765, nr. 634);
 - de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 11 maart 2022 inzake «Monitor Zorggerelateerde Schade 2019» (Kamerstuk 31 016, nr. 348);
 - de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 25 juni 2021 inzake reactie op verzoek commissie over het rapport «Zorg voor patiënten met een aangeboren hartafwijking. Scenario's voor de toekomst» (Kamerstuk 31 765, nr. 570);
 - de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 7 juli 2021 inzake antwoorden op vragen commissie over advies van kwartiermaker governance van kwaliteitsregistraties (Kamerstuk 29 248, nr. 331);
 - de brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 3 september 2021 inzake reactie op verzoek commissie over de Federatie Medisch Specialistien-petitie «Stem van de dokter» (Kamerstukken 31 016 en 31 765, nr. 345);
 - de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 18 oktober 2021 inzake reactie op moties inzake zeldzame aandoeningen (Kamerstuk 31 765, nr. 608);
 - de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 15 november 2021 inzake voortgangsrapportage Uitkomstgerichte zorg 2021 (Kamerstuk 31 476, nr. 38);
 - de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 24 november 2021 inzake voortgang transgenderzorg (Kamerstuk 31 016, nr. 346);
 - de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 29 november 2021 inzake reactie op de moties van de leden Bergkamp en Veldman over een geschikt model uitwerken waarin richtlijnen doorlopend worden geactualiseerd (Kamerstuk 31 016, nr. 332) en van de leden Ellemeet en Van den Berg over niet bewezen effectieve zorg altijd in een

- onderzoeksetting leveren (Kamerstuk 29 689, nr. 1112) (Kamerstukken 29 689 en 31 765, nr. 1135);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 22 maart 2022 inzake eerste voortgangsrapportage moleculaire diagnostiek (Kamerstuk 31 765, nr. 636);
 - de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 9 mei 2022 inzake voortgang transgenderzorg (Kamerstuk 31 016, nr. 349);
 - de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 9 mei 2022 inzake reactie op verzoek commissie over de toename van acute hepatitis van onbekende oorzaak onder kinderen en de reeds uitgevoerde levertransplantaties in de afgelopen weken in Nederland (Kamerstuk 31 765, nr. 640);
 - de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 24 juni 2020 inzake nulmeting van het experiment geregistreerd-mondhygiënist in het BIG-register (Kamerstuk 32 620, nr. 263);
 - de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 25 juni 2021 inzake stand van zaken mondzorg (Kamerstuk 32 620, nr. 270);
 - de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 14 februari 2022 inzake reactie op verzoek commissie over een reactie op de brief van PAQ Solutions met betrekking tot klacht over tandartsen en onnodige behandelingen (Kamerstuk 31 765, nr. 619);
 - de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 26 januari 2021 inzake aanwijzing NZa bekostiging integrale geboortezorg (Kamerstuk 32 279, nr. 208);
 - de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 26 januari 2021 inzake reactie op verzoek commissie over een afschrift van de reactie op brief KNOV over de oproep tot uitstel aanwijzing integrale bekostiging geboortezorg in reguliere bekostiging (Kamerstuk 32 279, nr. 209);
 - de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 22 februari 2021 inzake toezeggingen gedaan tijdens het AO Zwangerschap en geboorte van 10 december 2020 over integrale geboortezorg (Kamerstuk 32 279, nr. 211);
 - de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 1 juni 2021 inzake reactie op verzoek commissie over de petitie «Behoud keuzevrijheid zwangeren en eerstelijns geboortezorg» door Stichting Geboortebeweging en Platform Noodalarm Geboortezorg (Kamerstuk 32 279, nr. 213);
 - de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 5 oktober 2021 inzake rapportages passende bekostiging van integrale geboortezorg en perinatale sterftcijfers (Kamerstuk 32 279, nr. 216);
 - de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 1 juli 2021 inzake uitvoering van de motie van de leden Van Gerven en Bergkamp over het experiment bekostiging integrale geboortezorg verlengen tot 2023 (Kamerstuk 29 323, nr. 162);
 - de brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 29 januari 2021 inzake vierde voortgangsrapportage Kansrijke Start (Kamerstuk 32 279, nr. 210);
 - de brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 15 oktober 2021 inzake reactie op de motie van het lid Van den Berg over de kosten van het verlengen van Kansrijke Start tot aan het primair onderwijs (Kamerstuk 35 593, nr. 13) (Kamerstuk 32 279, nr. 217);

- de brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 10 juni 2021 inzake beleid vitamine K-profylaxe (Kamerstuk 32 279, nr. 214);
- de brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 8 juli 2021 inzake adviezen van de Gezondheidsraad over voeding van zwangere vrouwen (Kamerstuk 32 279, nr. 215);
- de brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 12 januari 2021 inzake stand van zaken 13-wekenecho (Kamerstuk 29 323, nr. 145);
- de brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 7 juli 2021 inzake start 13-wekenecho (Kamerstuk 29 323, nr. 163);
- de brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 27 januari 2021 inzake toevoeging SMA aan neonatale hielprikscreening (Kamerstuk 29 323, nr. 146);
- de brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 25 mei 2021 inzake derde tranche uitbreiding neonatale hielprikscreening (Kamerstuk 29 323, nr. 161);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 17 augustus 2021 inzake onderzoek redenen tot niet-deelname aan de NIPT (Kamerstukken 29 323 en 32 279, nr. 164);
- de brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 29 april 2021 inzake advies Raad van Volksgezondheid en Samenleving (RVS) «Een eerlijke kans op gezond leven» (Kamerstuk 32 793, nr. 550);
- de brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 11 juni 2021 inzake combinatietest binnen de prenatale screening (Kamerstukken 32 793 en 29 323, nr. 553);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 8 juli 2021 inzake jaarverslag 2020 van de Stichting donorgegevens kunstmatige bevruchting (Sdkb) (Kamerstuk 35 570 XVI, nr. 194);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 6 december 2021 inzake duiding perinatale sterftcijfers 2020 (Kamerstuk 32 279, nr. 218);
- de brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 14 december 2021 inzake stand van zaken uitbreiding hielprikscreening 2021 (Kamerstuk 29 323, nr. 165);
- de brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 16 december 2021 inzake onderzoeksrapport positionering prenatale screening in relatie tot reguliere geboortezorg (Kamerstuk 29 323, nr. 166);
- de brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 1 april 2021 inzake voortgangsrapportage Zevenpuntenplan (Kamerstuk 32 279, nr. 212);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 19 februari 2021 inzake kabinetsreactie op de tweede evaluatie van de Wet afbreking zwangerschap (Wafz) (Kamerstuk 30 371, nr. 45);
- de brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 10 februari 2022 inzake vijfde voortgangsrapportage actieprogramma Kansrijke Start (Kamerstuk 32 279, nr. 219);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 21 februari 2022 inzake onderzoeksrapport «Preconceptionele dragerschapsscreening in Nederland. Gevolgen, maat-

schappelijk draagvlak en ethische aspecten» (Kamerstuk 29 323, nr. 167);

- de brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 14 maart 2022 inzake RIVM-monitor en ZonMw-onderzoeken onbedoelde zwangerschappen (Kamerstuk 32 279, nr. 220);**
- de brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 11 maart 2022 inzake evaluatie Gezondheidsraadadvies over hielprikscreening (Kamerstuk 29 323, nr. 168);**
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 14 april 2022 inzake structurele implementatie NIPT (Kamerstuk 29 323, nr. 169);**
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 23 mei 2022 inzake antwoorden op vragen commissie over de structurele implementatie NIPT (Kamerstuk 29 323, nr. 169) (Kamerstuk 29 323, nr. 171);**
- de brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 19 mei 2022 inzake stand van zaken uitbreiding van de hielprikscreening (Kamerstuk 29 323, nr. 170).**

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

De voorzitter van de commissie,
Smals

De griffier van de commissie,
Esmeijer

Voorzitter: Smals
Griffier: Bakker

Aanwezig zijn dertien leden der Kamer, te weten: Agema, Van den Berg, Bikker, Ellemeet, Den Haan, Hijink, Van Houwelingen, Kuiken, Paulusma, Van der Plas, Smals, Van der Staaij en Tielen,

en de heer Kuipers, Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Aanvang 16.00 uur.

De voorzitter:

Goedemiddag. Welkom bij het commissiedebat van de vaste Kamercommissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Allereerst wil ik de Minister en de ondersteuning natuurlijk van harte welkom heten. Hartelijk welkom aan de collega-Kamerleden. Ik zal u zo nog introduceren. We hebben een zogenaamd verzameldebat met heel erg veel onderwerpen. Namens wie weet ik niet, maar ik wil in ieder geval mijn excuses aanbieden voor het feit dat er zo veel onderwerpen op de agenda staan, want het kan dus alle kanten opgaan. Dat is nou eenmaal zo vanwege de tijd. We hebben eerder besloten om het toch op deze manier te doen, dus mijn excuus als het wellicht voor de kijkers thuis wat rommelig is en er van alles door elkaar gaat. We hebben tot vanavond laat de tijd. Die tijd hoeft niet op. Er zijn ook nog andere zaken die aandacht eisen van sommige mensen. Daar zal ik verder niet op ingaan, maar we zien vanavond nog wel of dat goed of slecht gaat. Ik heb het over voetbal, voor degenen die daar niet ...

De onderwerpen zijn: acute zorg, eerstelijnszorg, bloedvoorziening, medisch zorglandschap, medisch-specialistische zorg, mondzorg, en zwangerschap en geboorte. Aan mijn linkerkant hebben we mevrouw Van den Berg van het CDA, mevrouw Bikker van de ChristenUnie, meneer Van der Staaij van de SGP, mevrouw Van der Plas van BBB, mevrouw Ellemeet van GroenLinks, meneer Hijink van de SP, mevrouw Den Haan van de Fractie Den Haan, mevrouw Paulusma van D66 en mevrouw Agema van de PVV. Van harte welkom. De heer Van Houwelingen van Forum voor Democratie zal ook nog aansluiten. Ik wilde voorstellen om te beginnen met vier interrupties, of, althans, vier spreekmomenten. Interrupties in tweeën zijn dus twee spreekmomenten. Ik wilde dit voorstellen om het een beetje te beperken qua tijd. Als er meer ruimte en tijd is, ga ik daar natuurlijk flexibel mee om. Mevrouw Agema.

Mevrouw Agema (PVV):

We hebben 101 agendapunten. Vroeger hadden we drie interrupties in drievoud bij een debat van drie uur over drie agendapunten. We hadden negen woordmeldingen. Als we nu met zo'n omvangrijke agenda op acht gaan zitten, dan vind ik dat echt veel te weinig. Het kan zomaar zijn dat je iets wil uitdiscussiëren wat naar voren wordt gebracht. Kunnen we niet tien woordmeldingen doen en dat je gewoon zelf bepaalt of je kiest voor één keer, vijf keer of twee keer drie?

De voorzitter:

Ik vind het een goed idee om die woordmeldingen ... Ik was dat woord even kwijt. «Woordmeldingen» zijn dus de keren dat u het woord vraagt. Ik had voorgesteld om vier woordmeldingen te doen in de eerste termijn van de Kamer. Dan hebben we natuurlijk ook nog de eerste termijn in de behandeling. Maar als u zegt: ik wil daar meer van maken ... Ik ben even confuus. Hoeveel zou u willen voorstellen?

Mevrouw **Agema** (PVV):

Vier keer twee is gewoon echt veel minder dan wat we voorheen met drie agendapunten en drie uur hadden.

De **voorzitter**:

Ik ben het met u eens.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ik zou tien zeggen. Dan kunnen leden zelf bepalen of ze voor vijf keer twee of twee keer vijf kiezen. Drie keer drie plus één keer één kan ook.

De **voorzitter**:

Mevrouw Agema, ik denk dat de meesten van uw collega's er vooral behoefte aan hebben om de Minister te bevragen. We kunnen misschien de hele eerste termijn samenvakken, dus zowel de zijde van de Kamer als de zijde van de Minister, en dat we dat dan samen op tien zetten. Kunt u daarmee leven? Ik zie instemmend geknik. Mevrouw Agema, het spijt me, maar ik kan echt niet meer tijd vrijmaken dan dit, behalve dat we nu heel ... Mevrouw Van der Plas wil nog iets zeggen. Heeft u een punt van orde?

Mevrouw **Van der Plas** (BBB):

Dan zou ik ervoor pleiten om gewoon te kijken hoe het debat gaat. Als het soepel gaat en er niet te veel gedoe en uitloop is – «gedoe» bedoel ik niet oneerbiedig, want het is heel belangrijk – dan kan de voorzitter misschien toch besluiten om nog ietsje soepeler te zijn met de interrupties of woordmeldingen. Dat is een nieuw woord voor mij, dus ik heb weer wat geleerd vandaag.

De **voorzitter**:

Ja, natuurlijk. Dat is vanzelfsprekend. U kent mij. U kent mij volgens mij ook als voorzitter. Ik ben zeker altijd bereid, als de tijd dat toelaat, om dat te doen. Maar laten we snel beginnen. Ik geef mevrouw Van den Berg graag als eerste het woord. De spreektijd van u allemaal is zeven minuten. Dank u wel.

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

Dank u wel, voorzitter. Zoals u al zei, hebben we vandaag een agenda met meer dan 100 punten. Het CDA zal focussen op technologie, acute zorg, medisch zorglandschap en huisartsenzorg.

Voorzitter. Een arts zei me eens: we weten precies hoeveel pizzakoeriers er ieder jaar tegen een muur aanrijden in Rotterdam, maar we weten niet waar en wanneer. Vrijdag bracht ik een werkbezoek aan de meldkamer van de Ambulancedienst Zuid-Holland Zuid, die een programma gebruikt met kunstmatige intelligentie. Door een enorme hoeveelheid data te verwerken, weten ze beter waar en wanneer een incident plaatsvindt. Met het programma hebben ze een betere spreiding en dekking van de ambulances, maar ze zijn met Flevoland de enige. Vorige week verscheen er een onderzoek van Gupta, in opdracht van FME technology. Door de inzet van bestaande technologie zijn er meer dan 100.000 fulltimebanen minder nodig in de zorg, maar iedereen bepaalt nu zelf welke technologie wel of niet wordt gebruikt.

Voorzitter. Het CDA pleit al langer voor een lerende cultuur en «steal with pride», zoals de Engelsen zeggen. Ik was op werkbezoek bij het Catharina Ziekenhuis in Eindhoven, dat met een nieuwe techniek complexe hartoperaties verricht. Een opname is niet meer nodig. Conclusie: er is minder belasting voor het personeel, de kwaliteit is beter en er zijn minder kosten. Isala in Zwolle heeft een mooi thuistraject voor COPD. Dat wordt niet gekopieerd. Nee, iedere regio ontwikkelt zijn eigen traject. Albert Schweitzer heeft een effectievere manier om borstkanker te diagnosti-

ceren. Bernhoven heeft door een hogere kwaliteit op de SEH het aantal opnames kunnen verminderen. Al deze ziekenhuizen worden niet beloond, maar wel financieel gestraft met minder inkomsten. Is de Minister het met het CDA eens dat patiënten meer informatie moeten krijgen over de resultaten? Dan kiezen ze namelijk bijvoorbeeld zelf voor Catharina. Graag een reactie.

Voorzitter. Op 8 juli vorig jaar is er een motie van mij aangenomen over dat zorgverzekeraars meer mogelijkheden moeten krijgen wat betreft het selecteren van de meest effectieve, dan wel passende zorg. Is de Minister het met het CDA eens dat het Zorginstituut transparant moet maken wat goede praktijken zijn, wie deze toepast en welke zorgverzekeraars dat contractueel honoreren? Is de Minister het ermee eens dat de Zorgautoriteit de mogelijkheid heeft om de bekostiging van oude technologieën of behandelingen op een laag pitje te zetten, dan wel te stoppen? Graag een reactie.

Voorzitter. We ontvangen nog een reactie van de Minister op het rapport van de Zorgautoriteit over acute zorg. Ook zullen we daarover nog een apart debat hebben. Maar het CDA wil alvast een paar dingen meegeven. Patiënten moeten meer informatie krijgen over waar men de beste zorg krijgt, zodat keuzes over de concentratie van hoogcomplexe zorg begrijpelijker zijn. Dat de Minister wil kijken bij hoeveel ziekenhuizen de spoedeisende hulp 's nachts open moet zijn in een regio waar veel ziekenhuizen bij elkaar zijn, is prima. Wat betreft het CDA zijn nu toch eerst de topklinische ziekenhuizen aan de beurt om te sluiten en niet het algemene ziekenhuis in de regio. Regionale ziekenhuizen kennen de patiënten en zijn van groot belang voor de leefbaarheid van de regio. Tegen die achtergrond heb ik de volgende vragen. Maandag verscheen het bericht dat de gemeente Zoetermeer buitenspel wordt gezet met betrekking tot de discussie over de toekomst van het LangeLand Ziekenhuis. Sinds 1 januari is met de Wet toetreding zorgaanbieders het vooraf erbij betrekken van B en W verplicht. Is de Minister bereid een gesprek te hebben met de gemeente?

Voorzitter. Op verzoek van het CDA verscheen er een monitor over in hoeverre academische ziekenhuizen nog aan basiszorg doen. Basiszorg kan immers prima in een algemeen ziekenhuis plaatsvinden. Nu horen we echter dat academische ziekenhuizen aparte klinieken opzetten, zodat ze formeel geen basiszorg doen, maar eigenlijk in feite naar zichzelf doorverwijzen. Dat lijkt onzes inziens niet wenselijk. Graag een reactie.

De voorzitter:

Mevrouw Van den Berg, u heeft een vraag van meneer Hijink. Mevrouw Tielen komt ook nog binnen. Voor de duidelijkheid herhaal ik nog even de afspraak. We doen tien woordmeldingen in totaal voor zowel de eerste termijn van de Kamer als de eerste termijn van de Minister. U mag dus zelf kiezen op welke plekken u die allemaal gebruikt. Meneer Hijink.

De heer Hijink (SP):

Mevrouw Van den Berg heeft het over het LangeLand Ziekenhuis in Zoetermeer. Wij maken ons ook grote zorgen over wat daar gebeurt. Ik wilde mevrouw Van den Berg vragen wat zij er nou eigenlijk van vindt dat in deze tijd, waarin we ons juist grote zorgen maken over de capaciteit op de ic en als het gaat om operatiekamers in het kader van inhaalzorg, op deze manier zomaar weer in zo'n ziekenhuis afdelingen gesloten dreigen te worden, zonder dat daar ook maar iemand enige regie over voert? Vindt mevrouw Van den Berg dat het een les moet zijn en dat het op die manier niet meer moet gebeuren?

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Dat is precies de reden waarom ik aan de Minister vraag of hij in ieder geval een gesprek wil met de gemeente, want de eerste regel die hier al

overtreden wordt, is dat de gemeente erbij betrokken moet worden, voorafgaand aan eventuele besluiten. Vervolgens moeten voor alle inwoners sessies worden gehouden om uitleg te geven, als er al iets gaat veranderen. Daarvoor moet de inspectie er natuurlijk naar gekeken hebben en moeten zorgverzekeraars ook kunnen borgen dat er voldoende zorg is. Daar hebben we allemaal vraagtekens bij. Ik denk dus op zich dat er goede waarborgen zijn, maar op het moment dat die niet worden gebruikt, kun je snel de bietenbrug opgaan.

De heer **Hijink** (SP):

Volgens mij is het nog een tandje erger. Wij begrijpen zelfs dat een deel van het personeel via de media, namelijk TV West, moest horen dat afdelingen in het ziekenhuis waar zij werkzaam zijn, gesloten zouden worden. Ik vind dat echt ongehoord, zeker in een tijd waarin iedereen zich druk maakt over de capaciteit in de zorg, de ic-capaciteit, de operatiecapaciteit en de capaciteit op de spoedeisende hulp. Het is niet de eerste keer. Dit gebeurt aan de lopende band in ziekenhuizen. Ook op plekken waar juist heel veel capaciteit nodig is, wordt er door bestuurders of zorgverzekeraars met één pennenstreek capaciteit afgebouwd. Ik wil van mevrouw Van den Berg graag het volgende weten. Wordt het niet eens tijd dat we van de Minister gaan eisen dat dit op deze manier niet meer gaat gebeuren en dat er meer regie komt, ook vanuit de politiek en vanuit Den Haag, om ervoor te zorgen dat mensen niet volledig afhankelijk zijn van de beslissingen die door bestuurders en verzekeraars worden genomen? Wordt het niet eens tijd dat we dat anders gaan aanpakken?

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

Het eerste wat volgens ons moet gebeuren, is dat de inspectie gewoon de bestaande afspraken gaat handhaven. Dat gebeurt dus nu al niet. Wat ons betreft mag de inspectie echt veel strenger zijn in het feit dat meneer Hijink als voorbeeld geeft ... Medewerkers moeten in feite in de krant lezen of via de media horen welke plannen er zijn. Dat is absoluut niet acceptabel. Vandaar dat ik dus aan de Minister vraag: wat gaat hij eraan doen? Ik heb op de eerste plaats ook het verzoek aan de Minister dat hij de inspectie de opdracht geeft om hierop in te grijpen en dat de wet wordt toegepast.

De **voorzitter**:

Gaat u verder, mevrouw Van den Berg.

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

Dank u wel, voorzitter. Bij mijn werkbezoek aan het Van Weel-Bethesda Ziekenhuis in Dirksland bleek dat er een intensieve samenwerking was tussen cure, de medische zorg, care, de langdurige zorg, maar ook de community. De gemeenschap werkt daar enorm veel samen. We noemen dat ook wel «nabuurchap». Is de Minister het met het CDA eens dat nabuurchap meegenomen moet worden bij het bepalen en het inrichten van het zorglandschap? Iets afbreken is namelijk heel makkelijk, maar het duurt veel langer om iets weer op te bouwen.

In het debat van 24 februari heeft de Minister de toezegging gedaan dat hij landelijke normen gaat maken met betrekking tot de kwaliteit en de toegankelijkheid van de zorg, conform het advies van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. Het gaat dus om dezelfde normen van Stadskanaal tot Sluis. Welke acties zijn er ingezet en hoe staat het daarmee?

Voorzitter. Vindt de Minister met het CDA dat opleidingsgelden eerlijker verdeeld moeten worden? Uit een artikel in Medisch Contact blijkt dat er geen coronaonderzoeksgeld naar de periferie gaat, zoals het Zuyderland, terwijl dat ziekenhuis in de coronatijd in het oog van de orkaan zat. Graag een reactie van de Minister.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Ik wil nog even terug naar het vorige punt dat mevrouw Van den Berg noemde, namelijk de samenwerking tussen cure, care en de gemeenschap. Een groot voordeel daarvan is natuurlijk ook dat je meer kan inzetten op preventie als je die gemeenschap erbij betrekt. Ik weet niet of mevrouw Van den Berg later nog ingaat op de brief over het Integraal Zorgakkoord en de eerste contouren die daarvan bekend zijn. Wat mij daarin opviel, is dat de curatieve zorg heel erg centraal gesteld wordt. Is mevrouw Van den Berg het met mij eens dat als we het hebben over integrale zorg, dat ten eerste betekent dat we meer moeten gaan inzetten op preventie en ten tweede dat de gemeenten bijvoorbeeld ook aan tafel moeten zitten om samen dat akkoord te sluiten?

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

Ik ben het helemaal met mevrouw Ellemeet eens dat bij het Integraal Zorgakkoord juist ook ... Voorkomen is beter dan genezen. Ik heb eerder bijvoorbeeld gepleit voor het ontpillen. Dat is ook een stukje preventie. Ook die community ... Je moet naar het totaal kijken. Juist om ervoor te zorgen dat we minder gaan medicaliseren, dat we gaan demedicaliseren, is die integrale aanpak belangrijk. Dank voor deze vraag, want die had ik niet meer in mijn tijd kunnen opnemen.

De voorzitter:

Gaat u verder. U heeft nog anderhalve minuut.

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

Dank u wel, voorzitter. Die anderhalve minuut ga ik besteden aan de eerstelijnszorg en de huisartsenzorg. Zij zijn het centrale punt in de zorg en weten vaak als enige nog iets over de persoonlijke omstandigheden van een patiënt. Maar de huisarts staat zwaar onder druk door vergrijzing – bijna 20% is namelijk ouder dan 60 jaar – maar ook door huisvestingsproblemen en administratieve lasten. De Verscheurkalender en de noodoproep van de Landelijke Huisartsen Vereniging laten dat kristalhelder zien. Zoals bekend wil het CDA de administratie halveren. De Minister wil die ook verminderen, maar verwijst in zijn brief van gisteren weer naar (Ont)Regel de Zorg en naar het veld. Wat betreft het CDA gaat de Minister toch echt meer regie nemen, want anders gaat het onzes inziens niet lukken, zo blijkt de afgelopen jaren. Is hij daartoe bereid? Voorzitter. De Minister heeft onze vragen beantwoord over huisvestingsproblemen. Het is goed om te lezen dat hij vindt dat ook gemeentes een rol hebben en mee moeten denken over adequate huisvesting. Welke afspraken heeft hij daarover met de Minister van Binnenlandse Zaken gemaakt? Ook is het goed om te lezen dat de Minister met het CDA vindt dat de apotheekhoudende huisarts essentieel is om de eerstelijnszorg bereikbaar te houden in dunbevolkte regio's. Ik zag mooie voorbeelden tijdens mijn werkbezoeken aan de huisartsen in Wesepe, bij Zwolle, en op Schouwen-Duiveland. Ze raken echter steeds meer in de knel. Is de Minister bereid de Zorgautoriteit te vragen om onderzoek te doen naar de tariefstelling?

Dank u wel, voorzitter.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Van den Berg. U heeft precies zeven minuten gesproken. Dat is mooi. Ik geef het woord aan mevrouw Bikker voor haar eerste termijn.

Mevrouw **Bikker** (ChristenUnie):

Voorzitter, dank u wel. «Het klinkt misschien raar voor iemand die in de acute zorg werkt, maar ik vind het raar dat we streven naar zorg en niet naar gezondheid. De hoeveelheid patiënten kan niet groeien. We moeten

meer gezondheid creëren.» Dat zegt David Baden, spoedeisendehulparts in het Utrechtse Diakonessenhuis. Ik heb hem gesproken. Ik was onder de indruk van zijn visie op een stad waar van alles gebeurt en op welke rol juist de spoedeisendehulp post dan heeft. Maar ik zag ook hoe belangrijk het is dat het voorliggende veld, de huisartsenzorg en de nabije zorg, goed op orde zijn. In dit mammoetdebat met zeven grote onderwerpen en rond de 100 agendastukken ... Ik hoorde net dat het er 101 zijn. Dan denk ik altijd weer aan andere dingen, maar het zijn in ieder geval heel veel agendastukken. Ik vind het een mooie focus om het over gezondheid te hebben. We hebben het in dit huis vaak over goede zorg, maar we zouden het natuurlijk moeten hebben over goede gezondheid. We willen niet meer patiënten. We willen meer gezondheid.

Voorzitter. Daarom zal ik het allereerst hebben over de eerstelijnszorg. De huisartsen zitten in het nauw. De werkdruk is hoog, het takenpakket dijt uit en huisartsen kunnen niet de zorg bieden die ze willen bieden, terwijl zorg bieden juist de reden was waarom ze ooit huisarts zijn geworden. Ze zien veel administratie en weten niet precies waar die aan bijdraagt. In 2021 stopten 138 huisartsen jonger dan 50 jaar. Juist de huisartsen die heel graag willen bijdragen aan de gezondheid van hun patiënten, de mensen uit hun wijk of dorp, zien we afhaken. Dat tij moet worden gekeerd. Juist in dat licht heb ik goede hoop dat het te sluiten Integraal Zorgakkoord een moment kan zijn waarop de wissel wordt omgezet en de situatie voor huisartsen beter wordt.

Ik zou aan de Minister willen vragen: hoe gaat het Integraal Zorgakkoord anders zijn dan het hoofdlijnenakkoord huisartsenzorg? De verzekeraars en de samenwerkingsverbanden zagen wel de voordelen van de regio-plannen, maar de huisartsen zagen die verbeteringen veel minder door het akkoord. In hoeverre gaat het Integraal Zorgakkoord meer over gezondheid in plaats van over zorg? Wie worden erbij betrokken om juist dat voor elkaar te krijgen? Ik zou in aansluiting op wat mevrouw Van den Berg al vroeg, willen vragen: herkent u dat ook bijvoorbeeld heel praktische zaken als het vinden van een praktijkruimte een obstakel kunnen zijn voor het vestigen van een huisartsenpraktijk? Vindt de Minister dat hij daar een rol in heeft? Zo ja, wat zijn dan zijn inzet en zijn voornemen? Zo nee, hoe komen we dan tot een oplossing? Ik hoor het heel graag.

De voorzitter:

Mevrouw Bikker, u heeft een vraag van meneer Hijink.

Mevrouw **Bikker** (ChristenUnie):

O, gezellig.

De heer **Hijink** (SP):

U moet nog maar afwachten of het gezellig wordt. De vraag is, als het over die akkoorden gaat en over het zorgakkoord dat nog gesloten moet worden, of dat automatisch gaat leiden tot verbetering voor de huisarts, ook omdat het kabinet natuurlijk wel een heel flinke bezuiniging heeft ingeboekt die aan dat akkoord vasthangt. We weten dus eigenlijk nog niet wat de inhoudelijke afspraken gaan worden, maar we weten wel al dat het geld moet gaan opleveren. Ik ben benieuwd naar wat mevrouw Bikker daarvan vindt. Is het risico er nu ook niet dat, in de eerstelijnszorg of in de tweedelijnszorg in de ziekenhuizen, daar waar bezuinigd gaat worden, het ook zomaar kan betekenen dat de druk op de huisartsen alleen nog maar groter gaat worden?

Mevrouw **Bikker** (ChristenUnie):

Ik vind dat de heer Hijink hierin toch iets verder vooruit moet kijken dan alleen naar de momentopname. De uitgaven aan de zorg groeien, groeien en groeien. Dat doen we om mensen goede zorg te bieden. Deze coalitie

heeft wel gezegd: hoe gaan we dat ook op de lange termijn volhouden en met elkaar op een manier inrichten die goede zorg geeft, die betaalbaar is en die voldoende handen organiseert? Dat vraagt inderdaad om belangrijke keuzes over hoe we onze samenleving inrichten. Juist daarom heb ik gezegd: focus nou op gezondheid in plaats van alleen op zorg. Wat betreft de medicalisering die wij steeds verder doorzetten, moeten we kijken naar wat daarin passend is. Dat kan niet voor alles. Juist daarin moedig ik het kabinet aan om het in dat Integraal Zorgakkoord niet alleen te hebben over het hier en nu, maar om vooruit te kijken, want die verandering is zó belangrijk. Ik zou eigenlijk de SP willen uitdagen om even uit dat frame te stappen van bezuinigen, want dat klinkt zo makkelijk. De zorguitgaven blijven groeien, wat betekent dat deze coalitie steeds meer geld uitgeeft aan het Ministerie van VWS. Dat geeft niet, want dat doen we om mensen goede zorg te bieden. We moeten alleen ook naar de langjarige trend kijken, waarin we zien dat het steeds lastiger wordt om het te betalen. Het is niet het makkelijkste verhaal, maar juist daarom wil ik het hebben over gezondheid, want dat raakt ons allemaal.

De voorzitter:

Meneer Hijink heeft een vervolgvraag. Mevrouw Bikker, wilt u kort zijn in de beantwoording?

De heer Hijink (SP):

Nu zijn we weer terug bij af. Nu gaan we weer in de ontkenningmodus, alsof er niet bezuinigd zou worden op de zorg, wat natuurlijk feitelijk wel het geval is. Wat hier gebeurt, is hetzelfde als wat we eerder hebben gezien, ook in de verpleeghuizen en de jeugdzorg. Er wordt een bezuiniging ingeboekt en vervolgens gaan we kijken hoe die met maatregelen ingekleed en ingevuld kan worden. Dat is een heel gevaarlijke manier van werken. Dat heeft de Rekenkamer trouwens ook gezegd in de analyse van de vorige zorgakkoorden. Pas nou op dat als je inhoudelijk iets wil veranderen ... Ik ben er erg voor wat mevrouw Bikker zegt over het naar gezondheid gaan in plaats van naar zorg. Zorg er nou eens voor dat je die afspraken maakt en dat je de werkwijze aanpast. Als dat dan een besparing oplevert, is dat supergoed, maar boek niet eerst de bezuiniging in om daarna te gaan kijken naar hoe je dat gaat waarmaken met inhoudelijke zorgafspraken. Dat is wel wat ook dit akkoord weer gaat doen. Dat staat precies haaks op waar de Rekenkamer de vorige keer op heeft gewezen: ga nou niet eerst bezuinigen en daarna kijken hoe je dat invult. Dat is de verkeerde volgorde.

De voorzitter:

Wat is uw vraag?

De heer Hijink (SP):

Dat is mijn vraag.

Mevrouw Bikker (ChristenUnie):

Ik constateer dat we het daarover niet eens zijn, want ik denk dat het heel belangrijk is om te kijken naar hoe de zorg zich ontwikkelt in de verschillende regio's. Ik zie daar ook verschil in, want de populatie in Den Haag is totaal anders dan in regio's waar de populatie krimpt en waar juist de vergrijzing veel harder toeslaat. Dat vraagt ook echt iets anders. Je kunt naar de acute zorg of naar de eerstelijnszorg kijken. Dat zijn grote vragen. Daar moeten we eerlijk over zijn. Daar moeten we ook, denk ik, inhoudelijk het gesprek over durven voeren. Maar kom dan niet onmiddellijk met het frame alsof die bezuinigingen de opzet zijn van deze coalitie. Dat is niet aan de orde. Er wordt elk jaar meer geld uitgegeven aan de zorg. Ook wordt er gezocht naar de manier waarop we langdurig ervoor kunnen zorgen dat dit land goede zorg biedt aan alle mensen. Ik zou daarin heel

graag met de SP optrekken, maar dan moeten we niet met zulke beelden gaan werken die niet matchen met de werkelijkheid.

Voorzitter. De NZa adviseert dat het huisartsen helpt als er gewerkt wordt met regionale toekomstvisies voor de zorg, waarbij de huisartsenzorg betrokken is. De toegankelijkheid van de zorg en de werkdruk zouden volgens de NZa toegevoegd moeten worden aan de regioplannen. Ziet de Minister dat ook en op welke wijze wil hij daar een vervolg aan geven?

Voorzitter. Na de eerstelijnszorg zou ik het willen hebben over het medisch zorglandschap en de acute zorg. Ook daarover heb ik met interesse het advies van de NZa gelezen. We gaan het daar later nog over hebben, maar ik zou wel graag een eerste reactie van de Minister willen hebben over de bekostiging op basis van beschikbaarheid. Vindt hij dat een idee? Hoe kijkt hij daarnaar? De NZa denkt wel, vind ik, als ik het zo lees – ik gooi toch maar een balletje op – snel vanuit concentratie vanuit de acute zorg.

Eerlijk gezegd lijkt dat me geen doel op zich. Het moet gaan om kwaliteit, beschikbaarheid, betrouwbaarheid en bereikbaarheid. Hoe kijkt de Minister daarnaar? Dat is toch geen doel op zichzelf, lijkt me? Je moet toch juist kijken vanuit het gehele proces? Wat is wijs?

Voorzitter. Juist dan kom ik op een onderwerp waarvan ik denk: hoe zal ik dat aanvliegen? Er zit hier namelijk maar één Minister. Hij heeft het medisch zorglandschap en de acute zorg in de portefeuille, maar het opstellen van regiobeelden en het doorontwikkelen van juiste zorg op de juiste plek liggen bij Minister Helder. Het kan natuurlijk een fantastische tandem worden als het inderdaad een aanpak in samenhang wordt. Hoe gaan de Ministers dat bevorderen?

Ik benoem één element daaruit. Op de spoedeisende hulp vindt bijvoorbeeld heel vaak acute zorg plaats. Dat is de kurk waarop een ziekenhuis drijft, qua bedrijfsvoering en qua patiëntenstroom. Keuzes voor het aantal spoedeisendehulpverleners kunnen dus gevolgen hebben voor het toekomstperspectief van een ziekenhuis in een regio. Dat heeft vervolgens weer gevolgen voor het zorgaanbod in een regio. Juist daarom ben ik zo benieuwd naar hoe deze Ministers denken dat ze dit samen tot iets heel fraais gaan brengen in de komende kabinetsperiode. Ik proef de hooggestemde verwachtingen.

Voorzitter. Het rapport Burgers in de boardroom – ik vind het een apart woord, maar het staat echt zo in dat rapport – biedt handvatten voor regio's en VWS om burgers goed te betrekken bij het opstellen van regioplannen. Minister Helder heeft in haar reactie geschreven dat ze het rapport onder de aandacht van stakeholders brengt. Dat klinkt mij iets te vrijblijvend. Hoe stuurt het ministerie er nu op dat burgers, patiënten en cliënten voldoende betrokken zijn bij de regioplannen?

Ik kom op mijn laatste punt, voorzitter.

De voorzitter:

Ogenblik. Er is eerst nog een vraag van mevrouw Van den Berg.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Ik was blij met de opmerking van collega Bikker over het belang van de leefbaarheid van de regio en dat juist de zorg daar vaak zelfs de grootste werkgever is, zoals een ziekenhuis. Is mevrouw Bikker het met het CDA eens dat als we praten over academische ziekenhuizen, topklinische ziekenhuizen en algemene ziekenhuizen, het belangrijk is dat we eerst eens ervoor zorgen dat algemene ziekenhuizen met voorrang worden behandeld ten opzichte van de topklinische en academische ziekenhuizen?

Mevrouw Bikker (ChristenUnie):

Dat vraagt bijna om een dogmatiek die ik niet zo ... Ik hou wel van dogmatiek, maar niet in dit perspectief. Ik denk dat we veel meer vanuit de regiobeelden moeten kijken naar de toekomst van de zorg en de zorg rondom ziekenhuizen. Ik kan me voorstellen dat dat soms afwegingen

geeft die juist algemene ziekenhuizen een sterkere positie geven, zeker in regio's waar je bijvoorbeeld ziet dat de bevolkingssamenstelling verandert. Maar ik kan me ook voorstellen dat het in een drukbevolkt gebied een afweging kan zijn waar dan de beste plek is om zorg te krijgen voor al die patiënten in die regio. Ik voel dus met u mee dat er soms te makkelijk naar een academisch ziekenhuis wordt gekeken en daar weer naartoe gerekend kan worden in de gedachten. Maar ik vind het echt belangrijk dat we ook weer niet andersom een soort vooroordeel hebben en denken: zij hebben wel genoeg en nu moeten we de algemene ziekenhuizen in de lucht houden. Ik zou dus zeggen dat die regiobeelden ons, denk ik, echt gaan helpen. Daarin moet ook echt betrokken worden hoe de regio zich ontwikkelt en wat goed is om zorg dichtbij, maar ook van goede kwaliteit te houden.

De voorzitter:

Mevrouw Van den Berg heeft een tweede vraag.

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

Net noemde mevrouw Bikker de voorzitter van de spoedeisendehulpartsen, dokter Baden. Hij werkt in het Diakonessenhuis. Dat is een regionaal ziekenhuis in de stad, als ik dat zo mag noemen. Is mevrouw Bikker het dan wel met het CDA eens dat je terecht naar de regiobeelden moet kijken, maar dat in afwegingen wat betreft zorg dichtbij en om de hoek – 90% van de zorg is soms wel acuut, maar niet complex – de bereikbaarheid van zorg centraal moet worden gesteld? De Raad voor Volksgezondheid & Samenleving heeft dat ook een paar jaar geconstateerd, dat bereikbaarheid ook onderdeel is van de kwaliteit van de zorg.

Mevrouw **Bikker** (ChristenUnie):

Dit doet mevrouw Van den Berg heel handig, want ze noemt Utrecht en daar ben ik echt dol op. Ik ben ook dol op het Utrechtse Diakonessenhuis, omdat ik weet dat dat een ziekenhuis is dat de mensen uit de stad zorg geeft met kennis van die stad. Dat is weer een heel andere ervaring dan die in het UMC. Het UMC levert ook topzorg, maar het is voor mensen een andere ervaring. Het stadsziekenhuis of het UMC ... Nou, in dat laatste geval is er echt wat met je aan de hand. Zo heftig wordt het zelfs soms beleefd. Ik vind het dus heel belangrijk dat er goede zorg is waarbij mensen weten: hier kan ik gewoon naartoe gaan en de drempel is laag. Dat vraagt veel meer dan alleen kijken naar de ziekenhuizen. Ik weet dat het er in Utrecht bijvoorbeeld ook toe doet hoe je bij het ziekenhuis komt. Is dat überhaupt haalbaar? Er zitten dus veel meer vragen achter dan alleen maar de discussie over academische ziekenhuizen en algemene ziekenhuizen. Ik herken uw beeld dat ook die andere ziekenhuizen zeker van grote waarde zijn. Ik leg daar alleen altijd naast: wat is goed voor deze regio of voor deze stad?

De voorzitter:

Gaat u verder. U heeft nog iets meer dan twee minuten.

Mevrouw **Bikker** (ChristenUnie):

Dan zou het goed moeten komen.

Voorzitter. Ten aanzien van zwangerschap en geboorte zaten in deze 100 stukken ook een aantal brieven, maar eerlijk gezegd komen de belangrijkste brieven nog wat betreft de ChristenUnie. Die gaan over de uitwerking van de plannen rondom Kansrijke Start en het terugdringen van onbedoelde zwangerschappen. Ik zou echt aan het kabinet willen vragen om daar vaart mee te maken. Het is namelijk een mooie doelstelling, maar iedere maand die we missen, is een maand waarin we juist kinderen in de eerste fase van het leven, wat de WRR ook heeft onderstreept, kunnen helpen met die kansrijke start. Ook kunnen we

ervoor zorgen dat het aantal onbedoelde zwangerschappen minder zal worden. Juist daarom zou ik aan het kabinet willen vragen: wanneer komen die brieven nou? Kom met een mooi programma voor de eerste dagen van een kind. Kansrijke Start is er en dat geeft een goede start van het leven. De WRR onderschrijft nog eens in het rapport Kiezen voor houdbare zorg dat de kwaliteit en toegankelijkheid van goede zorg in de eerste 1.000 dagen van een kind, zeker voor mensen in kwetsbare posities, onder druk staan.

Dit komt onder andere door schaarste aan zorgprofessionals, terwijl een goede en gezonde start heel veel ziektelast in het verdere leven voorkomt. Ik zou het kabinet willen vragen om Kansrijke Start dan ook echt uit te werken in de gebieden waar meer mensen in kwetsbare posities wonen en werken. Juist voor deze kinderen kan het zo'n groot verschil maken. In het coalitieakkoord staat de goede en mooie ambitie om Kansrijke Start in elke gemeente in te voeren. Nu beginnen veel colleges aan een nieuwe periode. Gaat de Minister in samenwerking met de Staatssecretaris dit programma bij al deze gemeenten aanbevelen? Wat is de doelstelling en wat is het groeipad? Op welk moment hoopt u het feest te kunnen vieren dat elke gemeente die Kansrijke Start heeft?

Voorzitter. We hebben een aantal stukken over de NIPT behandeld. Ik zou de Minister vooral willen vragen hoe hij de counseling in het proces kan versterken. Ik wil hem ook vragen daarover het gesprek te voeren met de mensen van de Stichting Downsyndroom. Ik houd er namelijk zorgen over of we die counseling echt op een goede, zorgvuldige manier kunnen vormgeven en of we de ouders daar ook in kunnen betrekken. Die hebben ons echt heel veel wijze lessen te leren. Ik was diep onder de indruk van de gesprekken die ik met hen had.

Voorzitter, ik denk dat mijn twee minuten om zijn. Is het heel vervelend om 85 stukken niet besproken te hebben? Gelukkig volgen er nog meer collega's.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Bikker. Dat waren inderdaad precies twee minuten. Meneer Van der Staaij, namens de SGP.

De heer Van der Staaij (SGP):

Dank u wel, voorzitter. Er zijn weinig mensen die enthousiast zijn over een lange kabinetsformatie, maar een onderbelicht nadeel van een lange kabinetsformatie is dat we ook lange tijd commissievergaderingen hebben met heel veel Kamerstukken. Dat zagen jullie vandaag ook weer terug met Kamerbrieven van soms maanden geleden over allerlei onderwerpen. Ook mij zal het dus niet lukken om op al deze brieven uitvoerig in te gaan, maar ik ga er een aantal punten uitpikken die soms wat meer richting het procesmatige gevolg gaan; hoe gaan we hier verder mee en wanneer verwachten we iets? En dan zijn er wel weer vervolgdébatten met, hopelijk, minder brieven zodat we wat meer de diepte in kunnen gaan.

Allereerst de acute zorg. Dat is natuurlijk een heel belangrijk onderwerp, dat ons allen bezighoudt en raakt. De voorbeelden zijn net al genoemd. Er ligt een advies van de Nederlandse Zorgautoriteit over de herinrichting van de acute zorg. Een belangrijke aanleiding is de toenemende schaarste aan zorgprofessionals. Voor het zomerreces komt de Minister met zijn eigen plannen. In de aanloop daarnaartoe willen we vanuit de SGP het volgende meegeven. Het advies van de NZa stelt dat het tijd is om scherpe keuzes te maken over de inrichting van de acute zorg. Dat zal ongetwijfeld leiden tot de sluiting van een aantal spoedeisendehulpdiensten of sluiting in de nacht. In de afgelopen vijf jaar zien we dat het aantal spoedeisendehulpdiensten in Nederland met 10% is afgenomen, maar het aantal patiënten is niet vergelijkbaar gedaald. Dat zet gemakkelijk druk op de toegankelijkheid van de spoedzorg. Wij vinden ook dat we de

bestaande structuur van de basisspoedzorg moeten koesteren en dat we ervoor moeten oppassen om te makkelijk te gaan snijden in ziekenhuisafdelingen, omdat sluiting natuurlijk heel vaak onomkeerbaar is. Het acute zorglandschap kent duidelijke regionale verschillen. Elke regio heeft zijn eigen uitdagingen die om maatwerk vragen. Mijn vraag aan de Minister is: hoe verhouden de landelijke normen waar de NZa toe oproept, zich tot de regionale visies en wensen? Hoe en in welke mate draagt de beoogde herinrichting bij aan het oplossen van arbeidsmarktproblemen? Is sluiting van een spoedeisendehulp post wel de oplossing van het probleem of creëert het niet ook weer problemen? De aanname is bijvoorbeeld dat bij sluiting van de spoedeisendehulp posten het personeel meegaat naar een ander ziekenhuis, maar in hoeverre klopt dat? Hoe groot is het risico dat het schaarse personeel juist de zorg verlaat?

Door acute zorg weg te halen uit bepaalde regioziekenhuizen, verdwijnt een netwerk van samenwerking met zorg- en welzijnsorganisaties in de regio. Maak je ook niet iets kapot wat je in de toekomst misschien weer nodig hebt? Zo hoorden wij dat er veel winst te behalen is in de triage van patiënten met een acute hulpvraag door betere coördinatie van patiënten en meer gedeeld inzicht in de beschikbare capaciteit. Mijn vraag is ook: welke rol kan het ministerie spelen om daaraan bij te dragen? Is er ook winst te boeken door betere gegevensuitwisseling tussen ziekenhuis, thuiszorg en huisarts? Welke concrete knelpunten ziet de Minister mogelijk ook in de wet- en regelgeving en wil hij zich inzetten om die weg te nemen?

De voorzitter:

Meneer Van der Staaij, u heeft een vraag van mevrouw Paulusma.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Die gaat over het laatste punt van meneer Van der Staaij. U vroeg de Minister volgens mij: ziet u ook kansen in de uitwisseling van gegevens tussen ziekenhuizen, huisartsen en thuiszorg?

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

Ja.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Ziet u daarin ook een kans en een rol voor de patiënt?

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

Ja. Uiteindelijk gaat het natuurlijk om de patiënt. Het gaat er niet om dat we de zorgverleners meer arbeidsvreugde verschaffen. Dat is ook wat waard, maar het gaat er natuurlijk uiteindelijk om dat we de patiënt daarmee dienen.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Ik heb hier een korte vervolgvraag op. Het zou heel goed zijn als er meer gegevensuitwisseling is, ook voor het leveren van de zorg en de kwaliteit daarvan, maar de rol van de patiënt gaat voor ons ook heel erg over de vraag of hij inzage heeft in zijn gegevens en of hij daar zelf ook de regie over kan voeren. Ik ben wel benieuwd naar de beelden die de SGP daarbij heeft.

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

Ik herken en deel dat punt. Het is voor heel veel patiënten juist heel belangrijk om makkelijk en goed over die informatie te kunnen beschikken. Gelukkig zien we dat daar al allerlei stappen in zijn gezet. Kijk alleen al naar huisartsenland. Je hebt als patiënt nu al heel wat makke-

lijker inzicht in gegevens, ook in medische informatie vanuit het verleden en dergelijke, dan je in het verleden had. Dat zie ik dus zonder meer als winst.

De voorzitter:

Gaat u verder.

De heer Van der Staaij (SGP):

Dan het thema zwangerschap en geboorte. We hebben ook de brief gezien dat het kabinet streeft naar vermindering van het aantal onbedoelde zwangerschappen en herhaalde abortussen. Uit de monitor onbedoelde tienerzwangerschappen blijkt dat de bekendheid van keuzehulpgesprekken nog beperkt is. Slechts 30% van de vrouwen en mannen die keuzehulp hadden, werd hierop gewezen door een zorgverlener zoals de huisarts. Welke maatregelen worden genomen om de bekendheid van het keuzehulpaanbod te vergroten? Wat is ervoor nodig zodat ook artsen en verloskundigen onbedoeld zwangere vrouwen vaker doorsturen naar een keuzehulpverlener? Er lopen diverse onderzoeken naar onbedoelde zwangerschap. Is het kabinet bereid om aanvullend hierop onderzoek te doen naar factoren die van invloed zijn op de keuze om een zwangerschap uit te dragen of te beëindigen?

Vrouwen hebben behoefte aan psychosociale nazorg bij ongewenste zwangerschappen. Vrouwen en zorgverleners lopen ertegen aan dat deze niet vergoed wordt, waardoor de drempel om er gebruik van te maken hoog is. Is het kabinet bereid om nazorg structureel in te bedden in het hulpaanbod en hiervoor ook financiering te regelen?

De voorzitter:

Meneer Van der Staaij, u heeft een vraag van mevrouw Ellemeet.

Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):

Ja, wat betreft die keuzehulpgesprekken. De heer Van der Staaij weet waarschijnlijk ook dat verreweg de meeste vrouwen een keuze hebben gemaakt als zij bijvoorbeeld bij hun huisarts komen en een abortus willen. Die keuzehulpgesprekken zijn relevant als vrouwen nog twijfelen, alleen twijfelen de meeste vrouwen niet meer. Zou dat niet ook een verklaring kunnen zijn van waarom ... Als een vrouw bij een huisarts komt en zegt «ik heb hier goed over nagedacht en ik wil dit», dan is er geen reden om die vrouw te attenderen op die keuzehulpgesprekken. Ik probeer even te duiden wat de heer Van der Staaij nou precies zegt.

De heer Van der Staaij (SGP):

Wij vinden het belangrijk dat er, vanuit de visie van abortus, juist ook een goed inzicht is in alternatieven. Zoals het nu ook in de Wet afbreking zwangerschap is geregeld, zal dat uiteindelijk ... Onze fracties kijken daar verschillend tegen aan. Hoe dan ook gaat het erom dat het echt om een noodsituatie gaat waarin geen ander alternatief een kans heeft. Als je zegt «die alternatieven zijn eigenlijk nauwelijks aan de orde gekomen» – we horen ook best nog wel veel drang rond abortussen – dan vinden wij het ontzettend belangrijk dat ook die alternatieven goed in beeld zijn.

De voorzitter:

Mevrouw Ellemeet?

Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):

De vrouw bepaalt of er sprake is van een noodsituatie en zij beslist in goed overleg met de huisarts of met een abortusarts. Die controleert ook of die keuze in vrijheid en weloverwogen is gemaakt. Als dat zo is, dan is er gewoon geen reden om door te verwijzen voor een keuzehulpgesprek. Ik ben het dus niet met de heer Van der Staaij eens dat er hoe dan ook een

keuzehulpgesprek moet zijn, want dat lijkt hij een beetje te impliceren. De meerderheid van de vrouwen kiest voor een abortus als daar geen twijfel meer over is.

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

Wat ik bijvoorbeeld terughoor, ook tijdens werkbezoeken en in gesprekken, is dat er inderdaad blijkt te worden gezegd: ik twijfel er niet over, want mijn woonsituatie maakt uitbreiding van het gezin onmogelijk of maakt het onmogelijk om hier een kind te hebben. Ik vind het schrijnend als er niet gekeken kan worden of er ook andersom vanuit die noodsituatie, als het gaat om wonen, oplossingen te vinden zijn. Ik vind dat er met keuzehulp juist ook breder moet worden gekeken naar de onderliggende redenen en waarom het inderdaad in dit geval al duidelijk is dat er geen andere uitweg wordt gezien dan het afbreken van de zwangerschap.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Mevrouw Paulusma, heeft u ook een vraag?

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Ik denk nu ook terug aan het hele zorgvuldige debat dat we over dit thema in de Kamer hebben gevoerd. Ik vind het eigenlijk jammer dat meneer Van der Staaij het weer terugtrekt in de uitzonderingen, want het is exact zoals mevrouw Ellemeet het benoemt. Het gros van de vrouwen die komen, heeft een eigen keuze gemaakt. Zij weten heel goed waarvoor ze bij de abortuskliniek aankloppen. De abortuszorg in Nederland is van ontzettend hoge kwaliteit. Onze zorg is juist heel goed ingericht op die kwetsbare gevallen waar u het over heeft en die mij ook aan het hart gaan. Ik vind het voor vrouwen die zelfstandig een keuze maken ... Het is een beetje de omgekeerde wereld, alsof we dan alsnog een keuzehulpgesprek zouden moeten hebben. Dat moeten we organiseren voor vrouwen die heel kwetsbaar zijn en dat doet onze abortuszorg al. Ik vind het dus eigenlijk wel een beetje pijnlijk.

De **voorzitter**:

Wat is uw vraag, mevrouw Paulusma?

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Beaamt meneer Van der Staaij dat?

De **voorzitter**:

Dank u wel. Meneer Van der Staaij.

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

Ik vind het lastig om te beamen. Als mevrouw Paulusma zegt dat zij het pijnlijk vindt, dan respecteer ik dat het zo op haar overkomt. Tegelijkertijd verandert het mijn inzet niet. Ik vind het juist heel pijnlijk om zo vaak terug te horen dat er onvoldoende ruimte was om te kijken naar alternatieven. Uit het onderzoek blijkt dat slechts 30% van de vrouwen die keuzehulp had, hierop werd gewezen door een zorgverlener zoals de huisarts. Dat is de reden dat wij vanuit het ongelofelijk ingrijpende karakter van een abortus zeggen: het is heel belangrijk om juist ook minder vergaande alternatieven goed in beeld te hebben gebracht.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Ik heb een korte vervolgvraag. Het zou namelijk ook zo kunnen zijn, meneer Van der Staaij, dat dit geen gebrek is in het aanbod, maar dat dit wat zegt over vrouwen en hun zelfstandigheid, en hun vermogen om een keuze te maken.

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

Ik spreek niet een makkelijk oordeel uit over of mensen er onvoldoende zelfstandig over na hebben gedacht. Ik weet wel dat er vaak een hele ingewikkelde, lastige en moeilijke situatie is en dat het dan juist heel belangrijk is om ook goed geïnformeerd te zijn en alternatieven in beeld te hebben. Dat is waar ik voor sta.

Mevrouw **Bikker** (ChristenUnie):

In het regeerakkoord staat het voornemen om juist ook te kijken naar de wijze waarop we iets kunnen betekenen voor vrouwen die soms wegens praktische redenen denken: ik kom klem te zitten. Wat kunnen we daar als regering, als overheid, voor betekenen? Ik zou de heer Van der Staaij daarom willen vragen welke mogelijkheden hij ziet om de keuzevrijheid te vergroten voor vrouwen in die situatie.

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

Ik gaf het net ook al aan. Toen ik bijvoorbeeld in Den Haag op een werkbezoek was, hoorde ik hoe vaak de woonomstandigheden of het hulpaanbod ook een rol speelden bij de keuze om wel of niet een onbedoelde zwangerschap uit te dragen. Het heeft mij persoonlijk wel geraakt dat iemand zei: als je kiest voor abortus, dan zegt iedereen dat het goed geregeld is en dat je die weg goed op kunt gaan, maar als je het wilt uitdragen, dan loop je praktisch soms tegen zo veel hindernissen aan. Ik heb die nu allemaal als één punt genoemd en de woonsituatie is daarbij een opvallend punt. Het is goed om daar ook breder naar te kijken.

De **voorzitter**:

Mevrouw Van der Plas heeft nog een vraag en daarna meneer Van Houwelingen. Mevrouw Van der Plas.

Mevrouw **Van der Plas** (BBB):

Ik kan me eigenlijk wel voorstellen wat de heer Van der Staaij bedoelt en wat hij wil. Ik kijk daar wel ietsje anders naar dan mijn vrouwelijke collega's aan de linkerkant van mij. Volgens mij probeert de heer Van der Staaij hier zowel het ongeboren leven te beschermen als te kijken naar of de vrouw, even kort door de bocht, wel echt de juiste keuze maakt. Volgens mij doet hij dus en-en. Ik denk ook dat als je wilt kijken naar wat je misschien nog kunt doen om met een vrouw over die woonomstandigheden te praten, ze uiteindelijk op de beslissing terugkomt. Zoals mevrouw Paulusma ...

De **voorzitter**:

Komt u tot een vraag?

Mevrouw **Van der Plas** (BBB):

Ja, ik kom tot een vraag. Zoals mevrouw Paulusma ook aangeeft: vrouwen zijn zelfstandig en kunnen echt wel voor zichzelf beslissen. Zo kan de vrouw dus ook uiteindelijk voor zichzelf beslissen om het toch niet te doen. Mijn vraag aan de heer Van der Staaij is dus: kan hij aangeven wat erop tegen zou zijn om zo'n keuzehulparts ... Wat zou erop tegen zijn? Ik zie de tegens niet, maar misschien ziet de heer Van der Staaij nog wel iets waardoor het op deze of die manier niet zou helpen. Dat is eigenlijk mijn vraag.

De **voorzitter**:

Helder, dank u wel. Meneer Van der Staaij.

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

Ik ben het met mevrouw Van der Plas eens dat heel veel juist pleit voor goede keuzehulp of keuzebegeleiding. Er moet voldoende informatie

worden verschaft en die moet ook beschikbaar zijn. Het keuzehulpaanbod moet bekend zijn en het vergroten van deze bekendheid kan ook nog een belangrijke maatregel zijn om tot verbetering te komen.

De voorzitter:

Dank u wel, meneer Van der Staaij. Dan geef ik het woord aan de heer Van Houwelingen. Ik maak wel één opmerking. Op 2 juni hebben we een debat over medische ethiek. Daar kan dit onderwerp ook nog aan de orde komen, maar, meneer Van Houwelingen, ik ga natuurlijk niet over uw interrupties. Gaat uw gang.

De heer Van Houwelingen (FVD):

Ik heb een hele korte interruptie. Ik vond het betoog van de heer Van der Staaij heel mooi, ook over dit onderwerp. Er lijkt nu een wat andere wind te waaien. We hebben ook de uitspraak van het hooggerechtshof in Amerika. De termijn voor abortus is heel ruim, wel 24 weken. Ik zou aan de heer Van der Staaij willen vragen: hoe denkt de SGP er nu over en wat acht ze haalbaar met betrekking tot het reduceren van die enorm lange termijn? Hoe denkt de SGP daar nu over?

De heer Van der Staaij (SGP):

Dat gaat wel verder dan de brieven die vandaag aan de orde zijn. Het hele debat over de beraadtermijn rond abortus en de abortuspil is natuurlijk al gevoerd. Ik kan op dit moment niet inschatten wat daarin haalbaar is. Wij zijn geen voorstander van de Wet afbreking zwangerschap zoals die nu luidt. Ik zie natuurlijk wel dat Nederland een hele lange termijn heeft en ook de bezwaren die door veel mensen gedeeld en gevoeld worden, nemen juist bij het voortduren van die termijn verder toe. Wat ons betreft zou het zeker de moeite waard zijn om verder te verkennen welke mogelijkheden er zijn om die termijn in te perken. Absoluut.

De voorzitter:

Dank u wel. Ik kijk, gezien de discussie hier, uit naar het debat van 2 juni. Meneer Van der Staaij, gaat u verder met uw betoog.

De heer Van der Staaij (SGP):

Dank u wel, voorzitter. Ik doe mijn klokje weer aan, maar ik weet niet of ik met al deze interrupties de tel nog wel helemaal helder heb. Ik had eigenlijk nog één punt staan rond zwangerschap en geboorte. Dat ging over het advies van de Gezondheidsraad om preconceptionele dragerschapsscreening aan alle paren met een kindervens aan te bieden. Wat is daarin wijsheid? Wij willen hier aandringen op grote terughoudendheid en waken voor het idee dat het leven tot in zijn finesses maakbaar is. We pleiten voor terughoudendheid bij het inzetten van deze screening en voor alle ruimte voor aanstaande ouders om ervan af te zien. Ik ben benieuwd hoe de Minister hiertegen aankijkt. Voorzitter. Tot slot de transgenderzorg. Wij maken ons zorgen over de pijlsnelle stijging van de vraag naar transgenderzorg in de afgelopen jaren: plus 154% tussen december 2018 en juli 2021. Wij vinden het goed dat er een onderzoek plaatsvindt naar de oorzaken van die sterke toename. We hebben hier al eerder om gevraagd en wij zijn ook benieuwd naar de onderzoeksopzet. Kan de Minister de onderzoeksopzet met de Kamer delen? Is hij tevens bereid om een langlopend onderzoek te starten waarbij transgenderpersonen ook na hun transitie worden gevolgd? Voorzitter. Dat waren mijn laatste vragen.

De voorzitter:

Dank u wel, meneer Van der Staaij. Mevrouw Paulusma heeft toch nog een vraag naar aanleiding van die laatste opmerkingen.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Ik heb een korte, verhelderende vraag. Meneer Van der Staaij zegt: we hebben zorgen. Wat zijn uw zorgen?

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

Dat het zo enorm toeneemt. Het was voor velen eigenlijk helemaal geen dilemma of een probleem of een nood, maar nu wordt het steeds meer een soort keuzeaspect of een soort keuzevraag. Juist bij jongeren kan er ook heel veel onzekerheid en onduidelijkheid over bestaan. Er kunnen ook stappen gezet worden waarvan je achteraf zegt: zijn die eigenlijk wel wijs geweest? Kortom, de hele stijging en wat dit allemaal losmaakt, baart ons zorgen, terwijl het wel om hele ingrijpende vragen gaat.

De **voorzitter**:

Oké. Dank u wel, meneer Van der Staaij. Dan geef ik graag het woord aan mevrouw Van der Plas voor haar eerste termijn.

Mevrouw **Van der Plas** (BBB):

Ja, dank u wel. Voorzitter, voordat ik begin, wil ik zeggen dat ik om 17.00 uur even naar een technische briefing moet over de onjuistheid van de stikstofcijfers van het RIVM. Sorry. Dat is voor ons en voor heel Nederland een belangrijke technische briefing. Die duurt tot 19.00 uur. Ik doe dus mijn inbreng en dan ben ik even weg, maar de rest van het debat tot vanavond 23.00 uur volg ik gewoon. Daarom bij voorbaat mijn excuses dat ik zo meteen eventjes de vergadering verlaat.

Dan begin ik nu aan mijn inbreng. Voorzitter en burgers van Nederland, dit debat kent inderdaad een enorme agenda en dat betekent dat wij natuurlijk onmogelijk alle agendapunten kunnen behandelen. Ik vind dat wel heel jammer, want de vele vraagstukken in de zorg verdienen allemaal onze aandacht.

Ik begin met de acute zorg. De Minister schrijft in zijn Kamerbrief dat deze zorg slimmer georganiseerd moet worden. Daar kan natuurlijk niemand het mee oneens zijn. Hij schrijft ook dat goede acute zorg voor iedereen bereikbaar moet zijn, ongeacht de woonplaats, en daar begint voor mij de schoen al een beetje te wringen. De Minister heeft het namelijk ook over het sluiten van posten of het doen samengaan van posten voor spoedeisende hulp met huisartsenposten, waardoor er een nieuwe constructie ontstaat die niet gelijk is aan een spoedeisendehulppost. Door posten te sluiten, moeten mensen verder reizen voor acute zorg. Wat mij betreft kan dat nooit de bedoeling zijn. Het sluiten van een spoedeisendehulppost heeft gevolgen voor het hele ziekenhuis. Vanuit de spoedeisende hulp komen mensen immers ook op een afdeling in het ziekenhuis terecht. Eerder werd voorgesteld om patiënten vanuit de spoedeisende hulp toch naar het voor hen dichtstbijzijnde ziekenhuis te sturen. Ik vind het onwenselijk dat we in de toekomst met patiënten gaan slepen: eerst verder weg naar de spoedeisende hulp en dan weer terug naar de eigen woonplaats voor een ziekenhuisbed. Niemand kan mij wijsmaken dat dat efficiënt en patiëntvriendelijk is. Bovendien doet het een groot beroep op de ambulancezorg, waar ook al een tekort aan is.

De Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen heeft zelf een aantal voorstellen om de acute zorg slimmer te organiseren. Ik wil de Minister graag oproepen om daar goed naar te luisteren. Wij maken vaak de fout om achter bureaus oplossingen te verzinnen zonder écht goed te luisteren naar mensen uit de praktijk. De vereniging stelt voor om spoedpleinen in te richten waar verschillende vormen van acute zorg samenkomen. Acute zorg is immers meer dan een spoedeisende hulp, maar vaak belandt men wel op de spoedeisende hulp omdat de andere vormen van zorg gesloten zijn. Hoe kijkt de Minister aan tegen dit plan? Ook de Nederlandse Internisten Vereniging en de Federatie Medisch Specialisten geven aan dat de gehele acutezorgketen betrokken moet

worden bij het toekomstbestendig maken van de acute zorg, waarbij fragmentatie van die zorg juist als een bedreiging wordt gezien voor de toekomstbestendigheid. Zoals ik het zie, staat dat haaks op die concentratie. De Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen geeft ook aan dat de huidige bekostiging de tweedelijnszorg stimuleert, maar niet de eerstelijnszorg. Deelt de Minister deze conclusie en hoe kijkt hij daartegen aan? De Minister heeft het over «zorgconcentratiecentra». Kan de Minister uitleggen wat hij daar precies mee bedoelt en hoe dat zou leiden tot een meer toekomstbestendige zorg?

Voorzitter. De Minister kijkt ook erg vanuit efficiëntie naar verbetering van de zorg, maar zoals ik het zie, is effectieve zorg de meest efficiënte zorg. Ik neem u mee naar de pilots die zijn gedraaid waarin huisartsen meer tijd kregen voor de patiënt. Dit leidde tot 30% minder doorverwijzingen en tot minder voorgeschreven medicijnen. De Huisartsen Vereniging vraagt daarom ook om meer tijd per patiënt. Huisartsen geven aan dat de winst juist in de kleinschaligheid en de aandacht voor de patiënt te behalen valt. In het hoofdlijnenakkoord is meer tijd voor de patiënt opgenomen, maar de huisartsen zien dit niet terug in het beleid. De huisartsen willen geen woorden, maar daden. Hierbij neem ik even van de gelegenheid gebruik om Feyenoord vanavond veel succes te wensen. We gaan winnen. Het schoot me ineens te binnen. Wanneer gaat de Minister dit daadwerkelijk realiseren via harde afspraken?

Verder wijzen de huisartsen erop dat er vanaf 2023 een flinke lastenverzwaring aankomt en dat is juist niet de bedoeling. Deze lastenverzwaring wordt veroorzaakt door de financiële verantwoording die dan verplicht wordt. Juist als het gaat om kleinschalige eerstelijnszorg slaat deze verantwoording eigenlijk de plank mis. Het doel van deze verantwoording is immers het tegengaan van fraude, maar juist bij deze zorg is daar nauwelijks sprake van omdat de zorgverleners een direct contract met de zorgverzekeraars hebben en al jaarlijks een accountantsverklaring overleggen. Is het niet zinvoller om de kleinschalige eerstelijnszorg uit te sluiten van deze verplichting? Zo niet, is de Minister dan bereid om naar een andere oplossing te zoeken en te voorkomen dat we de lastendruk voor de huisartsen nog meer verhogen?

Voorzitter. Ten slotte de medisch specialisten. Ik was vorige week op werkbezoek in het Deventer Ziekenhuis. Daar hebben ze een maatschap van specialisten en zij gaven aan helemaal niet blij te zijn met het voornemen om de medisch specialisten in loondienst te laten gaan. Ik hoor gelach. Misschien kunt u even luisteren naar een argument, voordat we gaan lachen? In maart hebben alle medisch-specialistische bedrijven in Nederland zich ook uitgesproken tegen dit voornemen. Zij geven daarbij aan dat het argument dat loondienst goedkoper is, niet klopt en dat plafondafspraken met ziekenhuizen en zorgverzekeraars voorkomen dat er ongelimiteerd gedeclareerd kan worden. In het Deventer Ziekenhuis, waar ik op bezoek was, hebben ze in de maatschap afgesproken dat iedereen gewoon hetzelfde verdient. Iedereen heeft daar dus hetzelfde loon, zowel de kinderarts als de oogarts of welke specialist dan ook. De zakken worden daar niet met declaraties gevuld. Wel zorgt de maatschap daar voor een prettige sfeer waarin in alle zelfstandigheid kan worden samengewerkt. Lossen we daadwerkelijk iets op met dit voornemen of zorgen we alleen maar voor nog meer onrust in de ziekenhuizen? Graag een reactie van de Minister.

Tot slot wil ik wel nog even reageren op het hoongelach dat ik hier toch een beetje hoorde. Dit is nu precies wat ik altijd bedoel; wij maken hier beleid, zonder echt naar de mensen uit de praktijk te luisteren. Ik vat het een beetje op als dat er eigenlijk wordt gezegd: haha logisch, zij willen lekker geld verdienen. Deze mensen voeren serieuze gesprekken met politici en ze dragen serieuze argumenten aan. Daar mag iedereen het mee oneens zijn – dat vind ik prima – maar ik vind het heel aanmatigend dat daar «haha» over wordt gedaan. Dit zijn serieuze mensen die met

serieuze argumenten komen en daar kunnen we gewoon een debat over voeren. Dat vind ik helemaal niet erg, maar ik zou dat gelach graag achterwege willen laten uit respect voor deze mensen, die zorgen voor onze zorg.
Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Van der Plas. Mevrouw Van den Berg, heeft u een vraag?

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

Ja, voorzitter. Ik heb net ook wel een beetje geglimlacht, omdat ik juist heel regelmatig werkbezoeken heb, ook in ziekenhuizen. Een van de dingen die ik juist hoor, is dat de bestuurbaarheid van het ziekenhuis een enorm probleem is door alle verschillende maatschappen. Die maatschappen willen graag in hun ... Dat snap ik. Ze hebben dan veel meer zeggenschap over hun eigen deel en over wat ze wel of niet gaan doen, maar ik hoor ook dat de algemene maatregelen die een ziekenhuis wil doorvoeren, gehinderd worden doordat een maatschap ze tegenhoudt. Mevrouw Van der Plas geeft als voorbeeld dat ze het geld eerlijk verdelen, maar ik hoor ook tal van voorbeelden van hele jonge artsen die in loondienst worden genomen bij de maatschap en zelf een veel lager salaris hebben.

De voorzitter:

Wat is uw vraag?

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

Ik wil eigenlijk wel een reactie van mevrouw Van der Plas hebben op de bestuurbaarheid en op de positie van de jonge artsen.

Mevrouw **Van der Plas** (BBB):

Ik ben enkele uren in het Deventer Ziekenhuis geweest en we hebben hier ook uitgebreid over gesproken. Ik zal het gesprek hier niet helemaal herhalen, maar daar gaven ze juist aan dat het daar heel goed werkt. Tegenover elk goed voorbeeld dat werkt, kun je natuurlijk altijd een slecht voorbeeld stellen. Dat is altijd zo. Het gros van Nederland houdt zich aan de verkeersregels en een aantal mensen houdt zich er niet aan. Dat betekent niet dat verkeersregels overal niet werken. Misschien zou het een idee zijn om te kijken naar de best practices, dus de goede voorbeelden, en die een beetje af te zetten tegen de voorbeelden waar het niet werkt, maar ga daar alsjeblieft wel over in gesprek. Die goede voorbeelden willen negeren omdat het ergens anders fout gaat, vind ik een beetje het paard achter de wagen spannen. Dat lijkt me niet echt zinvol.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Van der Plas. Mevrouw Paulusma, dit wordt uw zesde «woordmelding», zoals ze dat tegenwoordig noemen. Ja, excuus voor dat woord. Mevrouw Paulusma.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Ik zal opschieten, want u moet zo weg. Het is heel goed dat u een aantal goede voorbeelden in uw woordvoering benoemt en dat u refereert aan uw werkbezoeken. Gelukkig doen wij dat allemaal. Dat is altijd heel goed om in debatten te horen. Ik vroeg mij wel af – want u reflecteert op een aantal van die werkbezoeken – wat uw visie is op wat er zou moeten gebeuren als het gaat om de toegankelijkheid van zorg.

Mevrouw **Van der Plas** (BBB):

Jeetjemina, dat is wel een vraag waar ik een heel uitgebreid antwoord op moet gaan geven.

De **voorzitter**:

Een kort antwoord, alstublieft.

Mevrouw **Van der Plas** (BBB):

Dat wil ik best doen, maar ik vind het eerlijk gezegd een beetje raar om hier een complete visie op de gehele Nederlandse zorg te geven. Ik snap ook niet zo goed waar die vraag nu ineens vandaan komt. Ik heb gewoon een aantal punten aangehaald waar ik het in dit debat over heb. Sorry, voorzitter, dat vind ik gewoon heel bizar. Ik zit bij bijna elk volksgezondheidsdebat. Ik breng daar heel veel in. Ik doe heel veel voorstellen. Ik stel ook heel veel vragen en ik dien moties in. Ik vind het een beetje vreemd dat BBB hier dan om een visie op de totale Nederlandse zorg wordt gevraagd. Sorry, daar doe ik niet aan mee.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Dat is ook een antwoord. Mevrouw Den Haan wilde nog een vraag stellen? Ja, mevrouw Den Haan.

Mevrouw **Den Haan** (Fractie Den Haan):

Ja. Ik hoorde mevrouw Van der Plas inderdaad aangeven dat ze het in het Deventer Ziekenhuis qua salaris binnen de maatschappen hebben geregeld. Dat is heel mooi, want dat hoor je vaak ook anders; je hoort dan dat het niet lukt en dat het puur een kwestie is van geld willen verdienen. Ik ben blij om dat te horen. U geeft aan dat u daar enkele uren hebt gesproken. Mevrouw Van den Berg gaf aan dat juist de maatschappen in veel ziekenhuizen ook tegengestelde belangen hebben en dat de bestuurbaarheid daardoor in gevaar komt. Heeft het Deventer Ziekenhuis voorbeelden waaruit blijkt dat die tegengestelde belangen daar niet zijn door de opzet die ze hebben gekozen? Dat is natuurlijk iets waar andere ziekenhuizen dan van zouden kunnen leren.

Mevrouw **Van der Plas** (BBB):

Die voorbeelden hebben ze vast, maar die kan ik nu zo even niet oplepelen. Ze hebben mij in een aantal gesprekken over dit onderwerp aangegeven wat de salarisstructuur is en dat er ook heel veel overleg is tussen de medisch specialisten. Er is ook een hele goede band en een hele goede werksfeer. Er zijn heel veel overleggen met elkaar. Op die manier proberen ze goede zorg te bieden en het ziekenhuis bestuurbaar te houden. Iemand van de raad van bestuur zat er heel kort bij en die beaamde dat ook. Ik wil dus best met mevrouw Den Haan – dat lijkt me trouwens nog wel gezellig ook – naar het Deventer Ziekenhuis gaan om daar specifiek dieper op in te gaan, als mevrouw Den Haan daar ook open voor staat.

Mevrouw **Den Haan** (Fractie Den Haan):

Jazeker. Ik bezoek heel graag ziekenhuizen, dus ik ga graag mee. Ik ben er echt in geïnteresseerd omdat dat inderdaad vaak een probleem geeft. Op intercollegiaal niveau en qua intervisie is er vaak overleg. Er is interdisciplinair overleg. Je ziet vaak dat die tegengestelde belangen juist gaan spelen als het over de koers van het ziekenhuis gaat, bijvoorbeeld het besluit om bepaalde specialismen af te stoten naar een ander ziekenhuis. Ik ben dus heel benieuwd. Ik neem aan dat het ziekenhuis – ik ga graag met u mee – daar ook een visie op heeft.

Mevrouw **Van der Plas** (BBB):

Daar hebben ze zeker een visie op. Ik wil het contact wel leggen en dan komt u gezellig naar Deventer. Dan gaan we er daar met hen verder over praten. Ik weet niet in hoeverre het mogelijk is en het zal wel in de procedurevergadering moeten, maar misschien is het ook weleens aardig om hier een rondetafelgesprek, een technische briefing of een hoorzitting over te houden omdat er zo veel specifieke, verschillende problemen zijn. Ik snap dat iedereen bij een ander werkbezoek andere dingen hoort. Dat is natuurlijk heel logisch. Ik heb overigens ook nooit gezegd dat anderen geen werkbezoeken doen. Ik weet dat alle Kamerleden hard werken. Het lijkt me in ieder geval goed om dat zo te doen.

De **voorzitter**:

Dank u wel, mevrouw Van der Plas. Mevrouw Van den Berg heeft nog een procesopmerking.

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

Ik heb destijds samen met enkele anderen in het werkgroepje gezeten dat dit ook heeft voorbereid. We hebben daar ook juridisch advies over gevraagd en volgens mij staat er op onze procedurelijst dat we ons hier sowieso nog nader technisch over laten voorlichten.

Mevrouw **Van der Plas** (BBB):

Dat lijkt mij een goede zaak.

De **voorzitter**:

Kijk eens aan. Over twee weken zullen we het hier dan over hebben in de procedurevergadering.

Mevrouw **Van der Plas** (BBB):

Ja. Dan verlaat ik even de vergadering en zie ik jullie straks weer.

De **voorzitter**:

U bent geëxcuseerd. Mevrouw Ellemeet, uw eerste termijn.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Dank u wel. De dag begon vrolijk met het bericht over bloeddonatie en het feit dat het niet meer uitmaakt of je als man met een vrouw of met een man seks hebt; je mag gewoon bloed doneren. Er wordt gekeken naar risicogedrag en niet naar seksuele geaardheid. Ik heb daar in 2019 samen met D66 en de VVD een motie over ingediend. Je moet soms een lange adem hebben in dit werk. Het duurt eventjes en drie jaar later ligt dit besluit er. Daar wil ik de Minister ook mee feliciteren, hartstikke goed. Ik heb er nog een paar vragen over. Er komt een vragenlijst om dat gedrag te beoordelen, dus of er sprake is van risicogedrag. Hoe gaat die vragenlijst er ongeveer uit zien? Is die vragenlijst er voor iedereen of is die er dan alleen voor homoseksuele mannen? Dat lijkt me ook nog wel relevant om te weten. We begrepen uit een uitzending van Kassa dat fabrikanten van medicijnen, als het om bloedplasma gaat, nog steeds bloedplasma van homomannen en bi-mannen weigeren. Ik weet niet of de Minister hiervan op de hoogte is. Ik vroeg mij af hoe daartegen op wordt getreden.

Voorzitter. Dan een heel ander onderwerp: het Integraal Zorgakkoord. Ik heb jarenlang voor zo'n integraal zorgakkoord gepleit, omdat het onwenselijk is dat we in die silo's blijven zitten, zeker als je gezondheid als vertrekpunt hebt en niet zorg. Op zich ben ik dus heel blij dat dat Integraal Zorgakkoord er komt, alleen viel mij in de brief van de Minister op dat hij zei dat de curatieve zorg het vertrekpunt was. Dat begrijp ik niet. Ik zou hem nog eens willen vragen: is dat echt het vertrekpunt van de Minister?

Ik denk dat het belangrijk is dat je weet welk doel je voor ogen hebt met zo'n zorgakkoord.

Ik kan meteen zeggen wat het doel is van GroenLinks: het bevorderen van gezondheid en het verkleinen van gezondheidsverschillen. Ik zou dus graag van de Minister horen of hij ook op die lijn zit. Als je dat doortrekt, dus dat het zou moeten gaan om gezondheid en het verkleinen van gezondheidsverschillen, dan zijn juist die preventieve kant en die sociale kant heel belangrijk. Ik zag een hele opsomming in de brief van partijen met wie intensief gesproken wordt. Er stond een beetje een afwijkend zinnetje in over de gemeenten. Er stond dat die ook wel belangrijk zijn. Ik wil de Minister op de man af vragen: zitten de gemeenten ook aan tafel? Dat lijkt mij namelijk wel belangrijk, net zozeer als GroenLinks het belangrijk vindt dat bijvoorbeeld ook Sociaal Werk Nederland aan tafel zit. Als je het echt meent, als je het écht integraal wilt doen, dan moet je die sociale kant daar juist ook serieus in meenemen. Waarom is die integratie nou zo belangrijk? Ik denk dat de vergrijzing de komende tijd een van de allergrootste uitdagingen is, of van de komende decennia eigenlijk. Die gaat drukken op de zorg. Ik kom zo op de arbeidsmarkt.

Waar gaat die druk van de vergrijzing nou neerslaan? In de verpleeghuizen natuurlijk en in de wijkverpleging en de algemene ziekenhuizen. Ik denk dat dat de lijn is, dus dat die ziekenhuizen, met name die algemene ziekenhuizen, te maken krijgen met ouderen die vallen en op de spoedeisende hulp terechtkomen. Ik miste dat perspectief. In de brief van de Minister over dat Integraal Zorgakkoord staat het woord «vergrijzing» volgens mij niet eens. Het grote gevaar is natuurlijk dat je wel zo'n integraal akkoord wilt, maar dat je natuurlijk nog steeds die silo's hebt op het departement van de Minister. De Minister gaat over een deel van de zorg, maar is wel eindverantwoordelijk voor dit Integraal Zorgakkoord. Ik zou hem echt op het hart willen drukken: Minister, kijk ook met uw portefeuille naar de vergrijzing en de effecten daarvan, ook al zit dat niet in uw portefeuille. Als we dat namelijk niet goed organiseren, dan komt het Integraal Zorgakkoord niet goed van de grond.

Ik zou meteen een suggestie willen doen. Je hebt in Amsterdam-Noord de Krijtmolenalliantie. Dat is een initiatief van het BovenIJ ziekenhuis, een algemeen ziekenhuis, de gemeente, de fysiotherapeuten en het sociaal domein. Zij kijken echt integraal naar de zorg die nodig is, met name voor kwetsbare ouderen. Ik denk dat dat een heel mooi voorbeeld is van hoe je zo'n akkoord zou moeten uitwerken en hoe je die samenwerking tot stand brengt. Ik zou de Minister dus willen vragen: kent u deze samenwerking en, zo nee, is het voor de Minister misschien een idee om daar een keer langs te gaan? Ik vond het zelf heel inspirerend. Ik hoor hier dat mensen mee willen. Dat kunnen we vast regelen.

Voorzitter. Dan de arbeidsmarkt. De vergrijzing wordt een hele grote opgave en de arbeidsmarkt natuurlijk ook. Dit kabinet spreekt vaak vanuit de kostenproblematiek, maar ik denk dat de arbeidsmarktproblematiek nog veel groter is. Dat zit 'm natuurlijk in een heleboel zaken. Ik zou er hier een paar willen noemen. Vandaag lasen we ook weer dat de SER zei: we moeten naar een aantal elementen kijken en het deeltijdwerk moet omhoog. We weten dat heel veel mensen ook vanwege de toeslagen in deeltijd blijven werken. Die krijgen ze niet meer als ze meer uren zouden gaan werken. Ik zou de Minister willen vragen: is het nou niet een idee om die toeslagengrens omhoog te doen of op een andere wijze te experimenteren met het buiten de orde plaatsen van die toeslagenproblematiek? Ik wil daar graag een reactie van hem op.

Een ander probleem dat je veel hoort als het over personeel gaat, is het in- en uitlenen van personeel en de btw van 21% die daarop moet worden geheven. Dat is een heel groot probleem voor organisaties die samen willen werken en het personeel slimmer willen inzetten. Nu hoorde ik dat er in het onderwijs een vrijstelling is geregeld voor die btw. Ik zou de

Minister willen vragen: zou de zorg daar niet wat van kunnen leren?
Zouden we dat niet kunnen overnemen voor de zorg?

Voorzitter. GroenLinks vindt het natuurlijk ook belangrijk dat we alleen de zorg geven die echt werkt. Er is eerder een motie van mij aangenomen om alle nog niet bewezen effectieve zorg in een onderzoekscontext te verlenen. Ik ben heel benieuwd. De Minister heeft aangegeven dat hij dit voorjaar met een strategie en visie daarop komt, maar misschien kan hij al een tipje van de sluier oplichten over hoe het daarmee staat en hoe het wordt opgepakt.

Dan ga ik nog even terug naar die gezondheid. Als we dat echt serieus nemen, dan betekent dat dus dat we in willen zetten op preventie. Zou het niet een idee zijn, vraag ik de Minister, om een vast percentage van de zorguitgaven te reserveren voor preventie. Zou dat niet helpen? Graag een reactie daarop.

De voorzitter:

U heeft nog een halve minuut.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Ja. Ik ga snel verder.

Een ander punt is de administratielast. Daarvan zeggen we ook al jaren dat we het anders willen en tegelijkertijd gebeurt er niks. Ik denk dat het fundamenteel anders moet. Je moet bij wijze van spreken echt maar drie verantwoordingslijnen hebben: ten eerste richting de accountants over rechtmatigheid, ten tweede richting de inspectie over kwaliteit en ten derde richting de Inspectie SZW als het gaat om veiligheid en gezond werken.

Dan ga ik heel snel nog een aantal andere punten benoemen. Ik ben blij dat mijn verzoek is opgepakt om naar de rol van de huisarts te kijken als het om transgenderzorg gaat, maar ik vraag me wel af of de huisarts niet ook een rol kan krijgen als het gaat om hormoonzorg.

De voorzitter:

U moet nu wel gaan afronden.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Ja, ik ga afronden.

Als we het over preventie hebben, dan zouden we ook moeten kijken naar het wél vergoeden van die eerste twintig behandelingen aan fysiotherapie. Mensen met een kleine portemonnee kunnen anders geen beroep doen op de fysio, terwijl dat een preventieve werking kan hebben.

Voorzitter. Ten slotte: de mondzorg. We zien dat de Minister refereert aan de gemeentepolis, maar die wil de Minister opheffen als het gaat om de collectiviteiten.

De voorzitter:

Mevrouw Ellemeet, wilt u afronden?

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Ja, ik rond af. Ik krijg daar ook graag een reactie op van de Minister.
Dank u wel, voorzitter.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Ellemeet. Meneer Hijink, gaat uw gang.

De heer **Hijink** (SP):

Dank, voorzitter. Kort geleden hebben wij met allemaal experts een best wel lang rondetafelgesprek gehad over corona en de toekomst van ons zorgstelsel, en over hoe we daarmee om moeten gaan. In dat gesprek viel mij de opmerking van Xander Koolman op. Hij zei: ons zorgstelsel lokt

eigenlijk uit om niet samen te werken. Sterker nog, hij zei: samenwerken in dit zorgstelsel lukt alleen in een staat van paniek. Zo'n staat van paniek hebben we gezien toen corona uitbrak. In de eerste maanden, de eerste anderhalf jaar zou ik wel durven zeggen, lukte samenwerken heel erg goed. Maar eigenlijk zien we nu al dat het in de hele sector weer terug is bij wat een van die zorgbestuurders ooit zei: eigen toko eerst. Ik denk dat dat een groot probleem is. De SP vindt dat een groot probleem omdat die samenwerking juist nu, nu we nog zo veel operaties moeten inhalen en we eigenlijk niet weten wat er nog op ons af komt, versterkt moet worden. Wij kunnen niet doorgaan op het pad van marktwerking en concurrentie. Ik heb het daarstraks met mevrouw Van den Berg gehad over het LangeLand Ziekenhuis in Zoetermeer. Ik denk dat dat een typisch voorbeeld is van hoe de regie op dit moment volledig ontbreekt en hoe zo'n ziekenhuis op een vrij chaotische manier, ook voor de mensen die daar werken, gedeeltelijk ontmanteld dreigt te gaan worden. De spoedeisende hulp en de geboortezorg staan daar op de tocht. De geboortezorg dreigt daar verloren te gaan. Dat is verschrikkelijk voor iedereen die daar woont, in Zoetermeer zelf, maar ook in de omgeving. Als gevolg van het sluiten van de spoedeisende hulp of het gedeeltelijk sluiten daarvan, dreigt ook de ic in gevaar te komen. Dat is het effect dat je zo vaak ziet bij ziekenhuizen. Eén of twee afdelingen gaan de openingstijden inkorten of ze gaan helemaal dicht en vervolgens komt er een soort domino-effect, waardoor een ziekenhuis in grote problemen komt. Wij vonden het ook heel erg slecht en kwalijk dat verpleegkundigen die daar werken in de media moesten vernemen wat er met hun ziekenhuis staat te gebeuren. Dat kan echt niet. Ik wil van de Minister weten: hoe kan dit nou weer gebeuren? Wat gaat hij doen om richting de bestuurders en richting de zorgverzekeraars duidelijk te maken dat dit zo niet kan? Wat gaat hij doen om de regie over onze zorg weer meer naar zich toe te trekken? We moeten die samenwerking, waar iedereen de afgelopen jaren zo hoog van heeft opgegeven, gaan versterken.

Voorzitter. Er is een advies gekomen van de NZa over de acute zorg. Daar is enorm veel kritiek op gekomen, ook van de specialisten uit de ziekenhuizen, vanuit de sector zelf. Omdat dat zo kort en bondig was opgeschreven, wil ik gewoon eens voorlezen wat de samenwerkende algemene ziekenhuizen daarover hebben gezegd. Zij zeggen: «Er is geen bewijs dat het concentreren van de acute zorg leidt tot betere kwaliteit. Verpleegkundigen gaan niet verder reizen; zij stappen over op een andere sector. Vervolgkosten zijn in een groot ziekenhuis hoger dan in een klein ziekenhuis. Dit gaat leiden tot uitgebreide logistieke en organisatorische problemen. Grotere afstanden vragen om meer helikopters, meer ambulances, en om meer personeel om beschikbaarheid en paraatheid regionaal te kunnen blijven garanderen. Concentratie van spoedeisende-hulpposten zal tot gevolg hebben dat de klinieken en de ic's in de overblijvende ziekenhuizen voller komen te liggen, met als gevolg dat andere vormen van zorg, bijvoorbeeld topklinische operaties, niet kunnen worden uitgevoerd.»

Er is een stapeling van kritiek, en niet alleen vanuit deze ziekenhuizen. De kritiek komt ook vanuit andere ziekenhuizen en vanuit de medisch specialisten. Niemand ziet de schaalvergroting in de spoedeisende hulp zitten. Ik denk dat de Minister zich nog eens even heel goed moet gaan afvragen of hij met deze route wel echt op het goede pad zit. Wij denken van niet. Wij denken dat deze route heel onverstandig is en de bestaande problemen verder zal versterken, ook de personeelsproblemen die er nu al zijn. We hebben deze discussie ook gehad toen het ging over de kinderkhartchirurgie. Wat gaan de verpleegkundigen op de locaties waar deze operaties dreigen te verdwijnen, doen? Hier speelt precies hetzelfde. Voorzitter. Ik vind ook dat de Minister oneigenlijke argumenten gebruikt als het gaat om het concentreren van de spoedeisende hulp. Ik wil toch een stuk aanhalen uit een brief die hij heeft geschreven, omdat ik de

manier waarop hij zorgmedewerkers aanspreekt echt een schoffering vind. Hij zegt: «Het kan niet zo zijn dat op de ene plek zorgmedewerkers overbelast zijn door de grote drukte en dat door die drukte geen zorg van de beste kwaliteit geleverd kan worden terwijl op andere locaties schaarse medewerkers, bijvoorbeeld in de nacht, weinig te doen hebben.» En dan komt het: «Wij willen voorkomen dat deze zorgverleners minder bekwaam worden omdat ze weinig patiënten zien en daardoor daar juist de kwaliteit omlaaggaat.» Kan de Minister dit eens toelichten? Op welke spoedeisende hulpposten worden er dusdanig weinig patiënten gezien dat de zorgverleners minder bekwaam dreigen te raken? Volgens mij is dit totale onzin. Dit is echt totale onzin. Hij schoffeert niet alleen de mensen die op die heel drukke posten hebben gewerkt en de afgelopen twee jaar heel veel zijn bijgesprongen, ook in de coronazorg. Ook schoffeert hij, aan de andere kant, die mensen die dag in, dag uit, dag en nacht klaarstaan om mensen te helpen die spoedeisende hulpzorg nodig hebben. Natuurlijk is het op geen enkele spoedeisende hulppost in Nederland zo dat er dusdanig weinig mensen worden gezien dat mensen hun expertise niet meer overeind kunnen houden. Ik geloof daar helemaal niks van.

De voorzitter:

Meneer Hijink, naar aanleiding hiervan heeft u een vraag van meneer Van Houwelingen.

De heer Van Houwelingen (FVD):

Ik vind het een geweldig betoog. Het is me uit het hart gegrepen. Ik ben het er helemaal mee eens. Ik zal er straks ook wat over zeggen. Mijn vraag aan de heer Hijink is de volgende. Dit speelt natuurlijk al decennia. Dit gaat al decennia zo door. Hoe komt het dat dit maar niet gestopt kan worden? De argumenten die worden gegeven zijn totale kolder, al decennialang. Dat ben ik helemaal met u eens. Wat kunnen wij, misschien als Kamer, doen om de trend de andere kant op te sturen, dus om weer naar schaalverkleining te gaan? Ik ben gewoon benieuwd naar uw gedachten hierover.

De heer Hijink (SP):

Dank voor deze vraag. Als SP hebben we hier al regelmatig plannen voor gelanceerd. Mijn voorganger, Henk van Gerven, heeft er stapels rapporten en papieren over volgeschreven. Kijk, wij hechten eraan dat ziekenhuizen worden georganiseerd op een schaal die effectief is en die dicht bij de mensen staat. Wat heb je dan? Daar zijn gewoon onderzoeken naar gedaan: tussen de 200 en 300 bedden is de meest optimale schaal voor een normaal ziekenhuis. Als uitgangspunt zou je daar dus naar kunnen kijken. Wat je vervolgens moet doen, is de inrichting van onze zorg niet volledig overlaten aan marktpartijen. Dat is natuurlijk wat er is gebeurd, met de zorgverzekeraars en private organisaties, met aan de ene kant financiële belangen en aan de andere kant de bestuurders die ook zo hun eigen wensen en dromen hebben. Wat wij volgens mij dus nodig hebben ... Nederland is niet een supergroot land. Wij zouden prima in staat moeten zijn om landelijk vast te leggen hoe de zorg er zo'n beetje uit zou moeten komen te zien. Dan kunnen we deze Minister aanspreken op hoe de zorg er vervolgens uitziet en, als er iets misgaat en een ziekenhuis in de problemen zit, hoe we dat dan gaan oplossen. Dat kan nu allemaal niet, want om de haverklap wordt door Ministers van Volksgezondheid gezegd dat ze hier niet over gaan. Dat gebeurde gisteren in het debat ook weer. Dat komt omdat we het uit handen hebben laten geven. Ik bedoel: de SP is er altijd tegenstander van geweest. We hebben er gewoon veel meer grip op nodig.

De voorzitter:

Dank u wel, meneer Hijink. Gaat u verder met uw betoog. U heeft nog een dikke anderhalve minuut.

De heer Hijink (SP):

Voorzitter. Ik heb vaak gesproken met jonge specialisten en met verpleegkundigen. Als het bijvoorbeeld gaat over die ziekenhuizen, geven ze aan dat ze niet willen werken op een zinkend schip. Ik denk dat het belangrijk en nodig is dat er zekerheid is, niet alleen voor de acute zorg maar voor alle vormen van zorg. Ik heb het al eerder aangegeven: specialisten en verpleegkundigen gaan niet in een streekziekenhuis werken als zij niet de zekerheid hebben dat het ziekenhuis over vijf jaar nog bestaat. Natuurlijk kun je geen garanties tot in de eeuwigheid geven, maar je zult toch meer zekerheden moeten hebben over of je daar op termijn nog je werk kunt doen.

Voorzitter. Bij de huisartsen gaat het helemaal niet goed. Steeds meer huisartsen geven aan dat zij overwegen te stoppen. We zien ook een ontwikkeling dat steeds meer huisartsen geen eigen praktijk meer willen runnen omdat ze dat gewoon niet meer kunnen volhouden; het is niet meer te doen. Dat gaat hele grote gevolgen hebben. We weten dat van alle zorgverleners in de sector de huisartsen misschien wel het dichtst bij de mensen, bij de patiënten, staan. Die moeten we dus koesteren. Daarin moet je investeren.

We hebben destijds met mevrouw Kuiken al eerder een voorstel gedaan: zorg dat de consulten langer kunnen worden en zorg dat er meer huisartsen worden opgeleid, zodat ze met minder patiënten per praktijk kunnen. We weten dat dit effect heeft. Volgens mij zei mevrouw Van der Plas het ook. We weten dat dit kan leiden tot 25% tot 40% minder doorverwijzingen naar ziekenhuizen. Dat is me nogal wat. Door het investeren in de eerste lijn, in de huisartsen, kunnen we dus de druk op de ziekenhuizen juist verlagen. Dus ik begrijp niet waarom dat niet veel meer wordt gedaan en waarom de Minister daar niet nog veel meer op gaat inzetten. Volgens mij is dat precies wat iedereen hier eigenlijk wil. Je wil de zorg dicht bij de mensen georganiseerd hebben. Je wil de ziekenhuizen ontlasten. Dus investeer dan in de huisartsen en voorkom dat ze massaal de sector verlaten.

Zeven minuten en vier seconden, voorzitter.

De voorzitter:

Fantastisch, meneer Hijink. Ik ben trots op u. Dank u wel. U heeft nog wel een vraag van mevrouw Tielen.

Mevrouw Tielen (VVD):

Die gaat over het pleidooi van meneer Hijink voor de huisartsenzorg, waarin ik voor een groot deel wel kan meegaan. Maar een van de dingen die de huisartsen ook aangeven, is dat er ook wel een heel groot beroep op hen wordt gedaan, niet alleen door andere ketens in het zorgnetwerk, maar ook door «de mensen in het land» om het zo maar te zeggen. Wat vindt meneer Hijink ervan om gewoon eens een maatschappelijke dialoog op te starten over wat je mag verwachten van de eerstelijnszorg en van de huisartsen, om daarover zo misschien meer gedeelde verwachtingen te creëren?

De heer Hijink (SP):

Ik weet nooit zo goed wie je met een maatschappelijke dialoog precies bereikt. Ik bedoel het helemaal niet vervelend hoor, maar de ervaring is toch dat je met dat soort sessies vooral mensen bereikt die toch al enorm politiek betrokken zijn. Nee, waar ik heel veel meer in zie, is dat wij ... Nou zeg ik het misschien heel lelijk, maar de huisartsen zijn de «afvoerput van de zorg» geworden. Zo voelen ze dat zelf ook. Daar waar er problemen in

de ggz zijn, komen mensen alsnog toch weer bij de huisarts terecht. In de jeugdzorg gaat het niet goed en waar komen de mensen terecht? Bij de huisarts. Als de ziekenhuizen geen plek hebben, waar komen de mensen dan terecht? Bij de huisarts. Waar komen ouderen die niet terechtkunnen in het verpleeghuis terecht? Bij de huisarts. De huisarts lost alle shit op die in de zorg wordt gecreëerd. Dat is volgens mij het grootste probleem. Volgens mij moeten we daar geen praat sessies over houden; we moeten het aan alle kanten zien aan te pakken. Het is een groter probleem en dat los je dus ook niet op met alleen een langer consult. Nee, het begint ermee dat je in al die verschillende sectoren de toch vrij omvangrijke problemen die er in de afgelopen tien jaar ontstaan zijn, gaat oplossen.

De voorzitter:

Mevrouw Tielen. Een tweede vraag?

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Ik snap wel dat meneer Hijink gelijk aan rondetafelsessies en koffie denkt, maar dat is niet precies wat ik bedoel. Ik ben het niet oneens met wat meneer Hijink zegt over andere zorgsectoren, maar ik denk dat er nog een andere component in zit. Dat is dat wij als mensen heel snel denken: er is iets aan de hand; ik moet zorg hebben. Ik wil meneer Hijink toch vragen of we niet gewoon eens met elkaar moeten kijken, niet alleen hier in de Kamer maar ook breder, naar wat we eigenlijk verwachten van huisartsen, van de ggz, van verpleeghuizen, van ouderenzorg, van thuiszorg, van al die dingen.

De heer **Hijink** (SP):

Ik weet oprecht niet of dit een reëel probleem is. Ik denk dat iedere huisarts in zijn praktijk mensen kent die misschien onnodig vaak langskomen, maar dat is niet het gros van de patiëntengroep. Ik spreek dan maar uit eigen ervaring: ik ken niet heel veel mensen die voor de lol onder werktijd of buiten werktijd naar de huisarts gaan voor een gezellig praatje. Je komt al niet eens meer zomaar binnen; je moet eerst de assistent ervan zien te overtuigen dat het nodig is. De drempel is dus al best wel hoog geworden. Als mensen de behoefte hebben om een zorgverlener te zien, denk ik dat het in the end juist de rol van de huisarts is om die op een goede manier te beoordelen. Daarvoor is nu juist die hele functie van poortwachter bedoeld, namelijk dat je het op tijd ziet en dat de huisarts ook kan aangeven: «Nou mevrouw of meneer, u bent nu wel heel vaak geweest, nu is het wel even goed. Belt u maar als er echt iets aan de hand is». Volgens mij worden dat soort gesprekken ook gevoerd en is dit ook precies de rol die de huisarts moet hebben.

De voorzitter:

Dank u wel, meneer Hijink. Dan ga ik snel door en geef ik het woord aan mevrouw Den Haan namens de Fractie Den Haan.

Mevrouw **Den Haan** (Fractie Den Haan):

Dank u wel, voorzitter. Het zal u niet verbazen dat voor een eenpersoonsfractie «kiezen» elke dag zo'n beetje het dominante woord is en met een debat waarbij meer dan 100 brieven op de agenda staan, kan ik u zeggen dat dit niet meeviel.

Ik wil graag beginnen met de voortgangsrapportage over moleculaire diagnostiek. Vorig jaar juli is er een motie aangenomen van mevrouw Kuiken en mij, waarin wordt verzocht om zo spoedig mogelijk te regelen dat uitbehandelde kankerpatiënten met een nog goede conditie toegang krijgen tot uitgebreide moleculaire diagnostiek. Hoewel de Minister dit zeer serieus heeft opgepakt en er op dit vlak achter de schermen van alles in gang wordt gezet, ook door het Zorginstituut, merkt de patiënt er op dit moment nog maar weinig van. Op dit moment is het alleen voor mensen

met een «primaire tumor onbekend» goed geregeld. Na de aangenomen motie zijn we inmiddels een jaar verder, terwijl we het over een groep patiënten hebben die geen tijd te verliezen hebben. Ik wil de Minister echt met klem vragen of hij mogelijkheden ziet om dit proces te versnellen en of hij kan zorgen dat deze groep kwetsbare mensen sneller toegang krijgt tot uitgebreide moleculaire diagnostiek.

Voorzitter. Het Zorginstituut schrijft in de voortgangsrapportage dat niet duidelijk is welke patiënten uitbehandeld zijn maar nog wel een goede conditie hebben. Experts denken hier anders over; zij weten het wel. Hoe kan dit nou precies? Hoe zit dit eigenlijk? Kan de Minister mij daarover iets meer duidelijkheid geven?

Verder schrijft het Zorginstituut dat deze groep patiënten alleen nog toegang heeft tot studies of behandeling op basis van offlabel indicatie. Naast het feit dat dit zorgt voor ongewenste postcodezorg begrijp ik ook dat dit niet klopt. Er zijn immers al medicijnen die zijn geregistreerd én worden vergoed. Een voorbeeld zijn de NTRK-remmers, die een goede reactie kunnen geven bij een groep patiënten. Alleen, doordat de benodigde moleculaire diagnostiek in Nederland nog niet gedaan wordt, kunnen deze patiënten niet gevonden worden. Graag hoor ik van de Minister wat hij hieraan kan of gaat doen.

Het is mij ook niet helemaal duidelijk hoe het precies zit met de budgettering voor de moleculaire diagnostiek. Volgens het Zorginstituut zal de betaaltitel er per 1 januari 2023 zijn. Dat heb ik gelezen. Maar we weten allemaal dat de ziekenhuizen nu al spreken met de zorgverzekeraars over het budget voor volgend jaar. Ze weten dus nog niet waar ze aan toe zijn met betrekking tot de inzet van moleculaire diagnostiek. Het is van belang dat het veld nu al aan de slag kan gaan met het inrichten van processen en het opstellen van protocollen. Het zou kunnen helpen om de lijst met minimaal klinisch noodzakelijke testen nu al beschikbaar te maken voor het veld. Kan de Minister dit alsnog realiseren?

Voorzitter. De ontwikkelingen in de zorg qua techniek en wetenschap gaan steeds verder, maar het proces rondom toegang tot uitgebreide moleculaire diagnostiek laat zien dat Nederland niet is voorbereid om nieuwe technologieën op het gebied van zorg snel te implementeren en toegankelijk voor de patiënt te maken. Tegen de tijd dat de behandeling op de markt komt, is die al achterhaald, zijn er nieuwere behandelingen ontwikkeld of, erger nog, leeft de patiënt niet meer omdat hij of zij simpelweg al is overleden. Wordt er op dit moment wel voldoende nagedacht over hoe we de implementatie kunnen versnellen? Nu lijken we telkens achter de feiten aan te lopen. Ik hoor heel graag van de Minister wat hij van plan is te doen om de knelpunten op dit vlak weg te nemen.

Voorzitter. Dan kom ik bij de bloedvoorziening. In de afgelopen twee jaar hebben we gezien dat het van belang is dat we zijn voorbereid op een pandemie. Het is niet de vraag óf we nog een keer te maken krijgen met een pandemie, maar wannéér dit gebeurt. Een onderdeel van de voorbereiding is de bloedvoorziening in Nederland. Wat gebeurt er als we te maken krijgen met een pandemie waarbij de ziekte bijvoorbeeld overdraagbaar is via het bloed? Daarom wil ik aan de Minister vragen of onze bloedvoorziening voldoende is voorbereid op een volgende pandemie. Hoe staat het met de aanwas van bloeddonoren? Kan de Minister toelichten waarom wij geen preventieve maatregelen nemen door bijvoorbeeld pathogeeninactivatietechnieken in te zetten? Dit versnelt het proces van donor naar ontvanger. Graag krijg ik een reactie van de Minister.

Voorzitter. Het is al eerder genoemd, ook door mijn collega's: we weten allemaal dat onze huisartsen heel erg belangrijk zijn en dat zij, zeker de laatste twee jaar, een enorme werkdruk hebben ervaren. Wij weten ook dat onze huisartsen van onschatbare waarde zijn. Er is een tekort aan huisartsen. Veel huisartsen overwegen om iets anders te gaan doen vanwege de enorme druk die zij ervaren. Huisartsen zijn én blijven

verantwoordelijk zolang een patiënt door de lange wachtlijsten zoals we die nu hebben, niet terecht kan bij bijvoorbeeld bepaalde specialismen in het ziekenhuis of de ggz.

We weten ook dat het Integraal Zorgakkoord in de maak is. Daar hebben we het net ook al over gehad. Ik lees in de brief van 9 mei van de Minister dat hij hier heel serieus werk van maakt en ook de aanbevelingen en de knelpunten van de Landelijke Huisartsen Vereniging en die uit het manifest Help de huisarts verzuipt meeneemt. Daar ben ik blij mee. Maar ik hoor ook dat er weer allerlei pilots gedaan moeten worden en dat men veel zorgen heeft over daadkracht rondom besluitvorming en uitvoering. Kan de Minister toezeggen dat er duidelijkere afspraken worden gemaakt over de toekomstbestendigheid van de huisartsenzorg en dat hij deze in overleg met de huisartsen zo snel mogelijk ten uitvoering zal brengen? Tot slot De juiste zorg op de juiste plek. We zien heel veel mooie pilots voorbijkomen die ook, gelukkig, heel succesvol zijn geweest in de praktijk, maar die aan het einde van de pilot stoppen en niet doorgaan. Dat is echt zonde van de inzet van mensen en middelen. Ik wil de Minister vragen of er een overzicht is van alle succesvolle pilots in het kader van De juiste zorg op de juiste plek. Ik heb ernaar gezocht, maar kan ze niet vinden. Ook wil ik weten welke succesvolle initiatieven uiteindelijk structureel zijn geïmplementeerd. Kan de Minister iets zeggen over of er regie is op het proactief structureel inzetten en uitrollen van succesvolle pilots in organisaties zelf, maar ook landelijk bij soortgelijke organisaties en instellingen?

Dank u wel, voorzitter.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Den Haan. Mooi binnen de tijd. Mevrouw Paulusma voor haar eerste termijn.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Dank, voorzitter. Ik ga ook mijn best doen om binnen de tijd te blijven. Als D66 vooruitkijkt naar de toekomst van de zorg en de grote maatschappelijke uitdagingen ziet waar we voor staan, realiseren we ons dat er nu keuzes gemaakt moeten worden. Ik wil vanuit D66 een aantal essentiële randvoorwaarden schetsen voor hoe we de zorg toegankelijk kunnen houden, ook in de toekomst.

Voorzitter. Een aantal collega's heeft het er al over gehad: op cruciale momenten, zoals bij een trauma, wil je als patiënt de beste zorg. Die bestaat uit een goede diagnose en behandeling op een plek waar deze vaak wordt uitgevoerd. Dan is de overlevingskans en de kans op goed herstel het allergrootst, zo lezen we uit data. Dit hoeft niet altijd te betekenen dat die zorg om de hoek te vinden is. Dit is geen nieuw idee. Els Borst stelde in 1999 al dat ernstige traumapatiënten naar traumacentra zouden moeten. Om deze stappen te zetten, is goede regionale samenwerking nodig. Er moeten afspraken gemaakt kunnen worden tussen zorgaanbieders zodat patiënten ook daadwerkelijk op de juiste plek terecht komen en schaarse capaciteit en middelen goed ingezet worden. Wat ons betreft hebben ook ons omringende landen hierin een belangrijke rol. Graag een reactie van de Minister op hoe we snelheid kunnen maken met regionale samenwerking om de beste traumazorg te leveren. Kan de Minister hierbij ook kijken naar de rol die bijvoorbeeld België en Duitsland zouden kunnen hebben in deze samenwerking? Ik zie een vinger.

De voorzitter:

U zag hem, ik zag hem ook. Mevrouw Ellemeet heeft een vraag voor u.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Ik heb een vraag over die regionale samenwerking. Ik ben het er helemaal mee eens dat die nodig is. De vraag is wie die dan gaat coördineren.

Iedereen uit het veld met wie ik spreek, zegt: ja, regionale samenwerking! Maar als ik dan vraag wie het moet gaan doen, hoor ik: ja, nou, eh ... Het is blijkbaar heel moeilijk om één instantie die rol en verantwoordelijkheid te geven. Heeft D66 een idee hoe die coördinatie eruit zou moeten zien?

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Dat is een hele goede vraag, mevrouw Ellemeet, want iedereen wil graag de coördinatie, omdat we het systeem zo hebben ingericht dat je op basis van productie wordt beloond. Ik kom zo in mijn woordvoering nog op wat dat dan voor die samenwerking zou betekenen. Ik kan me voorstellen dat de NZa hier bijvoorbeeld in een grotere rol krijgt. Ik ben ook heel benieuwd naar wat de Minister ervan vindt, want ik zou die niet per definitie bij de zorgverzekeraar willen beleggen.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Gaat u verder met uw betoog, mevrouw Paulusma.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Ik heb er, als het om traumazorg gaat, al eerder aandacht voor gevraagd, maar wil het hier nog een keer markeren. Het zijn vaak vrouwen die aan het kortste eind trekken, omdat zij nog te vaak een verkeerde diagnose krijgen en op de verkeerde plek in de zorg terecht komen, met alle nadelige gevolgen van dien. Ook hier graag nogmaals aandacht voor en een reactie van de Minister.

Voorzitter. In de visie van D66 op de zorg, of beter gezegd op gezondheid, belonen we goede uitkomsten en niet de prikkel tot productie. Er lopen al veel experimenten rondom bijvoorbeeld populatiebesteding en om meer te gaan samenwerken. Hoe zorgen we er nou voor dat deze, vaak lokale, successen de standaard worden in dit land? D66 zou dit verder willen opschalen om er meer van te leren en om betere zorg te leveren, of om zorg juist te voorkomen. Stel dat we Noord-Nederland – ik noem zomaar een willekeurige regio – de ruimte zouden geven om te doen wat goed is, met vertrouwen in de professionals, met financiering op uitkomsten en/of populatie, en zonder hindernissen voor de samenwerking, dus minder marktwerking en wellicht ook wel minder ACM. Graag een reflectie van de Minister op wat dit ons zou kunnen brengen en welke mogelijkheden hij ziet om dit te realiseren. Is hij hierover al in gesprek met de NZa?

Als we het toch hebben over de bekostiging van uitkomsten in plaats van productie, is het gek dat er nog steeds msb's zijn in ziekenhuizen. We horen graag hoe de Minister snelheid gaat maken met de maatregel om medisch specialisten in loondienst te krijgen.

Ook het bevorderen van gegevensuitwisseling is voor D66 een essentiële randvoorwaarde om te komen tot toekomstbestendige zorg. De Wegiz, die wij straks als Kamer behandelen, is wat ons betreft echt nog maar een eerste stap. Er is nog heel veel werk aan de winkel. Zo moet er wat D66 betreft goed gekeken worden naar hoe de datastandaarden in de zorg aansluiten op de Europese normen, zodat als je in Frankrijk in het ziekenhuis terecht komt, artsen daar ook weten welke medicijnen je als patiënt wel of niet mag krijgen. Laten we daar zo veel mogelijk uniformiteit in aanbrengen. Ik spreek ook uit eigen werkervaring: burgers moeten toegang krijgen tot hun eigen gezondheidsomgeving. Een PGO lijkt nog heel ver weg, maar wat ons betreft gaan we daar heel snel stappen in maken. Een platform als DigiD zou daarvoor erg geschikt kunnen zijn. Ik hoor graag hoe de Minister hiernaar kijkt.

Een klacht die ik vaak hoor vanuit het veld, is dat zorgverleners in een acute situatie soms niet bij die belangrijke gezondheidsgegevens kunnen. De patiënt is dan niet in staat om toestemming te geven of had die toestemming vooraf moeten vastleggen. Herkent de Minister dit probleem en zou een opt-outsysteem hiervoor een oplossing kunnen zijn?

Corona heeft laten zien dat digitale en hybride zorgverlening kan. Patiënten vinden het vaak ook prettiger om vanuit hun eigen omgeving een arts te consulteren. Wij zien echter ook dat veel zorgverleners weer terugvallen in oude gewoonten en dat wachtkamers weer vol zitten. Hoe behouden we of dwingen we die good practice van de digitale consulten en digitale dienstverlening af? D66 zou graag zien dat de patiënt op z'n minst de keuzemogelijkheid krijgt van zijn of haar aanbieder om naar het ziekenhuis te gaan of digitaal het gesprek met de arts of verpleegkundige te voeren.

Voorzitter. Een andere essentiële randvoorwaarde voor een goede inrichting van de zorg is een goed functionerende eerste lijn. Iedereen heeft het hier al over gehad. Zonder huisartsen, wijkverpleegkundigen, fysiotherapeuten en andere belangrijke beroepen die vanuit de basis en vanuit preventie zorg leveren, gaat het ons niet lukken om die toekomstbestendig te maken. De werkdruk bij huisartsen loopt steeds verder op. Dit zorgt ervoor dat huisartsen minder gaan werken of zelfs stoppen. Dat is ontzettend zonde. Ik heb gesproken met de initiatiefnemers van de Verscheurkalender bij huisartsen. Ik hoor dan dat zij verklaringen moeten invullen voor gemeente X, Y en Z om aan te geven dat een patiënt een bepaalde afvalvoorziening nodig heeft voor zijn of haar stomazakjes. Is dit nou echt nodig? Wie gaat zeggen dat huisartsen daarmee kunnen stoppen zodat ze die tijd gewoon weer aan zorg kunnen besteden? Graag een reactie van de Minister.

Ik had ermee kunnen beginnen, maar wil nu even stilstaan bij de start van het leven. Een goede start vergroot de kansengelijkheid. Daarom ben ik blij dat dit kabinet aan de slag gaat met een Kansrijke Start. Maar er liggen wat ons betreft ook nog kansen als het gaat om Nu Niet Zwanger. Mocht er iets mis zijn met het kind, dan wil je dat als ouders zo snel mogelijk weten zodat je ook in een vroeg stadium kunt handelen. Het afbreken van een zwangerschap is zwaar en dat wil je dan zo vroeg mogelijk doen. Mijn fractie is blij dat het experiment met de dertienwekenecho van start is gegaan. Wat ons betreft blijft dit niet bij een experiment. Kan de Minister nog dit jaar een eerste evaluatie aan de Kamer geven over de voortgang van dit experiment?

Tot slot is mijn partij heel erg blij dat het deze Minister is gelukt om het mogelijk te maken dat iedereen een bloed- en plasmadonatie kan doen – mijn collega Ellemeet refereerde er ook al aan – en dat er geen discriminerende uitsluiting meer is om dit wel of niet te kunnen doen. Het staat niet in mijn woordvoering, maar ik twitterde er vandaag over dat ik dit echt een ontzettend belangrijke stap vind. De reacties daarop zijn dan van de volgende aard: «hou hiermee op, met dat smerige homofiele bloed», «ik hoef dit niet», «homo's trekken allemaal nare ziektes aan zoals nu ook weer die apenpokken», «nee hoor, laat die piep elkaar piep piep ...» Ik kan het niet eens meer uitspreken, want die woorden zijn niet voor herhaling vatbaar. Het is dus niet alleen belangrijk voor onze bloedvoorziening. We doen hiermee iets wat essentieel is voor deze gemeenschap. Ik waardeer de stap die de Minister heeft gezet.

Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Paulusma. Een vraag van meneer Hijink.

De heer Hijink (SP):

Het gaat niet over dat laatste punt, maar ik snap heel goed wat u zegt. Laten we ons ook vooral niet gek laten maken, zou ik zeggen, door die halvegaren die je op Twitter tegenkomt. Dat zijn er helaas een hoop. Ik troost me altijd met de gedachte dat het overgrote deel van Nederland heel weldenkend is.

Mijn vraag gaat over de populatiebepoortering. Dat vind ik namelijk een interessante gedachte van D66, omdat je daarmee feitelijk afstand neemt

van het marktdenken en de concurrentie in de zorg. Mevrouw Paulusma zegt: je moet eigenlijk alles wat samenwerking in de weg staat, financiële belemmeringen, doorbreken. Is D66 dan ook bereid om een deel van de wetgeving die dat nu tegenhoudt, aan te passen? Een van de redenen waarom samenwerking tussen fysiotherapeuten niet lukt, is omdat zij door mededingingswetgeving helemaal niet mogen samenwerken. Gaat D66 daarmee dusdanig ver dat D66 zegt: ja, daar waar het stelsel samenwerking in de weg staat, moeten we het gaan oplossen?

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Dank voor de vraag en ik zei het in mijn woordvoering al in een slotzin: dat betekent dus wat minder marktwerking en ook wat minder ACM. Dat laatste gaat ook over concurrentie en hoe je samenwerkt. Bij populatiebepaling en/of uitkomstbepaling ga je dus belonen voor de uitkomst. Ik denk dat dat gecombineerd met regiobeelden een heel verstandige koers is. We moeten dan afstappen van die zaken die dat in de weg staan. Ik ben niet van «het stelsel moet overboord, want dan wordt de wereld veel beter». Ik vind dat we de zorg moeten inrichten op de goede dingen en niet op de prikkel tot productie. Meer behandeling is het bestaansrecht van een heleboel aanbieders, want populatiebepaling kan ook betekenen dat je in een regio kijkt en ziet wat er nodig is en wat niet meer. D66 zegt dat met dat laatste dan ook gestopt moet worden.

De heer **Hijink** (SP):

Dit is wel een belangrijk moment, eerlijk gezegd. Dit is voor het eerst sinds de SP voor een nationaal zorgfonds pleit, dat ik bij de misschien ex-neoliberale partijen hoor dat zij ook die kant op willen bewegen. Mevrouw Ellemeet wordt hier naast mij ook al helemaal vrolijk, zag ik. In ons programma hadden wij namelijk staan: ga met regionale zorgfondsen werken. Dat is natuurlijk wat je feitelijk doet als je overstapt op populatiebepaling. Je geeft een bepaalde regio een bepaald budget en zegt tegen die regio: ga in gezamenlijkheid, in samenwerking, zorgen voor goede zorg. Ik ben blij met deze koerswijziging van D66 en hoop dat de Minister – dit is helemaal geen vraag, voorzitter, ik wil dit heel hard incasseren ...

De **voorzitter**:

Ik wil u toch vragen richting een vraag te gaan, bijvoorbeeld over de fusie van uw partijen.

De heer **Hijink** (SP):

Nee, dat ga ik helemaal niet doen. Ik hoop dat de Minister hierop ingaat en dat het die kant opgaat.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Ik hoorde inderdaad geen vraag, maar mevrouw Paulusma mag toch reageren. Het hoeft natuurlijk niet.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Laat ik het goede vieren. Ik denk dat we veel meer overeenstemming hebben dan de SP altijd graag naar buiten weet over te brengen. Ik hoop dat we die gemene deler met elkaar weten te vinden om de goede dingen te doen als het gaat om de zorg in Nederland.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Dan geef ik het woord aan mevrouw Tielen voor haar eerste termijn.

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Voorzitter. Gedurende vele eeuwen was scheurbuik de belangrijkste gezondheidsdreiging voor de zeevarende volkeren. Op het schip van Vasco da Gama stierven in 1497 100 van de 160 bemanningsleden aan scheurbuik. Vitamine C, het middel dat dat kon voorkomen, was nog niet bekend. Maar er waren al wel vermoedens dat voeding een rol had. In 1601 deed kapitein Lancaster op z'n schepen een proef met drie theelepels limoensap elke dag. Niemand overleed vervolgens, terwijl op andere schepen uit die vloot 110 van de 278 matrozen overleden. Niemand deed iets met die gedachte. Pas 146 jaar later, in 1747, dacht een Britse marine-arts: ik ga daar weer eens wat onderzoek naar doen. Maar opnieuw kostte het de British Navy weer 48 jaar om voor te schrijven dat citroen onderdeel moest zijn van de voedselvoorraden op de schepen. Daarna kostte het nog eens 70 jaar voordat de hele bemanning citroensap of iets soortgelijks tot zich nam. Het was inmiddels 1865. Het kostte dus 264 jaar om een simpel levensreddend idee op te nemen. James Cook was een dwarsdenker en ordonneerde iedereen op zijn schepen al in 1770 zuurkool, ook een belangrijke bron van vitamine C, tot zich te nemen. Ook bij hem leidde dat tot levensredding.

Dit verhaal is een inleiding in een wetenschappelijk artikel in The Journal of the American Medical Association over innovaties in de gezondheidszorg. Het inspireert om de zorg aan te sporen om niet als de British Navy te werken, maar meer als James Cook. Innovatie is een van de belangrijkste onderdelen van de zorg voor de toekomst. Het gaat dan veel meer om simpele «zuurkoolinnovaties» – zo noem ik het maar even – dan om ingewikkelde technologie. Maar zoals het artikel schetst – en dat zien we ook in de praktijk van de zorg in Nederland – overheerst nog heel vaak de methode van de British Navy. De inzet van slimme zorg duurt lang, soms te lang en die tijd hebben we niet. Tenminste, dat is mijn afdronk. Daarom mijn eerste vraag aan de Minister. Is er een maatstaf van hoe snel innovaties de werkvloer kunnen bereiken? Zo niet, hoe bepalen we dan of verandering en vernieuwing in de zorg snel genoeg gaan? Hoe zorgen we dat de James Cooks in de zorg, die snel en eigenwijs dingen op zich nemen, voldoende ruimte en stimulans krijgen? Corona heeft al veel van die stimulans ingezet. Laten we dat voortzetten, want passende zorg begint met innovatie. In het hoofdlijnen debat in maart had ik gevraagd om een aanvullende reactie op het rapport over passende zorg van de NZa. Ik geloof dat die reactie er nog niet is. Wanneer kunnen we die krijgen? Het gaat om een concretere invulling van de adviezen die de NZa geeft.

Eerder in het debat is al De juiste zorg op de juiste plek genoemd. Het gaat over voorkomen, verplaatsen, en vervangen, eigenlijk een vorm van vernieuwen. Ik zie hele goede initiatieven. Net als mevrouw Den Haan mis ik een overzicht daarvan. Die website is overigens een mooie plek om dingen te zien. Hoe brengt de Minister samenhang in alle initiatieven die lopen en opgestart worden? Hoe bekijkt hij de effectiviteit van die initiatieven? Het liefst dan met cijfers en kwalitatieve evaluaties, ook om ervoor te zorgen dat al die «slimme zuurkoolinnovaties», om het zo maar te zeggen, daadwerkelijk sneller naar de werkvloer komen, ook andere werkvloeren.

Over de rol van de huisarts hebben anderen al veel gezegd. Wat verwachten we eigenlijk van de eerstelijnszorg? Dat is natuurlijk een vraag. Er zijn nog nooit zo veel huisartsen in Nederland actief geweest als nu en toch hebben ze terecht het gevoel – de heer Hijink zei dit ook al – het afvoerputje in het stelsel te zijn. Volgens mij is dat niet goed. Dat betekent dat heel veel mensen niet met het volle plezier aan het werk zijn en dus ook de plek die ze in de zorg innemen, niet voldoende tot uitdrukking kunnen laten komen.

De administratieve lasten zijn een belangrijk punt. Afgelopen zaterdag stond in de Volkskrant een heel interessant artikel over katheters. Wat wil

de Minister doen met die administratieve lasten? Ik zag dat de Minister een positieve reactie had op de Verscheurkalender. Hoe zorgen we ervoor dat zulke initiatieven daadwerkelijk periodiek gebruikt worden om inzichten te krijgen?

De Minister geeft aan de opleidingscapaciteit te vergroten, of in ieder geval daarnaar te gaan kijken. Ik vroeg me af in hoeverre de werkweken, ook deeltijdwerk, invloed hebben op de inzet van huisartsen en wat we daar wel en niet mee kunnen doen. En ik heb eerder vragen gesteld over de generalistische ziekenhuisartsen, zeg maar een beetje de tweede lijn. De Minister heeft die vragen nog niet kunnen beantwoorden, tenminste, ik heb een uitstelbrief gekregen. Ik zou toch graag een eerste reactie van de Minister krijgen op de rol van ziekenhuisartsen in de hele plek.

Ook over de acute zorg is al veel gezegd. Ik sluit me aan bij de vragen die daarover gesteld zijn. De Minister praat in zijn brief over de brede multidisciplinaire triage, die van belang is. Ik denk dat dat zo is, want er is nogal een verschil of je met een multitrauma, een simpele gebroken enkel, of een door de leeftijd van de patiënt minder simpele gebroken heup of een hartinfarct acute zorg nodig hebt. Ik ben benieuwd hoe die multidisciplinaire triage eruitziet. Is de Minister al bezig om die in te richten? Hoe gaat die invloed hebben op zijn keuzes?

Ik zit nu een paar maanden op deze portefeuille, maar ik vind dat het zorgveld wat lastig tot gezamenlijkheid te bewegen is. Als de verandering niet helemaal precies is zoals iemand het zich had voorgesteld, vindt men het moeilijk. Denk aan de kinderhartchirurgie, de geboortezorg. Ik denk dat dit voor acute zorg ook zal gelden. Ik vraag de Minister hoe hij bezig is om met het veld te kijken naar hoe er echt beslissingen genomen kunnen worden op dit gebied.

Dan nog een paar kleine punten. Ik maak mij zorgen over de Nederlandse cijfers als het gaat om kanker, zeker als het gaat om vrouwen met kanker, want wij zitten helaas niet bovenaan in de lijstjes. Heeft de Minister ideeën over het inzetten van een gezamenlijke nationale kankeragenda om de ambitie te stellen om wel bovenaan de lijstjes te komen? Landen als Denemarken laten zien dat zo'n agenda heel effectief is. Ik ben benieuwd hoe de Minister daarnaar kijkt.

Ik sluit me aan bij de toch wel blije boodschap van mevrouw Ellemeet over bloeedonorschap. Ik ben heel blij dat de motie die door onze partijen in gang is gezet, nu eindelijk werkelijkheid wordt. Ik hoop dat we dat soort vernieuwingen blijven doorvoeren.

Ik haak aan bij de vragen van mevrouw Den Haan over de pathogeeninactivatie, maar ook bij die over het ervoor zorgen dat technologische vernieuwingen binnen de bloedkwaliteit een plek krijgen. Ik ben benieuwd hoe de Minister daarnaar kijkt.

Ik zie dat mijn zeven minuten om zijn.

De voorzitter:

Precies. Dank u wel, mevrouw Tielen. Dan geef ik graag het woord aan mevrouw Agema.

Mevrouw Agema (PVV):

Zoals al gezegd staan er vandaag 101 agendapunten, brieven en rapporten op de agenda. Wat we vandaag niet bespreken, is wat de Minister nou werkelijk van plan is met de acute zorg. Die brief krijgen we nog voor de zomer. Wat me opviel, is dat het tipje van de sluier al door de Minister wordt opgelicht in de zorgvisie, met een prachtige foto op de voorkant overigens. Daarin lezen we tussen de regels door al dat de spoedeisendehulpdiensten op de schop gaan, dat de 45-minutennorm op de schop gaat en dat de Minister niet echt z'n best gaat doen voor medisch specialisten in loondienst. We zien die brief tegemoet, maar het debat dat we vandaag houden over al die andere punten geeft natuurlijk een hoop gelegenheid om ook over wat kleinere punten vragen te stellen

en die naar voren te brengen. Dat is ook weleens goed. Ik heb er al een heleboel gehoord van mijn collega's, waaronder die over het langere consult bij de huisarts. Dat wordt eigenlijk in elk debat door ons naar voren gebracht, want dat leidt tot minder verwijzingen en daardoor tot lagere zorgkosten, en ook tot een betere band tussen huisarts en patiënt, denk ik.

Met het voorstel over de zorgtoeslagengrens waar mevrouw Ellemeest het over had, zijn we begonnen tijdens de begrotingsbehandeling VWS. Ik heb dat tijdens zo'n beetje elk debat dat erop volgde naar voren gebracht. Mevrouw Helder heeft toegezegd bij haar eerstvolgende arbeidsmarktbrief terug te komen op die toeslagengrens. Kan die verhoogd worden en wat betekent dat voor de arbeidsmarkt? Er ligt een enorm potentieel besloten in zorgmedewerkers die maar vier, acht of tien uur werken, want als ze meer zouden werken, gaan ze over de toeslaggrens. Dat levert een deuk op in hun inkomen en daardoor blijven ze dat zeer beperkte aantal uren werken.

Dan een aantal punten over de spoedeisendehulpdiensten. Een aantal jaren geleden maakte het ministerie zich zorgen over het aantal zelfverwijzers dat zich op de spoedeisende hulp meldde. Het ministerie gaf aan dat mensen die zich op eigen houtje, zonder verwijzing, melden bijna 20% van de toeloop betrof. Dat is zonde, want het idee was dat een deel van die 20% ook door de huisarts behandeld had kunnen worden. Dus werd de verplichte verwijzing door de huisarts of de huisartsenpost naar de spoedeisende hulp ingevoerd om deze zelfverwijzers af te remmen. De overheid wees er daarbij nadrukkelijk op dat de gratis hulp van de huisarts, waarvoor je geen eigen risico betaalt, een groot voordeel heeft ten opzichte van een bezoek aan de spoedeisende hulp. Mijn vraag aan de Minister is of dit beleid geholpen heeft, want ik zie het nergens terug. Het overgrote deel van de patiënten die op de spoedeisende hulp komen, heeft onduidelijke klachten. Ik begrijp op zich wel dat het niet terugloopt, want de diagnose moet nog worden gesteld. Maar ook bij kinderen neem je liever het zekere voor het onzekere. Bij een hersenschudding of een onduidelijke klacht wil je het zekere voor het onzekere nemen en iemand doorsturen. Een laag hemoglobinegehalte bij versufte ouderen is dodelijk en dan is ook doorsturen noodzakelijk. Wat dat aangaat, komen de patiënten die nu naar de huisarts worden verwezen omdat ze per se een verwijzingsplicht hebben, uiteindelijk alsnog in het ziekenhuis terecht. Het is dus niet verbazingwekkend dat ze alsnog naar het ziekenhuis blijven komen. Ik neem aan dat de notoire zelfverwijzers, die een hoop stampij maken in het ziekenhuis, ook gewoon blijven komen. De druk op de spoedeisende hulp is dus niet verminderd, lijkt mij, door die verplichte verwijzing en de stampijmakers blijven gewoon komen. Waar het eigenlijk toe heeft geleid, is dat de toegang tot de spoedeisende hulp voor nette mensen minder goed is geworden. Daarover zou ik de Minister willen horen. Hij stelt nieuwe regels in, maar die zorgen niet voor een lagere toeloop. Nette mensen moeten verplicht naar de huisarts en komen dan alsnog in het ziekenhuis terecht.

De voorzitter:

Mevrouw Agema, dit geeft aanleiding tot een vraag van mevrouw Paulusma.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Nee. Ik werd net getipt dat woordmeldingen inclusief de Minister zijn.

De voorzitter:

Exact.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Ik spaar ze nog even op.

De **voorzitter**:

O, u spaart ze op. Mevrouw Agema, gaat u door.

Mevrouw **Agema** (PVV):

...

De **voorzitter**:

Met microfoon alstublieft.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Hoe simpel het ook lijkt om het aantal zelfverwijzers te verminderen met een verplichte verwijzing die er moet komen en weet ik veel wat, dat lijkt in de praktijk dus een stuk weerbarstiger te zijn dan de nieuwe regels die erop losgelaten zijn. Ik hoor de Minister daar graag over.

Ik vrees ook dat de coalitie met de toekomstige plannen voor de spoedeisende hulp weer dezelfde fouten gaat maken. We hebben immers te maken met een stijging van het aantal ouderen met een meervoudige zorgvraag waarvan in acute situaties de diagnose moeilijk vooraf is vast te stellen. We hebben ook te maken met een stijging van het aantal zorgelijke infecties bij kinderen: rotavirus, RS-virus, waterpokken, hepatitis. De spoedeisende hulp moet voor hen en voor iedereen zo snel mogelijk bereikbaar zijn en moet direct hulp kunnen bieden. Het beleid moet dus een uitbreiding van het aantal spoedeisendehulpverleners zijn. Ook moeten opnamestops waardoor ambulances moeten omrijden, worden voorkomen. Het is mooi dat ambulances tegenwoordig een soort rijdende ziekenhuisjes zijn, maar het is spelen met levens om de 45-minutennorm dan maar op te geven. Immers, kortere afstanden betekenen minder ambulances, minder helikopters, minder inzet van het personeel, en dus meer efficiency. Waarom slaat de Minister een andere weg in?

Kan de Minister als voorbeeld een land noemen waar het verminderen van spoedeisendehulpverleners tot een betere kwaliteit van zorg heeft geleid? Zo nee, waar is dan het bewijs dat sluiting van de spoedeisendehulpverleners tot betere kwaliteit leidt? Is het niet beter, zo vraag ik de Minister, om ons bezig te houden met de doorstroom en de uitstroom van patiënten in plaats van met het beperken van de instroom naar de spoedeisende hulp? En wat vindt de Minister van ons voorstel om van de spoedeisende hulp, net als de ambulancedienst, een niet-economische dienst van algemeen belang te maken? Hierover gaat mijn onlangs ingediende en besproken initiatiefnota. Ik heb hem toen nog niet uitgebreid gehoord over de spoedeisende hulp. Als je de spoedeisende hulp uit de marktwerking haalt, kunnen zorgbestuurders niet meer met eksterogen kijken naar wat de spoedeisende hulp kost als het een avondje rustig is. Het gaat dan om wat we als land nodig hebben. De rust keert terug en de spoedeisendehulpverleners kunnen zich gaan voorbereiden op een verdubbeling van het aantal 75-plussers in de zorgvraag tot 2040. Graag een reactie.

Al een aantal jaren klinkt het toverwoord «passende zorg». Ik erger me daar mateloos aan. Ben ik al bijna door m'n tijd heen?

De **voorzitter**:

Ja, u heeft nog een kleine minuut.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Goed. Passende zorg gaat al snel van tafel voor effectieve zorg. Daar zit het probleem, want de meeste zorg is wel effectief, maar niet bewezen effectief. Ik heb al heel vaak gewezen op bijvoorbeeld de lekkende hartklep. Dat kan worden voorkomen door een heel klein ingenieus tooltje dat via de lies in de ader kan worden ingebracht en als een harmonica uitzet. Dat tooltje is een hele poos niet bewezen effectief geweest. Er zijn

veel innovaties in de zorg waar een hele lange tijd mee moet worden geëxperimenteerd. Ze zijn dan niet bewezen effectief, maar me dunkt dat op die manier het verhelpen van een lekkende hartklep veel minder kost dan de oude manier met een gedoneerde varkensklep of runderklep. Ik zou de Minister op het hart willen drukken niet te veel op het geld te zitten als het gaat om passende of zinnige zorg en innovatie de ruimte te geven in Nederland.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Agema. Dan geef ik graag het woord aan meneer Van Houwelingen namens Forum voor Democratie. Mevrouw Agema, wilt u uw microfoon uitzetten? Meneer Van Houwelingen, gaat uw gang.

De heer Van Houwelingen (FVD):

Wij hebben voor ons betoog één centraal punt: de enorme centralisatie die we de afgelopen decennia, dus niet van vandaag op gisteren, in de Nederlandse zorg hebben gezien. En bij centralisatie komt onvermijdbaar bureaucrativering kijken. In 1985 hadden we nog 160 ziekenhuisorganisaties in Nederland. Dat zijn er nu minder dan de helft, om een voorbeeld te geven. Dan de geestelijke gezondheidszorg. We hadden bijna overal Riaggs en in 1982 zijn dat 57 zorgregio's geworden. Nu verzorgen de tien grootste geestelijke gezondheidsorganisaties meer dan de helft van de patiënten. Het is op alle terreinen een enorme opschaling en dit gaat maar door. We hebben het hier ook al gehad over de kinderhartchirurgiecentra. Die deden het alle vier heel goed, maar nu moeten twee ervan verdwijnen. Ik hoor net voorbeelden over de maatschappen en over de acute zorg. Alles wordt groter en massiever en dan krijg je onvermijdelijk bureaucrativering. Dat is onvermijdelijk. Je moet processen opnieuw gaan inrichten, je krijgt sturing, de managers worden de baas en de professionals, de zorgverleners op de werkvloer, verliezen autonomie en invloed. Wij maken ons daar ontzettend veel zorgen over, en wij niet alleen, het komt ook steeds meer terug in allerlei rapporten.

In een antwoord op Kamervragen van de heer Hijink gisteren erkent de Minister dat de huisartsen bijvoorbeeld minder werkplezier hebben. Ja, hoe zou dat komen? Het voorbeeld van de katheters is net ook al genoemd. Daarvan dachten ze dat dat slim zou zijn. We gaan het niet langer zo doen dat iedereen die bij de apotheek kan halen. We maken één landelijk bureau, want dat is efficiënt, en daar ga je dan naartoe. Dat blijkt totaal niet te werken. Zorgverleners worden er gek van. Het kost je al tien minuten om die formulieren in te vullen en als je belt, krijg je niemand aan de lijn. Die manier van denken is dus totaal verkeerd. Gisteren noemde ik het de cult van het kolossale.

Je ziet dat niet alleen in de zorg, we zien het ook in het onderwijs. Dat moet stoppen. Gelukkig zijn er ondertussen ook rapporten van allerlei instellingen die dat beamen. De Raad voor Volksgezondheid & Samenleving stelt in het rapport Applaus is niet genoeg, waar we het vaak over gehad hebben: «Veel zorgverleners voelen zich nog vaak uitvoerder van beleid in organisaties en missen de ruimte om vanuit de professionele blik mede vorm te geven aan de zorg die ze leveren. Het gemis aan zeggenschap over de organisatie van zorg geldt vooral voor verzorgenden en verpleegkundigen voor wie voldoende invloed op de werktijd en de werkprocessen vaak ontbreekt.» Dat krijg je dan. 43% van de zorgverleners is na twee jaar weg uit de zorg, omdat ze er gewoon geen zin meer in hebben. Dat staat ook in dat rapport. Dat is dus heel zorgelijk. Dit gaat maar door. Er zijn gelukkig ook een paar goede initiatieven, Buurtzorg bijvoorbeeld. Die denkt de andere kant op, vanuit kleinschaligheid. Maar dat zijn private initiatieven die uit de samenleving komen. Het Ministerie van Volksgezondheid zet altijd in, áltijd, op schaalvergroting, wat het ook is. Dus wat is daar nou toch aan de hand? Waarom blijft men dat doen? De ziekenhuizen die we in Nederland hebben, zijn al veel te groot. De heer

Hijink zei het net ook al. Uit alle internationale studies blijkt dat de optimale omvang, ook vanuit efficiëntie-overwegingen, 250 ziekenhuisbedden is. Wij zitten aan de 500 en het gaat maar door. Er is zelfs een monsterziekenhuis van 1.000 bedden. Wie bedenkt dus zoiets? En het gaat maar door.

De gevolgen heb ik al genoemd. Je krijgt bureaucratie. Je krijgt de situatie waarin het voor mensen minder fijn is om in de zorg te werken. Over het nieuwste voorbeeld hebben we het gisteren in het debat gehad. Ik wil daarover nog nader iets zeggen. Dat is natuurlijk de geboortezorg. We hebben in Nederland fantastische verloskundigenpraktijken. Dat is heel decentraal, in de wijk, georganiseerd. Dat worden, als het aan het ministerie ligt, integrale geboortezorgorganisaties. Beter zou je kunnen zeggen: bureaucratische geboortezorgorganisaties. Want wat gaat er weer gebeuren? Het is weer precies hetzelfde verhaal. Je gaat allerlei zorginstanties in één groot instituut onderbrengen: de kraamzorg, de verloskunde en de ziekenhuizen. Dat is namelijk wat er gaat gebeuren. De ziekenhuizen zullen daar waarschijnlijk de baas zijn. Dan krijg je afstemming. Dan krijg je hiërarchie. Dat is ook onvermijdelijk. Je krijgt een paar mensen die het gaan besluiten en managers die er binnenkomen. Wij hebben een aardig aantal verloskundigen gesproken. Zij zeggen tegen ons: wij vinden het zo mooi dat we zelfstandig kunnen werken. Dat is trouwens hetzelfde bij die maatschappen. Ze vinden het mooi dat ze een soort zzp'ers zijn en dat ze niet financieel afhankelijk zijn van ziekenhuizen of grote organisaties. Dat willen ze niet. Bijna 200.000 mensen hebben een petitie ondertekend. Ze zijn hier geweest. We krijgen allemaal, u ook, brieven en mails. En toch gaat het, hup, door op hetzelfde pad. Het is hetzelfde als met de kinderhartchirurgiecentra. Ik zag ook in de stukken dat we zelfs mails krijgen van de verloskundige zorg in Groot-Brittannië. Die brief hebben we allemaal ontvangen. Ze zeggen: «Doe dit niet. Jullie hebben fantastische verloskundige zorg, waar wij met jaloezie naar kijken. Bewaar die en ga niet het pad op waar wij al op zitten.» We krijgen dus ook waarschuwingen vanuit het buitenland. Maar het is net wat de heer Hijink zegt. Je kunt allemaal argumenten aandragen, maar dit is een soort mindset waar niet doorheen te breken is.

We zijn dus bang dat we in de geboortezorg een eenheidsworst krijgen. Daar zijn de verloskundigen bang voor. Andere vormen van verloskundige zorg zullen wellicht zelfs verdwijnen, vormen waar de ziekenhuizen en de igo's geen baat bij hebben. Dat komt de kwaliteit ook niet ten goede. De band die zwangeren opbouwen met de verloskundige wordt waarschijnlijk moeilijker. De verloskundigen worden namelijk uit de wijk het ziekenhuis in getrokken. Die angst bestaat en die is waarschijnlijk heel reëel. De band tussen de zwangere en de verloskundige wordt dan zwakker. Dat komt de kwaliteit niet ten goede. Niemand heeft hier baat bij.

Tot slot. Hier hebben we gisteren een motie voor ingediend en hier wil ik wat vragen over stellen. Wat ons betreft zou op z'n minst gewaarborgd moeten worden dat er een gelijk speelveld is, bijvoorbeeld een gelijk financieel speelveld. Volgens mij beaamt de Minister ook dat het niet zo kan zijn dat zelfstandige verloskundigenpraktijken die niet in zo'n igo zitten, straks benadeeld worden. Wij dienen een motie in om ervoor te zorgen ... Er zitten twee punten in die motie. Het kan niet zo zijn dat een igo straks voor dezelfde behandeling meer vergoed krijgt dan een verloskundigenpraktijk. Het kan ook niet zo zijn dat als een zwangere vrouw graag bij een verloskundigenpraktijk wil die niet is aangesloten bij een igo, ze dan wel een eigen bijdrage moet betalen voor dezelfde zorg als ze bij zo'n igo zou krijgen. Dat is geen gelijk speelveld.

We hebben de motie ingediend. Die is ontraden door de Minister. We hebben daarnaar gevraagd en we kregen geen antwoord. Ik stel dus nogmaals de vraag aan de Minister: waarom heeft u die motie ontraden? Dat is de vraag aan de Minister.

Misschien is er ook nog een aanvullende vraag. We weten dat in het verleden grote ziekenhuizen voor dezelfde operaties een hogere vergoeding kregen dan kleine ziekenhuizen. Zo krijg je natuurlijk die bureaucratie. Zo krijg je die massieve ziekenhuizen. Dat gaat dan vanzelf gebeuren. De vraag aan de Minister is: is dat nou nog steeds zo? Is het nog steeds zo dat grote zorginstellingen soms een hogere vergoeding krijgen voor dezelfde operaties, of zorghandelingen, dan kleine instellingen?

Hierbij rond ik af. Nogmaals, even herhalend, wij zijn ontzettend bezorgd over die centralisering en die schaalvergroting in de zorg. Dat moet een keer stoppen.

Dank u, voorzitter.

De voorzitter:

Dank u wel, meneer Van Houwelingen. Dan geef ik graag het woord aan mevrouw Kuiken namens de PvdA.

Mevrouw Kuiken (PvdA):

Voorzitter, dank u wel. Veel is natuurlijk al aan de orde geweest. Ik focus even op drie punten, ook omdat ik gewoon te weinig tijd heb gehad om het helemaal goed te doen. Ik doe mijn best om alles weer een beetje bij te werken.

Voorzitter. De druk op de acute zorg is hoog. Dat hebben velen hier ook aangegeven. In de coronatijd is duidelijk geworden dat onze acute zorg de piekbelasting soms niet meer aankan. Niet voor niets hebben we eerder een debat gehad over de sluiting van de spoedeisendehulpdiensten in Drenthe en Groningen. Ik vind het moeilijk om dit los te zien van de dalende trend wat betreft de spoedeisendehulpdiensten in Nederland. Hoe verhoudt zich dat tot elkaar? Ons startpunt is dat zorg voor iedereen in Nederland bereikbaar en beschikbaar moet zijn. Toch zien we dat de regio's hierop inleveren. Ik weet dat Minister Kuipers juist heil ziet in een centralisatie van de zorg, maar gaat het niet af en toe ten koste van zorg die dichtbij bereikbaar moet zijn? Bij hoogspecialistische zorg snap ik dat bundeling goed is, maar het is een balans, die goed in evenwicht moet zijn. Dat is dubbelop, maar u snapt wat ik bedoel.

Gelijktijdig zie ik ook dat waar we tweedelijnszorg willen terugbrengen naar de eerste lijn, dat niet altijd gebeurt. En waar het wel gebeurt, gaat het weer verloren door de concurrentie tussen ziekenhuizen. Of we zien dat samenwerking niet mag of initiatieven de nek omgedraaid worden. Verschillende sprekers hadden het daar al over. Dat constateren is alleen niet voldoende. Wat maakt nu dat we daar ook daadwerkelijk mee gaan breken en we die eerstelijnszorg of die anderhalvelijnszorg ook kunnen versterken en in zijn kracht kunnen zetten?

Huisartsen zijn daarbij hard nodig. Dat is mijn tweede punt, voorzitter. Zij spelen een belangrijke rol als poortwachter en staan dicht bij de patiënt. Maar zo langzamerhand loopt de huisarts over. Daaraan werd al gerefereerd door verschillende collega's. Veel patiënten kunnen zich niet meer inschrijven; niet meer in hun eigen woonplaats of überhaupt niet meer. Ze kunnen soms nog digitaal terecht, maar niet meer fysiek. En op sommige plaatsen dreigt de huisarts te verdwijnen, omdat er geen vervangers meer beschikbaar zijn. Praktijken zitten overvol en nacht- en waakdiensten worden niet meer vervuld. Steeds minder artsen zijn ook bereid om praktijkhouder te worden. De artsen die het wel aandurven, lopen tegen een aantal grote problemen aan. Mijn vraag is dan ook hoe we de huisartsenzorg overeind houden. Ik denk namelijk dat dat essentieel is voor de kracht van ons zorgsysteem. Niet voor niets hebben wij ook een motie ingediend om het aantal minuten te vergroten dat een huisarts een patiënt kan zien. Ik geloof er helemaal niet in dat huisartsen onnodig patiënten zien. Ik denk dat er veel eenzaamheid op de stoep van de huisarts terechtkomt, net als veel psychische klachten, en ook onbegrepen

klachten, omdat er onvoldoende tijd is om goed door te vragen, goed te vragen wat er nodig is en dan goed door te verwijzen. Een iets langer consult kan daarin rust en ruimte bieden. Er is nu wat ruimte geboden om daar verder mee te experimenteren en ik hoop echt dat dat verder doorgezet wordt, omdat ik daar echt in geloof.

De Minister is nu ook druk met het Integraal Zorgakkoord. Dat is natuurlijk altijd goed, maar gelijktijdig zijn integrale akkoorden en zorgakkoorden ook altijd het recept voor vertraging, afwachten en «gaat u rustig slapen». En dat was ik nu juist niet van plan, want als we de zorg overeind willen blijven houden, dan zijn urgentie, daadkracht en besluitvorming nodig. Uiteraard hoop ik dat dat de kant opgaat die ik wenselijk vind, maar in ieder geval zijn er besluiten nodig.

De voorzitter:

Mevrouw Kuiken, er is een vraag voor u van mevrouw Tielen.

Mevrouw Tielen (VVD):

Overigens is rustig slapen volgens mij best goed af en toe. Nog even over een punt van mevrouw Kuiken. Ze deed alsof wij het niet met elkaar eens zijn, maar ik weet niet helemaal of dat zo is, dus daar vraag ik even op door. Mevrouw Kuiken zegt dat heel veel klachten als eenzaamheid en dergelijke bij de huisarts terechtkomen. De vraag is of er dan medische zorg nodig is. Ik denk dat we elkaar goed begrijpen, maar ik vraag er even op door. Want betekent dat niet dat er om de huisarts heen in de eerstelijns welzijns- en gezondheidszorg ook andere plekken zouden moeten zijn waar die mensen terecht kunnen?

Mevrouw Kuiken (PvdA):

Absoluut, maar feit is dat de huisarts nou eenmaal de plek is waar mensen laagdrempelig en makkelijk binnenkomen. Psychische klachten laten zich niet altijd zien als psychische klachten. Die uiten zich vaak in rugklachten, slapeloosheid of andere dingen. Juist door die huisarts rust en ruimte te geven om dat gesprek aan te gaan, kan die een goede verwijzing doen. Natuurlijk zullen er mensen zijn die gebruikmaken van zorg die op dat moment niet tot z'n recht komt. Dat zien we bijvoorbeeld in de spoedposten. Daar komen mensen echt af en toe omdat ze overdag geen tijd of geen zin hebben. Die gaan dan lekker naar de spoedpost toe. Dat keur ik ook af. Maar ik geloof niet dat dat zozeer bij de huisarts geldt. Ik zie wel dat daar veel terechtkomt wat eigenlijk niet op het bordje van de huisarts hoort. Maar als de huisarts de rust en de ruimte heeft om dat te beoordelen, dan kan die vervolgens naar de goede plek doorverwijzen, mits die doorverwijsplekken er zijn natuurlijk.

Alle administratieve lasten waar de huisartsen tegen aanlopen, waar we ook al jarenlang aandacht voor vragen maar die eigenlijk niet afnemen ... Nou ja, ik ga het niet eens meer vragen. Het is vooral: wanneer, hoe, wat en waar?

Dan de huisvesting. Ook gemeenten spelen daarin een belangrijke rol. Huisvesting en ruimte zijn natuurlijk een groot probleem. Welke rol kan de Minister daar nog in spelen?

Voorzitter. Mijn laatste onderwerp voor vandaag is de mondzorg. Dit is een onderwerp dat de SP niet exclusief maar wel veel naar voren heeft gebracht. Ik vind dit een heel belangrijk onderwerp in het kader van preventie. Goed kauwen is belangrijk om mentaal gezond te blijven. Tandklachten of -ontstekingen zorgen vaak voor ontstekingen in de rest van het lichaam. Aan je gebit kunnen zien waar je vandaan komt, vind ik in een welvarend land als Nederland onacceptabel. Toch zien we dat veel volwassenen de mondzorg mijden omdat de aanvullende verzekering die je daarvoor nodig hebt, voor veel mensen simpelweg te duur is, zeker met de oplopende kosten. Boven op de oplopende huurprijzen, de oplopende

energieprijzen, de oplopende prijzen van de boodschappen komt dit er nog eens een keer bij.

Ik weet wel dat we dit vandaag niet gaan oplossen, maar we hebben een nieuwe Minister met nieuwe kansen. Het heeft lang geduurd voordat we een akkoord hadden. Mondzorg is daar nog niet in belegd. Maar is het niet tijd dat we dit als Kamer collectief, als hobby, gaan oppakken? Moeten we niet bekijken hoe we dit niet laten afhangen van charity – ik zoek een beter woord – van gemeenten die er een potje voor vinden, of van tandartsen die er af en toe iets voor doen? Moeten we niet in de loop der jaren bekijken of we hier iets collectief voor moeten regelen? Want het is gewoon te duur, het is onnodig en ik denk dat het uiteindelijk ziekmakender is. Ik denk dat dit in het kader van preventie een heel belangrijk onderwerp is.

Dit vraagt overigens wel om voldoende tandartsen, want ook zij lopen tegen enorme wachtlijsten aan, en om extra opleidingsplaatsen. Ik zie dat de uitdagingen groot zijn, maar ik denk dat we echt heel veel winst kunnen behalen door dit goed te regelen.

Twee laatste slotzinnen, als ik daar nog ruimte voor heb; ik heb geen idee. Ik vind sowieso dat preventie een verdienmodel moet worden. Regelen we dat niet, dan zullen we niet wezenlijk wat veranderen. Preventie moet lonen boven behandeling. Preventie moeten we ook wettelijk verankeren. Daarmee vertel ik niets nieuws; dit vind ik echt.

Voorzitter, tot slot. Laat ik eindigen met het compliment waar de meesten mee zijn begonnen: het feit dat de bloedvoorziening nu voor iedereen toegankelijk is, dat dit nu eindelijk geregeld is; halleluja! Tegen iedereen die daardoor vervolgens zorg weigert, zou ik zeggen: accepteer die consequentie. Ik ben blij dat het kan, ik ben blij dat het mag. Laten we ervan uitgaan dat die paar gekken die zo idioot reageren echt in de minderheid zijn. Want de rest van Nederland snapt dat dit al heel lang geregeld had moeten worden. Dus chapeau!

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Kuiken. Dan komen we aan het einde van de eerste termijn van de zijde van de Kamer. Ik heb voor u allen bijgehouden hoeveel woordmeldingen u heeft gemaakt. Die bepalen het aantal dat u zo meteen kunt maken. We gaan een uur schorsen. Ik adviseer u om in die tijd ook wat te eten. We zien elkaar terug om 19.15 uur.

De vergadering wordt van 18.14 uur tot 19.18 uur geschorst.

De voorzitter:

Goedenavond. Welkom bij de voortzetting van het commissiedebat over acute zorg, eerstelijnszorg, bloedvoorziening, medisch zorglandschap, medisch-specialistische zorg, mondzorg, en zwangerschap en geboorte. We zijn bij de eerste termijn van de zijde van het kabinet. Ik geef het woord aan Minister Kuipers. Hij zal eerst even zeggen welke blokjes hij heeft, zodat u uw interrupties kunt plaatsen op het moment dat die relevant zijn.

Minister Kuipers:

Dank u wel, voorzitter. Ik zal na een korte inleiding straks beginnen met de eerste lijn. Dat hoort ook zo, denk ik. Dan komt de geboortezorg, dan acute en medisch-specialistische zorg, dan passende zorg inclusief bekostiging, dan het Integraal Zorgakkoord, dan bloedvoorziening en dan rest «overig». Nou, wat dat is zullen we dan straks wel even zien: lerende cultuur en andere zaken et cetera.

Voorzitter. Vandaag bespreken we met elkaar – dat is ook al wel genoemd – een groot aantal onderwerpen. Het zijn belangrijke onderwerpen. Ze komen los van elkaar ongetwijfeld in de komende periode om terechte redenen in allerlei verdere debatten terug, maar hier zijn ze als

volgt gegroepeerd: acute zorg, eerstelijnszorg, geboortezorg, medisch-specialistische zorg et cetera. Het is goed om die ook een keer integraal te bespreken, want een deel van de issues die er spelen – een deel van de uitdagingen, zou ik bijna willen zeggen in plaats van «problemen», maar dat zijn ook problemen – zie je op alle verschillende plekken en in alle verschillende dossiers terug.

Het gaat allereerst om personeel. Het gaat over personeel in termen van voldoende opleiden, voldoende behouden, uitbreiden et cetera, maar ook over de differentiatie van personeel. De steeds grotere complexiteit en ontwikkelingen in de zorg vragen om steeds meer mensen die op een bepaald gebied goed zijn en minder weten van andere dingen. Dat is een uitdaging die je op veel plekken ziet. Dus personeel is een uitdaging. Samenwerking is een uitdaging. Uiteraard zijn daarbij dan ook financiering en stimulering van samenwerking een uitdaging. De issues die er al zijn, zijn de toenemende zorgvraag, de vergrijzing, en zo zijn er een aantal. Dus het is goed om het ook bij elkaar te benoemen.

Het uitgangspunt is dat iedereen in Nederland toegang heeft tot de beste kwaliteit van zorg, ongeacht waar je binnenkomt. Dat moet de belofte zijn. Daar hebben we toch flinke stappen te zetten, want de eerlijkheid gebiedt te zeggen dat, ook al zijn wij terecht trots op ons zorgstelsel, er op veel plaatsen en onderwerpen wel degelijk nog veel te verbeteren valt, nog los van de uitdagingen die ons de komende jaren te wachten staan. Dan moeten we dus ook de realiteit onder ogen zien ten aanzien van het personeel. Het Integraal Zorgakkoord is een belangrijk middel om afspraken te maken over goede samenwerking en zorgnetwerken in de regio en over de domeinen heen. Het streven is dat dat er in september ligt. Een rode draad daarin moet passende zorg zijn en de benodigde samenwerking om dat te bereiken. We kunnen uiteraard ook gebruikmaken van de lessen die de afgelopen covidperiode ons geleerd heeft als het gaat om meer en slimmer samenwerken tussen de eerstelijnszorg en de verpleeg- en verzorgingstehuizen, de wijkzorg, de ziekenhuizen et cetera. Dat betekent ook – dat is al genoemd – waar mogelijk meer zorg op afstand, bijvoorbeeld met de inzet van e-health en digitale consulten, flexibel inzetten van personeel en beter en goed inzicht hebben in actueel beschikbare capaciteit.

Voorzitter. Daarmee kom ik allereerst bij de eerste lijn en de huisartsen. De eerstelijnszorg is terecht echt het fundament van onze gezondheidszorg. Dat is het al vele, vele tientallen jaren. Dat moet het ook blijven. Die eerste lijn staat ontzettend onder druk. We mogen trots zijn op die basiszorg, maar in de toekomst zullen steeds meer mensen, ook mensen met een complexe zorgvraag, in de basiszorg geholpen moeten worden. Het is genoemd: dat komt door de vergrijzing. Dat komt ook doordat mensen langer thuis blijven wonen. Het komt ook doordat er voor veel mensen meer partijen zijn die een rol spelen bij het leveren van zorg. Dan hebben we alle zorgverleners hard nodig en moeten we echt inzetten op het zorgen dat mensen in de gelegenheid zijn om de dingen te doen waarvoor ze zijn opgeleid, waar ze het meest effectief in zijn en waar ze echt het verschil in kunnen maken.

Voorzitter. Dit brengt mij bij de vragen die vrijwel al uw Kamerleden hebben gesteld met betrekking tot de eerstelijnszorg. Ik begin met een vraag van mevrouw Van den Berg. Zij wees op de noodzaak van samenwerking tussen care, cure en community en vroeg of ik het ermee eens ben dat nabuurschap moet worden meegenomen. Het antwoord op deze vraag is ja. Om verandering in de zorg goed vorm te geven, zijn ervaringen en behoeften van burgers onmisbaar. Dat maakt participatie door patiënten, cliënten, naasten en inwoners cruciaal voor het succes van de juiste zorg op de juiste plek. Voor de keuzes die gemaakt moeten worden over het zorglandschap, bijvoorbeeld in het komen tot regioaanpakken en regiobeelden, is het noodzakelijk dat burgers er blijvend bij betrokken worden. Daar zijn ook goede voorbeelden van.

Voorzitter. Mevrouw Kuiken, mevrouw Bikker en mevrouw Van den Berg vroegen: hoe gaat de Minister de regie nemen bij het verminderen van de administratieve lasten van huisartsen? Administratieve lasten in de zorg in den brede heeft mijn collega, de Minister voor Langdurige Zorg en Sport, in haar portefeuille. Zij stuurt hierover nog voor de zomer een brief aan uw Kamer met daarin de vervolgaanpak voor regeldruk. Ik kan er nu al wel iets over zeggen. De hoofdboodschap zal zijn dat de vervolgaanpak vorm krijgt langs vier inhoudelijke lijnen die ook voor de eerstelijnszorg gelden. Die lijnen zijn het voorkomen van nieuwe regeldruk door wet- en regelgeving vanuit VWS; landelijke maatregelen zoals het uniformeren van inkoop- en verantwoordingseisen, en waar mogelijk ook inzetten op vermindering daarvan; een lokale aanpak om regeldruk binnen zorginstellingen en binnen de eerste lijn aan te pakken; en een loket voor signalen, casuïstiek, knelpunten en vragen.

Ik ben op bezoek geweest bij een huisartsenpraktijk om hier specifiek naar te kijken. Net als u schrik ik van de voorbeelden die je dan krijgt – er werd er zonet al een genoemd. Er moeten mogelijkheden zijn om de zaken nadrukkelijk te veranderen.

Voorzitter. Mevrouw Kuiken vroeg ...

De voorzitter:

Ogenblik. Er is naar aanleiding van uw antwoord nog een vraag van mevrouw Van den Berg.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Intussen doe ik graag twee woordmeldingen, voorzitter, en kom ik als eerste nog even terug op het eerste punt van de Minister. Hij zei dat er goede voorbeelden zijn van nabuurschap en community building. Is de Minister bereid om toe te zeggen daar schriftelijk wat over te melden, zodat we dat met z'n allen kunnen zien en verder kunnen ontwikkelen?

Minister Kuipers:

Daar ben ik van harte toe bereid, voorzitter.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Dank u wel. Mijn tweede vraag gaat over de administratieve lasten. De Minister schetste de grote lijnen: geen nieuwe regels, uniformering van de inkoop, binnen de instellingen kijken en een loket. Betekent dit dat de Minister dit gaat doen voor zowel de medische zorg als de langdurige zorg, de Wmo- en de jeugdzorg? Of is het maar gericht op één aspectje? Dat zou ik namelijk erg jammer vinden. Ik heb eerder het voorbeeld genoemd van een ggz-instelling die op basis van de Wmo voor één behandeling van een specifiek iemand meer dan 30 pagina's verantwoording moest afleggen. Ik vind het dus belangrijk dat de Wmo, de Jeugdwet, de Wlz én de Zorgverzekeringswet alle vier worden meegenomen.

Minister Kuipers:

Even ter verduidelijking: zoals ik al aangaf, zal de Minister voor Langdurige Zorg en Sport voor de zomer een brief sturen. Die gaat over regeldruk breed in de zorg. Dus de vier inhoudelijke lijnen die ik noemde, richten zich ook breed op de zorg. U zult ze ook herkennen: elk van deze onderwerpen is relevant voor bijvoorbeeld ook de langdurige zorg. Voorzitter. Mevrouw Kuiken vroeg welke afspraken de Minister heeft gemaakt met BZK over de huisvesting van huisartsen. Zoals aangegeven in mijn brief, zijn huisartsen, zorgverzekeraars en gemeenten de eersten om het gesprek te voeren over de huisvestingsproblematiek die huisartsen ervaren op lokaal niveau. Zij hebben daarin een gezamenlijke verantwoordelijkheid. Op landelijk niveau ga ik over knelpunten in

gesprek met de Landelijke Huisartsen Vereniging, Zorgverzekeraars Nederland, VNG en het Ministerie van BZK.

Voorzitter. Mevrouw Van den Berg vroeg: is de Minister bereid om de NZa onderzoek te laten doen naar de tariefstelling van apotheekhoudende huisartsen? In de apotheeksector gelden vrije tarieven. De NZa voert in dat geval geen kostenonderzoek uit. Maar in dunbevolkte gebieden moeten mensen ook kunnen rekenen op goede basiszorg en apotheekhoudende huisartsen voorzien daarin. Ik neem dit mee in het Integraal Zorgakkoord en bij gesprekken over de toekomst van de basiszorg.

Voorzitter. Mevrouw Bikker vroeg hoe het Integraal Zorgakkoord anders gaat zijn dan het Hoofdlijnenakkoord huisartsen. In het Integraal Zorgakkoord, IZA, maken we afspraken over de gezamenlijke opgaven waar de curatieve zorg voor staat – in dit specifieke geval even in tegenstelling tot de langdurige zorg, maar er is wel degelijk zeer veel connectie, dwarsverband en overlap. Het IZA is daarmee een coproductie van veldpartijen waaronder huisartsen en VWS. Ik wil afspraken zo concreet en scherp mogelijk maken om echt tot de benodigde transformatie te komen.

Voorzitter. Mevrouw Van der Plas en de heer Hijink vroegen naar meer tijd voor de patiënt bij de huisarts. Wanneer gaan we dit daadwerkelijk realiseren via harde afspraken? Om te beginnen is het nu al mogelijk om afspraken te maken tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar over een langer consult. Dat gebeurt ook op verschillende plekken in het land. Momenteel loopt er uit het nog bestaande Hoofdlijnenakkoord Huisartsenzorg een versnellingsstraject om er in verschillende regio's een impuls aan te geven. Ik zet ook in op het opleiden van extra huisartsen. Maar ik hecht er ook aan om te benoemen dat we voor dit specifieke punt meer moeten doen dan meer opleiden. Daarmee kom ik ook terug op het punt dat ik zojuist al benoemde, dat we moeten zoeken naar mogelijkheden die de werkdruk juist ontlasten, bijvoorbeeld door taken weg te nemen. Overmatige regeldruk en administratie is zo'n aspect. Als je daar binnen de consulten of naast de consulten meer tijd voor vrijmaakt, is dat ook goed.

De voorzitter:

Mevrouw Agema heeft een vraag.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Deze vraag van onder anderen mevrouw Van der Plas komt voort uit een onderzoek waaruit blijkt dat als je het consult langer maakt, er een betere band ontstaat tussen huisarts en patiënt, maar ook het aantal doorverwijzingen significant minder wordt en dus de druk op de tweede lijn afneemt. Daar zou ik de Minister graag over willen horen.

Minister Kuipers:

Ik erken dat als je meer tijd inruimt ... De eerste lijn is echt dé basis van onze gezondheidszorg. Dat meen ik echt. Daar mogen we trots op zijn. U vroeg naar een vergelijking van het aantal SEH's met het buitenland. Als ik één vergelijking met het buitenland mag maken, dan is dat dat het aantal bezoeken aan de SEH per jaar per miljoen inwoners in Nederland beduidend lager is in vergelijking met sommige andere landen zoals Engeland. Dat heeft allereerst te maken met een sterke eerste lijn. Dat betekent dat je die eerste lijn ook echt in de positie moet brengen om aandacht te geven en om te zorgen dat patiënten gezien worden en op de juiste manier worden geholpen, waar maar enigszins mogelijk in de eerste lijn.

Dat vraagt onder andere om voldoende tijd. «Voldoende tijd» kan betekenen «het consult verlengen». Dat is één optie. Maar een andere optie is het beter gebruiken van het consult binnen de beschikbare tijd en echt te focussen op het gesprek met de patiënt. Het zal een combinatie van die twee moeten zijn.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ja, dat snap ik wel, maar ik hoor hier echt niets concreets. En we duwen hier nu al jarenlang tegenaan. Zou de Minister misschien iets concreter kunnen worden? Is hij bereid om het onderzoek op te pakken? Een pilot te starten? Kunnen we dit handjes en voetjes geven?

Minister **Kuipers**:

Dan loop ik een beetje vooruit op de zaken. Vanuit het uitgangspunt dat ik net beschreef, is dit bij uitstek een onderwerp van gesprek in het overleg over het Integraal Zorgakkoord. Ik hoop daarin met concrete punten te komen.

De **voorzitter**:

Heeft u ook vraag, meneer Hijink?

De heer **Hijink** (SP):

Ja, met het risico dat die dan weggegooid is. Ik snap het punt van mevrouw Agema wel. We vragen hier al heel lang om. De pilots zijn er al; er wordt al mee geëxperimenteerd. En de uitkomsten zijn behoorlijk succesvol: niet alleen een verlaging van het aantal doorverwijzingen naar het ziekenhuis, maar bijvoorbeeld ook een verlaging van het beroep dat gedaan wordt op geneesmiddelen. Ik vind het ook heel belangrijk dat dat beroep wordt tegengegaan. Dus de vraag is wel terecht. Als we nou zien dat je met meer investeringen in de huisarts ... Het gaat dan om een langer consult, maar een langer consult betekent ook dat je moet toewerken naar minder patiënten per praktijk. De huisarts heeft immers niet opeens meer tijd, dus het zal ergens vandaan moeten komen. Het betekent ook dat er tijdens dat consult minder over geld moet worden gesproken. Huisartsen zeggen vaak tegen ons: de helft van de tijd zitten we te lullen over het eigen risico en over wat er wel of niet vergoed wordt. Dat is allemaal kostbare tijd die verloren gaat en die niet beschikbaar is voor patiëntenzorg.

Dat moet dus allemaal gebeuren. Maar ik ben benieuwd wat de inzet van de Minister is. Ik neem aan dat hij het niet helemaal bij de sector zal laten. Hij zal toch zelf wel een idee hebben: als dit nou heel succesvol is, dan vinden we dat dit eigenlijk de norm zou moeten worden. Ik kan me zo voorstellen dat hij dat vindt. Ik hoor dus graag hoe hij dat wil aanpakken.

Minister **Kuipers**:

Eerst even terugkomend op het onderwerp «meer tijd vraagt meer personeel». Ik gaf net in mijn inleiding al aan dat personeel nu een groot probleem is in de zorg. Naar verwachting zal dat, ook met enorm veel inzet, de komende jaren een nog groter probleem worden.

Dan wat betreft de huisartseninzet zelf. De afgelopen jaren is het aantal mensen dat jaarlijks in de opleiding instroomt al uitgebreid. We breiden dat op dit moment nog verder uit. De jaarlijkse instroom in de huisartsenopleiding gaat nu omhoog van 850 per jaar naar 910 per jaar. Dat betreft dus de instroom. Met die instroom is de afgelopen twaalf jaar het aantal huisartsen in ons land met 29% toegenomen. Wij hopen dat met deze inzet dat aantal nog verder zal toenemen. De gemiddelde praktijkgrootte is in de afgelopen periode verder verkleind. Geruime tijd geleden was die nog boven de 2.300. Die ligt nu zo'n 10% lager. We moeten erop inzetten om dat te continueren.

Maar mijn boodschap is ook: als we blijven doen wat we deden, ondertussen al meer dan vijftien jaar, dan lopen we het risico dat we krijgen wat we hadden, namelijk een tekort en een te grote druk. We moeten inzetten op het behoud van mensen, maar we moeten er ook op inzetten dat mensen in de tijd die zij hebben in hun werkweek ook echt dingen kunnen doen waar ze voor opgeleid zijn en die ze willen doen. Dat betekent ook het aanpakken van onder andere die registratiedruk.

Voorzitter. Mevrouw Van der Plas vroeg: kunnen kleinschalige eerstelijnszorgaanbieders worden uitgesloten van een financiële jaarverantwoordingsplicht? Over dit onderwerp is bij het commissiedebat Zorgfraude een motie aangenomen. De Minister voor Langdurige Zorg heeft reeds aangegeven dat een uitzondering voor de eerstelijnszorg niet mogelijk is. Naar aanleiding van de aangenomen motie zijn er ambtelijk twee gesprekken gevoerd met de Eerstelijnscoalitie. Daarbij heeft de Eerstelijnscoalitie een alternatief voorstel voor jaarverantwoording aangevoerd. Dat wordt momenteel bestudeerd. Daarover is in juni een vervolggesprek.

Voorzitter. Mevrouw Ellemeet vroeg: kunnen de eerste twintig behandelingen van fysiotherapie vergoed worden, onder andere vanwege de rol van preventie en de minima? Fysiotherapie en oefentherapie kunnen een rol spelen bij substitutie en preventie. Ik zie dat een beperkte aanvraag dat niet ondersteunt. Ik ben voornemens om aan het Zorginstituut advies te vragen over de vormgeving van de aanpak van fysiotherapie en oefentherapie, gebaseerd op principes van passende zorg.

Voorzitter. Mevrouw Den Haan vroeg: kan de Minister toezeggen dat er duidelijkere afspraken worden gemaakt over toekomstbestendige huisartsenzorg? Ik heb in termen van het Integraal Zorgakkoord al iets gezegd over de opgaven waar we dan voor staan. Uiteraard – dat begrijpt u – probeer ik juist in het Integraal Zorgakkoord met huisartsen te zeggen: laten we het zo concreet mogelijk maken. Laten we dan ook kijken naar andere zaken dan het hele begrijpelijke antwoord: met de huidige druk die ik voel, waaronder alle administratie, ligt de oplossing richting verdere verkleining van de huisartsenpraktijk. Dat moet je mede bereiken door meer op te leiden, maar er moeten ook andere oplossingen zijn.

De voorzitter:

Dat geeft aanleiding tot een vraag van mevrouw Van den Berg.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Eigenlijk betreft dat het punt van mevrouw Ellemeet ten aanzien van fysiotherapie. In juni 2020, bij het Zorgverzekeringswetpakket, heeft het CDA een motie ingediend om te onderzoeken of de eerste twintig behandelingen bij de fysio niet gewoon betaald zouden moeten worden, omdat je nu heel vaak zorgmijding ziet. Daardoor moeten mensen naderhand met hogere kosten weer een oplossing zoeken. Wij hebben er alle begrip voor dat dit midden in de coronatijd allemaal niet aan de orde was en dat dit op de plank is blijven liggen. Maar ik had vorig jaar juni de indruk dat het alsnog was uitgezet. Ik schrik nu een beetje van de woorden van de Minister. Hij zei: ik ga het Zorginstituut advies vragen. Mij lag namelijk in het geheugen dat dit een jaar geleden al aan het Zorginstituut gevraagd is.

Minister Kuipers:

In mijn tekst staat hier: «Ik ben voornemens het te vragen.» Ik krijg nu ingefluisterd dat het al gevraagd is. We hebben een debat over pakketbeheer op 9 juni. Ik stel aanvullend voor om hier dan verder op terug te komen.

Voorzitter. Mevrouw Paulusma vroeg naar de Verscheurkalender voor huisartsen, met daarin het voorbeeld van een verklaring van de gemeente voor een bepaalde voorziening. Een huisarts kan niet gevraagd worden om een medische verklaring in te vullen of te ondertekenen die een oordeel bevat over de medische geschiktheid of ongeschiktheid om bepaalde dingen wel of niet te doen. Conform de richtlijnen van de KNMG geeft een behandelend arts namelijk geen geneeskundige verklaring af over een eigen patiënt. Wanneer een gemeente in verband met het verstrekken van een voorziening of een urgentie een medische verklaring nodig heeft, kan ze daarvoor terecht bij een door de gemeente gecontracteerde GGD-arts of een medisch adviseur. Dat gezegd hebbende herken ik

het voorbeeld wel degelijk. Dit is een van de issues om op in te zetten. Dit is niet de juiste administratie bij de juiste persoon.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Het is goed dat de Minister afsloot met «ik herken het voorbeeld». Anders gaan we de huisartsen namelijk weer met een kluitje in het riet sturen. Ik ben wel een beetje zoekende naar wat nu. In het zorgdomein zitten we altijd met zorgpartijen om de tafel. Misschien moeten we de tafel iets groter maken. Dat is meteen ook complexer, want dan zijn er meer partijen die ergens wat van vinden. Ik ben benieuwd of de gemeenten ook aan tafel zitten om ervoor te zorgen dat mensen deze verhalen van elkaar kennen en dat we ophouden met deze idiote verzoeken. Daardoor zijn professionals niet bezig met hun vak, maar meer met allerlei lijstjes die verschillende gemeenten vragen. Mensen oefenen daardoor hun vak niet uit.

Minister **Kuipers**:

Ik kom daar zo meteen bij het mapje IZA nog even op terug. Het antwoord is dat daar met de gemeenten een gesprek over is.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Ik hoop niet dat dit van mijn zogenaamde «woordmeldingen» afgaat.

De **voorzitter**:

Zoveel heeft u er niet meer, dus dat kan haast niet. Maar gaat uw gang.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Laat ik de vraag heel kort stellen. Is de Minister het met mij eens dat we echt moeten ophouden met die administratieve druk? Gaat u ook uzelf aanwijzen om daar actie in te nemen, of iemand anders? We kijken al jaren naar elkaar en er zit geen voortgang in.

Minister **Kuipers**:

Het korte antwoord is ja. Het iets langere antwoord is dat dat vervolgens alleen maar in gemeenschappelijkheid werkt. We hebben het hier bij eerdere debatten gezien, en op allerlei plekken: een deel van de regeldruk komt van gemeenten, een deel komt van de zorgverzekeraars en een deel komt ook van de professionals zelf. We zien telkens dat dingen interessant zijn. Zo gauw iets interessant is, gaan we het alsnog registreren, vaak niet wetend wat voor issues daar vervolgens aan vast zitten en blijven zitten. Dat zijn steeds maar heel kleine dingen. Die stapelen zich allemaal op. Uiteindelijk zitten we in de situatie waarin we nu zitten. Dat is iets waar ik me voor inzet, maar wat alleen maar succesvol is wanneer het wordt gedeeld en wanneer er aan wordt gewerkt door heel veel partijen, waaronder zorgverlenende instanties.

De **voorzitter**:

Meneer Van Houwelingen heeft ook een vraag naar aanleiding hiervan.

De heer **Van Houwelingen** (FVD):

Ik heb hier een korte vervolgvraag over. Dit is een heel hardnekkig probleem. Dat zijn we met elkaar eens. Heeft de Minister daar misschien een verklaring voor? Hoe komt het dat we dit probleem maar niet kunnen oplossen? Het speelt natuurlijk al tien of twintig jaar. Hoe komt het toch dat dit zo'n hardnekkig probleem is?

Minister **Kuipers**:

Zoals ik net al even aangaf, heeft dat probleem heel veel verschillende oorzaken. Ik percipieer het eerst even vanuit de zorg zelf. We hebben het al even gehad over verantwoording en verzekeraars. We hebben het

gehad over gemeenten. In de eerste lijn heeft de huisarts een van de mooiste en een van de meest complexe functies in de gezondheidszorg. Dat klinkt tegenstrijdig, maar ik meen het echt. Dat geldt voor de huisarts en de eerste lijn. Zij hebben te maken met een scala aan problematieken, die veelal zeer veel samenhang hebben met veel andere instanties. Vanuit gemeentes, zorgverzekeraars en anderen komen er veel vragen naar hen toe. Dat is één. Een ander punt, ook breed in de zorg, is het volgende. Of het nou gaat om kwaliteitsregistraties, richtlijnen of andere zaken, ook daarvoor hebben we in de loop der jaren heel veel extra administratieve werkbelasting ingebouwd. Dat gebeurt niet van het ene op het andere jaar, maar heel gestaag. Doordat het zo gestaag gaat en zo langzaam, telkens een dingetje erbij, is het uiteindelijk heel complex, maar ook moeilijk te adresseren.

Mevrouw Tielen vroeg aanvullend – het aantal opleidingen heb ik al even genoemd – naar de verschuiving in de verhouding tussen waarnemers en praktijkhouders. Dat klopt, dat hebben we inderdaad gezien. Op dit moment is bij de huisartsen ongeveer 60% praktijkhoudend, 20% vaste waarnemer en 20% wisselende waarnemer. Dat percentage van 60% vaste praktijk is in de loop der jaren gestaag gedaald. Dat is niet omdat er geen praktijken zijn, maar omdat mensen om allerlei redenen minder makkelijk instappen. Ze blijven langer in een waarnemende positie, iets wat je vroeger maar heel tijdelijk deed. Dat heeft te maken met onevenredige druk op praktijkhouders, waaronder administratie-issues. Het is dus erg belangrijk om ook dat onderdeel mee te nemen in het gesprek met de eerste lijn. Ik noem even het IZA, maar het gesprek kan niet ophouden met het IZA, met een akkoord, want dan hebben we iets op papier en gaan we over tot de orde van de dag. Dan gebeurt er niks.

De voorzitter:

Mevrouw Ellemeet, een vraag naar aanleiding hiervan?

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Hierop doorgaand. Ik trek het even iets breder dan alleen de eerste lijn. Ik twijfel niet aan de goede intenties van de Minister. Wat hij zegt, klinkt heel redelijk, ware het niet dat ik dit nu al vijf jaar hoor: dezelfde soort intenties. Het probleem is dat we zien dat het niet genoeg is. Dat is moeilijk. Ik denk echt dat we het radicaal anders moeten doen. Het zijn allemaal goede intenties: iedereen moet wat braver zijn, we moeten beter de gemeenten op elkaar afstemmen en weten wat de zorgverzekeraars vragen. Maar het gaat 'm gewoon niet worden. Dat denk ik echt. Volgens mij zou het rapport van de RVS het vertrekpunt moeten zijn. Dat zegt: je kunt die omslag alleen voor elkaar krijgen als je echt uitgaat van vertrouwen. Dat heb ik ook in mijn inbreng gezegd. Dat betekent heel wat. Dat betekent dat je over heel veel dingen niet meer gaat verantwoorden. Wat ik vraag van de Minister, is meer dan hij nu zegt. Ik wil echt een commitment op dit vertrekpunt. Ik zou hem willen vragen om een keer indringend hierover door te praten met de RVS. Welke cultuurverandering vraagt dit nou? Dan is het nog steeds heel moeilijk en dan is het nog steeds heel taai, maar als we er niet heel radicaal ingaan, kan ik u nu voorspellen dat we, met al uw goede bedoelingen, over vier jaar nog steeds hetzelfde gesprek hebben.

Minister Kuipers:

Ik denk dat mevrouw Ellemeet en ik precies hetzelfde zeggen. Dat vraagt ook vertrouwen vanuit ons, vanuit de politiek. Ook wij zijn op allerlei momenten geneigd om te zeggen: het is toch wel prettig om daar een aparte registratie voor te hebben, het is toch wel fijn als we dit en dat precies weten. Ik geef even aan wat de discussie is over kwaliteit en kwaliteitszorg in de curatieve zorg, bijvoorbeeld in de ziekenhuiszorg. In de loop van, pak 'm beet, vijftien, misschien twintig jaar, is er geleidelijk

een systeem opgezet van kwaliteitsaccreditaties. Buitengewoon verstandig. We kennen de issues ten aanzien van complicaties, onbedoelde neveneffecten et cetera. Dan zet je een kwaliteitsaccreditatie op en die kwaliteitsaccreditaties zijn in de loop der jaren langzamerhand geworden tot een systeem van ontzettend veel vinkjes zetten. Men moet zeker weten dat je bij iemand iedere zes of acht uur een pijnscore afneemt. Dat wordt dan gemeten op: heb jij bij een x-percentag van je patiënten die opgenomen zijn, zoveel keer per dag een pijnscore afgenomen? Ook als de patiënt voor iets komt waarbij je denkt: die pijnscore is nul, die was nul, mag ik er dan morgen mee ophouden? Nee, want dan gaat het percentage naar beneden. Ik noem één voorbeeld. Dat betekent dat op een gegeven moment in recente jaren de beweging ontstond: mogen we daar vanaf? Het is een ongelofelijke last voor verpleegkundigen. Het zit hun vreselijk in de weg. Het bederft hun werkplezier. Het betekent dat je dan voor zo'n kwaliteitsaccreditatie naar instanties, naar patiënten, naar verzekeraars, naar een accreditatiesysteem het verhaal hebt: «Vertrouwt u mij dat ik ophoud met het afnemen van een pijnscore bij een patiënt die geen pijn heeft en die ook geen directe reden heeft om nu pijn te gaan krijgen? Die komt namelijk voor iets heel anders.» Terug naar de bedoeling: waar deden we dit eigenlijk voor? Dan blijkt opeens dat er een wereld te winnen is en dat je veel meer aandacht en tijd hebt. Zo kun je echt het verschil maken. Daar moet je in het ziekenhuis bij uitstek de verpleegkundige voor in de lead zetten. Bij iemand die veel pijn heeft, zegt de verpleegkundige zelf wel: ik ga dat geen drie keer per dag doen, maar ik wil het best vijf keer per dag doen. Die beweging is heel complex. Ziekenhuizen wordt gevraagd om een kwaliteitsaccreditatie en dat gaat langs de lijn van alle vinkjes, maar langzaam zie je een omslag en gaat men toch dingen anders doen. Ik denk dat dat nodig is en daar wil ik me zeker voor inzetten.

De voorzitter:

Mevrouw Van der Plas heeft een vraag.

Mevrouw Van der Plas (BBB):

Dit is inderdaad één voorbeeld. Zo heb je natuurlijk heel veel voorbeelden in het ziekenhuis. De Minister zegt dat hij zich daarvoor wil inzetten. Ik ga bijna om een lijstje vragen, maar dat wil ik op zich niet. Kunnen we eens in beeld brengen wat voor dingen er allemaal zijn in het ziekenhuis? Wat zijn vergelijkbare voorbeelden waar we inzet op kunnen plegen, zodat die minder worden? Dat is precies die administratieve druk die op de verpleging ligt, waardoor veel mensen de zorg verlaten, omdat ze daar niet op zitten te wachten. Ze willen gewoon verplegen en zorg verlenen. Is het mogelijk om er eens een inventarisatie van te maken? Het kan misschien ook van ons komen, of uit gesprekken door het aan ziekenhuizen en verpleging zelf te vragen. Kunnen we eens concrete actie ondernemen op een aantal van dat soort dingen?

Minister Kuipers:

Ik denk dat dat heel verstandig is. U gaf net aan dat u onlangs het Deventer Ziekenhuis hebt bezocht. Het is aardig om eens op een verpleegafdeling met een aantal verpleegkundigen in gesprek te gaan en te vragen of je eens mag meekijken: laat het mij eens zien en vertel mij wat je zoal moet doen. Dat kan overal. Dat kan op de spoedeisende hulp, een verpleegafdeling of op de ic. Laat het maar zien. En als je het zelf zou mogen inrichten, hoe doe je het dan?

Mevrouw Tielen (VVD):

Volgens mij wordt dit ook al jaren gedaan. Er is het programma (Ont)Regel de Zorg, waarin die informatie allemaal opgehaald is. Mevrouw Verdonk is overal langs geweest. We kennen de Verscheurka-

lender: zo kwamen we erop. Daar heb ik nog een vraag over. De Verscheurkalender komt ook uit de beroepsgroep zelf. Juist omdat die soms een aantal open deuren geeft, zaken die we eigenlijk al wisten, vroeg ik me af of de Minister met die Verscheurkalender misschien bij wijze van spreken de blaadjes kan afscheuren. Zo kan hij symbolisch, maar wel echt, de boel losscheuren.

Minister Kuipers:

Ik denk dat ik het antwoord al gaf. Mijn collega, de Minister voor Langdurige Zorg en Sport, komt met een brief. Dit onderwerp zit in volle breedte in haar portefeuille. De eerstelijnszorg zit in mijn portefeuille; dat is logisch met alle raakvlakken. Ja, je kunt die briefjes gewoon afscheuren, maar we weten ook dat er nog allerlei dingen achter zitten. We moeten wel het geheel eventjes goed regelen.

Mevrouw Agema (PVV):

Ik haak even aan op het blokje administratieve lasten. Dat is de grootste ergernis in de zorg. Mevrouw Van den Berg en ik proberen het al jarenlang elke keer weer. Ik had onlangs een groepje verpleegkundigen op bezoek. Ze hadden een laptop bij zich en lieten mij zien dat zij bij elke patiënt zeven A4'tjes moesten doorscrollen en allerlei dingen moesten aanvinken. Ze vertelden mij dat er zo veel witregels in die zeven A4'tjes zitten. Als je die er tussenuit zou halen, blijft er één A4'tje over. Dat zou enorm veel ergernis en werk schelen. Maar ze komen bij een Kamerlid, bij hun bestuurder en bij hun leidinggevende en al jaren gebeurt er niets. Hoe kan het nu dat we niet in staat zijn om zoiets kleins – het is administratie, het is ICT, het is techniek – op te lossen?

Minister Kuipers:

Excuus. Ik had mijn microfoon nog aan. Als ik het goed begrijp, verwijst mevrouw Agema naar de lay-out van het ICT-programma, waar verpleegkundigen gegevens moeten invullen. Dat is helaas echt een setup van de lokale instelling waar ze werken. Iedere instelling heeft haar eigen ICT-systeem. Daar moet je zoiets in aanpassen. Dat is heel lastig, maar zo is het bij ons opgezet. Iedere instelling heeft haar eigen ICT-systeem en een eigen lay-out. Voor dit soort vragen heb je idealiter een gebruikerspaneel. Als je het goed ingericht hebt, haal je dat er vervolgens uit.

Mevrouw Agema (PVV):

Het is natuurlijk heel bizar dat we in een land leven, waarin elk ziekenhuis zijn eigen ICT-systeem heeft. Dat is iets anders dan zomaar lukraak allemaal medische gegevens aan elkaar koppelen. Een epd is niet te verwarren met de opvatting dat het toch wel heel verstandig zou zijn om dezelfde ICT te gebruiken, zodat met één druk op de knop in alle ziekenhuizen tegelijk zaken worden verbeterd en versimpeld. Dit is een heel concreet voorbeeld van hoe bizar dingen in de praktijk geregeld zijn. Als je je ronde doet, kun je toch niet van elke patiënt zeven A4'tjes moeten doorscrollen, terwijl het maar één A4'tje zou zijn als je de witregels eruit haalt? Je hoeft het maar aan te klikken en huppeldepup het is klaar. Hoe kan het nu dat we in een land leven, waarin we dat niet weten te stroomlijnen? Het moet ontzettend veel geld en ergernis schelen als wij de ICT weten gelijk te trekken in de ziekenhuizen. Dat is iets anders dan gegevensuitwisseling of een epd, of wat dan ook. Ziet de Minister dit? Het is zo concreet en voor medewerkers zo belangrijk dat dit soort dingen wordt opgelost, om niet gedesillusioneerd en gedemotiveerd te raken. Welke rol ziet de Minister voor zichzelf om dit soort dingen aan te pakken?

Minister Kuipers:

Ik zou het even stapsgewijs willen aanpakken. Nu is het zo dat elke zorginstelling een eigen ICT-systeem heeft. De lay-out, het onderhoud en

de wijze waarop het ICT-systeem functioneert, zijn bij iedere individuele zorginstelling in Nederland belegd. Zo hebben wij het ingericht. Dat kan ik niet veranderen. Ik kan dus ook niet de lay-out van dit specifieke voorbeeld veranderen. Ik ga daar niet over. Daar gaat een individuele instelling over. Ze hebben daar een panel voor van hun eigen gebruikers. Daar moeten ze het mee doen. Dat staat nog los van het feit – dan komen we op een heel ander onderwerp – dat de kans groot is dat alles wat de verpleegkundige op die zeven bladzijden heeft ingevoerd, opnieuw door iemand wordt ingevoerd op het moment dat het overgaat en de patiënt ergens anders een vervolgbehandeling krijgt.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Het kan toch niet dat de Minister zegt dat hij daar niets aan kan doen? In wat voor idioot land leven we eigenlijk? Alles is eenvormig en gestroomlijnd, maar als het om dit soort dingen gaat, dan accepteren we dat alle ziekenhuizen hun eigen ICT-systeempje hebben en het allemaal op een andere manier doen, want daar gaan wij niet over. Dat is toch het doorgeslagen marktdenken? Waarom kunnen wij als Tweede Kamer en als Minister niet zeggen: dat gaan we gewoon niet meer doen; we gaan die systemen stroomlijnen en we maken het leven van de verpleegkundige gemakkelijker? Op dit moment zijn ze 40% van hun tijd kwijt aan administratie. Als ze dat weten te halveren, hebben we op iedere 100 man 20 extra medewerkers beschikbaar. Dat is in het landsbelang, in het belang van ons allemaal. Hoe kan het nu dat de Minister zegt: daar ga ik niet over?

Minister **Kuipers**:

Het spijt me, maar ik herhaal hetzelfde antwoord dat ik al gegeven heb. Ik kan daar nu niets aan doen. Zo'n systeem is van de instelling zelf en daar moet de instelling zelf iets aan doen. Ik kan er geen ICT'ers op afsturen of iets anders aan doen.

De heer **Van Houwelingen** (FVD):

Toch een korte vervolgvraag, want het probleem zit dus bij de instellingen zelf, als ik de Minister goed begrijp. Zij doen er niets aan. Om bij het centrale punt van ons betoog te komen: zou het misschien kunnen zijn dat die instellingen zo ontzettend groot zijn geworden dat het moeilijk is geworden om dat soort veranderingen door te voeren? Bij Buurtzorg heb je bijvoorbeeld zelfsturende teams. Die kunnen op een gegeven moment zelf zeggen dat ze iets gaan aanpakken. Als je in een heel grote zorginstelling zit, gaat dat niet. Ik neem aan dat die verpleegkundigen dat in hun instelling zelf aankaarten, zoals mevrouw Agema zegt. Ik mag toch hopen dat dat gebeurt. Maar blijkbaar leidt het tot niets, zoals het in die kolossen vaak het geval is: het sneuvelt ergens bij het middenmanagement. Een ander voorbeeld is de schaalvergroting die we de afgelopen decennia gezien hebben. Dat is misschien de oorzaak van dit soort problemen.

Minister **Kuipers**:

Misschien mag ik de vraag pareren met een tegenvraag. Zou het kunnen zijn dat een grotere instelling meer mogelijkheden heeft om de ICT zo in te richten dat ze hier juist wel gevolg aan kunnen geven? Ik ken het specifieke voorbeeld niet, maar ik zou rekening houden met deze tegenvraag.

De **voorzitter**:

Ik zag links van mij allerlei handen omhooggaan. Volgens mij was mevrouw Van der Plas het eerst.

Mevrouw **Van der Plas** (BBB):

Is het niet zo dat er voor ziekenhuizen maar één of twee aanbieders zijn van ICT-systemen? Het is toch niet zo dat elke instelling haar eigen

ICT-systeem heeft? Het is een algemeen ICT-systeem. Wij denken misschien te simpel, maar ik sluit me toch aan bij de vraag van mevrouw Agema. De Minister hoeft het niet op te dragen als hij er niet over gaat, maar hij kan wel een brief schrijven naar de ICT-leverancier of de softwareontwikkelaar, waarin staat dat we dit terughoren. Dan schrijft u: ik heb een vriendelijke vraag voor u; zou u dit voorbeeldje met die witregel misschien kunnen veranderen in uw systeem? Dan laat u het gewoon aan hem over, maar dan geeft u wel een signaal af. Of mag dat niet?

De voorzitter:

Duidelijke vraag. De Minister.

Minister Kuipers:

Ik wil nu niet heel uitgebreid stilstaan bij de ICT in de zorg. Misschien is dat een onderwerp om een keer apart te doen en daar komen we op een gegeven moment ook zeker nog op terug bij een Wegiz-debat, maar laat ik voor nu het volgende zeggen. Het klopt inderdaad dat er, met een kleine uitzondering, met name twee leveranciers zijn voor ziekenhuis-ICT-systemen in Nederland. Die bieden een systeem aan dat, op het moment dat het wordt geïmplementeerd in een ziekenhuis, gepersonaliseerd wordt voor dat ziekenhuis. Er draait dus niet zoals op uw eigen laptop één systeem, dat op alle iPads precies hetzelfde is. Een document, als u dat met welke methode dan ook van het ene naar het andere systeem stuurt, is dus niet een-op-een direct bij de ander te lezen. U zou het dus eigenlijk zo moeten zien dat iedereen een eigen informatiedrager heeft, zoals een laptop of een iPad, en dat iedereen daar ook zijn eigen ICT op heeft en zijn eigen data, die ook nog op een eigen manier opgeslagen zijn. Dat betekent dat de communicatie onderling – ik zie mevrouw Den Haan knikken – heel erg slecht is en veelal op het niveau blijft van bijvoorbeeld een pdf versturen. Dus ook als ziekenhuizen hun elektronisch patiëntendossiers van dezelfde leverancier hebben, kunnen ze nog steeds niet een-op-een de gegevens naar elkaar toe sturen.

De voorzitter:

Is dat voldoende, mevrouw Van der Plas? Nee? Heeft u nog een vervolgvraag?

Mevrouw Van der Plas (BBB):

Nee, nog niet; het is nooit voldoende voor mij. Kijk, de vraag vanuit de verpleegkundigen is de volgende. Ik heb ook bij werkbezoeken en contacten die ik met verpleegkundigen heb, gemerkt dat dit wel iets is waarvan zij zeggen: wij kunnen dit patroon dus niet doorbreken. Daar zijn zij dus heel erg naar op zoek: hoe kunnen we dit nou doen? Ik snap wel dat je zo veel ziekenhuizen hebt in Nederland en dat je dat allemaal apart moet gaan doen, maar misschien kunnen wij ze wel – daar moeten we zelf als Kamer ook over nadenken – handvatten geven zodat dat patroon wordt doorbroken. Dat is hetzelfde als wanneer de magnetron stuk is in het ziekenhuis. Dan moet dat via het ziekenhuis worden besteld en duurt het drie weken voordat er een nieuwe magnetron is, terwijl ze, als ze een magnetron bij bol.com bestellen, de volgende dag een nieuwe magnetron hebben. Die magnetron wordt niet gebruikt om bitterballen in warm te maken; die wordt gebruikt om de doekjes om mensen mee te wassen in warm te maken, dus die hebben ze gewoon nodig voor de zorgverlening. Maar dat zijn ook van die dingen, en zo stapelt zich dat op. Ik denk dat verpleegkundigen gewoon heel erg vragen: politiek, help ons hierbij. Dat vind ik wel een legitieme vraag.

Minister Kuipers:

Ik betwist de legitimiteit van de vraag totaal niet. Ik geef alleen aan dat ik me erop kan richten te zorgen dat we inzetten op slim en efficiënt: welke

gegevens worden we nou precies geacht op te slaan of te delen? Ik kan ook zeker aangeven dat men én bij de zorgverlenende partijen – we hadden net het voorbeeld van ziekenhuizen – én bij leveranciers van deze systemen gericht moet zijn op het zo efficiënt mogelijk inrichten van het systeem. Alleen is de manier waarop men dat vervolgens doet en wat men voor definitie en afspraak maakt, aan een individuele instantie zelf. Dat betekent ook dat als een instantie zelf een bepaalde keuze maakt, die daar idealiter ook een panel op zet om te zorgen dat men alle voorbeelden eruit haalt. Daar moet men zelf op acteren.

De voorzitter:

Dank u wel. Volgens mij heb ik nog vragen gezien van mevrouw Den Haan, van mevrouw Agema en van mevrouw Van den Berg. Eerst mevrouw Den Haan.

Mevrouw Den Haan (Fractie Den Haan):

Ik herken wat de Minister zegt, maar volgens mij is er een tweetal problemen. Het ene is inderdaad dat er een schil of format wordt aangeleverd aan bijvoorbeeld ziekenhuizen, maar dat die gepersonaliseerd wordt ingevuld en dat die formats niet met elkaar kunnen communiceren. Dat is, denk ik, één probleem. Als dat opgelost zou kunnen worden, zou dat heel fijn zijn. Tegelijkertijd zijn er in de ouderenzorg heel veel verschillende soorten systemen. Mijn dochter zit op de tribune. Zij is verpleegkundige en geeft dat inderdaad aan. Om die regeldruk te verminderen en te kijken of je dat eensgezind met elkaar kan doen – ik weet dat de Minister daar niet over gaat; daar heeft hij gelijk in – zou ik het toch wel echt heel fijn vinden als de Minister vanuit zijn positie wellicht met ActiZ zou kunnen gaan praten om te kijken of er in ieder geval één format ontwikkeld zou kunnen worden.

Minister Kuipers:

Ik geloof dat we hier binnenkort naar aanleiding van de Wegiz nog apart uitgebreid over praten. Ik ga er dus nog uitgebreider op in, maar ik kan daar zeker het gesprek over aangaan, ja. Het is zeker ook belangrijk dat we dat gesprek hebben. Daar zal het debat ook over gaan: hoe zorgen we er nou voor dat we bij de gegevensuitwisseling in de zorg een volgende stap zetten? Dat is ook zo'n onderwerp waar al heel lang over wordt gepraat en waar we in al die jaren onvoldoende in bereikt hebben. De noodzaak om goed samen te werken en zo de registratielast en registratiedruk te verminderen, is ongelofelijk belangrijk.

De voorzitter:

Mevrouw Agema nog?

Mevrouw Agema (PVV):

Ik laat me echt niet in een elektronisch patiëntendossier of wat dan ook rommelen. Ik vind het heel teleurstellend, hoor. De Minister zegt: daar ga ik niet over, want daar gaan de instellingen zelf over; er zijn twee systemen, die personaliseren ze allemaal en daardoor zijn bij al die instellingen de systemen verschillend. Maar laten we wel wezen: laten we ons het meest voor ogen houden wie hier nou eigenlijk beter van wordt. De zorgprofessional wordt hier niet beter van. De verpleegkundige wordt er zelfs horendol van. De patiënt wordt er niet beter van. De belastingbetaler wordt er al helemaal niet beter van. De enige die er beter van wordt, is de ICT-leverancier, de bedenker, de softwaremaker. Dan kunnen we toch niet achteroverleunen en al helemaal niet zeggen «daar gaan wij niet over», zoals de Minister zegt? Dat moeten we toch willen aanpakken? We moeten toch het leven van die verpleegkundige willen verbeteren, van wie zo veel wordt verwacht, ook als het gaat om de toenemende druk, de vergrijzing en de arbeidsmarkt? We moeten ze toch meer kunnen bieden

dan dit? Als de Minister daar nu niet op wil antwoorden, laat hij dan in ieder geval toezeggen dat hij in die Wegiz hier ook wat mee gaat doen om de toestanden voor die verpleegkundige beter te maken.

Minister Kuipers:

Dank voor de vraag van mevrouw Agema. We zitten wel degelijk op één lijn, in tegenstelling tot de manier waarop zij dit positioneert, waarbij het erop lijkt dat ik er niet over ga en er niks aan wil doen, en zij de verpleegkundigen vertegenwoordigt als zij zegt dat er echt wat aan moet gebeuren. Ik geef in mijn antwoord aan dat ik vind dat hier wat aan moet gebeuren. Dat wil ik ook doen. Om terug te komen op uw vraag aan het eind: kunnen we proberen om daar in het debat over de Wegiz heel goede afspraken over te maken? Dolgraag. Ik denk dat we hier echt stappen moeten zetten, zodat we uit de dwangbuis komen waar we de afgelopen vele jaren in gezeten hebben, zou ik bijna willen zeggen. Dat moeten we natuurlijk op een verstandige manier doen, allereerst vanuit het belang en het perspectief van de burger en de patiënt, maar vervolgens direct daar achteraan ook dat van de zorgprofessional.

De voorzitter:

Heeft mevrouw Agema nog een vervolgvraag?

Mevrouw Agema (PVV):

Hartelijk dank. Ik ga de Wegiz uitpluizen op de toezegging die ik hierin zie van de Minister.

De voorzitter:

Dan had ik eerst nog mevrouw Van den Berg, daarna meneer Hijink en dan mevrouw Van der Plas nog even.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Tot mijn vreugde heeft de Minister net al uitgebreid over de Wegiz gesproken, dus ik kan mijn interruptie behouden voor de volgende ronde.

De voorzitter:

Oké, dan ga ik snel door.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Dank voor alle steun van de collega's.

De voorzitter:

Dan ga ik snel door. Wat had ik nou gezegd? Eerst mevrouw Van der Plas, toch? Nee, meneer Hijink. U mag het van mij zelf uitmaken.

De heer Hijink (SP):

Het was meer het punt, ook richting de collega's, dat dit wel een consequentie is van de manier waarop ons zorgstelsel is ingericht, met louter private partijen. Het is uiteindelijk een markt. Ziekenhuizen zijn private organisaties. Die mogen tot op grote hoogte ook helemaal niet samen optrekken richting die grote softwarebedrijven. Ik zou dat allemaal heel graag anders zien, maar dat is natuurlijk de consequentie van het marktsysteem dat wij hebben. Ik hoop van harte dat de Minister daar wat aan gaat doen, maar dat zal wel meer vragen dan de Wegiz, die er binnenkort aankomt. Dat gaat namelijk ook over marktmacht. Dit gaat over de onderhandelingspositie van ziekenhuizen tegenover die softwaregiganten. Mevrouw Agema heeft namelijk gelijk: wie profiteert hiervan? Dat zijn die grote softwareboeren die winstmarges van 30% of meer maken. Dus ja, ik hoop van harte dat we er wat aan gaan doen. Ik nodig de Minister bij dezen van harte uit. Laten we nadenken over hoe je tot ICT-systemen kunt komen die werken voor de mensen die werken in de

zorg. Laten we voorkomen dat die softwarebedrijven, zoals ChipSoft, bij de meer dan 100 ziekenhuizen die we hebben elke keer opnieuw hetzelfde systeem voor evenveel geld kunnen aanpassen. Als ziekenhuis één dan een bepaalde aanpassing wil, moet dat ziekenhuis ervoor lappen. Als het volgende ziekenhuis dezelfde aanpassing wil, moet dat nog een keer hetzelfde bedrag betalen. Daar gaat ons zorggeld aan op. Ik daag de Minister dus van harte uit om daar wat aan te doen.

Minister Kuipers:

Met dank voor deze uitdaging, maar ik wil hier graag binnenkort in het kader van de Wegiz verder over spreken als u het goedvindt, voorzitter.

De voorzitter:

Mevrouw Van der Plas nog? Of is uw vraag beantwoord?

Mevrouw **Van der Plas** (BBB):

Nee, ik had nog één vraag. De leveranciers kiezen ervoor om dat uitwisselen niet mogelijk te maken, maar de Minister kan toch gewoon afdwingen dat dit wel kan? Met medicatie-uitwisseling kan dat toch ook? Of zie ik dat ook weer te simpel?

Minister Kuipers:

Dit is zo'n onderwerp voor de Wegiz. Waarvan dwing je af dat het echt geleverd moet worden? Waar moet dat dan naartoe?

Mevrouw **Van der Plas** (BBB):

Oké, interessant, maar ik maak hier wel een beetje uit op dat het dus wel kan. Het kan dus wel.

Minister Kuipers:

Zeker. Op het moment dat je heel heldere standaarden afspreekt, zijn er allerlei manieren om dat te doen. Er zijn manieren om dat te doen via een vast format. Dat zeg ik even zonder nu op de techniek in te gaan. Er zijn ook manieren waarbij je zegt: er wordt altijd standaard voor iedere zorgaanbieder ergens een aantal gegevens aangeleverd die je hebt, bijvoorbeeld medicatiegebruik, op het moment dat een patiënt wordt overgedragen.

De voorzitter:

Volgens mij zag ik ook nog een vraag van de heer Van der Staaij.

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

Ik heb ondertussen nog even wat historisch onderzoek gedaan, lopende deze discussie. In 2018 zag ik deze hele discussie al terug, met ook al een aanpak hoe je kunt komen tot een actievere samenwerking tussen ziekenhuizen en ICT-leveranciers et cetera. Het zijn heel concrete plannen. De Minister zegt: ik kom erop terug. Ik zou er dan ook in geïnteresseerd zijn wat we daarvan kunnen leren. Waarom hebben eerdere pogingen minder opgeleverd dan we ervan verwachtten?

Minister Kuipers:

Een volstrekt terechte vraag. Ik denk dat het allereerst ook een vraag is vanuit het perspectief van een patiënt en vanuit het perspectief van een zorgmedewerker. Ik kom daar graag op terug en ik kan er dingen over schetsen, maar als ik dat nu doe, gaan we het debat over de Wegiz nu al voeren. Dus als u het niet erg vindt, doen we dat binnenkort.

De voorzitter:

Dat lijkt me heel verstandig. Gaat u vooral door.

Minister Kuipers:

Voorzitter. Dit gaat nog steeds over de eerstelijnszorg. Mevrouw Ellemeet vroeg naar de mondzorg en de gemeentepolis. Mevrouw Kuiken vroeg ook naar de mondzorg. Ik vind toegang tot mondzorg, ook voor financieel kwetsbare mensen, buitengewoon belangrijk. Ik trek wat dat betreft ook samen op met de Minister voor Armoedebeleid, Participatie en Pensioenen om dit vraagstuk aan te pakken. Daarvoor zijn we in gesprek met Nederlandse gemeenten, Zorgverzekeraars Nederland en de Mondzorgalliantie. Een van de issues – mevrouw Kuiken verwees daar ook naar – is het tekort aan tandartsen. Een van de manieren om dat aan te pakken, is toch verdere inzet op taakdifferentiatie en -verschuiving, maar een andere inzet is om te proberen een opleiding uit te breiden. Dat is een onderwerp waarover ik in gesprek ben met mijn collega Minister Dijkgraaf.

Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):

Dit is me toch iets te algemeen. Ik geloof dat de Minister in gesprek is, maar ik vroeg specifiek naar het volgende. Het was juist aantrekkelijk voor minima om met zo'n gemeentepolis je mondzorg alsnog geregeld te hebben. Die collectiviteitskorting op de minimapolis gaat de Minister afschaffen, dus welk voordeel hebben minima dan alsnog bij zo'n gemeentepolis? Daarnaast weten we ook dat als je bijvoorbeeld in de schulden zit, je niet in een keer van elektriciteit of gas afgesloten kunt worden. Daar zijn regelingen voor. Waarom kan dat nou niet bij de mondzorg? Daar heb je de markt weer: als je naar de Europese regels kijkt, Solvency II, dan mag je dat niet collectief doen, want dat is aan de markt. We moeten dan dus meteen de toegang van mensen tot hun mondzorg opzeggen. Dus ook dat punt zou ik aan de Minister willen meegeven. We kunnen toch gewoon niet accepteren dat Brussel zou zeggen: Solvency II, markt, dus we geven mensen die in de schulden zitten geen toegang meer tot hun mondzorg? Ik hoop echt dat deze Minister zich daar niet bij neerlegt. Dus deze twee concrete vragen heb ik op dit punt nog aan de Minister.

Minister Kuipers:

Om te beginnen gaf ik al aan, vanwege dat gesprek, dat we ons er niet bij neerleggen. Dit is een belangrijk onderwerp dat geadresseerd moet worden. Ik verwees ook al even naar de terechte vragen van mevrouw Kuiken. In dat gesprek kijken we ook hoe gemeentepolissen beter ingezet kunnen worden, ook voor de mondzorg.

Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):

En Solvency II?

De voorzitter:

Het Europeesrechtelijke perspectief nog.

Minister Kuipers:

Sorry, voorzitter, dat ik even heen en weer ging, maar dat antwoord moet ik nu schuldig blijven. Daar komen we op terug in het debat over het pakket, binnenkort.

Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):

Ik vind dat u wel veel doorschuift.

De voorzitter:

Ik stel voor dat de Minister verdergaat. Dit komt in een volgend debat.

Minister Kuipers:

Ja, voorzitter. Het spijt me. Ik neem de opmerking van zojuist graag ter harte, maar ik ben antwoorden aan het bespreken over de eerstelijnszorg.

Ik krijg daarbij een uitgebreide vraag die volledig ligt op het terrein van de Wegiz. Dat is heel logisch en daar ga ik graag op in, maar op een bepaald moment zeg ik: ja, dat is een onderwerp dat ...

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

We hebben het nu toch ook over de mondzorg? Dat staat toch op de agenda voor vandaag?

Minister **Kuipers**:

Zeker, maar u maakte de opmerking dat ik veel doorschuif. Oké.

De **voorzitter**:

Mevrouw Tielen had nog een vraag.

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Ik zie aan de non-verbale communicatie van de Minister dat hij aan een volgend blokje toekomt. Ik had nog een vraag over de eerstelijnszorg en de huisartsen. Dank voor dat inzicht in «praktijkhoudend» versus «waarnemend» enzovoorts. Ik vroeg me ook af hoe het staat met de deeltijdfactor bij huisartsen. Nou denk ik dat dit een heel andere dynamiek is dan bijvoorbeeld bij verpleegkundigen, maar ik denk dat we ook daar wellicht last kunnen hebben van de deeltijdfactor omdat mensen om een of andere reden liever niet vier of vijf dagen per week werken. Kan de Minister daar dus nog wat inzicht in geven? Hoe gaat hij daarmee aan de slag?

Minister **Kuipers**:

Die deeltijdfactor – ik zoek even naar het exacte getal, maar dat kan ik zo snel niet meer vinden – is in de afgelopen jaren geleidelijk gedaald. Dat kan een teken zijn van, onder andere, de ervaren werkdruk. Tegelijkertijd hoor ik ook van huisartsen dat er een discrepantie is tussen hun formele aanstelling en de werkelijk geleverde uren. Die twee factoren bij elkaar vragen erom dit verder uit te zoeken en te adresseren. Voor mij is dit een signaal: als die deeltijdfactor daalt, maar de werkelijk beleefde uren zijn eigenlijk meer, dan is dat een nog verdere, maar eigenlijk stille uiting dat het niet goed gaat.

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Dat ben ik helemaal met de Minister eens. Dus als hij hiermee zegt «laten we dat stille probleem aanpakken om te kijken wat daaronder zit», dan wil ik dat graag helpen oplossen. Dat zal ook met de administratieve last en dergelijke dingen te maken hebben die al zijn langsgeslagen, maar ik zou wel het graag als punt op de politieke agenda willen zetten.

Minister **Kuipers**:

Ik zocht even naar het exacte gemiddelde, op het gevaar af dat ik u anders misinformeer. Ik kan het exacte gemiddelde nu niet vinden, nee.

De **voorzitter**:

Mevrouw Agema over de eerstelijnszorg?

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ik vind dat een goed gevonden term van de Minister, die sprak over dit «stille probleem». Ik maak me ook zorgen over bijvoorbeeld de onderschijding bij de huisartsenzorg, die je al jaren ziet, terwijl de werkdruk heel hoog is. Datzelfde gekke fenomeen zie je dus ook bij de thuiszorg, de wijkverpleging en de wijkzakenverzorging. Ook bij die eerstelijnszorg zie je een forse onderschijding. Dat is vreemd, want er zijn 80.000 verzorgingshuisplekken die niet meer worden gefinancierd. De mensen moesten maar thuis wonen. Dat zou wel opgelost worden door de wijkverpleging,

de wijkzorgenverzorging, maar die heeft een enorm tekort aan mensen. Kennelijk wordt de zorg voor mensen die ooit in het verpleeghuis zaten en die nu thuis moeten wonen niet eens meer geleverd. Zou de Minister dus bereid zijn om wat meer handen en voeten te geven aan die onderschrijving bij de huisartsenzorg en de thuiszorg? Ik vind het zo vreemd. Dat zijn takken van sport waarbij er een groot tekort is en tegelijkertijd een onderschrijving.

De voorzitter:
Helder.

Minister Kuipers:

Ik ervaar de vraag van mevrouw Agema als een inzetten op het verbeteren van de toegang tot zorg. Het gaat niet om die onderschrijving zelf. Je kunt het omdraaien: het is mooi dat het geld in ieder geval beschikbaar is. Ik denk dat we wel helemaal op één lijn zitten. Het probleem is gewoon: mensen en toegang. Wat kunnen mensen doen in de uren waarin ze kunnen en willen werken? Die onderschrijving is een uiting van die combinatie van niet voldoende mensen hebben en niet de juiste dingen kunnen doen. Over die eerstelijnszorg heb ik net al de nodige antwoorden gegeven. Ik heb gezegd waarom ik het belangrijk vind om daar wat aan te doen en waar we dan ook naar moeten kijken.

Mevrouw Agema (PVV):

Ik zou dat toch meer handen en voeten willen geven, want we zien dit nu al jarenlang. We zien al jarenlang een onderschrijving bij de huisartsenzorg en bij de thuiszorg. We zien al jarenlang dat de arbeidsmarkt steeds krappere wordt en dat het zelfs al 10% is bij de wijkverpleging. Ik zou het dus wel heel fijn vinden als er een verdiepingsslag gemaakt zou kunnen worden, waar we dan in september of oktober misschien over geïnformeerd kunnen worden. Als Kamer kijken we namelijk tegen onverklaarbare onderschrijvingen aan op terreinen waar juist heel veel zorgvragen zijn.

De voorzitter:
Helder.

Minister Kuipers:

Die verdiepingsslag maak ik van harte. In september komen we daar dan hopelijk als eerste in het kader van het Integraal Zorgakkoord op terug.

De voorzitter:

Ik constateer dat de collega's ter linkerzijde veel woordmeldingen nemen; realiseert u zich wel dat ik op een gegeven moment wel een beetje moet gaan knippen. Maar ik wil mevrouw Agema graag nog het woord geven.

Mevrouw Agema (PVV):

Volgens mij begin ik inmiddels aan mijn negende.

De voorzitter:

Dat klopt volgens de administratie.

Mevrouw Agema (PVV):

Maar het is wel jammer als je je interrupties moet besteden aan precisering, want daar ben ik nu al een poosje mee bezig. Ik hoor de Minister verwijzen naar het Integraal Zorgakkoord, maar komt er dan ook duiding bij? Wij kijken al jaren tegen onderschrijvingen aan bij de huisartsenzorg en de wijkverpleging, maar we krijgen daar geen duiding bij. Het zou zo fijn zijn om daar wat meer handen en voeten aan te geven. Dus dat is

meer dan het Integraal Zorgakkoord, waarin afspraken staan. Dat is ook duiding over wat hier nou gebeurt.

Minister Kuipers:

Wat we met zo'n integraal zorgakkoord hopen te bereiken, is een analyse van de onderliggende oorzaken; daar is de discussie ook op gericht. Waarom zijn de observaties zoals ze zijn? Als je die hebt, welke doelen kun je jezelf dan stellen? Daar hoort dan ook die analyse bij.

De voorzitter:

Gaat u verder.

Minister Kuipers:

Daarmee kom ik bij het tweede mapje. Dat gaat over geboortezorg. De heer van Houwelingen vroeg waarom ik de motie over de bekostiging van de geboortezorg in het tweeminutendebat daarover ontraden. De heer Van Houwelingen vroeg in de motie om zorg buiten een igo volledig te vergoeden en de keuzevrijheid niet te laten veranderen. Maar er verandert niks aan de keuzevrijheid. Nu al geldt dat gecontracteerde zorg volledig wordt vergoed en niet-gecontracteerde zorg voor 75%. Dat geldt dus ook bij de integrale bekostiging voor zorg die niet-regulier is.

De heer Van Houwelingen (FVD):

Ik ga dit allemaal even wat preciezer maken, want anders komen we er niet doorheen. In de motie staan twee eisen. Laat dit nou mijn eerste vraag zijn: is de Minister het met mij eens dat er straks een financieel gelijk speelveld moet zijn tussen de zelfstandige verloskundigenpraktijken en degenen die in een igo gaan zitten? Moet het speelveld financieel gelijk zijn? Het antwoord kan ja of nee zijn.

De voorzitter:

Een duidelijke vraag.

Minister Kuipers:

Het speelveld is in die zin gelijk dat er een onderhandeling moet plaatsvinden met de zorgverzekeraar, of de verloskundige zorg nu integraal wordt aangeboden of via een monodisciplinaire verloskundigenpraktijk. Dat kan men doen zoals men dat wil. Dat is wat dat betreft een gelijk speelveld.

De voorzitter:

U wilde nog een vraag stellen?

De heer Van Houwelingen (FVD):

Uiteraard heb ik een vervolgvraag. Natuurlijk kun je onderhandelen met de zorgverzekeraar; dat snap ik. Maar nu de twee elementen van de motie. Stel dat de zorgverzekeraar straks gaat zeggen: als jij niet in zo'n igo zit, dan krijg jij maar een deel vergoed. Het zijn abonnementstarieven; ze krijgen ongeveer € 2.000 vergoed voor een bevalling. En dan zegt de zorgverzekeraar: nou, die zelfstandige verloskundigenpraktijk krijgt voor precies dezelfde behandeling, namelijk het begeleiden van een zwangere vrouw, niet die € 2.000 die de igo krijgt, maar € 1.600, omdat we daar geen contract mee hebben. Die wordt dus gekort. Is er dan volgens de Minister nog sprake van een financieel gelijk speelveld?

Minister Kuipers:

De heer Van Houwelingen stelt een als-danvraag. Dit sluit aan bij de discussie van gisteren. Ik heb de motie ontraden. Ik kan nu de discussie wel overdoen, maar dat was ik eigenlijk niet zo van plan.

De heer **Van Houwelingen** (FVD):
Hier maken dus heel veel verloskundigen ...

De **voorzitter**:

Een ogenblik. De Minister geeft aan dat de discussie gisteren is gevoerd. U gaat vanzelfsprekend over uw eigen vragen. Dat moet u vooral doen, maar ik wijs er wel op dat deze discussie gisteren ook al gevoerd is. Maar meneer Van Houwelingen, stelt u uw vraag.

De heer **Van Houwelingen** (FVD):

Ik probeer gewoon mijn functie als volksvertegenwoordiger in te vullen. Er zijn heel veel verloskundigen die zich hier zorgen over maken. Die krijgen nu dus ook geen antwoord op hun vraag. Zij vragen zich straks af, als ze in een zelfstandige praktijk zitten, of ze nog op gelijke voet financieel behandeld worden. En dan zijn er twee vragen die zij hebben. Ik probeer die vragen te stellen. Ik krijg daar geen antwoord op. Dat vind ik dus een kwalijke zaak. De twee vragen zijn dus de volgende. De eerste vraag stelde ik net; die ga ik niet opnieuw stellen, want dan ben ik mijn vraag kwijt. De tweede vraag gaat over de eigen bijdrage. Stel dat een verloskundigenpraktijk straks uit de igo blijft, laat de Minister het dan toe – dat is toch een simpele vraag – dat de zorgverzekeraar tegen een zwangere vrouw zegt: prima dat je bij je eigenlijk verloskundigenpraktijk wilt bevallen, die niet in de igo zit, maar dan moet je wel een eigen bijdrage van bijvoorbeeld 30% betalen? Dat zal dan zo'n € 600 zijn. Vindt de Minister dat acceptabel, ja of nee?

Minister **Kuipers**:

In algemene zin hebben we een tweesporenbeleid; dat benoemde ik zonet al in mijn antwoord. Er is gecontracteerde zorg en er is niet-gecontracteerde zorg. Wat is er specifiek mogelijk in de geboortezorg? Verloskundigenpraktijken kunnen hun zorg monodisciplinair aanbieden, maar ze kunnen dat ook gezamenlijk met anderen doen in een igo. Dat zijn de mogelijkheden. U kunt de matrix daarvan uittekenen.

De heer **Van Houwelingen** (FVD):

Ik ga op dit punt al mijn vragen inzetten. Dit is toch geen antwoord op de vraag? Ik vind dat een kwalijke zaak. Eigenlijk moet de voorzitter daar wat van zeggen. Ik stelde een hele duidelijke vraag: vindt u dat er sprake is van financiële gelijkwaardigheid als er straks een extra eigen bijdrage door de zorgverzekeraar wordt gevraagd voor verloskundigenpraktijken die niet in een igo zitten? Daar maken heel veel verloskundigen zich zorgen over. Gaat dat wat u betreft wel of niet gebeuren? Dat is toch een hele simpele vraag? Ja of nee?

Minister **Kuipers**:

Dat is een hele simpele vraag en ik geef ook een heel simpel antwoord. Verloskundigen kunnen hun zorg monodisciplinair of integraal aanbieden. In beide gevallen helpt het als ze een contract hebben met de zorgverzekeraar, want dan wordt het volledig vergoed. Als ze dat contract niet hebben, wordt het voor een deel vergoed. Zo zit ons systeem in elkaar. Dat geldt ook voor de verloskunde. Het is aan de verloskundigen zelf om te bepalen of zij hun zorg gezamenlijk willen aanbieden, bijvoorbeeld als ze daar een meerwaarde in zien. Er zijn verloskundigengroepen die die meerwaarde nadrukkelijk zien, mede op basis van de experimenten van de afgelopen jaren. Zij hebben mij na afloop van het experiment gevraagd: Minister, zet deze bekostigingsmogelijkheid alstublieft door. Maar anderen zeggen: wij hechten heel erg aan monodisciplinaire bekostiging, dus zet die mogelijkheid alstublieft ook door. Ik heb beide sporen toegelaten. Ik ben dus voor een tweesporenbeleid gegaan. Nu is het aan de individuele partijen om in te zetten op datgene wat zij graag

willen. Dat heeft inderdaad potentieel relevantie voor de keuze die een zwangere vrouw kan maken.

De heer **Van Houwelingen** (FVD):

Dit is wel een heel lang antwoord, maar oké: er zit een antwoord in dit antwoord. U zegt ... U moet mij corrigeren als ik het niet goed samenvat, want het is heel erg belangrijk om dit te weten. U zegt dat een zorgverzekeraar straks inderdaad kan zeggen: jij zit niet in een igo, dus de zwangere vrouwen die naar jouw verloskundigenpraktijk gaan, krijgen een boete. Het is gewoon een boete. Zij moeten € 600 extra betalen. Dat is wat FVD betreft totaal niet financieel gelijkwaardig. Dit is precies wat ik bedoel met de cult van het kolossale en van centralisatie. Dan drijf je al die verloskundigenpraktijken igo's in, of ze nou willen of niet. Dat is wat er gaat gebeuren en dat is waar zij voor vrezen. Dat is wat dit systeem straks mogelijk gaat maken en gaat bevorderen. Dit is precies de kant die wij niet op willen gaan.

Minister **Kuipers**:

Laat mij volstaan met te zeggen dat die samenvatting niet de mijne is. Ik gaf mijn samenvatting zojuist al. Die kan ik herhalen, zoals ik gisteren ook al gedaan heb, maar ik denk dat dat nu niet nodig is.

De **voorzitter**:

Gaat u verder.

Minister **Kuipers**:

Mevrouw Bikker vroeg: wanneer komen de brieven over de vervolgaanpak van Kansrijke Start en over onbedoelde zwangerschappen? Die komen half juni van de Staatssecretaris van VWS.

De vervolgvraag van mevrouw Bikker was of wij de gemeenten actief gaan benaderen om Kansrijke Start in te voeren. De ambitie vanuit het coalitieakkoord is om Kansrijke Start in alle gemeenten beschikbaar te hebben. 272 gemeenten zijn hierover al geïnformeerd en zij worden zo nodig actief benaderd.

De heer Van der Staij vroeg of de Minister aanvullend onderzoek wil doen naar de oorzaken van onbedoelde zwangerschappen. In het coalitieakkoord is afgesproken om het inzicht in de redenen voor abortus te verbeteren. De Staatssecretaris stuurt uw Kamer in de tweede helft van juni zijn visie op preventie van en ondersteuning bij onbedoelde zwangerschappen. Het is de intentie om aanvullend onderzoek te doen naar de omstandigheden die leiden tot een onbedoelde zwangerschap en de omstandigheden die vrouwen doen besluiten tot een zwangerschapsafbreking.

Voorzitter. De heer Van der Staij vroeg ook of het kabinet bereid is om psychosociale nazorg te vergoeden in het kader van onbedoelde zwangerschappen. In het coalitieakkoord is eveneens afgesproken om de nazorg aan vrouwen die te maken krijgen met een onbedoelde zwangerschap te verbeteren, ongeacht de keuze die zij maken ten aanzien van die zwangerschap. De Staatssecretaris stuurt uw Kamer in de tweede helft van juni zijn visie op het voorkomen van onbedoelde zwangerschappen. Hierin wordt ook gekeken hoe nazorg het beste vorm kan krijgen.

Voorzitter. De heer Van der Staij vroeg naar keuzehulp en het gebruik door 30% van de betreffende vrouwen. Welke maatregelen worden er genomen om het gebruik te bevorderen? Er is een landelijk dekkend netwerk aan keuzehulp beschikbaar. Daarnaast is er een landelijk informatiepunt. De bekendheid hiervan bij mensen die hier baat bij hebben, maar ook bij zorgverleners, verdient aandacht. Ook dit is een onderwerp in de brief van de Staatssecretaris in juni over fysiopreventie en ondersteuning bij onbedoelde zwangerschappen. Ik hecht eraan om

daarbij te zeggen dat het een keuzehulp is. Het is dus ook een keuze om daar wel of niet gebruik van te maken.

Voorzitter. Dan vroeg mevrouw Paulusma: kan de Minister nog dit jaar een eerste evaluatie aan de Kamer geven over de voortgang van het dertienwekenecho-experiment? De evaluatie staat nu gepland voor 2023, in aansluiting op een start per 1 september 2021. Bij de evaluatie wordt gekeken naar de effectiviteit – dat woord klinkt een beetje gek – van de detectie, van de echo. Wat betekent dat precies ten aanzien van het vervroegen van diagnoses en de ervaringen van zwangeren, partners en professionals? Ik vervolg dit, zoals ik al zei. In september van dit jaar loopt het ondertussen een jaar. Ik vervolg dit en kijk of er op dat moment al eerdere resultaten zijn. Mocht dat zo zijn, dan zal ik u uiteraard eerder informeren.

Dan was er een vraag van de heer Van der Staaij ten aanzien van de preconceptionele dragerschapsscreening. Hij vroeg: de Minister heeft hierover advies gevraagd aan de Gezondheidsraad; vindt hij dat terughoudendheid op z'n plaats is bij de inzet hiervan? Ik wil allereerst benadrukken dat alle kinderen, alle mensen, welkom zijn, ook die met een aandoening. Preconceptionele dragerschapsscreening beoogt niet de geboorte van kinderen met een aandoening te voorkomen, maar juist voorafgaand aan de conceptie toekomstige ouders te informeren over mogelijke erfelijke aandoeningen. De inzet van iedere screening is dat deelname eraan, of juist afzien daarvan, een keuze is van mensen. Ik wil daarbij nu niet vooruitlopen op een advies van de Gezondheidsraad. Tot zover het onderwerp geboortezorg.

Dan kom ik bij acute zorg en medisch-specialistische zorg. Er waren veel vragen over dit onderwerp. Ik begin bij een vraag van mevrouw Paulusma. Die betrof essentiële randvoorwaarden voor de zorg nu en in de toekomst, een goede diagnose en verwijzing. Dat hoeft niet altijd om de hoek, maar dat vraagt wel om goede regionale samenwerking, zei mevrouw Paulusma. Hoe kijken we naar de samenwerking met de ons omringende landen, met Duitsland en België? Concentratie of verplaatsing van zorg kan soms nodig zijn om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Bijvoorbeeld bij hoogcomplexere laagvolumezorg kan het beter zijn om zorg onder te brengen bij een kleiner aantal gespecialiseerde zorgaanbieders. Dat betekent keuzes maken in welke zorg waar beschikbaar is. Soms is dat op regionaal niveau. Zeker bij de grensregio's is het verstandig om ook de gebieden over de grens daarbij te betrekken. Eén gebied waarvoor dat bij uitstek geldt, is Zeeuws-Vlaanderen. Daar werkt men nauw samen met Vlaanderen, met België. Het is dus belangrijk om de capaciteit optimaal te benutten. Sommige zaken vragen zelfs om samenwerking op Europees niveau, als het echt om hele specifieke, zeldzame zorg gaat. Dat komt dan bij uitstek tot stand via de Europese referentienetwerken.

Voorzitter. Mevrouw Tielen gaf aan dat het zorgveld lastig te bewegen is tot gezamenlijkheid en samenwerking. De heer Hijink maakt daarover de opmerking dat het soms eerder op het tegenovergestelde lijkt. Mevrouw Tielen vroeg: hoe is de Minister bezig om samen beslissingen te nemen op dit gebied? Bij het anders organiseren van de zorg zijn samenwerking en draagvlak in het veld van belang. Dat vraagt de bereidheid van zorgprofessionals om een gezamenlijke visie te ontwikkelen en om keuzes te maken. Die samenwerking is een onderwerp waarover ik binnen het Integraal Zorgakkoord afspraken wil maken. Dat begint ook met het benoemen van de uitdagingen waarvoor we staan. Ik vind dat we dat in het verleden onvoldoende gedaan hebben. Ik noemde al dat wat mij betreft allereerst personeel een hele belangrijke is. Maar ten tweede moeten we ook durven onderkennen dat, ondanks de zeer bevlogen professionals die we hebben – mevrouw Agema noemde dat zonet al terecht – en ondanks de financiering die we beschikbaar hebben et cetera, uitkomsten op het terrein van zorg op onderdelen soms gewoon toch

onvoldoende zijn. Ook dat vraagt om een betere samenwerking en soms ook om andere stimulans dan iedere zorg verlenen binnen de zorg verlenende instantie waar een patiënt binnenkomt.

Voorzitter. Mevrouw Tielen vroeg tevens naar brede multidisciplinaire triage. Ze vroeg: hoe ziet dat eruit, en richt de Minister dat al in? Brede multidisciplinaire triage houdt in dat triagisten van ambulancezorg, huisartsenposten en andere sectoren, zoals acute wijkverpleging of ggz, samenwerken bij een acute maar niet levensbedreigende zorgvraag van een patiënt, zodanig dat de juiste zorg direct op de juiste plaats geboden wordt door de juiste professional. Dat kan soms niet meer zijn dan iemand telefonisch te woord staan. Dat kan soms de mogelijkheid zijn dat een wijkverpleegkundige, een oncologieverpleegkundige of een ggz-verpleegkundige thuis langskomt. Het kan ook een recept zijn dat klaarligt. Het kan ook een bezoek aan een spoedeisende hulp of iets anders zijn.

De voorzitter:

Mevrouw Tielen, heeft u een vraag?

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Ja. Dat is fijn. Dat geeft inderdaad een wat concreter beeld. Maar mijn vraag is ook in hoeverre daar al afstemming over is, want dit gaat ook weer over heel veel verschillende professionals die dan toch volgens dezelfde route dingen moeten doen. Dat is soms juist heel uitdagend. Hoever is de Minister daarmee?

Minister Kuipers:

Ja, zeker. U krijgt binnenkort van mij een rapportage over de taskforce die uitgebreid de goede praktijken in ons land ten aanzien van de acute zorg opgehaald heeft. Een van de onderwerpen die daar naar ik verwacht ook in naar voren komen en waar ik in ieder geval op wil inzetten, is het volgende. Ik wil per acutezorgregio of zo nodig binnen acutezorgregio's, maar dan met een iets kleinere omvang – dan kunt u bijvoorbeeld denken aan de omvang van een veiligheidsregio – naar dit soort regionale zorgcoördinatiecentra, die precies hierbij moeten helpen. Is dat eenvoudig? Nee, dat is niet eenvoudig, precies zoals u al aangaf. Maar ik denk dat het allereerst vanuit het perspectief van de patiënt en vervolgens bijvoorbeeld ook vanuit het perspectief van een huisarts enorm kan helpen. We hebben het zonet gehad over regeldruk, maar een van de terugkerende onderwerpen die u herkent in de huisartsenzorg, is het langdurig moeten bellen voor een consult en hulp. Soms moet een huisarts een patiënt uiteindelijk maar insturen naar de SEH, ook al weet hij dat het eigenlijk niet de beste plek is voor die specifieke patiënt, en zeggen: dan moet daar maar gekeken worden, want ik moet echt door naar een volgende. Daar is de huisarts niet gelukkig mee en daar is de patiënt niet altijd het beste mee af. We verstoppert de ambulances en de SEH's daar soms mee. Dat soort voorbeelden zijn er uitgebreid.

Voorzitter. Dit sluit aan bij een vraag van mevrouw Agema over een verplichting om alleen via de huisarts naar de SEH te gaan. De huisarts is als poortwachter buitengewoon belangrijk, maar in de echte acute zorg moet dat ook op een andere manier gaan, en dat kan ook. U verwees naar de resultaten over het bezoek aan de spoedeisende hulp. De NZa heeft inderdaad enige daling gezien bij de SEH, terwijl de vraag naar zorg van huisartsen op huisartsenposten toeneemt. Ook dat vraagt om een nauwe samenwerking.

Voorzitter. Dan vroeg mevrouw Agema naar het aantal SEH's. Zij zei: meer SEH's betekent minder inzet van ambulances en helikopters en dus minder inzet van mensen, minder kosten en betere kwaliteit. Hoewel ik de inzet helemaal snap, is dat maar zeer de vraag. Voor een grotere plattelandregio is dat bij uitstek zo. Als daar een spoedeisende hulp verdwijnt,

heb je meer capaciteit nodig en vervoer over grotere afstand. Maar hier in de Randstad is dat bijvoorbeeld niet altijd zo. Als je kijkt naar de gegevens van de Nederlandse Zorgautoriteit en de analyse daarvan, dan zie je dat er ook SEH's zijn die gemiddeld over het hele jaar twee patiënten per nacht ontvangen. Dat wil niet zeggen dat je met meer SEH's én de kwaliteit verbetert én de inzet van mensen optimaliseert.

Mevrouw **Agema** (PVV):

So what dat ze maar een of twee spoedpatiënten per nacht zien. Het zal uw familie of uw geliefde maar zijn die een van die twee patiënten is in die nacht, bij die spoedeisendehulp post die minder goed bezocht wordt. Het is van levensbelang; het is cruciaal. We moeten blij zijn dat die mensen er zijn en dat ze überhaupt midden in de nacht een spoedeisende hulp willen bemensen. Maar ik hoor de Minister al voorsorteren op wat hij eigenlijk wil, wat hij eigenlijk ook in Zorgvisie zei en wat wij nog niet hebben gezien in die 101 stukken die we hebben gekregen. Hij wil de 45 minuten norm overboord zetten. Dat is wat de Minister echt wil, en daarom zegt hij: het is niet te zeggen hoor, dat je meer helikopters en ambulances moet inzetten als je minder spoedeisendehulp posten hebt. Nee, natuurlijk niet, want hij wil iets anders. Hij sorteert voor op minder spoedeisendehulp posten. Maar kan de Minister nu eens uitleggen hoe hij, als tot 2040 het aantal 75-plussers verdubbelt en de zorgvraag ook, de kwaliteit, de beschikbaarheid en de bereikbaarheid van de spoedeisendehulp posten gaat garanderen als hij tegelijkertijd voorsorteert op een vermindering daarvan en op een verhoging van de 45 minuten norm?

Minister **Kuipers**:

Mevrouw Agema benoemt een aantal issues. Ik trek ze even uit elkaar. Eerst even de situatie voor de komende twintig jaar vooruit. En dan verwijst ik maar even naar een WRR-rapport. De WRR geeft daarin drie grote uitdagingen aan ten aanzien van de houdbaarheid van de zorg. De eerste gaat over financiën, de tweede gaat over maatschappelijke houdbaarheid en de derde gaat over de personele houdbaarheid. De WRR komt op die personele houdbaarheid zeer nadrukkelijk terug. Die staat bij wijze van spreken in hoofdletters. Die gaat erover dat voor de komende twintig jaar vooruit volgens de voorspellingen van de WRR het aantal mensen in Nederland met een baan niet groeit. En dat past bij wat u benoemt: de bevolking groeit, maar dat is met name een oudere bevolking. De WRR geeft daarbij ook aan dat de kans dat we substantieel meer mensen in de zorg krijgen klein is en dat de tekorten in de zorg daarbij toenemen. Dat betekent dat je vooruitkijkend alleen al moet nadenken over hoe je de beschikbare mensen zo optimaal mogelijk inzet. Een aantal van die onderwerpen ... Voorzitter, er is een interruptie, maar mag ik eerst mijn antwoord afmaken? Een aantal van die onderwerpen hebben we zonet al benoemd: coördinatie, zorgen dat mensen op de juiste plek terechtkomen et cetera. Een ander onderwerp is ook zorgen dat mensen zo goed mogelijk op de juiste plek komen. En dan komt het andere punt, waarover we het al eerder bij een spoeddebat hebben gehad. Ik denk dat het echt verstandig is voor ons om iets begrijpen wat betreft die helikopters waar u het over hebt, en die levensbedreigende situaties et cetera. Het is nu al zo, en dat is al heel lang zo, dat echte levensbedreigende acute zorg in Nederland niet meer gebeurt op iedere spoedeisende hulp. Mevrouw Paulusma refereerde bijvoorbeeld aan de traumacentra. Als iemand echt een ernstig ongeval heeft, komt diegene bij voorkeur in een van de tien traumacentra in Nederland. Tien, over het hele land. En de trauma-artsen zelf houden regelmatig het pleidooi dat dat er eigenlijk te veel zijn. Als iemand een hartinfarct heeft en dat wordt gezien in de ambulance, dan wordt het streekziekenhuis zo nodig voorbijgereden en gaat iemand direct naar de katheterisatiekamer in een ziekenhuis, waar hartkatheterisatie aanwezig is, en niet eens naar de

spoedeisende hulp. Ook dat is maar een deel van de Nederlandse ziekenhuizen. En als iemand een beroerte heeft ... Nou, zo kan ik nog wel even doorgaan. Ik wil maar aangeven dat uw beelden, met alle respect, van «het is levensbedreigend en daarom hebben we meer SEH's nodig» ... Voor levensbedreigend is het nu al erg geconcentreerd. Voor het overige heb je nog steeds spoedeisendehulpverleners, soms als enige in een dunbevolkt gebied, waar die post echt een essentiële functie heeft, maar soms ook met een groot aantal in een zeer stedelijk gebied.

De voorzitter:

Mevrouw Agema, u bent al wel door uw tien ...

Mevrouw **Agema** (PVV):

Neeneenee, dit is de tiende.

De voorzitter:

Nou ja. Ik wil u graag de ruimte geven, ook straks nog, en als u het allemaal kort houdt, kan ik iedereen de ruimte geven. Nee, dit is geen vrijbrief voor iedereen, maar ik wil het debat wel zo veel mogelijk laten gaan.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Maar dit is mijn tiende interruptie, hoor.

De voorzitter:

Mevrouw Agema, gaat uw gang.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Wat ik de Minister hier hoor zeggen, dat pik ik echt niet. Het is niet aan de Minister om selectief te gaan shoppen in zo'n omvangrijk rapport als dat van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. Om erin te gaan grasduinen om daarmee zijn beleid, wat hij wil, het verminderen van spoedeisendehulpverleners, te onderbouwen. Het rapport is veel breder dan dat, helemaal als het gaat om de arbeidsmarkt. Ook daar stelt de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid dat we als Nederland wel degelijk een uitdaging hebben, helemaal als het gaat om deeltijdwerk. En daarin hebben wij als fractie hele concrete voorstellen gedaan, onder meer het onderzoeken van het optrekken van de grens voor de toeslagen. Mijn fractie acht de personeelskrapte oplosbaar tot 2040, zonder massaimmigratie op de arbeidsmarkt. Het gaat er deels om dat 70% van de mensen in de zorg, vaak noodgedwongen, in deeltijd werkt. 82% van de vrouwen die in de zorg werken, werkt vaak noodgedwongen in deeltijd. Een kwart daarvan wil meer werken. Een kwart daarvan zit vast, kan niet meer werken. Dat probleem is oplosbaar. En daarvoor zie ik ook argumenten in het rapport van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. Het is onterecht om daarin te gaan grasduinen en te zeggen dat volgens dat rapport de uitdagingen op de arbeidsmarkt onoplosbaar zijn. Ik zie wel degelijk dat zij oplossingen aandragen.

De voorzitter:

Kunt u tot een vraag komen?

Mevrouw **Agema** (PVV):

De vraag die ik heel concreet stelde, was hoe de Minister denkt het met minder spoedeisendehulpverleners aan te kunnen, terwijl wij nu al zo'n krapte zien, zien dat het allemaal al zo nauw loopt en ook weten dat de komende jaren tot 2040 het aantal 75-plussers en hun zorgvraag verdubbelen. Ik heb het zelf meegemaakt. Mijn eigen moeder had een tekort aan hemoglobine. Dat kon prima in het streekziekenhuis opgelost worden met een zakje bloed en een andere afstelling van de omeprazol. Dat was prima

op te lossen. Zij hoefde niet naar een specialistisch ziekenhuis. Maar we hebben met mijn vader meegemaakt, toen hij zei «ik heb zo'n pijn in mijn rug», dat we de huisarts en het ziekenhuis belden en dat niemand hem wilde ophalen. Wij moesten hem zelf naar het ziekenhuis rijden. Daar ging hij in de scan en bleek hij een acuut aneurysma te hebben. Godzijdank konden ze hem binnen 20 tot 30 minuten naar het OLVG rijden en lag hij binnen twee uur op de operatietafel. Hij is gered en ik ben de mensen daar ontzettend dankbaar voor. Maar dat neemt niet weg dat je er hier maar gewoon als Minister voor mag pleiten dat het wel minder kan met die spoedeisendehulpdiensten als ze maar twee mensen op een nacht zien. Een van die twee mensen daar zal de geliefde van de Minister maar zijn die daar terstond gered wordt. We weten allemaal dat het aantal 75-plussers en hun zorgvraag verdubbelen. Ik heb nog nooit een antwoord gekregen, van Minister op Minister op Minister, die hier alles in het werk stellen om het aantal spoedeisendehulpdiensten maar te verminderen.

De voorzitter:

Dank u wel. Er zat ergens halverwege een vraag in.

Minister Kuipers:

Ik zal proberen om die te deduceren. Allereerst het parafaseren van wat deze Minister wil met shoppen of selectief lezen in het WRR-rapport. Dat laat ik aan mevrouw Agema. Dan het aantal SEH's. Meer of minder SEH's is geen doel op zich, tenminste niet van mij. De concrete vraag van mevrouw Agema was of meer SEH's betekent minder inzet van ambulances et cetera. Toen zei ik: dat is nog maar de vraag. Ik zal iets zeggen over kwaliteit. Ik heb er in eerdere debatten weleens bij stilgestaan. Ik geef u aan dat we zeer recent een kwaliteitskader Spoedzorg hebben in Nederland, een nieuw kwaliteitskader Spoedzorg met veel partijen. Daarin staat de norm dat het anno 2020 tenminste relevant was als er op iedere spoedeisende hulp in Nederland te allen tijde tenminste één dokter aanwezig zou zijn met tenminste één jaar klinische ervaring. U hoort mij goed: in Nederland, in 2020, één dokter met één jaar klinische ervaring. Daar kwam protest op van de ziekenhuizen, die zeiden: dat kunnen wij niet leveren. Er is lang over gesteggeld en dat heeft het kwaliteitskader een tijd opgehouden. Dat is de kwaliteit waar we het over hebben. Dat is het personeel waar we het over hebben. Als dat betekent dat wij moeten nadenken over hoe wij spoedzorg kunnen optimaliseren, dan moeten we dat doen. En dat is juist vanuit het belang van de patiënt, dat mevrouw Agema terecht aangeeft. U hoort mij heel goed als ik zeg: meer of minder SEH's is voor mij geen doel. Ik heb geen streefgetal, maar ik weet wel dat de kwaliteit omhoog moet en dat het daarvoor ook nodig is dat er misschien gedifferentieerd wordt in spoedposten en in wat ze kunnen. Voor een deel gebeurt dat nu al. En niet van vandaag op gisteren: dat gebeurt al heel lang.

De voorzitter:

Gaat u verder. Nee, eerst mevrouw Van der Plas. Excuus.

Mevrouw Van der Plas (BBB):

Ik verbaas me een beetje over de woorden die de Minister hier gebruikt. Ik kan me voorstellen dat de mensen die op de spoedeisende hulp werken hier wel een beetje van opkijken. Ik vond die woorden een beetje denigrerend over de kwaliteit van de spoedeisendehulpdiensten, maar misschien heb ik het verkeerd begrepen.

De voorzitter:

Kunt u tot een vraag komen?

Mevrouw **Van der Plas** (BBB):

Ja. Dat was niet mijn vraag. Mijn vraag stond al langer, maar toen kwam deze opmerking. Ik hoorde de Minister zeggen dat er in de Randstad SEH's zijn die per jaar maar één of twee patiënten krijgen. Heb ik dat goed gehoord?

Minister **Kuipers**:

Nee. De gemiddelde SEH in Nederland krijgt ongeveer 30.000 patiënten. Er is een aantal ziekenhuizen waar de SEH per nacht gemiddeld één tot twee patiënten met een ambulance ontvangt.

Mevrouw **Van der Plas** (BBB):

Oké.

De **voorzitter**:

Mevrouw Van der Plas, heeft u nog een vraag?

Mevrouw **Van der Plas** (BBB):

Ik verstond per jaar. Daarom dacht ik: dat lijkt mij heel bizar.

Minister **Kuipers**:

Per nacht.

Mevrouw **Van der Plas** (BBB):

Per nacht. Misschien heb ik het verkeerd verstaan.

Minister **Kuipers**:

Het gemiddelde per jaar is 30.000. De bandbreedte weet ik niet.

Mevrouw **Van der Plas** (BBB):

Maar dan nog. Ik vraag me af wat daarvan precies het probleem is. Ook al is het rustig, de verpleging doet gewoon andere taken. Zij gaan niet zitten kaarten. De kwaliteit is dan volgens mij ook niet minder. De patiënten die het betreft en die daarnaartoe komen, kennen dat ziekenhuis. Het is hun ziekenhuis. Dat is ook even aangehaald door mevrouw Agema. Wat is daarvan het probleem, als verpleging en artsen die daar zijn op dat moment gewoon andere taken doen?

Minister **Kuipers**:

Laat ik heel duidelijk zijn: ik heb ongelofelijk veel waardering voor personeel dat in de acute zorg werkt. Dat zijn mensen die dat bevlogen en met hart en ziel doen. Zij doen dat 24/7, altijd met diensten. Ze moeten altijd lang vooruitplannen, met alles wat dat betekent voor je partner, je gezin et cetera. Laat ik dat heel duidelijk zeggen. Als ik daar onduidelijk over was, is dat een terechte opmerking van mevrouw Van der Plas. Zij vroeg of dat klopte. Nee, dat klopt niet. Ik heb zeer veel waardering. Ten tweede is het natuurlijk heerlijk als er rustigere momenten zijn, of dat nou in de acute zorg op een SEH of elders in de zorg is. Dat is wat je hoopt. Vaak is het heel erg druk of te druk in de zorg. Je wilt graag rustigere momenten. Je moet 24/7, dus iedere nacht, mensen beschikbaar hebben. Een SEH met één verpleegkundige kan niet. Dat vraagt om een team. Zoals ik net al aangaf bij de kwaliteitseisen, vraagt dat om ten minste één dokter met één jaar klinische ervaring. Het vraagt ook om een lablaborant die op de achtergrond aanwezig is, een röntgenlaborant en andere dingen die altijd aanwezig moeten zijn. Het gaat dus om inzet van personeel in een zorgomgeving waarin personeel zeer schaars is. Het betreffende ziekenhuis moet daar wel op inzetten, terwijl het aantal patiënten dat het gemiddeld per nacht helpt heel erg klein is. Per nacht is er geen probleem, maar overall is er wel degelijk een probleem.

De voorzitter:

Dank u wel. Mevrouw Tielen heeft nog een vraag.

Mevrouw **Tielen** (VVD):

De Minister had het net over het perspectief van de huisarts. Dat bracht mij bij de vraag of de Minister in de brief die hij voor de zomer gaat sturen ook ingaat op de wederzijdse of onderlinge afhankelijkheid tussen haps, dus huisartsenposten, en SEH's. Die is hier en daar best succesvol. In hoeverre gebruikt hij die in de weging van zijn visie?

Minister Kuipers:

Dank voor deze aanvullende vraag, want dit is zeer belangrijk in die weging. Dit is bij uitstek iets waarbij je ervoor zorgt dat spoedzorg aanwezig is.

De voorzitter:

Gaat u verder.

Minister Kuipers:

Mevrouw Agema vroeg: kan de Minister een land noemen waar vermindering van het aantal SEH's leidt tot meer kwaliteit? In een aantal landen heeft het acutezorglandschap in de afgelopen jaren een verandering doorgemaakt. Voorbeelden zijn Denemarken en Noorwegen, waar slimme inzet van ambulancezorg meer bijdraagt aan kwaliteit dan de afstand tot de dichtstbijzijnde SEH. Een open deur om daarbij te benoemen is dat die landen geografisch echt wat andere uitdagingen hebben dan wij.

Mevrouw Agema vroeg tevens het volgende. Steeds meer ouderen zullen de komende jaren acute zorg, spoedeisende hulp nodig hebben. Kan dat als een niet-economische dienst van algemeen belang? U refereerde terecht aan een debat dat onlangs geweest is. In mijn brief over acute zorg zal ik ook ingaan op de wijze van financiering van de acute zorg.

Voorzitter. De heer Van Houwelingen vroeg naar centralisatie. Ik heb al aangegeven dat ik niet inzet op schaalvergroting. Het is geen doel op zich. Ik vind dat mensen terecht moeten kunnen bij een zorgverlener die hen het beste kan helpen. Voor veel ziekenzorg is dat de zorg in de buurt: de huisarts, de huisartsenpost of het ziekenhuis. Ik zet wel in op regionale afspraken over samenwerking en werkverdeling voor een betere kwaliteit.

De voorzitter:

Meneer Van Houwelingen, uw laatste vraag?

De heer **Van Houwelingen** (FVD):

Ja, voorzitter. De Minister zegt niet in te zetten op schaalvergroting. Maar we zien de afgelopen decennia alleen maar voorbeelden van schaalvergroting. Elke maand komt er wel weer een voorbeeld langs: de centra voor kinderhartchirurgie, straks zijn de maatwerkinstellingen de klos en we hebben net gehoord dat de integrale geboortezorg de praktijk van zelfstandig verloskundigen zal doen verdwijnen. Voor mij is dit niet te bevatten. De Minister zal toch moeten erkennen dat alles dezelfde kant op gaat? Niet alleen in uw termijn maar al decennialang is er op alle fronten centralisering van de zorg. U kunt zeggen dat u zich daar niet in herkent, maar het is toch een feit?

Minister Kuipers:

Ik ben blij dat de heer Van Houwelingen een patroon herkent, want dat geeft nou precies het probleem aan. Het probleem is, zoals al gezegd, een tekort aan mensen, meer mogelijkheden, meer expertise en dus ook meer mensen die veelal bij de zorg betrokken zijn. Dat vraagt om samenwerking. Dat hoeft niet in één instelling, dat hoeft niet op één plek, maar dat vraagt wel om samenwerking. Ik pak maar even uw voorbeeld van de

kinderhartchirurgie; ik ben blij dat u het noemt. Daar hebben we in Nederland slechts 30 jaar over gepraat. Hartchirurgie voor kinderen op vier plekken in Nederland, voor volwassenen met een aangeboren hartafwijking ook nog op een vijfde plek in Nederland, voor een naar verhouding heel klein aantal, waarbij er al 30 jaar gesproken wordt, ook vanuit de professionals en vanuit de inspectie en vanuit de anderen: breng dat nou meer bij elkaar. Dat kan heel goed, waarbij het overgrote deel van de zorg voor deze patiëntjes gewoon lokaal blijft. Maar als zij een ingreep moeten ondergaan, gebeurt dat in een centrum.

De voorzitter:

Gaat u verder.

Minister Kuipers:

Voorzitter. Meneer Van Houwelingen vroeg ook naar een hogere vergoeding voor grotere ziekenhuizen dan voor kleinere ziekenhuizen voor dezelfde ingreep. Mij zijn hierover geen actuele signalen bekend. Overigens, voor de duidelijkheid: dat wat een individueel ziekenhuis krijgt voor een verrichting is een onderdeel van het totale contract dat het sluit. Mevrouw Kuiken vroeg terecht naar de concentratie, die niet ten koste moet gaan van de bereikbaarheid. Er moet een balans zijn. De bereikbaarheid zoals die nu is vormgegeven in de zin van bijvoorbeeld de spreiding van SEH's is iets waar je nadrukkelijk naar moet kijken, maar wel in het licht van de vragen die er zijn, bijvoorbeeld ten aanzien van differentiatie en mogelijkheden. Ik heb al genoemd wat dat bijvoorbeeld in de afgelopen vele jaren betekend heeft voor de ontwikkeling en positionering van SEH's als het gaat om acute hartzorg, acute beroertezorg et cetera.

Voorzitter. Dan vroeg mevrouw Van den Berg naar het bericht dat de gemeente Zoetermeer buitenspel wordt gezet in de discussie over de toekomst van het LangeLand Ziekenhuis. Ben ik bereid om in gesprek te gaan? We hebben contact gezocht met de gemeente en het ziekenhuis. Er is wel degelijk contact geweest, is wat wij te horen krijgen. Verder is hier inderdaad sprake van een ontwikkeling die al langer gaande is ten aanzien van de toekomst van de Reinier Haga Groep. U weet dat dat oorspronkelijk Zoetermeer, Den Haag, Delft was, waarna er een splitsing is ontstaan en Delft zich eruit teruggetrokken heeft. De positionering van het ziekenhuis in Zoetermeer is nu onderdeel van de discussie over het Haga Zoetermeer. Als het anders is, moet u het aangeven, maar naar onze informatie is er wel degelijk contact geweest.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Contact hebben zegt mij nog helemaal niks, want informeren is ook contact hebben. Er staat uitdrukkelijk in de wet dat men vooraf betrokken wordt. En «betrokken worden» is consulteren. Ik zou dus toch aan de Minister willen vragen om een check te doen of het echt is gebeurd. Als het niet is gebeurd, heeft de inspectie volgens mij gewoon de taak om erop toe te zien dat de Wet toetreding zorgaanbieders wordt uitgevoerd.

Minister Kuipers:

De inspectie heeft laten weten dat het ziekenhuis belangrijke stakeholders, waaronder de gemeente, bij ontwikkelingen betreft, zoals inderdaad is vastgelegd in de AMvB acute zorg. Natuurlijk kan ik bij de inspectie benoemen dat dit in dit debat nog een keer aan de orde gekomen is. Voorzitter. Mevrouw Van den Berg vroeg ook naar basiszorg in de umc's en of umc's met onderaannemers starten. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders zijn verantwoordelijk voor de organisatie van de zorg. Het staat hun vrij om binnen de geldende kaders tot een optimale inrichting te komen. Ik ben het wel degelijk met u eens dat er in umc's nog steeds – het wisselt wel wat per umc – basiszorg aanwezig is; ik weet dat zorgverzeke-

raars daar ook op inzetten. Voor een deel is dat omdat men dat in stand houdt en voor een deel omdat je niet alle basiszorg weg kunt halen. Dat heeft natuurlijk ook te maken met de classificatie. Soms krijgen ze bijvoorbeeld patiënten verwezen onder verdenking van een complexe diagnose, die bij nadere analyse eigenlijk een eenvoudig of veelvoorkomend probleem blijkt te zijn, maar alsnog op basis van de uiteindelijke dbc geclassificeerd wordt als basiszorg. 100% topreferent zal het dus nooit worden, maar er kan wel degelijk nog aangestuurd worden – dat verschilt per umc – op een verdere focus op die complexe en topreferente zorg. Daar zetten de zorgverzekeraars ook nadrukkelijk op in.

Voorzitter. Mevrouw Van den Berg vroeg ook welke acties zijn ingezet ten aanzien van landelijke, uniforme normen voor kwaliteit en toegankelijkheid. Hier zal ik in de brief over de acute zorg verder op ingaan. Die zal ik voor het zomerreces sturen. Ik gaf net ook al aan dat de inzet gericht is op kwalitatief hoogwaardige zorg voor iedereen, ongeacht waar je woont, waar je je bevindt en ook ongeacht waar je je met een zorgvraag als eerste meldt. Dat laatste vraagt bij uitstek om die samenwerking.

De heer Van der Staaij vroeg naar sluitingen van SEH's. Dat is ook eerder in het debat voorbijgekomen. Er zijn getallen van vier acutezorgregio's, maar niet van de andere zes. We zagen bij die vier in de eerste jaren enige stijging en in het afgelopen jaar weer lichte stabilisatie. Die sluitingen zijn bij uitstek een signaal naar de collega's. Daar zijn altijd afspraken over, maar het is een signaal naar de collega's van: ik zit nu even vol, dus als het maar enigszins mogelijk is, stuur een patiënt dan tijdelijk naar een ander. Maar het is wel degelijk ook een issue voor de acute zorg, want je wil niet te veel sluitingen tegelijkertijd hebben.

De heer Van der Staaij vroeg ook: verdwijnt er personeel bij het sluiten van SEH's? We spreken nu niet over het sluiten van SEH's, maar je wilt graag dat het beschikbare personeel zo maximaal mogelijk wordt ingezet. Dat betekent dat je, als er bijvoorbeeld sprake zou zijn van een nachtelijke sluiting van een SEH, met datzelfde personeel de roosters in de dag- en avonduren, ook in het weekend, vol kunt maken. Dat is een keuze van het individuele ziekenhuis, maar de insteek – dat ben ik helemaal met u eens – is personeel behouden.

De heer Van der Staaij vroeg ook: welke rol kan VWS spelen om bij te dragen aan triage en aan de coördinatie en het inzicht in capaciteit? Dat kan – ik heb dat al even genoemd – door doorontwikkeling van regionale zorgcoördinatie. Dat kan ook door het Landelijk Platform Zorgcoördinatie, dat nu in negen van de tien regio's is geïmplementeerd, ook in de tiende regio te implementeren. Ik heb die betreffende regio nadrukkelijk gevraagd om dat op een zo kort mogelijke termijn te doen. Dat kan, tot slot, ook door de zorgcapaciteitsinzichten uit te breiden. Het is begonnen, tijdens een pandemie, met alleen een focus op ziekenhuiscapaciteit, maar je kunt ook veel breder kijken, bijvoorbeeld naar vvt, eerstelijnsverpleging et cetera.

Mevrouw Van der Plas gaf aan dat voorkomen moet worden dat er met patiënten wordt gesleept en dat zij verder moeten reizen. Ze vroeg ook hoe ik aankijk tegen de ideeën van de NVSHA over spoedpleinen. Ik gaf al aan dat ik een uitgesproken voorstander ben van samenwerking tussen aanbieders van verschillende vormen van acute zorg. Ik weet ook dat de ideeën van de NVSHA daarop ingrijpen; daar past dat spoedplein ook bij. De NVSHA wil echt breder kijken dan alleen te focussen op patiënten die spoedzorg in een ziekenhuis nodig hebben. Dat onderdeel spreekt mij dus aan. Wat dat betreft kun je zo'n spoedplein dus ook regionaler inrichten. Dat raakt aan een vraag van mevrouw Van der Plas over de zorgcoördinatiecentra. Ik denk dat ik die ondertussen afdoende beantwoord heb.

Mevrouw Paulusma vroeg naar de bekostiging van uitkomsten in plaats van productie. Ze vroeg ook naar de MSB's. Passende zorg moet centraal staan. Er mag geen ruimte zijn voor verkeerde prikkels, zoals bijvoorbeeld bij MSB's. Loondienst is geen doel op zich, maar kan een middel zijn

wanneer voortgang op het gebied van passende zorg en bestuurbaarheid onvoldoende van de grond komt. Gelijkgerichtheid is daarbij de term die u herkent. Als je nou afspraken maakt op bestuurlijk niveau voor regionale zorg, gaan dan ook alle partijen daar daadwerkelijk aan meedoen, inclusief de MSB's? Ik herken en snapte de opmerkingen en ook ik lachte op het moment dat mevrouw Van der Plas een opmerking maakte over het MSB en de inzet. Ik neem uw opmerking daarover zeker ter harte. Ik herken dat men daar met hart en ziel werkt. Ik zei al: loondienst is geen doel op zich.

Wat ik wel ontzettend belangrijk vind, is die gelijkgerichtheid. We kunnen het ons niet langer veroorloven dat we in een regio afspraken maken en dan een individuele partij, zoals een MSB, zegt: dat is een leuke afspraak, maar ik doe er toch niet aan mee. Ik wil direct aannemen dat dat bijvoorbeeld in het Deventer Ziekenhuis ... Als vroegere arts-assistent in Deventer moet ik eigenlijk Dèventer zeggen, Dèventer Ziekenhuis. Maar het gebeurt wel degelijk. Ik denk dat we het allemaal kennen. Het moet echt anders. Dat betekent ook dat de prikkel echt moet zijn dat als een patiënt die ergens binnenkomt uiteindelijk ergens anders beter terecht kan, die verwijzing ook gewoon de standaard is. Dat vraagt om een andere prikkel. U kent allemaal de voorbeelden. Ik geef een voorbeeld van iemand die mij gisteren nog benaderde. Iemand uit de eigen kennissenkring heeft een vraag. Dan hoor ik het en dan is mijn antwoord: misschien moet je nog eens vragen naar een second opinion, want ik weet dat ze ergens anders een ander type behandeling hebben dat misschien voor jou wel relevant is; ik kan het op afstand niet beoordelen, maar misschien moet je er een keer om vragen. Eigenlijk moet dat de standaard zijn, want u en ik zouden erom vragen, maar we weten ook dat er een hele hoop mensen zijn die die vraag niet kunnen of durven stellen, en die moeten dezelfde kwaliteit van zorg krijgen.

De heer **Hijink** (SP):

Het gaat natuurlijk uiteindelijk over de discussie: hoe zorg je nou dat je van de marktwerking af kan komen en de samenwerking kunt versterken? Ik zou graag van de Minister – en ik hoop dat hij dat kan toezeggen – een brief willen waarin hij onder elkaar gaat zetten welke verkeerde prikkels, die ik «marktprikkels» noem, hij op allerlei fronten in het systeem ziet die hij wil aanpakken, en wat daarvoor nodig is. Ik zeg niet dat dat dan meteen tot in detail helemaal ingevuld moet worden. Maar het kan wel bijvoorbeeld zijn: wij willen deze prikkel graag aanpakken en dat vraagt bijvoorbeeld om een wetswijziging, of dat vraagt helemaal niet om een wetswijziging, of dat kan binnen het stelsel of dat kan buiten het stelsel. Zo krijgen we daar wat inzicht in.

Minister **Kuipers**:

Ik snap de vraag, maar ik zou echt eerst graag willen kijken naar de inhoud. Het uitgangspunt is allereerst als volgt. Als we kijken naar ons stelsel met zorgverleners, begint het allereerst met een patiënt, een burger en een verzekeraar die zo iemand moet vertegenwoordigen en ervoor moet zorgen dat een patiënt op de juiste manier en tijdig geholpen wordt. En er zijn zorgverleners die daarvoor zorg aanbieden. Dat spel, met toezichthouders, kan werken. We hebben alles waarmee het kan werken. Maar dan moeten prikkels wel zo zijn dat er mogelijkheden zijn om samen te werken. Die mogelijkheden om samen te werken, zien we nu regelmatig op individuele dossiers. Ik noem er twee die hier ook, heel begrijpelijk-kerwijs, voorbijkomen. Dan gaat het bijvoorbeeld over geboortezorg. Dan gaat het over zorg voor kinderen met een aangeboren hartafwijking. De prikkels zijn regelmatig zo dat die samenwerking niet gebeurt. Dat heeft allereerst te maken met beroepsinvulling, met een gebrek aan juiste samenwerking. De acute zorg heb ik al genoemd. Ik kijk dan bijvoorbeeld naar de oncologische zorg. Ik kom zo nog op de vragen van mevrouw Den

Haan. In de oncologische zorg is de expertise in de afgelopen tien jaar zo toegenomen, dat veel patiënten vragen om een team dat hen behandelt, in plaats van één chirurg of één oncoloog. Als je dat inzet, vraagt dat vaak ook om samenwerking tussen verschillende centra. Dat kan, maar dan moet dat wel de norm zijn. Je moet dat dan eigenlijk op een andere manier afnemen.

De voorzitter:

Meneer Hijink eerst, of mevrouw Paulusma?

De heer Hijink (SP):

Mijn vraag is natuurlijk niet helemaal beantwoord. De Minister zegt dat het om de inhoud gaat. Wat mij betreft is dit nou juist heel erg de inhoud. Het is niet alleen de inhoud, want het raakt ook aan de manier waarop je de boel organiseert, financiert en betaalbaar houdt. Dat zou ik daar ook bij willen zeggen. Als je verkeerde prikkels weghaalt, wordt de zorg namelijk betaalbaarder. Wij zeggen altijd: niet de zorg is te duur, maar dit zorgstelsel is te duur. Het is niet per se kritiek, maar ik mis het overzicht. Dat zou ik heel graag willen hebben. Ik weet dat uw voorganger, Hugo de Jonge, in de wijkverpleging van alles wilde. Uiteindelijk kwam dat niet verder dan jaarlijkse interviews, waarin hij zei: we moeten van de marktwerking af. Vervolgens gebeurde er niks. Ik heb geen zin om nog eens vier jaar te wachten op maatregelen die niet komen. Daarom hoop ik dat dat overzicht er kan komen. De Minister gaat er uiteindelijk zelf over hoe hij dat invult. Ik hoop dat hij nog eens kan kijken of dat naar de Kamer kan komen.

Minister Kuipers:

Eerst even de inhoud. Ik mag hopen dat die volgt in dat IZA. De maatregelen die we daarop nemen, volgen daar ook uit. Vervolgens kunnen we die invullen voor verschillende onderwerpen. Er zijn verschillende gebieden. We pakken er in één debat heel veel bij elkaar, maar ik blijf even bij het voorbeeld dat ik net gebruikte. Mevrouw Tielen maakte daar een opmerking over. Die was volledig terecht. Ik heb het eerder ook weleens genoemd. De uitkomsten van de oncologische zorg in Nederland kunnen echt beter, ook als je kijkt naar harde parameters zoals vijfjaarsoverleving. Als we dat omschrijven, vraagt dat erom dat iedere patiënt met een oncologische aandoening in regioverband wordt ingebracht en wordt behandeld. Voor veel patiënten kan de zorg daarbij geleverd worden in het ziekenhuis dichtbij waar hij of zij als eerste binnenkomt. Soms kan dat voor een bepaalde ingreep of voor een bepaald stukje van de diagnostiek ergens anders zijn. Er moet dan wel de verplichting zijn dat dit in zo'n regionetwerk gebeurt. Daar zijn prachtige namen voor. In slecht Nederland heten dat «comprehensive cancer networks». Daar wordt al heel lang over gepraat. In Nederland zijn sommige ziekenhuizen daarin al ver ontwikkeld en sommige nog helemaal niet. Voor burgers maakt het uit waar zij wonen en waar zij binnenkomen. We weten ondertussen allang dat de oncologische zorg complex is. Dat zien we uiteindelijk ook in de uitkomsten, zoals de vijfjaarsoverleving. Die uitkomst liegt er niet om.

De voorzitter:

De vraag is niet helemaal beantwoord.

De heer Hijink (SP):

Ik vind het allemaal prachtig, maar dit beantwoordt mijn vraag niet. Dan vraag ik voor de derde keer maar gewoon om een antwoord op de vraag.

Minister Kuipers:

De heer Hijink vraagt mij naar een uitgebreid overzicht van de barrières. Ik vul ze al in. Dat is de zelfstandigheid van professionals binnen een

centrum en het feit dat je je niet aan regionale afspraken hoeft te houden. Dat is er één. Die kunnen we invullen. Ik kan allemaal voorbeelden geven. Ik heb er al een aantal genoemd, maar we kunnen wel doorgaan. Een voorbeeld is ook het gebrek aan daarbij passende integrale financieringsmogelijkheden. We hebben er net één genoemd, over integrale geboortezorg. Op het moment dat we dat spoor mogelijk maken, ontstaat er protest. Een voorbeeld is ook het noodzakelijk maken van verdere concentratie van weinig voorkomende hoogcomplexe ingrepen. Op het moment dat we dat bij maar één onderwerp doen, namelijk bij kinderhartchirurgie, waar we al 30 jaar over praten, ontstaat er een vervolgdiscussie. Ik kan het voor veel onderwerpen verder voor u uittekenen. Dat kunt u zelf ook. Dit zijn eigenlijk de grotere noemers.

De voorzitter:

Dat is denk ik het antwoord waar u het mee moet doen. Mevrouw Paulusma.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Wellicht ga ik meneer Hijink een beetje helpen, maar dat weet ik niet zeker. De Minister zei net: mevrouw Paulusma vroeg iets over uitkomstbekostiging of populatiebekostiging. Toen dacht ik: nu gaat er wat komen. Maar toen bleef het stil. Wellicht komt daar nog een reactie op. Zo niet, dan ga ik daarvoor nu een vraag gebruiken. Ik ben dat dus even aan het checken.

De voorzitter:

Het streepje staat er al, dus ik zou de vraag stellen.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Ik zie ook het dilemma dat de Minister schetst. Ik zei in mijn woordvoering dat er best veel lokale successen zijn. We weten op een heleboel plekken hoe het beter zou kunnen. Toen schetste ik het scenario: stel nou dat we naar een wat grotere regio zouden gaan – ik noemde toen natuurlijk Noord-Nederland, omdat mijn hart daar ligt – en we gaan daar doen waarover we het al de hele avond met elkaar hebben. We gaan uitzoeken wat we nodig hebben om te komen tot integrale bekostiging, meer samenwerking en minder concurrentie of uitkomstenbekostiging. Ik ben benieuwd naar de reflectie van de Minister daarop.

Minister Kuipers:

Ik denk dat ik al aangaf dat we juist nastreven dat we die integrale geboortezorgbekostiging overeind houden. Integrale bekostiging kan bij voorkeur op basis van uitgangsmaten. Dat is ook de wijze om uiteindelijk te contracteren. Dat is een hele belangrijke methode om juist deze stappen te maken. Ik hecht eraan om niet de uitgangsmaten te nemen die we altijd al namen. Dat is een bepaalde mate waarin we ergens naar kijken, wat we met heel veel data, over zoveel jaar, kunnen meten. Als we dan bepaalde verschillen zien, hebben we daarover het gesprek met het veld. Dan zegt men: ja, dat kan ik wel duiden en dat hebben we allang veranderd. Je moet daarover aan de voorkant dus echt al hele harde dingen afspreken.

De voorzitter:

Gaat u verder, Minister. Mevrouw Paulusma wil nog wat zeggen. Ja, van mij mag u nog wat zeggen.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Dank voor de reactie, maar ik ben niet op zoek naar een middel. Ik schets een omvang en een manier om aan de slag te gaan om te kijken hoe we tot betere samenwerking en minder concurrentie kunnen komen, of eigenlijk tot alle zaken die wij hier benoemen. Wat denkt de Minister

daarvan? Dat betreft niet zozeer een van de instrumenten, maar de vraag hoe we komen tot het beeld dat we volgens mij in deze commissie allemaal delen, wellicht op een enkele uitzondering na.

Minister Kuipers:

Die beelden, die uitdagingen, die deel ik ook. Ik probeer ze alleen even te beschrijven in de verschillende velden. Ik probeer ook onderliggende oorzaken te benoemen. Ik probeer ook richtingen te benoemen waarin de oplossingen gekozen moeten worden. Het gaat over bekostiging. Het gaat over verplichte samenwerking. Het gaat over het onderling verwijzen van patiënten. We hebben het gehad over gelijkgerichtheid van de verschillende partijen. Dat zijn allemaal aspecten. Die kunnen we uitdiepen in de acute zorg. Die kunnen we uitdiepen in de oncologische zorg, in de geboortezorg et cetera. Ik denk dat ik al integraal aangeef wat u vraagt, gelardeerd met voorbeelden uit de verschillende onderdelen.

De voorzitter:

Gaat u verder.

Minister Kuipers:

Voorzitter. Mevrouw Den Haan vroeg naar mogelijkheden om het proces rondom moleculaire diagnostiek te versnellen omdat patiënten waarop dit van toepassing is, geen tijd te verliezen hebben. Daar ben ik het volledig mee eens. Wat dat betreft wordt er vanuit het Zorginstituut samen met de betreffende zorgpartijen hard gewerkt aan de inrichting van moleculaire diagnostiek in de zorg. Ik zal een voorbeeld uit de praktijk geven, dat past bij de discussie die we net hadden.

Ik hoor voetbal. Kom dan gelijk maar even door met de stand.

De voorzitter:

Als voorzitter zal ik die doorgeven als dat relevant is. Gaat u verder.

Minister Kuipers:

Oké, goed. Ja, als het tegenvalt, willen we het nu ook niet weten.

Ik geef als voorbeeld dat in vormen van oncologie die moleculaire diagnostiek niet voor iedere patiënt gebruikt wordt, bijvoorbeeld omdat ziekenhuizen samples niet doorsturen. Daarom zijn die afspraken nodig. Dat moet gewoon de norm zijn, ongeacht de vraag waar een patiënt binnenkomt.

Voorzitter. Mevrouw Den Haan vroeg ernaar dat het Zorginstituut zegt dat het bepalen van uitbehandelde patiënten lastig is. Dat refereert aan diezelfde vraag van zonet. Mijn antwoord is breed, zonder hier nu specifiek op in te gaan, wat dit gaat heel erg over innovatie in kankerbehandeling en de vraag wanneer er sprake is van uitbehandeling en wanneer er nog een mogelijkheid is. Het refereert er ook aan dat die moleculaire diagnostiek voor veel patiënten juist al heel vroeg gebruikt moet worden. Het gaat dus om de hele fase. Soms is het vroeg, en soms is het ook gaandeweg het traject. Als ik daar één opmerking bij mag maken: in het verleden maakten we een onderscheid tussen zeldzame en veelvoorkomende kwaadaardige aandoeningen, maar ondertussen weten we, juist op basis van die moleculaire diagnostiek, dat veelvoorkomende kwaadaardige aandoeningen als je een verdere typering maakt vaak een combinatie zijn van heel veel verschillende subvormen. Met alle therapeutische mogelijkheden die we nu hebben, heb je juist die heel vroege typering nodig om te bepalen wat het meest waarschijnlijk gaat werken voor welke patiënt.

Mevrouw Den Haan vroeg ook naar uitgebreide diagnostiek en het alleen maar aanbieden van offlabel therapieën, terwijl er ook onlabel therapieën zijn. Ze vroeg: kan de Minister hier een toelichting op geven? Het overgrote deel van de therapieën die beschikbaar zijn voor patiënten die

geclassificeerd worden als uitbehandeld na uitgebreide moleculaire diagnostiek is offlabel. De therapieën waar mevrouw Den Haan naar verwijst, zijn bijvoorbeeld de NTRK-remmers. Die behandeling is inderdaad beschikbaar, maar slechts een zeer klein percentage van patiënten heeft een mutatie waarbij deze medicatie werkt. Zoals ik al aangaf, zou ik deze patiënten dus graag eerder willen diagnosticeren. Maar dat betekent dat je die moleculaire diagnostiek bij iedereen moet doen om maar een beperkt aantal mensen te vinden.

Voorzitter. Mevrouw Tielen vroeg naar de generalistische ziekenhuisartsen. Ik kan u vertellen dat dat onderwerp eigenlijk 100 jaar oud is. U refereerde zelf aan een heel mooi oud voorbeeld. Als ik daar ondanks de tijd eentje aan toe mag voegen, dan noem ik er een in mijn eigen vroegere vakgebied, namelijk de eerste geregistreerde maag-darm-leverarts ooit. Dat was een meneer Ismar Boas. De naam zegt het al: hij was van Joodse origine. Hij was hoogleraar in Berlijn aan het eind van de negentiende en het begin van de twintigste eeuw. Hij heeft prachtige boeken geschreven. In een van die boeken van meer dan 100 jaar geleden staat de hartenkreet: «Hoe jammer is het dat de neurologie net uit de moederschoot van de interne geneeskunde is verdwenen?» Dat was 120 jaar geleden. Hij schreef: «Ik hoop dat niet hetzelfde gebeurt met de maag-, darm- en leverziekten.» En zo ging het door. Het is dus een discussie van alle tijden. Waar het om gaat, is dat als een individuele patiënt in het ziekenhuis is, hij of zij behandeld wordt door een team, een verpleegkundige en een arts die zicht hebben op het totale plaatje van de patiënt en die kunnen begrijpen dat als een patiënt bijvoorbeeld komt voor een oncologische ingreep, er ook voldoende verstand moet zijn van de suikerziekte die de patiënt heeft of de slechte nierfunctie of iets anders. Dat vraagt om generalistische kennis. Eén oplossing is om generalisten in te zetten. Tegelijkertijd maak ik daarbij de kanttekening – dat is continu de balans – dat op het moment dat patiënten in het ziekenhuis zijn voor die ene ingreep of behandeling, de zaken specifiek op dat individuele onderwerp vaak zo complex zijn dat de generalist die kennis weer mist. Dus wat je vaak nodig hebt, is een team.

De voorzitter:

Eerst mevrouw Den Haan. Zij had eerst aangegeven dat zij een vraag had.

Mevrouw Den Haan (Fractie Den Haan):

Ik zat nog even te herkauwen op het vorige antwoord van de Minister. De Minister zegt dat die NTRK-remmers maar voor een kleine groep echt relevant zijn, omdat ze alleen maar bij die kleine groep werken, en dat we de moleculaire diagnostiek echt op een grotere groep moeten toepassen voordat we dat weten. Dat begrijp ik goed, toch? Bedoelt u daarmee te zeggen: dat kan nu niet, en ja, we moeten er dus naartoe dat we die moleculaire diagnostiek ook gaan toepassen? Dan is mijn vraag: hoe komen we daar dan zo snel mogelijk? Of zegt u eigenlijk: het is te duur om dat te doen?

Minister Kuipers:

Het kan wel degelijk, maar het vraagt dus samenwerking waarbij je afspraken maakt met betrekking tot een sample voor die groep waar men in die regio dan een afspraak over maakt, ongeacht waar een patiënt binnenkomt. Dat kan helemaal aan het begin zijn of gaandeweg, bijvoorbeeld nadat de eerstelijns therapie of de tweedelijns therapie niet aanslaat. Maar je moet heldere afspraken hebben over de vraag wanneer je die diagnostiek inzet. Omdat het ook complexe diagnostiek is, gebeurt dat veelal toch op een centrale plek. Maar het kan wel.

Mevrouw **Den Haan** (Fractie Den Haan):

Ja, het kan ook. Je hebt natuurlijk verschillende oncologische ziektebeelden, en bij sommige oncologische ziektebeelden, bijvoorbeeld longkanker, wordt er al heel goed samengewerkt. Je zou dus eigenlijk denken dat het dan ook van de beroepsgroep afhangt. Begrijp ik dat goed?

Minister **Kuipers**:

Zeker. Laat ik bij dat voorbeeld van longkanker blijven. Dat is een voorbeeld waarbij het nog onvoldoende gebruikt wordt.

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Dank aan de Minister voor zijn antwoord op mijn vraag over de generalistische huisartsen. Ik hoor wat u zegt, maar ik voel ook een beetje weerstand. Mijn eerste vraag is natuurlijk gewoon: beantwoord alstublieft de schriftelijke vragen. Minister, is het niet zo dat nu we ouder worden, er steeds meer chronische aandoeningen zijn die langdurig een rol spelen in het leven van mensen? Dit wordt in de komende tijd steeds groter. Misschien is het toch niet zo gek om de beweging die al honderd jaar lang naar het meer specialistische gaat, juist weer een beetje te keren. Dit is ook in lijn met wat we überhaupt proberen. Een laag volume met een hoogcomplexe zorg is prima, maar er is natuurlijk een veel grotere groep mensen die hoogvolume, minder complexe, maar toch echt nog wel ziekenhuiszorg nodig heeft. Staat u ervoor open om daar in een visie op de beroepsgroep in mee te denken?

Minister **Kuipers**:

Ja, daar sta ik wel degelijk voor open. Ik geef alleen even het dilemma aan. Het hangt ook heel erg af van het betreffende ziekenhuis en de betreffende klinische afdeling – ik kan herhalen wat ik net zei – omdat er echt een balans is tussen aan de ene kant de generale problematiek en aan de andere kant de hele specifieke problematiek, die vaak ook weer hele bijzondere kennis vergt.

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Dat ontken ik niet. We praten al heel veel over multidisciplinaire samenwerking. Volgens mij kan die nog veel meer vorm krijgen om zo ook de zorgkwaliteit op orde te houden. Maar juist bij multidisciplinaire samenwerking is het handig dat er afstemming is over wie dan bijvoorbeeld de hoofdbehandelaar is en hoe zo'n team samenwerkt. Ik denk dat daarbij een generalistische kijk onmisbaar is.

Minister **Kuipers**:

Ik snap dat mevrouw Tielen probeert om mij nog net een stapje verder te laten gaan, maar daar ben ik helaas niet toe bereid, om de doodeenvoudige reden dat het echt heel erg afhangt van de situatie. Ik noem een voorbeeld van specifieke problematiek. Er zijn bijvoorbeeld heel veel patiënten met een ontsteking van hun alveesklier. Dat is uiteraard een voorbeeld uit mijn vroegere vakgebied. Er zijn prachtige studies die laten zien dat als je deze mensen door een generalist laat behandelen, zij langer in het ziekenhuis liggen, meer complicaties hebben en vaker terugkomen dan wanneer je hen door een specialist laat behandelen. Ik weet ze zo niet, maar zo kunnen er andere voorbeelden zijn. Andersom is voor een oudere met een longontsteking en daarbij een onregelde suikerziekte zonder twijfel een generalistisch ingestelde dokter veel beter. Dat is dus de balans. Dat betekent dat het echt een individuele afweging van een ziekenhuis en een ziekenhuisafdeling is welke expertise nodig is.

De **voorzitter**:

Heel kort.

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Volgens mij kunnen we hier nog uren over praten. Tenminste, ik vind het heel interessant. Nu zegt de Minister iets waar ik toch probeer iets verder op in te gaan. Het gaat natuurlijk over de keuzes van ziekenhuizen en afdelingen, maar het gaat ook over het volgende. Als we van een afstandje kijken naar Nederland, wat zien we dan dat we nodig hebben aan ziekenhuizen, hoogspecialistische ziekenhuizen en algemene ziekenhuizen, maar vooral ook aan al die mensen die daar het goede werk moeten doen? En dan moeten er ook wel opleidingen en opleidingsplekken zijn. Dat zijn manieren om de kwaliteit van zorgverlening hoog te houden. Ik vraag erom, omdat ik wil dat we daar oog voor hebben. Ik ben er namelijk van overtuigd dat we ook dat nodig hebben in Nederland.

Minister **Kuipers**:

Daar vinden we elkaar zeker. Daar moet absoluut oog voor zijn. Het zit overigens ook al in de differentiatie van opleidingen. Het raakt ook wel aan het onderwerp waar we het net over hadden. Als je zorgt dat de juiste zorg op de juiste plek wordt gegeven, dan betekent dat bijvoorbeeld ten aanzien van de ziekenhuizen dat men toch op een bepaald moment meer differentiatie heeft. Mevrouw Van den Berg vroeg mij al: betekent dit dan dat universitair medische centra zich nog meer moeten richten op echt het hoogcomplexe tertiair? Het antwoord is ja. Dat betekent ook dat sommige meer regionale ziekenhuizen zich misschien soms nog meer kunnen richten op de meer reguliere veelvoorkomende zorg. Die is in al zijn essentie uiteindelijk net zo moeilijk; laten we daar heel duidelijk over zijn.

De **voorzitter**:

Gaat u verder, maar ik stel ook voor dat u met een wat hogere snelheid gaat.

Minister **Kuipers**:

Deze heb ik eigenlijk al genoemd, maar mevrouw Paulusma vroeg nog naar vrouwen die een verkeerde diagnose krijgen. Dat komt vaak voor; graag aandacht hiervoor. Dat sluit aan bij het debat over gendersensitieve zorg dat we hierover al gehad hebben. Ik heb toen aangegeven dat ik er absoluut veel aandacht aan wil besteden.

De heer Van der Staaij had een vraag over transgenderzorg. Kan de Minister de onderzoeksopzet met de Kamer delen en is de Minister tevens bereid om langlopend onderzoek te starten waarbij transgenderpersonen ook na hun transitie worden gevolgd? Ik zal de onderzoeksopzet voor de zomer naar de Kamer sturen. Ik ben nu niet voornemens om een aanvullend langlopend onderzoek te starten. Er wordt al veel onderzoek gedaan, met name vanuit het Amsterdam UMC.

Mevrouw Ellemeet vroeg in verband met de transgenderzorg of de huisarts een rol kan krijgen in de hormoonzorg. In de Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg – Somatisch staat dat het wenselijk is om de huisarts een rol te geven bij hormoontherapie, onder meer bij het uitvoeren van reguliere controles in de nazorgfase. Maar de voorwaarde daarbij is wel dat de huisarts specifieke nascholing heeft gehad. Zoals eerder aangegeven wil ik in mei hierover een brief naar de Kamer sturen, want ik wil huisartsen die hierin interesse hebben, graag ondersteunen. Ik heb daarom ook een extra opdracht aan de Kwartiermaker Transgenderzorg verstrekt voor het organiseren van deze verdere nascholing. Tot zover dit onderdeel, voorzitter.

De **voorzitter**:

Mevrouw Paulusma, ook voor u is dit uw laatste.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Ja, voorzitter. Ik had een vraag gesteld in relatie tot acute zorg en digitalisering en ik weet niet of die in het mapje overig zit. Die vraag ging over de mogelijkheid van een opt-outoptie bij het delen van gegevens.

De **voorzitter**:

U krijgt volgens mij een antwoord.

Minister **Kuipers**:

Die vraag kwam nog, maar ik wil 'm van harte ook nu al beantwoorden. Ik herken het probleem. Zeker in het geval van de acute zorg is het wenselijk bepaalde gegevens direct en 24/7 beschikbaar te hebben. Dat sluit aan bij de discussie die we hadden over het feit dat dat nu niet het geval is. Tijdens covid hebben we het tijdelijk even wat anders gedaan. Ik bereid een wetsaanpassing voor, waardoor het mogelijk wordt om voor acute zorg gegevens zonder toestemming beschikbaar te stellen in een elektronisch uitwisselingssysteem, tenzij de cliënt heeft aangegeven daartegen bezwaar te hebben.

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

Ik zie dat de Minister naar een ander blokje gaat. In mijn eigen blokje acute zorg en medisch zorglandschap had ik ook een vraag gesteld over de verdeling van het opleidingsgeld en het feit dat het Zuyderland ziekenhuis niet mee kan doen aan en geen onderzoeksgeld krijgt voor onderzoek naar corona, terwijl het wel in het oog van de orkaan heeft gezeten.

Minister **Kuipers**:

Terwijl het antwoord wordt opgezocht, kan ik alvast zeggen dat er twee aspecten aan zitten. Bij het eerste aspect moet mevrouw Van den Berg me echt even helpen. Ik neem dat zij doelt op de covidonderzoeksgelden. Daar worden de onderzoeksaanvragen inhoudelijk getoetst en gewogen door ZonMw. Daar kan iedere partij aan meedoen en dus ook het Zuyderland ziekenhuis. Ik kijk haar even vragend aan, maar dat is volgens mij waar zij op doelt. Maar ik versta haar tegelijkertijd zo dat zij het benoemt onder het kopje opleidingsgelden. Als zij doelt op medisch-specialistische vervolgopleidingen en opleidingsgelden, dan herken ik het punt van de onevenredige regionale verdeling. Dat bestaat al heel lang. Dat is iets wat ik graag wil adresseren, omdat dat een van de factoren is die een bijdrage kan leveren aan het feit dat ook de bezetting van medisch-specialistische en jonge mensen onevenredig is verdeeld over het land.

Ik weet niet of ik het daarmee voldoende heb beantwoord, want ik had het idee dat ik twee vragen kreeg in één.

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

Ik ben ieder geval blij dat de Minister naar het laatste gaat kijken. Ik ben vol vertrouwen dat wij daar voor het debat over de arbeidsmarkt op 6 juli wat meer informatie over krijgen.

Ten aanzien van het deelnemen van de periferie aan het coronaonderzoek heb ik een artikel uit Medisch Contact. Misschien kunnen we daar buiten deze vergadering om nog even op terugkomen, zodat Zuyderland in ieder geval een antwoord krijgt.

De **voorzitter**:

Ik geef het door aan de Minister. Gaat u verder met de beantwoording.

Minister **Kuipers**:

Nog even over het Zuyderland. Het antwoord is dat het via ZonMw gaat. Partijen dienen een aanvraag in en als je een goede aanvraag doet, dan

wordt dat ook zo beoordeeld en krijg je het. Als je het krijgt, krijg je het, en krijg je het niet, dan valt dat binnen de communicatie met ZonMw. Sorry, voorzitter, ik moet even kijken.

De voorzitter:

Nee, geen probleem. Hoe sneller u gaat, hoe beter.

Minister Kuipers:

Ik zit ondertussen bij het kopje passende zorg en bekostiging. Mevrouw Ellemeet vroeg in dat kader: hoe staat het met de agenda en de visie om niet bewezen effectieve zorg altijd in een onderzoeksetting te verlenen? Dank voor deze vraag. We hebben in Nederland het systeem waarbij er, zoals u weet, ten aanzien van medicatie eerst een nadrukkelijke toets is op effectiviteit. Bij dure medicatie is er sprake van een getrappt systeem voor toelating, een sluis. Voor innovatie en innovatieve behandelmethoden hebben we dat niet. In principe is het een directe toegang. Zo zijn er ook zaken die eigenlijk onvoldoende onderzocht zijn. Zo geldt ook dat zaken die langdurig gebruikt zijn maar ondertussen eigenlijk door iets anders vervangen zijn, gewoon in het systeem kunnen blijven. U zei daarover terecht: dat moeten we anders doen. Daarover ben ik al in gesprek met het Zorginstituut. We kijken of we zaken aan de voorkant, als het nieuw is, kunnen toetsen. Maar we kijken ook of we, als er iets anders is, kunnen zeggen: dan stoppen we nu met iets anders wat vervangen is. Dat is niet eenvoudig, maar dat moeten we wel doen. Voorzitter. Mevrouw Paulusma vroeg naar de digitale en hybride zorg.

De voorzitter:

Excuus, maar mevrouw Van den Berg heeft nog een vraag.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Ik zat even te kijken en dacht: misschien val ik onder overig. Maar nu de Minister dit antwoord geeft aan mevrouw Ellemeet, wil ik toch graag een reactie hebben op de twee vragen die daaraan gerelateerd zijn. Het betreft ten eerste de vraag of het Zorginstituut transparant moet maken wat de beste behandelingen zijn, om het zo maar te noemen. De patiënten moeten daar toegang toe hebben en moeten dat ook kunnen zien, want dan komt er automatisch een stroom naar die nieuwe technologie. Het tweede is dat het Zorginstituut het aan de ene kant misschien uit het basispakket kan doen en dat de Zorgautoriteit aan de andere kant kan zeggen: ik ga die oude technologie of die oude behandeling gewoon lager bekostigen. Dat zit volgens mij allemaal in dezelfde categorie die de Minister net aangaf aan mevrouw Ellemeet over passende zorg.

Minister Kuipers:

Het antwoord sluit daar ook bij aan. Het kan een tool zijn om te zeggen: bepaalde zaken faseren we uit. Maar voor nieuwe dingen kunnen we – dat is anders dan bij medicatie, waar we dat wel voor hebben – nadrukkelijk zeggen dat er iets nieuws is, maar dat het zich wel moet bewijzen, dat er dus ook onderzoek naar moet worden gedaan.

De voorzitter:

Dit is uw laatste interruptie, mevrouw Van den Berg.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Dat realiseer ik me, voorzitter. Ik heb zelf ook zitten tellen. Maar ik wil hier toch graag mijn laatste interruptie aan besteden. Ik wil namelijk graag van de Minister weten wanneer hij hierover met een concreet voorstel of wetsvoorstel naar de Tweede Kamer komt om dit verder te vervolgen.

Minister Kuipers:

Geef mij eerst even de gelegenheid om dat gesprek verder te voeren, zowel met het Zorginstituut als met de partijen, over een Integraal Zorgakkoord.

De voorzitter:

Dank u wel. Mevrouw Ellemeet heeft nog een vraag.

Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):

Ja, nog even op dit punt. De Minister zegt: ik ben in gesprek met het Zorginstituut om te kijken hoe we dit verder kunnen brengen. Het gaat inderdaad om nieuwe vormen van zorg. Maar het is toch ook wel een treurige constatering dat een heel groot deel van de zorg die al heel lang gegeven wordt, nog niet bewezen effectief is. Je hoort artsen vaak zeggen: dat doe ik al 30 jaar zo, dus vertrouw mij maar. Dat is toch een ander soort vertrouwen dan waar we het eerder over hadden, denk ik. Mijn vraag ging ook daarover. We hebben daar toen uitgebreid over gesproken met de toenmalige Minister van Ark. Mijn vraag is als volgt. U hebt aangegeven in een brief: we komen dit voorjaar met een visie en een plan van aanpak. Ik vroeg u om een tipje van de sluier op te lichten. Misschien kan dat iets meer zijn dan: ik ben in gesprek met het Zorginstituut. Ik ben gewoon benieuwd.

Minister Kuipers:

«Ik doe dit al 30 jaar, dus zal het wel goed zijn.» Ik herken dat wel. Ik plaats overigens wel een kanttekening. Er wordt om begrijpelijke reden regelmatig gezegd: een groot percentage van wat gedaan wordt in de zorg is niet wetenschappelijk bewezen. Dat klopt. Veel zaken gebruiken we ondertussen al een paar honderd jaar, zoals gips bij een fractuur. Dat is indertijd ingevoerd. We geloven het allemaal. We zouden eigenlijk niet onderdeel willen zijn van een gerandomiseerde studie waarbij je gips krijgt of alleen maar een mitella. Maar daarover is geen enkele wetenschappelijke studie. Een onderzoeker, een medisch specialist, heeft daar ook een keer bewust ridiculiserend een verhaaltje over geschreven in de British Medical Journal, waarbij hij aanvoerde dat de effectiviteit van een parachute eigenlijk nooit bewezen was en hij wel een gerandomiseerde studie wilde doen om te kijken of dat kon helpen. Dat was een beetje ridiculiserend, maar wel op dit punt. Ik noem even één extreem voorbeeld, maar ik ben het met u eens dat er ook veel zaken zijn waarvan we ondertussen wel weten dat ze óf maar weinig effect hebben óf eigenlijk maar effect hebben voor een specifieke patiëntengroep terwijl ze veel breder worden toegepast. Het Zorginstituut heeft, samen met medisch-specialistische verenigingen, veel van dit soort kennis. Als je nou de inzet hebt en de constatering dat we wachtlijsten hebben en dat we uitdagingen hebben ten aanzien van de continuïteit en de toegang tot zorg, dan moet dat ook een extra stimulans zijn om, juist in deze fase, gewoon van dit soort dingen afscheid te nemen, ook als je die al 30 jaar naar eer en geweten gedaan hebt. Daar gaat het gesprek over. Mijn stelling is altijd als volgt. Iedere medisch-specialistische vereniging weet eigenlijk binnen het eigen terrein wel een of twee van dit soort dingen, waarvan je zegt: misschien kan het gebruik wel gepaster, beperkter en daarmee ook zinvoller, en misschien zijn er ook wel dingen waar je helemaal mee kunt stoppen.

De voorzitter:

Dank u wel. Gaat u verder, met gezwinde spoed.

Minister Kuipers:

Voorzitter. Mevrouw Paulusma vroeg naar de digitale en hybride zorg en het terugvallen in oude gewoontes. Ik sluit me daar volledig bij aan. We

zien dat gebeuren. Op zich kan het voor een deel goed zijn. Je wilt ook weer live contact als patiënt et cetera, maar de inzet is het mogelijk blijven maken en weer naar een hoger niveau brengen van die digitale zorg, zeker bij de uitdagingen nu en ook voor datgene waar we ongetwijfeld ook in de komende periode nog voor staan, namelijk dat wachtlijsten op dit moment stabiel zijn, maar niet korter worden. Dat hebben we ook al even genoemd.

Voorzitter. Mevrouw Tielen vroeg naar een aanvullende reactie op het rapport Passende zorg. Relevante rapporten over passende zorg, zoals die van de NZa en het Zorginstituut, liggen aan de basis van wat we op dit moment doen. Dat sluit ook aan bij het WRR-rapport. Ik zal u informeren over de specifieke individuele onderdelen van de passende zorg en de stappen die we daarop zetten, bijvoorbeeld op het gebied van kwaliteit, pakketbeheer en afspraken die we maken in het IZA. Dat zijn de onderdelen. Daarmee komt er niet een integrale, overall reactie.

Dat sluit aan bij een vraag van mevrouw Agema over passende zorg en niet bewezen effectiviteit. Ik ben bezig met de uitwerking van de verbetering en verbreding van de toets op het basispakket. Dat is ook een afspraak in het coalitieakkoord. Daar neem ik dit vraagstuk ook in mee. Mevrouw Den Haan vroeg naar de juiste zorg op de juiste plek en naar pilots die succesvol zijn maar toch stoppen, of in ieder geval niet ergens anders worden geïmplementeerd. Dat is een herkenbaar issue en raakt aan onder andere die taskforce, die ik zonet noemde, die daar met name in de acute zorg naar kijkt. Maar er is ook het bredere onderwerp: hoe maken we nou een vervolgstap voor een bredere inzet van juiste zorg en implementeren we pilots die succesvol zijn breed? Het zal niet verbazen dat dat ook terugkomt in die IZA-discussie.

Mevrouw Tielen vroeg naar innovatie in de gezondheidszorg. Ze zei: dat gaat te langzaam; is er een maatstaf voor? Het is cruciaal dat succesvolle voorbeelden over worden genomen, rekening houdend met de lokale context. Eén maatstaf daarvoor hanteren is lastig. Er blijft altijd sprake van maatwerk, ook afhankelijk van het type innovatie en de benodigde aanpassing van zorgprocessen en werkwijzen. Ik verwijs daarbij ook naar eerdere brieven, en ook naar een brief van mijn voorganger naar aanleiding van een Kamermotie over het doorpakken met innovatie van digitale en hybride zorg. In die brief werden al verschillende initiatieven genoemd. Recent is er een rapport aangeboden. Ik geloof dat mevrouw Van den Berg daaraan refereerde. Dat rapport was zeer ambitieus ten aanzien van wat dat mogelijk zou kunnen doen met het aantal medewerkers in de zorg. De voorspelling was dat als we maar heel breed technologie inzetten in de zorg, dat 100.000 mensen minder kan opleveren. Mijn eerste benadering is dat het al een enorme winst is als we met de bestaande mensen meer patiënten kunnen helpen. We hebben daarmee niet zomaar alle vacatures weg, maar het moet breder ingezet worden. Sorry voor het mantra, maar ook dat vraagt om een bredere inzet, ook bijvoorbeeld in de acute zorg. Ik noemde zo'n landelijk platform voor zorgcapaciteit en uiteindelijk ook een doorzetting vanuit, in dit geval, het Landelijk Netwerk Acute Zorg. Als we een hele tijd bezig zijn, we twee jaar verder zijn en zo'n landelijk platform voor zorgcapaciteit echt z'n meerwaarde heeft bewezen in negen regio's, dan moeten we tegen die tiende regio zeggen: en nou wordt het 'm gewoon. Dat heb ik dus ook gewoon aan de betreffende regio gevraagd.

Dan de juiste zorg op de juiste plek. Mevrouw Tielen vroeg: hoe brengt de Minister samenhang aan in de initiatieven en de effectiviteit? Het RIVM voert al vanaf 2019 en tot 2023 in opdracht van het ministerie een lerende evaluatie uit voor deze beweging. In december van het afgelopen jaar is de Kamer door mijn voorganger geïnformeerd via een update. Die toonde onder andere dat er binnen huidige regelgeving en beleid al veel mogelijk

is. Momenteel werk ik met het RIVM en veel partijen aan een indicatorenset om deze beweging ook kwantitatief zo inzichtelijk mogelijk te maken.

Voorzitter. Ik kom dan bij het mapje Integraal Zorgakkoord. Daar is al het een en ander over gezegd. Mevrouw Ellemeet zei dat het vertrekpunt van het IZA de curatieve zorg is. Kan dat ook verbreed worden? Het gaat om het verkleinen van gezondheidsverschillen. We richten ons op de gezondheid in brede zin. Vandaar drie grote onderwerpen:

- preventieaanpak in een akkoord over gezond en actief leven;
- een aanpak voor wonen en zorg gericht op vergrijzing en kwetsbare ouderen;
- een Integraal Zorgakkoord gericht op de integrale samenwerking binnen het curatieve domein.

Ik onderschrijf volledig wat u zegt, namelijk dat we hier bijvoorbeeld ook de gemeenten voor nodig hebben en dat het wel degelijk breder is. Daarom is er ook het gesprek met de gemeenten.

De voorzitter:

Mevrouw Ellemeet heeft een vraag.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Het kwartje valt nu bij mij. Ik dacht bij «integraal» echt dat het breder was dan het curatieve domein, maar dat is dus niet zo. Dat vind ik echt heel jammer. Volgens mij zou het heel goed zijn als er afspraken gemaakt worden over de thema's die in de brief staan. Die zou je willen verbinden aan de langdurige zorg, de ouderenzorg en de curatieve zorg. Dat is ook het punt dat ik maakte: een groot deel van de druk op de curatieve zorg komt bijvoorbeeld van ouderen. Dat heeft alles te maken met de vergrijzing en de ouderenzorg. Ik vind dit dus echt jammer. Ik denk dat het echt een gemiste kans is. Kan de Minister iets met deze teleurstelling?

Minister Kuipers:

Ik kan altijd wat met teleurstellingen. Ik kan het in ieder geval proberen. Ten eerste hebben die drie akkoorden in deze aanpak een heel nauwe samenhang. Dat betekent ook dat je ze nadrukkelijk op elkaar afstemt. Laat ik vertellen dat wij alleen al voor dat ene integrale akkoord intussen met vijftien partijen zijn, geloof ik. Je moet in een bepaalde tijd iets bereiken. Dat is al een enorme opgave. Mijn collega's doen hetzelfde. Dat moet leiden tot de genoemde drie akkoorden.

De voorzitter:

Mevrouw Ellemeet, heeft u nog een vraag?

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Je neemt dan preventie apart. Dat is weer een bekende aanpak, via die silo's. Ook wonen en zorg zijn apart. Alle problematiek rondom de vergrijzing is natuurlijk breder dan alleen wonen en zorg. Ik begon ermee dat er de komende jaren twee grote uitdagingen zijn. Dat zijn de arbeidsmarktproblematiek en de vergrijzing. Ik zou het echt heel onverstandig vinden als dat thema niet integraal in het akkoord wordt meegenomen. Dan moet je over de grenzen van de curatieve zorg heen kijken.

Minister Kuipers:

Ja, absoluut. Dat gebeurt ook. Een van de partijen die betrokken is, is de langdurige zorg, want dit raakt elkaar.

De voorzitter:

U heeft nog twee blokjes te gaan, als ik het goed heb.

Minister Kuipers:

Voorzitter. Dan komen we bij het blokje bloedvoorziening. Mevrouw Ellemeet vroeg hoe de vragenlijst er ongeveer uit gaat zien.

De voorzitter:

Excuus. Mag ik u onderbreken? Mevrouw Ellemeet heeft nog een vraag.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Ik heb nog twee vragen. Ik heb gevraagd of de Minister de Krijtmolenalliantie kent. Dat is een voorbeeld van een goede samenwerking in Amsterdam-Noord over de grenzen van het ziekenhuis heen. Ik had ook nog een vraag over het in- en uitlenen van personeel en het voorbeeld uit het onderwijs. Daar hebben ze geregeld dat je geen btw hoeft te betalen. Dat hoort nog bij het IZA.

Minister Kuipers:

Op beide kom ik zo terug, voorzitter. De vragen staan in de lijst.

Mevrouw Ellemeet vroeg ook hoe de vragenlijst voor het beoordelen van risicogedrag bij bloeddonatie er ongeveer uit gaat zien. Die vragenlijst is op dit moment nog niet vastgesteld. Sanquin is bezig om de aanpassing van het donorselectiebeleid voor te bereiden. Ze zijn op dit moment volop bezig. De resultaten worden in september verwacht. Sanquin moet het nu zorgvuldig doen. Op het moment dat zo'n vragenlijst bekend is, wil ik die uiteraard de Kamer doen toekomen.

Mevrouw Ellemeet vroeg ook: plasma van homo- en bi-mannen wordt geweigerd door fabrikanten; hoe wordt hiertegen opgetreden? Het klopt dat plasma van mannen die seks hebben met mannen, nu vaak wordt geweigerd door plasmageneesmiddelfabrikanten. Prothya, dat plasma van Nederlandse donoren verwerkt, wil het mogelijk maken om dit plasma te gebruiken voor de productie van plasmageneesmiddelen. Hiervoor gaan zij toestemming vragen aan de Europese geneesmiddelen- autoriteit.

Mevrouw Den Haan vroeg of er voldoende bloeddonoren zijn. Ik ben blij dat die vraag gesteld wordt. Er zijn op dit moment voldoende donoren om te voldoen aan de vraag, maar er is altijd behoefte aan bloed- en plasmadonoren om ook aan een toenemende vraag te kunnen voldoen. Sanquin werft dus doorlopend nieuwe donoren.

De voorzitter:

Mevrouw Ellemeet, uw laatste vraag.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Ik had nog een vraag over die vragenlijst. Wordt die aan iedereen voorgelegd? Of is die vragenlijst alleen voor mannen die seks hebben met mannen? Dan denk ik: dan gaan we hen weer anders behandelen.

Minister Kuipers:

Daar kom ik graag op terug in tweede termijn.

Mevrouw Den Haan vroeg: is de bloedvoorziening voldoende voorbereid op een volgende pandemie? Daarop wordt volop voorbereid. Sanquin en een dochteronderneming, Diagnostiek B.V., werken samen met andere partijen, waaronder OLVG, aan mogelijkheden om bij een eventuele volgende pandemie snel op te kunnen schalen.

Mevrouw Den Haan vroeg ook: waarom wordt in Nederland nog geen pathogeeninactivatie toegepast? Sanquin heeft nog geen beschikking over een veilige, effectieve en gevalideerde pathogeeninactivatie. Zodra deze ter beschikking komt, zal Sanquin beoordelen of deze maatregel bijdraagt aan een veilige en doelmatige bloedvoorziening.

De voorzitter:

Mevrouw Den Haan heeft een vraag naar aanleiding daarvan.

Mevrouw **Den Haan** (Fractie Den Haan):

Heeft de Minister zicht op wanneer dat er dan wel is?

Minister Kuipers:

Nee, dat heb ik niet.

Mevrouw Tielen vroeg naar pathogeeninactivatie. Ze vroeg hoe technologische vernieuwing een plek krijgt in de bloedvoorziening. Sanquin kijkt voortdurend hoe technologische innovaties een bijdrage kunnen leveren. Zo is er in de samenwerking met andere partijen bijvoorbeeld – ik noem een bijzonder voorbeeld – een drone ontwikkeld voor sneller vervoer van bloedproducten naar ziekenhuizen. Sanquin heeft ook een robot ontwikkeld om de bewerking van bloedproducten te automatiseren. Dit ten aanzien van bloedvoorziening, voorzitter.

Dan kom ik terug op twee vragen van mevrouw Ellemeet, allereerst ten aanzien van het voorbeeld van de Krijtmolenalliantie. Zij kijken naar integrale zorg voor kwetsbare ouderen. Dat is een goed voorbeeld. Dat voorbeeld is bekend. Ik heb erover gehoord van de Nederlandse Zorgautoriteit. Ik ben er zelf niet geweest, maar de Nederlandse Zorgautoriteit wel. Die heeft zelfs meerdere bezoeken gebracht, ook ambtelijk. Het is een prachtige bron van inspiratie. Ik weet van de Nederlandse Zorgautoriteit dat er meer van dit soort voorbeelden zijn. Ik ga graag een keer bij een van dit soort voorbeelden op bezoek, of dat nou dit voorbeeld is of een ander.

Mevrouw Ellemeet vroeg ook naar het in- en uitlenen van personeel en het heffen van btw. Eerder ingevoerde btw-vrijstelling voor uitlenen van zorgpersoneel was een tijdelijke noodmaatregel, waardoor de uitleen van zorgpersoneel onder vereenvoudigde voorwaarden kon plaatsvinden. Momenteel is in de zorgsector, net als in andere sectoren, weer de normale btw-regel van toepassing.

De voorzitter:

U heeft ook nog een tweede termijn, mevrouw Ellemeet. Dan kunt u eventueel nog een vraag stellen.

Minister Kuipers:

Voorzitter. We komen bij mijn laatste blokje: overig. Mevrouw Van den Berg vroeg naar het bevorderen van een lerende cultuur. Zij vroeg of ik het ermee eens ben dat patiënten meer informatie moeten krijgen. Uiteraard ben ik het ermee eens dat patiënten voldoende en adequate informatie moeten krijgen, ook over goede voorbeelden van innovatieve zorg. Het is cruciaal dat succesvolle voorbeelden door andere zorgaanbieders worden overgenomen, rekening houdend met lokale context, of dat patiënten, als het echt meerwaarde heeft, verwezen worden. Ik noemde daar zonet al een voorbeeld van.

De heer Van der Staij noemde de urgentie voor betere gegevensuitwisseling ten aanzien van de acute zorg. Daar hebben we zonet al uitgebreid bij stilgestaan.

Mevrouw Ellemeet vroeg naar de arbeidsmarkt en het SER-advies dat zegt: deeltijdwerk moet omhoog. Meer uren werken in de zorg is relevant. Dat loont. Hoeveel iemand netto overhoudt aan meer werk is afhankelijk van het individuele geval. De WRR heeft voorstellen gedaan om het tekort aan zorgprofessionals verder te beperken met maatregelen die fundamenteel ingrijpen op het functioneren van de arbeidsmarkt. Ze vragen om een brede politieke afweging vanuit verschillende beleidsterreinen. Voor de zomer informeert de Minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid over meer uren werken en de overkoepelende arbeidsmarktkrapteaanpak.

Over regeldruk hebben we het gehad. Dat geldt ook voor implementatie van innovatie.

Mevrouw Paulusma vroeg: hoe zorgen we ervoor dat goede voorbeelden van belonen van uitkomsten kunnen worden opgeschaald? Dat is een onderwerp dat al geadresseerd is. Hetzelfde geldt voor het bevorderen van gegevensuitwisseling, voor zorgverleners en voor toegang tot gegevens in de acute situatie.

De voorzitter:

Dank u wel voor de beantwoording van de vragen. We gaan over naar de tweede termijn aan de zijde van de Kamer, tenzij ... Nee, het lijkt mij het handigst als we gewoon overgaan tot de tweede termijn. Als u nog vragen mist, dan heeft u daartoe de gelegenheid. Ik wil voorstellen dat u daar anderhalve minuut voor gebruikt. Dan geef ik graag het woord aan mevrouw Van den Berg.

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

Dank u wel, voorzitter. In de eerste plaats dank aan de Minister voor alle antwoorden. Dank ook aan de ondersteuning. Ik ben blij met de toezegging van de Minister dat niet alleen care en cure, maar ook community zeer belangrijk is om goede zorg toekomstbestendig te maken en te borgen.

Voorzitter. Ten aanzien van de technologie-inzet, de eenduidigheid en de administratieve lasten wil ik toch nog wel een stapje verder gaan, dus ik vraag een tweeminutendebat aan.

Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Van den Berg. Meneer Van der Staaij.

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

Dank u wel, voorzitter. Ik wil de Minister danken voor de beantwoording. Het was een diversiteit aan onderwerpen. Op een groot aantal onderwerpen wordt binnenkort nog teruggekomen met een brief. Er zijn ook nog brieven, zo heb ik inmiddels vastgesteld, die zelfs op de agenda staan voor een debat volgende week, over medische ethiek. Op allerlei manieren worden we de komende tijd dus nog verder bediend. Ik hoop dat we er nog wat uitgebreider over kunnen doorspreken. Ik zal op dit moment afzien van nadere vragen.

De voorzitter:

Dank u wel, meneer Van der Staaij. Mevrouw Van der Plas.

Mevrouw **Van der Plas** (BBB):

Dank u wel. Ik heb uitgebreid gedebatteerd met de Minister, dus ik zie af van mijn tweede termijn. Ik heb nu geen dringende extra vragen, dus ook omwille van de tijd laat ik het hierbij. Ik dank de Minister en uiteraard zijn staf voor de beantwoording.

Dank u wel.

De voorzitter:

U ook bedankt. Mevrouw Ellemeet.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Dank voor alle antwoorden en voor de lange zit, voor het uithoudingsvermogen. Dat geldt trouwens ook voor onszelf.

Ik was aan het begin van de beantwoording licht geïrriteerd. De Minister zei terecht: dit is niet het moment om het over de Wegiz te hebben. Daar heeft de Minister gelijk in, maar mij ging het er meer om dat de hele problematiek rond administratievelastendruk natuurlijk niet te reduceren

is tot de Wegiz, om het zo maar te zeggen. We gaan niet alles oplossen met de digitalisering. Ik wil hem nog een keer op het hart drukken dat dit misschien wel – dan ligt het formeel misschien bij zijn collega, maar ook deze Minister zal ermee aan de slag moeten – een van de taaiste onderwerpen is. Ik denk echt dat we buiten de gebaande paden moeten denken. Hij noemde vier punten die in de brief komen over de administratieve lasten. Die klinken echt heel plausibel, maar ik denk gewoon dat ze niet genoeg gaan zijn. Ik zou de Minister toch willen vragen om zich hier nog eens over te buigen en om nog eens het rapport van de RVS open te slaan.

Verder ben ik benieuwd of de Minister een planning kan geven voor het traject dat nu loopt rond de mondzorg. Ik maak mij echt zorgen om mensen die het niet kunnen betalen en die in de problemen komen. Volgens mij zei hij: ik ben daarover in gesprek met de gemeentes. Ik wil daar graag een planning op. Hij zou in de tweede termijn nog terugkomen op de Solvency II-eisen. Ik weet niet of ik dat nu nog nader moet toelichten.

Verder zei de Minister in een bijzin dat het misschien verstandig zou zijn om de zorgcapaciteit regionaal breed inzichtelijk te maken, dus breder dan alleen de ziekenhuiszorg. Kan hij daar nog iets meer over zeggen?

Ten slotte wilde ik wat zeggen over de onderuitputting van de wijkverpleging. Er was even een debatje tussen mevrouw Agema en de Minister. We moeten die onderuitputting uitzoeken. Er is natuurlijk een monitor van de NZa over de contractering van de wijkverpleging. Die liegt er niet om. Daar staat gewoon in: er wordt veel te weinig gecontracteerd op kwaliteit. Dat leidt ook tot onderuitputting. Daar wilde ik de Minister nog even op wijzen.

Dank u wel, voorzitter.

De voorzitter:

Dank u wel. Het woord is aan meneer Hijink.

De heer Hijink (SP):

Dank, voorzitter. We zijn vanavond helaas nog niet veel verder gekomen, maar dat gaat nog wel gebeuren. Ik heb het bijvoorbeeld over afspraken over de spoedeisendehulpdiensten die we her en der zien. Dat is voor de SP echt een doorn in het oog. De concentratie van de zorg pakt niet per definitie goed uit. We komen daar op een later moment nog over te spreken. Ik ben ook blij dat er een tweeminutendebat komt. Ik denk namelijk dat het belangrijk is dat we daar nu alvast harde uitspraken over gaan doen, juist om te voorkomen dat sluipenderwijs steeds meer spoedeisendehulpafdelingen in ziekenhuizen gesloten worden.

Ik ben ook niet gerustgesteld over de huisartsen. We hebben het nu al heel lang over het opleiden van extra huisartsen. De Minister zegt: er zijn een hoop huisartsen bij gekomen. Je ziet natuurlijk op heel veel plekken in de zorg, ook bij de verpleegkundigen, dat er mensen worden opgeleid en dat er instroom is. Tegelijkertijd zie je dat er heel veel mensen stoppen of overwegen om te stoppen. Dat geldt voor verpleegkundigen in de ziekenhuizen, maar dat geldt net zo goed voor de huisartsen. Ik denk dus dat we het ons niet kunnen permitteren om daar nog lang mee te wachten, omdat de huisarts een cruciale rol heeft in onze zorg. Dat komt allemaal later nog. We zullen daar ook voorstellen voor doen in het tweeminutendebat.

Dank, voorzitter.

De voorzitter:

Dank u wel, meneer Hijink. Het woord is aan mevrouw Den Haan.

Mevrouw **Den Haan** (Fractie Den Haan):

Dank u wel, voorzitter. Ik wil graag de Minister en de ambtenaren bedanken voor alle beantwoorde vragen; sommige antwoorden waren naar tevredenheid, andere antwoorden wat minder. Er ligt natuurlijk enorm veel op ons bordje. Het ligt ook al een jaar te wachten. Sommige onderwerpen spelen zelfs al veel langer dan een jaar. Ik verwacht niet dat de Minister in één keer ijzer met handen kan breken, maar we hebben het hier natuurlijk wel over kwetsbare mensen en hun gezondheid. Ik zou het fijn vinden als er bij sommige onderwerpen een hoger tempo is. Het kan zijn dat ik het gemist heb, maar volgens mij is één vraag nog niet beantwoord. Ik had met betrekking tot budgettering gevraagd of de lijst met de minimaal klinisch noodzakelijke testen eerder beschikbaar gesteld kan worden.

Dank u wel, voorzitter.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Het woord is aan mevrouw Paulusma.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Dank, voorzitter. Ik sluit mij aan bij de dankwoorden die mevrouw Den Haan uitsprak, maar niet bij haar laatste vraag. Dank dus aan de Minister en de ambtenaren.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Het woord is aan mevrouw Tielen.

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Ik vond het een lange zit, maar ook een leuk debat. Ik dacht van tevoren dat iedereen alle kanten op zou gaan. Ik vroeg me af: hebben we het dan nog wel ergens over? Maar ik vond het debat best inspirerend en goed. Wel zitten er natuurlijk heel veel richtingen in. We horen ook nog wel veel zinsneden als «we zullen», «we gaan» en «we komen erop terug». Ik neem dus aan dat dit gewoon weer een aanzet is tot meer.

Dank voor de toezegging-Agema/Tielen – ik noem het maar even zo – over het stille probleem. Daarbij keek mevrouw Agema vooral naar de wijkverpleging en de thuiszorg, en keek ik vooral naar huisartsen. Hoe zorgen we er nou voor dat we meer grip op het stille probleem krijgen? Dan heb je het over werkdruk, werktijd en dat soort zaken.

We komen vast nog te spreken over generalistische artsen en de mate van snelheid van innovaties, juist ook over de zuurkoolinnovaties, de simpele dingen. Zolang er prachtige rapporten, initiatieven en ideeën rondom innovatie zijn, is het leuk, maar die worden pas van waarde als de mensen op de werkvloer daar ook mee aan de slag kunnen of als patiënten de zorg nodig hebben. We moeten meer grip proberen te krijgen op de snelheid tussen een idee en de uiteindelijke waarde.

Er was ook nog een vergeten vraag over kanker. De Minister zei wel: ik erken dat we misschien wel wat ambitie zouden mogen hebben, bijvoorbeeld over de vijfjaarsoverleving van kanker. Is de Minister ook bereid om daar een soort van plan van aanpak voor te gaan opzetten? Wil hij dat toezeggen? Dat gaat niet alleen over de medisch-specialistische zorg, maar ook over preventie, de eerste lijn. Dat gaat eigenlijk over het hele pakket rondom de kankerzorg.

De **voorzitter**:

Dank u wel, mevrouw Tielen. Het woord is aan mevrouw Agema.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Dank u wel, voorzitter. Ik dank de Minister voor zijn beantwoording. Ik heb geen flauw idee waar dit debat toe geleid heeft of waar het naartoe gaat. We hebben ons wel met z'n allen heel erg ingezet. Kan de Minister

misschien recapituleren wat hij mee gaat nemen uit dit debat en wat er in zijn brieven komt?

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Agema. Dat is inderdaad een mooie afsluitende vraag. Het woord is aan meneer Van Houwelingen.

De heer Van Houwelingen (FVD):

Dank u, voorzitter. Ook voor ons is de afdrank van dit debat erg teleurstellend. De Minister zegt altijd met grote woorden dat de centralisering doorgaat, ook in de zorg. Daarmee gaat de bureaucratisering ook door. Wat dat betreft hebben we dus niets bereikt.

De verloskundigenzorg is uitstekend georganiseerd in dit land. Heel veel landen zijn daar jaloers op. De Minister heeft daar een sterfhuis voor ingericht. Hij gaat de zelfstandige verloskundigenpraktijken namelijk financieel benadelen. Die zullen dus langzaam uitsterven en opgaan in grote, nieuwe geboortecentra, in de integrale zorg. Dat is heel jammer. Wat ons betreft is dat zelfs intriest.

De voorzitter:

Dank u wel, meneer Van Houwelingen. Ik kijk naar de Minister. Hij zegt dat hij twee minuten nodig heeft. Daar maak ik iets meer van, namelijk vijf minuten. We beginnen wel echt over vijf minuten. Ik schors de vergadering dus voor vijf minuten.

De vergadering wordt van 22.05 uur tot 22.11 uur geschorst.

De voorzitter:

Goedenavond. We gaan verder met de beantwoording van de openliggende vragen in de tweede termijn. Ik geef snel het woord aan de Minister.

Minister Kuipers:

Dank u wel, voorzitter. Ik moet allereerst even terugkomen op de vraag waar zonet terecht wat hilariteit over ontstond. Die vraag ging over fysiotherapie, de adviesaanvraag en het ZIN. Is de aanvraag ingediend, ja of nee? Ik word helaas nog een keer gecorrigeerd, dus ik kom met een verdere specificatie. Ik zal het even letterlijk zeggen. Ik las zonet ook al de letterlijke tekst voor, maar ik doe dat nu nog een keer. De adviesaanvraag is al naar het ZIN. We zijn gestart met een traject met het ZIN, verzekeraars, zorgaanbieders en patiëntenorganisaties voor een adviesaanvraag. Fysiotherapeuten, verzekeraars en patiënten stellen gezamenlijk een kwaliteitskader op en dienen dat in bij het ZIN. Daar zijn ze op dit moment volop mee bezig. In 2023 dienen zij dat kader bij het ZIN in. Op 9 juni spreken wij hier verder over op basis van de brief die ik u recent heb gestuurd over het pakket. Ze zijn er dus mee bezig.

Voorzitter. Dan was er een vraag van mevrouw Ellemeet over het breder inzichtelijk maken dan alleen ziekenhuiscapaciteit. Ja, dat is mijn bedoeling. Het huidige contract met het LCPS over het gebruik van het Landelijk Platform Zorgcoördinatie is gericht op een verbinding van de elektronische patiëntendossiers van de ziekenhuizen met betrekking tot de beschikbare capaciteit van ziekenhuisbedden op de intensive care en bij de kliniek. Vervolgens gaat het ook over drukte op de spoedeisende hulp en over de gemiddelde wachttijd. Dat kan weer gebruikt worden in de meldkamer voor ambulances. Ik zie mevrouw Van den Berg kijken. Zij heeft dat ongetwijfeld bij haar recente bezoek aan de ambulance gezien. Je kunt het vervolgens ook gebruiken voor beschikbare capaciteit in de vvt-sector of voor eerstelijnsverpleegbedden. Dat is bij uitstek iets wat niet alleen de ziekenhuiszorg, maar bijvoorbeeld ook de huisarts kan helpen.

Dan vroeg mevrouw Ellemeet naar de planning voor de mondzorg. Rond de zomer komt er een brief over de mondzorg. Daarin zal ik ook verder ingaan op de planning.

Mevrouw Ellemeet vroeg ten slotte nog hoe de vragenlijst van Sanquin eruit gaat zien, en aan wie die voorgelegd wordt. Aan wie de vragenlijst wordt voorgelegd, is onderdeel van het huidige onderzoek van Sanquin. Het onderzoek ziet dus op twee dingen. Eén: welke vragen komen op de lijst? Twee: aan wie wordt de vragenlijst voorgelegd?

Mevrouw Den Haan vroeg: kan de lijst met minimaal klinisch noodzakelijke testen eerder ter beschikking komen? Het is van belang dat er zo veel mogelijk op dezelfde manier wordt gewerkt met een gedragen lijst als uitkomst. Om een door de zorg gedragen lijst te krijgen, moet er tijd genomen worden voor consultatie. Aan deze lijst wordt op dit moment met een projectgroep gewerkt. Die komt iedere drie weken bij elkaar. Voor de opleverdatum zal de lijst al in concept beschikbaar zijn bij wetenschappelijke verenigingen voor consultatie bij de achterban.

Mevrouw Ellemeet vroeg naar Europese regels die in de weg staan van het behouden van een aanvullende zorgverzekering voor mensen met schulden. De Kamer heeft eerder een Kamerbrief van mijn voorganger ontvangen. Daarin staat dat de Minister van VWS private verzekeringsondernemingen niet kan onderwerpen aan wettelijke voorschriften over acceptatie, verzekeringsdekking en premiestelling. Dit is opgenomen in de Europese richtlijn Solvency II. Dit betekent niet dat ik niets kan doen om de toegang tot mondzorg voor mensen in de schulden te verbeteren. Het Ministerie van VWS, het Ministerie van SZW, gemeenten, zorgverzekeraars en de mondzorgberoepsorganisaties werken samen aan verschillende maatregelen om de mijding van mondzorg om financiële reden tegen te gaan.

Mevrouw Tielen vroeg naar Nederlandse cijfers voor vrouwen met kanker. Wat is de inzet van de Minister ten aanzien van de nationale kankeragenda? Ik gaf zonet al aan dat de Nederlandse cijfers voor vrouwen evenzo gelden voor mannen ten aanzien van verschillen op internationaal gebied. Sterker nog, bij mannen is het verschil met sommige landen nog wat groter dan bij vrouwen. De cijfers moeten echter allebei worden verbeterd. Welke doelstellingen hebben we dan? Dat is een onderwerp voor het Integraal Zorgakkoord. Welke ambitie durven we te stellen? Durven we dat ook concreet te maken? Op die vragen kom ik terug.

Er was nog een vraag over vrijstelling van btw op detachering in de zorg. Die geleid ik door aan de Minister van SZW.

De voorzitter:

Bedankt voor de beantwoording van de laatste vragen. Dan komen we aan het eind van dit commissiedebat. O, mevrouw Ellemeet heeft nog een korte vraag.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Ja, want de Minister zei dat de Minister van SZW voor de zomer met een brief komt die breed gaat over zaken met toeslagen en de arbeidsmarkt. Zou dit punt daarin meegenomen kunnen worden?

Minister Kuipers:

Dat kan ik van harte vragen.

De voorzitter:

Oké, dank u wel. Dan komen we toch echt tot het einde. Er is in ieder geval een tweeminutendebat aangevraagd, met als eerste spreker mevrouw Van den Berg. Er is mij een negental toezeggingen aangereikt. Ik zal die voorlezen.

- De Minister voor Langdurige Zorg en Sport stuurt de Kamer nog voor de zomer een brief over de vervolgaanpak regeldruk. Die toezegging is voor hele commissie.
- De Minister van VWS stuurt de Kamer schriftelijke voorbeelden toe van burgerbetrokkenheid, participatie en community bij het borgen van een toekomstbestendig zorglandschap. Deze toezegging kwam naar aanleiding van een vraag van mevrouw Van den Berg.
- De Staatssecretaris van VWS stuurt de Kamer in de tweede helft van juni brieven over het programma Kansrijke Start en over onbedoelde zwangerschappen. Deze toezegging kwam naar aanleiding van een vraag van mevrouw Bikker.
- De Minister zal de Kamer in 2023 informeren over de eerste evaluatie van de dertienwekenecho. Bij eerdere bevindingen informeert de Minister mogelijk op een eerder moment.
- De Kamer ontvangt van de Minister van VWS de rapportage van de taskforce goede praktijk in de acute zorg.
- Voor de zomer ontvangt de Kamer de onderzoeksopzet van het onderzoek naar transgenderzorg. Deze toezegging is gedaan naar aanleiding van een vraag van de heer Van der Staaij.
- Zodra de vragenlijst naar risicogedrag van Sanquin is afgerond, zal deze naar de Kamer worden verstuurd. De verwachting is dat dit rond september zal zijn. Dat was een vraag van mevrouw Ellemeet.
- Voor de zomer ontvangt de Kamer van de Minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid een brief over de overkoepelende aanpak van krapte op de arbeidsmarkt. Ook deze toezegging werd gedaan naar aanleiding van een vraag van mevrouw Ellemeet.
- Rond de zomer ontvangt de Kamer een brief over de mondzorg. Deze toezegging is eveneens gedaan naar aanleiding van een vraag van mevrouw Ellemeet.

Mevrouw Van den Berg, heeft u nog een opmerking?

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

In die zin, voorzitter, dat ik u eigenlijk overal een datum bij hoor zetten, behalve volgens mij bij goede praktijk acute zorg.

De **voorzitter**:

Dat klopt. Die hebben we ook niet. Misschien kan de Minister daar iets over zeggen?

Minister **Kuipers**:

U ziet het hier heen en weer gaan. Het is hopen dat ik, als het door veel mensen wordt doorgegeven, uiteindelijk toch nog het goede antwoord geef. Dat komt in de tweede helft van het jaar.

De **voorzitter**:

Precies. Dat spelletje deed ik op de kleuterschool volgens mij. Mevrouw Tielen heeft nog een opmerking.

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Ik begrijp dat de toezeggingen aparte brieven zijn, maar ik heb wel twee dingen die bij het Integraal Zorgakkoord gevoegd wordt. Het gaat dan over de kankeragenda. Die moet ik daarin terugvinden. Ik doe het zo: ik lees de Handelingen terug en dan weet ik wat ik moet. En dan komt er ook nog een iets verdiepende analyse over het stille probleem in verband met werk. Het woord «productiviteit» wil ik helemaal niet gebruiken, maar volgens mij weten we wat we bedoelen.

Minister **Kuipers**:

Ja, met een aanvulling van mijn kant. Als het gaat om wat een Integraal Zorgakkoord en specifieke doestellingen vragen, dan zal dat, bijvoorbeeld

als het gaat over oncologie, naar mijn verwachtingen – ik weet het nu niet – ook betekenen dat daar door veel partijen vervolgens individueel op geschakeld, geacteerd, moet worden. Dat komt in het vervolg en dus ook in vervolgbrieven.

De voorzitter:

Ja dank u wel. Ik heb net alle toezeggingen opgelezen. Dat deed ik expres, omdat we daarmee de ambitie uitspreken om minder moties in het tweeminutendebat in te dienen. Alles wat in een toezegging is opgeschreven, hoeft niet in een motie vevat te worden, geef ik mijn collega's mee. Ik wil in ieder geval de Minister en zijn staf hartelijk danken voor het werk. Ik wil mijn collega's hartelijk danken, want dit zijn, zoals mevrouw Agema al zei in de procedurevergadering, lange zittingen. Dit was voor ons allemaal een lange zitting, ook voor de staf van de Minister en voor alle mensen thuis. Als er nog mensen thuis aan het kijken zijn, heb ik daar diep respect voor. Maar zij zullen vast naar iets anders kijken en dat is heel spannend.

Minister Kuipers:

Haha, we horen het graag even, voorzitter.

De voorzitter:

Ik sluit de vergadering.

Sluiting 22.20 uur.