

Vergaderjaar 2019–2020

31 765

Kwaliteit van zorg

Nr. 512

VERSLAG VAN EEN NOTAOVERLEG

Vastgesteld 22 juli 2020

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 29 juni 2020 overleg gevoerd met de heer Van Rijn, Minister voor Medische Zorg en Sport, over:

- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 13 februari 2019 inzake zorgevaluatie en Gepast Gebruik (Kamerstuk 29 248, nr. 316);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 4 maart 2019 inzake antwoorden op vragen commissie over de wijziging tariefsoort eerstelijnsdiagnostiek (Kamerstuk 33 578, nr. 61);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 18 december 2018 inzake wijziging tariefsoort eerstelijnsdiagnostiek (Kamerstuk 33 578, nr. 59);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 29 maart 2019 inzake reactie op het verzoek van het lid Özütok, gedaan tijdens de regeling van werkzaamheden van 11 december 2018, over het bericht dat de VN-commissie Nederland op de vingers tikt op het gebied van intersekserrechten (Kamerstuk 33 826, nr. 28);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 28 maart 2019 inzake Het Resultaat Telt Ziekenhuizen en Particuliere klinieken 2017 (Kamerstuk 31 765, nr. 399);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 12 april 2019 inzake reactie op het verzoek van het lid Van Gerven, gedaan tijdens de regeling van werkzaamheden van 28 maart 2019, over het rapport van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd over een medische studie onder galwegkankerpatiënten (Kamerstuk 31 765, nr. 406);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 11 april 2019 inzake eindevaluatie Citrienfonds 2014–2018 (Kamerstuk 31 765, nr. 404);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 7 juni 2019 inzake reactie op het verzoek van het lid Raemakers, gedaan tijdens de regeling van werkzaamheden van 16 april 2019, over het bericht «Veel ziekenhuiszorg heeft geen enkel nut» (Kamerstuk 29 248, nr. 317);**

- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 28 juni 2019 inzake voortgang kwartiermaker transgenderzorg (Kamerstuk 31 016, nr. 237);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 25 juni 2019 inzake reactie op het verzoek van het lid Van Gerven, gedaan tijdens de regeling van werkzaamheden van 12 juni 2019, over patiëntenstops bij spoedzorg in ziekenhuizen (Nos.nl, 12 juni 2019) en antwoorden op enkele vragen over het Jaarverslag 2018 inzake patiëntenstops (Kamerstuk 35 200 XVI, nr. 16);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 13 augustus 2019 inzake behoefteeraming Deep Brain Stimulation (Kamerstuk 29 689, nr. 1019);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 10 september 2019 inzake reactie op verzoek commissie over het bericht «Ziekenhuiszorg voor oudere laat te wensen over» en het rapport «Meer aandacht voor ouderen in het ziekenhuis» van ZonMw (Kamerstuk 31 765, nr. 435);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 6 september 2019 inzake afschrift van de antwoorden op vragen van de Eerste Kamer over de ontwikkelingen rondom de kwartiermaker en de wachtlijsten in de transgenderzorg (2019D34490);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 11 oktober 2019 inzake programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik en vervolgprogramma ZonMw DoelmatigheidsOnderzoek (Kamerstuk 29 248, nr. 318);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 26 november 2019 inzake stand van zaken transgenderzorg (Kamerstuk 31 016, nr. 257);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 9 december 2019 inzake BBAZ-gerelateerde moties (Kamerstuk 32 864, nr. 10);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 17 december 2019 inzake monitor van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) over de inhoud van contracten in de medisch-specialistische zorg in 2018 (Kamerstuk 29 248, nr. 319);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 17 december 2019 inzake monitor prijstransparantie medisch specialistische zorg (Kamerstuk 32 620, nr. 243);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 10 januari 2020 inzake reactie op verzoek commissie inzake open brief van de Stichting Tot hier en niet verder met betrekking tot vergoeding en behandeling van ziekte multiple sclerosis (2020D00438);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 20 februari 2020 inzake Future Affordable Sustainable Therapies (FAST) over instellen kwartiermaker (Kamerstuk 29 477, nr. 649);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 16 maart 2020 inzake Het Resultaat Telt 2018 (Kamerstuk 31 765, nr. 489);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 4 mei 2020 inzake verkenning facultatieve prestatie in de medisch specialistische zorg (msz) (Kamerstuk 29 248, nr. 321);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 11 mei 2020 inzake zesde Monitor geneesmiddelen in de

- medisch specialistische zorg (msz) (Kamerstuk 29 477, nr. 654);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 26 april 2019 inzake onderzoek naar informatiebehoefte verzekerden kwaliteit van zorg (Kamerstuk 29 689, nr. 983);
 - de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 3 juni 2019 inzake samenvattend rapport Zorgverzekeringswet 2017/2018 van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) (Kamerstuk 29 689, nr. 993);
 - de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 5 juli 2019 inzake risicovereveningsmodel 2020 (Kamerstuk 29 689, nr. 1016);
 - de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 10 juli 2019 inzake reactie op verzoek commissie over aanbesteding Zilveren Kruis voor zittend ziekenvervoer (2019D30655);
 - de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 12 juli 2019 inzake stand van zaken Wet anonieme financiering van zorg aan ernstig bedreigde personen (Kamerstuk 33 675, nr. 11);
 - de brief van de Staatssecretaris van Justitie en Veiligheid d.d. 22 augustus 2019 inzake reactie op verzoek commissie over zorgverzekering voor asielzoekers (Kamerstuk 19 637, nr. 2524);
 - de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 6 september 2019 inzake risicoverevening 2020 septemberbrief (Kamerstuk 29 689, nr. 1023);
 - de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 9 september 2019 inzake NZa Monitor Zorgverzekeringen 2019 (Kamerstuk 29 689, nr. 1024);
 - de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 1 oktober 2019 inzake CPB-onderzoek inzake vrijwillig eigen risico (Kamerstuk 29 689, nr. 1025);
 - de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 14 oktober 2019 inzake verzekerdenmonitor 2019 (Kamerstuk 33 077, nr. 22);
 - de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 25 november 2019 inzake vindbaarheid informatie websites zorgverzekeraars (Kamerstuk 29 689, nr. 1033);
 - de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 13 december 2019 inzake rapport evaluatie wanbetalersregeling (Kamerstuk 33 077, nr. 23);
 - de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 16 maart 2020 inzake reactie op verzoek commissie over het VGZ-contracteerbeleid met betrekking tot de antistollingszorg door trombosediensten (Kamerstuk 29 689, nr. 1049);
 - de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 28 april 2020 inzake samenvattend rapport Zorgverzekeringswet 2019 van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) (Kamerstuk 29 689, nr. 1052);
 - de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 2 april 2020 inzake overstapeseizoen zorgverzekering 2019–2020 (Kamerstuk 29 689, nr. 1050);
 - de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 29 januari 2020 inzake reactie op het verzoek van het lid Van Gerven, gedaan tijdens de regeling van werkzaamheden van 10 december 2019, over het bericht «Zorgstop in ziekenhuizen, want het geld voor dit jaar is op» (Gelderlander.nl, 10 december 2019) (Kamerstuk 29 689, nr. 1045);

- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 18 juni 2020 inzake risicovereveningsmodel 2021 (Kamerstuk 29 689, nr. 1067);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 24 juni 2020 inzake polisaanbod 2020 (Kamerstuk 29 689, nr. 1069);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 11 december 2019 inzake stand van zaken van een tweetal toezeggingen over geneesmiddelentekorten (Kamerstuk 29 477, nr. 638);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 19 december 2019 inzake voortgang besprekingen geneesmiddel CDCA en update financiële arrangementen (Kamerstuk 29 477, nr. 643);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 18 december 2019 inzake afschrift brief aan PGMCG over thuishandelt cannabis voor medische doeleinden (2019D52628);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 19 december 2019 inzake toezeggingen, gedaan tijdens het algemeen overleg Geneesmiddelenbeleid van 6 november 2019, over het instrument van medicatiebeoordelingen (Kamerstuk 29 477, nr. 640);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 18 december 2019 inzake afschrift van het antwoord op de brief van gemeente Zwartewaterland over problematiek medicinale cannabis (2019D52748);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 13 december 2019 inzake evaluatie Transparantieregister Zorg (Kamerstuk 32 620, nr. 241);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 19 december 2019 inzake overheveling groepen geneesmiddelen van de openbare apotheek naar het ziekenhuis (Kamerstuk 29 477, nr. 641);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 27 januari 2020 inzake modernisering geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) (Kamerstuk 29 477, nr. 644);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 29 januari 2020 inzake reactie op verzoek commissie over de rapporten inzake overheveling van geneesmiddelengroepen van de openbare apotheek naar het ziekenhuis (Kamerstuk 29 477, nr. 645);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 2 april 2020 inzake rapport expertbijeenkomst Afbouwen antidepressiva hoe? (Kamerstuk 29 477, nr. 652);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 25 maart 2020 inzake aankondiging sluiskandidaten tweede helft 2020 (Kamerstuk 29 477, nr. 650);
- de brief van de president van de Algemene Rekenkamer d.d. 23 april 2020 inzake rapport «Paardenmiddel of noodverband? Resultaten prijsonderhandelingen geneesmiddelen» (Kamerstuk 29 477, nr. 653);
- de brief van de Minister van Infrastructuur en Waterstaat d.d. 13 maart 2020 inzake beleidsstandpunt COGEM-advies Beoordeling van risico's voor derden bij klinisch onderzoek met genterapie (Kamerstuk 27 428, nr. 366);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 13 december 2019 inzake definitief besluit Treant (Kamerstuk 31 016, nr. 268);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 4 februari 2020 inzake reactie op verzoek commissie om een

- reactie inzake de petitie met betrekking tot het niveau van de medische zorg in Woerden (Kamerstuk 31 016, nr. 277);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 24 april 2020 inzake reactie op verzoek commissie over de bestuurlijke ontvlechting van de Reinier Haga Groep (RHG) en de ontstane situatie naar aanleiding hiervan (Kamerstuk 31 016, nr. 284);
 - de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 14 mei 2020 inzake advies van de Chief Nursing Officer inzake de draagkracht van verpleegkundigen (Kamerstuk 25 295, nr. 350);
 - de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 27 mei 2020 inzake verkenner Santiz (Kamerstuk 31 016, nr. 285);
 - de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 24 juni 2020 inzake stand van zaken moties en toezeggingen, gedaan tijdens het algemeen overleg over Medisch Zorgland-schap JZOJP van 28 november 2019 en 6 februari 2020 (Kamerstuk 32 620, nr. 264);
 - de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 31 januari 2020 inzake reactie op verzoek commissie inzake rapport van het Actiecomité Het Roer Moet Om over het boek Patiënt tussen wal en schip (Kamerstuk 32 620, nr. 247);
 - de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 4 november 2019 inzake reactie op verzoek commissie over het rapport «Zorg voor betere behandeling bij ME» van de ME/CVS Vereniging (Kamerstuk 34 170, nr. 16);
 - de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 19 november 2019 inzake reactie op de gewijzigde motie van het lid Ellemeet c.s. over de gevolgen van contractering op de kwaliteit van paramedische zorg (Kamerstuk 33 578, nr. 77);
 - de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 20 december 2019 inzake aanpak juiste medisch-generalistische zorg (artsenfunctie) op de juiste plek (Kamerstuk 34 104, nr. 272);
 - de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 13 december 2019 inzake reactie op verzoek commissie over de nadere brandbrief tekorten huisartsenzorg;
 - de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 13 december 2019 inzake reactie op verzoek commissie over de brief van Huisartsenpraktijk S. aan NZ met betrekking tot toelichting op het bezwaar tegen prestatie- en tariefbeschikking huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg (2019D51884);
 - de brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 17 maart 2020 inzake ondervoeding (Kamerstuk 29 389, nr. 102);
 - de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 19 maart 2020 inzake kostenonderzoek paramedische zorg (Kamerstuk 33 578, nr. 79);
 - de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 29 juni 2018 inzake capaciteit in de mondzorg (Kamerstuk 33 578, nr. 57);
 - de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 25 maart 2019 inzake reactie op het verzoek van het lid Ellemeet, gedaan tijdens de regeling van werkzaamheden van 5 maart 2019, over het bericht dat steeds meer tandartsen uit het buitenland komen (Kamerstuk 29 282, nr. 358);
 - de brief van de Staatssecretaris van Infrastructuur en Waterstaat d.d. 27 juni 2019 inzake beleidsplan voor terugdringing

- gebruik amalgaam in de tandheelkunde (Kamerstuk 32 620, nr. 230);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 25 oktober 2019 inzake informatie over de manier waarop verzekeraars ouders informeren dat zij niet hoeven te betalen voor de mondzorg voor hun kinderen (Kamerstuk 29 689, nr. 1031);
 - de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 3 februari 2020 inzake mondzorg Jeugdigen (Kamerstuk 33 578, nr. 78);
 - de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 31 maart 2020 inzake samenwerkingsafspraken ten behoeve van experiment geregistreerd-mondhygiënist (Kamerstuk 32 620, nr. 259);
 - de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 7 november 2019 inzake agenda acute zorg (Kamerstuk 29 247, nr. 295);
 - de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 7 november 2019 inzake referentiekader spreiding en beschikbaarheid ambulancezorg 2019 (Kamerstuk 29 247, nr. 296);
 - de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 21 november 2019 inzake ambulancezorg op Voorne-Putten (Kamerstuk 29 247, nr. 297);
 - de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 9 december 2019 inzake herziening Referentiekader Ambulancezorg 2019 (Kamerstuk 29 247, nr. 309);
 - de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 3 december 2019 inzake strategische koers Raad van Bestuur van Santiz over de plannen voor het ziekenhuis in Winterswijk (Kamerstuk 31 016, nr. 258);
 - de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 3 december 2019 inzake toezeggingen naar aanleiding van het algemeen overleg Ambulancezorg en acute zorg van 3 oktober 2019 (Kamerstuk 29 247, nr. 308);
 - de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 19 december 2019 inzake uitvoering van verschillende moties ingediend tijdens het VAO Ambulancezorg / Acute zorg op 4 december 2019 (Kamerstuk 29 247, nr. 310);
 - de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 4 februari 2020 inzake stand van zaken over een aantal moties en toezeggingen, gedaan tijdens het dertigledendebat van 15 januari 2020, over acute verloskunde in Drenthe en Zuidoost-Groningen en het notaoverleg van 20 januari 2020 over de initiatiefnota van het lid Van Gerven over het ziekenhuis dichtbij voor iedereen en het VAO Ambulancezorg / Acute zorg van 4 december 2019 (Kamerstuk 31 016, nr. 279);
 - de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 29 januari 2020 inzake NZa Informatiekaart acute zorg (Kamerstuk 29 247, nr. 311);
 - de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 16 maart 2020 inzake voortgang gegevensuitwisseling bij spoed (Kamerstuk 27 529, nr. 214).

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

De voorzitter van de commissie,
Lodders

De griffier van de commissie,
Post

Voorzitter: Lodders
Griffier: Bakker

Aanwezig zijn tien leden der Kamer, te weten: Agema, Van den Berg, Dik-Faber, Ellemeet, Van Gerven, Lodders, Ploumen, Raemakers, Sazias en Veldman,

en de heer Van Rijn, Minister voor Medische Zorg en Sport.

Aanvang 18.02 uur.

De voorzitter:

Hartelijk welkom bij de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Aan de orde is een notaoverleg over de cure. Ik heet de Minister voor Medische Zorg, zijn ondersteuning hier in de zaal en elders in dit gebouw, de Kamerleden en de mensen die dit debat op een andere manier volgen hartelijk welkom. Vandaag is de cure aan de orde. We hebben vandaag een heel aantal onderwerpen op de agenda staan. Vanwege de coronamaatregelen zijn acht AO's samengevoegd tot één breed notaoverleg. We hebben met elkaar afgesproken om vandaag alleen de eerste termijn van de Kamer te doen. Dan gaan we donderdag verder met de beantwoording van de Minister en de tweede termijn, waarin u ook de gelegenheid heeft om moties in te dienen.

We hebben met elkaar afgesproken om een spreektijd van zeven minuten te hanteren. Voor de afsplitsingen geldt een spreektijd van drieënhalve minuut, maar ik zie dat nog niemand van hen is gearriveerd. Ik stel voor om een tweetal interrupties in tweeën af te spreken. Tot zover de dienstmededelingen vooraf.

Dat gezegd hebbende geef ik graag als eerste het woord aan de heer Raemakers. Hij spreekt namens de fractie van D66.

De heer Raemakers (D66):

Voorzitter, dank u wel. Ik start met een belangrijk onderwerp waar D66 al lange tijd aandacht voor vraagt. Dat is ME/CVS, een multisysteemziekte die grote impact heeft op de kwaliteit van leven van mensen. Vanmiddag laat kregen we hier nog informatie over. Ik doe wel het verzoek om dit soort belangrijke informatie voortaan wat eerder te sturen. Het is heel mooi om te lezen dat ZonMw van plan is om een tienjarig onderzoeksprogramma naar ME/CVS te gaan doen, waar vele miljoenen in zullen worden gestoken. Het gaat om 20 tot 30 miljoen euro. En dat verdienen de patiënten die dagelijks met deze ziekte kampen. Vorig jaar diende ik daarom ook een breed ondertekende motie in, die ook verzoekt om de NFU de toegevoegde waarde van een expertisecentrum te laten onderzoeken. Vaak worden het Lymeziekte-expertisecentrum en het ParkinsonNet daarbij als goede voorbeelden aangehaald. Nu lees ik dat een expertisecentrum onder de vlag van de NFU wezenlijk anders zou zijn dan die twee, omdat het Lymeziekte-expertisecentrum zich richt op de coördinatie van onderzoek en op voorlichting en het ParkinsonNet een samenwerkingsverband van zorgverleners en patiënten is, dat op initiatief van de zorgverleners is opgericht. Over die definitie van een expertisecentrum valt veel te twisten. Dat hebben we schriftelijk ook al gedaan. Maar laat ik eens creatief zijn. Ziet de Minister met mij de kans om via de NFU een oproep te doen aan de betrokken zorgverleners van de UMC's om samen met de patiëntenvereniging zo'n expertisenetwerk als het ParkinsonNet op te zetten voor ME/CVS? Wil hij dit aan de NFU vragen?

Voorzitter. Vanmiddag kregen we ook het antwoord op de motie-Raemakers/Van Kooten-Arissen over onderzoek naar de CGM-sensor voor

meer patiënten met diabetes. Teleurstellend genoeg wil het Zorginstituut geen onderzoek doen, omdat uitbreiding van de indicaties niet noodzakelijk zou zijn. Maar onze motie sprak ook over maatschappelijke baten in geval meer diabetespatiënten deze sensor met alarmfunctie zouden krijgen. Zo kunnen ziekenhuisopnames mogelijk worden voorkomen. In veel Europese landen kunnen alle patiënten in samenspraak met de arts kiezen voor de CGM. Kan de Minister het Zorginstituut vragen naar een nadere wetenschappelijke onderbouwing van het feit dat zelfs ook maar het doen van onderzoek nutteloos zou zijn? Wij blijven ons hiervoor inzetten.

Voorzitter. Binnen ziekenhuizen kan veel vooruitgang voor de patiënt worden geboekt door minder productiegericht en meer uitkomstgericht te werken. Hierover is een onderzoek verschenen. Met solide meerjarencontracten en weggenomen productieprikkels werden er in het Beatrixziekenhuis en in Bernhoven daadwerkelijk minder behandelingen verricht zonder daling van de kwaliteit of afwenteling op andere ziekenhuizen. Wat D66 betreft, is dit een goede basis voor de toekomstige ziekenhuiszorg. Ik ben daarom wel benieuwd welke lessen de Minister hieruit trekt. Wil hij deze uitkomsten meenemen in zijn gesprekken met grote zorgaanbieders en andere verzekeraars?

Voorzitter. Door gebrekkige elektronische gegevensuitwisseling in de zorg worden vermijdbare fouten gemaakt, moeten mensen steeds weer opnieuw hun verhaal vertellen en worden onderzoeken onnodig herhaald. Dit zijn niet mijn woorden, maar die van de vorige Minister. Ook bereiken mij nog steeds schrijnende verhalen van patiënten die met dossiers en cd-roms onder de arm van het ene naar het andere ziekenhuis moeten lopen. Zo kan het echt niet langer. Een van de eyeopeners van de coronacrisis is toch wel hoeveel er al digitaal kan als het echt moet. Daarom hoor ik graag van de Minister of hij al met leveranciers en zorgaanbieders in gesprek is gegaan over open standaarden en koppelingen voor gegevensuitwisseling. Hoe gaat hij systemen van ziekenhuizen onderling compatibel maken? Ziet de Minister kansen om die digitale gegevensuitwisseling na corona in een stroomversnelling te plaatsen? Hoe staat het met het wetsvoorstel dat digitale gegevensuitwisseling en elektronische dossiervoering verplicht?

De voorzitter:

Er zijn vragen van de heer Van Gerven en van mevrouw Szazias. Eerst de heer Van Gerven.

De heer Van Gerven (SP):

Nog over het vorige punt dat D66 naar voren bracht: de ervaringen van bijvoorbeeld het ziekenhuis Bernhoven waar productieprikkels uit de ziekenhuiszorg zijn gehaald. Een probaat middel is om specialisten in loondienst te laten werken. Er is vorige week in de Kamer een motie daartoe ingediend door de SP, GroenLinks en de Partij van de Arbeid. Ik heb begrepen dat D66 daar ook voor is. Gaat D66 deze motie steunen als zij in stemming wordt gebracht? Dan zou die zomaar eens een Kamermeerderheid kunnen halen.

De heer Raemakers (D66):

Wij hebben het idee om specialisten in loondienst aan te stellen, in 2017 in ons verkiezingsprogramma opgenomen. De vraag is wel: hoe ga je dat vervolgens realiseren? De weg daarnaartoe is natuurlijk tamelijk ingewikkeld. Wij zijn daar in principe voor, omdat wij denken dat dat ook kan bijdragen aan het verminderen van productieprikkels. Ik denk overigens dat dat natuurlijk lang niet het enige is. Maar wij hebben ook een regeerakkoord afgesproken, zoals u bekend is. Daarin hebben we

afgesproken dat we het nu niet gaan verplichten – zoals ook D66 dat wel zou willen in de toekomst – maar dat we gaan kijken hoe we specialisten meer kunnen stimuleren om in loondienst te gaan of om in een participatiemodel te werken. Ik heb de Minister vorige week nog gevraagd naar een update van die passage in het regeerakkoord. De Minister heeft toen geantwoord dat de uitvoering van dat punt uit het regeerakkoord heel erg achterwege blijft. Vandaag zouden wij dus eigenlijk samen aan de Minister moeten vragen hoe hij die passage uit het regeerakkoord gaat uitvoeren. En hoe we morgen stemmen, dat zullen we dan zien. Maar ik kan u al aangeven dat we wel staan voor de afspraken uit het regeerakkoord.

De voorzitter:

De heer Van Gerven, afrondend.

De heer Van Gerven (SP):

Daar was ik al bang voor. We kunnen constateren dat D66 weer buigt voor de lobby van de vrijgevestigde specialisten en de VVD. We laten elk jaar honderden miljoenen liggen. Vervolgens worden geneesmiddelen wegbezuinigd, zoals vitamine D en zware paracetamol. Er kunnen allerlei dingen niet gebeuren, omdat we dat geld laten wegvloeien naar mensen die het niet nodig hebben. Vindt D66 niet dat in deze tijd, waarin het tijd is voor nieuw beleid, het regeerakkoord op dat punt dan maar even terzijde moet worden geschoven, omdat het in het belang is van de volksgezondheid dat we het geld uitgeven daar waar het voor bedoeld is, namelijk aan zorg?

De heer Raemakers (D66):

Nou, wij zwichten zeker niet voor die lobby. Anders hadden we dat in 2017 ook niet in ons verkiezingsprogramma durven opnemen. Ik heb een vermoeden dat dit zomaar weer zou kunnen staan in een volgend D66-verkiezingsprogramma. Dat is gewoon ons standpunt. Alleen, in een coalitie maak je afspraken met elkaar. Ik moet wel constateren dat er door de Minister nog weinig voortgang te vermelden is over de afspraak die we gemaakt hebben. Dat is misschien wel een extra aansporing om meer op dat punt te doen. Maar wij zijn het gewoon met de SP eens dat als specialisten zelf per verrichting betaald krijgen, dat kan oplopen tot in de tonnen per jaar. Eigenlijk zou je denken: op een gegeven moment heb je wel genoeg geld. Wij zijn dat dus inhoudelijk met de SP eens.

Mevrouw Szias (50PLUS):

Even terug naar het onderwerp van het uitwisselen van gegevens. Is de heer Raemakers zich ervan bewust dat dat probleem zit bij slechts twee grote ICT-bedrijven die de zorg eigenlijk min of meer in gijzeling houden door er zelf voor te zorgen dat die uitwisseling niet mogelijk is. Zelfs na dringende verzoeken. Is D66 het ook met ons mee dat het juist die ICT-bedrijven zijn die aangepakt moeten worden?

De heer Raemakers (D66):

Heel lang is ook vanuit deze Kamer gedacht: laat betere uitwisseling van medische gegevens maar aan het veld over, en dan wordt het wel opgelost. En of het dan de ICT-bedrijven zijn of de ziekenhuizen ... Maar op een gegeven moment, zo'n anderhalf jaar geleden, zagen we als Tweede Kamer dat het niet vanzelf beter zou worden. Volgens mij was dat overigens al twee jaar geleden. Toen hebben de VVD, het CDA en D66 ook een aantal moties ingediend om te zeggen dat de Minister hierin echt meer regie moet nemen, dat hij boven de verschillende ICT-partijen moet staan en moet zeggen: het is leuk dat jullie allemaal verschillende standaarden gebruiken, het is leuk dat jullie verschillende programma's gebruiken, maar patiënten met ziektes houden zich daar natuurlijk niet

aan. Als je de ene keer in Breda een operatie hebt en je vervolgens naar Tilburg moet, terwijl men daar een ander systeem heeft, dan is dat knap lastig. Dat moeten we dus aanpakken.

De voorzitter:

Afrondend, mevrouw Szias.

Mevrouw **Szias** (50PLUS):

Ik ben het eens met D66 dat de Minister daarin de regie moet nemen, omdat het zeker niet vanzelf gebeurt. Zelfs ziekenhuizen in Den Bosch en Utrecht die dezelfde leverancier hebben, kunnen niet met elkaar communiceren. Ik ben het er dus mee eens dat de Minister hier de regie moet nemen.

De voorzitter:

Dank u wel. De heer Raemakers vervolgt zijn betoog.

De heer **Raemakers** (D66):

Ik wil het gaan hebben over kankerzorg, want goede kankerzorg is voor D66 essentieel. Ondanks sprak ik met Warnyta over de diagnose PTO, primaire tumor onbekend. Haar vriend Hederik is daaraan overleden. Dit was onder meer in De Telegraaf te lezen. Warnyta is een missie gestart en heeft een indringende boodschap: elke week overlijden er in Nederland 25 mensen zonder dat artsen konden vaststellen waar de ziekte is ontstaan. In het huidige zorgstelsel vallen zij buiten de boot, want het voelt voor artsen als falen. Men blijft tevergeefs doorzoeken totdat de patiënt overleden is. Staat deze groep patiënten bij de Minister op de radar? Is hij bereid met zorgaanbieders, de missie «tumor onbekend», het NFK en het IKNL te bezien hoe aan hen betere zorg kan worden verleend?

Ook wil ik het hebben over werk en kanker. In 2020 leven 800.000 mensen met en na kanker. Overlevingskansen zullen gelukkig alleen maar toenemen. Dit vraagt om een bredere benadering van de behandeling, waarbij kankerpatiënten worden geholpen op vlakken als werk en inkomen. Maar vaak valt het thema bij VWS en SZW tussen wal en schip. Daarom hoor ik ook graag van deze Minister hoe hij dit punt met SZW wil oppakken.

Voorzitter. Dan over onze zorgverzekering. Voor veel mensen voelt een collectiviteitsverzekering als een groot goed. Doordat ze ergens werken of wonen, vallen ze onder een collectiviteitsregeling die hen een mooie korting oplevert. Maar vaak is het schijn die bedriegt en is de premie duur, ook met die korting. Nadat de ambtsvoorganger van deze Minister sprak van een laatste kans, blijkt nu dat verzekeraars deze niet hebben aangegrepen. Geen van de verzekeraars uit de collectiviteit heeft aangetoond dat de korting wordt terugverdiend door een besparing op de zorginkoop, de administratieve lasten of iets anders. Tegelijkertijd blijkt dat niet uit te sluiten valt dat individuele verzekerden betalen voor de korting van collectief verzekerden met dezelfde polis, de zogeheten kruissubsidiëring. Is de Minister het met mij eens dat dit onmenselijk is? Deelt hij dat, buiten de speciale rol van de gemeentepolis, collectiviteiten geen aantoonbare toegevoegde waarde hebben? Is het niet tijd om conform afspraak een einde te maken aan de collectiviteiten, de gemeentepolissen daargelaten?

Dan over de gemeentepolis, een speciale functie voor minima. Ik lees dat er een uitgebreid onderzoek loopt naar de gemeentepolis, zoals naar de ontwikkeling van premies en dekkingen. Neemt de Minister hierbij ook de motie-Ramaekers/Ellemeet mee en hoe wordt de risicoverevening bij gemeentepolissen dan verbeterd?

Tot slot over geneesmiddelen. Als Kamer hebben wij ons meermaals uitgesproken over plannen om de productie van medicijnen, vaccins en beschermingsmaterialen binnen Europa uit te breiden en te pleiten voor een gezamenlijk Europese strategie. Het goede nieuws is dat die strategie er nu ligt. De Europese Commissie wil de productie van vaccins en medicijnen naar Europa halen en een voorraad aanleggen van essentiële medicijnen en belangrijke medische hulpmiddelen als onderdeel van EU4Health. Mijn vraag aan de Minister: steunt hij het voorstel van de Europese Commissie? Wat gaat hij doen om draagvlak te krijgen voor deze plannen bij andere lidstaten?

De voorzitter:

Dank u wel. Dan geef ik nu het woord aan mevrouw Van den Berg. Zij spreekt namens de fractie van het CDA.

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

Dank u wel, voorzitter. U kent mijn drie B's: zorg moet beschikbaar, betaalbaar en bereikbaar zijn. Ik heb mijn inbreng vanavond weer rondom deze drie B's gemaakt. Ten eerste de bereikbaarheid van de zorg in de regio. Hoorn, Stadskanaal, Woerden, Winterswijk, Oldenzaal, Lelystad, Gennep, Tholen, Putten en Hoogeveen. De bereikbaarheid van zorg staat in veel regio's onder druk, niet alleen bij de acute zorg, maar ook bij de planbare zorg. Mijn initiatiefnota voor zorg in de regio is wat dat betreft ook nog steeds actueel. Het is goed dat er een verkenner is aangesteld voor het ziekenhuis in Winterswijk. Ik ben heel benieuwd hoe het staat met de uitvoering van mijn motie over Woerden, waar na 17.00 uur geen huisarts meer is. Het is wel spijtig dat de evaluatie over de spoedeisende-hulp post bij Treant is verschoven naar 3 juli, maar dat moeten we even afwachten.

Het CDA wil dat laagcomplexe, acute én planbare zorg bereikbaar is in de regio. We horen nu uit het veld dat academische ziekenhuizen ook laagcomplexe zorg naar zich toetrekken. In de brief van 9 december van de Minister geeft hij aan dat de Nederlandse Zorgautoriteit in de zomer van 2020 een rapport oplevert over die verwijzing. Graag vernemen we de stand van zaken.

Op initiatief van het CDA is vorige week door de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving het rapport over acute zorg gepubliceerd met als titel: Van deelbelang naar gedeeld belang. Deze titel roept wat ons betreft op tot samenwerking, meer invloed voor inwoners en meer regie door de overheid. Er wordt geconstateerd dat de kwaliteit van zorg dominant is geworden ten opzichte van de toegankelijkheid. In het najaar van 2018 is mijn motie aangenomen dat er naast een budgetimpactanalyse ook een leefbaarheidsanalyse moet plaatsvinden. Het Zorginstituut heeft daarover in juni 2019 een seminar gehouden. Wat is daarvan nu de stand van zaken?

Het CDA is verheugd dat de algemene maatregel van bestuur nu voorhangt bij de Wet toetreding zorgaanbieders, waarin de raadpleging van inwoners vooraf wordt opgenomen. We vinden dat de formulering nog wel wat duidelijker kan, maar daarop hebben we schriftelijk al reactie gegeven. Wij horen ook over de regiobeelden, die dit voorjaar opgeleverd zouden worden. Zij worden ook gemaakt op verzoek van het CDA over de zorgbehoefte per regio. Nu horen wij dat er grote kwaliteitsverschillen zijn. De Minister zegt in zijn brief van 19 december 2019 dat de beelden er vormvrij uitzien. Volgens ons zijn daar andere afspraken over gemaakt.

Voorzitter. Ik ben een groot fan van professor Sjoerd Repping en het project zinnige zorg om permanente benchmarking van behandelingen te

maken. Een tumor kan je opereren, soms met laser behandelen of anders met medicatie. De Minister zou ook bezig zijn om bij de kwaliteitsregistraties de aansluiting te vereenvoudigen en ook de aansluiting eenvoudiger te maken. Hoe staat het daarmee? Is de Minister bereid om de Nederlandse Zorgautoriteit maximumtarieven te laten stellen aan de meest doelmatige leveringsvorm, zoals in het rapport Brede heroverweging zorg wordt aangegeven?

Zowel van de Samenwerkende Algemene Ziekenhuizen als van de NVZ krijgen wij het verzoek om de e-healthconsulten nu permanent te maken, want die hebben een hoge vlucht genomen in coronatijd en slaan goed aan.

Voorzitter. Ik kom bij de beschikbaarheid. Ten aanzien van brexit is er destijds een lijst gemaakt van 50 kritische medicijnen. Wat is daarvan de stand van zaken? En wat is de stand van zaken met betrekking tot de medische hulpmiddelen nu de verordening een jaar is uitgesteld?

Om de zorg beschikbaar te houden is het ook belangrijk dat we niet bovenmatig afhankelijk zijn van buitenlandse mogendheden – collega Ramaekers sprak daar ook al over – en dat we in Europa eigen medicijnproductie hebben. De Minister heeft dat geagendeerd, veel dank daarvoor, maar we zien nu dat buitenlandse investeerders zorginstellingen kopen en dat er buitenlandse zorgverzekeraars op de markt komen. Die komen hier alleen maar om geld te kunnen verdienen. Hoe gaat de Minister borgen dat er geen zorggeld naar het buitenland gaat?

Ten slotte de vierde B: de basis op orde. Een voorwaarde die nodig is om de andere drie B's van beschikbaar, betaalbaar en bereikbaar te realiseren. Daarbij ontbreekt het wat ons betreft aan twee punten. Ten eerste goed werkgeverschap. Het verloop van de nieuwe instroom is enorm hoog.

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):

Mevrouw Van den Berg mag het punt wel even afmaken.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Mevrouw Van den Berg.

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

Wij hadden in januari al kennis van een onderzoek waaruit bleek dat van de nieuwe instroom in twee jaar tijd 45% vertrokken was. Dat was niet vanwege het salaris. Het CDA denkt dat spoedeisendehulpartsen en intensivisten tijdens corona meer dan hebben laten zien wat hun bekwaamheid en hun waarde is. Ze zijn echter niet erkend als zelfstandig medisch specialist. Is de Minister bereid om dat op te pakken? Dan het tweede punt: de administratieve lasten. Wie ik ook spreek, gemiddeld wordt 40% van de tijd besteed aan administratie. In het informatieberaad wordt nu gesproken over eenduidige taal en techniek en vereisten om met andere systemen te communiceren. Er komt ook wetgeving op dit terrein. Meneer Ramaekers refereerde daar ook aan. Die eisen om te kunnen communiceren met die andere instellingen, zijn bruggetjes die gemaakt worden tussen eilanden. Ik heb altijd geleerd: een vierbaans asfaltweg is echt stabiel en dan allerlei kleine bruggetjes. Vanuit het veld is er de roep dat er synchroon naast het huidige stelsel wordt begonnen met een nieuw eenduidig patiëntendossier, zie ook de brief van de Samenwerkende Algemene Ziekenhuizen daarover en het SER-rapport van vorige week. Graag een reactie van de Minister op dat terrein.

De voorzitter:

Was u aan het einde van uw betoog? Ja. Dank u wel. Mevrouw Ploumen heeft een vraag.

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):

Afgelopen zaterdag kwamen de resultaten van een enquête van de FNV naar buiten over de vraag hoe het met mensen in de zorg gaat. Ik schrok erg van die resultaten. Ik sprak 's avonds een aantal mensen die nog wat meer over die cijfers vertelden. Kort gezegd komt het erop neer dat er te weinig mensen in de zorg zijn. Daardoor is de werkdruk heel erg hoog. Je kan het je eigenlijk niet veroorloven om ziek te worden, want dan moeten collega's het overnemen en die hebben het al zo druk. Het salaris, de beloning, speelt een rol en ten derde gaat het over de hoeveelheid bureaucratie. Aan dat salaris kunnen wij wel iets doen. Samen met collega's van de SP en gesteund door veel mensen die ik nu in het gezicht kijk, hebben we een motie ingediend om de salarissen van het zorgpersoneel te verhogen. Het CDA, D66, de VVD en de ChristenUnie hebben daar steeds tegengestemd.

De voorzitter:

En uw vraag?

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):

Is het voor mevrouw Van den Berg een reden om die positie te heroverwegen nu zij kennis heeft kunnen nemen van die enquête? Want morgen stemmen we weer over zo'n motie.

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

Om bij het eind te beginnen: de enquête is voor het CDA geen reden om de positie te heroverwegen, want we vinden nog steeds dat wij als Tweede Kamer niet de cao-partijen zijn. De cao-partijen gaan daarover. Dat is ook de reden dat wij vorige week zelf met de collega's een motie hebben ingediend om de bureaucratie aan te pakken. Als die administratie wordt aangepakt, creëert dat zowel financiële ruimte als minder werkdruk, want mevrouw Ploumen zegt terecht dat de inschaling van verplegenden en verzorgenden, de werkdruk van heel veel mensen en de zeggenschap over arbeidstijden beter kan. Maar dat ligt wat ons betreft echt op de cao-tafel. Dat is wel de reden waarom wij de Minister hebben gevraagd om bij het veld die punten nog eens op tafel te leggen en het te gaan aanpakken.

De voorzitter:

Dank u wel. Afrondend, mevrouw Ploumen.

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):

Het veld kent die punten allemaal wel. Mevrouw Van den Berg weet ook dat de financiële ruimte die er straks is om op die tafel over meer loon te onderhandelen, beperkt is. Het deel wat de overheid ter beschikking stelt, loopt terug. Anderzijds hebben we met elkaar geconstateerd dat mochten er reserves zijn, die best daarvoor ingezet kunnen worden, maar dat we ook weten dat die niet voldoende zijn. Eigenlijk zeg ik tegen mevrouw Van den Berg: er moet wat bij. Het kan niet uit. En dat moet van ons komen, want die mensen stonden ook allemaal voor ons klaar. Om nu te zeggen «wij gaan daar niet over», zo werkt het niet helemaal. Mijn vraag is: zou mevrouw Van den Berg met dit in het achterhoofd het toch nog eens willen heroverwegen? Want ik vraag dit niet voor mij, ik vraag het voor al die mensen die in de zorg werken.

De voorzitter:

Duidelijk. Mevrouw Van den Berg.

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

Mevrouw Ploumen heeft absoluut gelijk als ze zegt dat mensen in de zorg – ik zeg dit ook los van corona – een goed salaris verdienen, met goede arbeidsvoorwaarden en goede arbeidsomstandigheden. Laat ik toch even een voorbeeldje nemen uit de ziekenhuiswereld. Misschien heb ik de cijfers verkeerd in mijn hoofd zitten, dat hoor ik dan graag van de Minister, maar van de totale Zorgverzekeringswet gaat pak 'm beet 27 miljard naar de ziekenhuizen. Ik begrijp dat twee derde daarvan arbeidsgerelateerde kosten zijn. Dus een derde van de kosten betreffen apparatuur en vastgoed en twee derde is arbeidsgerelateerd. Als je dan hoort dat 40% van de tijd wordt besteed aan administratie, wil ik er als Tweede Kamer alles aan doen om te zorgen dat wij wetgeving krijgen die die administratie kan verminderen. Daar ligt wat mij betreft echt de ruimte om van 40% naar 20% te gaan.

De voorzitter:

Dank u wel. Mevrouw Agema met ook een vraag.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Wij strijden natuurlijk ook al vele jaren voor het drastisch verminderen van die verantwoordingslast, want heel veel zorgmedewerkers zijn daar ontzettend veel tijd aan kwijt. De vraag van mevrouw Ploumen gaat echt over salarisverbetering. Ik begrijp dat als je veel verantwoordingslast en administratie schrapt, je schrapt in de tijd dat medewerkers daarmee bezig zijn. Daarmee krijg je de handjes van achter de computer weer aan het bed. Hoe je daarmee tot een beter salaris komt, snap ik niet. Dat wil ik mevrouw Van den Berg vragen.

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

Het eerste is dus de stap van het verlagen van de werkdruk doordat de handjes van de computer naar het bed gaan. Dan zijn er meer handjes aan het bed beschikbaar. Het tweede is dat je veel minder administratie nodig hebt. Je hebt nu gewoon extra mensen nodig om die 40% administratie te kunnen doen. Als je veel minder administratie nodig hebt, dan krijg je ook daar automatisch ruimte. Dan hoef je bijvoorbeeld als iemand met pensioen gaat, die vacature niet te vervullen, omdat er door de vermindering van de administratieve lasten gewoon veel meer ruimte is. Dan kun je dus het salaris van die persoon over die andere mensen verdelen.

De voorzitter:

Afrondend, mevrouw Agema.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Mevrouw Van den Berg heeft in ieder geval wel heel goed geluisterd naar onze hartenkreten van de afgelopen jaren over die administratie, maar ze heeft nooit een voorstel gesteund. Ze heeft niet één voorstel gesteund. Dan heb ik het over concrete voorstellen. Het waren niet alleen maar kreten in het luchtledige, in de trant van «er moet minder administratie komen», want dat vindt iedereen. Maar als we echt concrete voorstellen deden, hebben we nooit steun gehad van het CDA. Dat was bij niet één voorstel het geval. Maar het is natuurlijk wel heel wonderlijk dat het CDA daar nu op doorredeneert en zegt: op een gegeven moment zorgt dat voor meer salaris. Nee, het zorgt voor die extra handen aan het bed, die u ook nodig heeft. Uw Minister loopt de hele tijd te blaten: nu werken een op de zeven mensen in de zorg, straks een op de vier. Dus het verminderen van die administratielast heeft u gewoon keihard nodig voor die handen aan het bed. Die heeft u nodig. U heeft de komende twintig misschien wel een verdubbeling van het aantal mensen nodig. Maar daarmee wordt dus niets aan de salarisverbetering gedaan. Mijn vraag aan het CDA is: hoe komt u nou tot een concrete salarisverbetering? Dan moet u die adminis-

tratie even buiten beschouwing houden, want dat hebben we sowieso nodig. Die mensen die vanachter de computer weer aan het bed gaan werken, hebben we sowieso nodig.

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

Naast het feit dat er veel minder administratie moet komen, zullen we ook op een hele andere manier moeten gaan werken. Er zijn berekeningen dat nu een op de zeven mensen in de zorg werkt en dat deze verhouding in 2040 een op de vier moet zijn, omdat we dan dus veel meer zorg nodig hebben. Want we vergrijzen. Dat is dus terecht. Er zal meer vraag naar zorg zijn. Maar dat kunnen we ook alleen maar bereiken doordat we op een andere manier gaan werken, zoals met e-health, met zelf monitoren, wat dan thuis kan en waardoor mensen ook niet meer naar een ziekenhuis hoeven. Dus wij zullen die digitalisering en die e-health ook echt moeten omarmen om ervoor te zorgen dat we in 2040 ook die zorg kunnen leveren.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Hier nog even op doorgaand. Volgens mij noemt mevrouw Van den Berg een aantal belangrijke doelen. Zij heeft het over slimmer werken. Dat kun je deels doen met e-health. Zij noemt minder administratielast. Maar dat neemt niet weg dat we ook voor de grote opgave staan dat we zo meteen meer oudere patiënten, om maar iets te noemen, moeten gaan verzorgen. Het aantal patiënten gaat dus toenemen. We willen inderdaad niet dat zo meteen heel Nederland in die zorg moet werken. En we willen ook dat er meer tijd komt tussen een arts, een verpleegkundige en een patiënt. Want dan kun je ook weer slimmere en betere beslissingen nemen, wat niet altijd per se tot meer zorg leidt. Dus meer tijd leidt tot betere zorg. We noemen nu allerlei dingen die we willen doen als we die administratielast gaan schrappen, maar ik kom toch niet tot de conclusie dat er dan meer geld bij getoverd wordt voor alle verpleegkundigen en verzorgenden. Dat bruggetje zie ik ook niet direct. Dus ik zou toch aan mevrouw Van den Berg willen vragen: is het nou niet het eerlijke verhaal dat als wij echt iets willen doen voor die verpleegkundigen en verzorgenden, er gewoon geld bij moet?

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

Het eerlijke verhaal is dat dat dus inderdaad niet nodig is op het moment dat je die administratie fors naar beneden brengt. Stel je dat zegt: ik heb nu 100 mensen nodig. En effectief zijn er dus maar 60 mensen die daarmee bezig zijn. Op het moment dat je dus die 40% administratie naar 20% weet te brengen, heb je in feite 20 mensen extra ter beschikking. Die kun je gedeeltelijk inzetten om de werkdruk te laten afnemen. Mensen werken zich nu vaak een slag in de rondte. Dat ben ik helemaal eens met mevrouw Ellemeet. En het andere gedeelte is het voorbeeld van iemand die met pensioen gaat. Dan zeg je: die wordt niet vervangen, en het geld dat we daarmee besparen, kan dus aan die andere mensen worden gegeven. Als nu 60 mensen zich een slag in de rondte werken, dan heb je er straks 70 die hun werk op een normale manier kunnen doen. En dan houden we uiteindelijk nog maar 20% administratie over en we hebben ook nog extra geld om uit te delen.

De voorzitter:

Afrondend, mevrouw Ellemeet.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Ik bestrijd niet – en ik geloof dat de collega's dat ook niet doen – dat het heel veel voordelen heeft om de administratielast naar beneden te brengen, maar ik zeg ook dat als je minder tijd bezig hoeft te zijn met administratie, je inderdaad meer tijd voor je patiënten hebt. Dan heb je

meer tijd om samen te werken. Dan kun je bijvoorbeeld investeren in die samenwerking, bijvoorbeeld tussen een ziekenhuis en de eerstelijnszorg. Dus je kan allemaal hele goede dingen doen met die tijd, maar het leidt niet tot meer geld voor de lonen, zeker niet, omdat we ook meer patiënten zullen hebben. Dus er komt ook weer iets anders voor in de plaats. Ik blijf bij mijn punt dat wij echt meer willen doen voor de verpleegkundigen en de verzorgenden. U zit nu in die luxepositie dat u tussen twee moties kunt kiezen waar u voor wilt stemmen. Ik zie het liefst dat u morgen voor beide moties stemt. Er ligt zowel een motie van GroenLinks en de hele oppositie als een motie van de SP en de PvdA om hier nu werkelijk stappen in te zetten. Ik denk dat we dat wel verschuldigd zijn aan al die mensen in de zorg die inmiddels gedesillusioneerd raken over de politiek.

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

Nogmaals, ook het CDA vindt dat de mensen in de zorg recht hebben op moderne arbeidsverhoudingen, op moderne arbeidsvoorwaarden, op een goede inschaling en op een normale werkdruk. Maar dit is echt iets wat cao-partijen zullen moeten oppakken. Nogmaals, wij willen alle steun geven voor die vermindering van de administratieve lasten. Er is, zoals wij dat zien, dan niet alleen ruimte om de werkdruk te verminderen en ook meer zorg te verlenen – maar die meer zorg zal dan met name ook door anders werken moeten gebeuren – maar er zal daardoor ook financiële ruimte worden gecreëerd, waardoor je dus ook iets kunt doen aan die arbeidsvoorwaarden.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Meneer Van Gerven, uw tweede interruptie.

De heer **Van Gerven** (SP):

Ik weet niet of het CDA weet dat de mensen die in de zorg werken, laaiend zijn. Als u de mailbox van de SP bekijkt, maar ik denk ook die van andere partijen, dan zie je dat de mensen het niet begrijpen. Er wordt wel geapplaudisseerd, maar daar blijft het bij. En is er geen toekomst. Nu liggen er concrete moties om ze echt te gaan steunen, bijvoorbeeld door iets te doen aan de arbeidsvoorwaarden, die OVA-ruimte waarbij de overheid kan zeggen: we gaan iets extra's doen. Het kan bijvoorbeeld ook door de marktwerking aan te pakken. En dan kom ik op het voorbeeld van die specialisten in loondienst brengen, wat honderden miljoenen oplevert, terwijl nu de vrijgevestigde specialisten vijf keer meer verdienen dan een verpleegkundige. Dat is iets wat niemand begrijpt.

De **voorzitter**:

Uw vraag?

De heer **Van Gerven** (SP):

Mijn vraag is of het CDA morgen dan ook onder het juk van de VVD uit wil en bijvoorbeeld ook die motie over artsen in loondienst zou willen steunen.

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

Het zal meneer Van Gerven misschien verrassen, maar ook in het verkiezingsprogramma van het CDA staat het punt van de medisch specialisten in loondienst. Dat kan bijvoorbeeld ook een oplossing zijn en leiden tot minder administratieve lasten. Maar evenals de heer Raemakers refereer ik eraan dat wij een regeerakkoord hebben gemaakt. En daar staat ook de handtekening van het CDA onder. Dus ik denk dat er in het verkiezingsprogramma van het CDA wel weer een verwijzing zal komen naar loondienst en medisch specialisten, maar op dit moment staan wij voor het regeerakkoord. Dus zullen wij deze motie niet steunen.

De voorzitter:

Afrondend, de heer Van Gerven.

De heer Van Gerven (SP):

Het CDA laat de verpleegkundigen, de verzorgenden en al die andere mensen in de kou staan. Ik moet ook constateren dat de VVD kennelijk de dienst uitmaakt in de coalitie. De ChristenUnie is voor artsen in loondienst. D66 is voor medisch specialisten in loondienst. Het CDA is voor. En de hele oppositie is voor. Wat is dan democratie, zou ik willen vragen. En wat is dan betaalbaarheid, als we die tweede B van het CDA erbij halen, als we dit kunnen zien en constateren? Moeten we dan toch niet gewoon erkennen dat we die stap vooruit moeten zetten en onmiddellijk een einde moeten maken aan dat vrije ondernemerschap en die verkeerde marktwerking in de ziekenhuiszorg?

Mevrouw Van den Berg (CDA):

In een regeerakkoord heb je altijd punten waar je wat minder blij mee bent en punten waar je heel blij mee bent. Als we kijken naar de bescherming van vitale sectoren, hebben wij daar als CDA wel veel punten kunnen inbrengen. Dat is ook het beleid van deze Minister. Daarom willen we nu dus veel meer die medicijnproductie in Europa en zo steunen. Dat is ook altijd vanuit het CDA betoogd. Dus ja, in een regeerakkoord zitten dingen die je minder goed vindt en er zijn andere punten die je wel steunt. Maar je tekent voor het hele pakket en we staan voor het hele pakket.

De voorzitter:

Dank u wel. Mevrouw Agema, ook uw tweede interruptie.

Mevrouw Agema (PVV):

Ik ben er toch ook nog niet helemaal klaar mee. Mevrouw Van den Berg legde eigenlijk net heel duidelijk uit wat zij bedoelde. Ze zegt: van honderd medewerkers ben je veertig kwijt voor de administratie. Nou, ze zegt: halveer dat; dan zet je er tien in voor het verlichten van de werkdruk en tien gaan weg, en daar betaal je dan de betere salarissen van. Maar die stelling gaat echt volkomen mis. Ten eerste omdat bijvoorbeeld het programma (Ont)Regel de Zorg van CDA-minister Hugo de Jonge nog geen pukkeltje verbetering heeft opgeleverd, laat staan een halvering van de administratieve lasten. Twee, als je maar tien mensen inzet voor het verlichten van die werkdruk, dan ben je die tien al kwijt. En drie, het aantal 75-plussers verdubbelt, hun zorgvraag verdubbelt en het aantal mensen dat we nodig hebben op die werkvloer, verdubbelt ook. Dus die tien die mevrouw Van den Berg de laan uit wil sturen, die zijn ook heel hard nodig op die werkvloer! Dan heeft u dus geen dubbeltje voor die loonsverhoging en dan draait u de mensen een rad voor ogen.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Daarom is het ook zo belangrijk dat die andere twee dingen ook gebeuren. Het ene hebben wij dus vandaag ook gevraagd. Dat was wat ik maar even noem «stoppen met huilen en opnieuw beginnen» ten aanzien van die hele gegevensuitwisseling. Dat moet nu gelijk fundamenteel anders worden opgepakt, want anders krijg je dat ook niet met forse stappen naar beneden. En het tweede is dat er dus ook volop ingezet gaat worden op e-health, op anders werken en op digitale innovaties. Het is een illusie om te denken dat we met de huidige manier van werken de enorme behoefte aan zorg in 2040 aankunnen. Dat gaat gewoon niet, dus wij zullen echt anders moeten gaan werken.

De voorzitter:

Afrondend, mevrouw Agema.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Anders werken is voor mij ook een hartenkreet; daar pleit ik hier ook al vele jaren voor. Maar met dat anders werken wil je wel de mensen die nu al in de zorg werken, beter kunnen benutten, dat zij hun werk beter kunnen doen. Maar u koppelt dat aan een salarisverbetering en dat is gemeen, want dat gebeurt nooit! Als we namelijk de administratie weten te verminderen, dan gaat dat niet naar een beter salaris, maar kunnen we daarmee hooguit de werkdruk verlichten. Als je toch ziet dat er voor die bonus die nu wordt uitgekeerd, eenmalig 1 miljard voor nodig is, dan kun je zo op de achterkant van een bierviltje uitrekenen wat je ervoor nodig hebt als je die mensen een structurele loonsverhoging wilt geven. Dat is gewoon geld, dat is gewoon cash, en niet een of ander lulverhaal waarmee je de mensen een rad voor ogen draait. Ik had dit niet verwacht van het CDA en ik verwacht echt meer van mevrouw Van den Berg. Als zij de mensen een loonsverbetering voorhoudt, dan verwacht ik dat ze ook daadwerkelijk met geld komt, want dat is de enige manier om het te realiseren.

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

Nogmaals, het ligt bij de cao-partijen om hier wat aan te doen. We hebben met de OVA-ruimte een keurig kader afgesproken voor hoe wij zorgen dat de salarissen in de zorg marktconform kunnen blijven. En wij vinden echt dat het nu aan de cao-partijen is om zaken op te pakken. Ik kom nog even terug op het begin van mijn inbreng: 45% verloop binnen degenen die de afgelopen twee jaar zijn binnengekomen. Het totale verloop, zo hebben wij gezien in februari, was 15%. Het kost ook bakken met geld als je iedere keer weer mensen moet werven, en vervolgens komen ze bij de voordeur binnen en lopen ze er bij de achterdeur weer uit. Dat is dweilen met de kraan open. Dat heeft te maken met goed werkgeverschap. Als de zorginstellingen zeggen: ja, maar wij hebben bepaalde wetgeving nodig om beter te kunnen samenwerken, om dingen samen te kunnen oppakken, dan heb ik al eerder gezegd, al jaren geleden, dat wij er als CDA als eerste voorstaan om daaraan steun te geven. Maar de arbeidsvoorwaarden liggen bij vakbonden en werkgevers.

Dank u wel.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Dan geef ik nu graag het woord aan mevrouw Ellemeet. Zij spreekt namens de fractie van GroenLinks.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Voorzitter. Dan gebruik ik daar toch even mijn spreektijd voor: ik heb bijna nog liever een Minister-President, die tijdens het debat vorige week zegt «ik weet eigenlijk niet of ik wel vind dat die lonen omhoog moeten in deze moeilijke tijden». Dan heb ik bijna nog liever een verhaal waar ik het gewoon niet mee eens ben dan een verhaal dat niet klopt.

Voorzitter. Mijn spreektekst. Tijdens de piek van de coronacrisis zagen we dat zorginstellingen van de wijkverpleging tot ziekenhuizen massaal gingen samenwerken om de crisis zo goed het ging het hoofd te bieden. Na jaren waarin onderlinge concurrentie tussen zowel zorgverzekeraars als zorginstellingen het leidende principe was in de zorg, lieten instellingen zien hoe goed zij samen kunnen werken om het algemene gezondheidsbelang te dienen, als zij daar maar de ruggensteun en ruimte voor krijgen. De overheid pakte de regie en de ACM liet bij uitzondering de concurrentieregels los om zo effectief mogelijk de coronacrisis te kunnen bestrijden, en dat is gelukt.

Helaas zien we dat met het dalen van het aantal infecties de urgentie om samen te werken afneemt, en dat instellingen weer terugvallen in hun oude modus operandi. Tegengestelde financiële belangen gaan effectieve samenwerking weer in de weg zitten, en de patiënt is hiervan de dupe. Erkent de Minister dat wij alles in werking moeten stellen om de samenwerking die is ontstaan tijdens de coronacrisis vast te houden? En is de Minister het met GroenLinks eens dat de uitzondering die de ACM heeft ingesteld, om niet te handhaven op concurrentie wanneer dit het algemeen belang dient, eigenlijk de regel zou moeten zijn? Graag een reactie.

Voorzitter. Een andere les die we uit de coronacrisis moeten trekken, is dat we zorgverleners, met verzorgenden en verpleegkundigen voorop, meer ruimte moeten bieden om naar eigen inzicht invulling te geven aan hun werk. Tijdens de coronacrisis zijn een hoop van de verantwoordings-eisen die zorgen voor veel administratieve last, losgelaten. Je zag het uitgangspunt verschuiven van controle naar vertrouwen. En de andere kant zagen we helaas ook dat nog in te veel voornamelijk ziekenhuizen, maar ook verpleeghuizen, op het moment dat het spannend werd – en dat werd het natuurlijk met corona – veel verpleegkundige adviesraden terzijde geschoven werden. Een teken aan de wand dat we er nog niet zijn als het gaat om de positie van verpleegkundigen.

Voorzitter. Zeggenschap over eigen werk en organisatie betekent ruimte om het gesprek over werk te kunnen voeren en inspraak te hebben op hoe de zorg wordt vormgegeven. Dit geven de zorgverleners zelf ook aan: het zou goed zijn als er meer ruimte zou zijn binnen organisaties om van elkaar te leren, ook bijvoorbeeld over ethische kwesties. Mijn vraag aan de Minister is: zouden we niet moeten toewerken naar een overstijgend hoofdlijnenakkoord, waarmee alle partijen in de zorg zich eraan committeren dat zeggenschap formeel en informeel wordt gefaciliteerd en dat autonomie wordt bevorderd? Je wilt ten slotte dat in alle zorgsectoren de inspraak van verpleegkundigen en verzorgenden stevig wordt verankerd. En eerlijk is eerlijk, wij hebben daar nog een lange weg te gaan. Graag een reactie van de Minister.

Voorzitter. Dit kabinet heeft ingezet op het verplaatsen van ziekenhuiszorg van de tweede naar de eerste lijn, De juiste zorg op de juiste plek. Mijn fractie ondersteunt deze gewenste omslag en beseft ook dat dit veel van onder meer de wijkverpleging zal vragen. Juist daarom moeten we extra investeren in de wijk. Het is dan ook onbegrijpelijk dat de Minister van VWS ervoor heeft gekozen om 341 miljoen euro aan onderschrijding bij de wijkverpleging structureel weg te halen. In tijden waarin we juist zouden moeten investeren in betere contracten, met ruimte voor goede salarissen – daar zijn ze weer! – en stevige afspraken over kwaliteit en ruimte voor langetermijninvesteringen.

De Nederlandse Zorgautoriteit constateerde dit jaar nog in de Monitor contractering wijkverpleging dat meerdere zorgverzekeraars uit doelmatigheidsoverwegingen kortingen op de ova toepassen; precies wat we niet willen. Mijn fractie zal om deze reden woensdag een amendement indienen bij de Voorjaarsnota, waarin wij deze bezuiniging terugdraaien. Tot het moment dat we deze problemen en tekortkomingen in de contractering hebben opgelost, kunnen we een bezuiniging op de wijkverpleging niet verkopen. Graag ook hierop een reactie van de Minister.

Voorzitter. Op 1 oktober dient de nieuwe Regeling maximumprijzen geneesmiddelen in te gaan, waarmee het geneesmiddelenvergoedings-systeem (GVS) is gemoderniseerd. Hoewel ik het doel van het moderni-

seren van het GVS deel, heb ik daar nog wel wat vragen over. We hebben in deze crisis kunnen zien dat er medicijntekorten ontstonden. Dat dreigde soms tot heel ongewenste situaties te leiden. Het feit dat de lage prijzen op generieke medicijnen het aanleggen van een medicijnvoorraad onaantrekkelijk maakt, lijkt het probleem van de tekorten te vergroten. Hoe ziet de Minister dit? En wat wil hij doen aan het voorkomen van dreigende medicijntekorten? Ook zou er binnen het GVS een manier zijn om bijbetaling voor medisch noodzakelijke medicijnen te voorkomen. Ik heb dit niet teruggevonden in de ministeriële regeling, maar deze is dan ook pas vandaag met de Kamer gedeeld, dus misschien heb ik iets gemist. Ook hierover dus een vraag. Hoe gaat de Minister bijbetalingen voor medisch noodzakelijke medicijnen voorkomen?

Voorzitter. Dan het gesneuvelde traject verantwoord wissen van medicijnen. Dit leidt tot grote problemen voor veel patiënten die afhankelijk zijn van precies het goede medicijn. In antwoord op eerdere vragen over het mislukken van het traject verantwoord wisselen heeft de Minister aangegeven dat hij de lijst met medicijnen waarbij wisseling gezondheidsrisico's met zich meebrengt, een meer bindend karakter zou willen geven. Wanneer en hoe gaat de Minister ervoor zorgen dat deze lijst wordt opgesteld en dat deze een bindend karakter heeft? We zien ook in de praktijk dat het begrip medische noodzaak om te voorkomen dat medicijnen gewisseld worden, soms gewoon in de wind geslagen wordt. Wat vindt de Minister hiervan en wat gaat hij hieraan doen? Kan de Minister zich opnieuw inspannen om te komen tot een akkoord verantwoord wisselen van medicijnen? Graag een reactie.

Voorzitter, tot slot. Een aantal weken terug werd bekend dat Nederland met Frankrijk, Duitsland en Italië gezamenlijk 750 miljoen euro aan publiek geld investeert in de farmaceut AstraZeneca voor de ontwikkeling van een door de universiteit van Oxford gevonden potentieel COVID-19-vaccin. De afspraak met de farmaceut werd door de Minister naar buiten gebracht als een groot succes. En vooropgesteld: GroenLinks vindt ook dat Nederland moet investeren in de ontwikkeling van mogelijke vaccins maar niet zonder heldere eisen aan farmaceuten. Voor alle duidelijkheid: het bedrijf AstraZeneca verdient meer aan medicijnen dan Shell aan olie. Ze hebben in het eerste kwartaal van 2020 zelf 750 miljoen nettowinst gemaakt. Wat GroenLinks betreft stellen we aan dit soort bedrijven eisen inzake de toegankelijkheid en betaalbaarheid, en – zeker niet onbelangrijk – aan de winsten van deze bedrijven wanneer we hier publiek geld in investeren. In de Voorjaarsnota is 700 miljoen extra vrijgemaakt voor investeringen in de ontwikkeling van een mogelijk coronavaccin. Ook hier moeten die eisen worden gesteld. En wij als Tweede Kamer moeten democratische controle kunnen uitoefenen op de investering van zo ontzettend veel publiek geld. Wat vindt de Minister hiervan? Graag een reactie.

De voorzitter:

Dank u wel. Een vraag van mevrouw Van den Berg.

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

Ik wil nog even teruggaan naar het begin van de inbreng van mevrouw Ellemeet. Ik ben het helemaal met haar eens dat we alle positieve effecten van de samenwerking die we tijdens corona hebben gezien, moeten zien vast te houden. Ook ik hoor uit het veld dat men soms alweer terugvalt naar de tijd van voor corona, maar ik heb niet meegekregen dat dat komt door ACM-regels. Dus daar zou ik graag wat meer toelichting op willen hebben. Heeft mevrouw Ellemeet daar voorbeelden van? Als dat zo is, zijn wij de eersten die zeggen: daar willen we dan graag over praten met de Minister.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Ik denk dat de uitzonderingen die de ACM maakte hielpen om de samenwerking te bevorderen, maar wat niet helpt – dat hebben we natuurlijk niet kunnen veranderen, want we hebben het systeem niet veranderd – is dat we nog steeds productieprikkels hebben. Voor ziekenhuizen geldt bijvoorbeeld nog steeds dat ze uiteindelijk voldoende omzet zullen moeten maken om uit de kosten te komen. Die productieprikkel zit dus nog steeds in het systeem. Toen de situatie heel erg was, zeiden alle ziekenhuizen, artsen, verpleeghuizen en de eerste lijn gelukkig: we moeten nu even prioriteit geven aan de samenwerking. Maar doordat we het systeem nu nog zo hebben ingericht dat er veel productieprikkels zijn, is het helaas in zekere zin wel te begrijpen dat dat een groot dilemma is voor heel veel zorgverleners. Het gaat dus niet alleen om wat de ACM doet. Het gaat ook om de manier waarop we het systeem hebben ingericht, waardoor we nog steeds vragen van zorgverleners om die productie te draaien om de kosten te kunnen dekken.

De voorzitter:

Afrondend, mevrouw Van den Berg.

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

Voorzitter. Ik wilde graag even toegelicht krijgen wat mevrouw Ellemeet met de ACM bedoelde. Bij dezen.

De voorzitter:

Hartelijk dank. Dan geef ik nu graag het woord aan mevrouw Sazias namens 50PLUS. Gaat uw gang.

Mevrouw **Sazias** (50PLUS):

Voorzitter. Ik ben er klaar voor. De coronacrisis heeft alles veranderd, vooral in het zorglandschap. De manier waarop de zorg alles meteen heeft omgegooid om samen, met vereende krachten, de coronapandemie te bevechten, is geweldig en bijzonder bewonderenswaardig, maar dit gaat een tweede keer niet weer zo lukken. We kunnen niet weer alle reguliere zorg opschorten en de zorgmedewerkers kunnen die energie niet weer opbrengen. Daarom is het goed dat we plannen maken voor een eventuele tweede golf. Een van de voorstellen is om nu alvast ic-teams te trainen, zodat die in geval van nood meteen kunnen worden ingezet in plaats van dat lukraak allemaal mensen van verschillende afdelingen worden getrokken. Dan blijft het probleem van het tekort aan ic-verpleegkundigen. We kunnen het aantal ic-bedden wel verhogen, maar daar moet dan ook het juiste personeel bij. Hoe denkt de Minister dat op te gaan lossen?

Er zijn meer uitdagingen voor de toekomst. In het rapport van de SER wordt gezegd dat we in de komende twintig jaar 700.000 extra zorgprofessionals nodig hebben als we dezelfde zorg willen leveren. Vandaar ook dat ik me niet kan vinden in het pleidooi van mevrouw Van den Berg om mensen weg te sturen, want dat kunnen we ons helemaal niet veroorloven. Als het al zou lukken om dezelfde zorg te leveren, wat niet gaat gebeuren, wordt de zorg onbetaalbaar, dus we moeten de zorg anders gaan inrichten. De perverse prikkels moeten eruit – de overbodige behandelingen, dus de marktwerking – maar er moet vooral ook ingezet worden op preventie. Dat zegt de SER ook, maar daar zijn we nog steeds erg halfslachtig in. Is de Minister het eens met de conclusie van de SER en, zo ja, hoe gaat hij dat oppakken?

Zo is er de gecombineerde leefstijlinterventie, die vanaf begin 2019 vergoed wordt. Die wordt nog onvoldoende voorgeschreven, vaak omdat huisartsen de aanbieders van deze zorg nog onvoldoende kennen. Welke

maatregelen worden er genomen om die bekendheid te vergroten? We zijn inmiddels anderhalf jaar verder. Preventie is ook voor zorgverzekeraars een moeilijk onderwerp. Enerzijds omdat ze niet altijd weten wat het oplevert en anderzijds omdat preventie, en dan bedoel ik gezonde mensen gezond houden, niet in hun takenpakket hoort. Zeker gezien de uitbraak van het coronavirus is onze vraag of het misschien een optie is om een fonds in het leven te roepen waaruit zorg die de gezondheid bevordert gefinancierd kan worden.

Zorgverzekeraars hebben aan het begin van de coronacrisis gesteld dat ze hun verantwoordelijkheid zouden pakken en dat alle extra kosten die ziekenhuizen maken door de corona-aanpak vergoed zouden worden. Nu bereiken ons signalen dat zorgverzekeraars weigeren te betalen. Graag een reactie van de Minister. Kan hij garanderen dat ziekenhuizen niet de dupe worden en daardoor omvallen?

50PLUS vraagt regelmatig aandacht voor het toepassen van medicatiebeoordelingen bij kwetsbare ouderen. In 2019 zijn de richtlijnen aangepast, waardoor minder ouderen recht hebben op een medicatiebeoordeling. De reden voor het aanpassen van die richtlijnen is dat het niet doelmatig bleek te zijn en weinig effect had. Kan de Minister hier wat dieper op ingaan? Hoe kwam dat dan? Verder geeft de Minister aan dat hij ervan uitgaat dat iedereen die onder de richtlijnen voor een medicatiebeoordeling valt die ook krijgt. Wordt dat dan ook gemonitord? Wij krijgen namelijk signalen dat dat echt niet zo is. Om hoeveel ouderen gaat het? Wat is de stand van zaken als het gaat om gesprekken met het veld?

Een belangrijke bedreiging voor onze gezondheid is de antibioticaresistentie. Daardoor wordt het moeilijker om infecties te bestrijden. Volgens de Wereldgezondheidsorganisatie zullen in 2050 jaarlijks 10 miljoen mensen sterven door antibioticaresistentie. Daarom is het essentieel dat er onderzoek wordt gedaan naar alternatieven. Erkent de Minister dat belang? Een van de mogelijke alternatieven zijn bacteriofagen. In het laatste schrijven aan de Kamer – er waren heel veel partijen die hier vragen over hadden gesteld – geeft de Minister aan dat er nog te weinig onderzoek gedaan is naar de veiligheid van bacteriofagen, terwijl in heel veel landen daar wel heel veel onderzoek naar gedaan is. Hoe is dat nu? Welke rol ziet hij voor zichzelf waar het gaat om verder onderzoek? Bacteriofagen zijn immers niet patenteerbaar, waardoor de farmaceutische industrie er weinig interesse in heeft. Wat is nu het alternatief voor mensen die resistent zijn voor antibiotica?

Dan mijn laatste onderwerp. Goede adequate zorg begint met goede diagnostiek en vervolgens een juiste dosering van medicatie. In Nederland zijn er ongeveer 600.000 kankerpatiënten en dat cijfer groeit per dag. De medicatie bij kanker gaat bij protocol, maar de ervaring wijst uit dat veel kankerpatiënten te maken krijgen met een medicijn dat niet werkt en ook met overdosering. Dat heeft een enorme impact op patiënten, omdat er zo veel bijwerkingen zijn. Bovendien kost het ook nog eens heel erg veel. Het budget voor dure oncolytica is inmiddels gestegen naar zo'n 1 miljard euro, waarbij 30% van de toepassingen werkzaam is en 70% niet. Dit kan voorkomen worden door voorafgaand aan het medicatietraject een DNA-test uit te voeren. Samen met mevrouw Van den Berg en de heer Veldman hebben wij een initiatiefnota ingediend om deze DNA-testen mogelijk te maken, maar door de coronacrisis is deze in de la beland. Nu we reguliere zorg weer oppakken, hoop ik dat onze nota snel beoordeeld kan worden. Dat zal deze Minister niet doen, maar ik wil toch graag van hem een reactie.

Voorzitter, tot zover.

De voorzitter:

Hartelijk dank. Dan geef ik nu het woord aan de heer Van Gerven, die spreekt namens de fractie van de SP. Gaat uw gang.

De heer Van Gerven (SP):

Dank u wel, voorzitter. Wij hebben hier al heel vaak gesproken over het geneesmiddelenfonds, waar de SP hard aan trekt, overigens met een aantal andere partijen. Mijn collega Alkaya en ik hebben een amendement ingediend, vandaag weer een aangevuld amendement, een beetje naar aanleiding van aangenomen motie van mevrouw Van den Berg en mijzelf. In die motie stond te lezen dat noch marktwerking noch onderhandelingen van de overheid in het segment van dure geneesmiddelen tot maatschappelijk aanvaardbare lagere prijzen heeft geleid. De winstprikkel van de industrie remt belangrijk maatschappelijk onderzoek van waarde. In de motie is ook gevraagd om in het fonds aandacht te besteden aan niet-commercieel academisch onderzoek, fase 2- en 3-onderzoek. Mijn vraag aan de Minister is hoe het staat met de uitvoering van deze motie, met name waar het gaat om onderzoek los van de farmaceutische industrie. Welke opties ziet de Minister, anders dan het programma Goed Gebruik Geneesmiddelen? Gaat de Minister het amendement steunen?

Dan een ander punt. We spraken van de week met de Dappere Dokters, de initiatiefnemers van een manifest dat door duizenden is ondertekend. Zij roepen op tot het omgooien van het roer in de zorg. Zij zeggen: gebruik deze crisis nou om korte metten te maken met de marktwerking en onnodige zorg en ga toe naar meer samenwerking en centrale regie. Onderschrijft de Minister dat? Wil hij ook nog eens naar het voorstel kijken om de norm voor huisartsenpraktijken te verlagen en het 15 minutenconsult in te voeren? Die motie heb ik al tweemaal ingediend en die is verworpen, eigenlijk met name door coalitiepartijen, terwijl de oppositie daar nu vrijwel volledig voor is. Deelt de Minister niet dat er meer moet worden geïnvesteerd in de huisartsenzorg om verwijzing naar de tweede lijn te voorkomen en ook om het aantal medicijnvoorschriften te verminderen?

Dan het wisselen van medicijnen van een miljoen patiënten in Nederland zonder medische redenen. Mevrouw Ellemeet had het er ook al over. Dat geeft heel nare bijwerkingen. Je ziet dat door financiële afwegingen van apothekers en zorgverzekeraars patiënten niet de medisch noodzakelijke medicijnen krijgen, tenzij ze die zelf betalen of niet gaan halen. Dat kan toch niet de bedoeling zijn? Is het een idee, zo vraag ik de Minister, om daar centraal de regie op te nemen en over gaan tot een landelijke inkooporganisatie voor medicijnen en hulpmiddelen? Ik denk aan de beschermingsmiddelen. Het liep allemaal niet van een leien dakje, maar er werd wel heel snel via dat LCH productie gemaakt. De Minister weet daar zelf alles van. Op die manier zouden we ook kunnen voorkomen dat er eigen bijdrages komen voor patiënten voor medisch noodzakelijke medicijnen.

Dan de spoedeisende hulpen. Die hebben de afgelopen maanden overuren gedraaid. Dank aan de mensen die daar het werk hebben verzet. Zij verdienen dan ook meer salaris en betere arbeidsvoorwaarden. We hadden het er net al over, in een interruptie op het CDA. Ik zou zeggen: doe er iets aan en help mee om inderdaad tot betere arbeidsvoorwaarden te komen. Denk ook nog eens aan de motie over specialisten in loondienst. Waarom moet een vrijgevestigde specialist vijf keer meer verdienen dan een verpleegkundige, vraag ik ook aan de Minister. Dat is toch niet uit te leggen?

We hebben ook gezien door de coronacrisis dat de capaciteit op de spoedeisendehulp en de ziekenhuizen onvoldoende is. We zagen van tevoren, jaren geleden, al toenemende wachtlijsten, maar we zien ook dat de spoedeisende hulp vaak overspoeld wordt – «crowding», heet dat met een mooi Engels woord – en dat dat ten koste gaat van de kwaliteit van de zorg, maar ook van de arbeidsvreugde van de mensen die daar moeten werken. Want als je daar moet werken zonder dat je je werk goed kunt doen, is dat buitengewoon frustrerend. Daar wil ik ook graag een reactie van de Minister op.

Er is een spoedeisendehulparts, de heer Gaakeer, die is gepromoveerd op het huidige landelijke spoedzorgbeleid. Zijn conclusie is dat de kwaliteit en de toegankelijkheid van de spoedzorg eigenlijk steeds meer onder druk komen te staan. Onderschrijft de Minister dat? Hij zegt dat de oorzaak is dat men eenzijdig te veel gericht is op concentratie en dat we juist weer meer toe moeten naar spreiding. Wat vindt de Minister? Ook de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving vindt dat er ingegrepen moet worden op het rap sluiten van die spoedeisendehulpinstellingen. Het toezicht op de toegankelijkheid van de acute zorg schiet tekort doordat lokaal burgers en politici door de feiten worden overvallen, maar geen feitelijke invloed hebben. Vindt de Minister niet dat een moratorium op zijn plek zou zijn, ook nu we bezig zijn met contourennota's en regiovisies? Zou er dan niet gewoon een moratorium op het sluiten van die ziekenhuizen en instellingen moeten komen?

Dan tot slot nog enkele vragen. Hoe zit het met de opleidingscapaciteit voor tandartsen? Wordt die uitgebreid conform het voorstel van het Capaciteitsorgaan? Hoe staat het met de onderhandelingen tussen de zorginstellingen, ziekenhuizen en anderen over de financiering van de covidkosten? Het is toch onbestaanbaar dat de zorgverzekeraars hebben gezegd «wij werken loyaal mee, wij spreken onze reserves aan» en dat nu de crisis wat gezakt is, het gebakkelei weer terug is als vanouds? Dat kan toch niet? Ik zou dus zeggen: Minister, bemoei je ermee en zorg dat het opgelost wordt.

Dan tot slot de Wet geneesmiddelenprijzen. We hebben een onbegrijpelijk schrijven van de Minister gehad. Ik zeg het maar: ik snap er geen jota van. Waarom wordt die Wet geneesmiddelenprijzen niet gewoon ingevoerd? De Minister heeft met dit voorstel alweer 215 miljoen cadeau gedaan aan de industrie. Dat is een heel dure 1 aprilgrap zal ik hem vertellen, en de burger mag het betalen. Mijn vraag is of de groothandels en Big Pharma niet de dienst uitmaken.

Dank u wel, voorzitter.

De voorzitter:

Hartelijk dank. Dan geef ik nu graag het woord aan mevrouw Agema, die spreekt namens de fractie van de PVV. Gaat uw gang.

Mevrouw Agema (PVV):

Dank u wel, voorzitter. Ik had gehoopt dat we het vandaag zouden hebben over de vraag hoe de regering een tweede coronagolf gaat voorkomen en hoe het staande regeringsbeleid aangepast gaat worden nu zo pijnlijk duidelijk is geworden in wat voor een kwetsbare staat onze zorg verkeert. Want hoewel corona ons is overkomen, was de paniek in ons land natuurlijk nooit zo groot geweest als er in de voorbije jaren er niet zo fanatiek was beknibbeld op de zorg. De bedden capaciteit was zo veel afgebouwd dat we helemaal geen stootje meer aankonden. Een ijzeren voorraad van beschermingsmiddelen – essentieel bij een pandemie – werd allang niet meer aangehouden. Medewerkers lopen al jaren op hun

tandvlees. Het was belangrijker elk dubbeltje uit het systeem te drukken dan zaken goed geregeld te hebben. Laat de Minister voor Medische Zorg in ieder geval vandaag zijn excuses maken aan de 14.000 zorgmedewerkers die besmet raakten. Velen van hen raakten onnodig besmet.

Je zou denken dat het kabinet zo geschrokken is van de crisis die corona heeft veroorzaakt dat het zijn destructieve beleid stopt. Niks is minder waar. Het programma De juiste zorg op de juiste plek – keurig in ambtelijke geheimtaal – dendert met dezelfde vaart door en heeft tot doel dat de komende tien jaar 50% van de zorg in onze ziekenhuizen en verpleeghuizen verdwijnt. Zorg wordt zogenaamd verplaatst naar dé wijk, waar dé patiënt het voor het zeggen krijgt. Maar laat u niet beduvelen, de patiënt krijgt helemaal geen vrije keuze tussen in de wijk of in het ziekenhuis, want de helft van de ziekenhuizen gaat gewoon dicht, terwijl het aantal 75-plussers de komende twintig jaar verdubbelt, net als hun zorgvraag. Net als tijdens de vorige periode, toen de verzorgingshuizen werden gesloten, zijn het de elkaar na kakelende politiek-bestuurlijke elites die dit per se willen. Maar als het gaat om de sluiting van de verzorgingshuizen janken ze nu schaamteloos mee om het gemis ervan. De komende vijf jaar worden er 14.000 geschikte ouderenwoningen gerealiseerd, terwijl er tot 2020 meer dan 160.000 nodig zijn. Dit komt nooit meer goed.

Je zou denken dat de verantwoordelijk Staatssecretaris met pek en veren het land was uitgejaagd, maar nee hoor, tijdens de coronacrisis werd hij gewoon Minister. Zo doen de politiek-bestuurlijke elites dat. En ze weten niet van ophouden. Nu moet de ziekenhuiszorg kapot en u, collega's, staat erbij en doet actief mee en over tien jaar staat u te janken dat alles kapot is. Nu al zien we hoe geniepig ouderen uit het ziekenhuis worden geweerd. Acht professionals uit de praktijk signaleerden in een rapportage dat een soms ingrijpende behandeling in het ziekenhuis het functioneren van zieke senioren zwaar nadelig kan beïnvloeden. Maar in plaats van dat er gewerkt wordt aan het verbeteren van de opname en het beter afstemmen van de behandeling op het individu, ziet men besparingsmogelijkheden. Alles draait om geld. Het vooraf bellen van ouderen met de vraag of ze nog wel opgenomen wilden worden in het ziekenhuis, mochten ze corona krijgen, was onbestaanbaar. Mocht er een tweede golf komen, dan wil ik hierbij graag de toezegging dat dit soort telefoontjes achterwege zullen blijven.

Datzelfde geldt voor het ic-protocol inzake code zwart. Daar staan nu toch weer leeftijdscategorieën in en wij zijn daar tegen. Ik ken zo al heen handvol zeventigers die fitter zijn dan ik. Aan de hand is onderliggend medisch lijden ook lang niet altijd relevant. Wie zegt dat ik bijvoorbeeld vanwege MS een kleinere overlevingskans heb op de ic dan een leeftijdsgenoot? Het gaat overigens prima met mij. Wij voeren graag op korte termijn deze medisch-ethische discussie hier in dit huis met de speciaal daarvoor gekozen volksvertegenwoordigers.

Dan wat andere zaken die me zijn opgevallen in de stukken voor vandaag. Nota bene de NZa concludeert over de sluisprocedure inzake de geneesmiddelen: «Ons oordeel is daarom dat de prijsonderhandelingen tot nu toe beperkt effectief zijn geweest in het realiseren van kosteneffectieve zorg.» Is een sluisprocedure waardoor het lijden van zieke patiënten gemiddeld zo'n tien maanden langer duurt dan nog wel te rechtvaardigen, vraag ik de Minister.

Er is meer te melden over de kosten voor geneesmiddelen. Uit een steekproef blijkt dat het verschil tussen de netto inkooprijzen van het ziekenhuis vergeleken met het NZa-maximumtarief is gestegen van gemiddeld 8,8% naar bijna 22,5%. De ziekenhuizen declareren het

maximumtarief bij de zorgverzekeraar en steken het verschil in hun zak. Voordat ons weer doemscenario's over de kosten van dure geneesmiddelen worden voorgehouden: het zou goed zijn om de rek in kaart te brengen. Ik vraag de Minister hoeveel marge daartussen zit, uitgedrukt in euro's. Daarbij wil ik wijzen op een veelzeggend zinnetje uit de NZa-monitor: «Zorgaanbieders en zorgverzekeraars geven aan dat er een grote kans is op verdringing van andere medisch-specialistische zorg. Ze konden echter geen concrete casus van verdringing aandragen.»

Hoe staat het met de voortgang van de pilot Meer tijd voor de patiënt? Meer tijd tijdens het ziekenhuisconsult zorgde voor minder doorverwijzingen, minder medicatiegebruik en meer tevreden patiënten. Maar die extra tijd moet wel eerst betaald worden door de zorgverzekeraar. Het gaat om een uitbreiding van vijf naar tien minuten voor een consult. Hoe staat het hiermee? Zo'n briljantje van een pilot kan toch niet in de vergetelheid raken om hem over een paar jaar opnieuw te moeten verzinnen?

Ik lees verder het zorgelijke bericht dat er nog steeds veel ouders zijn die niet met hun kinderen naar de tandarts gaan. Ik lees alleen nergens om hoeveel kinderen het gaat. We horen dat graag. Los van dat de Minister de ouders toch niet heeft aangeschreven, hoewel hij dat zou doen, en de privacywet daar wel ruimte voor biedt, lees ik ook dat er een capaciteitsprobleem is en dat het ministerie daarop een second-opinion heeft gevraagd. Dat vond ik wel een beetje gek. Ik hoor graag waarom dat was. Waarom vroeg het ministerie om een second-opinion bij het CBS en wat kwam daar eigenlijk uit? Verder is verwaarlozing volgens mij nog altijd kindermishandeling. Ik vraag me dus af wat de Minister concreet gaat doen, temeer omdat we weten om welke ouders het gaat.

Dan de ambulancezorg op Voorne-Putten, voorzitter. Toen we ernaar vroegen, bleek een schokkend percentage van 70% van de A1-ritten de patiënt niet binnen de vijftien minuten bereiken wegens de sluiting van een spoedeisendehulp post en wegwerkzaamheden die het eiland slecht bereikbaar maakten. In de brief die we daarop kregen, lezen we dat de situatie is verbeterd. Nu is het boven 90%, maar dat is nog steeds onder de norm van 95%. Wanneer wordt de wettelijke norm wel gehaald op Voorne-Putten?

Afrondend de coronakosten, voorzitter. Voor 1 juli, dus overmorgen, moeten er knopen worden doorgehakt, begrijp ik. Kan de Minister bewerkstelligen dat er geen ziekenhuizen failliet gaan door de coronakosten, dat er geen spoedeisendehulp posten worden gesloten, geen personeel wordt ontslagen en dat de zorgverzekeraars hun reserves kunnen en zullen aanspreken, want daar zijn die solvabiliteitseisen toch voor bedoeld? De 9 miljard euro die de zorgverzekeraars op hun bankrekening hebben staan, zou toch juist in tijden van crisis aangesproken moeten worden?

Als aller-, aller-, allerlaatste. Een premieverhoging is wat ons betreft uit den boze. We lezen de suppletioire begroting. Daarin zien we dat er 1,6 miljard wordt toegevoegd aan de zorgbegroting wordt toegevoegd. Dat lijken me kosten die los komen te staan van de premie. Ik vraag de Minister of er meer zaken zijn die los van de premie opgenomen kunnen worden op de suppletioire begroting, onder andere de bonus. Die zag ik daar niet tussen staan, maar die moet ook ongeveer een miljard zijn. Aan welke begroting wordt die toegevoegd? Kan de Minister daarover duidelijkheid geven?

Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan geef ik nu graag het woord aan de heer Veldman, die namens de fractie van de VVD spreekt.

De heer Veldman (VVD):

Dank u wel, voorzitter. Vandaag het notaoverleg Cure. U zei het al, een samengestelde agenda van maar liefst acht algemene overleggen die in de afgelopen weken niet hebben kunnen plaatsvinden vanwege datgene wat sinds maart ons land in een greep houdt en ook de zorg danig op de proef heeft gesteld, het coronavirus.

Voorzitter. De coronacrisis brengt diverse veranderingen met zich mee. De VVD vindt dat we sommige veranderingen ook na deze crisis moeten vasthouden. Ik doel onder andere op de digitale zorg op afstand die gelukkig een grote vlucht heeft genomen. Voor de crisis waren we jaren bezig om digitalisering in te bedden in het zorgproces en nu, door noodzaak, zijn onder andere e-consults en beeldcontacten met je zorgverlener in enkele weken gerealiseerd. Een geweldige stap voorwaarts voor de zorg en vooral voor de patiënt.

Ik ben benieuwd van de Minister te horen hoe hij deze goede ontwikkelingen in de zorg ook na de crisis gaat vasthouden. Denkt hij daarbij bijvoorbeeld ook aan financiële prikkels om digitale zorg verder te bevorderen?

Mevrouw Ploumen (PvdA):

Ik denk dat velen van ons het een goede ontwikkeling vinden dat patiënten niet altijd naar de polikliniek hoeven, dat sommige zorg digitaal kan of via de huisarts. Het vraagt wel een verandering in het systeem om dat te bevorderen, namelijk dat de prikkel tot productie er wat mij betreft uit moet, maar op zijn minst op een andere manier moet worden ingesteld. Is de heer Veldman zich bewust van die consequentie, is hij het met mij eens en gaan we dat dan ook regelen; of aan de Minister vragen om het te regelen?

De heer Veldman (VVD):

Dat zijn een aantal vragen ineens, waarbij mijn primaire reactie zou zijn: ik ben het niet met mevrouw Ploumen eens, althans niet dat het systeem moet worden veranderd om deze digitale vormen van zorg door te voeren. Want we hebben het systeem niet veranderd, terwijl we de afgelopen weken gezien hebben dat via beeldverbinding contact hebben met je zorgverlener gewoon kan.

De tweede vraag die mevrouw Ploumen stelt, is wat ik vind van die productieprikkel. Nou, daar hebben we al vaker over gesproken. Ik ben het met mevrouw Ploumen eens dat de productieprikkel zoals we die kennen ons veel gebracht heeft, namelijk dat de wachtlijsten die we van voor 2006 kennen zijn weggewerkt. Maar dat dat systeem ook eindig is, dat daar ook een bepaalde perversiteit in zit, waar we nu met elkaar ook last van hebben. In eerdere overleggen die we met elkaar hebben gehad heb ik mevrouw Ploumen ook bijgestaan, we hebben samen benoemd dat we moeten kijken naar een ander bekostigingssysteem, waarbij we meer uitgaan van waarde gedreven zorg. Wat is de uitkomst van zorg? Kunnen we dat centraal stellen? Kunnen we daar ook het fysiek financieringsmodel aan hangen? Dus als zij dat aan mij vraagt, ben ik het van harte met haar eens.

De voorzitter:

Mevrouw Ploumen, afrondend.

De heer **Veldman** (VVD):

Vandaag lazen we de oproep van zorgverzekeraar Zilveren Kruis en de Patiëntenfederatie om een recht op digitale zorg in de wet te regelen. Wat mij betreft een oproep die ik van harte kan ondersteunen. Lange tijd bleek het moeilijk, lastig, ingewikkeld om langs de digitale weg contact te hebben tussen zorgverlener en patiënt. Hoe jammer dat een crisis als de coronacrisis nodig is om er beweging in te krijgen, en hoe mooi om te zien dat het op heel veel plekken nu eigenlijk dus heel erg goed gaat en ook gewoon functioneert, tot tevredenheid van patiënt en zorgverlener. En dus is het dan ook goed om die digitale zorg wettelijk te regelen, ter voorkoming van het eventueel weer een stap terugzetten naar de 1.0-situatie als de crisis voorbij is. Deelt de Minister met mij en met de Patiëntenfederatie dat we dit dan eigenlijk nu ook gewoon wettelijk zouden moeten vastleggen?

Voorzitter. Tegelijkertijd zijn de bestaande uitdagingen in de zorg natuurlijk niet verdwenen. Een aantal ziekenhuizen in Nederland stond voor de crisis op het punt om te fuseren, bijvoorbeeld het Slingeland Ziekenhuis en het Streekiekenhuis SKB in de Achterhoek. Die maken nu een terugtrekkende beweging. Ook de Reinier Haga Groep – de Minister volgens mij niet onbekend – heeft in februari dit jaar een streep door de fusie gezet. Deze terugtrekkende bewegingen met betrekking tot fusies kunnen een risico vormen op faillissementen. Hoewel het debat over ziekenhuisfaillissementen op een later moment gevoerd gaat worden – daar zullen we dus nog uitgebreid met elkaar bij stil gaan staan – wil ik toch de Minister nu vragen wat de consequenties zijn of kunnen zijn van deze terugtrekkende beweging op het gebied van fusies.

De **voorzitter**:

Voor u verdergaat, een vraag van mevrouw Ellemeet.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Ik vind het wel een interessant punt dat de heer Veldman maakt. Hij legt heel erg de nadruk op de risico's van niet fuseren. Misschien interrumppeer ik hem te vroeg en komen nu de risico's van wel fuseren. Want er zijn natuurlijk al best wat onderzoeken gedaan – we hebben hier ook een keer een rondetafel georganiseerd – over de ongewenste gevolgen van de vele fusies in het ziekenhuislandschap die we eerder hebben gehad. Hoe ziet de heer Veldman die kant van het verhaal?

De heer **Veldman** (VVD):

Volgens mij zie ik die kant van het verhaal niet per se anders dan mevrouw Ellemeet. Ik heb in eerdere algemeen overleggen al aangegeven dat ik niet per se een voorstander van fusies ben. Ik ben ook niet per se voorstander van allerlei grootschalige conglomeraten die je met een fusie eventueel creëert in het ziekenhuislandschap. Maar sommige fusies zijn wel ingegeven vanuit een financiële afweging, omdat het niet per se efficiënt is om op relatief korte afstand van elkaar dezelfde voorzieningen te hebben. Nou kun je daar stappen in zetten waarbij je samenwerkt. Daar ben ik sowieso een groot voorstander van. We hebben in deze crisis ook gezien dat samenwerken heel erg goed lukt, ook binnen het bestaande systeem van de zorg zoals we dat hebben ingericht. Samenwerking mag en kan ook gewoon. De ACM heeft ook vaker herhaald dat samenwerking met de huidige spelregels gewoon kan. Maar soms kan het ook verstandig zijn om een fusie door te voeren.

Ik zie nu op een aantal plekken een terugtrekkende beweging. Ik vraag de Minister wat voor effect dat heeft. Daarmee zeg ik niet dat ik het niet eens zou zijn met die terugtrekkende beweging, maar ik wil wel weten wat voor consequenties het heeft. Ik zal niet de Achterhoek als voorbeeld nemen,

want die kent de Minister misschien nog wel het beste. Neem de Reinier Haga Groep en de korte geografische afstand tussen die verschillende ziekenhuizen. Wat betekent het als al die ziekenhuizen dezelfde voorzieningen overeind gaan houden? Betekent dat uiteindelijk dat de zorg duurder is dan noodzakelijk? Betekent dat uiteindelijk dat ziekenhuizen het zich eigenlijk niet kunnen veroorloven? Betekent dat dan dat er, omdat we die productieprikkel nog in het systeem hebben, uiteindelijk meer behandelingen verricht gaan worden dan nodig is, om maar de financiën binnen te halen? Daar maak ik mij ook zorgen om. Dan wil ik graag weten wat de consequenties zijn.

De voorzitter:

Mevrouw Ellemeet, afrondend. Gaat uw gang.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Ik vind het oprecht interessante vragen. Volgens mij hebben we ook een heel interessante Minister om hier nu antwoord op te geven. De heer Veldman zegt terecht: je moet niet fuseren om het fuseren, maar je moet ook niet verschillende ziekenhuizen heel dicht bij elkaar in de buurt hebben die ongeveer dezelfde zorg leveren als dat efficiënter zou kunnen. De vraag is natuurlijk wel hoeveel zorg je in een regio nodig hebt. Dat heeft met die productieprikkels te maken, denk ik. Als dat onder druk komt te staan door het systeem en je daardoor zou gaan fuseren, hou je eigenlijk vast aan een systeem dat we niet willen hebben, sterker nog, dan zet je een stapje extra in zo'n systeem. We hebben de afgelopen decennia gezien dat dat ook tot ongewenste resultaten leidt, namelijk dat ziekenhuizen zo groot zijn dat mensen elkaar daar helemaal niet meer kunnen vinden en dat er inderdaad nog meer geproduceerd gaat worden. Ik ben dus heel erg benieuwd – met de heer Veldman, om het zo maar te concluderen – wat de Minister hierover te zeggen heeft.

De voorzitter:

U vervolgt uw betoog, meneer Veldman.

De heer **Veldman** (VVD):

Ja, dan ga ik verder, want dan ben ik inderdaad met mevrouw Ellemeet heel benieuwd wat de Minister ons in zijn eerste termijn gaat meegeven.

Voorzitter. De crisis drukt financieel zwaar op ziekenhuizen. Veel ziekenhuizen doen dan ook een beroep op de continuïteitsbijdrage van de zorgverzekeraars. Dit brengt de vraag met zich mee wat er in deze situatie met de reserves, volgens mij een miljardje of zeven, van de ziekenhuizen zelf gebeurt. Blijven deze op de plank liggen, terwijl ze juist bedoeld zijn om in tijden van nood te kunnen aanspreken? Of worden ze nu ook daadwerkelijk aangesproken? Ik ben benieuwd of ziekenhuizen dit doen en hoe het aanspreken van de reserves zich verhoudt tot de eisen die De Nederlandsche Bank stelt aan het aanspreken van het eigen vermogen.

Voorzitter. Een andere bestaande uitdaging zijn de geneesmiddelentekorten. De coronacrisis heeft opnieuw de afhankelijkheid van Nederland en Europa van andere landen, met name Aziatische landen, aangetoond. Met de inspanning van veel partijen en een sturende en faciliterende rol vanuit het ministerie is de beschikbaarheid van medicijnen de afgelopen maanden gewaarborgd. Dat is een mooie prestatie, maar nu is het ook zaak om door te pakken. Ik wil graag van de Minister horen wat de stand van zaken is omtrent het weer terughalen van productie van medicijnen naar Europa, naar Nederland, en het daarmee creëren van een grotere leveringszekerheid.

Voorzitter. Dan de Juiste Zorg op de Juiste Plek. We zien nu een hele goede beweging naar digitale zorg op afstand. We horen de geluiden van patiënten die het fijn vinden om niet meer naar het ziekenhuis te hoeven reizen. Toch zien we dat het bij de triage bij de huisarts niet altijd even goed gaat en de patiënt vaak niet bij de zorgverlener terecht komt die voor hem of haar het beste is. Deze crisis laat zien hoe belangrijk goede triage is, juist nu ook andere zorgvragen rondom bijvoorbeeld eenzaamheid of psychische klachten toenemen. De Minister heeft aangegeven te gaan werken aan meer samenhang in de zorg en zich daarbij te richten op samenwerking in de regio, goede zorgbemiddeling en de organisatie van de huisartsenzorg. Ik ben benieuwd hoe het met de voortgang van dat programma staat.

Voorzitter. Samenhangend met de Juiste Zorg op de Juiste Plek wil ik ingaan op Zinnige Zorg. De bestuursvoorzitter van de NZa, mevrouw Kaljouw, gaf begin vorige week in een interview aan dat ze onnodige behandelingen wil tegengaan. U raadt het: de VVD is dat van harte met haar eens. De verdampende zorgvraag die zich heeft voorgedaan tijdens de crisis wordt nu in kaart gebracht. Volgens de NZa is 15% tot 20% van deze zorg niet bewezen effectief. Is er zicht op waar deze 15% tot 20% zorg zich concentreert? Is de Minister voornemens om op basis van de onderzoeksresultaten van de NZa het pakket door te lichten om deze niet bewezen effectieve zorg wellicht toch zo snel mogelijk te laten uitstromen? Daar hebben we vorige week ook nog over gesproken.

Voorzitter. Ten slotte wil ik nog even datgene aanraken waar velen om verschillende redenen reikhalzend naar uitkijken: de contourennota. Als de situatie waarin wij nu zitten ons iets heeft laten zien, is het datgene waartoe ons zorgstelsel en onze medewerkers in de zorg in staat zijn. Samenwerking en verantwoordelijkheid zijn hierin sleutelwoorden. Ik weet zeker dat de Minister de gevolgen van de coronacrisis mee zal nemen in deze nota, maar we willen dat nogmaals benadrukken. Breng de goede ontwikkelingen die we hebben gezien in beeld. Verbeter daar waar we moeilijkheden hebben gezien, en benut de mogelijkheden die ons stelsel biedt. Het is immers ongelofelijk robuust gebleken.

Voorzitter. Afrondend kan ik mij aansluiten bij de oproep die mevrouw Sazias deed over de initiatiefnota die we samen met mevrouw Van den Berg hebben ingediend. Dat is al even geleden, dus ik hoop dat we snel een reactie van de Minister mogen ontvangen, zodat de Kamer die nota ook snel kan gaan bespreken.

Dank u wel.

De voorzitter:

Hartelijk dank. De heer Raemakers heeft een vraag voor u.

De heer Raemakers (D66):

De heer Veldman sprak mooi over digitale zorg. We kennen de VVD ook als een voorvechter van e-health en ook van slimme innovaties. Eén zo'n innovatie is de glucosesensor CGM, waar een alarmfunctie op zit. Ik vroeg me af of de VVD kennis heeft genomen van de brief van de Minister waarin staat dat het Zorginstituut onderzoek hiernaar niet noodzakelijk acht. Ik wil de VVD eigenlijk vragen of dit niet een kans is om zo'n slimme innovatie te bekijken in termen van kosten en baten en om te kijken wat het zou kunnen opleveren qua preventie, in plaats van alleen maar te kijken naar het noodzakelijkheidsvereiste.

De heer **Veldman** (VVD):

In zijn algemeenheid zou ik zeggen: ja. Volgens mij heb ik bij het algemeen overleg over hulpmiddelen – in februari, geloof ik – aangegeven dat ik vind dat het Zorginstituut de slag moet maken om innovatieve hulpmiddelen waar mogelijk onderdeel te laten zijn van de richtlijn voor behandelingen, ter vervanging van bestaande behandelingen. Je ziet dat er bij een aantal hulpmiddelen vooral gesproken wordt over ouderwetse 1.0-oplossingen. Ook hier ben ik het met de heer Raemakers eens: als er 2.0-oplossingen zijn die iets toevoegen, moet het Zorginstituut daarnaar kijken.

De **voorzitter**:

De heer Raemakers, afrondend.

De heer **Raemakers** (D66):

Stel dat het Zorginstituut zegt dat er geen noodzaak is om dit middel aan meer patiënten te geven en dat het geen signalen heeft dat het strikt noodzakelijk is, zegt de VVD dan, net als D66: maar uit andere landen krijgen we tal van signalen dat er misschien toch wel gezondheidswinst mee geboekt kan worden, dus doe nou eens een oriënterend onderzoek. Dat onderzoek hoeft niet heel groot te zijn, want er liggen al heel veel gegevens. Kan ik concluderen dat de VVD wel voelt voor zo'n lijn?

De heer **Veldman** (VVD):

Als we van elders signalen krijgen dat het wel degelijk een toegevoegde waarde heeft, vind ik ook dat het Zorginstituut daar op een goede manier naar moet kijken. We moeten ons hier in Nederland dan ook een beeld vormen: voegt het iets toe? Is het een verbetering? Het kan ook slechts een vervanging zijn voor wat we nu hebben. Maar als het van toegevoegde waarde is, vind ik dat het Zorginstituut Nederland daar serieus naar moet kijken. Dat is ook zijn taak.

De **voorzitter**:

Dank u wel. U was aan het einde van uw betoog. Dat betekent dat ik mevrouw Ploumen het woord geef voor haar inbreng. Mevrouw Ploumen spreekt namens de fractie van de Partij van de Arbeid. Gaat uw gang.

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):

Dank u wel, voorzitter. Vorige week las ik tot mijn genoegen dat zelfs de bestuursvoorzitter van de NZa vindt dat de zorg te veel een verdienmodel is geworden. Volgens mij hebben we dat hier ... Niet alle partijen. Volgens mij is nog één partij het er niet mee eens. Maar tot nu toe kwam die opvatting eigenlijk nooit vanuit ons bestuurlijk zorgcomplex. Ik denk dat het goed en terecht is dat ook de Nederlandse Zorgautoriteit dat constateert. Dat betekent dat dit ook het moment is om samen met de NZa en anderen, vooral met artsen, verpleegkundigen en verzorgenden, te gaan werken aan de lessen die de crisis ons biedt. De voorzitter van de NZa zei dit namelijk naar aanleiding van de coronacrisis.

De Dappere Dokters van Het Roer Moet Om – de heer Van Gerven sprak er ook al over – hebben hier ook al over gesproken. Zij hebben een manifest geschreven. Zij hebben een aantal suggesties. Ik wil er een paar uit halen en dan de Minister om een reactie vragen. Ik denk dat velen van ons, en nog belangrijker misschien, veel mensen in de zorg, voelen dat dit het moment is waarop veranderingen mogelijk zijn, zonder de ellenlange en stroperige overleggen en de hobbels en wetten die in de weg staan. Laten we dat gebruiken.

Samenwerking, tussen ziekenhuizen in een regio en tussen verschillende regio's, bleek ineens heel goed te kunnen. De vraag is nu wat de Minister

gaat doen om te zorgen dat die samenwerking behouden blijft. Dan bedoel ik vooral welke kaders hij gaat aanscherpen of veranderen. Welke mogelijkheden gaat hij verruimen om ervoor te zorgen dat die samenwerking behouden blijft? Hoe voorkomt hij dat verzekeraars een stokje gaan steken voor die samenwerking? Laat ik het zo zeggen: mij bereiken berichten dat sommige verzekeraars er niet op zitten te wachten. Hun onderhandelingspositie wordt natuurlijk zwakker als vier ziekenhuizen, acht fysiotherapeuten en drie huisartsen gezamenlijk een propositie doen. Wat gaat de Minister doen om te zorgen dat verzekeraars hieraan gaan meewerken in plaats van tegenwerken?

Dan de veranderingen in de reguliere zorg. We spraken net al over de digitale zorg. Er zijn al eerder pilots gestart om de zorg op een andere manier in te richten, onder andere – ik kan er echt niks aan doen – weer in dat HagaZiekenhuis. Ik sprak cardioloog Wilco Tanis, die samen met huisartsen in de regio een andere behandelmethode heeft ingezet: digitaal, samen met de huisarts en de patiënt. Zorg die niet in het ziekenhuis hoort, vindt bij de huisarts plaats. Maar het vergoedingensysteem is daar natuurlijk niet op ingericht. In zo'n experiment kan het dan allemaal nog geplooid worden. Daarom heb ik hierbij eigenlijk eenzelfde vraag als hiervoor. Wat kan de Minister doen om op dit moment mogelijk te maken dat de kaders zo afgesteld worden dat dat type zorg mogelijk blijft? Want, laat ik dat er ook bij zeggen, het zijn, als ik de berichten hoor, vooral de patiënten die daar heel erg tevreden over zijn.

Voorzitter. Tijdens de crisis was er ook minder tijd voor allerlei bureaucratie. Daar spraken anderen ook al over. De Dappere Dokters zeggen: er moet echt minder tijd besteed worden aan administratieve taken. Welke voorstellen heeft de Minister daarvoor liggen?

Voorzitter. De invloed van verpleegkundigen staat eigenlijk diametraal tegenover wat we van hen vragen. We hebben alles van hen gevraagd. Ze hebben hard moeten knokken om een plek aan tafel te krijgen. Collega Ellemeet sprak daar ook al over. Ik zou heel graag van de Minister willen weten wat hij kan doen, bijvoorbeeld samen met de Chief Nursing Officer maar juist ook met de verpleegkundigen zelf. Vraag hen aan tafel en bespreek hoe ze een plek aan die tafel kunnen behouden. Want zonder hen verarmt de zorg. Dat is ons natuurlijk allemaal duidelijk. We kunnen niet zonder hen. Ik vind dat we hun meer een stem moeten geven.

Dan de aanpassing van de Wet geneesmiddelenprijzen. Het was inderdaad een beetje een ingewikkelde brief. Dat zeg ik niet zo gauw, maar dat vond ik toch ook wel. Dit is zoals ik het begrijp: de Wet geneesmiddelenprijzen wordt per 1 oktober alsnog ingevoerd. Er is geen enkele reden voor uitstel, want in feite zijn de prijzen stabiel gebleven. De Minister stelt wel een aantal mitigerende maatregelen voor. Het komt erop neer dat de farmaceutische industrie nog een beetje over het bolletje geaaid wordt en een aantal voordeeltjes krijgt. Maar ik begrijp niet zo goed waarom dat nodig is als de Minister tegelijkertijd kan concluderen, gelukkig, dat de markt de afgelopen maanden toch stabiel is gebleken dan eerst werd gedacht.

Voorzitter. Dan zou ik van de Minister willen weten hoe het staat met de voorraden die groothandels en apotheken moeten opbouwen. Doen ze dat eigenlijk wel? Controleert de Minister dat? Dat staat in de Geneesmiddelenwet. Of schrijven zij ons alleen maar brieven die ertoe dienen om de paniek bij patiënten en bij ons toe te laten nemen en om hun winsten evenredig te laten stijgen?

Voorzitter. Dan de onderhandelingen over geneesmiddelenprijzen. De Rekenkamer heeft er onderzoek naar gedaan. Wij hebben al vaker gevraagd: wees nou transparant. De voorgangers van de Minister zeiden: dat kan niet, want als wij volledige inzage geven in het verloop van de onderhandelingen, komen de farmaceutische bedrijven gewoon niet meer aan tafel. De Rekenkamer zegt nu ook dat het transparanter moet. Heeft de Minister al kunnen bedenken op welke manier dat zou kunnen? Als hij dat niet heeft gedaan, heb ik nog wel een suggestie. Waarom zouden we er niet een, zoals dat dan officieel heet, trusted third party – zeg maar een soort neutrale persoon – bij kunnen zetten die die deals met de industrie objectief kan bekijken en kan bepalen of de onderhandelingen scherp genoeg gevoerd worden en het resultaat goed genoeg is? Die signaal-functie alleen al zou misschien al voldoende zijn om de farmaceutische industrie tot goed gedrag aan te moedigen. Graag een reactie van de Minister.

Voorzitter, dan nog een paar korte punten. We horen van patiënten dat ze soms, door het uitstel van de zorg naar aanleiding van de coronacrisis van de afgelopen maanden, dubbel eigen risico moeten betalen, omdat behandelingen over verschillende kalenderjaren worden uitgespreid. Dat zou voorkomen moeten worden. Is de Minister het daarmee eens? Wil hij met ons de zorgverzekeraars oproepen om coulant te zijn?

Dan de transgenderzorg.

De voorzitter:

Gaat u wel richting een afronding, mevrouw Ploumen?

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):

Zeker, voorzitter. Ik heb denk ik nog vier zinnen. Dank voor de brief. De kwartiermaker doet daarin een aanbeveling om bij de indicatiestelling een andere methodiek te volgen. Hoe kijkt de Minister naar die aanbeveling?

Wat betreft de deal met AstraZeneca sluit ik me aan bij mevrouw Ellemeest. Wat betreft de vragen over het expertisecentrum ME/CVS sluit ik me aan bij hetgeen de heer Raemakers, volgens mij ook namens mij, daarover heeft ingebracht.

Dank u wel, voorzitter.

De voorzitter:

Hartelijk dank. Dan geef ik tot slot het woord aan mevrouw Dik-Faber, die spreekt namens de fractie van de ChristenUnie. Gaat uw gang.

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

Dank u wel, voorzitter. In maart zagen we gebeuren wat niemand voor mogelijk had gehouden: ziekenhuizen raakten overvol, er waren dramatische situaties in verpleeghuizen en personeel in de zorg draaide overuren. Eens te meer is gebleken hoe belangrijk het is om met de mensen in de zorg, met verpleegkundigen en verzorgenden, te kijken wat nodig en mogelijk is, zodat zij hun werk goed kunnen doen. Woorden waar het dan om gaat zijn vakmanschap, vertrouwen en zeggenschap. In het manifest van NU'91 met de titel Geef de zorgprofessionals hun vak terug, staat zeggenschap niet voor niet voor niets op de eerste plaats. Ik denk dat dat heel terecht is.

Nu besluiten sommige ziekenhuizen zonder verpleegkundigen te consulteren dat men op de ic niet twee, maar drie patiënten moet verplegen. Zo moet het dus niet. Als we met elkaar – en dan bedoel ik ook de medisch specialisten – vinden dat verpleegkundigen en verzorgenden

heel belangrijk zijn, dat er ruimte moet zijn voor hun vakmanschap, laat dan ook elk ziekenhuis en elk verpleeghuis een adviesraad voor verpleegkundigen en verzorgenden instellen. Die heet met een afkorting de VAR, de VVAR of de PAR. De Minister weet ongetwijfeld waar ik het over heb. Ik bedoel een adviesraad met sterke bevoegdheden, desnoods met wettelijke borging en in ieder geval verankerd in de kwaliteitsrichtlijnen. Want dit gaat over goede kwaliteit van zorg. Wil de Minister zich hier hard voor maken? Zo'n adviesraad kan meepraten over de inrichting van de coronazorg, mocht weer een opleving komen, maar ook over het verminderen van de werk- en regeldruk. Ik herinner me nog ontzettend goed het debat in Carré, alweer bijna vier jaar geleden, waar alle politieke partijen, ook mijn partij, het eens waren over vermindering van de regeldruk. Ik zie inderdaad ook dat hier gewoon te weinig van terecht is gekomen. Daarnaast lijken er steeds minder verpleegkundigen bestuurders te zijn zorginstellingen. Hoe zorgen we dat zorgprofessionals op wie het ziekenhuis of verpleeghuis drijft ook weer een stem krijgen op het allerhoogste niveau?

Voorzitter. Ik heb op 3 juni schriftelijke vragen gesteld en die zijn een uur voor aanvang van dit debat beantwoord. Ik wil er één antwoord uitlichten, omdat ik ze nog niet allemaal goed heb kunnen bestuderen en dat is het antwoord op vraag 15: hoe krijgen we in beeld of ziekenhuizen financiële problemen hebben? Dan antwoord de Minister: «De NZa moet voor het inzicht krijgen in de financiële positie van ziekenhuizen varen op de informatie van zorgverzekeraars, openbare informatie uit jaarverslagen of mediaberichten.» Ik vind dat echt onvoldoende, dus mijn vraag is hoe de NZa beter inzicht kan krijgen in de financiële positie van ziekenhuizen.

De overall bezetting van de ic's is onveranderd laag. Kan de Minister aangeven waar dit aan ligt en om welke zorg het gaat? Moeten we ons zorgen maken? We hebben gezien dat planbare zorg is uitgesteld. Moeten we deze periode met weinig coronapatiënten niet juist gebruiken om de wachtlijsten voor reguliere zorg versneld weg te werken, ook met het oog op het risico van opleving van het virus in het najaar? De coronacrisis heeft ook blootgelegd wat we allemaal al wisten, namelijk dat er veel onnodige zorg wordt geleverd. Het is goed dat hierover nu de discussie wordt gevoerd en dat de bestuursvoorzitter van de NZa zich duidelijk heeft uitgesproken. De ChristenUnie ziet graag dat productieprikkelers worden aangepakt en dat er meer ruimte is voor samenwerking en preventie. Ook mijn fractie refereert aan Bernhoven als goed voorbeeld dat laat zien dat het kan.

Patiënten zijn mondig en het is voor artsen, huisartsen, soms makkelijker om door te verwijzen dan om tijd te steken in een gesprek over leefstijlpreventie. We hebben het zogenaamde «kijk- en luistergeld», maar daar wordt nog veel te weinig gebruik van gemaakt. Wil de Minister daarom samen met de zorgverzekeraars stimuleren dat artsen en huisartsen deze mogelijkheid meer gaan benutten? Hier is echt veel winst te halen. Tot slot onder dit kopje de e-health. Die draagt ook bij aan verduurzaming en heeft een enorme vlucht genomen. Dan moeten we wel zorgen dat iedereen voldoende digitaal vaardig is, ook onze ouderen bijvoorbeeld. Is de Minister bereid om te investeren in het versterken van digitale vaardigheden van ouderen?

De voorzitter:

Voordat u verder gaat met het volgende blokje, heeft mevrouw Ploumen nog een vraag. U had nog één vraag, mevrouw Ploumen. Gaat uw gang.

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):

Voorzitter. Dank u wel. Soms kan één iemand het verschil maken en morgen kan dat zomaar mevrouw Dik-Faber zijn, als zij voor onze motie zou stemmen om verpleegkundigen structureel beter te belonen. Dus niet alleen met de verdiende bonus, maar ook structureel beter te belonen. Mijn vraag is of mevrouw Dik-Faber daartoe bereid zou zijn.

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

Natuurlijk ben ik daartoe bereid. Volgens mij is iedereen hier in de zaal bereid om ervoor te zorgen dat er een betere beloning komt voor verpleegkundigen en verzorgenden, maar we hebben ook met elkaar spelregels afgesproken. Dat zeg ik niet om flauw te zijn. Dat zeg ik gewoon omdat dat de spelregels zijn die we hebben afgesproken. Werkgevers en werknemers zijn als allereerste aan zet. Als ik persoonlijk in mijn appberichten een bericht zie van werknemersorganisaties die daar aan tafel zitten te onderhandelen en die zeggen «we willen betere lonen», denk ik: fiks het. Zij zitten aan tafel. Zij moeten zorgen voor de betere lonen. Zij zijn eerst aan zet, samen de vertegenwoordigers van de verpleegkundigen en verzorgenden. En als ze er dan niet uitkomen, ben ik heel graag bereid om te kijken wat de overheid nog kan doen. Maar dit is wel de eerste stap die gezet moet worden en ik kan mijn boosheid over de positie van de werkgevers wat dit betreft ook even niet onder stoelen of banken verstoppen.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Vervolgt u uw betoog.

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

Dat ga ik doen, voorzitter.

Ik heb eerder dit jaar aandacht gevraagd voor het toenemende tekort aan huisartsen, met name in de dorpen op het platteland. Kan de Minister aangeven welke acties zijn ondernomen om te zorgen dat de huisartsenzorg ook in Drenthe en Zuidoost-Groningen beschikbaar en bereikbaar blijft?

Dan de ambulancepost op Urk. Er komt structureel een extra ambulance. Daar ben ik heel erg blij mee. Het is goed dat er wordt gekozen voor de veiligheid van de bevolking in plaats van het aantal ritten leidend te laten zijn. Ik ben nog wel benieuwd of er inmiddels al duidelijkheid is over de structurele vergoeding voor verloskundigen, zodat hun praktijk op Urk ook duurzaam geborgd is.

Er is veel gesproken over de hoge kwaliteitseisen aan de ic's en de spoedzorg. Het is een goede eerste stap dat bij het opstellen van nieuwe kwaliteitsstandaarden ook moet worden gekeken naar de invloed van landelijke normen in de kwaliteitsstandaard op de toegankelijkheid van de zorg in de regio. Kan van landelijke partijen wel worden verwacht dat ze voldoende oog hebben voor wat er speelt in de regio? Zou hier niet een regiotoets door het Zorginstituut op zijn plaats zijn?

Voorzitter. In steeds meer ziekenhuizen is er geen Spoedeisende Hulp meer aanwezig. In plaats daarvan komt er een afgeslankte vorm van spoedzorg, zoals een spoedpost of een spoedpoli. Voor mensen is echter niet altijd duidelijk voor welke vormen van zorg zij hier terecht kunnen. Vorig jaar is de motie-Dik-Faber/Arno Rutte aangenomen over een of meer uniforme standaarden voor alternatieve vormen van spoedzorg. Op welke manier heeft het kabinet hier uitvoering aan gegeven?

Het advies van de Raad van State over de acute zorg, om burgers te betrekken bij belangrijke besluiten, is natuurlijk heel goed, maar hoe verwerkt de Minister dit advies in de houtskoolschets acute zorg?

Het is goed dat het kabinet ook aan de slag is gegaan met het opstellen van integrale regiobeelden. Hoe ziet de Minister erop toe dat de regiobeelden ook echt kijken naar de zorgbehoefte in de toekomst, waarbij naast medische zorg ook preventie en het sociaal domein worden meegenomen? En welke plek krijgen deze regiobeelden in de contourennota?

Voorzitter. Ik heb over het geneesmiddelenbeleid nog twee korte vragen. Ik weet niet of mij daarvoor nog tijd gegund is.

De **voorzitter**:

Ja.

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

Als het gaat om geneesmiddelen, zien we aan de ene kant een enorme verspilling. Ik heb een aangehouden motie van december 2019 die aandacht vraagt voor de bijna 180 miljoen euro aan nog bruikbare geneesmiddelen die worden weggegooid. De motie vraagt om een concreet actieplan tegen de verspilling van medicijnen, maar de Minister gaf de voorkeur aan een brief met een top 10 aan verspillingsacties. Ik hoor graag wat de stand van zaken is.

Aan de andere kant moeten we voorkomen dat de aanpassing van de Wet geneesmiddelenprijzen leidt tot geneesmiddelentekorten. Er is dus aan de ene kant verspilling en aan de andere kant zijn er tekorten. Zijn die tekorten iets om serieus rekening mee te houden of is dat een dreigement van de farmaceutische industrie? Hoe gaat de Minister hier scherp de vinger aan de pols houden? En hoe staat het met de uitvoering van mijn motie die vraagt om het actief publiceren van alle leveringsonderbrekingen en -tekorten op de website van het Meldpunt geneesmiddelentekorten en -defecten? Kunnen niet alleen artsen en apothekers, maar ook patiënten hierbij? Ik sluit me aan bij iedereen die een pleidooi houdt voor de productie van medicijnen in Europa.

Dank u wel.

De **voorzitter**:

Hartelijk dank. Er is een vraag van de heer Raemakers. Gaat uw gang.

De heer **Raemakers** (D66):

Mevrouw Dik-Faber en ik hebben in het verleden samengewerkt om budget vrij te maken voor het Lymeziekte-expertisecentrum. Ik heb vandaag genoemd dat ME/CVS ook een ziekte is waarvoor meer bundeling van expertise is aangewezen. Ik ben heel benieuwd of mevrouw Dik-Faber de inzet voor een expertisecentrum, of in ieder geval een expertisenetwerk, deelt en of zij ook vindt dat de Minister aan de NFU moet vragen om zo'n expertisenetwerk op te zetten.

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

Ik kan me deze vraag heel goed voorstellen, maar ik zit wel even te zoeken naar de rol van de overheid hierin. Natuurlijk moeten we het gesprek aangaan en mensen bij elkaar roepen. Ik denk dat dat een goede zet is, zodat de expertise die wellicht op verschillende plekken aanwezig is, gebundeld wordt en mensen elkaar weten te vinden. Dat lijkt mij een prima stap. Als het uiteindelijk aankomt op de betrokkenheid van VWS,

dan wil ik even goed kijken hoe en op welke manier we dat eventueel kunnen borgen. Maar het lijkt me een logisch pleidooi.

De voorzitter:

Dan is er nog een vraag van mevrouw Van den Berg. Gaat uw gang.

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

Het deed me natuurlijk deugd dat mevrouw Dik-Faber even refereerde aan de leefbaarheidstoets, die wij als CDA eerder hebben voorgesteld en waarover een motie van ons is aangenomen. Zij maakte ook even melding van de regiobeelden. Daar wil ik mevrouw Dik-Faber het volgende over vragen. Ik vind het onbeleefd dat ik haar niet kan aankijken, maar dat is maar even zo. Is mevrouw Dik-Faber het met het CDA eens dat die regiobeelden niet vormvrij mogen zijn, zoals de Minister in zijn brief schrijft, maar dat die allemaal een bepaalde kwaliteit zouden moeten hebben en ook bepaalde data zouden moeten bevatten?

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

Als ik een vraag krijg, dan moet ik die altijd even laten bezinken. Ik kan me inderdaad voorstellen dat ze niet vormvrij kunnen zijn, omdat je natuurlijk wel verschillende regiobeelden naast elkaar wilt kunnen leggen en ze onderling wilt kunnen vergelijken. Maar als het gaat om de inhoud van de regiobeelden, kan ik me wel heel goed voorstellen dat er verschillende uitkomsten zijn, omdat er natuurlijk verschillende populaties zijn met verschillende kenmerken. Ik denk dat dat juist ook de kracht is van die regiobeelden. Dus je hebt een kader nodig, maar de inhoud daarvan zou ik wel heel graag regiospecifiek willen hebben, want daarom hebben we juist om die beelden gevraagd.

De voorzitter:

Afrondend, mevrouw Van den Berg.

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

Mevrouw Dik-Faber zegt terecht dat de inhoud kan verschillen. Ik heb vaak het voorbeeld genoemd van het geboortecijfer op Urk en het geboortecijfer op Zeeuws-Vlaanderen. Het verschil is ongeveer een factor drie. De inhoud kan inderdaad verschillen, maar mag ik wel concluderen dat mevrouw Dik-Faber het ermee eens is dat de kwaliteit van de regiobeelden en de zaken die getoetst en geïnventariseerd worden, vergelijkbaar moeten zijn?

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

Ja, dat lijkt mij een goede conclusie. De kwaliteit moet natuurlijk altijd goed zijn.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan zijn we daarmee aan het einde gekomen van de eerste termijn van de zijde van de Kamer. Zoals ik aan het begin van dit overleg heb aangegeven, zal de beantwoording plaatsvinden op donderdag. Dat doen we vanaf 10.00 uur. Ik weet niet precies in welke zaal, maar in een van deze zalen. Dan zal de Minister aanvangen met de beantwoording. Ik heb begrepen dat de hele beantwoording donderdag zal plaatsvinden. Ik wil u voor nu hartelijk dankzeggen. Ik dank uiteraard onze ondersteuning en de mensen die dit debat gevolgd hebben, en ik zie u graag aanstaande donderdag. Ik wens u een fijne avond.

Sluiting 19.49 uur.