

Vergaderjaar 2015–2016

27 529

Informatie- en Communicatietechnologie (ICT) in de Zorg

Nr. 137

VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Vastgesteld 23 maart 2016

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 27 januari 2016 overleg gevoerd met Minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over:

- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 26 november 2012 houdende een verslag van een schriftelijk overleg inzake eHealth in de zorg (Kamerstuk 27 529, nr. 115);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 2 juli 2014 inzake eHealth en zorgverbetering (Kamerstuk 27 529, nr. 130);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 8 september 2014 houdende een reactie op het RVZ-advies «Met de kennis van later; naar een toekomstgericht zorgbeleid» (Kamerstuk 32 620, nr. 133);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 10 oktober 2014 houdende aanbieding van de eHealth-monitor 2014 (Kamerstuk 27 529, nr. 132);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 5 oktober 2015 inzake medisch technologische innovatie en topsector Life Sciences & Health (Kamerstuk 32 637, nr. 202);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 6 oktober 2015 houdende een standpunt inzake health checks (Kamerstuk 32 793, 199);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 8 oktober 2015 met de Voortgangsrapportage eHealth en zorgverbetering (Kamerstuk 27 529, nr. 134).**

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

De voorzitter van de commissie,
Lodders

De griffier van de commissie,
Teunissen

Voorzitter: Bouwmeester
Griffier: Sjerp

Aanwezig zijn vier leden der Kamer, te weten: Bouwmeester, Bruins Slot, Pia Dijkstra en De Lange,

en Minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Aanvang 14.08 uur.

De **voorzitter**: Goedemiddag. Ik heet de Minister en haar ambtenaren, de Kamerleden en de mensen op de publieke tribune en de mensen die thuis meekijken, welkom. De leden hebben vier minuten spreektijd, met twee interrupties.

De heer **De Lange** (VVD): Voorzitter. Innovatie in de gezondheidszorg gaat over vooruitgang. Dat is mogelijk maken dat mensen langer gezond blijven, minder ziektelast ervaren en langer zelfstandig blijven. Wat een fantastisch perspectief!

Een greep uit de praktijk. Een man van 95 kan minder goed voor zichzelf zorgen en steunt daardoor op zijn familie. Hij is betrokken bij de ontwikkeling van een speciale app voor zijn smartphone. Die biedt uitkomst. Hij kan thuis blijven wonen en behoudt daardoor de regie over zijn eigen leven. Familieleden kunnen op afstand heel veel regelen en de betrokken zorgverleners zijn hierop aangesloten.

Een ander voorbeeld, dat de voorzitter zal aanspreken, betreft een innovatieve technologie voor het registreren van weëenactiviteit. De huidige sensoren die worden gebruikt bij zwangere vrouwen, werken in 20% tot 40% van de gevallen niet. Een eerste test laat zien dat de plakker die ik hier heb, wel goed werkt.

Waarom zijn deze producten dan nog niet breed te vinden op de markt? Dat heeft te maken met belemmeringen waar ondernemers tegen aanlopen. Starters krijgen lastig toegang tot bestaande zorgaanbieders, terwijl het een flinke uitdaging is om producten in de praktijk uit te testen bij een grote groep mensen. Ook lopen zij vaak aan tegen de financiering. Het kost nu eenmaal vijf tot tien jaar om een ontwikkeling te laten vliegen. Ze kunnen een beroep doen op de beleidsregel innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties. In de praktijk blijkt dat veel aanvragen worden afgewezen en dat de procedures lang en star zijn. Hoe kan dit volgens de Minister worden verbeterd?

Daarnaast is het mogelijk om zich te wenden tot het Innovatiefonds Zorgverzekeraars, maar dit fonds is bijna op en stopt per 1 januari 2019. Is er overleg over hoe dit gat zal worden opgevangen? Wat is de rol van de zorgverzekeraars hierbij? Hoe wordt in de komende jaren binnen de bestaande zorgbudgetruimte ruimte vrijgespeeld voor de financiering van innovatie? Hoe gaan de gevestigde partijen hiermee om? Wat is de rol van het door VWS opgerichte start-upnetwerk bij het weghalen van belemmeringen? Zijn er al meldingen binnengekomen van belemmeringen in wet- en regelgeving? Hoe werkt dat in de praktijk?

Hoe mooi is het dat mensen zelfstandig thuis kunnen blijven wonen met behulp van zorg op afstand? Het is innovatie ten top, in Brabant en in de Achterhoek, met dienstverleners, gespecialiseerd in zorg op afstand. Maar de huidige regels inzake verzorging schrijven voor dat het moet gaan om fysiek aanwezig toezicht. Is de Minister met mij van mening dat deze regelgeving verouderd is en moet worden aangepast aan de huidige innovatieve tijd, zodat in eerste instantie digitaal toezicht op afstand mogelijk is?

Tijdens de begrotingsbehandeling heb ik ook aandacht gevraagd voor eHealth. Uit de brief van 8 oktober blijkt dat eHealth onvoldoende van de

grond komt. Wat zijn de oorzaken hiervan? Welke concrete doelen worden er gesteld? Waar staan we volgend jaar?

Apparaten moeten in dezelfde taal met elkaar kunnen communiceren. Als ik goed heb geteld, zijn er drie verschillende patiëntssystemen binnen de academische ziekenhuizen en kent Nederland negen verschillende huisartsinformatiesystemen. Is de Minister van mening dat er uniforme technische standaarden moeten komen en dat hierover internationale afspraken moeten worden gemaakt? Zo ja, welke rol pakt Nederland en wat wordt het tijdpad? Als er goede standaarden zijn, moet ook een randvoorwaarde zijn dat de privacy goed is geborgd. Het medisch beroepsgeheim moet ook gelden in de digitale wereld.

De VVD is voorstander van het toestaan van preventief medisch onderzoek, mits dit zelf wordt bekostigd. In de brief hierover kondigt de Minister betekenisvolle stappen aan. Is het aangekondigde rondetafelgesprek al gepland? Wat wordt het vervolgtraject voor concrete voorstellen om de wet- en regelgeving op dit gebied aan te passen? Innovatie biedt volop kansen en Nederland kan zich hierin onderscheiden. Laten we dit met beide handen aangrijpen.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Voorzitter. Dagelijks vindt er vernieuwing in de gezondheidszorg plaats. Het is bijzonder om te zien hoe snel de zorg zich ontwikkelt. Tijdens werkbezoeken kom ik ook de meest enthousiasmerende initiatieven tegen. Dat is echt geweldig! Het verspreiden van innovatie over Nederland is echter een stuk lastiger, zoals de Minister weet. Welke plannen heeft de Minister om ervoor te zorgen dat innovaties in de zorg sneller over heel Nederland uitgerold kunnen worden?

Iedereen ziet de voordelen van eHealth en iedereen ziet ook graag dat de inzet van eHealth opgeschaald wordt. Van verschillende kanten hoor ik echter dat de bekostiging een van de belangrijkste belemmeringen is voor die eHealth-innovatie. Dit blijkt uit de eHealth-monitor van 2015, zoals mijn collega ook zei. Het afschaffen van de beleidsregel innovatie ten behoeve van nieuwe zorgproducten en de afbouw van tijdelijke subsidie-regelingen voor zorginfrastructuur zouden de financiering bemoeilijkt hebben. Op welke manier denkt de Minister structurele bekostiging van deze bewezen innovaties te kunnen waarborgen?

De CDA-fractie maakt zich wel zorgen over de grotere ruimte die de Minister wil bieden aan burgers om zichzelf preventief te laten onderzoeken. Dan gaat het vooral om de total body scans. Het is van belang om beunhazerij en geldklopperij op dit gebied te voorkomen. Er is meerdere keren door artsen gewaarschuwd dat een total body scan bij patiënten vooral onnodige angst aanwakkert en een onnodige stijging van de zorgkosten veroorzaakt. Het onderzoek van Panteia geeft hiervoor ook aanwijzingen. De Minister geeft aan dat zij van plan is om te komen met een drietrapsstelsel voor health checks, waarbij voor de derde categorie een vergunningplicht geldt. Klopt het dat de total body scans niet onder deze derde categorie van vergunningplicht zullen vallen? Is het niet beter om dit juist wel te doen, om onnodige groei van zorgkosten te voorkomen? Als de Minister dit toestaat, moet het heel gecontroleerd gebeuren. De Gezondheidsraad is hierin ook heel terughoudend. Je zou zoiets alleen moeten doen als er goed onderzoek wordt opgezet naar de gevolgen die dit heeft voor de groei van de kosten in de verzekerde zorg.

De heer **De Lange** (VVD): Ik wil het toch nog wat helderder krijgen. Ik hoorde in het betoog van mevrouw Bruins Slot aan de ene kant de angst om meer ruimte te geven aan initiatieven zoals preventieve checks in de vorm van een total body scan. Aan de andere kant hoor ik een aantal randvoorwaarden, zoals dat het goed is georganiseerd qua wet- en regelgeving en dat er een goede wetenschappelijke onderbouwing is van hetgeen er wordt gedaan. Dan zouden er wel mogelijkheden zijn. Klopt

het dat zij dit in principe wel in Nederland wil toestaan als aan dat soort randvoorwaarden wordt voldaan?

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): We hebben sowieso al heel veel preventieve zorg, zoals bevolkingsonderzoek. Dat is zeer goed onderzocht en onderbouwd door de Gezondheidsraad. We hebben ook een aantal zelftests, waarbij strikter moet worden bekeken hoe we dat kunnen doen. Bij de total body scan zijn mij een aantal zaken niet duidelijk. Is de Minister van plan om die in Nederland toe te staan? Als zij die toestaat, in welke categorie zet zij die dan weg? De derde categorie die de Minister nu opstelt, is de categorie voor zeer zeldzame ziekten, waarvoor nog geen goede geneesmiddelen zijn. Als je die redeneertrant zou doorzetten, zou er geen vergunningplicht komen voor de total body scan. Dat is mijn antwoord op de vraag van de heer De Lange. Eerst moet er helderheid komen of de Minister de total body scan wil toestaan. Als zij dat doet, dan moet dat onder heel strikte voorwaarden. De vraag is of de Minister van plan is om dat onder die strikte voorwaarden te doen.

De heer **De Lange** (VVD): Als ik het goed begrijp, zou er volgens de CDA-fractie wel ruimte voor moeten worden geboden, net als in Duitsland, als aan dit soort voorwaarden wordt voldaan. Dan zou zo'n brede health check in Nederland mogelijk ook worden toegestaan.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Dat hangt dus heel erg af van de voorwaarden en de manier waarop zij het precies wil gaan doen. Daar is nu ontzettend veel onduidelijkheid over. Volgens mij zitten mensen uit de grensstreek vaak al in Duitsland. In algemene zin maken de artsen zich zorgen over de groei van de zorgkosten in de verzekerde zorg en over de angst die het mensen aanjaagt. Ondertussen hebben we een goed onderzoek van Panteia gehad, waarin dat wordt onderstreept. Dat geldt in ieder geval voor de voorspelling van partijen dat dit in de verzekerde zorg tot aanzienlijke groei van zorgkosten zal leiden, terwijl het niet altijd zeker is dat het noodzakelijke zorg is. Het is dus omgeven door nogal wat mitsen en maren. De Gezondheidsraad heeft er ook een heel goed advies over gegeven. De CDA-fractie is vooral heel voorzichtig. Zij ziet wel dat dit een soort onomkeerbare ontwikkeling is, omdat een heleboel mensen in de grensstreek daar al naartoe gaan. Ik zie ook behoorlijke onduidelijkheid bij de Minister over wat zij precies met die total body scans gaat doen.

De **voorzitter**: U vervolgt uw betoog.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): De Minister heeft bij de begrotingsbehandeling ook de health deals aangekondigd. Ze verwacht daar ontzettend veel van. Deze samenwerking tussen de overheid en het bedrijfsleven moet tot nieuwe gezondheidszorginnovatie leiden. Wat is de stand van zaken? Zijn er al private partijen waarmee afspraken worden gemaakt? Ik kan me het persbericht nog heel goed herinneren: er zou 500 miljoen worden uitgegeven, deels door de overheid en deels door het bedrijfsleven. Na de brief die wij hierover hebben gehad, is het ons nog niet duidelijk om hoeveel nieuw geld het gaat. De helft van die 500 miljoen was al bestemd voor de vaccins van Intravacc. Een groot deel van dat geld zou al naar de academische zorg gaan. Klopt dit? Hoeveel nieuw geld heeft de Minister echt vrijgespeeld voor onderzoek? Tijdens de begrotingsbehandeling in 2013 hebben mevrouw Bouwmeester en ik een heel mooie motie ingediend om te komen tot een centraal digitaal punt met een overzicht van goed werkende medische apps en de toepasbaarheid daarvan. Je ziet dat er in de afgelopen jaren heel veel medische apps zijn ontwikkeld, terwijl niet altijd duidelijk is welke echt goed en betrouwbaar zijn. Mevrouw Bouwmeester en ik hebben gevraagd om daarin een classificering in te brengen, als een soort

richtlijn voor welke goed te gebruiken zijn. Hoe staat het met de uitvoering van deze motie (33 750-XVI, nr. 30) uit oktober 2013?

De **voorzitter**: Dank u wel, mevrouw Bruins Slot, ook voor het aanvullende nummer voor de ondersteuning.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Voorzitter. Toekomstgericht zorgbeleid vraagt om innovatie. Dat zit niet alleen maar in robots of 3D-printers, maar het zit ook in kleine innovaties, zoals het herinrichten van de spreekkamer of het gebruik van Facetalk, zodat een patiënt thuis of op zijn werk kan blijven tijdens een consult. Het enthousiasme dat mevrouw Bruins Slot tijdens haar werkbezoeken aantrof, deel ik volledig, omdat er zulke fantastische mogelijkheden zijn. Deze leiden tot betere en vaak uiteindelijk ook goedkopere zorg voor de patiënten, maar innovaties vragen natuurlijk investeringen. Mijn fractie vindt het belangrijk dat de verantwoordelijkheid voor deze investeringen niet bij één partij komt te liggen. Omdat innovatie bijdraagt aan zinnige en zuinige zorg, vinden wij het belangrijk dat de overheid ook haar bijdrage levert en de bal niet volledig bij private partijen neerlegt. Ik hoor hierover graag wat meer van de Minister. De andere woordvoerders hebben daar ook naar gevraagd. Na de pilotfase zien we helaas veel innovaties stranden, simpelweg omdat er geen structurele financiering mogelijk is. Mijn fractie wil graag dat innovatieve zorg gewoon in de reguliere bekostigingssystematiek wordt opgenomen. Ook daar hoor ik graag de Minister over.

Innovatie vraagt op sommige punten natuurlijk ook om standaardisatie en mogelijkheden tot opschaling. Ik denk aan het veelgeroemde ParkinsonNet, waar we al jaren zeer lovend over spreken. Het concept is in het buitenland overgenomen. Ook in Nederland wordt het verder uitgerold. Je zou zeggen dat dit een heel mooi model is voor andere chronische aandoeningen, zoals COPD en dementie. Ik heb begrepen dat er inmiddels werk van wordt gemaakt, maar het gaat allemaal zo langzaam. Waarom laat dit zolang op zich wachten? Zou de Minister iets voelen voor een initiatieven-database, zodat makkelijk te vinden is welke innovaties er al zijn en dus gebruikt kunnen worden? Je ziet dat er op allerlei verschillende plekken innovaties worden geprobeerd. Er zijn mooie resultaten, maar die worden dan niet verder gebracht. Ik begrijp niet dat er zo veel innovaties voorhanden zijn die simpelweg niet gebruikt worden omdat er verkeerde prikkels in de systemen zitten. Een voorbeeld is dat fysiotherapie soms vele malen effectiever blijkt dan een operatie, maar dat die operatie vaker wordt uitgevoerd.

Als het gaat om verkeerde prikkels, zou ik ook graag van de Minister willen horen wat zij vindt van een voorbeeld waar ik op stuitte. Waarom krijgt een kaakchirurg tien keer zo veel vergoed voor het verwijderen van vier verstandskiezen dan voor het helen van een dubbele schisis, een hazenlip? Op welke manier draagt dit als foute prikkel bij aan innovatieve operatiemethodes voor zeldzame aandoeningen? Het gaat D66 niet om méér geld voor de zorg maar om geld op de juiste plek. Het is dus een verdelingskwestie. Hoe gaat de Minister realiseren dat die verkeerde prikkels uit het systeem verdwijnen en het geld op de goede plek terecht komt?

Bij verschillende academische ziekenhuizen kunnen patiënten digitaal, met DigiD, hun gegevens inzien. 50% van de patiënten wil dit ook graag, maar het is nog lang niet overal mogelijk. Kan de Minister aangeven waarom dat nog niet overal kan? Wat gebeurt er met data uit die elektronische systemen? Dat vind ik wel een heel belangrijk punt. Op welke manier worden patiënten geïnformeerd over wat er met hun data gebeurt? Ziet de Minister iets in het idee om bij het inloggen een pop-up met informatie te laten verschijnen, zodat de patiënt weet wat er met zijn of haar gegevens gebeurt?

Kan de Minister aangeven hoe medische apparaten die zijn aangesloten op wifi, beveiligd zijn? Welke wettelijke eisen liggen er voor de beveiliging van medische software?

Een ander punt waar mijn hart naar uitgaat, betreft serious gaming. Je ziet dat games eerst moeten worden gevalideerd, voordat zij in de praktijk geïmplementeerd kunnen worden. Daardoor loopt het gebruik van die serious games vertraging op. Bij een heel groot deel van de behandelingen in de zorg zie je dat ze zich in de praktijk moeten bewijzen, maar bij die games moet dat van tevoren duidelijk zijn. Dit is een van de belemmeringen waarover al door anderen is gesproken. Mevrouw Bouwmeester en ik hebben bij de begrotingsbehandeling gevraagd om te kijken naar belemmeringen. We hebben daarover een motie (34 300-XVI, nr. 65) ingediend, die vooral over de innovatieve aanbieders ging. Dit is ook een van de belemmeringen om in de praktijk aan de slag te kunnen gaan. Ik zie dat ik te veel tijd heb genomen, maar we zijn met weinigen, dus zo brutaal ben ik wel. Ziet de Minister deze belemmeringen ook? Ziet zij manieren om die weg te halen? Zo ja, hoe?

Voorzitter: De Lange

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Voorzitter. De Partij van de Arbeid is trots op de vele innovaties op technisch en sociaal gebied. Deze bieden hoop en perspectief op een betere behandeling en op medicatie op maat. Ook bieden ze kansen voor de versterking van de positie van de patiënt. De wereld verandert door internet en open data. Dokter Google voorspelt een griepedemie als eerste. Philips staat in de startblokken om thuismetingen uit te rollen en Apple wil deze allemaal uitlezen. De mogelijkheden voor onderzoek, behandeling, zelfmeting en preventieve tests nemen met de dag toe. Dat is mooi, maar deze nieuwe mogelijkheden gaan gepaard met medische discussies en discussies over privacy. Daarom moeten we deze ontwikkelingen bijbenen, randvoorwaarden stellen en deze niet alleen aan de markt overlaten.

In de visie van de Partij van de Arbeid leidt innovatie tot meer mogelijkheden voor de patiënt om zelf regie te voeren op zijn zorg en behandeling, waarbij eHealth-toepassing een middel is om te komen tot het doel van de empowered patient. Deelt de Minister deze visie? Is deze ook uitgangspunt voor sturing? Waar blijkt dat in de praktijk uit? Hoe kan worden voorkomen dat eHealth als doel op zich wordt gezien in plaats van als middel om de dienstverlening voor patiënten te verbeteren?

In de praktijk zien we veel losstaande innovatieve producten, waarvoor veel lof is. We hebben de innovatiesubsidies, zoals de health deals. Deze zijn veelal gericht op het ontwikkelen en vermarkten van producten, maar niet op het duurzaam implementeren van vernieuwende werkwijzen in het belang van de patiënt. Een mooi voorbeeld van sociale innovatie in de zorg zijn de zorgverleners die zich, vooralsnog in hun vrije tijd, inzetten om patiëntgerichte informatie te ontwikkelen. Ik heb de voorbeelden al eerder genoemd: dokter Van Rheenen, dokter Oei, behandelingbegrepen.nl, Hartvolgers. Ze krijgen veel lof, maar het lukt simpelweg niet om dit duurzaam te implementeren, zodat dit een werkwijze wordt in de zorg. Wie komt er op voor deze patiënten en goedwillende zorgverleners? Waar zijn de zorgverzekeraars die aantoonbaar sturen op deze innovatie? Wat kan de invloed zijn van meer aandacht voor innovatie tijdens de opleiding binnen de zorg? Gebeurt dat nu al? Waarom gelden er nog geen open standaarden voor richtlijnen, zodat innovaties beter in te bedden zijn en apparaten met elkaar kunnen spreken? Hoe kan de privacy worden geborgd? Mijn collega's vroegen hier ook al naar.

Wat vindt de Minister van het idee dat ik hoorde van een van de innovatiegoeroes, Lucien Engelen, van het Radboud UMC, om een showroom voor zorginnovatie in te stellen? Wat we volgens hem nodig hebben, is show and tell. Vertel nu eens wat er allemaal al kan. En dan heb ik het niet over

een showroom voor de voorbeelden die iedereen al kent, maar juist over een showroom voor de veelbelovende kleine initiatieven van start-ups die hulp en ondersteuning nodig hebben.

De huidige financiering in het zorgstelsel vormt mede – ongewenst, maar toch – een blokkade voor innovatie. Het is nodig om geld doelgericht te verschuiven binnen het stelsel, waarbij nieuwe zorgvormen, het informeren van patiënten en betere dienstverlening centraal horen te staan. Is de Minister bereid hier actief op te sturen bij de begroting voor 2017? Welke rol speelt innovatieve zorg bij de jaarlijkse pakketdiscussie? Hoe kunnen we ervoor zorgen dat nieuwe vormen van zorg en dienstverlening in het pakket komen, en dat oude vormen die minder patiëntgericht zijn, er dan ook uit gaan? Welke mogelijkheden zijn er om nieuwe zorgvormen, zoals serious gaming, waarover mevrouw Dijkstra al sprak, tijdelijk sneller toe te laten? Heeft de NZa de ruimte om flexibele betaaltitels te creëren voor vernieuwende zorg, zodat deze sneller toegelaten kan worden? Hoe kan de zorgverzekeraar worden aangezet tot aantoonbaar sturen en inkopen op innovatieve zorg, zoals eHealth? Wie controleert of hun eisen ook echt aansluiten op de praktijk? Tijdens de begrotingsbehandeling heb ik samen met D66 een motie ingediend, waarin we de Minister vragen om alle knelpunten te inventariseren, daar een lijst van te maken en om met het veld tot een oplossing te komen. We zijn politici, dus we zouden graag nu de oplossing hebben, maar we snappen dat dit wat ingewikkelder is. Ik vraag de Minister om ons voor de zomer een brief toe te zenden over de stand van zaken. Tot slot: hét onderwerp, de preventieve bodyscan. Wij zien het nut er nog niet zo van in. Ik sluit mij aan bij de vragen die de CDA-fractie hierover al heeft gesteld, ook omwille van de tijd.

Voorzitter: Bouwmeester

De vergadering wordt van 14.32 uur tot 14.41 uur geschorst.

Minister **Schippers**: Voorzitter. Ik deel het enthousiasme van de mensen die kijken naar wat er in de praktijk gebeurt, want er gebeurt echt ontzettend veel. We hebben ook technologie die het mogelijk maakt dat er ontzettend veel gebeurt. Je ziet dat er met heel veel enthousiasme aan wordt gewerkt. Wij willen dat zo veel mogelijk doorgang laten vinden en dat zo min mogelijk in de weg zitten. Dat is mijn eigen samenvatting van het doel van de inbrengen die hier zijn gegeven.

Wat willen we nu eigenlijk waar technologie ons ontzettend bij kan helpen? Het allerbelangrijkste is dat we willen gaan van behandelen als je ziek bent, naar voorkomen van ziekte. We willen ook mensen die ziek zijn, goed laten participeren. Dat is de doelstelling, en die gaat enorm dichtbij komen door ontzettend veel nieuwe technologie die daarop aangrijpt. Ik heb ook de afgelopen week in Davos weer heel veel technologie gezien die eigenlijk alleen maar gaat om de vraag hoe we voorkomen dat mensen in een behandeltraject raken.

Een andere ontwikkeling die je heel duidelijk ziet, is dat de technologie het mogelijk maakt dat de patiënt niet naar de zorg gaat, maar dat de zorg naar de patiënt komt. In plaats van dat jij naar het ziekenhuis moet, komt als het ware het ziekenhuis bij jou. Dat stelt jou in staat om soms zelfs in je eigen huis allerlei metingen te doen of allerlei dingen te doen waarvoor je vroeger verpleegkundig het ziekenhuis moest bezoeken. In plaats van naar zorg krijgen op de tijd die het aanbod schikt, gaan we naar zorg krijgen op de tijd dat het jou schikt.

Ik denk dat een aantal dingen heel belangrijk zijn. Allereerst is het uitgangspunt dat we moeten hanteren, dat de patiënt eigenaar is van zijn eigen data. Die data zijn van niemand anders dan van de patiënt. Een ander belangrijk punt is dat we een dossier kunnen krijgen waarin ook eigen metingen en constatering van de patiënt opgenomen kunnen

worden: het persoonlijk gezondheidsdossier. We hebben daarvoor een randvoorwaardenwet nodig; te weten de Wet elektronische gegevensuitwisseling. Deze ligt nu voor bij de Eerste Kamer. Het is cruciaal dat dit wetsvoorstel het gaat halen. Ik zal daar dus ook mijn uiterste best voor doen. Ik denk dat het bij al die technologie die wij zien, van belang is dat we daarmee doorgaan.

Wat doet deze wet? Er is een amendement ingediend in deze Kamer om gericht specifieke zorgverleners te kunnen aanwijzen die jouw patiëntgegevens mogen inzien. Bij de indiening daarvan heb ik al gezegd dat dit nu technisch niet mogelijk is. Dat stel ik drie jaar uit. De betekenis daarvan is dat je tegen het veld zegt: beste mensen in het veld, over drie jaar moet dat kunnen. Bij de patiëntenportalen van het UMCU en van andere ziekenhuizen kun je als patiënt, voordat je überhaupt je arts ziet, al bekijken wat je labgegevens en je andere gegevens zijn. Dat hebben we nu bij het UMCU, maar we verwachten dat dit binnen drie jaar bij iedereen kan. Daar wil ik de ziekenhuizen zelf ook bij helpen. We hebben het VMS-programma gehad en we zijn nu in overleg met de ziekenhuizen over eenzelfde programma op het gebied van ICT om dit mogelijk te maken in de komende drie jaar. Ik zeg nogmaals dat die wet daarbij een stok achter de deur zal zijn. Dat hoeft ik eigenlijk niet tegen deze woordvoerders te zeggen, want hier is dat wetsvoorstel al aangenomen. Als we die wet niet hebben, zal het toch een beetje gebeuren, zoals je vaak ziet, niet omdat mensen het niet willen, maar omdat er zo veel andere dingen zijn die moeten gebeuren. Het is dus heel belangrijk dat we dit met elkaar doen. Die prioriteit heb ik ook.

De afgelopen anderhalf à twee jaar hebben we binnen het ministerie extra prioriteit gegeven aan innovatie, omdat innovatie ontzettend veel kansen biedt. Natuurlijk hebben innovaties ook risico's. Je moet zien dat je de risico's beheerst zodat je de kansen kunt pakken. Daarom hebben wij sinds anderhalf à twee jaar de programmadirectie Innovatie en Zorgvernieuwing. Dat zijn mensen die de hele dag bezig zijn met vragen als: hoe kun je het slimmer organiseren, hoe kun je het beter doen, waar zitten de belemmeringen, hoe moeten we dat aanpakken? We hebben ook het Informatieberaad, waarbij het hele veld aangesloten is. Dan gaat het over standaarden, standaarden, standaarden. Het is heel belangrijk dat we daar een push aan geven, zoals ik vanmorgen ook zei in het AO. Bij die standaarden is het heel duidelijk: het was eerst vrijwillig en vrijblijvend. Het is nu vrijwillig, maar niet meer vrijblijvend. Dat kan niet meer. We moeten meer standaardiseren. Een van de woordvoerders zei al dat het heel gek is dat we bij het overschakelen naar systemen zien dat de UMC's niet allemaal één systeem uitkiezen. Dat is een gemiste kans.

We hebben de Kamer een brief met de doelstellingen gestuurd. Ik weet dat de Kamer doelstellingen altijd op prijs stelt, zodat we gericht en gefocust kunnen werken, dus die brief hebben we gestuurd. We zijn aan de slag met health deals. Ik zal straks nog ingaan op de stand van zaken. Het gaat erom hoe we dat bij elkaar kunnen brengen in pps, met de partijen die deze vindingen doen, die de technologie hebben en deze moeten toepassen. We zijn samen met de sector Life sciences & health (LSH) en met Economische Zaken aan het kijken naar health impact bonds. Daarbij gaat het om de vraag hoe je ervoor kunt zorgen dat private investeringen worden terugverdiend uit de besparingen die worden behaald door zo'n innovatie. Als je dat soort systemen kunt opzetten, kun je weleens een tandje sneller gaan dan we tot nu toe hebben gedaan. We hebben een start-upnetwerk opgezet. Dat is eigenlijk een groot koppelingsbureau, zoals ik dat noem. Iedereen en alles moet aan elkaar gekoppeld worden. Wat heb je als start-up nodig? Financiering en juridische hulp. Mensen weten soms niet hoe het gezondheidssysteem in elkaar zit. Hoe werkt dat met die verzekering? Sommige mensen hebben een duwtje in de rug nodig en andere hebben een sparringpartner nodig. Die programmadirectie trekt er enorm hard aan om voor dat start-

upnetwerk de benodigde kennis van regelgeving, financiering en juridische zaken bij elkaar te brengen.

Tot slot noem ik het «fast track». Het is wel heel erg dat ik bij ieder AO weer iets in het Engels moet zeggen. Hoe kunnen we dingen sneller implementeren? We zien het op een klein gebiedje gebeuren en we moeten ervoor zorgen dat er verbreding plaatsvindt.

Dit is mijn inleiding, even in een notendop. Er wordt keihard gewerkt en iedereen probeert zo veel mogelijk belemmeringen weg te halen, maar ook stimulansen te geven of de positieve slag te pakken. In de gezondheidszorg zie je dat er ontzettend veel openheid is voor innovatie. Dat geldt vooral voor de Nederlandse zorg. Als je die vergelijkt met andere zorg, zie je dat het bij ons vrij snel opgenomen wordt. Maar het is toch moeilijk om het uit te rollen of te implementeren, zodat het massa krijgt. Daar zitten soms ook wel redenen achter. Een voorbeeld is ParkinsonNet. Dat is een ontzettend mooi initiatief. Mevrouw Dijkstra vroeg ernaar. Dat begint nu wel massa te krijgen. Je wilt dat ook bij andere ziektes. Wat zie je bij ParkinsonNet? Dat grijpt in op alles: op de manier waarop mensen hun werk doen, op cultuur, financiering en inkoop. Dan is het niet gek dat er tijd nodig is om de omslag op al die niveaus, van regels, financiering en cultuur, voor elkaar te krijgen. Alles is daar wel op gericht. Je ziet ook wel dat dit aan het gebeuren is. We willen allemaal wel dat het sneller gaat, maar het begint al wel plaats te vinden.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Ik begrijp heel goed wat de Minister zegt. Dat het tijd nodig heeft, snappen we allemaal. De Minister noemt ook een aantal zaken die je veel sneller bij andere chronische ziekten en aandoeningen zou kunnen gebruiken, zoals zij gestalte krijgen in dat Parkinsonnetwerk. Ik denk dat ik ook namens de collega's spreek, als ik zeg dat daar onze vraag ligt, want we willen allemaal graag wat vaart maken. Hoe kun je uitgaan van een geraamte dat er al ligt, in plaats van bij een andere ziekte weer bij nul te beginnen?

Minister **Schippers**: Dat hebben we opgepakt. We zijn in gesprek over de vraag hoe we dat sneller kunnen doen bij andere aandoeningen. Het feit dat wij daarbij betrokken moeten zijn en dat het niet vanzelf gaat, heeft ermee te maken dat het zo ingrijpend is. Bij Parkinson heeft het waarschijnlijk langer geduurd dan bij andere ziektes. Er ligt al een geraamte, maar het gaat niet vanzelf. Je moet echt met elkaar bekijken hoe je bij andere ziektes een verdieping en verbreding krijgt, namelijk niet alleen in één regio in het midden van het land, maar van Zuid-Limburg tot Groningen.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Bij dit soort dingen geldt ook altijd: tussen droom en daad staan wetten in de weg en heel veel andere dingen. Op een gegeven moment kun je dat aanpakken. Dan kun je ook een soort matrix maken, waardoor je ziet wat in die gevallen belangrijk is. Ik vraag me af of dit voldoende is geïdentificeerd om die snelheid te maken. We hebben het nu over ParkinsonNet, maar ik noemde ook serious gaming en het valideren en vervolgens implementeren. Daar zitten zoveel belemmeringen en regelgeving in de weg dat ik me toch afvraag of we daar niet sneller mee aan de slag kunnen.

Minister **Schippers**: Het zijn een heleboel vragen, over verschillende dingen. Bij ParkinsonNet is het probleem niet zozeer dat daar wetten in de weg staan. Dat zie ik niet zo. Dat is toch een andere situatie. Daar is al pionierswerk gedaan. Er ligt een geraamte, zoals u zelf zegt. Het is meer dat je de cultuur moet hebben. De behandelaren op het gebied van COPD hebben waarschijnlijk niet heel erg opgelet hoe dat bij Parkinson ging, dus die moeten die slag ook weer maken. Het is niet alleen dat de verzekeraar

het wil. De behandelaars moeten het ook willen. Het is een andere manier van werken.

We hebben de Innovatieplaats Cure opgericht, waar mensen zich nog een paar weken kunnen aanmelden als zij denken dat er regels of andere dingen zijn die in de weg zitten. Ik vind het heel belangrijk om met voorrang te kijken naar de dingen waar ik iets aan kan doen, zoals de regels. We hebben al zulke dingen opgestart: als er regels in de weg zitten, zeg het dan. Ik denk dat het vaak ook veel meer is dan alleen een regel. Bij de voorbeelden die onder andere door mevrouw Bouwmeester zijn genoemd, ligt het niet aan regels, maar aan heel andere dingen, niet in de laatste plaats aan de cultuur.

EHealth is een middel en geen doel. Het is een middel voor betere zorg en meer regie. Het kan gewoon helpen. Zo moeten we het zien. We zien dat productinnovatie in de gezondheidszorg vrij snel tot stand komt. Mensen willen graag nieuwe technologie, nieuwe pillen en nieuwe apparaten hebben. Artsen willen er graag mee werken. Je ziet dat het bij procesinnovatie veel langzamer gaat. Dat is waar wij ons op richten. Als je kijkt naar processen in andere sectoren, moet je constateren dat de zorg niet achter zal blijven bij allerlei andere dingen die op afstand gebeuren. Er komt langzaam maar zeker een versnelling omdat mensen zelf niet meer zonder willen of zich afvragen: als het overal kan, waarom kan het dan niet in de zorg?

Dan kom ik bij het start-upnetwerk. In 2015 zijn we gestart met een dialoog met partijen die actief zijn bij het ondersteunen van start-ups. Dan moet je denken aan accelerators, innovatienetwerken, zorgverzekeraars, banken, topsectoren, de corporate industry. De focus is om te komen van start-up tot scale-up. Het doel is dus niet om via het start-upnetwerk nog meer start-ups te krijgen, ook al kunnen zij zich wel melden. Het doel van het netwerk is dat start-ups worden opgeschaald. In de eerste en de tweede helft van 2015 wordt in dialoog met partijen het concept voor die versnellingsroute of het fast track voor eHealth opgezet. In die versnellingsroute krijgen veelbelovende initiatieven de gelegenheid om zich te bewijzen, ondersteund door een professioneel netwerk, en om van ontwikkeling door te groeien naar implementatie.

Naast het ondersteunen van start-ups naar scale-ups zijn er ook mogelijkheden om Nederland nog beter te positioneren als testomgeving voor digitale innovaties van grote internationale spelers. Als land worden wij internationaal vaak gezien als toegang tot Europa wat betreft digitale innovatie.

De heer **De Lange** (VVD): Ik heb toch nog een vraag over de werking, om dat wat concreter te krijgen. Het is voor de verbreiding van belang om datgene wat je hebt ontdekt, te valideren, zoals de Minister terecht stelt. Bij een grotere groep wil men dan uittesten of dat breder kan. Je hoort vaak dat het dan ontzettend lastig is om voet aan de grond te krijgen bij de traditionele zorgaanbieders. Ik noem als voorbeeld bij dit verhaal dat men een test wilde doen bij 7.000 mensen. Dan heb je wel de medewerking van het ziekenhuis nodig. Dat lukt bij het ziekenhuis waarmee men dit heeft ontwikkeld, maar de andere ziekenhuizen zeggen: ho eens, dat is niet van mij, u komt niet binnen, want we doen het op de traditionele manier met sensoren; zo doen we dat al jaren, dus laat maar zitten. Hoe kunnen we ervoor zorgen dat er mogelijkheden ontstaan om zo'n goed idee breder binnen de bestaande zorg uit te testen?

Minister **Schippers**: Dat is precies wat ik heb geprobeerd te vertellen. Via dit netwerk willen we bekijken hoe je iets breder kunt implementeren. Als het gaat om een schaalprobleem, moet je bekijken hoe we dat veel breder kunnen toepassen. Je kunt dat natuurlijk op eigen houtje doen. Dat gebeurt al. Dit netwerk moet ervoor zorgen dat je veel sneller in contact komt met degenen die cruciaal zijn voor die verbreiding, want in het

netwerk zitten ook patiënten en zorgaanbieders. Dat is ook nodig omdat bestaande aanbieders niet altijd zitten te wachten op die verbreding, omdat deze soms een bedreiging vormt voor bestaande aanbieders. Ik heb dat zelf vorige week gezien bij een labtest van urine, waarvoor je nu naar een laboratorium moet. De laboratoria vinden het natuurlijk niet leuk dat je die test straks zelf heel snel kunt doen. Je krijgt dan ook verzet van de gevestigde orde. Wij moeten iets verzinnen om dat soort barrières voor opschaling die niet in wetten zitten, een beetje te doorbreken. De tijdelijke toelating tot het pakket is bedoeld om veelbelovende ontwikkelingen die heel erg personalized zijn, in die zin dat er vrij weinig patiënten zijn, zodat het heel lang duurt voordat je volgens de traditionele eisen je product kunt bewijzen, in een vergoeding te laten komen. Er is dus heel veel gericht op bekijken hoe we bij al die goede ideeën kunnen komen tot een veel grotere opschaling.

Mevrouw Bruins Slot heeft gevraagd naar de stand van zaken bij de health deals sinds de lancering op 16 november. Tussen 16 november en 21 januari zijn er 84 telefonische contacten geweest over de health deals. Daarvan hebben er 46 gevraagd om een aanmeldformulier. Daarnaast zijn zes geïnteresseerden rechtstreeks in contact met VWS gekomen. Er zijn twee concrete initiatieven ingediend. Daarover zijn we in gesprek. De voorwaarden zijn: gezamenlijke indiening en betrokkenheid van patiënten. Het moet zijn gericht op opschaling en aantoonbare meerwaarde hebben. Ik vind het belangrijk dat we niet alleen maar stapelen, maar ook vervangen. Je moet ook de patiënten erbij betrekken. Daarom verwacht ik dat partijen ook enige tijd bezig zullen zijn met de indiening en uitwerking van die health deals. Het streven is om in 2016 een aantal deals af te sluiten. Ik vind dat daarbij kwaliteit boven kwantiteit gaat. Dit is overigens vooral gericht op procesinnovatie. Spullen vinden vaak hun weg, maar bij procesinnovatie is het toch een tikje lastiger.

Ik kom op de vraag over het maken van een database voor de verspreiding. De DigitaleZorgGids.nl voorziet hierin. Dat is een initiatief van de NPCF. Daarin staat reeds een breed aanbod aan mogelijkheden op een rij. We hebben ook Zorginnovatie.nl, met heel veel goede voorbeelden. Er wordt dus eigenlijk al gevolg aan gegeven.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Het is inderdaad heel mooi dat die er zijn. Op sommige plaatsen wordt heel veel geëxperimenteerd met innovaties, zoals bij het verzorgingshuis Carintreggeland, waar mevrouw Bruins Slot ook is geweest. Daar heeft men prachtige domotica in een appartement, heel veelbelovend. Zij krijgen veel vragen uit het land, maar zij worstelen ermee dat zij het moeilijk vinden om verder te gaan en dat uit te dragen. Kennelijk zijn zij toch niet op de hoogte van al die netwerken om het op elkaar aan te laten sluiten. Toen de Minister daarover sprak, vroeg ik mij af hoe zij dat communiceert met het veld. Inmiddels is er veel gaande, maar kennelijk is dat toch nog niet overal doorgedrongen.

Minister **Schippers**: Dat start-upnetwerk is ook heel vers. Daar zijn we afgelopen winter mee begonnen. We hebben ook gezegd dat we als VWS niet iets op poten gaan zetten, maar dat we aansluiten bij dingen die al lopen, want er zijn al heel veel incubators en netwerken. Wij willen de breinaald er doorheen steken, zodat mensen door de bomen het bos nog zien en eraan toevoegen wat ontbreekt. Dat is wat we willen en daar zijn we mee begonnen. We werken ook met een stuk of zes regio's, die ook regionale bekendheid hebben. Je hoeft dus niet per se bij ons te komen, omdat veel regionaal bekende initiatieven daarbij aangesloten zijn. Maar als je vastloopt, is het natuurlijk wel een adres.

Mevrouw Dijkstra vraagt eigenlijk of ik het niet wat meer in de etalage kan zetten. Er zijn twee initiatieven waar ontzettend veel energie in gaat zitten. Het ene is van de NPCF en het andere betreft zorginnovatie. Laten we daarop focussen in plaats van er nog een bij te zetten.

De **voorzitter**: Als woordvoerder van de Partij van de Arbeid wil ik ook een interruptie plegen. Het is heel mooi dat de Minister het initiatief neemt om te verbinden wat er al is, ook per regio. Ik noem altijd tot in den treure de voorbeelden van al die verschillende patiënten en dokters, maar ik noem nu ook zorgadviesbureau Redmax, dat volgens mij op de publieke tribune zit. De vraag of dat punt waar mensen advies kunnen krijgen, te vinden is, is ook nog een issue. Hoe gaat de Minister ervoor zorgen dat al die mensen dat kunnen vinden, dat het bekend is, dat zorgverzekeraars, waar heel veel aanvragen worden ingediend, weten waar mensen heen kunnen, ook als zij misschien niet kunnen helpen? Als het vindbaar en herkenbaar is, is het effect van het ingezette beleid ook groter.

Minister **Schippers**: We hebben zelf de website zorgvoorinnoveren.nl. Die bestaat al lang en die is niet veranderd. Daar staat heel veel op over financiering en over van alles en nog wat. Er zijn ook heel veel nieuwe initiatieven opgestart. Daar zijn wij druk mee bezig. Ik heb mijn uiterste best gedaan om het breed te communiceren. We hebben een middag georganiseerd, waarbij wij een breed scala van mensen hebben uitgenodigd. Op die middag bleek dat men toch belemmeringen zag in de regelgeving. Om die reden hebben wij die Innovatieplaats Cure opgericht. Dat was op verzoek van mensen die konden inschrijven en die ons konden vertellen wat hun dwarszit. Wij hebben gezegd: als dat is wat je dwarszit, kom dan bij ons en meld dat. Wij hebben een podium geboden voor degenen die vastzaten in de regelgeving. Dat staat nog open, dus als mensen dat willen, kunnen zij daar nog steeds terecht, om te kijken hoe we dat buiten werking kunnen stellen. Heel vaak is het niet alleen regelgeving maar veel meer. Daar is dat netwerk voor opgericht. We hebben er veel nieuws op gekregen. Als je zoiets opricht, zie je wat meer voorbijkomen dan als je een beetje op afstand staat. Dat is nu eenmaal zo. We hebben daarvoor landelijk media-aandacht gekregen en we proberen dat onder de aandacht te houden. Ik kan mij voorstellen dat iemand die regionale punten wel kent, maar die landelijke niet, maar die zijn met elkaar verbonden, dus achter de schermen wordt dat kortgesloten. Ik denk dat het van groot belang is dat iemand die informatie wil, VWS opzoekt als bron en dan via ons verder geholpen kan worden.

De **voorzitter**: Ik heb nog een heel korte vervolgvraag. De intentie en de insteek zijn hartstikke goed en lovenswaardig, maar ik zou toch eens met mensen uit het veld bekijken waarom zij jullie massaal niet kunnen vinden. Iedereen die ik heb gesproken, kon het nog niet vinden. Dat kan ermee te maken hebben dat het nieuw is, maar dan vraag ik aan de Minister en haar team om er op een creatieve manier toch wat meer energie in te steken. Het voorstel van mevrouw Dijkstra om met een centrale database te komen is ook heel interessant. Ik zou zeggen: zorg dat VWS het centrale informatiepunt is waar een hele spin aan allerlei andere dingen onder hangt. Dan hebben mensen wel een centraal punt.

Minister **Schippers**: We hebben ZorgInnovatie.nl. Dat is niet nieuw. Dat is een centraal punt. Daar staan heel veel goede voorbeelden op. De NPCF heeft de DigitaleZorgGids.nl. Het is ook goed dat patiënten er zelf achteraan zijn gegaan. Het is niet zo dat heel veel mensen ons niet kunnen vinden. Heel veel mensen kunnen ons juist wel vinden, maar misschien niet iedereen. Ik zal eens gaan inventariseren of alles genoeg is gekoppeld en of het wel voldoende op de sites staat. Je zou ook eens kunnen bekijken of we een banner kunnen plaatsen in de circuits waar deze bedrijfjes vaak zitten, om hen naar ons toe te lokken en zo nog meer bezoekers te krijgen. We zullen in ieder geval de kans te baat nemen om in de eHealth Week in maart, of nee, begin juni – ik moet zelf nog aan de datum wennen, want we hebben ook zo veel activiteiten – heel veel

mensen te bereiken met informatie over waar ze moeten zijn, wat er allemaal is et cetera. Dan zullen eHealth en allerlei andere innovaties in het zonnetje worden gezet. Ik pak het dus zo op dat ik zal bekijken hoe we dingen op een wat andere manier, bijvoorbeeld via een banner, onder de aandacht kunnen brengen dan op de traditionele manieren die de overheid vaak hanteert.

Ik kom op de belemmeringen voor serious gaming. We hebben ontzettend mooie voorbeelden. Ik heb die zelf ook gezien in Düsseldorf, waar ik naar de MEDICA-beurs ben geweest. Daar had je bijvoorbeeld voor dementierenden een balspel op een tafel. Dat was ontzettend mooi. Deze Nederlandse vinding kreeg een prominente plek op de MEDICA-beurs. Er waren allerlei health games en serious games, ook voor jonge kinderen, bijvoorbeeld om hen actief te maken door hen te laten fietsen en voor meer punten harder te laten fietsen. Dat is ontzettend belangrijk. Ik denk dat we in de zorg heel veel gebruik kunnen maken van serious gaming. Ik zie maar weinig belemmeringen. Ik heb daar namelijk gezien hoeveel games in de zorg worden toegepast. Echter, als je in aanmerking wilt komen voor een vergoeding, dan moet zo'n game wel onderdeel zijn van een totaalbehandeling die voldoet aan de stand van de wetenschap. Dat is evident; anders komt het niet in het pakket.

Mevrouw Bouwmeester vroeg of het een idee is om te komen met een showroom voor zorginnovaties. Er zijn een aantal van die showrooms. Zo is er in Roosendaal het Huis van Morgen, gebouwd in een roc. Dat is toegankelijk voor studenten, eigenlijk voor iedereen. Lucien Engelen heeft het ook bij ons geopperd. We zijn in gesprek om te bekijken of we daar iets mee kunnen doen. Ik heb zelf ook weleens een gesprek gehad met de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ). Ik zei: jullie kunnen altijd een rapport uitbrengen, maar misschien kunnen jullie ook eens iets bouwen om te laten zien. We proberen dus wel steeds meer door middel van showrooms te bekijken wat er kan. Ik vind die showrooms heel interessant. Ik zal daarom in de volgende voortgangsbrief al die dingen eens bij elkaar zetten en aangeven wat we hebben gedaan om dat idee verder uit te werken. Die brief komt rond de zomer. We hebben een vast ritme daarvoor.

Ik kom op de initiatieven van de heren Van Rheenen en Oei, waarover mevrouw Bouwmeester het had. Ik heb zelf ook een aantal van die voorbeelden gezien. Dat is nou echt iets waarvan we zeggen: laten we eens bekijken hoe we dat kunnen opschalen, ook via zo'n fast track, zo'n versneller. Het is hartstikke lastig, hoor, want dit gaat echt over acceptatie door de eigen beroepsgroep. Dat is het eerste wat we moeten doen. Ik denk dat dit daar wel voor in aanmerking komt. Omdat we het zo vaak over deze voorbeelden hebben, wil ik in de volgende voortgangsbrief ook verslag doen van de wijze waarop we dat via zo'n versneller gerealiseerd kunnen krijgen. Ik voorspel nu al dat niet in de brief komt te staan: we hebben het dit jaar geregeld. Ik vind het echter wel de moeite waard om te bekijken hoe we dat kunnen doen. We hebben overigens al ongelooflijk veel gesproken geweest met wetenschappelijke verenigingen. We hebben een bepaald voorbeeld genomen en met iedereen rond de tafel gezeten. Ik zal de Kamer er dus verslag van doen.

Ik kom op eHealth. De heer De Lange had het over de opschaling daarvan. Ik heb daar al heel veel over gezegd. Vanmorgen kwam ter sprake dat je met shared savings echt dingen kunt doen. De health impact bonds werden genoemd. Ik kan me voorstellen dat je door private investeringen die je later door besparingen weer terug kunt verdienen, tot versnelling kunt komen. Verzekeraars kunnen via hun inkoop innovatieve zorg opschalen. Daarover zijn we in gesprek met verzekeraars. Daar zullen we in de komende maanden ook zeker mee doorgaan. Er is ruimte voor e-mental health via de module POH-GGZ. Er is ruimte voor eHealth via deelprestaties van de huisartsenzorg. Er zijn facultatieve prestaties in de

farmacie. Via de beleidsregel innovatie kunnen afspraken worden gemaakt.

Schotten tussen financieringsstelsels kunnen soms een belemmering vormen bij innovaties die door de domeinen heen plaatsvinden. Dat zijn vaak heel interessante innovaties. Aanbieders die last hebben van die knellende regelgeving, kunnen zich in de komende twee weken nog melden bij de Innovatieplaats Cure, die daarvoor is opgericht. Verder zijn we met EZ en de sector Life sciences & health (LSH) de health impact bonds aan het ontwikkelen. Verder zit er in het experimenteerartikel van de Wlz een mogelijkheid om te experimenteren met zorg over de vier zorgdomeinen – dat zijn Zvw, Jeugdzorg, Wmo en Wlz – heen. De Staatssecretaris zal de Kamer begin dit jaar informeren over de AMvB die hij hierover maakt. Ten slotte zijn er nog de health deals die ik heb genoemd.

De heer **De Lange** (VVD): Ik heb daar toch nog een vraag over. Is dit het concrete antwoord op de vraag of in de wet- en regelgeving is georganiseerd dat er altijd sprake moet zijn van fysiek toezicht en dat nog niet is geregeld dat je ook toezicht op afstand, digitaal toezicht kunt hebben? Dan heeft een instelling die van eHealth gebruikmaakt, een probleem als de inspectie formeel zou komen kijken.

Minister **Schippers**: Ik zal daarnaar kijken, al is het het terrein van de Staatssecretaris. Ik ben er niet precies van op de hoogte of dat daadwerkelijk een belemmering is. Als dat zo is, dan zal ik verzoeken om dat aan te passen.

Ik heb nog twee dingen op het opsomlijstje; ik was nog niet helemaal klaar. We zijn, zoals ik net al zei, met de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen bezig om, analoog aan wat we hebben gedaan met het Veiligheidsmanagementsysteem (VMS) in de ziekenhuizen, een ICT-programma daarvoor te maken. Je wilt er namelijk meer focus op en die krijg je door zo'n programma. Tot slot heeft Zorgverzekeraars Nederland aangegeven een mogelijke opvolger van het Innovatiefonds Zorgverzekeraars te ontwikkelen: het PIEK-fonds. «PIEK» staat voor: preventie, innovatie, eHealth en kwaliteit. Ik wil dat zeker bevorderen. Wij zullen dat in de gesprekken dus altijd zeer toejuichen.

Er gebeurt dus ontzettend veel. Misschien zegt de commissie: waarom doe je niet slechts één ding, waarom doe je er zo veel? Dat doen we omdat we proberen maatwerk te leveren waar de problemen zich voordoen. Daarom hebben we zo'n heel breed programma opgezet.

De beleidsregel innovatie van de NZa kent een procedure van toetsing en toelating. Op dit moment verken ik of de huidige looptijd van drie jaar kan worden verlengd naar vier of vijf jaar. Zo'n procedure moet zorgvuldig zijn, maar niet te star. De heer De Lange vroeg: is zij niet te star? We zullen daar expliciet aandacht aan besteden in het lopende overleg met de NZa. Mevrouw Bruins Slot vroeg hoeveel van die 500 miljoen nieuw geld is en wat al was belegd. Een fikse deel ervan was geen overheidsgeld maar privaat geld. Er is 10,5 miljoen nieuw geld in twee jaar. Bestaand geld kan beter worden besteed door betere samenwerking, onder andere wat betreft Life sciences & health. Daar is nog extra EZ-geld aan toegevoegd, de zogenoemde TKI-toeslag.

Ik kom op de inventarisatie van belemmeringen. Mevrouw Bouwmeester vroeg om de belemmeringen op te sommen. We hebben die in de brief van 8 oktober en in verschillende andere brieven aangegeven. Ik zal in de voortgangsrapportage van rond de zomer een update geven van hoever we daarmee zijn.

De heer De Lange vroeg: hoe kan het dat er zo veel verschillende systemen zijn en wat is de rol van VWS daarin? Zorgaanbieders kiezen hun eigen leveranciers. Het is van belang dat zij landelijke standaarden gebruiken. Het is van belang dat we standaardiseren. Dan maakt het

verder niet uit. Om dat te bevorderen is er het Informatieberaad, dat staat onder leiding van de sg van VWS. Daarin zit iedereen rond de tafel. Het Informatieberaad voert de regie op de keuzes voor nationale en internationale standaarden.

Gaat dat snel genoeg? Zoals ik vanmorgen al heb aangegeven, vind ik dat het niet snel genoeg gaat en dat we nog niet ver genoeg zijn. We hebben daar dus echt nog wel wat met elkaar te doen. Het punt is dat we als overheid minder mogelijkheden hebben om te sturen dan we soms wel zouden willen. We beraden ons er echt op. De vrijblijvendheid is eraf. In het Informatieberaad is heel helder aangegeven dat we niet op deze voet kunnen doorgaan en dat we in het beraad naar elkaar toe veel dwingender moeten zijn omdat het anders weinig zin heeft. Partijen onderschrijven dat ook. Onlangs hebben partijen in het Informatieberaad afgesproken de door huisartsen en fysiotherapeuten ontwikkelde uitwisselingsstandaard te gebruiken. Die is ook in het register van het Kwaliteitsinstituut opgenomen. We zijn druk bezig met registratie aan de bron. Dat is een enorm ingrijpend traject. Het kost daarom ook tijd, maar er wordt volop aan gewerkt. Verder wordt er gewerkt aan het persoonlijk gezondheidsdossier. De trekker daarvan is de NPCF. Alle aanbieders in het Informatieberaad ondersteunen dat. Het traject van de NPCF wordt begeleid door Nictiz, dat voorstellen voor standaardisatie formuleert. Die worden vervolgens in het Informatieberaad vastgelegd.

Die standaardisatie vindt ook plaats bij de 30 meest voorkomende aandoeningen. Door het Kwaliteitsinstituut worden daarvoor standaarden vastgelegd. We hebben met zorgverzekeraars afgesproken dat ze voor die aandoeningen ook die standaarden zullen gebruiken. Ik zal scherp in de gaten houden of we via de weg die we nu bewandelen, daadwerkelijk die versnelling zullen bereiken. Dat moet. Als er te weinig tempo in zit, ga ik echt bekijken of we meer formaliserend moeten zijn met ons instrumentarium. Ik vind dat de partijen in een goede modus zitten, maar we moeten nu echt met elkaar een versnelling aanbrengen en anders moeten we als overheid bekijken hoe we hierin veel dwingender kunnen worden dan we nu zijn. Als dat aan de orde is – anders had ik het uiteraard al gedaan – zal ik ook met wetgeving moeten komen. Dan heb ik de Kamer dus ook weer nodig.

De **voorzitter**: Waar geen wil is, is een wet, zo hoor ik als onpartijdig voorzitter de Minister zeggen.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): De Minister heeft het over het Informatieberaad. Misschien heb ik het net even gemist, maar wie zitten daarin? Het staat onder regie van de sg.

Minister **Schippers**: Wie niet?!

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Dus het hele zorgveld: zorgverzekeraars, de koepels, patiënten ... Levert dat dan wat op?

Minister **Schippers**: Het is een heel breed beraad. Het eerste wat het beraad destijds heeft gedaan, is bekijken hoe de informatievoorziening kan worden versneld. Een van de voorstellen die het beraad toen heeft gedaan, is het verkorten van de dbc-duur. Het is niet zo dat iedereen het tot de laatste man overal over eens is. Soms moet je dingen doen omdat je ze moet doen. De eerste opdracht voor het Informatieberaad was: versnel de informatievoorziening aan mij. Ik heb de Kamer daarover ook voortgangsbrieven gestuurd. We zijn nu bezig met een stap verder: hoe kunnen we er door standaardisering, door een persoonlijk gezondheidsdossier voor zorgen dat we veel meer de omslag kunnen maken die we nodig vinden om de processen slimmer te organiseren, met elkaar te communiceren et cetera?

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Voordat de Minister sprak over het Informatieberaad, had ze het over het in kaart brengen van de belemmeringen, zoals was gevraagd in de motie die mevrouw Bouwmeester en ik hebben ingediend bij de begrotingsbehandeling. Ze zou daar nog op terugkomen. Ze zei: ik heb er in de oktoberbrief al op gereageerd. Dat kan haast niet, want de begrotingsbehandeling was in november. Dat moet dan daaraan voorafgegaan zijn. Wat gaat de Minister straks, voor de zomer, precies melden in de voortgangsbrief?

Minister **Schippers**: Wat de knelpunten zijn en hoever we zijn met de oplossing daarvan. Dat is het traject waar we nu in zitten. Ik heb hier voor me een A4'tje met een heel zootje afkortingen van de binnenring en van de buitenring van het Informatieberaad. Het is heel breed. Niet alleen de koepels zitten erin, maar bijvoorbeeld ook Nictiz en DBC-Onderhoud. Deze laatste zitten weliswaar niet in de binnenring maar in de buitenring, maar zijn wel betrokken bij wat daarin gebeurt, voor zover het hen aangaat. Ik zie verder nog allerlei afkortingen die ik zelf verder ook niet ken. Ik moet me nog even laten bijscholen! De RIVM-dg zit erin, evenals de CIO van VWS. Het is dus echt een heel breed beraad. Er wordt echt progressie gemaakt, maar zoals het gaat: je doet eerst wat het eerst kan, maar op een gegeven moment wordt het moeilijker. We moeten daar echt op doorzetten.

Gevraagd is of er een classificatie en/of een site met goed werkende apps kan komen. Er zijn twee belangrijke sites: artsennet.nl en DigitaleZorg-Gids.nl. Het is onmogelijk om alle apps te classificeren, omdat er zo ongelooflijk veel zijn. Het Trimbos-instituut heeft net voor e-mental health een toolkit gelanceerd voor gebruik in de praktijk. Een onderdeel daarvan is een overzicht van goed werkende programma's, waaronder apps. Die worden dan ook van een vignet voorzien. Ook de GGD heeft een overzicht gemaakt: de GGD AppStore. Het veld pakt dit dus heel serieus op. Daar zit ook de kennis.

Gevraagd is: waarom niet overal inzage in de gegevens? Uiteindelijk komen we wat dit betreft toch weer terug bij dat wetsvoorstel met die termijn van drie jaar om druk te zetten. Het zal namelijk wel moeten gebeuren. Als we het persoonlijk gezondheidsdossier hebben, met portaals en de mogelijkheid voor mensen om thuis dingen in te zien en te veranderen, dan zijn we ook af van alle ballast waar aanbieders nu bang voor zijn: «o, maar dan moet ik alles iedere keer vragen en registreren». Dat hoeft dan niet, want dat kunnen mensen dan dus daadwerkelijk zelf. Daarvoor is wel nodig een beschikbaar authenticatiemiddel met een hoog betrouwbaarheidsniveau. Wat dit betreft heeft de overheid een belangrijke rol. We zijn daar druk mee bezig. VWS heeft dit hoog op de prioriteitenlijst staan. E-identificatie ligt primair bij Binnenlandse Zaken, maar wij zijn daar nauw bij betrokken en drukken daar zo hard mogelijk op. Het beroepsgeheim moet natuurlijk ook in de digitale wereld geborgd zijn. Dat is geborgd, onafhankelijk van of je iets digitaal of op papier doet. We hebben dat wettelijk geregeld. Er is wat dat betreft geen verschil tussen de papieren en de digitale wereld.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Ik zal proberen het heel kort te houden. Mijn vraag heeft betrekking op de data in de digitale patiëntendossiers, waar patiënten inderdaad zelf in kunnen. Worden die data bijvoorbeeld ook geanonimiseerd gebruikt voor onderzoek?

Minister **Schippers**: De data waar de patiënt zelf bij kan, zijn nog maar summier. Je moet vaak aan je dokter vragen of je mee mag kijken of een uitdraai mag hebben. Straks, als die wet door de Eerste Kamer is, dan heb je ook de login. Dan kun je zien wie er op jouw gegevens heeft ingelogd. Dan krijg je veel meer zicht op wat er met je gegevens gebeurt. De IGZ gebruikt de gegevens geanonimiseerd om te onderzoeken of artsen hun

dossiers voldoende op orde hebben. Dan is ze niet geïnteresseerd in welke ziektes de patiënt heeft, maar bekijkt ze of een elektronisch patiëntendossier up-to-date is. Daar heeft de IGZ vorig jaar of anderhalf jaar geleden een heel groot onderzoek naar gedaan bij de huisartsen. Er is overigens ook veel gesteggel over geweest of ze dat wel mocht. De uitspraak was dat ze dat inderdaad mocht doen. Het moet ook, want anders kan de inspectie geen toezicht houden op een belangrijke taak van de arts, namelijk het up-to-date houden van een dossier. Je kunt niet zomaar voor wetenschappelijk onderzoek allerlei gegevens uit patiëntendossiers gebruiken.

Ik kom nog wel bij de Kamer terug voor nog weer een ander onderwerp: de materiële controle. Kan een verzekeraar uiteindelijk, als hij alles heeft geprobeerd en niet anders kan, iemand met een medisch beroepsgeheim, dus een arts, inschakelen om in een dossier te kijken om te achterhalen of iemand überhaupt wel of geen afspraak heeft gehad?

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Mijn vraag komt ook voort uit het feit dat patiënten het vaak niet weten, er zelf vragen bij hebben. Zou het niet gewoon goed zijn als, op het moment dat je via DigiD toegang vraagt tot een digitaal dossier, zoals in sommige ziekenhuizen nu al kan, er standaard op de site wordt vermeld dat de gegevens niet of wel worden gebruikt voor dit of dat, of dat erop wordt vermeld welke rechten de patiënt heeft? En dan bedoel ik niet zo'n verklaring als bij een update van Apple of Google, waarbij je 35 of 100 pagina's moet doorwerken en dan een vinkje moet zetten! Het zou heel helder en direct toegankelijk moeten zijn: oké, ik hoef me hier geen zorgen over te maken, of – dat hangt ervan af – misschien wel.

Minister **Schippers**: Ik denk dat het op een slimme manier moet. Ik weet niet wat u doet bij die cookies, maar ik vink altijd automatisch aan dat ik akkoord ben. Ik lees helemaal niet meer wat er staat op zo'n site. Echter, er wordt wel altijd expliciet gevraagd om toestemming. Dan wordt ook expliciet gevraagd waarvoor je toestemming geeft.

Ik kom bij de Kamer nog terug op die controle. Ik vind het namelijk wel cruciaal dat een verzekeraar in het uiterste geval, als het echt niet anders kan, kan controleren of bijvoorbeeld bepaalde dingen hebben plaatsgevonden, want anders betaalt hij voor niks. Dat soort dingen zijn heel belangrijk. Ik zal er even over nadenken hoe we dat vorm kunnen geven. We moeten die wet überhaupt nog door de Eerste Kamer krijgen. Als dat niet lukt, zijn we weer terug bij af, maar als het wel lukt, dan zal ik daarover nadenken. Het moet wel daadwerkelijk iets inhouden en impact hebben.

Ik kom op de health checks. Ik heb op basis van het advies van de Gezondheidsraad en andere adviezen aangegeven hoe deze eruit zouden kunnen zien. Daarbij heb ik aangegeven dat ik zeer veel waarde hecht aan de input vanuit het veld, al kan ik ook best zelf iets verzinnen; op basis van de adviezen heb ik ook wel iets opgesteld. Mevrouw Bruins Slot vroeg of de total body scan valt onder de derde categorie. Het hangt ervan af wat de total body scan doet. Je kunt namelijk met een total body scan in verschillende fases iets onderzoeken. Sommige onderdelen zullen zeker onder de derde categorie vallen, maar je kunt ook een total body scan doen waarmee die onderdelen niet worden gedaan en dan valt die niet onder de derde categorie. Ik heb een globaal schema opgesteld. Dat heb ik de Kamer ook toegestuurd. Ik heb gezegd dat ik daarover het gesprek wil aangaan. Ik zie het niet als een besluit maar als een uitgangspunt op basis waarvan ik het gesprek met het veld zal aangaan. Het rondetafelgesprek daarover zal op 3 maart plaatsvinden. Dan ga ik dus het gesprek aan om te horen wat men ervan vindt, wat men er de voor- en de nadelen van vindt en hoe en waarom men het eventueel anders zou willen. Ik zal de Kamer verslag doen van de uitkomsten van dat rondetafelgesprek en

daarna zal ik de Kamer een voorstel doen over de wijze waarop ik het daadwerkelijk ga inrichten.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Het is in ieder geval goed dat de Minister aangeeft dat voor de total body scan, afhankelijk van wat daaronder valt, een vergunning noodzakelijk is. Wanneer wil zij haar standpuntbepaling rond hebben? Het is een discussie die al best lang loopt. Het zou goed zijn als we daar echt beslissingen over gingen nemen.

Minister **Schippers**: Ik ben het met mevrouw Bruins Slot eens dat het al best lang loopt. Ik hechte echter ook sterk aan het verkrijgen van bijvoorbeeld een advies van de Gezondheidsraad. Nadat ik dat advies had ontvangen, heb ik er zelf nog eens goed over moeten nadenken hoe ik het in regelgeving wilde omzetten. Ik wil echter wel eerst heel goed het gesprek met de sector aangaan over zoiets als een health check. Daarom wil ik eerst een rondetafelgesprek. Ik streef ernaar om in de zomer met een standpuntbepaling naar de Kamer te komen.

De **voorzitter**: Als PvdA-woordvoerder heb ik nog een vraag: is dat rondetafelgesprek openbaar?

Minister **Schippers**: Nee. Ik zie dat er nee wordt geschud. We vragen eerst de deskundigen om «met de benen op tafel», zoals dat heet, aan te geven wat ze ervan vinden. Ik denk niet dat het handig is om daar webcams bij te hangen, als u dat bedoelt. Meestal werkt dat niet echt in een gesprek.

De **voorzitter**: Dat is eigenlijk wel wat ik bedoel. Het is namelijk interessant om te weten wie de belanghebbenden zijn en wat de belangen zijn. Vervolgens kan de Kamer dan bekijken hoe die belangen worden afgewogen. Als we die informatie op een andere manier kunnen krijgen, is dat ook mooi. Misschien zijn er ook nog wel andere mensen die het interessant vinden maar niet aan tafel kunnen zitten omdat je nu eenmaal niet met duizend man aan tafel kunt zitten. Als de Minister een open proces wil, met veel input, waarom doet ze het dan niet in de openbaarheid?

Minister **Schippers**: Het is geen kwestie van dingen in het geniep willen doen. We hebben echter heel veel inhoudelijke discussies op VWS en als je dan overal een webcam bij hangt, dan gaan mensen zich toch anders gedragen. Ik vind het belangrijk dat we de feiten op tafel krijgen, van wie ze ook komen. Als iemand gerenommeerd is maar slechte argumenten heeft, dan vind ik het feit dat hij gerenommeerd is minder belangrijk dan zijn argumenten. Uiteindelijk neem ik het besluit op basis van de argumenten. Ik zal bij het advies dus aangeven wie er aanwezig zijn geweest bij het rondetafelgesprek. Ik zal ook verslag doen van dat gesprek. Op basis daarvan zal ik een besluit nemen. Het verslag van het rondetafelgesprek komt veel eerder dan in de zomer, want ik moet op basis van dat verslag een besluit nemen. De Kamer heeft het verslag dus eerder dan het besluit zelf. Dan moet de commissie mij echter niet naar de Kamer roepen en vragen: we hebben het verslag van het rondetafelgesprek, wat is uw besluit? Dat gaat niet werken. Ik wil er zelf namelijk wel even goed over kunnen nadenken, tenzij het evident is. Als het heel evident is en als iedereen het met elkaar eens is, als we er heel snel uit zijn dat er geen gevaren over hoofd worden gezien, dan schiet het lekker op. Als het eerder kan, zal ik het dus ook eerder doen.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Voorzitter, in uw enthousiasme vergat u dat ik nog een tweede vraag kon stellen.

De **voorzitter**: Excuses. Dat past een voorzitter helemaal niet. U krijgt extra ruimte voor uw tweede vraag.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Die tweede vraag is vrij kort. We hebben de Gezondheidsraad als instituut om weer te geven wat het veld ervan vindt en wat precies de afwegingen zijn. Daar zitten ook al veel mensen uit het veld in. Welke andere mensen wil de Minister uitnodigen naast de Gezondheidsraad? De Gezondheidsraad, die ook het veld consulteert, is gekomen met een advies. Waarom wil de Minister toch nog die extra slag maken?

Minister **Schippers**: Ik doe dat omdat ik nu een voorstel heb gemaakt op basis van dat advies van de Gezondheidsraad. Ik leg dus niet het advies van de Gezondheidsraad voor. Dat werk is al gedaan. Ik heb nu zelf op basis van dat Gezondheidsraadadvies en onderzoek van Panteia een voorstel gemaakt. Ik wil bij de beroepsgroep nagaan wat men de voor- en nadelen van dit voorstel vindt. Ik heb geprobeerd om een voorstel te doen waarin zowel de deskundigen als de politieke en democratische aspecten een rol spelen. Dat is het traject waar we in zitten.

De heer **De Lange** (VVD): In de bijdrage van mevrouw Bruins Slot en ook in het antwoord van de Minister wordt verwezen naar het onderzoek van Panteia. Als ik goed ben geïnformeerd wordt in dat onderzoek niet ingegaan op de mogelijkheden van de total body scan, de health checks. In de discussie lijkt het erop alsof de health checks er wel onderdeel van zijn.

Minister **Schippers**: Ik heb de Gezondheidsraad gevraagd om naar de health checks te kijken. Mijn voorstel aan het veld behelst een drietrap. Daar zit alles in. Daar zit ook de zwangerschapstest in. Daar zit ook de hiv-test in die je kunt bestellen op internet. Daar zit ook een total body scan in. Ik heb geprobeerd om de hele sector van de checks in één voorstel te bestrijken.

De heer **De Lange** (VVD): Helder, maar het voorstel van de Minister is dus breder dan het onderzoek van Panteia.

Minister **Schippers**: Mijn voorstel gaat over het volgende. De mevrouw van GroenLinks die destijds de begrotingsbehandeling deed ... Hoe heet ze ook alweer? Niet mevrouw Voortman of mevrouw Ellemeet. Ze doet nu milieu. Ja, het is mevrouw Van Tongeren. Het is ook al heel veel jaar geleden. Zij viel toen in bij de begrotingsbehandeling en vroeg: waarom kan niet iedereen in Nederland een health check doen? Zij vond dat dat in een land met geëmancipeerde burgers zou moeten kunnen en vroeg de Minister om te bekijken of dat zou moeten worden vergoed. Toen heb ik gezegd: ik ga dat traject in. Dat duurt al best wel lang, maar daar komt het vandaan. Het heeft dus niet alleen te maken met wat deskundigen ervan vinden. Het kwam vanuit een patiëntenemancipatievraag. De kwaliteit van health checks is een ontzettend belangrijk aandachtspunt. Het is belangrijk dat aanbieders richting de consument transparant zijn over de kwaliteit van hun aanbod. Voor de categorie «health checks zonder medisch risico» hebben we geen extra borging van kwaliteit nodig. Marktd deelnemers kunnen overgaan tot zelfregulering als ze meer inzicht willen geven in de betrouwbaarheid en effectiviteit van hun testen en zich daarin willen onderscheiden. Vervolgens zijn er nog een tweede en een derde categorie, en dan loopt het op. Zoals ik in de brief aan de Kamer over health checks ook heb aangegeven, is het heel belangrijk dat mensen goed worden geïnformeerd. Het is net als met je auto: ook al is die door de apk-keuring gekomen, dan nog kun je daarna met een lekke band of een kapotte radiator komen te staan. Een

health check zegt niks. Bij alles kan «goed» zijn aangevinkt, maar dan nog kan er thuis wat gebeuren. Ik vind het dus heel belangrijk dat mensen weten wat ze doen, goed weten wat hetgeen ze doen, inhoudt en weten dat het helemaal niet een garantie op iets is.

De **voorzitter**: Garanties krijg je alleen op stofzuigers, zo vertaal ik het even. De Minister geeft aan dat ze alle vragen heeft beantwoord. Nee, één vraag van mevrouw Dijkstra is nog blijven liggen.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Die heeft ook wel met innovatie te maken, hoewel ook met andere dingen. Ik heb het erover gehad dat verkeerde prikkels in systemen innovatie in de weg zitten. Het gaat dan om de financiering: het is daarbij soms niet zozeer een kwestie van meer geld erbij als wel een kwestie van geld anders verdelen. Ik heb de Minister een vraag gesteld naar aanleiding van een voorbeeld van een schisisoperatie: heel innovatief, met gebruikmaking van 3D-printers. Die is natuurlijk duur, maar veel minder duur dan die ooit geweest is. Het ziekenhuis legt daar voortdurend op toe, omdat er heel weinig van wordt vergoed. Als diezelfde kaakchirurg die ook zo'n schisisoperatie uitvoert, verstandskiezen trekt, kan hij echter tien keer zoveel declareren. Dan denk je: hier moet je ook kijken naar het belang van de ingreep.

Minister **Schippers**: Dat zou heel goed kunnen. We hebben het hier eerder al eens gehad over een operatie versus fysiotherapie bij bepaalde behandelingen. In dit geval zijn we naar Zorginstituut Nederland gegaan om daar te vragen: moet je dan niet de standaard of de richtlijn veranderen? De zorg is natuurlijk ongelooflijk breed. Er zullen overal wel verborgen dingen zitten. Mevrouw Dijkstra geeft nu een voorbeeld, maar waarschijnlijk zijn er nog wel tien te bedenken. We moeten die voorbeelden inventariseren en dan stuk voor stuk bekijken wat we eraan kunnen doen. Daarover zijn we het helemaal niet oneens. We hebben dat ook gedaan naar aanleiding van de fysiotherapie. We moeten de voorbeelden stuk voor stuk langsgaan.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Een ander voorbeeld betreft antibiotica in plaats van een operatie bij een blindedarmontsteking.

De **voorzitter**: Ik heb u al heel veel ruimte gegeven.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Ik wil toch nog even hierop reageren.

De **voorzitter**: Nee, ik heb u heel veel ruimte gegeven, zowel wat betreft de spreektijd als wat betreft het aantal interrupties.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Ik mag toch wel in tweede instantie nog even reageren?

De **voorzitter**: U hebt al twee interrupties gehad.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Oké, dan doe ik het in mijn tweede termijn. Geen probleem.

De **voorzitter**: Ik moet een beetje streng zijn.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): U bent terecht streng tegen mij, voorzitter.

De **voorzitter**: U vraagt het ook zo lief, zo zegt de Minister. Maar we gaan toch verder met de heer De Lange in tweede termijn. De spreektijd is twee minuten. Nee, het is anderhalve minuut, zo zegt de griffier.

De heer **De Lange** (VVD): Voorzitter. Ik zal het kort houden. Ik dank de Minister voor alle antwoorden. In het openingsstatement van de Minister gaf ze aan dat het bij innovatie er vooral om gaat dat er een beweging is van behandelen naar voorkomen. Dat is wat mij betreft een prachtig perspectief. Binnen dat perspectief vindt de VVD het goed dat er nu ook een traject wordt gestart, een zorgvuldig traject, om ook te gaan kijken naar de health checks. Volgens mij passen die namelijk heel goed in die innovatielijn en in de mogelijkheden die er zijn. Het is natuurlijk van belang om daar goed naar te kijken, maar als mensen daarin kansen zien, zou ik niet weten waarom je die mogelijkheden niet zou bieden. Er zijn wat dat betreft goede voorbeelden in Duitsland, zoals eerder al is aangegeven.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Ik vraag de heer de Lange om enige verduidelijking. Een van de risico's die artsen, maar ook anderen, aangeven is dat het ongebreideld toestaan van health checks een stijging van de onnodige zorgkosten met zich kan brengen. Ik ken de VVD als een partij die altijd goed bekijkt of het geld dat we voor de zorg hebben, efficiënt en doelmatig wordt uitgegeven. Hoe verhoudt zich dat tot het enthousiasme van de heer De Lange over dit soort bodyscans?

De heer **De Lange** (VVD): Het enthousiasme gaat over de health checks in brede zin. Tegenover de stelling dat het kosten met zich brengt, kun je stellen dat, als je zaken tijdig constateert, je ook tijdig kunt ingrijpen en daarmee kosten bespaart. Ik plaats het in de lijn «van behandelen naar voorkomen». Dan heb je het over het hele scala waarmee je, als het gaat om innovatie, te maken hebt. Dat gaat van zelfmonitoring tot, en dat is de volgende stap, het volledig laten bekijken waar je qua eigen gezondheid staat. Ik plaats het in dat brede spectrum. Naar mijn mening zijn er dan juist heel veel kansen, waarmee je uiteindelijk ook kan komen tot besparingen in de zorg. Deze reactie, die ik ook in de medische wereld hoor, zie ik toch wel een beetje als de bekende reactie van de gevestigde orde. Ik denk dat we er met een iets opener blik naar zouden moeten kijken.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Volgens mij is dat een miskenning van de manier waarop artsen hierover denken. Je zou ook kunnen zeggen: wat apart dat artsen zo reageren, want als ze zouden denken vanuit hun portemonnee, dan zouden ze er juist geld aan kunnen verdienen. Ik heb juist het idee dat de artsen denken: we moeten de patiënten op een goede manier informeren, we moeten hun op een goede manier zorg bieden en we moeten dat zo efficiënt en doelmatig mogelijk doen, met oog voor kwaliteit van zorg. De heer De Lange had een heel lang verhaal in reactie op mijn korte vraag, maar ik wil graag weten of hij bereid is om heel zorgvuldig te kijken naar enerzijds de risico's van uitlokking van onnodige zorg en anderzijds inderdaad het belang om mensen zo vroeg mogelijk goede zorg te bieden.

De heer **De Lange** (VVD): Ja, die bereidheid is er. Het gaat hierbij om zorgvuldigheid en om goed informeren. Laat daarover geen enkel misverstand bestaan. Ik vind echter dat we die stap wel echt moeten zetten. We moeten het traject ingaan om dit uiteindelijk mogelijk te maken. Ik proef gelukkig ook dat die weg, met heel veel mitsen en maren, kan worden ingeslagen. Dat kan uiteindelijk winst opleveren, juist vanuit de gedachte dat je veel meer van behandelen naar voorkomen gaat.

De **voorzitter**: U vervolgt uw betoog.

De heer **De Lange** (VVD): Er is veel besproken. Van belang blijft het goed informeren over alle mogelijkheden die er zijn. Het is mooi dat de initiatieven ter ondersteuning van start-ups er zijn. Het is allemaal wat

geconcentreerd in dit algemeen overleg, waar wel een hoop betrokkenen aanwezig zijn, maar het is zaak voor eenieder om in de komende tijd snel te komen met eventueel nog beklemmende regels en vooral om barrières te doorbreken.

Ik heb tot slot nog wel een centrale vraag aan de Minister, een vraag die nog niet echt behandeld is: we zien alle inspanningen, goede intenties en brede steun vanuit de Kamer, maar waar staan we over een jaar?

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Voorzitter. Het is mooi om te zien en te horen hoe mensen in de zorg bezig zijn met innovatie, met het verbeteren van de kwaliteit van zorg, van de producten en van de processen om tot goede zorg te komen, waarbij heel vaak ook wordt bekeken hoe ze op een betere manier betere zorg voor de patiënt kunnen bieden. Als CDA-woordvoerder heb ik zojuist gezegd dat we de innovatie in de zorg sneller over Nederland willen uitrollen. In het antwoord van de Minister kwam heel duidelijk terug dat zij dat ook wil en dat zij daar een enorme meerwaarde in ziet. Kan de Minister eens goed duiden welke twee dingen zij het meest succesvol acht om ervoor te zorgen dat we in de toekomst die innovaties ook daadwerkelijk sneller kunnen uitrollen? Ze heeft heel veel gezegd, maar ik wil graag dat zij het nog even tot de kern terugbrengt.

Over de structurele bekostiging van bewezen innovaties zegt de Minister: we hebben ontzettend veel verschillende manieren van financieren. Daarbij noemt ze shared savings, e-mental health, basis-ggz, prestaties in de farmacie, health impact bonds en zorgverzekeraars. Het aparte is dat, ondanks al die mogelijkheden, mensen nog heel vaak tegen grenzen aanlopen en zeggen: we hebben het via verschillende wegen geprobeerd, bijvoorbeeld via innovatiefondsen, maar het lukt niet. Daarbij vind ik opvallend dat men ook weleens zegt: de ene zorgverzekeraar wil ons nu wel ondersteunen, maar omdat we door de ene zorgverzekeraar al worden ondersteund, wil de andere het niet meer doen, ondanks het feit dat het wel een goed idee is. Ja, zo zegt men daar dan bij, ze moeten toch een beetje met elkaar concurreren en dan vinden ze het onhandig om dingen dubbelop te doen. Maar als je dan kijkt naar die innovatie, dan zou je die iedere verzeerde in Nederland willen bieden. Ik heb dit verschillende keren teruggehoord en hoor daarover graag de mening van de Minister. Wil zij daar nog even op reflecteren?

De Gezondheidsraad heeft, met reden, een heel gedegen advies uitgebracht over de total body scans. Ik hoop echt en wil echt graag dat de Minister in 2016 met haar standpuntbepaling komt, zodat we kunnen bekijken wat op dat gebied wel en wat niet mogelijk is. Dit moet niet op de lange baan worden geschoven.

Ik kom, tot slot, op de medische apps, de toepasbaarheid daarvan en het zichtbaar zijn van welke medische apps werken. Uit het antwoord van de Minister blijkt dat er allerlei verschillende invalshoeken zijn om een overzicht te krijgen van medische apps en de toepasbaarheid daarvan. Ze noemt daarbij artsennet.nl, DigitaleZorgGids.nl en toepassingen van het Trimbos-instituut en de GGD. Als je echter als willekeurige burger op internet gaat googelen, dan kom je heel lastig op de juiste plek uit. Daarvoor was die motie van mij en mevrouw Bouwmeester bedoeld. Hoe kun je ervoor zorgen dat je mensen beter toeleidt naar een centraal overzicht van betrouwbare apps?

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Voorzitter. Ik zal proberen het heel kort te houden door aan te sluiten bij wat voorgaande sprekers al gezegd hebben over het belang van de start-ups. Ook de Minister hecht belang aan de implementatie van innovaties. Zij sprak de wens uit om daarin echt een versnelling aan te brengen. Je ziet ook dat innovaties enthousiasme teweegbrengen bij mensen die werken in de zorg. Innovaties brengen mensen weer op nieuwe ideeën, die ook weer betere en goedkopere zorg

voor patiënten opleveren. Dat is ook de waarde ervan. Het is heel goed dat de Minister belooft om de Kamer mee te nemen in hoe het verder gaat met alle activiteiten die in gang zijn gezet.

Ik heb nog één vraag, over de vergoeding van innovatieve behandelingen. De Minister heeft terecht gezegd dat het pas wordt vergoed in het basispakket of in het aanvullende pakket als het onderdeel wordt van de behandeling. Vervolgens moeten de richtlijnen daarop worden aangepast, maar dan heb je het over een ontzettend lang traject, soms wel van tien jaar. Ziet de Minister mogelijkheden voor het Zorginstituut om dat zeer te versnellen?

Voorzitter: De Lange

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Voorzitter. Allereerst dank ik de Minister hartelijk. Ik noemde heel veel voorbeelden: dokter Oei, dokter Van Rheenen, Hartvolgers en Behandeling Begrepen. Het gaat om goedwillende mensen die bezig zijn met sociale innovatie, namelijk om de patiënt begrijpelijk te informeren, maar zij lopen vast. De Minister heeft gezegd: we gaan bekijken hoe we die mensen, via scale-up, kunnen helpen zodat ze door de barrières heen breken. We krijgen deze zomer een brief over hoe dat gaat. Heel veel dank daarvoor.

Ik dank de Minister ook voor haar toezegging over de showroom, waarbij het dan niet gaat over bekende goede voorbeelden maar vooral over voorbeelden die een steuntje in de rug nodig hebben. De Minister heeft goede voorbeelden genoemd van hoe VWS de regie wil nemen of mensen met elkaar wil verbinden en dat ook bekender wil maken. Dat is hartstikke mooi.

Er blijft nog één vraag over, over de rol van de zorgverzekeraars. Mijn collega's hebben er ook al vragen over gesteld. Ze hebben ons premiegeld om de beste zorg in te kopen voor een goede prijs. Soms is de beste zorg nieuwe zorg en niet bestaande zorg. Het uitgangspunt is «de verzekerde en de patiënt» en niet «de dokter en het ziekenhuis». Toch gaat het niet altijd helemaal goed en is het een hard gevecht van belangen in het veld. Wat ziet de Minister als de taak van de zorgverzekeraars? Hoe kunnen zij worden aangespoord om meer aan vernieuwende zorg en dienstverlening te doen en daarop in te kopen? Hoe kunnen we dat inzichtelijker krijgen? Hoe kan de Kamer daarop controleren bij de eerstvolgende begroting?

Voorzitter: Bouwmeester

De **voorzitter**: Ik kijk even naar de Minister. We hoeven niet te schorsen. De Minister kan meteen antwoorden in tweede termijn.

Minister **Schippers**: Voorzitter. De heer De Lange had het over de health checks en verwees daarbij ook naar Duitsland. In Duitsland gebeurt het heel veel. Er gaan echt enorm veel Nederlanders naar Duitsland. Je kunt je het volgende afvragen. Heel veel Nederlanders stappen in hun auto en kunnen dan over de grens, in Duitsland toch een health check doen. Er is ook steeds meer technologie om via apps onderdelen van die health checks gewoon thuis op de bank te doen. Waar halen wij dan de argumentatie vandaan om te zeggen dat iemand het niet op eigen kosten in Nederland mag doen? Ik vind dat nogal een verbod. Dan verbied je vrije mensen om health checks te doen, terwijl dat over de grens wel kan. Ik vind dat een belangrijke vraag. Deze was ook onderdeel van de motivatie om dit traject aan te gaan. Ik kan in ieder geval tegen mevrouw Bruins Slot zeggen dat het zeker mijn intentie is om dit jaar, en wel in de zomer, of eerder als dat kan, te komen met een standpunt. Dat wil ik zelf ook heel graag.

De technologie haalt ons gedeeltelijk in. Daarvan ben ik echt overtuigd. De technologie is enorm gericht op preventie. Daar ben ik heel blij mee. Ik denk dat we daar ontzettend ons voordeel mee kunnen doen. Er zijn echter ook grote risico's aan verbonden. Als iedereen voor iedere meting naar de dokter gaat, dan hebben we een groot probleem: mensen worden dan niet zelfredzaam, maar komen dan voor jandoedel naar de dokter. Dat moeten we zien te voorkomen. We moeten het wel slim doen. Waar staan we over één jaar? Dat is altijd lastig om te zeggen. We willen in ieder geval proberen om versnelling aan te brengen. De grootste versnelling die we op dit moment kunnen aanbrengen, betreft het wetsvoorstel dat in de Eerste Kamer ligt. Onderschat niet wat het betekent als wij tegen het veld zeggen: binnen drie jaar heb je een portaal voor je ziekenhuis waarin patiënten hun eigen gegevens kunnen inzien. Dat is echt enorm. We hebben ontzettend veel activiteiten in gang gezet. Die zullen misschien niet allemaal heel succesvol worden. Dat heb je als je heel veel dingen doet. We hebben echter wel een grote ambitie om met elkaar die innovaties een flinke slinger te geven. Dat is ook de reden waarom we zo veel dingen hebben opgestart en waarom we er zo veel capaciteit op hebben gezet om het voor elkaar te krijgen. Wat gaat het meest succesvol worden? Ik zei het al: in mijn ogen is het wetsvoorstel echt het belangrijkste. Ik noem echter ook dat start-upnetwerk, met daarbij die versneller. Als je dan iets goeds hebt, hoe versnel je dan met elkaar dat het doorkomt? Ik heb daar persoonlijk wel verwachtingen van, omdat dit gewoon praktisch is. We gaan geen systemen of andere dingen meer veranderen. We gaan opsporen waar het niet goed gaat, bijvoorbeeld door een financieringsprikkel die verkeerd aanwezig is of door een regel die in de weg staat. We gaan gewoon praktisch aan de slag. Dat is echt de insteek van deze groep mensen. Ik heb opgesomd wat financieel gezien de ruimte is. Ik zie vaak dat men heel erg gewend is om de standaard reguliere zorg te leveren en weet hoe men dat standaard regulier financiert. Ik kom nog steeds mensen tegen die zeggen: ik doe een onderdeel van de mental health-zorg in de ggd elektronisch, maar dat krijg ik niet vergoed, terwijl dat met blended care wel gebeurt. Je moet dus ook de weg weten te vinden. Ik heb al toegezegd dat ik zal bekijken hoe we het meer bekend kunnen maken. We hebben natuurlijk een complex systeem. Je verkoopt niet aan een klant, maar het moet via de verzekeraar en het ziekenhuis ergens worden geïncorporeerd. Dat is allemaal lastig. De ene verzekeraar wil wel en de andere wil dan niet. Ik vind het een goed teken dat Zorgverzekeraars Nederland nu zelf bezig is met een nieuwe stimuleringsregeling. Ik noemde haar al: PIEK. Ik zal de Kamer verslag doen van hoe het verdergaat met PIEK, maar ook van andere dingen die gebeuren. In Zelfzorg Ondersteund – dat is een initiatief op het gebied van diabetes – zitten verzekeraars precompetitief met aanbieders en patiënten bij elkaar om te bekijken hoe de diabeteszorg procesmatig optimaal kan worden ingericht. Er komt een voortgangsbrief voor de zomer. Daarin neem ik dit op. Daarin neem ik dus ook op wat verzekeraars doen en hoe het verder is gegaan met PIEK.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Ik ben blij dat de Minister dat zegt. Ik ben namelijk soms compleet onder de indruk van wat mensen in het veld zelf al doen om ervoor te zorgen dat ze goed onderbouwde vernieuwing krijgen. Ik noem OZOverbindzorg in Raalte. Dat is een heel goed initiatief om mantelzorgers te ondersteunen. Ik zie een aantal mensen van de ambtelijke ondersteuning knikken; zij kennen dit. Deze manier van ondersteuning van mantelzorg heeft een bepaalde eenvoud, waarbij je denkt: waarom hebben we dit met zijn allen niet eerder bedacht? Ze zijn aan de slag gegaan met de gemeente, met de huisartsenkring, met Saxion Hoogeschool en inmiddels ook met ZonMw om zo de zorgverzekeraars ervan te overtuigen dat wat zij doen goed is. Dan kom je op een gegeven

moment op het punt dat je mag verwachten dat iedereen aan de andere kant van de tafel gaat zeggen: als jullie dat aan energie erin stoppen, dan gaan wij met jullie meehollen en gaan we bekijken hoe we het voor elkaar krijgen. Het gaat ook om die houding, om vanaf die kant die fantastische inzet te versnellen.

Minister **Schippers**: Dat is zo. Tegelijkertijd weet ik dit: als ik aan zorgverzekeraars zou vragen om aan te geven wat ze op dit terrein doen, dan krijg ik een ongelooflijk dikke voortgangsbrief. Er gebeurt ook ongelooflijk veel. We moeten meer inzicht krijgen in de triggers, in wat ze doen. Dat zal ik de Kamer doen toekomen. Ik neem daarover een hoofdstuk op in de voortgangsrapportage.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Dat lijkt mij een heel goede toezegging. Misschien kunnen initiatieven als OZOverbindzorg of andere voorbeelden worden gebruikt als springplank om te laten zien hoe je het dan verder kunt brengen. Dan krijgen we meer zicht op wat precies de praktijkproblemen zijn.

Minister **Schippers**: We gaan ons best doen om het zo inzichtelijk mogelijk voor de Kamer te doen.

Je komt via internet op allerlei plekken, zo werd gezegd. Ik vind het heel belangrijk om die met elkaar te verbinden. Dat doen we ook. Ik zal er in elk geval voor zorgen dat er op KiesBeter en op de VWS-site een link komt. Dat zijn namelijk de twee plekken waar je het eerst komt. We willen mensen op KiesBeter sowieso hun weg laten vinden via links. Die twee zijn dus aan de orde.

Ik kom op het aanpassen van de richtlijn. Mevrouw Dijkstra zei: het is allemaal goed, maar als het onderdeel moet zijn van een behandeling, dan moet je de richtlijn aanpassen en ben je zo tien jaar verder. Ze vroeg of het niet sneller kan. We moeten wel zorgvuldig blijven, want ook bij innovaties zie je rijp en groen. Je ziet ook heel veel dingen die duurder zijn en waarvan de therapeutische meerwaarde beperkt is. Daar moeten we ook eerlijk in zijn. Je kunt niet alles zomaar op de patiënt loslaten en het dan vergoeden. Het moet wel tripartiet: een patiënt, een aanbieder en een verzekeraar. Als je die combinatie hebt, dan kun je het wel vrij snel inschrijven. Dat hoeft helemaal niet zolang te duren. Het moet dus wel een kwestie zijn van een beweging die snel kan. Er zijn voorbeelden van hoe het snel kan. Het heeft echter wel altijd de steun van die drie nodig. Het moet kosteneffectief zijn, het moet therapeutische meerwaarde hebben en de patiënt moet het ook nog zien zitten.

Mevrouw Bouwmeester somde op wat ik had toegezegd om in de voortgangsbrief van voor de zomer te zetten. De dokter Oeis van deze wereld, hoe kunnen we die in de versneller gooien? Dat gaat heel ingewikkeld worden, maar ik vind het wel leuk om eens naar dat voorbeeld te kijken. Ik zal in de brief ook de showroom opnemen. Hoe maken we bekend wat er gebeurt? Dat zijn dus die linken die we met elkaar moeten verbinden.

Dan nog iets over de verzekeraars. Ik heb veel projecten gezien waarbij verzekeraars zelfs een trekkende rol spelen en dus van ongelooflijk grote betekenis zijn. Ik vind het belangrijk om het inzichtelijker te maken en daarom neem ik dit op in de voortgangsrapportage. Daarbij neem ik in ogenschouw wat zowel mevrouw Bouwmeester als mevrouw Bruins Slot inbracht: kun je bij succes maar ook bij falen een voorbeeld geven om duidelijk te maken waardoor het een succes is of waardoor het faalt? Ze vroegen om die combi erin te zetten. Nou, daarmee heb ik onszelf alweer een vijfpuntig programma gegeven voor voor de zomer.

De **voorzitter**: Ik kom nu met de lijst van toezeggingen. Die is heel lang. Maar voordat ik dat ga doen, heeft de heer De Lange toch nog een punt dat blijkbaar is blijven liggen.

De heer **De Lange** (VVD): Ik heb toch nog een laatste punt voor de prioriteitenlijst, althans de toezeggingenlijst die we nu maken. Volgens mij werd er vrij breed gevraagd hoe je ervoor zorgt dat vernieuwende initiatieven de ruimte krijgen om zich in de praktijk te bewijzen. Dat zou vooral ook liggen aan de medewerking van de bestaande zorgaanbieders. Wordt het ook nog een onderdeel van de agenda om bij tijd en wijle een breekijzer toe te passen om dit soort proeftuinen daadwerkelijk voor elkaar te krijgen?

Minister **Schippers**: Dat heb ik eigenlijk al toegezegd. Ik noemde het even «dokter Oei», maar er zijn meer voorbeelden genoemd van dingen waarover we het al jaren met elkaar eens zijn. Zo is het heel mooi dat lager geschoolde mensen door bepaalde animaties en anderszins toch kunnen begrijpen wat er in een «samen beslissen»-gesprek gebeurt en wat de risico's en voordelen zijn. Waarom gebeurt dat niet? Dat neem ik in de volgende brief op. Dat is namelijk een voorbeeld van wat de heer De Lange vraagt.

De **voorzitter**: Ik kom nu op de toezeggingenlijst. Die is indrukwekkend, dus let allen goed op.

- Voor de zomer krijgt de Kamer een brief over de voortgang van het zorginnovatiebeleid, waar eHealth onder valt. Ik noem in hoofdlijnen op wat daarin komt te staan. Allereerst komt daarin de stand van zaken betreffende de showrooms, de manier waarop het met start-ups versneld kan worden. Dat betreft, zeg maar, de dokter Oeis, maar ook de vraag van de heer De Lange zit daarin. Verder komt het Informatie-beraad aan de orde: wat zijn de belemmeringen en oplossingen die het veld ervaart bij standaardisatie? Er komt een nieuwe stimuleringsregeling van Zorgverzekeraars Nederland: PIEK. De Minister zal daarvan verslag doen. Ze zal de rol van zorgverzekeraars rond innovatie inzichtelijk maken: wat doen ze wel en wat niet, wat werkt wel en wat werkt niet?
 - De Staatssecretaris van VWS zal de Kamer in het voorjaar een AMvB toezenden.
 - De Kamer ontvangt in april het verslag van het rondetafelgesprek over health checks en de bodyscan en voor de zomer krijgt de Kamer hierover een standpunt. De Minister zegt: ik had gezegd «in de zomer», maar zal proberen het voor de zomer te doen. Er stond «medio de zomer» op mijn papiertje. Daar maakte ik zelf «voor de zomer» van. Laten we het in september bespreken. Dan hebben we het altijd op tijd.
- Ik dank de Minister en haar ambtenaren. Ik dank ook de Kamerleden, de mensen hier en de mensen thuis.

Sluiting 16.04 uur.