

Tweede Kamer, Initiatiefnota van het lid Tielen "Én Én: een verjongingskuur voor de basiszorg"

VERSLAG VAN EEN NOTAOVERLEG

Concept

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 18 maart 2024 overleg gevoerd met mevrouw Dijkstra, minister voor Medische Zorg, en mevrouw Helder, minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, over:

- **de initiatiefnota van het lid Tielen "Én Én: een verjongingskuur voor de basiszorg" (36396);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 26 oktober 2023 inzake reactie op de initiatiefnota van het lid Tielen "Én Én: een verjongingskuur voor de basiszorg" (36396, nr. 3).**

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

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

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

Voorzitter: Agema

Griffier: Esmeijer

Aanwezig zijn zes leden der Kamer, te weten: Agema, Bushoff, Claassen, Van den Hil, Daniëlle Jansen en Tielen,

en mevrouw Dijkstra, minister voor Medische Zorg, en mevrouw Helder, minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Aanvang 13.31 uur.

De voorzitter:

Goedemiddag. Aan de orde is de initiatiefnota van het lid Tielen "Én Én: een verjongingskuur voor de basiszorg". Een initiatiefnota is altijd iets speciaals, want dan leren we onze leden ook een stuk beter kennen. Dan leren we wat hen bezighoudt, wat ze aan het papier willen toevertrouwen, wat hun ideeën zijn en wat ze met ons willen bespreken. Ik vind het dus een hele leuke gelegenheid, omdat het de eerste keer is in de nieuwe periode dat we een initiatiefnota aan de orde hebben. Mevrouw Tielen wordt ondersteund door mevrouw Uitterhoeve. Ik heet ook de minister van VWS en de minister voor Medische Zorg van harte welkom. Zij zullen hun advies over de initiatiefnota in eerste termijn meegeven aan de indiener.

Aan de andere kant zie ik mijn collega's. In ieder geval zijn de vier grote partijen vertegenwoordigd. Mevrouw Van den Hil zal namens de VVD spreken, de heer Claassen namens de PVV, mevrouw Jansen namens NSC en de heer Bushoff namens PvdA-GroenLinks. Dan stel ik voor dat we gaan beginnen met de inbreng van mevrouw Van den Hil.

Mevrouw **Van den Hil** (VVD):

Dank u wel, voorzitter. Een initiatiefnota zet je altijd aan tot denken en dat is goed, want daardoor werkt het ook preventief. Het gebruik van je hersenen voorkomt vergeetachtigheid, het voorstadium van alzheimer, en na de behandeling van de nota kunnen we de zorg weer verbeteren. Ik zeg dus: en-en. In de jaren tachtig kwamen op de radiologie eigenlijk alleen nog maar de normale röntgenfoto's voor. In de jaren negentig kwam de CT en in het begin van deze eeuw de MRI. Daarna kwam de digitalisering van de foto's voor een eenvoudige uitwisseling van de beelden. Dat is een evolutie die we volgens mij allemaal, zoals we hier zitten, niet hadden willen missen. We kunnen sneller en beter diagnoses stellen en de behandeling hierop aanpassen.

Echter, hybride zorg in de eerste lijn komt nog maar schoorvoetend van de grond. Tijdens corona waren we er blij mee, maar toch blijft het nu weer wat achter, terwijl we verder toch alles per app regelen. Hier wordt nog over geaarzeld. Die aarzeling is zowel van de kant van de patiënt als van de kant van de zorgverlener. Ik vind het verbazingwekkend. Als Kamerlid uit Zeeland, dat door de week in Den Haag verblijft, met ouders die op leeftijd komen en blij zijn dat ze niet voor elk wisselwasje de rit naar de huisarts of het ziekenhuis hoeven te maken, ben ik juist blij met wat er allemaal op afstand gebeurt. Ik ben zeer tevreden dat mijn huisarts in Goes dit wel faciliteert, ook als ik in Den Haag zit.

Daarom is het goed dat we vandaag deze initiatiefnota van collega Tielen bespreken. Ik ben blij en dankbaar dat zij het aangedurfd heeft en de tijd genomen heeft dit stuk te maken. Daarvoor dank ik haar dan ook van harte. Want ja, er gebeurt veel en de minister geeft in haar reactie aan dat bijvoorbeeld in het Integraal Zorgakkoord en andere programma's al veel geregeld gaat worden. Maar dit kan wel een boost gebruiken. Ik dank niet alleen haar, maar ook haar ondersteuning, Ineke Uitterhoeve en Engelina Kuiken. Die laatste heeft vandaag een dubbelrol. Zij hielp mij op weg en doet dat nog steeds. Dat deed ze ook de afgelopen drie jaar. Zo ook mijn persoonlijk medewerkers. De afgelopen jaren werd ik ondersteund door Jeroen Hendrixx, daarna door Koen de Hek en toen door Jamie Bosman. Gezien het feit dat dit mogelijk voorlopig mijn laatste debat in de commissie VWS is, dank ik hen, maar ook de volledige ondersteuning van de commissie van harte. Zonder hen zou ik nergens zijn geweest.

Voorzitter. Terug naar de notitie. De VVD onderschrijft, niet geheel verrassend, de inzet in de initiatiefnota. De meeste zorg vindt plaats buiten het ziekenhuis. Hierover heb ik al eerder wat geschreven en dat is eigenlijk nog actueel. Vandaar dat het goed is dat we juist dit stuk vandaag extra aandacht geven. Want nog steeds gaat de meeste aandacht uit naar de tweede lijn, zoals ziekenhuiszorg, maar daarbuiten gebeurt veel meer. Specifiek vraag ik vandaag aandacht voor een aantal punten uit de nota. "Elke gemeente één (hybride) basiszorgcontactpunt: een app, een telefoonnummer en via een multidisciplinaire basiszorgpraktijk toegang tot alle types zorg, welzijn en ondersteuning." "Simpele slimme oplossingen 'onder de knop': voor iedereen en overal moeten medicijnuitgiftepunten en slim spoed-vervoer normaal zijn."

Ik begin met het hybride basiszorgcontactpunt. De VVD denkt dat dit een heel goed punt is om eenvoudig, in één klap, informatie te verkrijgen over waar je voor welke zorg terecht kunt. Kan de indiener van de nota het belang van dit nummer toelichten? In de visie op de eerstelijnszorg zijn een aantal doelstellingen geformuleerd die deze wens ondersteunen, bijvoorbeeld betere samenwerking met het sociaal domein over de juiste zorg op de juiste plek. We lezen dat een van de beleidsvoornemens is om een zorgcoördinatievoorziening uit te werken waarbij patiënten contact op kunnen nemen met een centraal punt, waarna verwijzing plaatsvindt in aansluiting op regionale initiatieven. Kan de minister uitleggen wat dit in de praktijk betekent? Is dit een basiszorgcontactpunt, zoals in de nota bedoeld is, of is het alleen een doorverwijspunt vanuit de eerste lijn naar de vvt, de ggz of de specialistische zorg? Waar krijgt het sociaal domein zijn plek in dit voornemen?

Casemanagers dementie zijn van groot belang. Volgens onderzoek gaat de grootste groep mensen de komende jaren behoren tot deze groep. Hoe kijkt de indiener hiernaar? Ik vraag de minister: waarom is deze niet in de eerstelijnszorgvisie opgenomen? Vindt de minister het ook een goed idee om te kijken of er, na opname van een patiënt, nog een keer contact kan zijn tussen de casemanager en de familie van de patiënt of de familie en de patiënt samen?

Als we het hebben over basiszorgcontactpunten, dan hebben we het ook over samenwerking. Vaak is het nog onduidelijk waar de ambulance terecht kan met een patiënt als er toch zorg nodig is. Soms wordt er een ambulance gebeld terwijl eigenlijk een ander type zorg nodig is. Vaak betreft dit ouderen die soms even wat andere zorg nodig hebben. In Zeeland is het CAV opgericht, het Centraal Aanmeldpunt Verplaatsingen. Het ministerie is op mijn verzoek hiernaar gaan kijken in Zeeland. Ik weet dat men ook in andere regio's bezig is met de opzet hiervan. Hoe ziet de initiatiefnemer dit voor zich? Kan de minister aangeven wat de stand van zaken is en hoe zij dit soort initiatieven stimuleert?

Simpele, slimme oplossingen. De motie over slimme oplossingen en innovaties, de motie-Tielen (36200-XVI, nr. 47) uit 2022, is aangenomen. Ik moet even specifiek zijn, anders gaan we straks praten over iets anders! Kan de minister de toezegging geven dat ze aan dit punt de grootste prioriteit gaat geven en de NZa aanspoort erop toe te zien dat de ingeslagen weg met betrekking tot hybride zorg verstevigd wordt?

Hoe ziet de indiener de medicijnuitgiftepunten in het optimale geval werken? Nu is het zo dat indien een medicijn bij de eigen apotheek niet leverbaar is maar bij een collega-apotheker wel, de patiënt met het recept naar de collega-apotheker wordt gestuurd. Kan deze samenwerking ook terugkomen in gezamenlijke medicijnuitgiftepunten, zodat een patiënt die bijvoorbeeld minder mobiel is, minder ver hoeft te reizen? Wil de minister in gesprek met VNG en KNMP over het beschikbaar stellen van gezamenlijke medicijnuitgiftepunten?

Daarbij heb ik ook nog een vraag over het gezamenlijk inkopen van geneesmiddelen. De ACM heeft in 2020 een leidraad opgesteld voor het gezamenlijk inkopen van geneesmiddelen door verschillende ziekenhuizen, inclusief de daar werkzame ziekenhuisapothekers, door verschillende ziekenhuizen samen met een zorgverzekeraar of door meerdere zorgverzekeraars samen. De leidraad heeft geen betrekking op

geneesmiddelen die extramuraal via de apotheker en niet via het ziekenhuis worden verstrekt, maar in bepaalde gevallen kunnen marktpartijen deze leidraad wel naar analogie toepassen op de gezamenlijke inkoop. Kan de minister toelichten of apothekers dit in bepaalde gevallen ook doen en of apothekers voldoende op de hoogte zijn van deze mogelijkheid?

Voorzitter. Nog een aantal punten vanuit patiëntperspectief. Hulp voor wie niet digitaal vaardig is, is belangrijk. We kijken dan vaak naar ouderen, maar onderschat ze niet. Mijn moeder is handiger met allerlei apps dan ik eigenlijk zelf ben en zij ondersteunt mij. Mijn ervaring met de stichting DigiSteun in Zeeland is geweldig. Laagdrempelige inloop, bijeenkomsten voor hulp of steun aan huis: het kan allemaal. Maar dat geldt helaas niet voor iedereen. Niet overal is goede hulp. Hoe ziet de indiener deze ondersteuning? Welke rol ziet zij voor de patiëntenorganisaties en het sociaal domein bij de invulling van de transformatie naar digitale en hybride zorg?

Als we het hebben over hybride en digitale zorg, ontkomen we er ook niet aan om te kijken naar informatie over wachttijden en de capaciteit die beschikbaar is. Patiënten en collega-professionals hebben hier behoefte aan. Welke mogelijkheden zien de indiener en de minister om informatie over wachttijden en capaciteit voor patiënten sneller en beter inzichtelijk te maken? Welke andere mogelijkheden ziet de initiatiefnemer om zorgverleners te stimuleren om het medisch dossier van patiënten via hun PGO beschikbaar te maken? Hoe gaat de minister zorgverleners nog meer stimuleren om dit beschikbaar te maken?

Voorzitter. Ik ga nog even terug naar datgene waarmee ik begon. Laten we vanmiddag met z'n allen nadenken, tips aanleveren en debatteren over de basiszorg, zodat ook deze een boost krijgt en, net als de evolutie in de radiologie jaren geleden, een stralende toekomst tegemoet gaat.

Dank u wel.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Dan geef ik nu het woord aan de heer Claassen namens de PVV.

De heer **Claassen** (PVV):

Dank je wel, voorzitter. Natuurlijk complimenten aan collega Tielen voor het nemen van dit initiatief. Ik denk dat het mooi is dat technologie in de zorg ook hier op de agenda staat. Ik heb daar zelf jarenlang onderzoek naar gedaan en ook implementaties begeleid bij ziekenhuizen en ouderenzorginstellingen waar slimme toepassingen gebruikt moesten gaan worden. Het is mooi dat we het hier in de Tweede Kamer over kunnen hebben. De PVV-fractie is het met de indiener eens dat gangbare zorg voor iedereen in Nederland dicht bij huis beschikbaar zou moeten zijn en dat mensen erop moeten kunnen vertrouwen dat zij met een zorgvraag snel, slim en dichtbij toegang hebben tot antwoord op hun zorgvraag en hun zorgbehoefte.

Op basis van mijn eigen verpleegkundige achtergrond worstel ik wel met de term "basiszorg". In deze nota wordt daar toch een net andere draai aan gegeven. Zorgverleners die eventueel met de uitvloeiselen van deze nota te maken gaan krijgen, zullen mogelijk ook op zoek gaan naar wat nu precies met "basiszorg" bedoeld wordt. Ook in deze nota lopen de begrippen "basis", "spoed" of "acuut" wat door elkaar.

Mogelijk wil de indiener van dit initiatiefvoorstel daarop reflecteren. Ik vraag ook aan de minister om daar een reactie op te geven.

Tevens heb ik de vraag aan de indiener waarom e-health direct gelijkgesteld wordt met slimme zorg. De definitie van e-health is volgens de WHO een andere. E-health is volgens de WHO een kosteneffectieve en veilige manier van het gebruik van informatie en ondersteuning in de zorgverlening. Daar wordt niet over "slim" gesproken. Het kan helpen om bij het containerbegrip "e-health" per specifieke zorgsituatie onderscheid te maken tussen bijvoorbeeld zorg op afstand, robotica, leefstijlondersteuning, ontzorg-apps, ondersteunende technologie bij revalidatie en bij chronisch zieken enzovoort, enzovoort.

Om de doelstellingen te bereiken, benoemt de initiatiefnemer een aantal maatregelen. Ik ga even een paar maatregelen na.

Punt 1 is altijd kunnen kiezen voor digitale ondersteuning van basiszorg, de hybride zorg. Die keuzevrijheid zou er moeten zijn om afspraken in te plannen voor herhaalrecepten, bij chronisch zieken op afstand vitale functies meten en doorgeven. Maar wij vinden niet dat zelf die vitale functies invoeren een slimme oplossing is, want dat kan leiden tot fouten, waardoor verkeerde medische keuzes gemaakt kunnen worden. Het beslispunt om koplopers extra te financieren, is volgens de PVV-fractie een verkeerde impuls, omdat dit mogelijk leidt tot selectie van de doelgroep door de zorgverlener en die zou dat kunnen doen vanwege het financieel gewin. Ik vraag dan ook aan de indiener en de minister om daar eens op te reflecteren.

Punt 2 is dat elke gemeente één hybride basiszorgcontactpunt moet hebben, zodat men via een app, een telefoonnummer of een multidisciplinaire basiszorgpraktijk toegang tot alle typen zorg, welzijn en ondersteuning kan krijgen. De vraag is of de uitwerking van dit voorstel kan bijdragen tot een succes. Waar al veel goede initiatieven bezig zijn — dat heb ik gezien in Nederland maar ook in de eigen regio waar ik vandaan kom — kan een top-downbenadering wellicht ook als belemmering werken. Wij volgen graag de discussie daarover en zijn benieuwd wat hierop de visie van de indiener en de minister is.

Punt 3: samenwerking digitaal en fysiek door ziekenhuizen in de regio. In deze nota is dit een sterk en belangrijk punt. Er zijn al tal van mooie samenwerkingsverbanden ontstaan. Denk aan de gezonde wijk in Zoetermeer, maar ook die in Geleen, en de samenwerkingsverbanden van de regionale ziekenhuizen zoals het Diaconessenhuis in Utrecht. Een op elkaar afgestemd digitaal communicatiesysteem is daarbij vaak een gemis, nog steeds. Al langere tijd is afgesproken dat data soepel uitwisselbaar zouden moeten zijn, berustend op toestemming van de zorgvrager. Dat zou ergens rond 2025 echt van de grond moeten komen. Maar wij zijn er nog niet, want we zien dat er nog steeds nieuwe systemen aangeschaft worden, die onderling niet dezelfde taal spreken.

Samenwerken is ook samen beslissen. Een mooi voorbeeld daarvan is de recent in de Kamer aangenomen motie dat niet alleen bestuurders en zorgverzekeraars, maar ook patiënten, inwoners en lokale overheden inspraak moeten hebben bij fusie of sluiting. Dat is wat onze fractie betreft een must. Dat wil ik hier toch even benoemd hebben.

Punt 4 gaat over zelf aan de knoppen zitten. Dat ligt eigenlijk in lijn met punt 1 en wat ik

daar zojuist over zei.

Punt 5 gaat over simpele slimme oplossingen onder de knop: voor iedereen en overal moeten medicijnuitgiftepunten en spoedvervoer normaal zijn. De kern van dit thema is arbeidstijdbesparing en/of werkdrukverlaging. Ook hier komt die financiële prikkel terug. Wat de PVV-fractie betreft wordt de inzet van e-health om de werkdruk te verlagen overschat. Zelf heb ik daar destijds bij het lectoraat Technologie in de Zorg onderzoek naar gedaan. We zagen de volgende bekende beperkende factoren: het ontbreken van goede randvoorwaarden, niet altijd goed functionerende hard- en software, niet altijd goede acceptatie door zorgverleners of door de eindgebruiker, duurzaam onderhoud van de systemen, en systemen die berusten op technologie die al binnen vier à vijf jaar weer achterhaald is en die daardoor niet functioneren. We zagen dat bijvoorbeeld ook bij het gebruik van epd's, elektronische patiëntendossiers. Dat leidde wel tot de theoretisch gewenste registratie, maar praktisch eigenlijk tot een overregistratie. Men gaat registreren wat moet, maar in de praktijk wordt daar dan eigenlijk niet zo veel mee gedaan. Als u er nog behoefte aan heeft om daar wat voorbeelden van te krijgen, dan kan ik die later wellicht geven.

De conclusie is dat de PVV-fractie het met de initiatiefnemer eens is dat inzicht in de capaciteit in de acute zorg essentieel is. Met het voorstel van de initiatiefnemer wordt digitale zorg net als in Denemarken afdwingbaar. Wij vinden dat de zorgverlener en de patiënt te allen tijde samen de autonomie moeten behouden om samen te beslissen of er fysieke of digitale zorg verleend wordt. Een wettelijke verplichting steunen wij daarom ook niet.

Wij zien, net als de minister heeft aangegeven, vele overeenkomsten met IZA, GALA en het reeds ingezette visietraject uit het eerstelijnsakkoord. We zien ook een heleboel lokale initiatieven. Op welke wijze kan dit initiatief bijdragen aan de reeds ingezette koers? Ontstaat hiermee dan ook niet de kans dat deze transitie juist wordt vertraagd?

Het financieel belonen van zorgverleners die sneller dan andere zorgverleners transformeren naar meer digitale zorg, is wat de PVV-fractie betreft niet wenselijk. Nogmaals, dit kan immers leiden tot een ongewilde patiëntenselectie. Bovendien is er te weinig bewijs dat digitale zorg in algemene zin arbeidsbesparend werkt.

De voorzitter:

Mevrouw Tielen heeft nog een vraag. Sorry, ik bedoel mevrouw Van den Hil. Ik zit met mijn gedachten al aan de andere kant.

Mevrouw **Van den Hil** (VVD):

Het is een mooi betoog, mooi vanuit de ervaring. Ik vroeg me nog één ding even af. Op het laatst gaf meneer Claassen aan: koplopers belonen gaat juist tegenwerken, want dan krijg je patiënten met voorrang of een bepaalde keuze in groepen patiënten. Maar kun je, als je stimuleert om het aan te bieden, de mensen die er wél gebruik van willen maken, niet juist beter bedienen? Ik draai het graag een beetje om; ik voel daarin wat meer mee met de indiener. Kan meneer Claassen aangeven hoe hij dat ziet? Ziet hij daar ook mogelijkheden toe?

De heer **Claassen** (PVV):

Als we dat op de een of andere manier zo zouden kunnen regelen — want daarover is

dit voorstel nu natuurlijk niet duidelijk — dan zouden we dat wel kunnen volgen. We zien alleen dat er onder de huidige zorgwetgeving wel de kans is dat er — ik wil niet shamen, of zo — zorgverleners zullen zijn die zeggen: hoe meer digitaal vaardige mensen ik in mijn patiëntenbestand heb, aan wie ik dus digitale zorg kan leveren, des te meer geld ik krijg van de overheid. Dat zou er dus toe kunnen leiden dat je door het promoten van wie men is en van wat voor zorg men wil leveren, eigenlijk een vorm van — ik zeg het even tussen aanhalingstekens — "ongewilde" patiëntenselectie krijgt. Ik denk dus dat we er met elkaar wel goed over moeten nadenken hoe we dat aan de voorkant kunnen borgen, om dat te voorkomen.

Mevrouw **Van den Hil** (VVD):

Nog even een vervolgvraag. Ik volg de heer Claassen, maar aan de andere kant kijk ik er als volgt tegen aan. Als je een groep digitaal of per app sneller kan helpen, hou je juist meer tijd over voor de mensen die meer tijd nodig hebben en gewoon bij de huisarts in de praktijk zitten. Is meneer Claassen het met me eens, zoals hij volgens mij al een klein beetje aangaf, dat we wel zouden moeten kijken of we dit kunnen stimuleren? Op die manier krijg je een en-en- en win-winsituatie.

De heer **Claassen** (PVV):

Ik voel daar wel in mee, maar ik vind daar nog geen grond voor op basis van wat we nu lezen in de initiatiefnota. Daarom heb ik zowel de indiener als de ministers gevraagd om daar hun zienswijze op te geven en om dat mee te nemen in de beraadslagingen daarover en in de keuzes die we zullen moeten gaan maken.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Dan gaan we nu luisteren naar mevrouw Jansen van NSC.

Mevrouw **Daniëlle Jansen** (NSC):

Dank u, voorzitter. Met belangstelling heb ik de initiatiefnota van de indiener gelezen. Een belangrijke term in de titel van de nota zette mij wel wat aan het denken: een verjongingskuur. Dat is vaak iets wat ingezet wordt om jonger of vitaler te lijken. Ouder worden doen we allemaal; veroudering is onomkeerbaar. Maar veroudert de basiszorg ook? En is ook deze veroudering onomkeerbaar?

Al lezende zie ik dat de reden voor een verjongingskuur voor de basiszorg is dat deze onvoldoende beschikbaar en nabij is en blijft. In haar initiatiefnota geeft de indiener vele ingrediënten van de verjongingskuur. Zij heeft het over nieuwe en slimme oplossingen die zullen zorgen voor meer en betere beschikbaarheid van basiszorg in de buurt. Deze oplossingen betreffen met name het gebruik van digitale interventies en e-health-interventies.

Bij een verjongingskuur lijkt het misschien alsof je jonger bent, maar vaak ben je dat niet. Schijnt bedriegt dus. Dat zou ik in de zorg willen voorkomen. De vraag is dus: leiden de nieuwe en slimme oplossingen die de indiener voorstelt, echt tot meer bereikbaarheid en beschikbaarheid van de basiszorg? Of lijkt dat maar zo? Hoe houden we daar zicht op? Daar wil ik de komende minuten graag verder op ingaan.

Laat ik eerst duidelijk zijn: de toegang tot eerstelijnszorg en spoedzorg — door de indiener wordt dat "basiszorg" genoemd — kan en moet verbeterd worden. In de recent verschenen Visie eerstelijnszorg 2030 staan de knelpunten op een van de eerste

pagina's genoemd. Hoewel we trots zijn op onze eerstelijnszorg, is deze niet vanzelfsprekend. Vergrijzing van de Nederlandse bevolking, een groeiende en vaak meer complexe zorgvraag en personeelstekorten zetten de eerstelijnszorg onder druk. Mensen hebben moeite om tijdig wijkverpleging te krijgen. Steeds meer huisartsen hebben een patiëntenstop. Er moet dus iets gebeuren. Digitalisering kan een belangrijke rol spelen in het beter toegankelijk maken van de eerstelijnszorg en de spoedzorg. Nieuw Sociaal Contract stemt daarom in met het plan om een versnelling in digitalisering te bewerkstelligen. Tegelijkertijd hebben we enkele vragen en plaatsen we verschillende kanttekeningen bij de initiatiefnota.

De eerste vraag is of de basiszorg nu wel of niet goed beschikbaar is volgens de indiener. Zij schetst in de initiatiefnota dat de zorgen over de beschikbaarheid van basiszorg deels terecht zijn. Zij stelt dat de hoge normpercentages suggereren dat de basiszorg goed beschikbaar is, maar dat veel mensen ervaren dat ze te lang moeten wachten als ze de basiszorg nodig hebben. Graag zou ik van de indiener willen horen of de basiszorg volgens haar nu wel of niet goed beschikbaar is. Of is de basiszorg volgens haar wel goed beschikbaar maar zijn de verwachtingen van mensen te hoog? Zo ja, is digitalisering dan de oplossing hiervoor?

Een tweede kanttekening gaat over het verplichtende karakter van hybride zorg. De indiener pleit ervoor dat alle zorgverleners verplicht hybride zorg — dat is een combinatie van digitaal en contact — aanbieden en dat de zorgverzekeraars hybride zorg opnemen als onderdeel van de kwaliteitscriteria. Dit betekent dat zorgverzekeraars bij het contracteren hybride zorg opnemen in de voorwaarden en daar financiering voor afspreken. Er is dan minder financiering als er geen hybride zorg wordt aangeboden. Digitale zorg wordt daarmee afdwingbaar. Dat is volgens de indiener nodig om het implementeren van digitale oplossingen minder vrijblijvend te maken. Kan de indiener toelichten hoe hybride de zorg zou moeten zijn om niet gekort te worden in de financiering? Met andere woorden: hoe ziet de indiener het meten van hybride zorg voor zich? In aanvulling hierop: hoe wil de indiener ervoor zorgen dat deze afspraak tussen de zorgverlener en de zorgverzekeraar niet tot meer registratielast gaat leiden?

De indiener pleit ook voor een financiële beloning van koplopers in de hybride basiszorg. Zij stelt voor een jaarlijkse financiële beloning voor zorgverleners te introduceren bij wie het gebruik door patiënten van onder andere PGO's en telemonitoring significant wordt verhoogd. Alhoewel Nieuw Sociaal Contract graag vorderingen wil maken met digitaliseren, kunnen wij niet instemmen met dit voorstel. Ten eerste kan dit voor professionals een perverse prikkel zijn die het behalen van de doelen van het Nederlandse zorgsysteem in de weg kan staan, zoals het borgen van een goede kwaliteit van zorg. Daarnaast hangt het van veel factoren af in hoeverre hybride basiszorg geleverd kan worden, factoren die menigmaal buiten het bereik van de professional liggen. Heb je als oudere huisarts een oudere populatie of een populatie met veel mensen met een lagere opleiding, dan kan het bieden van hybride zorg een veel minder vanzelfsprekende optie zijn dan wanneer je een jonge huisarts bent en je een jongere en hoger opgeleide populatie hebt.

Ook kunnen wij het ons voorstellen dat je als huisarts in een dorpspraktijk anders denkt over het leveren van hybride zorg dan wanneer je in de stad praktijk houdt. Is de indiener het hiermee eens? Er is ook een verschil tussen het verplichten van het beschikbaar maken van medische dossiers van patiënten via een PGO, waar Nieuw

Sociaal Contract voor is, en het gebruik ervan door patiënten financieel belonen, waar we het niet mee eens zijn. We vragen ons af welke andere mogelijkheden de indiener en de minister zien om zorgverleners te stimuleren het medisch dossier van patiënten via hun PGO beschikbaar te maken. Hoe kijken de indiener en de minister aan tegen een wettelijke verplichting voor zorgverleners om het medisch dossier van patiënten via een PGO beschikbaar te maken?

Nieuw Sociaal Contract heeft het verminderen van sociaal-economische gezondheidsverschillen als een van de prioriteiten in het verkiezingsprogramma staan. Ik wil daarom ook ingaan op de heersende bezorgdheid dat e-consulten juist bestaande ongelijkheid in gezondheid verergeren, omdat e-consulten en andere digitale zorgmogelijkheden onvoldoende toegankelijk en beschikbaar zijn voor de kwetsbare bevolking. In de literatuur wordt ook wel gesproken over de digitale paradox: de groepen in de samenleving die potentieel het meest zouden kunnen profiteren van digitale innovaties zijn degenen die de meeste barrières in het gebruik ervan zouden kunnen ervaren. Oudere mensen, mensen met een lagere sociaal-economische status, mensen van een etnische of culturele minderheid en mensen met lage digitale vaardigheden c.q. e-healthgeletterdheid ervaren de meeste barrières bij het gebruik van e-consultaties. Dat is breed aangetoond in de literatuur. Werken aan een uitbreiding van digitale innovaties in de zorg zonder voldoende aandacht te hebben voor strategieën om de ongelijke toegang aan te pakken, heeft de potentie om sociaal-economische gezondheidsverschillen te vergroten in plaats van te verkleinen. Kunnen de indiener en de minister toelichten op welke manier bij deze verjongingskuur van de basiszorg, inclusief wat betreft de financiële beloning, rekening wordt gehouden met de sociale, economische en culturele variëteit aan patiënten? Welke mogelijkheden zien zij om patiënten te ondersteunen die gebruik willen maken van digitale zorg maar bij wie dat nog niet lukt? Kunnen de indiener en de minister toelichten welke rol zij hierbij voor patiëntenorganisaties zien weggelegd?

In haar initiatiefnota pleit de indiener voor samenwerking en transparantie in de basiszorg. Door gegevens over andere wachtlijsten en beschikbare capaciteit zo snel en gemakkelijk mogelijk te delen, hoopt de indiener dat men in staat is om de zorg beter te organiseren. Nieuw Sociaal Contract is het hiermee eens. Wel vragen wij ons af in hoeverre deze informatie volgens de indiener ook beschikbaar zou moeten zijn voor patiënten, over wie het immers gaat. Welke mogelijkheden ziet zij om informatie over wachttijden en capaciteit voor patiënten sneller en beter inzichtelijk te maken?

Tot slot zou ik willen ingaan op de effectiviteit van deze verjongingskuur. Hoe komen we erachter dat wat wordt gedaan op het gebied van e-health ook het juiste is? Met andere woorden: kunnen de indiener en de minister aangeven hoe de effectiviteit van de innovaties binnen deze verjongingskuur wordt gemonitord? In hoeverre is men bereid de innovatie te stoppen of bij te sturen indien deze niet meer effectief lijkt? Kan de minister aangeven hoe dit is geregeld met soortgelijke initiatieven in het Integraal Zorgakkoord?

De voorzitter:

Dank u wel. Mevrouw Van den Hil heeft nog een vraag.

Mevrouw Van den Hil (VVD):

Ja. Dit was een heel betoog. Ik sloeg eigenlijk aan op twee dingen, die niet geheel toevallig redelijk op mij van toepassing zijn, namelijk verjonging — het is meer

veroudering bij mij — en het platteland en de afstand tot de stad. Ik kom redelijk van het platteland; alhoewel, Goes is niet zo heel erg platteland. Ik woon door de week in Den Haag, zeg ik om het maar even simpel te houden. Als mijn ouders of familieleden een consult hebben en ik digitaal kan aansluiten, dan hoeven zij niet dat hele eind te reizen. Dan vind ik het juist een meerwaarde. Ik zie in die verjonging dus juist voor ouderen een enorme meerwaarde. Maar hoe bedoelt mevrouw Jansen dat?

Mevrouw **Daniëlle Jansen** (NSC):

De voorbeelden die u noemt, zie ik ook. Maar ik heb het bijvoorbeeld over het volgende. Als je als huisarts een praktijk hebt op het platteland, bijvoorbeeld in Oost-Groningen of in het noorden van Friesland, kan ik me voorstellen dat je de hele populatie van je dorp kent en dat het dan veel vanzelfsprekender is om als familiearts meer face to face te spreken met patiënten dan digitaal, op een wat afstandelijkere manier. Ik weet niet of het zo is, maar de kern van het betoog is dat je rekening moet houden met verschillende soorten en maten en dat ik digitalisering niet zie als "one size fits all"-praktijken.

Mevrouw **Van den Hil** (VVD):

Ik heb nog een vervolgvraag. Daar ben ik het mee eens: one size never fits all. Maar juist op het platteland, waar je een iets grotere kern hebt, met kleine kernen eromheen, denk ik dat mensen voor bijvoorbeeld een eenvoudige bloedsuikerslag niet meer live naar de huisarts hoeven en er even over gebeld kunnen worden. Tijdens corona hebben we dat gezien. We zijn hybride zorg nu allemaal heel ingewikkeld aan het maken, maar via een telefoon of via de app — dat doe ik ook dagelijks, met familie of wie dan ook — is natuurlijk ook gewoon hybride zorg. Dat kan een huisarts ook doen. Ik mis een beetje de urgentie over dat dat eigenlijk allemaal weer normaal wordt. Dit is juist ingegeven door de ouderen, waar we nu al over praten van: moeilijk, moeilijk. Zij willen het juist graag. Kan mevrouw Jansen daarop reflecteren?

Mevrouw **Daniëlle Jansen** (NSC):

Ik kan begrijpen dat het voor sommige ouderen best een oplossing is, maar er zijn natuurlijk veel complexere problemen waarmee patiënten zich melden bij de huisartsenpraktijk. Het gaat vaak niet alleen om een bloedonderzoek. Er zijn ook patiënten die iets hebben waar een veel grotere problematiek achter schuilt, zoals eenzaamheid of problemen in de relatie. Ik denk dat zulke problemen veel minder naar voren komen als je een digitaal consult afneemt, dat vaak toch functioneel is en bijvoorbeeld is gericht op, zoals u ook zegt, bloedsuikerslagen. Maar als je de tijd wilt nemen om door te vragen bij de patiënt en wilt bekijken hoe de patiënt eruitziet, hoe hij zich gedraagt en of hij wat hapert als hij dingen wil zeggen, dan kan dat in sommige gevallen veel beter in een fysiek consult dan in een digitaal consult.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Dan gaan we luisteren naar de heer Bushoff. Hij zal spreken namens de PvdA en GroenLinks.

De heer **Bushoff** (GroenLinks-PvdA):

Dank u wel, voorzitter. Laat ik ook beginnen met het uitspreken van mijn waardering voor collega Tielen en de ondersteuning voor het nemen van dit initiatief en het komen tot een initiatiefnota. Ik denk dat het heel goed is als volksvertegenwoordigers naast bezig zijn met de waan van de dag, wat soms moet, ook zelf concrete oplossingen aandragen voor problemen. Volgens mij doe je dat onder andere met zo'n initiatiefnota.

Ook dank aan het kabinet voor de reactie waar het mee is gekomen.

Ik ga de initiatiefnota langs aan de hand van de vijf punten die mevrouw Tielen beschrijft. Ik begin bij het eerste punt: digitale ondersteuning en hybride zorg een verplichtend karakter geven. Mijn eerste vraag daarbij is de volgende. Mevrouw Tielen, de initiatiefnemer, zegt aan de ene kant: we willen dit graag verplicht stellen. Maar aan de andere kant geeft ze aan: we willen graag leren van hoe het in Denemarken is gegaan. Mijn vraag is: in welke volgorde zou dat moeten volgens de initiatiefnemer? Moeten we eerst leren van Denemarken en bekijken: wat was daar zinvol en hoe hebben ze het daar gedaan? Of zeggen we op voorhand: we moeten het verplicht stellen?

Mijn tweede vraag bij het punt over hybride zorg, die overigens zeker van meerwaarde kan zijn, is voor zowel de initiatiefneemster als het kabinet. Ik vraag me een beetje af: "Hoe gaan we voorkomen dat er op het moment dat je dit gaat implementeren, veel meer druk komt te liggen bij bijvoorbeeld huisartsen? Hoe voorkomen we dat zij zo meteen veel meer bezig zijn met het inregelen van een nieuw systeem dan daadwerkelijk met het zien van patiënten en het bieden van de zorg die ze zo belangrijk vinden? Hoe voorkomen we dat het goede idee van meer tijd voor de patiënt zo meteen opgesoupeerd wordt aan de implementatie van hybride zorg?" Als we zeggen dat we stappen willen zetten op het gebied van hybride zorg — ik denk dat dat goed is — hoe gaan we dan voorkomen dat de implementatie daarvan leidt tot onnodig veel extra administratieve druk en regeldruk, druk die niet voortkomt uit het zien en spreken van patiënten?

Voorzitter. Ik kom op mijn laatste punt over hybride zorg. Ik ben benieuwd of de initiatiefnemer de opvatting van GroenLinks-PvdA deelt dat, naast dat dit zeker goed is, het soms ook zinvol kan zijn dat de zorgverlener aangeeft of je gebruik kunt maken van hybride zorg of niet. Er zijn best voorbeelden te verzinnen waarin het heel zinvol is dat dit niet alleen wordt overgelaten aan de patiënt, maar waarin de stem van de zorgverlener misschien zelfs doorslaggevend is. Kan de initiatiefnemer zich dat ook voorstellen? Hoe verhoudt dat zich tot het verplichtende karakter dat in deze initiatiefnota wordt bepleit?

Voorzitter. Mijn tweede punt gaat over een basiszorgcontactpunt bij gemeenten. Ik vind dat op zichzelf een hartstikke goed idee. Dat is prima en dat mag, maar ik heb er ook wat moeite mee. Waarom? Omdat in de initiatiefnota wordt gesteld dat veel mensen met vragen en problemen in de basiszorg terechtkomen terwijl ze daar eigenlijk niet thuishoren, bijvoorbeeld mensen met schulden of andere sociaal-economische problematiek. Daarom zou het zinvol zijn om zo'n basiszorgcontactpunt op te richten. Ik denk zeker dat dat kan helpen, maar ik denk ook dat je juist iets zou moeten doen aan het voorkomen van die sociaal-economische problemen. Met zo'n basiszorgcontactpunt dweil je een beetje met de kraan open als je die andere problematiek, namelijk mensen in armoede en mensen met schulden, niet oplost. Deelt de initiatiefnemer de opvatting van GroenLinks-PvdA dat je daar eigenlijk mee zou moeten beginnen?

Voorzitter. Ik heb nog een vraag aan het kabinet en aan de initiatiefnemer. Op dit moment zitten heel veel gemeenten heel krap bij kas. Ze zeggen eerder: we willen juist taken teruggeven aan het Rijk, want we kunnen dit helemaal niet meer bolwerken. Hoe verhoudt dat zich tot het leggen van een extra taak op het bordje van de gemeenten,

ook gelet op de financiering voor dit voorstel en het feit dat gemeenten al een tekort aan financiële middelen hebben?

Voorzitter. Het derde punt gaat over de samenwerking tussen ziekenhuizen op het gebied van spoedzorg in de regio. Dat is volgens mij een heel belangrijk punt. Ik denk dat het klopt wat de initiatiefnemer schrijft, namelijk dat heel veel mensen een heel grote behoefte hebben aan spoedzorg dichtbij. Dat wordt op dit moment soms niet zo ervaren, dus we moeten kijken hoe we ervoor kunnen zorgen dat de spoedzorg in de regio goed beschikbaar en toegankelijk blijft. Er worden op dit moment een aantal problemen geschetst die dat principe een beetje onder druk zetten. Enerzijds zie je soms financiële tekorten bij regionale ziekenhuizen. Ze moeten soms uit financiële overwegingen een afdeling sluiten. Maar vaker zie je dat het personeelstekort en de kwaliteit die daardoor in het gedrang komt een reden kan zijn voor het sluiten van een dergelijke afdeling in het ziekenhuis. Mijn vraag zou dan ook zijn: moeten we niet juist alles op alles zetten om te voorkomen dat die tekorten aan SEH-artsen zich voordoen? Moeten we daar niet wat meer aandacht aan geven in plaats van dat we accepteren dat dat een gegeven is, waarna we de spoedzorg in de regio afschalen of dat probleem proberen te tackelen door slimme samenwerkingsverbanden? Ik vroeg me af of de initiatiefnemer ook ziet dat samenwerking in de regio belangrijk is maar dat we daarnaast ook een aantal andere onderliggende oorzaken moeten aanpakken, zoals eventuele financiële tekorten of een tekort aan personeel. Dat is ook cruciaal om ervoor te zorgen dat iedereen in de regio spoedzorg dichtbij behoudt.

Voorzitter. Samenwerking is natuurlijk hartstikke goed als dat leidt tot de beschikbaarheid van spoedzorg in de regio en tot het behoud van kwaliteit, maar op dit moment wordt er soms niet samengewerkt doordat we marktwerking in ons zorgstelsel hebben geïntroduceerd. Er is een soort angst bij zorgaanbieders om samen te werken, terwijl we van de ACM horen dat er meer mogelijk is op het gebied van samenwerking dan nu gebeurt. Dus mijn vraag aan het kabinet is ook wat wij nog meer kunnen doen om ervoor te zorgen dat die samenwerking wordt opgezocht en dat de angst om samen te werken, overwonnen wordt.

Een ander punt in het kader van de samenwerking tussen ziekenhuizen in de spoedzorg in de regio is de betrokkenheid van regionale en gemeentelijke bestuurders, inwoners et cetera. De initiatiefnemer stelt dat het ontzettend belangrijk is dat die regionale betrokkenheid bij beslissingen over veranderingen in het acute zorglandschap beter geborgd moet worden. Ik deel die opvatting helemaal, maar ben dan ook wel benieuwd — die vraag is gericht aan zowel het kabinet als de initiatiefnemer — hoe zich dat verhoudt tot het pleidooi voor doorzettingsmacht voor de minister van VWS. Want dat kan natuurlijk met elkaar op gespannen voet staan. Ik kan zo een aantal voorbeelden uit het recente verleden noemen waarbij de regionale bestuurders en gemeentes niet zo staan te springen om de plannen van een ziekenhuis, terwijl de ziekenhuizen daar misschien van zeggen dat dat wel nodig is en de minister daarin de lijn van de ziekenhuizen steunt. Hoe verhoudt zich dat dus tot elkaar?

Voorzitter. Mijn vierde punt gaat over het zelf aan de knoppen kunnen zitten, bijvoorbeeld door middel van zelfmetingen en telemonitoring. Volgens mij is dat een heel belangrijk middel naar de toekomst toe en vinden daarmee ook hele mooie experimenten plaats, onder andere in de thuisstad van de initiatiefnemer, waar ik laatst op werkbezoek was in het UMC Utrecht. Daar doen ze allerlei pilots rondom

zelfmonitoring. Volgens mij zijn dat hele goeie stappen vooruit. Ik ondersteun dat ook van harte, maar heb in dat verband nog wel een vraag aan het kabinet. Stel dat uit die pilots over zelfmonitoring, die nu bijvoorbeeld in het ziekenhuis van Utrecht draaien, blijkt dat dit als heel positief wordt ervaren, hoe snel kunnen we dat dan breder gaan inzetten? En is het dan ook de wens van het kabinet om dat verder en sneller uit te rollen?

Voorzitter. Over punt 5 had ik niet heel veel op- of aanmerkingen, wel heb ik nog een paar vragen over de financiële paragraaf. Als iemand goede voorstellen doet om de zorg beter te maken et cetera, dan moeten we met z'n allen toch in staat zijn om daar financiële middelen voor te vinden. Daar wil ik dus niet het grootste struikelblok van maken, maar ik heb daar nog wel een aantal vragen bij. Er wordt gezegd dat de transformatiemiddelen in het IZA een mogelijke dekkingsbron zouden kunnen zijn voor de benodigde financiële middelen om uitvoering te geven aan de voorstellen die in deze nota worden gedaan. Die middelen lopen tot 2026. Is dat eigenlijk voldoende? Of zouden we ook daarna die middelen eventueel nog nodig hebben, onder andere om uitvoering te geven aan de voorstellen in deze initiatiefnota?

Voorzitter. Over de adequate gemeentelijke financiën heb ik al een opmerking gemaakt, dus daar zal ik even aan voorbijgaan. Dan het laatste punt waar ik een vraag over had. In de nota wordt gesteld dat er "meer tijd voor huisartsen" zou moeten zijn. Wordt daarmee meer tijd voor de patiënt bedoeld? Is dat hetzelfde of niet? Zo ja, wordt dat dan ook echt bedoeld als een dekkingsbron voor deze maatregelen? Hoe staan de huisartsen daartegenover?

Tot zover, voorzitter.

De voorzitter:

Mevrouw Van den Hil wil nog een vraag stellen.

Mevrouw **Van den Hil** (VVD):

Ja, voorzitter, u had toch niet buiten mij gerekend? Ik heb me ingehouden, maar ik heb drie vragen voor meneer Bushoff. De eerste betreft de spoedzorg in de regio. U gaf aan dat we juist meer moeten opleiden. Is meneer Bushoff zich ervan bewust dat de beroepsbevolking afneemt, dus dat alleen méér opleiden niet zal zorgen voor de totale redding, maar dat we misschien ook anders moeten opleiden? De tweede vraag ... Of moet ik ze even apart stellen, voorzitter?

De heer **Bushoff** (GroenLinks-PvdA):

Nee, doe maar in één keer.

Mevrouw **Van den Hil** (VVD):

Daar komt ie hoor! De tweede vraag gaat over dat eerdergenoemde meldpunt. Is meneer Bushoff het met mij eens dat ook juist het verkennend gesprek in de ggz van meerwaarde kan zijn bij de mentale gezondheidscentra en dat het doorverwijzen hiernaartoe ook een onderdeel van die contactpunten kan zijn?

Dan mijn derde vraag. Uiteindelijk zitten we hier toch met mevrouw Tielen uit het stadsie Utereg. Ik wou daar nog heel even op ingaan. Ik ken daar ook een mooie Ureka Mega Challenge. Ik weet niet of de ministers die ook kennen, maar ik zie mevrouw Tielen al

knikken. Zijn meneer Bushoff en misschien ook de ministers het met me eens dat we dat prachtige initiatief ook verder in het land zouden moeten verspreiden? Want daar komen echt heel veel mooie initiatieven van zorgprofessionals zelf uit. Zij pitchen iets moois wat ze ontwikkelen en brengen dat dan gelijk in de praktijk.

De heer **Bushoff** (GroenLinks-PvdA):

Over het eerste punt: acute zorg. Eigenlijk zien we daar een aantal problemen. We zien dat acutezorgafdelingen van een ziekenhuis soms sluiten uit financiële overwegingen en vaak ook door personeelstekorten, waardoor de kwaliteit soms onvoldoende wordt geborgd. Ik denk dat een mantra uit deze initiatiefnota van toepassing is op de oplossingen daarvoor. Het is namelijk en-en-en. Het is dus én er inderdaad voor zorgen dat financiële overwegingen geen reden zijn om een dergelijke afdeling in het ziekenhuis te sluiten én ervoor zorgen dat er zo goed en zo kwaad als het gaat voldoende mensen worden opgeleid en dat het aantrekkelijk wordt om op zo'n afdeling in het ziekenhuis te gaan werken. En soms zal de zorg ook inderdaad anders georganiseerd moeten worden, zodat niet alles bij het oude blijft, maar je kijkt hoe je als ziekenhuizen in de regio kan samenwerken. Ik vind dat de initiatiefnota op dit moment vooral op dat laatste punt gefocust is en dat die andere punten wat minder aan bod komen. Ik denk echter dat dat wel belangrijke overwegingen zijn; vandaar dat ik ze heb genoemd en ook aan de hand van een aantal vragen om een reactie van de initiatiefnemer dan wel de zijde van het kabinet heb gevraagd.

Voorzitter. Dan de vraag over het meldpunt. Ja, ik ben het op zich eens met de opmerkingen die daarover gemaakt werden. Laat ik daar ook helder over zijn: ik zie op zich echt meerwaarde in zo'n meldpunt. Als ik me even verplaats in patiënten of in mensen met problemen, die bijvoorbeeld stress ervaren of die zich, zoals in de nota staat, misschien wel ziek voelen doordat ze enorm veel stress ervaren doordat ze niet rond kunnen komen of in de schulden zitten, dan kan ik me heel goed voorstellen dat het heel fijn is als zij bij de gemeenten één vast aanspreekpunt hebben waar ze naartoe kunnen met hun problemen. Dat aanspreekpunt kan hen dan doorverwijzen of op weg helpen naar de juiste instanties: ofwel een huisarts, ofwel de schuldhulpverlening et cetera, et cetera. Ik denk dat dat van meerwaarde kan zijn. Mijn punt daarbij is alleen dat het een beetje dweilen met de kraan open is als je niet die onderliggende sociaal-economische problemen van mensen aanpakt. Ik denk dat het dus noodzakelijk is om de sociaal-economische status van die mensen te verhogen. En twee: je moet ook zorgen voor voldoende financiële middelen voor gemeenten, want anders belast je ze met nog een extra taak, waardoor ze veel minder kunnen doen in het sociaal domein. Dan stapelen de problemen zich op. Dat lijkt me ook niet erg handig.

Tot slot. Mijn derde punt gaat over de Ureka Challenges. Volgens mij is dat op zich heel leuk en goed. Ik vroeg me even af wat de vraag aan ons als politiek daarover is. Ik moet het antwoord daarop schuldig blijven. Wat zou de concrete vraag aan mij zijn daarover?

Mevrouw **Van den Hil** (VVD):

Die vraag is niet zo heel ingewikkeld. Ik denk dat wij juist ook in de politiek zitten om mooie initiatieven die we zien ook voor het voetlicht te brengen en anderen op het idee te brengen om dat ook te doen. Ik geloof namelijk in professionele zeggenschap, in professionals die zelf meedenken en oplossingen verzinnen om de zorg beter en soms eenvoudiger te maken. Dit vond ik nou een ontzettend mooi voorbeeld. Ik greep de mogelijkheid aan om dit even te noemen omdat mevrouw Tielen uit Utrecht komt. Dat is

het eerlijke antwoord.

De heer **Bushoff** (GroenLinks-PvdA):

Helder. Ik deel de opvatting dat het goed is om mooie initiatieven in het zonnetje te zetten. Volgens mij is deze initiatiefnota ook een mooi initiatief. Daarin staan een aantal goede voorstellen, en bij sommige voorstellen plaatst GroenLinks-PvdA een aantal kritische kanttekeningen.

De **voorzitter**:

Dank u wel. We gaan schorsen tot 14.50 uur.

De vergadering wordt van 14.20 uur tot 14.54 uur geschorst.

De **voorzitter**:

Het woord is aan mevrouw Tielen voor de beantwoording in de eerste termijn van de vragen over haar initiatiefnota. Gaat uw gang.

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Dank u wel, voorzitter. Ik dank de leden dat zij met elkaar in debat zijn gegaan over dit onderwerp. Ik vind het een heel belangrijk onderwerp. Dat hoorde ik ook terug bij de leden, dus dat is leuk. Volgens mij hebben we elkaar nodig om weer vooruit te gaan. Een aantal van u refereerde al aan de titel: Én Én. Ik denk dat we in debatten vaak om keuzes strijden, in het algemeen in de politiek, en zeker als het gaat om de zorg. Natuurlijk kun je elke euro maar één keer uitgeven en elke minuut maar één keer besteden. Maar dat is, denk ik, wel een belemmering voor het vooruitgaan in de zorg als het gaat over digitalisering, zeker als je kijkt vanuit patiënten en hulpverleners. Ik heb daar in de nota ook wat over verteld. Heel veel mensen voelen zich juist tekortgedaan omdat ze te weinig digitale mogelijkheden krijgen. Als de zorgverlener meerdere patiënten tegelijk op een wachtlijst heeft staan en een deel digitaal ondersteund kan worden, biedt dat ook ruimte voor de zorgvragers die daar geen behoefte aan hebben. Vandaar dat "én én". Dat zal ik een aantal keren terug laten komen, ook omdat ik aan de zijde van de Kamer zowel het beeld van een halfvol als een halfleeg glas zie als het gaat om deze initiatieven. Ik denk dat het ook allebei een beetje nodig is. Maar juist omdat er wat mij betreft soms wat te weinig aandacht is voor die vernieuwingen, heb ik daar mijn notitie op gebaseerd.

Voorzitter. Ik begin even met een aantal inleidende vragen vanuit de leden. Daarna ga ik de vijf voorstellen die er liggen langs aan de hand van de vragen die daarover gesteld zijn.

Allereerst waren er vragen van de PVV en NSC over de basiszorg. Wat betekent dat eigenlijk? Is dat wel een herkenbaar begrip? Die vraag had ik zelf ook; daarom ben ik daar wat specifieker op ingegaan. Als je er met mensen — dan bedoel ik zowel zorgvragers als zorgverleners — over praat, dan hoor ik dat ze dat eigenlijk heel logisch vinden. De manier waarop de zorg is ingedeeld vanuit beleidsmakers en de politiek, is een beetje kunstmatig. De eerstelijnszorg en de acute zorg vallen in een apart vakje, terwijl het bij allebei gaat om een eerste toegang tot steun en hulp. Dat is meer dan alleen medische zorg, die over het algemeen wordt gedefinieerd als iets wat te maken heeft met je lichaam. Natuurlijk worden artsen wel opgeleid om zo holistisch mogelijk naar een patiënt te kijken, maar het gaat toch vooral om je lichaam en je geest, en

minder om al die andere dingen. Meneer Bushoff en mevrouw Jansen refereerden er ook al aan: je kunt chronisch last van buikpijn hebben doordat je zorgen hebt of er sprake is van relatieproblematiek of wat dan ook. Ik heb willen duiden dat basiszorg meer is dan alleen medische zorg. In de gesprekken die ik voorafgaand aan het schrijven van de nota heb gevoerd, hoorde ik terug dat dat eigenlijk zowel voor zorgvragers als voor zorgverleners een heel herkenbaar en ook plezierig begrip is.

Mevrouw Jansen vroeg: "Is het voldoende beschikbaar of niet? Want mevrouw Tielen hinkt op twee benen." Zo parafraseer ik haar maar even. Ook daarvoor geldt eigenlijk: als je kijkt naar de cijfers, dan zie je dat het allemaal wel klopt en dat het allemaal niet rampzalig is, maar mijn overtuiging is dat heel veel mensen als eerste op de verkeerde plek terechtkomen. Dat zie je ook wel als je wat dieper in de cijfers graaft en gesprekken voert. Ze hebben een probleem, gaan naar de huisarts en worden doorverwezen, maar dan hebben ze eigenlijk alweer drie contactmomenten gehad, terwijl het zo fijn zou zijn als ze direct geholpen zouden kunnen worden. Een mooi voorbeeld vond ik de chatfunctie die Arts en Zorg heeft opgericht, waarbij je als zorgvrager chat met een huisarts. Ik zal daar straks nog iets over zeggen. Dat hebben ze opgezet en geïmplementeerd en daardoor is er op de huisartsenpraktijken 40% werkdrukvermindering. 40%; moet je nagaan hoeveel patiënten dan beter en sneller huisartsenzorg beschikbaar hebben. Dat is dus mijn antwoord op die vragen.

Meneer Claassen van de PVV merkte op dat ik zei dat e-health en slimme zorg eigenlijk een beetje hetzelfde is. Of toch niet? Ik heb inderdaad in de nota gesteld dat ze synoniemen van elkaar zijn, maar slimme zorg is wat mij betreft iets meer dan e-health. E-health is echt puur en alleen digitaal en slimme zorg gaat ook over slimmere innovaties in organisaties of over andere hulpmiddelen die kunnen bijdragen aan het slimmer leveren van zorg. Het hoort dus erg bij elkaar, maar slimme zorg heeft mijn voorkeur omdat het meer is dan alleen digitaal en omdat het door mensen ook wel als fijner wordt ervaren. E-health klinkt als iets wat ver weg in de IT-wereld zit en slimme zorg is gewoon letterlijk dichterbij. Ik zie dat meneer Claassen daar een vraag over heeft.

De heer **Claassen** (PVV):

Dat is interessant. Ik ben benieuwd hoe de indiener hiernaar kijkt, maar e-health is niet de techniek of de ICT. E-health is wat mij betreft het gedrag dat daarbij hoort. We hebben ook geleerd dat e-health in bijvoorbeeld het verpleegkundige domein soms niet landt in de zorgprotocollen en in de keuzes voor de opbouw en verantwoording van interventies. Daar hoort ook het gedrag bij. Dat geldt ook voor artsen en fysiotherapeuten. E-health is dus niet de techniek. E-health is hoe je de zorg wil leveren. Dat is mét de techniek, maar het is niet dé techniek. Ik hoor uit uw woorden volgens mij toch iets anders.

De **voorzitter**:

Wat wilt u vragen?

De heer **Claassen** (PVV):

Klopt dat?

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Ik ga natuurlijk niet de uitdaging aan met een lector die zich heeft gespecialiseerd op dat

gebied. Meneer Claassen heeft natuurlijk gelijk dat je moet oppassen met taal en moet zorgen dat je het goede zegt. Hetzelfde geldt namelijk voor slimme zorg. Uiteindelijk hebben al die innovaties die in de zorg landen, of dat nou het product is, dus de software, of iets anders, natuurlijk met gedrag te maken. Een innovatie is zo goed of slecht als de implementatie ervan, om er maar weer eens een ander lastig woord aan te geven. Meneer Claassen heeft dus gelijk. Desondanks blijf ik erbij dat ik slimme zorg een plezieriger term vind, omdat ook daarin gedrag en procesverandering en soms ook taakverandering een rol speelt. Ik weet dus niet of hij daar helemaal tevreden mee kan zijn, maar ik hoop hier inderdaad ook een taal neer te zetten waarmee we makkelijker vooruit kunnen met elkaar. Op die implementatie kom ik straks nog terug.

Mevrouw Jansen zei: een verjongingskuur is alleen maar cosmetisch. Zo is het natuurlijk niet bedoeld en ik denk ook niet dat het zo is. Iedereen hier is boven de 40, durf ik wel te zeggen, en we herkennen vast allemaal wel dat je van die dagen of momenten hebt dat je denkt: hèhè, ik voel me een stuk jonger. Dat komt dan omdat je een leuke dag hebt gehad, iets nieuws hebt geprobeerd of met andere mensen in contact bent geweest. Het is dus zeker niet alleen cosmetisch bedoeld. Misschien kan mevrouw Jansen dat met mij eens zijn. Volgens mij is het nog steeds heel goed om ook jong van geest te blijven. In die geest is deze initiatiefnota ook opgezet.

Dan was er nog de vraag van de PVV hoe deze nota bijdraagt aan de reeds ingezette koers. Dat is een leuke vraag. Als je de kabinetsreactie leest, staat daar eigenlijk al zo'n beetje in dat we het allemaal al doen. Ik wil daar niet cynisch over doen, maar het lijkt alsof er staat: heel leuk, mevrouw Tielen, maar we doen dit allemaal al, dus bedankt. En ik denk dat die koers er inderdaad is. Ik ben ook blij met het Integraal Zorgakkoord omdat daarin bij de basiszorg ook het sociaal domein en de gemeenten betrokken zijn. Dat is inderdaad belangrijk, maar van mij mag het af en toe wel wat sneller gaan. We zien namelijk dat start-ups en initiatieven als de Ureka-week er makkelijk komen. Maar er zijn nog heel veel belemmeringen om dat soort initiatieven ook op andere plekken te krijgen. Deze initiatiefnota is bedoeld om daar iets meer een push aan te geven.

De heer **Claassen** (PVV):

Dat klopt deels ook wel. Als je bijvoorbeeld naar Limburg kijkt, dan heb je daar EIZT, het Expertisecentrum Innovatieve Zorg en Technologie. Dat soort platforms heb je ook in andere delen van Nederland. Je hebt in verschillende provincies academische werkplaatsen die zich bezighouden met de implementatie van zorgtechnologie. Er gebeurt dus een hele hoop. Er zijn een heleboel lokale initiatieven. Daar had ik het eigenlijk over. Mijn vraag daarover was: kan het niet contraproductief werken als je als overheid gaat opleggen hoe iets moet? Ik deel de opvatting dat de overheid iets aan de randvoorwaardelijkheid zou moeten doen. Ik heb in mijn eerste termijn ook gezegd dat epd's, elektronische patiëntendossiers, met elkaar moeten kunnen praten als het gaat over gegevensuitwisseling en het overnemen van gegevens. Ondanks dat we daar voorstellen voor hebben gedaan, zijn we nog niet zo ver dat we dat met elkaar geregeld hebben. Dat is het aspect dat ik wel met u deel.

De **voorzitter**:

En wat is uw vraag?

De heer **Claassen** (PVV):

Die zat eigenlijk in het eerste deel. Ik gaf aan dat er lokale initiatieven zijn, gefinancierd

door de overheid, provincies of gemeenten. Ik bedoelde dat het daarop zou kunnen inbreken. Het tweede deel was gewoon een algemeen antwoord.

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Ik denk ook niet dat de overheid zou moeten zeggen hoe het allemaal moet, maar wel dát het moet. De overheid zou dat randvoorwaardelijk mogelijk moeten maken, zowel qua wet- en regelgeving rond gegevensuitwisseling, zoals de heer Claassen zegt, als qua financiering. Daar zouden we meer snelheid in moeten hebben. Dan kom je een beetje bij de vraag of het glas halfvol of halfleeg is. Ik denk dat de gezondheidszorg een van de meest innovatieve sectoren is. Daar gebeuren zo veel dingen die echt nieuw en vernieuwend zijn. Tegelijkertijd hebben we ook altijd honderd redenen waarom iets niet zo snel wordt geïmplementeerd als wellicht zou moeten of goed zou zijn voor patiënten. Daar probeer ik een stimulans aan te geven.

Tot slot van mijn inleiding over de basiszorg het volgende. Mevrouw Van den Hil noemde al de casemanagers dementie. Ik zou niet weten in welke officiële overheidsbeleidsstructuur die vallen; vast ergens, dus dat zullen we zo wel horen. Dat is nou typisch een vorm van basiszorg waarbij het voor patiënten niet zo veel uit zou moeten maken in welk vakje ze liggen qua vernieuwingen die mogelijk maken dat de basiszorg jong blijft.

Dan kom ik bij blokje één: mijn eerste voorstel onder de titel "altijd kunnen kiezen voor digitale ondersteuning". Daar zijn een aantal vragen over gesteld. Er is onder andere gevraagd, zowel door NSC als door PVV, of het nou verstandig is om te korten als zorgverleners het niet doen. Mevrouw Van den Hil zei in het interruptiedebatje dat je het ook kunt omdraaien en dat korten en belonen communicerende vaten zijn. Volgens mij is het vooral een belangrijk punt — dat zei ik net ook al eventjes — dat juist het opschalen van initiatieven echt wel ingewikkeld is. Op heel veel plekken worden dezelfde ideeën opnieuw ontwikkeld, omdat het overdragen en opschalen ervan tekortschiet. Daarbij is een zekere mate van eigenwijsheid inbegrepen, omdat bijvoorbeeld de couleur locale of de patiëntengroep anders is. Dat zijn heel valide redenen, maar ik denk dat het goed is om te belonen als het wel meer wordt ingezet, omdat wij uiteindelijk vinden dat de keuzevrijheid groter moet. Als zorgverleners daarmee bezig zijn, mag dat ook worden beloond.

Mevrouw **Daniëlle Jansen** (NSC):

Dat belonen kan ten goede komen aan professionals of praktijken die meer mogelijkheden hebben om dat voor elkaar te krijgen. Ik vraag me toch af hoe u het op den duur voor zich ziet als er een splitsing dreigt te ontstaan doordat praktijken of professionals daar veel beter in zijn. Die kunnen misschien ook — ik noem maar wat — mensen inhuren om er maar zo veel mogelijk voordeel uit te halen.

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Als ik goed luister naar wat mevrouw Jansen zegt, zou je bijna een verdienmodel moeten kunnen maken van het opstarten en implementeren van nieuwe initiatieven, door extra geld op te strijken waar de patiënt vervolgens niet bij gebaat is. Dat lijkt me, heel eerlijk gezegd, een theoretische exercitie. Ik las een studie van het Rathenau Instituut over twee, overigens heel interessante, casussen van slimme zorg. Daaruit blijkt dat juist het verdienmodel nu bijna niet tot stand komt. Dat is een van de belemmeringen die tussen initiatief en opschaling een probleem vormt. De mogelijkheid

om puur een verdienmodel te maken van de extra financiële beloningen voor koplopers is dus, denk ik, een theoretisch risico. Dat gaat geen praktisch risico zijn.

Mevrouw **Daniëlle Jansen** (NSC):

Ik ben het daar niet mee eens. Er zijn heel veel verdienmodellen in de zorg. Bij bijna alles waarmee beloond kan worden, ligt het risico denk ik wel op de loer. Ik heb verder geen vraag, maar wel die zorg.

De **voorzitter**:

Een zorg.

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Die zorg deel ik dan weer niet, ook omdat er nooit beloond wordt op basis van puur iets. Er zit altijd een kwaliteits- en toegankelijkheidsaspect in. Met deze notitie ben ik vooral gericht op het vergroten van de toegankelijkheid en de kwaliteit, wetende dat de zorgvraag groter wordt en het beschikbare zorgpersoneel niet groter zal worden. Dat zal altijd aan elkaar verbonden worden. Maar als mevrouw Jansen pleit tegen zorgcowboys, ben ik het met haar eens. Daar moeten we volgens mij op een ander moment eens over doordebatteren.

De PVV vroeg ook hoe het samen beslissen dan in elkaar zit. GroenLinks-PvdA vroeg of de zorgverlener ook advies mag geven over het wel of niet gebruikmaken van digitale zorg, of in ieder geval over de keuze in die hybride zorg. Ik ben het daarmee eens. Het samen beslissen is heel belangrijk. Dat gaat altijd tussen de patiënt en de zorgverlener. De wijze waarop de zorg ingevuld moet worden, is daar logischerwijs onderdeel van. Dus stel, u heeft twee keuzes. Ik noem maar iets. U kunt het komende jaar vier keer op herhaalbezoek komen op de poli of we kunnen het één keer op de poli doen en ik geef u een device mee zodat we de andere drie keer op een andere manier contact kunnen hebben. Volgens mij kunnen zorgverleners heel goed helpen de keuze daarin te maken en zijn patiënten ook heel goed in staat om daar hun eigen afwegingen in te maken. Ik ben daar dus heel optimistisch over.

De PVV vroeg ook of je dan niet een ongewilde patiëntenselectie krijgt. De vraag is dan: door wie? Uiteindelijk selecteer je patiënten eigenlijk niet. Huisartsen krijgen gewoon een patiënt op consult — het liefst op consult, als de patiënt dat wil — of anders hebben ze digitaal of op andere wijze contact. De vraag is of wat de PVV als risico ziet, namelijk het belonen van hybride zorgaanbod, ervoor zorgt dat patiënten die geen behoefte hebben aan digitale zorg nergens meer terecht kunnen. Ik maak het ietsje groter dan hoe meneer Claassen het presenteerde. Maar ik denk dat dat geen probleem is, omdat er nergens zomaar iemand kan zeggen: nee, u kunt hier niet terecht, want u wilt gewoon bij de arts op consult komen. Ik denk dat dat niet zo is. Hooguit zou je kunnen zeggen dat op een huisartspraktijk die zich heel erg profileert als een praktijk met heel veel hybride zorg als vanzelf, onbewust, een net iets digitaal geïnteresseerdere patiëntengroep afkomt. Dat zou kunnen. De vraag is hoe erg dat dan is, want dan is er misschien ook een betere match. Hetzelfde kun je zeggen over huisartsen die zich heel erg profileren richting een bepaalde doelgroep of bepaalde karakters. Ik weet niet of dat een probleem is. Ik zie dat meneer Claassen daar toch een vraag over wil stellen.

De **voorzitter**:

Even in z'n algemeenheid. We hebben geen aantal interrupties afgesproken met elkaar,

want ik dacht: we zijn maar met vier partijen aanwezig. Ik wil jullie toch vragen om het allemaal een beetje kort en bondig te houden.

De heer **Claassen** (PVV):

Kort, mand! Daar zit de crux. Ik gaf het in mijn voorbeeld ook aan. Als een huisarts zich daarmee profileert en dat dus patiënten aantrekt, dan is de vraag: waarom zouden we die extra belonen? Dan kan die het wellicht daarom gaan doen. Die financiële prikkel zou niet nodig moeten zijn. Hij of zij doet gewoon wat goed is en dat trekt patiënten aan, punt.

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Dan kom ik weer terug op het antwoord dat ik gaf op de vraag van mevrouw Jansen. Ik geloof niet dat je daar een extra verdienmodel van kan maken, anders dan dat als je een grotere praktijk hebt, er überhaupt grotere inkomsten tegenover staan. Dan zouden we een keer helemaal moeten doorrekenen bij welke verhouding en balans dat het geval is. Ik denk dat het meevalt, maar meneer Claassen niet. Nou, dan moeten we eens op een rijtje zetten welke feiten we daarbij kunnen gebruiken om er uiteindelijk een definitief oordeel over te kunnen vellen.

Meneer Bushoff vroeg: de initiatiefnemer wil naar Denemarken kijken; wil ze daar dan op wachten? Denemarken is überhaupt al veel verder, dus volgens mij moeten we niet wachten tot we dat allemaal op een rijtje hebben. Ook in Nederland is al heel veel onderzocht rondom innovaties, slimme zorg, arbeidsbesparende zorg, het vergroten van toegankelijkheid enzovoort. Er zijn handvatten genoeg om mee aan de slag te gaan. Dat betekent niet dat we oogkleppen op moeten zetten; we moeten altijd naar buiten kijken. Volgens mij stond in de kabinetsreactie dat ook in Duitsland en Frankrijk voldoende inspiratie te vinden is om vooruit te gaan. We weten ook dat implementeren tijd kost, want zorgverleners moeten inderdaad deel kunnen zijn van het proces. Ik verwijs nogmaals naar het Rathenau-rapport. Dat is heel interessant.

Dan is er gevraagd of het een wettelijke plicht moet worden om de gegevens in de PGO's beschikbaar te stellen. Ik vroeg me nog even af — maar ik weet dat het niet een debatregel is — voor wie die dan beschikbaar moeten zijn. Ik vind het in ieder geval belangrijk dat patiënten veel meer grip hebben op hun data en op hun gezondheidsprofiel. Ik denk dat mevrouw Jansen dan zal zeggen dat het niet alleen geldt voor patiënten maar ook voor zorgverleners en zeker voor zorgverleners vanuit verschillende disciplines. Dat ben ik heel erg met haar eens. Daarom zijn we ook blij dat die Wet elektronische gegevensuitwisseling in de zorg is aangenomen en nu nog geïmplementeerd gaat worden. Als VVD vinden we dat er een mogelijkheid moet zijn voor een opt-out, zodat patiënten niet heel veel moeite hoeven te doen om ervoor te zorgen dat al die verschillende zorgverleners bij hun data kunnen, wat nu nog vaak wel het geval is. Tijdens de corona-epidemie is bewezen dat dit toch anders kan. Dat waren mijn antwoorden op de vragen bij blokje één.

Dan gaan we naar blokje twee. Dat gaat over een basiszorgcontactpunt, waarbij ik ervoor pleit om per gemeente een plek te hebben waar mensen terecht kunnen met hun vragen om zorg en ondersteuning. Meneer Claassen vroeg — en daar hadden we het net bij de inleiding ook al een beetje over — of top-down en daartegenover bottom-up elkaar niet gaan bijten. Ik denk het eerlijk gezegd niet. Het gaat juist over gemeentes. Er zijn veel lokale initiatieven. Het kan juist een manier zijn om die met elkaar te verbinden

als je gewoon zegt: verbind het nou eens met elkaar! Daarbij hoeft je niet te zeggen hoe het dan precies moet, alhoewel ik er nog steeds wel voor pleit dat er één plek, een telefoonnummer of een app of wat dan ook, is waar je als inwoner terecht kunt. Die angst heb ik niet zozeer. Volgens mij moeten we er gewoon wat meer druk achter zetten dat zo'n plek er komt.

Meneer Bushoff zei dat je bestaande sociaal-economische verschillen niet met een basiszorgpunt oplost. Nee, natuurlijk niet. Voorkomen is beter dan genezen; dat ben ik eens met de heer Bushoff. Maar dan kom je in de bredere discussie over waar mensen allemaal problemen mee hebben en door welke problemen ze medische klachten kunnen ontwikkelen. Dat zit in veel meer zaken dan alleen het domein waar we het vandaag over hebben. Uiteindelijk geloof ik ook niet dat "helemaal voorkomen" bestaat. Er zullen altijd mensen zijn met sociale problematiek — relatieproblematiek is al genoemd — enzovoort. Dan is het echt goed dat je dat sociale domein en de medische zorg bij elkaar brengt.

Dat is goed, zeker omdat ik denk dat toen de overheid en met name de Tweede Kamer in 2014 besloot om een aantal taken te decentraliseren, heel veel gemeenten voorbij zijn gegaan aan de huisartsen. Ik denk het niet alleen; ik weet dat heel veel gemeenten voorbij zijn gegaan aan de huisartsen. Inmiddels zijn ze daar wel achter gekomen en zijn er al herstelwerkzaamheden, maar volgens mij moeten we er juist voor zorgen dat die twee bij elkaar komen. Huisartsen en al hun ondersteuning, andere eerstelijns professionals en het sociaal domein kunnen zo veel beter met elkaar samenwerken en ook veel beter bereikbaar zijn, zodat je niet vier telefoontjes hoeft te plegen en twee weken hoeft te wachten voordat je een afspraak hebt bij degene die je echt kan helpen. Dat kan echt beter. Daar ben ik overtuigd voorstander van.

De heer Bushoff vroeg hoe het dan zit met het geld, omdat de gemeenten het hebben over een financieel ravijn in 2026. Dat hoor ik inderdaad ook vaak. Dat gaat overigens over meer dan alleen het sociaal domein; dat gaat ook over lantaarnpalen en zwembaden, om het zo maar te zeggen. Meneer Bushoff zal het mij waarschijnlijk niet euvel duiden dat ik hier niet in één zin een oplossing heb voor het totaalprobleem. Ik denk ook niet dat dat mijn verantwoordelijkheid is, maar ik zie het wel en ik denk dat we bij de meerjarenbegroting eens goed moeten kijken hoe dat eruit kan zien. Ik denk overigens — maar goed, de kost gaat altijd voor de baat uit — dat het door de integraliteit uiteindelijk zelfs een verbetering kan vormen voor de begrotingen van al die gemeentes.

Mevrouw **Van den Hil** (VVD):

Daar wil ik nog heel even op ingaan. Met name in het IZA, het Integraal Zorgakkoord, zitten heel veel transitiegelden. Ik kom uit Zeeland; dat ontvangt 84,3 miljoen. Dat is veel geld. Is mevrouw Tielen het met mij eens dat we dat beter kunnen inzetten voor het maken van de transitie dan voor het installeren van allerlei coaches, ondersteuners en aanjaagteams? Want dat zie ik ook gebeuren in Zeeland. Kunnen we ze dus, in plaats van de transitiegelden in te zetten om managers aan te stellen, inzetten om iets te bewerkstelligen wat het voor de patiënt uiteindelijk eenvoudiger maakt?

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Nou ken ik Zeeland een heel klein beetje en mevrouw Van den Hil maakt een beetje een tegenstelling waarvan ik niet zeker weet of het echt een tegenstelling is. Als ik denk aan

al die coaches, denk ik ook aan professionals die kunnen helpen om zo'n transitie te implementeren. Een nieuw idee bedenken is zo gedaan, maar zorgen dat een nieuw idee daadwerkelijk bijdraagt aan een grotere toegankelijkheid en kwaliteit van zorg is lastiger: daar zitten heel veel stapjes tussen. Je kunt niet van elke zorgverlener vragen om dat zomaar zelf te doen, dus soms heb je die coaches wel nodig. Tegelijkertijd weet ik dat mevrouw Van den Hil soms dingen tegenkomt waarvan we allemaal denken: nou, ... Maar goed, daar moeten we op een ander moment eens over doorpraten, denk ik.

Ik was aan kopje drie toegekomen, over samenwerking in wat ik maar even "de spoedzorg in de regio" noem. Ik wil hier maar kort op ingaan, want volgens mij hebben we nog diverse debatten over überhaupt de verdeling van alle acutezorgplekken in Nederland, zowel bij ziekenhuizen als bij huisartsenposten enzovoorts. Maar het staat in de notitie, ook omdat ik het wel belangrijk vind. Ik vind dat het ook hoort bij basiszorg, en dat je in eerste instantie terechtkomt waar je wilt als je het nodig hebt.

De heer Bushoff zegt: we moeten gewoon voorkomen dat het allemaal gesloten wordt. Hij noemt zelf al dat het soms financiële problemen zijn en soms personele problemen. Volgens mij moeten we dat debat op een ander moment voeren, omdat het ook gaat over criteria voor bereikbaarheid. We willen graag niet verliezen wat we hebben, maar dat is soms ook omdat je niet weet wat je kan krijgen of hoe het daadwerkelijk al gaat. Ik vind dat te ingewikkeld om er nu in een paar zinnen wat over te zeggen.

Dan waren er nog een paar specifiekere vragen van de heer Bushoff, bijvoorbeeld hoe het zit met de doorzettingsmacht. Kunnen we een minister opdragen om wel of niet voor het een of het ander te kiezen? Het mooie van ons stelsel is juist dat we het langs de criteria en verantwoordelijkheden zo hebben ingericht dat het niet een politiek spelletje wordt of je iets openhoudt of sluit. Je kunt een minister doorzettingsmacht geven, maar dat moet dan een bepaalde escalatieladder of iets dergelijks hebben. Die escalatieladder betekent wat mij betreft nu nog dat iemand verantwoordelijk is. In eerste instantie is een ziekenhuisbestuur gewoon verantwoordelijk om, via de wet- en regelgeving en criteria die wij hebben neergezet, de zorg te leveren die je mag verwachten van een algemeen ziekenhuis, ook financieel. Dat betekent dus ook dat we goed financieel toezicht moeten hebben en er tijdig aan de bel kan worden getrokken, zodat je eventueel, als dat nodig is, naar een volgende tree op de escalatieladder kan gaan. Of je dan uiteindelijk bij een minister uitkomt? Waarschijnlijk wel, maar niet van één op twee.

De heer **Bushoff** (GroenLinks-PvdA):

Daar heb ik toch nog een vraag over. In de nota lees ik dat de initiatiefnemer wil dat het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport doorzettingsmacht heeft en op die manier samenwerking kan afdwingen. Dat las ik in de initiatiefnota. Kort daaronder is een van de acties/beslispunten "de lokale betrokkenheid vergroten". Daar ging mijn vraag eigenlijk vooral over. Ik kan mij voorstellen dat dat soms met elkaar botst. Hoe ziet de initiatiefnemer dat?

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Dan had ik niet heel goed geluisterd naar de vraag van meneer Bushoff in eerste termijn. Het spijt me. Ik dacht dat die doorzettingsmacht vooral met openen en sluiten te maken had. Ik bedoelde het met name over het samenwerken, ook vanuit het Integraal Zorgakkoord, waarin natuurlijk ook wordt gericht op samenwerking, zodat je af en toe

kan zeggen: ga echt om die tafel zitten en wissel met elkaar zaken uit. Wat betreft de regionale betrokkenheid een stem geven: ik vond het grappig, want meneer Bushoff verwees naar een motie die is aangenomen over de inspraakverplichting van regionale burgemeesters. Dat ging mij wat ver. Wat ik interessant vond in de kabinetsreactie en waar ik zelf ook naar aan het zoeken ben, is hoe bijvoorbeeld de Directeur Publieke Gezondheid een grotere stem kan hebben in het hele afstemmingstraject dat bijvoorbeeld een ziekenhuis moet doen, ook in samenhang met de huisartsenposten, die ook voor een deel de acute zorg voor hun rekening nemen. Ik hoop dat dat een antwoord is op de vraag.

Meneer Bushoff vroeg ook naar de angst voor samenwerking in het kader van de marktwerking. Hij zei zelf eigenlijk ook al dat de ACM, die toezicht houdt op de marktwerking, aangeeft dat er meer kan dan er soms wordt gedaan. Dat herken ik, ook in de vele gesprekken en werkbezoeken. Rondom de "marktwerking" — tussen aanhalingstekens, want het is natuurlijk heel erg gereguleerd — zijn er heel veel regels en wetten. Heel vaak staan ook zaken als gewoonte, status, het aanzien van bepaalde organisaties enzovoorts in de weg. Er zijn dus zowel wat harde regels en wetten als wat zachtere factoren. Daarom zou het best wel goed zijn als VWS af en toe zou zeggen: joh, ga eens met elkaar om de tafel zitten om dit beter te regelen. Overigens denk ik dat al heel veel goed gaat. Corona heeft ook laten zien dat als het moet, er heel veel meer kan dan mensen zouden denken.

De PVV vroeg naar een platform voor het delen van data als het gaat om spoedzorg in de regio. Volgens mij is dat helemaal in lijn met wat we zelf ook hebben geprobeerd op te schrijven. De initiatiefnota en de Wegiz moeten veel meer en een snellere uitwisseling mogelijk maken, de taal moet dezelfde zijn en systeemmogelijkheden moeten dat toelaten enzovoort. Ik denk dat de heer Claassen en ik de hele middag kunnen praten over wat je allemaal ziet aan verschillende systemen en hoe dat feit een goede samenwerking in de weg staat. Volgens mij zitten wij wat dat betreft op dezelfde lijn. Misschien moeten we op dat punt wat meer top-down afdwingen, maar dat kan met de Wegiz in de hand ook goed, denk ik.

NSC en VVD vroegen naar de capaciteit op spoedplekken, en hoe daarover beter geïnformeerd kan worden. Dat is echt nodig. Ik heb nu een paar keer letterlijk gezien hoe dat gaat met die app en dat het bij sommige ziekenhuizen gewoon niet zichtbaar is. Dat mag wat mij betreft wat meer verplicht van aard, maar ik hoor graag van het kabinet hoe dat mogelijk is. Volgens mij vroegen allebei ook hoe dat ook voor patiënten in kaart kan worden gebracht. Dat is een heel leuke vraag, omdat die ook weer aansluit op een stukje actualiteit: kijk naar Zorgkaart. Zorgkaart is nu veel in het nieuws vanwege bijvoorbeeld reviews die bepaalde zorgverleners krijgen, maar daar staat ook wachttijdinformatie in. Alleen moet je daar veel verder naar zoeken.

Volgens mij is het best wel goed om eens te kijken — ik kijk even naar rechts — hoe Zorgkaart een aantal dingen nog beter kan doen. Zorgkaart krijgt immers ook geld vanuit de schatkist. Ik zei al dat de wachttijden er al in zitten, maar maak ze beter zichtbaar en makkelijker vindbaar voor mensen! De kwaliteit kan er ook bij, zodat je kan kiezen als je bijvoorbeeld naar een dermatoloog moet. Ik noem maar iets. In ziekenhuis x duurt het vier weken en is de kwaliteit zus-en-zo, terwijl je in ziekenhuis y vijf weken moet wachten, maar dan ook betere kwaliteit krijgt, of andersom. Het zou heel goed zijn als patiënten daar veel beter inzicht in zouden hebben. Ik geef deze vraag even door aan

mijn secondant.

Dan gaan we door naar punt 4 over het zelf aan de knoppen kunnen zitten. Ik heb wel wat zorgen gehoord van mensen over verschillende doelgroepen. Willen mensen het wel en kunnen ze het ook? Ik denk dat we ook op dat punt weer kunnen zeggen: halfvol, halfleeg. Ouderen zijn lang niet altijd antidigitaal. Soms wordt dat zo'n beetje in één zin gezegd, maar ik kan u verklappen dat ik dit plan voorafgaand aan de indiening bij een aantal ouderenbijeenkomsten heb gepitcht, om het maar even zo te zeggen. Daar is met veel enthousiasme op gereageerd, omdat de ouderen zelf ook de voordelen zien van niet telkens weer vervoer moeten regelen, in de wachtkamer moeten zitten enzovoort, enzovoort. Ze zijn blij dat hun leven uit meer kan bestaan dan alleen gebruikmaken van zorg.

Tegelijkertijd zijn er ook ouderen die dat wel lastig vinden, ook omdat nog lang niet alle PGO's en andere apps heel gebruiksvriendelijk zijn. Daar is echt nog een wereld te winnen. Mijn pleidooi in deze nota is vooral om te zorgen dat je allebei doet. Voor de zorgvragers die het echt lastig vinden om met digitale systemen om te gaan, moet er altijd de mogelijkheid zijn om te bellen of langs te komen of wat dan ook. Maar de tijd daarvoor kan je volgens mij alleen creëren als je de digitale mogelijkheden voor een heel groot ander deel van de doelgroepen wel beschikbaar maakt.

De Taalunie is overigens op dit moment bezig met een bijeenkomst over laaggeletterdheid. We hadden het er vanochtend in de Taalunie ook over dat er inderdaad een correlatie is tussen laaggeletterdheid en digitale laaggeletterdheid. Eens. Wat dat betreft hadden die mensen natuurlijk voorheen ook al problemen met de zorg. Je moet maar eens een brief van een zorgverzekeraar of een huisarts lezen. Dat is lang niet altijd heel erg makkelijk. Daar moet dus oog voor blijven, maar nogmaals, precies daarom bepleit ik "én én". We zeggen niet dat alles digitaal moet, maar dat het allemaal digitaal moet kunnen. Zo kunnen mensen die dat niet willen, altijd nog gewoon fysiek contact hebben met hun zorgverlener. Volgens mij waren dat de zorgen die ik daarover hoorde vanuit de zijde van de Kamer.

Er was nog één specifieke vraag: hoe denkt de initiatiefnemer eraan bij te dragen dat mensen het wél gaan kunnen? Dat is deels door de plannen die er überhaupt zijn voor het creëren van basisvaardigheden rondom geletterdheid en digitale geletterdheid. Ik denk dat we daar in Nederland inmiddels goed aandacht voor hebben, dat er goeie oplossingsrichtingen zijn, maar dat het ook nog niet van de ene op de andere dag is opgelost. Het andere punt is het volgende. Zoals ik net al zei, vind ik de PGO bij mijn huisarts bijvoorbeeld ook nog lang niet gebruikersvriendelijk. Maar ik ga dat natuurlijk niet veranderen. Toch moeten we in de route naar minder vrijblijvendheid bij digitale ontwikkelingen, denk ik, wel zorgen dat het criterium gebruikersvriendelijkheid ook een plek krijgt in het totaal.

Dan kom ik bij het vijfde en een-na-laatste kopje: de simpele, slimme oplossingen. We hebben het met name gehad over de medicijnuitgiftes. Mevrouw Van den Hil had daar een aantal vragen over, onder andere rondom de gezamenlijkheid daarvan. Ik hoop dat ik die vragen ook door mag geven; mevrouw Van den Hil stelde ze zowel aan mij als aan het kabinet. Ze vroeg: kan het ook samen? Als je een medicijnuitgiftepunt gebruikt, zitten er natuurlijk allerlei veiligheidswaarborgen in, wat ook logisch is. Je moet dan allerlei handelingen verrichten. Het is heel goed dat dat moet, maar het is jammer als het

dubbel of driedubbel moet omdat je naar een andere apotheek gaat. Het zou inderdaad goed zijn als er op dat vlak wat mogelijkheden zouden zijn om gezamenlijkheid tussen apothekers in de wijk te creëren.

Dan financieel. Ik heb al wat gezegd over het gemeentelijk budget. Meneer Bushoff vroeg daarnaast: het IZA loopt maar tot 2026; wat moet er daarna? We zitten pas aan het begin van 2024, dus ik hoop dat we over een jaar al kunnen zeggen dat we goed op weg zijn. Kijk, dingen kunnen altijd beter, maar ik zou het best prettig vinden als we enige mate van urgentie gaan zien, zodat we, wat dat betreft, bij wijze van spreken in 2026 echt een ander gesprek aan het voeren zijn.

Mevrouw Jansen vroeg hoe het wordt gemonitord. Waar moet het toe leiden? Ik ben een beetje weggebleven bij hele exacte kwantitatieve doelstellingen. Dat was ook met opzet, omdat ik juist de mindset, om het zo te zeggen, meer stimulans wil geven. Zelf vind ik de E-healthmonitor een handig handvat. Laten we die dus als basis gebruiken, om te kijken hoe het zich ontwikkelt. Maar wellicht heeft mevrouw Jansen daar nog aanvullende suggesties voor.

Meneer Bushoff — tenminste, volgens mij was hij het — vroeg of ik "meer tijd voor de huisarts" bedoelde, daar waar ik in de initiatiefnota iets zeg over "meer tijd voor de patiënt". Hij koppelde aan die vraag een financieel stuk. Daarom heb ik deze vraag ook in dit stukje zitten; eigenlijk hoort hij natuurlijk ergens anders. Meer tijd voor de patiënt als financieringsmiddel voor huisartsen kan er natuurlijk weer aan bijdragen dat er samen met de patiënt gekeken wordt op welke manier men de patiënt digitale of andere slimme zorgaanvullingen kan bieden. Dan kom je toch uit op het samen beslissen en is de cirkel weer bijna rond.

Voorzitter. Ik hoop dat dat de antwoorden waren op de vragen die mij zijn gesteld.

De **voorzitter**:

Mevrouw Jansen leeft nog met een vraag.

Mevrouw **Daniëlle Jansen** (NSC):

Ik heb een vraag over het monitoren. Ik kan begrijpen dat het best lastig is om te kijken hoe je het gaat monitoren. Maar mevrouw Tielen noemde aan het begin van haar beantwoording — ik geloof dat dat ook op een vraag van mij was — dat er een winst was geboekt van 40% minder huisartsbezoeken. Ik wil ervoor waken dat we alleen maar gaan sturen op minder zorggebruik, want minder zorggebruik is niet altijd goed zorggebruik. Ik zou dus heel graag wél een doel voor ogen willen hebben, zodat het niet alléén ... Het is een mooie bijkomstigheid als er minder zorg wordt gebruikt, maar je wil de kwaliteit van zorg te allen tijde goed houden. Je wil er juist voor zorgen dat je de juiste zorg op het juiste moment aanbiedt, ook met digitalisering. Volgens mij kan dat ook prima. Soms moet je dan wel zorg blijven bieden.

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Dat zijn mevrouw Jansen en ik helemaal met elkaar eens. Ik zou "minder zorggebruik" nooit als monitor neer willen zetten. Overigens ging die 40% niet om minder zorggebruik, maar om minder werkdruk. Dat is volgens mij iets waar we echt naar op zoek zijn: ruimte in het hoofd en in de handen, bij wijze van spreken, van alle zorgverleners die nu het gevoel hebben dat ze verdrinken in de steeds maar groeiende zorgvraag en in complexe

wet- en regelgeving en structuren. Daardoor kunnen ze eigenlijk niet de zorg leveren waarvan ze zelf vinden dat ze die moeten leveren. Ik bedoel dus: minder zorggebruik en zeker geen monitor. Ik heb het wel over minder werkdruk. Wat mij betreft wordt er ook vanuit de patiënt gekeken. In de E-healthmonitor zit onder andere de vraag hoe vaak digitale of andere slimme zorg wordt aangeboden. Dat lijkt mij ook een goede monitor. Uiteindelijk gaat het om de patiënt — daar begon ik mee — die het gevoel heeft dat het antwoord op zijn zorgvraag past bij hoe hij die graag ervaart.

De heer **Bushoff** (GroenLinks-PvdA):

Ik realiseerde me dat ik wel antwoord heb gekregen op de vraag die ik heb gesteld, maar dat ik nog geen antwoord heb gekregen op een vraag die ik ook nog niet heb gesteld.

(Hilariteit)

De heer **Bushoff** (GroenLinks-PvdA):

Dan is het wel netjes om dat in de tweede termijn te doen, zo bedacht ik mij. Die heb ik namelijk ook nog. Nee, nu? Dan stel ik de vraag nu. Mijn vraag ging over blok vijf, over de slimme oplossingen. Daarin wordt voorgesteld om in een beleidsregel van de NZa de criteria "arbeidsbesparing" en "toegankelijkheid" op te nemen. Is dat niet iets te beperkt? Gaat het bijvoorbeeld niet ook om slimme innovaties die bijdragen aan werkplezier of kwaliteitsverbeteringen? Dekken die twee criteria de volledige lading? Zou je die criteria niet nog wat kunnen uitbreiden met de twee die ik net noemde?

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Het zou het makkelijkste zijn om te zeggen: in de tweede termijn komt daar een antwoord op. Maar ik heb daar al een antwoord op. Kwaliteit zit vaak al in de beleidsregels van de NZa. Dit is dus niet iets in plaats van, maar iets erbij. We hadden het hier vorige week ook al even over in het debat over de arbeidsmarkt in de zorg. Arbeidsbesparing komt eigenlijk nergens in terug, maar ik denk juist dat die heel veel stimulans kan geven om voort te gaan met innovaties.

De heer **Bushoff** (GroenLinks-PvdA):

Dan is het helder. Het was dus gewoon een toevoeging aan wat er al is. Het was niet iets in plaats van. Het was niet bedoeld als: dit wordt het nieuwe construct. Het was een toevoeging. Dat is helder, bedankt.

De **voorzitter**:

Zijn er nog vragen?

Mevrouw **Van den Hil** (VVD):

Lijkt het de initiatiefnemer een idee dat de minister de NZa een aanwijzing geeft om dit op te nemen?

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Ja, zo had ik het wel opgeschreven in de initiatiefnota. Het antwoord is dus volmondig "ja".

De **voorzitter**:

Dank u wel. Knap gedaan, mevrouw Tielen. Ik ben altijd blij als een initiatiefnota op zo'n

goede manier tot een einde komt. Dan geef ik voor haar advies het woord aan de minister van VWS.

Minister **Helder**:

Dank u wel, voorzitter. Het gaat niet alleen om een advies, maar met name ook om het beantwoorden van de vragen. Er zijn behoorlijk wat vragen gesteld. In de eerste plaats dank ik mevrouw Tielen voor haar initiatiefnota. Ik denk dat het belangrijke thema's zijn. We merken dat het een levendig debat is over hoe we de zorg, en met name de basiszorg, in de toekomst vormgeven. Het is, denk ik, mooi dat we dat zo met elkaar kunnen bespreken.

Ik heb mijn beantwoording opgedeeld in vier blokjes, niet helemaal de nota van mevrouw Tielen volgend. Allereerst ga ik in op de vragen over het altijd kunnen kiezen voor digitale ondersteuning en hybride zorg in de basiszorg. Dan kom ik op een aantal vragen over het basiszorgcontactpunt. Daarna volgt een aantal vragen over meer grip op de eigen informatie en de persoonlijke gezondheidsomgeving. En dan kom ik op een aantal overige vragen. In het mapje over het digitale contactpunt zitten ook de vragen over de zorgcoördinatie. Zo heb ik het een beetje gegroepeerd. Mijn collega zal straks een aantal andere vragen beantwoorden. Misschien wil zij alvast zeggen welke blokjes dat zijn. Is dat handig?

De **voorzitter**:

Ja, hoor, prima.

Minister **Dijkstra**:

Ja, dat is waarschijnlijk wel handig, want dan weten de leden aan wie ze hun vragen moeten stellen. Ik zal het hebben over de medicijnuitgiftepunten en de acute zorg. Daarna heb ik nog een mapje diversen. Daar moeten we maar even op het moment zelf op reageren. Ik kijk even wat mijn collega beantwoordt. Wat overblijft, neem ik voor mijn rekening.

De **voorzitter**:

Helemaal goed. Het woord is aan de minister van VWS.

Minister **Helder**:

Dank u wel, voorzitter. Het altijd kunnen kiezen voor digitale ondersteuning van de basiszorg dichtbij, en daarmee dus voor hybride zorg, is ook wat mij betreft een mooi toekomstbeeld. Dit kan alleen mits het passend is en er rekening wordt gehouden met het doenvermogen van de patiënt. Dit is al een paar keer aan de orde gekomen. Er kan al heel veel, maar tegelijkertijd — die zorgen hoorde ik ook in de vragen van de Kamerleden — blijft de brede implementatie nog te veel achter. Dat willen wij versnellen. Daarom hebben we in het Integraal Zorgakkoord en in het WOZO-akkoord, Woning, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen, afgesproken dat er wordt ingezet op "zelf als het kan, thuis als het kan en digitaal als het kan". Vanuit die afspraken — zo stond het inderdaad in de brief — zijn partijen volop bezig met het stimuleren van die digitale en hybride zorg, ook in de eerstelijnszorg. We concentreren ons daar dan ook met name op het opschalen van de structuur, zoals ik dat toch een beetje noem. Hiermee doel ik dus op het opschalen van de individuele goede voorbeelden, maar met name op het zorgen voor een gezamenlijke structuur. Dit zeg ik even in aanvulling op de brief die als reactie was geformuleerd. We kijken met name hoe we nu met de digitale en hybride

mogelijkheden ervoor kunnen zorgen dat die voorbeelden snel geïmplementeerd worden. Ook hebben we dan een structuur te pakken, zodat we ook volgende voorbeelden daarna weer sneller kunnen implementeren. Daar hebben we ons vooral op geconcentreerd.

Dan de term "basiszorg". Waar hebben we het dan over? De heer Claassen vroeg er ook al naar. Wat mij betreft en wat ons betreft is het een combinatie van eerstelijnszorg en spoedzorg. Het kan dus eerstelijnszorg betekenen, maar ook de basiszorg binnen de medisch-specialistische zorg. Bij de vvt-sector wordt bijvoorbeeld bij basiszorg juist weer gedacht aan de algemene dagelijkse verzorging. Het is dus nog wel ingewikkeld en complex. Om die reden spreken we in het Integraal Zorgakkoord van eerstelijnszorg en acute zorg. Ook daar zit een zekere overlap in.

Dan de vraag van de heer Claassen. Om die doelstellingen te bereiken, zijn er een aantal maatregelen. De vraag was hoe je dat nu het beste kunt financieren en hoe je ervoor kunt zorgen dat je daar geen verkeerde impulsen in introduceert. De vraag was om daarop te reflecteren. Ook heb ik gehoord hoe mevrouw Tielen daarop reflecteert. Ik ben het voor een belangrijk deel met haar eens. Het is belangrijk dat de patiënten en de zorgprofessionals samen een bewuste keuze maken over de vorm van zorg en contact, zodat die goed aansluit bij de mogelijkheden en de wensen van de zorggebruiker en de zorgverlener, afhankelijk natuurlijk van wat er aan de orde is. Fysiek contact moet te allen tijde mogelijk blijven en is in bepaalde zorgsituaties ook beter. Maar hier gaat het vooral om de vraag of er voldoende hybride zorg is, namelijk: is digitale zorg beschikbaar als je die als patiënt zelf ook meer passend vindt? Is het mogelijk om een mailtje te sturen naar bijvoorbeeld de huisarts of de praktijkondersteuner om op die manier antwoord te krijgen op jouw enkelvoudige vraag? Dan hoeft je dat niet via de telefoon te regelen, hoeft je niet nog een keer te bellen, ook niet op het moment dat het jou niet uitkomt. Kun je daarmee dan toch doordringen tot de doktersassistent of de huisarts? Daar gaat het volgens mij over, over die beschikbaarheid. Daar moet je natuurlijk zelf ook plezier van hebben. Dat geldt voor zowel de huisartsenpraktijk als de patiënten. Op die manier kun je ook ontlasten, zodat die zorg ook op termijn toegankelijk en beschikbaar blijft. Want die zorg delen we denk ik ook samen, namelijk: als we weten dat we in de toekomst minder personeel kunnen inzetten, hoe zorgen we er dan voor dat de basiszorg toegankelijk blijft?

Dan over de effectiviteit. Dat was een vraag van mevrouw Jansen, namelijk: hoe komen we erachter dat e-health doet waarvoor het bedoeld is? Ik neem dan even de brede definitie van e-health zoals die net ook werd gehanteerd. Hoe gaan we dat monitoren? Stoppen we ook als blijkt dat het niet effectief blijft? Binnen het Integraal Zorgakkoord hebben we afspraken daarover gemaakt. We hebben nu het platform digizo.nu. Daarop staan ten eerste de vijftien digitale vormen van zorg, de technologie die we willen introduceren, de vormen die al bewezen arbeidsbesparend zijn. Daarmee voeren we niet opnieuw de discussie, maar zeggen we: pas toe of leg uit. De zorgverzekeraars gaan dat in 2025 ook echt inkopen. Digizo als platform kan dienen om de werking van die toepassingen verder te toetsen en de effectiviteit van passende inzet in het zorgproces te bepalen. De partijen bepalen zelf welke methoden geschikt zijn om die effectiviteit te bepalen.

Natuurlijk gaan we de E-healthmonitor doorzetten, want — dat werd net ook al gezegd — dat is een goed instrument. Maar via de IZA-monitor, dus de monitor die hoort bij het

Integraal Zorgakkoord, en de monitor digitale zorg gaan we kijken of we de adoptie, het gebruik en de effectiviteit goed kunnen monitoren. Dat willen we aanvullen met panels van patiënten en professionals. Waarom? Het is niet iets wat je altijd kunt uitrekenen. Binnen een huisartsenpraktijk kun je met elkaar zeggen: deze manier van werken bespaart ons 40% tijd, dus dit is een handige manier. Ik denk dat het belangrijk is om zo dicht mogelijk bij het proces te meten of het iets oplevert.

Maar de effectiviteit ... Ik geef even een voorbeeld. Een patiënt neemt de ene keer contact op via de mail, dan meldt hij zich een keer via de telefoon bij de assistente, en dan vraagt hij nog een keer aan de telefoon of er een afspraak bij de huisarts kan worden gemaakt. Dat geheel bepaalt de effectiviteit. Als iemand drie keer contact zoekt met een huisartsenpraktijk, is het de gewoonte om te bedenken: goh, dat is niet pluis; deze patiënt moet misschien gezien worden. Dat moet je natuurlijk niet kwijtraken. Je moet heel goed bekijken wat de effectiviteit is van de middelen die je inzet. Maar je moet dan wel naar een bredere keten kijken dan alleen dat ene instrument. Dat moeten professionals vooral zelf doen. Via het Integraal Zorgakkoord mengen we daar dus ook de mening van de patiënten in.

Dan de vraag van mevrouw Jansen, en volgens mij ook van meneer Claassen, over de sociaal-economische gezondheidsverschillen en het risico dat er een tweedeling ontstaat. Welke rol heeft de overheid en welke rol hebben patiëntenorganisaties? Wat ons betreft — ik zeg nadrukkelijk "ons" — moet iedereen gebruik kunnen maken van de kansen die digitalisering biedt. Uit eigen ervaring weet ik dat dat niet altijd een kwestie van leeftijd is. Vaak is het ook een kwestie van voorkeur. Laaggeletterdheid gaat inderdaad samen met minder gebruik van e-health. Aan de andere kant zijn patiënten soms heel handig in het gebruiken van Google Translate. Als ze in een app informatie krijgen van de huisarts, kunnen ze dat makkelijk door Google Translate halen. Het is veel ingewikkelder als ze dat auditief moeten verwerken. Het kan dus ook helpen, maar dat vraagt vaardigheden en ondersteuning. Uiteraard moeten digitale toepassingen gebruiksvriendelijk en toegankelijk zijn.

Nationaal en lokaal zetten we in op het ondersteuningsaanbod. De Patiëntenfederatie, de Alliantie Digitaal Samenleven en Pharos hebben vooral gekeken naar de kennis over digitalisering in relatie tot die gezondheidsverschillen. We zijn er dus scherp op dat dat niet gaat gebeuren. Daarnaast moet het natuurlijk altijd mogelijk zijn om de zorg niet digitaal, dus niet via e-health aan te bieden, omdat digitale zorg voor een groep altijd lastig is; sommige mensen vinden dat gewoon altijd vervelend.

Mevrouw Jansen vroeg of de nieuwe en slimme oplossingen echt tot meer bereikbaarheid en beschikbaarheid van zorg gaan leiden. Dat is weer die vraag over de effectiviteit. Ook de heer Claassen vroeg daarnaar. Ik ben het in ieder geval volledig met de heer Claassen eens dat we ons daar niet in moeten overschatten. Het gaat nooit alleen maar om die ene puntoplossing; het gaat om een hele andere manier van werken. Het gaat er ook om de technologie goed in het werkproces te introduceren. Je moet er per saldo natuurlijk wel op vooruitgaan. Soms komt dat doordat het werk beter planbaar is. Denk aan het voorbeeld dat ik net gaf over een e-mail sturen. Dat is voor een patiënt beter planbaar. Je hoeft dan niet eindeloos aan de telefoon te hangen met de huisartsenpraktijk of de vvt-organisatie, als je die wil spreken. Dat kun je dan veel meer op jouw manier doen. Maar het is wel belangrijk dat het een onderdeel wordt van het werkproces. Als die mail vervolgens blijft liggen of als het heel veel tijd kost om die te

beantwoorden, schiet je er per saldo niks mee op. Daar is onze inzet in het Integraal Zorgakkoord en in het WOZO op gericht.

Daar gaan ook de vragen over de bekostiging over. Je wilt de bekostiging nu richten op het stimuleren van het gebruik. Later zullen we zien of het nodig is om de bekostiging op een andere manier door te zetten. Voor de bekostiging van de huisartsenpraktijken geldt al een differentiatie in de tarieven, bijvoorbeeld voor oudere patiënten, zoals 65-plussers en 85-plussers. Ik denk dat mijn collega daar straks ook nog iets over gaat zeggen. We richten ons nu vooral op het stimuleren ervan, zodat het meer gebruikt wordt. Dat is wat we doen. Dat hadden we inderdaad al opgeschreven in de brief, maar we zeiden niet: dat doen we allemaal al in het Integraal Zorgakkoord. Dat wil ik nog een keer zeggen, want ik vind het voorstel in de initiatiefnota van mevrouw Tielen echt heel mooi. Ik denk dat het ons ook scherpst om deze discussie nog beter op te pakken binnen het Integraal Zorgakkoord.

Voorzitter. Er waren nog een paar vragen over het hybride basiszorgcontactpunt. Ik struikelde even over de term. Men krijgt via een app, een telefoonnummer en een multidisciplinaire basiszorgpraktijk toegang tot alle types zorg. Hoe ziet dat eruit? In de eerste plaats is het belangrijk dat patiënten gelijk op de juiste plek terechtkomen. Dat is niet alleen goed voor de patiënten, maar ook voor de zorgverleners. Dat verloopt inderdaad niet altijd goed, zoals mevrouw Tielen zeer terecht heeft benoemd. Bij de visie op de eerstelijnszorg en bij het inrichten van de zorgcoördinatie hebben we daar aandacht voor gehad. In de visie op de eerstelijnszorg is bijvoorbeeld afgesproken dat we kijken welke digitale hulpmiddelen we daarvoor kunnen inzetten, zodat burgers het juiste loket weten te vinden voor hun hulpvraag. Er wordt ook gewerkt aan de totstandkoming van hechte wijkverbanden, inclusief het sociaal domein, zodat zij daar ook aan kunnen deelnemen.

Een voorbeeld van de wat bredere eerste lijn is bijvoorbeeld het verkennend gesprek binnen de ggz, met een ervaringsdeskundige en het sociaal domein. Via de huisarts vindt dat verkennend gesprek plaats. Althans, het is de bedoeling dat we dat veel meer gaan doen, in de veronderstelling dat dat leidt tot minder vraag naar ggz-zorg en tot betere hulp voor mensen die met die vraag te dealen hebben. Ik kan me voorstellen dat als burgers weten wat er allemaal mogelijk is in die brede eerste lijn, ze zelf al een andere keuze maken. Daarmee zeg ik niet dat een verkennend gesprek zomaar te boeken is, want dat is best een duur gesprek met veel mensen erbij. Maar als burgers weten dat er bijvoorbeeld een ervaringsdeskundige te vinden is, dan kunnen ze zelf een andere keuze maken. Ik denk dat een telefoonnummer, een app, een website of hoe we het dan ook gaan inrichten, daar echt aan kan bijdragen.

De heer Claassen vroeg of iedere gemeente een hybride basiszorgcontactpunt moet krijgen. Zijn vraag was met name of een top-downuitwerking van het voorstel de initiatieven die er zijn niet te veel frustreert en belemmert. Ik denk dat het belangrijk is dat we ook kijken naar de lokale context. Ik ben er aan de ene kant een groot voorstander van om top-down te zeggen: het moet er komen. Maar aan de andere kant wil ik dat er enige vrijheid is in de vorm, misschien niet per gemeente maar in ieder geval wel regionaal. We hebben in het IZA ook echt gekozen voor een regionale aanvliegroute, met mandaatgemeentes die daarin het voortouw nemen. Ik kan me dat dus voorstellen.

Moet ik sneller gaan, voorzitter?

De **voorzitter**:

We behandelen een initiatiefnota. Mevrouw Tielen heeft heel uitvoerig geantwoord. Ik merk een grote dubbeling.

Minister **Helder**:

Dat is zo.

De **voorzitter**:

Ik zou de minister willen vragen of zij zich vooral kan richten op de vragen die expliciet aan de minister zijn gesteld, omdat we anders misschien drie keer dezelfde antwoorden krijgen.

Minister **Helder**:

Bij veel vragen werd gezegd dat zowel mevrouw Tielen als de ministers erop mochten reflecteren, dus vandaar dat we ons huiswerk zo goed hebben gedaan, voorzitter. Maar als het de wens is om het sneller te doen ...

De **voorzitter**:

Dat snap ik, maar het komt op mij een beetje overcompleet en dubbel over. Het mag van mij wat geselecteerder.

Minister **Helder**:

Er was nog een vraag van mevrouw Van den Hil over zorgcoördinatie. Misschien is het goed om die even beet te pakken. Zorgcoördinatie gaat nu met name over de niet-levensbedreigende en acute zorgvraag. We willen op het juiste moment de juiste zorg geven, op de juiste plek en door de juiste zorgverlener. Die zijn we nu verder aan het invullen binnen het Integraal Zorgakkoord. Een van de vragen die aan de orde kwam, was het inzicht in de beschikbare zorgcapaciteit. Dat maakt het natuurlijk mogelijk om direct inzicht te krijgen in welke zorgverlener of welke zorgorganisatie tijd heeft. Dat is dus van belang om dat goed te kunnen doen met elkaar.

Mevrouw Van den Hil vroeg ook hoe het sociaal domein daar vervolgens bij betrokken wordt. We zijn begonnen met kijken naar die niet-levensbedreigende acute kant, ook de acute wijkverpleging en acute ggz. Daar komt het sociaal domein dus wel degelijk soms bij om de hoek kijken. Dat het sociaal domein hier ook echt bij betrokken wordt, moet echter nog verder groeien. Het voorbeeld dat ik net gaf over het verkennend gesprek is ook een vorm van zorgcoördinatie.

Dan de vraag over het geld. Ik wil 'm overslaan, want die vraag is uitgebreid beantwoord. Zal ik hem overslaan?

De **voorzitter**:

Ja.

Minister **Helder**:

Dan blader ik door.

Dan kom ik bij de persoonlijke gezondheidsomgeving, telemonitoring en zelfmetingen. In

aanvulling op de eerdere initiatieven zijn we in de akkoorden bezig met het maken van nieuwe afspraken over hoe we dit beter kunnen gebruiken. Telemonitoring en zelfmetingen zijn natuurlijk geen doel op zichzelf maar wel een hele goede aanvulling, met name omdat telemonitoring en zelfmeting een continue meting is. Dat helpt ook om bijvoorbeeld het aanbod aan chronische zorg beter te managen. Dat kan helpen om betere zorg te leveren en de zorgvraag te verminderen. De inzet moet aansluiten bij de behoeften en de wensen van eenieder. Mensen moeten er ook gebruik van kunnen maken. Volgens mij gaat minister Dijkstra daar zo nog wat voorbeelden van geven.

Er was een vraag van mevrouw Jansen over hoe de indiener en de minister kansen zien om het medisch dossier in de PGO beschikbaar te maken en hoe wij aankijken tegen de wettelijke verplichting. Via de Wegiz, de Wet elektronische gegevensuitwisseling in de zorg, zijn we al bezig om die verplichting stapsgewijs in te voeren. Die samenwerking vindt plaats in het kader van het IZA. Wel gaat het ontsluiten van het medisch dossier richting de PGO stapsgewijs. Dat is onderdeel van de stapsgewijze uitrol van de Wegiz.

Hoe gaat de minister zorgverleners stimuleren om de PGO te versterken? We hebben daar al een aantal Kamerbrieven over gestuurd. Dat willen we onder andere doen door stimuleringsmaatregelen. Ook willen we het voor inwoners mogelijk maken om kosteloos voor een PGO te kiezen. Dan ontstaat er ook een vraag naar de PGO, wat ook gaat helpen. Ook willen we — daar had ik het net over — in het kader van het IZA en de stapsgewijze uitrol van de Wegiz meer gegevens beschikbaar stellen.

Mevrouw **Van den Hil** (VVD):

Ik vind het mooi dat de PGO onderdeel is van de Wegiz; het is alweer lang geleden dat ik dat debat over de Wegiz, met al die amendementen, heb mogen doen. De PGO is daar echter maar zo'n klein onderdeel van en voor een patiënt zo belangrijk dat het wat mij, en ik denk ook wat de VVD betreft, best wel een beetje aan de voorkant zou mogen. Is er geen mogelijkheid om dat toch te versnellen?

Minister **Helder**:

Het delen van gegevens, zeker medische gegevens, vraagt natuurlijk om veel zorgvuldigheid. Vandaar dat we nu voor de aanpak met tranches in de Wegiz hebben gekozen, zodat we het stapsgewijs kunnen doen. Ik heb nu niet de gegevens bij de hand om te kunnen zeggen of het enorm ingewikkeld is om de PGO nog verder naar voren te trekken. Ik ga niet toezeggen dat dat gaan lukken, maar ik wil daar best naar kijken.

Mevrouw **Van den Hil** (VVD):

Er is mij veel aan gelegen dat de minister de toezegging doet om daarnaar te gaan kijken, en daar later eventueel op terug te komen.

Minister **Helder**:

Bij dezen.

Dan had ik nog twee resterende vragen. Eén ging over het Centraal Aanmeldpunt Verplaatsingen. Die vraag was volgens mij ook van mevrouw Van den Hil. Dat is inderdaad een mooi voorbeeld van dat je kijkt naar inzicht in en ook de coördinatie van de beschikbare capaciteit in de regio. We zullen dat zeker ook meenemen in de ontwikkeling van de zorgcoördinatie.

Dan was er nog een vraag van mevrouw Tielen over of de casemanager dementie een wezenlijk onderdeel zou kunnen zijn van goede zorg en vooral hoe we dat meenemen als onderdeel van de basiszorg. Ik ben het er helemaal mee eens dat dat echt een wezenlijk onderdeel is. Het wordt nu gefinancierd vanuit de aanspraak wijkverpleging. Op het moment dat er sprake is van opname in een verpleeghuis, vervalt ook die financiering vanuit de Zorgverzekeringswet, maar de aanbieder van de verpleegzorg kan wel doorgaan met het casemanagement dementie. We zijn volop aan het kijken hoe we de casemanager dementie naar de toekomst toe goed financieren en hoe we dat ook echt een onderdeel kunnen maken van de brede eerstelijnszorg. Waarom? Dat doen we omdat natuurlijk meer mensen, meer ouderen thuis zullen wonen, waaronder ook ouderen met dementie. Maar we moeten even kijken hoe de bekostigingsvraag zich verder ontwikkelt. Dat is het nu wat betreft Zvw wijkverpleging.

Mevrouw **Van den Hil** (VVD):

De minister ziet me alweer hupsen. Het is mooi dat ernaar gekeken wordt, maar mijn specifieke vraag was eigenlijk de volgende. Ik heb me erin verdiept en ik zag dat de casemanager dementie in de Visie eerstelijnszorg niet één keer genoemd wordt. Als je daarop zoekt, zie je dat hij niet genoemd wordt. Er worden wel professionals in het sociaal domein genoemd, maar er is mij veel aan gelegen dat het casemanagement dementie daar ook echt onderdeel van wordt, want we hebben gezien dat dat dé wegwijzer is voor mensen met een progressieve ziekte.

Minister **Helder**:

Ik realiseer me dat ik niet goed antwoord heb gegeven op de vraag die gesteld was. Ik ben het eens met mevrouw Van den Hil. Zeker ook gezien de ontwikkeling van het woonzorgprogramma en het aantal mensen met dementie dat thuis woont, lijkt me dat een hele goede toevoeging. Dat zullen we dus meenemen.

De **voorzitter**:

Dat was het?

Minister **Helder**:

Dat was het.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Dan gaan we luisteren naar de minister voor Medische Zorg. De minister van VWS heeft het nog allemaal keurig kort gehouden. De minister voor Medische Zorg.

Minister **Dijkstra**:

Dank u wel, voorzitter. Toch herhaal ik nog maar even wat anderen ook al hebben gezegd. Ik heb zeer veel waardering voor de initiatiefnota. Ik weet wat een hoeveelheid werk dat is. Het leidt ook tot mooie inhoudelijke discussies. Ik vind wel dat we hier vanmiddag zien dat we allemaal met hetzelfde bezig zijn, namelijk goede zorg voor iedereen. Die willen we ook in de toekomst behouden met alle middelen die er zijn en dus ook met de nieuwste en meest innovatieve middelen die we hebben.

Voorzitter. Ik heb drie blokjes: medicijnen, acute zorg en diversen. Ik begin even met de medicijnen. Van verschillende kanten kwamen er vragen over de inzet van medicijnuitgiftepunten. Die zijn natuurlijk een uitkomst; daar hoeven we het verder niet over te hebben. In het Integraal Zorgakkoord zijn er ook door VWS en betrokken

veldpartijen afspraken gemaakt om de farmaceutische zorgverlening verder te verbeteren. Dit jaar werk ik met het veld aan de verdere concretisering daarvan. Waar gaat het dan over? We werken uit: dienstverlening digitaal en online versus andere apotheekvormen en de mogelijke effecten van een toename van "digitaal, tenzij". We werken ook zorg en distributie uit, bijvoorbeeld het centraler inregelen van logistiek en het decentraler regelen van farmaceutische zorg in de wijk. Als er in de praktijk behoefte blijkt aan meer afspraken over de medicijnuitgiftepunten, kan ik daarover met betrokken partijen in overleg. Overigens zien we dat er op heel veel plaatsen al medicijnuitgiftepunten zijn. Voor een deel loopt het dus al goed.

De indiener van de nota heeft mij gevraagd of ik met de branchevereniging van de apothekers, KNMP, en de Vereniging van Nederlandse Gemeenten hierover verder in gesprek kan gaan. Zoals gezegd lopen die gesprekken al, als onderdeel van de eerstelijnszorg. De toegang tot geneesmiddelen is daarbij ook onderdeel van gesprek. Als daaraan behoefte is, gaan we daar ook met de VNG over spreken.

Er was ook een vraag over extramurale geneesmiddelen, namelijk of de leidraad gezamenlijke inkoop geneesmiddelen van de ACM kan worden gebruikt. De inkoop van geneesmiddelen die extramuraal worden verstrekt verloopt anders dan de inkoop van geneesmiddelen die intramuraal worden verstrekt. Ik zei al dat ik in gesprek ga met de apothekers. Dat gaat ook over onderwerpen zoals dit. Als er goede ervaringen zijn met de leidraad die relevant zijn voor de inkoop van geneesmiddelen die extramuraal worden verstrekt, dan nemen we die uiteraard mee. Dat wat de medicijnuitgiftepunten betreft.

Voorzitter, de acute zorg. Ik ben het — uiteraard, zou ik haast willen zeggen - met mevrouw Tielen eens dat voor een goede en toegankelijke spoedzorg samenwerking in de keten en in de regio van cruciaal belang is. Er zijn inmiddels ROAZ-plannen gemaakt in alle ROAZ-regio's. Minister Helder noemde al even de zorgcoördinatie. Daar heeft zij al voldoende over gezegd. Ik ben het ook eens met mevrouw Tielen dat bij besluitvorming over acute zorg het lokaal bestuur in een vroegtijdig stadium op een goede manier betrokken moet zijn. Daarom wordt op dit moment gewerkt aan een handreiking voor betrokkenheid van onder meer het lokaal bestuur bij besluitvorming hierover. Eind van de maand zal ik uw Kamer informeren over de stand van zaken met betrekking tot deze handreiking en de governance van het ROAZ.

Hoe kun je de samenwerking bevorderen? Het hele IZA is erop gericht om de samenwerking in de zorg te bevorderen. De ROAZ-regio's hebben die plannen opgesteld, maar er wordt ook gekeken naar vormen van bekostiging die de sectoren en domeinen overstijgen. Door alle partijen wordt er hard aan gewerkt om die samenwerking te verbeteren.

Er werd ook gevraagd naar de doorzettingsmacht van de minister als het gaat over de vraag hoe je de gemeenten en hun inwoners meer kunt betrekken bij de besluitvorming over het aanbod van acute zorg. Daarbij gaat het over het zorglandschap. Landelijke doorzettingsmacht gaat over het aanbod van zorg in crisissituaties. Dat is dus iets anders. De juridische mogelijkheden hiertoe worden momenteel onderzocht. Dit is onderdeel van de vierde tranche van de Wet publieke gezondheid. Die komt nog terug bij uw Kamer.

Er werd gevraagd hoe je ervoor kunt zorgen dat er instemmingsrecht komt van

gemeenten, personeel en patiënten bij belangrijke fusies en/of sluitingen van ziekenhuizen. Ik meen dat door de heer Bushoff en mevrouw Jansen hiernaar werd gevraagd. Of was het de heer Claassen? Ik heb dat niet goed genoteerd. Ik ga met mijn collega, de minister van VWS, bekijken wat de implicaties zouden zijn van de uitvoering van deze motie; dit heeft immers als motie voorgelegd. De uitvoering vraagt om een wetswijziging, met mogelijk grote gevolgen voor medewerkers, kwaliteit van zorg, bedrijfsvoering en financiën en zal een breed pakket aan maatregelen vergen. Voor het zomerreces zullen we u informeren over de mogelijke consequenties van een dergelijke wetswijziging. Dat wat betreft de acute zorg.

Dan kom ik nog bij twee openstaande vragen, voorzitter. Deze zal ik kort proberen te beantwoorden. De ene vraag gaat over de zelfmonitoring. De heer Bushoff vroeg: stel dat zelfmonitoring hele positieve resultaten heeft, hoe kunnen we die dan beter inzetten? Als pilots positief uitpakken, is het goed om de resultaten te delen via de al vaak genoemde website Digizo.nu. Dit gaat via de eigen koepels. IZA-partijen besluiten in Digizo.nu gezamenlijk of en, zo ja, onder welke voorwaarden hybride processen zoals telemonitoring kunnen worden opgeschaald en maken daar afspraken over als daar positieve ervaringen mee zijn. Dan worden ze ook gestimuleerd om promotie richting de eigen achterban op zich te nemen.

Dan was er nog de vraag hoe we gaan voorkomen dat de implementatie van hybride zorg leidt tot onnodige administratie en regeldruk voor de huisarts. Ook daar zei mijn collega al kort iets over. Het is natuurlijk niet de bedoeling dat er meer druk bij huisartsen komt te liggen door digitale zorg. Integendeel. IZA-partijen hebben hierover afspraken gemaakt. De focus ligt op passende inzet in het zorgproces. Ik zeg ook even richting de heer Claassen, die ook aangaf daarmee bezig te zijn, dat dit geïntegreerd moet worden in de zorgpaden. Daarbij moet je heel goed kijken hoe dat daarin past en hoe we dat verder uitwerken. Dat is ook een belangrijk aandachtspunt bij de activiteiten van Digizo.nu.

Dat was het, voorzitter.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan zijn we hiermee gekomen aan het einde van de eerste termijn van de Kamer, het kabinet en de indiener. We gaan door naar de tweede termijn. Een kenmerk van een notaoverleg is dat er geen plenaire afronding is. Dat betekent dat er op dit moment gelegenheid is voor het indienen van moties.

Daarvoor, en ook voor de afrondende bespiegelingen, geef ik als eerst het woord aan mevrouw Van den Hil. Zij spreekt namens de VVD.

Mevrouw Van den Hil (VVD):

Voorzitter, dank. Ik zal die bespiegelingen kort houden. Allereerst dank aan iedereen die hier aanwezig is, aan mijn collega's, maar ook met name aan collega Tielen en haar team, en aan de ministers voor de beantwoording. We waren maar met een klein clubje. Dat wil niet zeggen dat je het minder goed of grondig kan doen. Misschien is het juist wel eenvoudiger om het hier op een prettige wijze — ik vond dat dat het geval was — over te hebben. Daarvoor dank ik mijn collega's. In de politiek zijn er natuurlijk vaak veel tegenstellingen. Maar het is ook wel goed om te weten dat er op de achtergrond vaak ook dingen zijn waar we het over eens zijn en waarin we samen goed kunnen optrekken.

Dat is een beetje mijn kleine afdrank van nu. Ik ben in ieder geval blij met de twee toezeggingen die gedaan zijn.

Ik heb nog wel twee moties: één vanuit patiëntperspectief en één over de casemanager dementie.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat onafhankelijke casemanagers de wegwijzers zijn voor mensen met een progressieve ziekte en hun naasten;

constaterende dat er al onderzoek gedaan wordt naar de businesscase dementie zoals die opgesteld is conform de Zorgstandaard Dementie;

overwegende dat ook een onafhankelijke betaaltitel voor casemanagers behulpzaam kan zijn bij het breder en zorgvuldiger inzetten van deze casemanagers en om hun doorzettingsmacht te vergroten;

verzoekt de regering dit mee te nemen in dit onderzoek, en hierover de Kamer te informeren,

en gaat over tot de orde van de dag.

De voorzitter:

Deze motie is voorgesteld door het lid Van den Hil.

Zij krijgt nr. 4 (36396).

Mevrouw **Van den Hil** (VVD):

Dan maar gelijk de tweede motie.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

overwegende dat goede, betrouwbare informatie over beschikbaarheid, wachttijden en uitkomsten van zorg patiënten en zorgprofessionals helpt om samen te beslissen over passende zorg en ondersteuning en deze tijdig te kunnen organiseren;

constaterende dat blijkt dat er grote verschillen in uitkomsten van behandelingen en kwaliteit van zorg bestaan, dat die informatie voor patiënten niet tot nauwelijks beschikbaar en inzichtelijk is en dat de patiënt geen passende keuze kan maken;

constaterende dat het Zorginstituut, de IGJ en de NZa de wettelijke taak hebben om kwaliteitsinformatie en informatie over toegankelijkheid openbaar te maken voor

patiënten en burgers en dat inzet in eerdere programma's, zoals Uitkomstgerichte Zorg en de Transparantiekalender, nog te weinig verbetering en inzicht hebben opgeleverd;

verzoekt de regering om met het Zorginstituut, de IGJ en de NZa steviger in te zetten op en toezicht te houden op transparantie over praktijkvariatie, en met zorginstellingen concrete afspraken te maken over begrijpelijke en inzichtelijke informatie voor patiënten over verschillen in:

- ervaren en objectieve uitkomsten van zorg;
- bijwerkingen en complicaties van behandelingen;
- wachttijden,

en gaat over tot de orde van de dag.

De voorzitter:

Deze motie is voorgesteld door het lid Van den Hil.

Zij krijgt nr. 5 (36396).

Mevrouw **Van den Hil** (VVD):

Ik zie een aantal mensen, met name mevrouw Tielen, een beetje fronsen. Het is een lange motie. Maar daar zit, denk ik, wel in wat de Patiëntenfederatie en de patiënten echt nodig hebben. Daarom heb ik hier een uitzondering voor gemaakt door deze in het weekend zorgvuldig op te stellen.

De voorzitter:

Dank u wel. U benadrukt uw onafhankelijkheid als indiener nog maar eens. Dan mag ik het woord geven aan de heer Claassen namens de PVV.

De heer **Claassen** (PVV):

Dank u wel, voorzitter. Ik wil nogmaals herhalen dat ik de manier waarop we hier met elkaar over dit onderwerp praten echt waardeer. Ik denk dat het goed is als de initiatiefnota zoals die nu voorligt op onderdelen ook succes heeft. We hebben zelf geen motie als PVV-fractie. Maar we zijn zeker bereid om het volgende te doen als het gaat om de moties die nu ingediend zijn en die wellicht nog gaan komen. Als er pijnpunten zijn, is er hopelijk ruimte om daar invulling aan te geven in de vorm van een motie die zo veel mogelijk partijen steunen. Ik denk dat dit initiatiefvoorstel dat ook verdient. Het houdt dadelijk niet op. Ik denk dat we elkaar misschien wel moeten gaan vinden in de wandelgangen, of op een andere manier. Ik wil wel het volgende meegeven; dat zei ik in de eerste termijn ook al. Het is voor ons belangrijk om de vrije keuze mee te wegen. Dat is door de ministers goed toegelicht. Ik weet niet of het in de motie terug gaat komen, maar als het gaat om de financiële prikkel: ik vind wel dat we goed moeten kijken naar wat we losmaken als we die kant op zouden gaan bewegen. Hebben we aan de achterkant voldoende geborgd dat we niet de verkeerde dingen doen? Ik zie uit naar eventuele andere moties en naar de verdere samenwerking om tot een goede uitkomst van het initiatiefvoorstel te komen.

De voorzitter:

Dank u wel. Mevrouw Jansen.

Mevrouw **Daniëlle Jansen** (NSC):

Voorzitter. Ik sluit me helemaal aan bij de vorige sprekers. Ik wil mevrouw Tielen en de ministers ook hartelijk danken voor het beantwoorden van de vragen. Ik denk dat we allemaal hetzelfde willen, namelijk dat de zorg toegankelijker wordt en dat we met z'n allen zien dat digitalisering daar heel veel aan kan bijdragen.

Wat mij blijft bezighouden is de vraag waarom er onvoldoende intrinsieke motivatie is voor digitalisering als digitalisering zo veel voordelen heeft, ook voor de huisarts, zoals 40% minder werkdruk. Het lijkt namelijk op een opgave of een gunst van de zorgprofessionals, maar dat is het niet. Dat blijft mij bezighouden. Misschien kan daar nog een laatste reflectie op komen.

Ik heb één motie.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

overwegende dat werken aan uitbreiding van digitale innovaties in de zorg zonder voldoende aandacht te hebben voor strategieën om de ongelijke toegang aan te pakken de potentie heeft om sociaal-economische gezondheidsverschillen te vergroten;

verzoekt de minister om bij de uitbreiding van digitale innovaties in de zorg (ook binnen het IZA) na te gaan welke strategieën tegelijkertijd wenselijk zijn om sociaal-economische verschillen in ieder geval niet groter te laten worden,

en gaat over tot de orde van de dag.

De **voorzitter**:

Deze motie is voorgesteld door het lid Daniëlle Jansen.

Zij krijgt nr. 6 (36396).

Dank u wel. Het lid Bushoff.

De heer **Bushoff** (GroenLinks-PvdA):

Dank u wel, voorzitter. Ook ik sluit mij aan bij de waardering voor zowel de initiatiefnota als de beantwoording van de vragen door de initiatiefnemer en het kabinet. Ik denk dat we het doel met z'n allen onderschrijven, namelijk dat alle mensen in Nederland erop kunnen rekenen dat hun basiszorgvraag snel, slim en dichtbij behandeld kan worden. Ik denk ook dat daarbij een heel aantal dingen goed gaan en een heel aantal dingen nog beter kunnen. De dingen die nog beter kunnen, zijn best veel verschillende zaken. Sommige daarvan lenen zich voor grotere debatten, die wij nog zullen voeren. Maar onderdelen daarvan zijn in ieder geval deze initiatiefnota en de digitalisering. Ik denk niet dat dit alle problemen zal oplossen of het ei van Columbus is, maar in lijn met de initiatiefnota zeg ik dan: het is en-en-en.

Die andere debatten over mogelijke oplossingen om ervoor te zorgen dat goede zorg

dichtbij toegankelijk is voor mensen, zullen we in de toekomst nog voeren. Ik denk dat één punt nog wel wat extra aandacht behoeft, namelijk het punt van de financiën voor gemeenten. Als we daar niks mee doen, is dit toch een beetje dweilen met de kraan open, om eerlijk te zijn. Dat gaat dan met name over het tweede voorstel in deze initiatiefnota. In haar beantwoording zei mevrouw Tielen dat ze dat wel enigszins snapte, maar dat het haar wat te ver ging om daar nu in één zin een uitspraak over te doen en dat we bij de meerjarenbegroting moeten bekijken of en wat we daar eventueel mee zouden willen doen. Toen dacht ik: dat is op zich een goede suggestie, dus laten we gelijk het ijzer maar smeden nu het heet is en er een motie over indienen. Dat is de volgende motie.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat, zoals gesteld in de betreffende initiatiefnota, veel mensen vanuit sociaal-economische problemen met een hulpvraag niet op hun plek zijn in de "basiszorg", maar eerder in het sociaal domein en het belangrijkste antwoord op deze hulpvraag vaak een verbetering van de sociaal-economische status is;

overwegende dat veel gemeenten op dit moment juist kopje-onder gaan door financiële problemen en zo deze mensen moeilijk(er) kunnen helpen;

verzoekt de regering om de randvoorwaarden voor de uitvoering van deze initiatiefnota, namelijk voldoende gemeentelijke middelen, op orde te brengen, en met voorstellen aan de Kamer hiervoor te komen voor de Voorjaarsnota,

en gaat over tot de orde van de dag.

De **voorzitter**:

Deze motie is voorgesteld door het lid Bushoff.

Zij krijgt nr. 7 (36396).

De heer **Bushoff** (GroenLinks-PvdA):

Voorzitter. Dit is nadrukkelijk niet iets wat nu al geregeld moet worden, maar als we dit als Kamer als opdracht meegeven aan het kabinet, kunnen we vervolgens als Kamer kijken wat we daarna doen richting de meerjarenbegroting. Dat is dus een beetje in lijn met de oproep van mevrouw Tielen, zou ik zeggen.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Dan komen we hiermee aan het einde van de tweede termijn van de Kamer. Mevrouw Van den Hil zei zojuist "er zijn maar vier leden aanwezig", maar deze vier leden vertegenwoordigen 106 Kamerzetels. Ruim twee derde van de Kamer is dus aanwezig op deze maandagmiddag. Ik benadruk dat toch nog even, want we hebben toch hele andere verhoudingen gekregen in deze Kamer. Er zijn vier moties ingediend, met verzoeken aan de regering. Ik denk dus dat de rollen nu een beetje omgedraaid zijn en mevrouw Tielen haar advies aan de regering kan geven. Ik kijk even naar de ministers. Is er een korte schorsing nodig? Nee?

Dan geef ik als eerste het woord aan mevrouw Tielen.

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Dank u wel, voorzitter. Het moet niet al te klef worden, maar ik dank de leden en de ministers. Ik vond het ook een fijn en inhoudelijk debat. Het was geen vuurwerk, maar het is zoals een van de leden zei: soms zijn we het heel erg met elkaar eens, maar moeten er wel dingen bewegen. Volgens mij hebben we vanmiddag geprobeerd die beweging een beetje aan te sturen. Verder wil ik van de gelegenheid gebruikmaken om iedereen te bedanken die wellicht meekijkt en/of heeft meegedacht en input heeft geleverd. Dat zijn zowel zorgvragers als zorgverleners geweest. In het bijzonder dank ik "mijn" beleidsmedewerker Engelina Kuiken, die via de stream meekijkt. Ook dank ik mijn persoonlijk medewerker Ineke Uitterhoeve, die kritisch en constructief heeft meegedacht over hoe we een bijdrage kunnen leveren aan dit debat en aan het beleid van het ministerie als het gaat om basiszorg en vernieuwing.

Ik hoorde nog een vraag waar ik wat over wil zeggen. Mevrouw Jansen vroeg of er onvoldoende intrinsieke motivatie is bij zorgverleners om met slimme zorg aan de slag te gaan. Ik denk dat dat te stellig gesteld is. Ik denk dat er hele grote groepen zijn die nieuwsgierig zijn en die graag bezig zijn met hoe we dat gaan doen. Zij komen ook met ideeën en verbeteringen. Maar dé zorgverlener bestaat niet. Er is, denk ik, ook een groep die het lastig vindt. Dat geldt bij alle innovaties. Er is een groep die niet als early adopter vooraan in de rij staat. Mevrouw Jansen kent vast ook de grafiekjes van initiatiefnemers, early adopters en laggards. Dat geldt onder zorgverleners ook. Ik denk dat het hen helpt om aan de ene kant beloond te worden als ze vooruitgaan en aan de andere kant hulpmiddelen te ontvangen om belemmeringen die er wel degelijk zijn, te overwinnen. Je kunt dus in het algemeen niet zeggen dat er onvoldoende intrinsieke motivatie is, maar ik denk wel dat er een groep is die met hulp sneller vooruitgaat.

Ik sluit me aan bij de opmerking dat dit niet het ei van Columbus gaat zijn. Maar ik denk wel dat het echt belangrijk is dat we ervoor gaan zorgen dat we de zorg toekomstbestendig krijgen, zowel voor de zorgverlener als voor de patiënten. Eigenlijk moet ik "zorgvrager" zeggen, want lang niet elke zorgvrager is een patiënt of voelt zich een patiënt.

Ik ben nog een reactie vergeten, namelijk die op zelfmonitoring. De minister ging daar wel op in. Ik wil er toch nog iets over zeggen. Er werd wat sceptisch gedaan: is het verstandig als mensen zelf hun gegevens invoeren? Dat hangt een beetje af van welke gegevens het zijn, en misschien ook wel van welke patiënten het zijn. Ik verwees al naar het Rathenau Instituut. Die hebben een heel interessante innovatie bestudeerd als casus, namelijk de app Feelee voor jongeren met geestelijke uitdagingen en geestelijke problematiek. Jongeren kunnen daarin zelf bijhouden hoe ze zich voelen, waar ze van balen, waar ze tegenaan lopen en waar ze last van hebben. Dat is echt véél rijker aan informatie dan die ene keer per week of twee weken dat je tegenover iemand zit die jou moet gaan helpen en die dan vraagt: hoe gaat het eigenlijk met je? Soms kun je je helemaal niet herinneren hoe het vorige week met je ging. Zeker als het gaat over jeugdzorg en ggz, waar de slimme zorg überhaupt ver achterloopt in mijn optiek, en data rondom kwaliteit van leven, wat we ook steeds meer gaan zien als een belangrijke zorguitkomst, is zelfmonitoring echt een uitkomst. Dat geldt zowel voor de zorgvrager als voor de zorgverlener. Dat wilde ik nog even kwijt.

Dan mijn advies over de moties — ook best wel grappig, want het zijn allemaal verzoeken aan de ministers. Ik zou beide moties van mevrouw Van den Hil natuurlijk van harte ondersteunen. Wij zijn in de fractie best wel superdualistisch, maar van deze twee moties moet ik toch echt zeggen: goed gedaan, mevrouw Van den Hil! Ik hoop dus dat ze worden aangenomen.

De motie van mevrouw Jansen snap ik heel goed. Dan krijg je wel weer een beetje de halfvol-halfleegdiscussie. Ik geloof dat een van de ministers — ik weet niet meer welke; volgens mij was dat minister Helder — aangaf dat sommige digitale tools juist ook laaggeletterden helpen. Daar hadden we het vanochtend bij de Taalunie ook over. Ik kijk er wat optimistischer naar. Het uitgangspunt dat de verschillen niet groter moeten worden, deel ik, want volgens mij delen we allemaal in de Kamer dat ze liefst kleiner moeten worden.

Dan de vierde motie. Die is natuurlijk heel slim van de heer Bushoff. Maar ik vind het best lastig om nu over geld te praten. Het is wel belangrijk, daar niet van. Ik ben benieuwd wat het oordeel van de regering daarover is. Dit is natuurlijk niet het enige waar we om vragen. Dat zei ik in mijn eerste termijn ook al. Ik kan niet zo snel zeggen dat u dan oordeel Kamer moet geven. Dat vind ik een lastig advies. De denkrichting van de heer Bushoff snap ik wel, maar ik denk dat het probleem ietsje groter is dan we met een half A4'tje kunnen oplossen.

Dank aan iedereen.

De **voorzitter**:

Dank u wel. De minister van VWS.

Minister **Helder**:

Voorzitter. Het advies van mevrouw Tielen gehoord hebbende, kan ik vrij snel overgaan tot het appreciëren van de moties.

De motie op stuk nr. 4 geef ik oordeel Kamer. Dat heb ik eigenlijk al in de beantwoording gezegd.

Het appreciëren van de motie op stuk nr. 5 zal mijn collega volgens mij doen.

De motie op stuk nr. 6 geef ik ook oordeel Kamer. Het tegengaan van sociaal-economische verschillen is natuurlijk ook kabinetsbeleid; wij willen dat ook. Het past heel erg binnen het gedachtegoed van het Integraal Zorgakkoord. Het lijkt me een goed idee om dat nog specifiek te maken.

Dan de motie op stuk nr. 7. Het is denk ik niemand ontgaan dat er al heel veel vragen op financieel gebied liggen waar wij als kabinet in de Voorjaarsnota uit moeten komen. We hebben ook een minister voor Armoedebestrijding, Participatie en Pensioenen. Koopkracht is natuurlijk een wezenlijk onderdeel waar we het heel vaak over hebben, maar ik kan deze motie niet zomaar even in de Voorjaarsnota meenemen. Dat ga ik ook niet doen, want er ligt al een enorme uitdaging. Dit komt in de ronde over de koopkracht gewoon opnieuw aan de orde bij het kabinet. Ik ontraad de motie dus.

De heer **Bushoff** (GroenLinks-PvdA):

Om eerlijk te zijn snap ik "in de ronde van de koopkracht" niet helemaal, want het gaat over de financiële middelen voor gemeenten. Het gaat erom dat er opties aan de Kamer worden voorgelegd, zodat niet het demissionaire kabinet de definitieve beslissing hoeft te maken, maar de Kamer in staat wordt gesteld om eventuele beslissingen te maken. Verandert die uitleg nog wat aan het oordeel van het kabinet?

Minister **Helder**:

Nee, er verandert niks aan het oordeel. U heeft er gelijk in dat het inderdaad ging over de financiële middelen voor de gemeentes. De gemeentes zitten, in de vorm van de VNG, aan tafel bij overleg over het IZA en het WOZO, ook in het volle besef dat het niet gaat vliegen als we alles wat we in de zorg doen naar het sociaal domein brengen, want ook daar kan men niet zomaar een blik personeelsleden opentrekken. We moeten daar dus oog voor hebben en dat hebben we ook gehad. In het IZA is er structureel 150 miljoen overgedragen naar onder andere de VNG om daarin te voorzien. Dat is dus al gebeurd. Verder dacht ik dat de heer Bushoff ook nog vroeg naar de sociaal-economische status van patiënten. Vandaar dat ik mijn antwoord op die kant had gericht, want het gaat wel degelijk over ondersteuning en koopkracht. Maar het oordeel blijft hetzelfde.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Dan gaan we naar de minister voor Medische Zorg.

Minister **Dijkstra**:

Voorzitter, dank u wel. De motie op stuk nr. 5: oordeel Kamer.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Hiermee komen we aan het einde van de behandeling van de initiatiefnota van het lid Tielen. Ik dank de initiatiefnemer en de ondersteuning voor het maken van de initiatiefnota. Ik dank de ministers en hun ondersteuners voor de beantwoording. Ik dank mijn collega-Kamerleden, de griffier, de bode, de Dienst Verslag en Redactie, en iedereen die het mogelijk heeft gemaakt dat we op afstand te volgen zijn.

Op dinsdag 26 maart gaan we over de moties stemmen.

Sluiting 16.30 uur.