

Tweede Kamer, Integraal Zorgakkoord

VERSLAG VAN EEN COMMISSIEDEBAT

Concept

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 12 oktober 2022 overleg gevoerd met mevrouw Helder, minister voor Langdurige Zorg en Sport, de heer Kuipers, minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, en de heer Van Ooijen, staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, over:

- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 23 juni 2022 inzake beleidsreactie op het rapport "Grenzeloos samenwerken" van de Raad voor Volksgezondheid & Samenleving (31765, nr. 645);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 30 juni 2022 inzake Kader Passende zorg (31765, nr. 649);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 29 juni 2022 inzake visie en agenda kwaliteit van zorg: toegang tot goede zorg voor iedereen (31765, nr. 648);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 25 augustus 2022 inzake antwoorden op vragen commissie over waardevolle artificiële intelligentie (AI) voor gezondheid (27529, nr. 281);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 9 mei 2022 inzake waardevolle artificiële intelligentie (AI) voor gezondheid (27529, nr. 275);
- de brief van de minister voor Langdurige Zorg en Sport d.d. 6 juli 2022 inzake verzamelbrief Wet langdurige zorg (34104, nr. 359);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 7 juli 2022 inzake adviesrapport van de Raad voor Volksgezondheid & Samenleving (RVS): De kunst van het innoveren (27529, nr. 280);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 8 september 2022 inzake reactie op het verzoek van het lid Agema, gedaan tijdens de regeling van werkzaamheden van 6 september 2022, over het Integraal Zorgakkoord (31765, nr. 654);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 16 september 2022 inzake Integraal Zorgakkoord: Samen werken aan gezonde zorg (31765, nr. 655).

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

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

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

Voorzitter: Kuzu
Griffier: Bakker

Aanwezig zijn elf leden der Kamer, te weten: Agema, Van den Berg, Bevers, Ellemeet, Hijink, Van Houwelingen, Kuzu, Van der Plas, Pouw-Verweij, Raemakers en Van der Staaij,

en mevrouw Helder, minister voor Langdurige Zorg en Sport, de heer Kuipers, minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, en de heer Van Ooijen, staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Aanvang 15.00 uur.

De voorzitter:

Goedemiddag allemaal. Ik open hierbij de vergadering van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Ik heet de mensen op de publieke tribune en de kijkers thuis van harte welkom bij de commissievergadering over het Integraal Zorgakkoord. Ik heet de bewindspersonen van harte welkom: de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, de minister voor Langdurige Zorg en de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Dat geldt ook voor hun ondersteuning.

Voor de commissieleden is het een thuiswedstrijd: mevrouw Agema van de fractie van de PVV, mevrouw Ellemeet van GroenLinks, mevrouw Van den Berg van het CDA, de heer Bevers van de VVD, mevrouw Van der Plas van BBB, de heer Hijink van de SP, de heer Raemakers van D66 en de heer Van Houwelingen van Forum voor Democratie. Uiteraard zal ik zelf ook mijn bijdrage leveren namens DENK, nadat de commissieleden hun inbreng hebben geleverd. De spreektijd is vijf minuten per fractie. Ik stel voor dat we vier vragen mogen stellen in de termijn van de commissieleden. Ik geef als eerste gaarne het woord aan mevrouw Agema van de fractie van de PVV.

Mevrouw Agema (PVV):

Dank u wel, voorzitter. Het was oud-minister Schippers die het eerste hoofdlijnenakkoord sloot. Dat akkoord tikte miljarden uit de zorg, zonder dat dat werd opgemerkt. Oud-minister Bruins wilde daarom ook graag zo'n hoofdlijnenakkoord, alleen schreef het CPB bij de doorrekening van het regeerakkoord van Rutte III dat een nieuw hoofdlijnenakkoord ten koste kon gaan van de kwaliteit van de zorg. Maar toch kwam het er. Aan het einde van Rutte III bleek dat de zorg in de periode tussen 2012 en 2021 zo'n 12,5 miljard euro minder was gegroeid dan was geraamd in het basispad. De zorg kwam uit op netto 77,5 miljard euro in plaats van de 90 miljard euro die was geraamd. Deze besparingen werden vooral behaald binnen het kader van de medisch-specialistische zorg. Toen kwam Rutte IV. De zorg kreeg geen complimenten voor het enorme bereikte financiële resultaat. Nee, de zorgkostenhaat wakkerde nog verder aan.

Wat mij het meest heeft verwonderd aan de coronacrisis, was dat zelfs een crisis van dit formaat de politiek niet heeft laten inzien dat onze ziekenhuiscapaciteit door de besparingsdrift aan de start van de coronacrisis in zo'n benarde positie was gebracht dat we eind december 2021 als enige land in Europa in een vierde lockdown zaten. Ook zijn

er door de gekozen coronastrategie 305.000 operaties uitgesteld, met alle gevolgen van dien. 320.000 gezonde levensjaren zijn verloren gegaan.

Het CPB stelde in zijn doorrekening van het laatste regeerakkoord dan ook dat een nieuw zorgakkoord ten koste gaat van de zorg en de kwaliteit van zorg. Dat er nu toch weer een zorgakkoord ligt, is dus een uiting van diepgewortelde zorgkostenhaat, waarvoor het welzijn van ons allemaal moet wijken. Het smijten met termen als "samen" en "gezamenlijk", 470 keer, of "transformatie", 348 keer, doet daar niets aan af. Dit wordt geen verhaal in de zin van: van rups tot vlinder. Dit wordt een ramp. De zorg wordt kapotgebeukt. De volumegroei wordt voor de medisch-specialistische zorg na een klein plusje in 2026 alweer op 0% gezet. Hoe kan dat, terwijl het personeel op zijn laatste benen loopt, het ziekteverzuim zeer hoog is, de inhaalzorg onvoldoende wordt ingelopen en er een fors tekort is aan medische materialen? De kosten die de ziekenhuizen maken voor inkoop, onderhoud en energie lopen exponentieel op vanwege de inflatie van 12% en de overruimte is onvoldoende om de looneis op te vangen. Graag een reactie.

Zorgpartijen tekenden uit angst het zorgakkoord. Als de doelen niet worden bereikt, wordt er alsnog geschrapt in het basispakket. Dan hebben ze liever invloed. Maar waarop? Dit zorgakkoord begint bij een bezuiniging van 1,5 miljard euro op met name de wijkverpleging en de huisartsen en eindigt bij zo'n 10 miljard euro, gok ik. Hoe kan dat? Het venijn zit in de beweging van passende zorg. Het zorgakkoord zegt dat passende zorg waardegedreven is, samenkomt rondom de patiënt, plaatsvindt op de juiste plek en over gezondheid gaat in plaats van ziekte. Wat een onzin! In het systeem van marktwerking is er geen "samen". Onze streekziekenhuizen worden er een voor een uitgedrukt. Dat geldt nu ook weer voor het LangeLand Ziekenhuis. Dat is de primaire bedoeling van de juiste zorg op de juiste plek. De helft van de ziekenhuizen en spoedeisendehulpdiensten moet voor 2030 weg en dan staat ook nog de 45 minuten norm voor ambulances op de helling.

Voor patiënten heeft passende zorg echt walgelijke gevolgen. De pijnbehandelingen verdwijnen als die maar voor een deel van de patiënten werken. Levensveranderende medicijnen worden niet toegelaten als ze maar voor een deel van de populatie werken. Jongeren gaan dood omdat levensreddende medicijnen lang in de sluis worden geplaatst. Dat geldt idem dito voor levensreddende behandelingen. Innoverende behandelingen bereiken het basispakket niet meer, want luie collega's weten de weg naar het Kwaliteitsinstituut. Vitale tachtigers kunnen met een versleten heup of knie de rambam krijgen, want te oud. Een moeder van drie kinderen met borstkanker krijgt haar drie maanden levensverlengende chemo niet meer, want te duur. Zo rolt het Integraal Zorgakkoord.

Bovenop dit alles zetten ze de bijl aan de wortel van de vrije artskenkeuze, artikel 13. Er is niets persoonlijkers dan de vrije keuze voor wie in jou snijdt. Doorzoeken als je uitbehandeld bent — Adri Duivesteijn — is er voor 80% van de verzekerden straks niet meer bij. Kleine aanbieders van wijkverpleging in kleine dorpjes worden er uitgedrukt. Ouderen blijven zonder zorg achter. Het hinderpaalcriterium op grond waarvan de verzekeraar verplicht is tot een redelijke vergoeding van ongecontracteerde zorg, zodat er geen hindernis ontstaat voor de patiënt, waar de Hoge Raad zich over heeft uitgesproken, wordt ook zomaar bij het grofvuil gezet. En dit raakt dan weer de ggz.

Hadden alle partijen, inclusief de VVD, nog diepe spijt van het sluiten van de verzorgingshuizen, nu gaat de bijl in de verpleeghuizen. Maar met die 23.000 hoogbejaarden die nu al wachten op thuiszorg of een verpleeghuisplek, gaat het thuis al lang niet meer. Alles wordt opgegeven vanwege irreële doemscenario's over kosten en arbeidsmarkt in 2060, die nooit uitkomen omdat het "als we niks doen dan"-mantra niet bestaat. Mijn oproep is dan ook: stop het slopen van onze zorg.

De voorzitter:

Dank u wel mevrouw Agema. Het woord is aan mevrouw Ellemeet.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Dank u wel, voorzitter. Ik zal mede namens de Partij van de Arbeid spreken. Ik begin met een welgemeend compliment voor het feit dat er nu één Integraal Zorgakkoord ligt. Ik heb hier de afgelopen jaren veelvuldig voor gepleit. Ik vond het zonde dat we maar in die silo's bleven denken. Het is goed dat er integraal naar de zorg wordt gekeken.

Voorzitter. Er blijven wel grote vragen liggen met dit akkoord. De belangrijkste heeft te maken met het meest ongrijpbare: het gebrek aan vertrouwen van zorgverleners, in het bijzonder de huisartsen, in de gemaakte afspraken. Dat dat vertrouwen ontbreekt, is niet gek, want er zijn eerder mooie beloftes gedaan in akkoorden die vervolgens niet zijn nagekomen. Wat dan niet helpt, is dat bij die constatering dat afspraken niet worden nagekomen, iedereen naar elkaar wijst. Ik begin met de meest fundamentele vraag aan de bewindspersonen. Als afspraken weer niet worden nagekomen, grijpt u dan in?

Voorzitter. De onderwerpen zijn in werkagenda's in het akkoord uitgewerkt. Met alle respect voor het belang van alle onderdelen, had de versterking van de eerste lijn en de ggz als eerste genoemd mogen worden, want daar liggen de allergrootste opgaven. Hoe gaat de minister de zekerheid bieden waar de huisartsen zo terecht om vragen? Hoe krijgen zij de huisvesting die nodig is? Hoe krijgen zij meer tijd voor de patiënt? Dat onderwerp stond ook in het vorige hoofdlijnenakkoord prominent opgeschreven, maar is slechts beperkt van de grond gekomen.

Voorzitter. Willen we de toestroom naar het ziekenhuis beperken en willen we de zorgverleners in de eerste lijn zo veel mogelijk ontlasten, dan zal vol moeten worden ingezet op preventie. Daarom is het goed dat de gemeenten mee hebben ondertekend. Maar daarom is het ook heel teleurstellend dat gemeenten nauwelijks extra budget krijgen om hun rol waar te maken. Hoe geloofwaardig is dan die inzet op preventie echt?

Voorzitter. Kracht in de wijk betekent: genoeg huisartsen, genoeg specialisten ouderengeneeskunde, genoeg specialistisch verpleegkundigen in de wijk. En toch krijgen we de opleidingsplekken voor de huisartsen en de specialisten ouderengeneeskunde nog niet eens gevuld. Is de minister het met GroenLinks eens dat deze prachtige vakken een prominentere plek verdienen in de basisopleiding?

Voorzitter. Ook als het gaat om een slimme en motiverende inzet van personeel is een integrale aanpak zeer gewenst. De btw-problematiek over het delen of het uitwisselen van personeel is veel zorgaanbieders een doorn in het oog. Het houdt de zo gewenste

integraliteit tegen. In het akkoord staat dat het nog onderzocht wordt, maar in de arbeidsmarktbrief van de minister hebben we al kunnen lezen dat de minister de btw-problematiek heeft onderzocht en tot de conclusie is gekomen dat het niet mag van Brussel en dat er dus niets aan te doen is. Wat mij betreft is dat onacceptabel. Een van de allergrootste uitdagingen in de zorg is het personeelstekort. Ik moet nog zien dat Brussel ons stopt in het verlenen van noodzakelijke zorg vanwege een btw-regel die misschien waardevol is als het gaat om — noem eens wat — kinderspeelgoed, maar niet als het gaat om het leveren van zorg. Graag een reactie.

Voorzitter. Een andere zeer grote uitdaging is de ouderenzorg. Die komt maar beperkt in het Integraal Zorgakkoord terug. Maar we zien wel iets cruciaals in dit akkoord, namelijk het nog verder uitkleden van de wijkverpleging, die juist zo'n cruciale rol speelt in de zorg voor mensen thuis. Ik vraag de minister, ook al gaan we het er volgende week nog uitgebreid over hebben: hoe rijmt zij dit naar beneden bijstellen van het kader van 600 miljoen met haar agenda van langer thuis wonen?

Voorzitter, dan de ggz. De enorme wachtlijsten zorgen daar al heel lang voor een gebrek aan tijdige zorg. Nu heeft het zorgakkoord forse ambities op dit vlak, maar niet duidelijk wordt waar deze doelstellingen op gebaseerd zijn en hoe deze bereikt zullen worden. Meer samenwerking met het sociale domein, mentale gezondheidscentra, meer inzet op preventie en digitale zorg: het zijn allemaal mooie woorden, maar de wachtlijstproblematiek blijft al jaren onoplosbaar. Ik wil de minister vragen of zij concreet kan aangeven hoe zij denkt dat deze plannen de wachtlijsten daadwerkelijk gaan verkleinen. Is dit wensdenken of heeft zij echt concrete cijfers bij de plannen die dit onderschrijven? Die zou ik dan ook graag zien.

Voorzitter. Gelijke toegang tot zorg voor iedereen, zegt het zorgakkoord. Tegelijkertijd wordt de vrije artskenkeuze bij de ggz ingeperkt, waardoor die alleen toegankelijk wordt voor de mensen die het kunnen betalen. Dit terwijl het juist in de ggz zo ontzettend belangrijk is dat je een behandelaar kan kiezen die bij je past en die je ook vertrouwt. Is de minister het met GroenLinks eens dat dit tegen de eigen doelstelling van het zorgakkoord ingaat, namelijk gelijke toegang tot zorg voor iedereen?

Voorzitter. Zonder versterking van de eerste lijn, concrete plannen in de ggz en geld voor de gemeenten wordt de toegang echt ongelijker en nemen de gezondheidsverschillen verder toe. Daar maak ik me oprecht zorgen over. Ik hoor graag van de bewindspersonen hoe zij denken die doelen wel waar te maken. Ik kijk uit naar beantwoording.

Dank u wel, voorzitter.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Ellemet. Er is een vraag van mevrouw Van den Berg.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Even terugkomend op het stukje van mevrouw Ellemet waarin ze zeer terecht sprak over de onbenutte opleidingsplaatsen die we nu zien bij huisartsen en ouderengeneeskunde. Begrijp ik mevrouw Ellemet goed dat zij met het CDA van

mening is dat, wat ik noem, de "witte jassen" misschien te veel invloed hebben op de inhoud van de opleiding, zodat mensen te weinig in aanraking komen met huisartsgeneeskunde, artsen maatschappij en gezondheid, jeugdartsen et cetera?

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Of het nou de witte jassen zijn of welke witte krachten of andere krachten dan ook, ik denk dat we wel kunnen constateren dat er nu te weinig aandacht is voor beroepen die we eigenlijk steeds belangrijker zijn gaan vinden. Het is zonde als je die mooie vakken niet tegenkomt. Onbekend maakt onbemind. We zien dat bij specialisten ouderengeneeskunde. Het interessante is dat, als ik specialisten ouderengeneeskunde spreek, zij zeggen dat het echt het mooiste vak is dat er is, omdat ze overal over gaan en naar de hele mens kunnen kijken. Ik denk dat heel veel artsen in opleiding dat inzicht zouden kunnen hebben als zij kennis zouden kunnen maken met dat vak. Volgens mij zijn we het dus eens.

De **voorzitter**:

Daarmee is de vraag van mevrouw Van Den Berg voldoende beantwoord en krijgt zij het woord om haar bijdrage te doen namens de fractie van het CDA.

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

Dank je wel, voorzitter. Allereerst complimenten aan de minister en met name aan alle veldpartijen en de ambtenaren voor het Integraal Zorgakkoord: een gedeelde analyse plus een ambitieuze werkagenda met concrete deadlines. Ik hoop dat de uitwerking zo goed wordt dat ook de Landelijke Huisartsen Vereniging alsnog gaat meetekenen.

Voorzitter. Ik heb twee algemene vragen. In de inleiding wordt een verwijzing gemaakt naar andere akkoorden: GALA, WOZO, Green Deal Duurzame Zorg, TAZ en de Hervormingsagenda Jeugd. Maar hoe worden deze onderling met het IZA verbonden? Tevens is het voor mij niet duidelijk wat dit akkoord betekent voor Caribisch Nederland. Graag een reactie daarop.

Voorzitter. Gezien de beperkte spreektijd focus ik op de acute zorg. Die moet ingrijpend transformeren, zo wordt er gesteld. Betere gegevensuitwisseling, het voorkomen van acute zorg bij ouderen, aandacht voor de sociale situatie en zorgcoördinatie: dat zijn punten waarmee het CDA het zeker eens is. Maar het venijn zit in de staart. Want de toon is "big is beautiful", groter is beter. Dat bestrijden wij. Ten eerste ben ik verbijsterd dat de minister met een eigen beleidsagenda acute zorg is gekomen, waarin hij op pagina 11 schrijft: nabijheid is geen aspect van kwaliteit van acute zorg. De opmerking op pagina 24 van zijn beleidsagenda dat het als een verlies "kan" voelen als mensen niet meer op hun oude vertrouwde plek terecht kunnen, vind ik dan ook neerbuigend en denigrerend. Want nabijheid is wél een onderdeel van kwaliteit van zorg. Een vertrouwde spoedeisende hulp in de buurt verhoogt de leefbaarheid van een regio. Het Integraal Zorgakkoord onderschrijft dat. Ik citeer uit het IZA: "(...) waarbij het borgen van de toegankelijkheid van de acute zorg een belangrijke randvoorwaarde is." Dat betekent een aangehaakt Nederland in plaats van een afgehaakt Nederland.

Op initiatief van het CDA deed de Raad voor Volksgezondheid & Samenleving in 2020 een onderzoek naar acute zorg: Van deelbelangen naar gedeeld belang. De kern

daarvan was: bereikbaarheid is ook onderdeel van de kwaliteit van zorg. Bereikbaarheid vermindert gezondheidsverschillen, want niet iedereen is even zelfredzaam. Mensen met een lage sociaal-economische status doen eerder aan zorgmijding bij een grotere afstand. Graag een reactie.

Ten tweede. Ik zie niks terug van het onderzoek van de Autoriteit Consument & Markt uit 2016 over dat ziekenhuisfusies veelal samengaan met prijsstijgingen. Ik zie evenmin iets terug van het onderzoek door Significant uit 2016, waaruit bleek dat er geen indicatie is van een sterk effect van ziekenhuisfusies op de kwaliteit van zorg. Graag een reactie.

Ten derde. Goed dat er twee kwaliteitsregistraties voor acute zorg worden samengevoegd. Mijn vraag is: wordt het ook verplicht daaraan deel te nemen? Pas als er goede cijfers zijn, kun je besluiten nemen. Ik begrijp nu dat er ook cijfers zijn over stops van spoedeisende hulp. Op bladzijde 52 geeft de minister een overzicht en zegt hij dat hiermee is voldaan aan het verzoek van het lid Agema. Echter, de minister noemt slechts enkele regio's en het lid Van den Berg vroeg in 2019 al om een totaaloverzicht. Wanneer gaan we dat krijgen? Graag een reactie.

Ten vierde. Sinds januari 2022 verplicht de Wet toetreding zorgaanbieders dat er vooraf overleg is met regionale bestuurders bij wijzigingen in de acute zorg. Goed dat de minister dat op verzoek van het CDA zo duidelijk bevestigt in zijn brief van 22 augustus. De minister schrijft dat het LangeLand Ziekenhuis een dergelijk overleg moet voeren als het structureel de acute zorg aanpast. Maar er is geen overleg geweest en de inspectie heeft niet ingegrepen. In de beleidsagenda van de minister wordt voor zover ik kan zien geen enkele keer verwezen naar dit verplichte overleg. Graag een reactie.

De voorzitter:

Voordat u verdergaat, gaan we volgens mij nog een puntje terug. Mevrouw Agema heeft een vraag voor u.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ik hoor een mooi en stevig onderbouwd regionaal verhaal van het CDA. Dat is mij uit het hart gegrepen. Maar het is iets anders dan het beleidskader van het kabinet en het is ook iets anders dan de beweging in het Integraal Zorgakkoord. Nu vraag ik me af: het CDA is een coalitiepartij, dus hoe moeten we nou de bijdrage van mevrouw Van den Berg wegen?

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

Ik heb allereerst gezegd dat ik het heel mooi vind dat er zo veel verschillende partijen meedoen aan het Integraal Zorgakkoord. Mevrouw Ellemeet verwees naar alle silo's in de vorige hoofdlijnenakkoorden. Ik vind het dus een grote stap vooruit dat er integraal naar is gekeken. Verder heeft het CDA al vaker gevraagd om meer bevoegdheden voor het Zorginstituut om bewezen niet-effectieve zorg uit het pakket te kunnen halen. Dan heb ik het heel duidelijk niet over zorg die bij de ene groep patiënten wel effectief is en bij een andere groep niet; daar spreken we niet over, mevrouw Agema. Ik ben ervan overtuigd dat je met betere samenwerking, met zorgcoördinatie en met gegevensuitwisseling goede stappen kunt maken om meer zorg dichterbij huis te organiseren.

De voorzitter:

Een vervolgvraag van mevrouw Agema.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Mijn vraag ging over het goed onderbouwde en gepassioneerde betoog over de regionale spreiding van ziekenhuizen. Daar ging mijn vraag over. We zien de streekziekenhuizen bij bosjes omvallen. Dat is vanwege "De juiste zorg op de juiste plek". Het is de bedoeling dat 50% van de instellingen weggaat. We zien ook dat het LangeLand Ziekenhuis in de problemen zit. Daar heb ik nog een motie over ingediend, maar die is niet gesteund door het CDA; heel erg jammer. Ik hoor hier een heel mooi en vurig betoog over de regionale tak van onze ziekenhuiszorg, over het feit dat zorg dichtbij wel degelijk zorgt voor kwaliteit. Maar dat is niet de beweging van het kabinet. Dat is niet de beleidsagenda. De beleidsagenda is centreren, marktwerking en de streekzieken eruit drukken; die gaan een voor een failliet. Mijn vraag is: mevrouw Van den Berg is onderdeel van de coalitie, dus wat wil zij nu met dat onderdeel van het Integraal Zorgakkoord dat over centrering gaat, waardoor ziekenhuizen als het LangeLand Ziekenhuis omvallen?

De voorzitter:

Ik zou u willen verzoeken om in het vervolg de interrupties wat bondiger te doen, zodat mevrouw Van den Berg ook bondiger antwoord kan geven.

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

Ik zie wat dat betreft een groot verschil tussen het Integraal Zorgakkoord en de beleidsagenda acute zorg van de minister. In het Integraal Zorgakkoord zie ik staan dat we moeten gaan spreken over medisch onderbouwde normen en over het feit dat de zorg overal toegankelijk moet blijven. Daar ben ik dus optimistischer over gestemd. Dat wij als CDA die regionale zorg enorm belangrijk vinden, is al duidelijk sinds het debat van juni 2018, waarbij mevrouw Agema mij trouwens alle steun gaf toen ik pas in de Kamer zat, weet ik nog. Ik ben echt ongerust over de beleidsagenda van de minister. Ik heb minder zorgen over het Integraal Zorgakkoord, maar ook daar geldt dat het venijn in de staart zit. Ik zal dus zeker monitoren hoe dat met de uitwerking gaat. Het lijkt haast wel alsof mevrouw Agema mijn tekst voor de begrotingsbehandeling al heeft ingezien. Daar heb ik inderdaad de zin in staan: het lijkt er haast op dat degene die het sterkst zijn, het hardst schreeuwen of het meest betalen ermee weg gaan komen, en dat is niet de wereld waarin wij willen leven.

De voorzitter:

Mevrouw Agema gebruikt haar derde vraag.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ik ga mijn vraag voor de derde keer herhalen. Ik hoor een heel mooi betoog. Mevrouw Van den Berg pleit voor de regionale tak van de ziekenhuiszorg. Daarmee is zij altijd begaan geweest. Ze doet dat haar hele Kamerperiode al met veel betrokkenheid. Maar de beleidsagenda stuurt daar niet op en ook het zorgakkoord spreekt over centraliseren. In het zorgakkoord staat 470 keer het woord "samen", maar nog steeds binnen het kader van marktwerking. De zorg wordt naar de grote ziekenhuizen, de grote molochs,

gezogen en de regionale ziekenhuizen, zoals het LangeLand Ziekenhuis, vallen om. Ik weet dat mevrouw Van den Berg een fundamenteel andere opvatting heeft over die ziekenhuisspreiding. Ik stel mijn vraag nu voor de derde keer. Mevrouw Van den Berg is onderdeel van de coalitie en steunt deze lijn niet, maar waar kijken wij nu als Kamer dan tegenaan?

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

In het regeerakkoord hebben we bijvoorbeeld afgesproken dat hoogcomplex zorg geconcentreerd moet worden. Dan heb je het over traumazorg. Daarvoor zijn er nu elf centra. Misschien moeten dat er zelfs maar zes worden. Misschien zijn er nog enkele andere onderdelen waarop dat een terechte beweging is. Kindercardiologie hebben wij in februari in deze Kamer besproken. Maar in het algemeen vind ik dat ik alle ruimte heb, wat er ook in het regeerakkoord staat, om te zeggen dat de acute zorg in de regio bereikbaar moet zijn en dat 90% van de zorg, zowel de planbare als de acute zorg, niet hoogcomplex is. Ik zal er dus dwars voor gaan liggen als blijkt dat dat overal weggetrokken gaat worden uit de regio's, want daar ben ik het fundamenteel niet mee eens.

De **voorzitter**:

Mevrouw Agema, uw laatste vraag.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Dan komen we wel ergens, want mijn fractie is het er ook niet mee eens. Natuurlijk, als je bij een cardioloog in een streekziekenhuis komt en op enig moment een openhartoperatie nodig hebt, dan is het fijn dat je in een gespecialiseerd ziekenhuis die operatie kunt krijgen en voor de nazorg weer bij je streekziekenhuis terecht kunt. Maar dat is niet de beweging van "De juiste zorg op de juiste plek". Dat is niet de beweging van het centraliseren zoals het in het Integraal Zorgakkoord staat. De meeste zorg wordt gecentraliseerd. De streekziekenhuizen worden uitgekleeft, waarna ze omvallen. Mijn vraag aan mevrouw Van den Berg is ten slotte: gaat zij voorkomen dat ziekenhuizen, zoals het LangeLand Ziekenhuis en al die andere streekziekenhuizen, omvallen? Is zij het daar fundamenteel mee oneens en zet zij een bijl in of een streep door die beleidsagenda en door dat deel van het Integraal Zorgakkoord? Doet zij boter bij de vis bij alles wat ze zegt?

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

Ik wil eerst een onderscheid maken tussen centraliseren en concentreren. Dat heb ik ook gedaan bij kindercardiologie. Je kan ook concentreren in Groningen. Dat vind ik een groot verschil. Mevrouw Agema geeft een mooi voorbeeld met die openhartoperatie. Dat is inderdaad het soort zorg waarvan ik het logisch vind dat die geconcentreerd is op enkele plekken. In het Integraal Zorgakkoord heb ik nog geen bewegingen gezien daarin. Nogmaals, de uitwerking zal heel belangrijk worden, maar qua uitgangspunten heb ik geen dingen gezien waar ik gelijk hartstikke ongerust over ben. Dat heb ik wel bij de beleidsagenda acute zorg van de minister. Als mevrouw Agema vraagt wat ik met de ziekenhuizen ga doen, is mijn antwoord dat ik er keihard voor ga vechten om regionale ziekenhuizen beschikbaar, bereikbaar en betaalbaar te houden.

De **voorzitter**:

Dit interruptiedebat heeft een aantal collega's getriggered. De heer Van Houwelingen, de heer Hijink, mevrouw Pouw-Verweij. Dat is de volgorde.

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

Inderdaad erg interessant. Het betoog van mevrouw Van Den Berg ging ook mij aan het hart, in de zin dat wij ook voor decentralisatie van zorg en voor lokale zorg zijn. Ik ben het helemaal eens met wat mevrouw Agema zegt, namelijk dat het zorgakkoord leidt tot centralisering. Nou is mijn vraag aan u de volgende. Het woord "samenwerking" valt wel 100 keer in dat Integraal Zorgakkoord. Dat staat er wel 470 keer in, hoor ik. Het woord "transformatie" wordt ook heel vaak genoemd. Ik zag dat u daarover twitterde.

Wij lezen dat woord "samenwerking" vaak als een opmaat naar centralisatie. Ik zal een voorbeeld geven. We hebben dat debat gehad over de integrale geboortezorg. De verloskundigenpraktijken zitten nu nog redelijk in de wijk. Je zult gaan zien — ze moeten straks gaan samenwerken met de ziekenhuizen — dat dat op een gegeven moment ook wordt aangetrokken, gecentraliseerd, uit de wijken. Nou is mijn vraag aan u de volgende; dat is eigenlijk dezelfde vraag als die van mevrouw Agema. Het moet voor u toch ook onomstotelijk zijn dat dat hele zorgakkoord, zoals dat geschreven is, met die samenwerking aan alle kanten, uiteindelijk juist leidt — de historische voorbeelden zijn er dus — tot het wegtrekken van de zorg uit de regio's, wat u juist ook niet wil, het centraliseren van zorg, en het omvallen van streekziekenhuizen?

De **voorzitter**:

De vraag is duidelijk.

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

Dat samenwerken is dus vaak een opmaat naar de centralisatie van zorg.

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

Samenwerken is voor mij echt wat anders dan fuseren, laat ik dat vooropstellen. Samenwerken — dat zie ik ook anders — kun je juist doen zodat je veel betere netwerkzorg kunt leveren en veel beter kunt zorgen voor wat mevrouw Agema net als voorbeeld gaf, namelijk dat iemand een openhartoperatie in een gespecialiseerd ziekenhuis heeft en alle voor- en nazorg gewoon weer in z'n eigen ziekenhuis krijgt. Dus ik vind juist dat samenwerken kan leiden tot veel meer zorg dicht bij de patiënt. Maar ik ben het met de heer Van Houwelingen eens dat het zal neerkomen op de uitwerking. Dat zullen wij dus ook strak moeten monitoren.

De **voorzitter**:

De heer Van Houwelingen is tevreden. Oké, heel kort, meneer Van Houwelingen. Dat is dan uw tweede vraag.

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

Heel kort. Ik begrijp het punt dat mevrouw Van Den Berg wil maken. Maar laat het verleden niet zien dat de richting van centralisering er decennialang voor heeft gezorgd dat we streekziekenhuizen zijn kwijtgeraakt, met alle voorbeelden die mevrouw Agema noemt van dien, en dat het dus alsmaar diezelfde richting in is gegaan? Dus als u dat echt wilt omkeren, zitten we met dit zorgakkoord niet op het goede pad. Dan moeten we

iets fundamenteel anders hebben.

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

Ik denk dat met name heel belangrijk gaat worden hoe het zorgakkoord uitgewerkt gaat worden. Want ook de regionale ziekenhuizen hebben hier hun handtekening onder gezet. Ik heb ik die zin meer zorgen over het feit dat de huisartsen hun handtekening er nog niet onder hebben gezet. Want — laten we eerlijk zijn — waar gaat de meeste zorg naartoe? Een spoedeisendehulparts vertelde me vorige week nog: wij zien 2 miljoen mensen per jaar, maar de huisartsen zien 8 miljoen mensen per jaar. De huisartsen zijn echt helemaal de basis, dus daar heb ik nog wel zorgen over.

De **voorzitter**:

Meneer Hijink gaat laten zien hoe je een interruptie pleegt: kort en bondig.

De heer **Hijink** (SP):

Ik ben het echt met mevrouw Van Den Berg eens dat de spoedeisende hulp in de streekziekenhuizen behouden moet blijven. Nou is dat iets wat wij ook al vaker bepleit hebben. Ik heb het CDA dat ook al wel vaker horen zeggen. Het punt is alleen dat in de afgelopen jaren het ene na het andere ziekenhuis in de problemen is gekomen, ondanks het feit dat ik het CDA ook al heel vaak heb horen zeggen: wij vechten voor de regionale zorg en voor het behoud van spoedeisende hulp in ziekenhuizen. Wat gaat er straks nou materieel veranderen in de opstelling van het CDA als er weer een discussie komt over het sluiten van ziekenhuizen of spoedeisendehulpstellen? Of blijft het bij vechten en je er uiteindelijk bij neerleggen?

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

Ik denk dat een van de punten waar je naar zou kunnen kijken de hele financiering van de acute zorg is. We zeggen ook niet tegen een brandweerkazerne: we betalen je afhankelijk van hoeveel branden je per jaar blust. Ik denk dus dat dat een van de elementen is waar we serieus naar moeten kijken. Men zegt nu: wij willen de 45 minuten norm vervangen door medisch onderbouwde normen. Dat is ondertekend. Blijkbaar ziet het zorgveld dat zitten. Ik heb daar nog wel grote zorgen over, want dat kan wat mij betreft zeker geen excuus, zou ik haast zeggen, worden om dan maar alles uit de regio te halen. Dus dat zijn wel punten, maar ik denk dat de financiering van de regionale ziekenhuizen belangrijk is. En ik heb in een eerder debat al aangegeven dat de regionale ziekenhuizen de afgelopen jaren vaak genoeg het haasje zijn geweest. Dus misschien moeten we maar eens kijken naar de topklinische ziekenhuizen.

De heer **Hijink** (SP):

Het is allemaal van die ronkende taal, en daar hou ik altijd van, maar je moet er wel wat aan hebben. De mensen die in die regio's wonen, moeten er wat aan hebben. Wij stonden destijds, toen het ziekenhuis in Winterswijk in de problemen leek te komen, samen op het podium in de Achterhoek. Ik vind het belangrijk dat woorden ook opgevolgd worden door daden en dat die mooie woorden ook wat te betekenen hebben. Dus als er straks weer een ziekenhuis in de problemen komt of er straks onder druk van verzekeraars of het ministerie weer een discussie ontstaat over het weghalen van spoedeisende hulp uit een ziekenhuis, kunnen wij er dan ook op rekenen dat het CDA een keer vóór onze moties gaat stemmen om dat te stoppen? Want het is te vaak

voorgekomen dat u ondanks al die mooie taal niet voor dat soort voorstellen van ons heeft gestemd, waardoor die zorg uiteindelijk uit de regio verdwijnt. Dus kunnen wij dan op het CDA rekenen?

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

Ik zei net al: ik zou graag naar een andere financieringssysteem willen, waardoor die ziekenhuizen daar veel meer rust in krijgen en ze niet constant de concurrentie voelen. Wat betreft het punt van de heer Hijink, zou ik wel willen borgen — ik denk dat daar ook nog andere dingen voor nodig zijn — dat er voldoende zorgprofessionals zijn. Want dat is nu verschillende keren de oorzaak geweest dat spoedeisendehulpdiensten in de problemen kwamen. Dat is ook de reden waarom ik net aan mevrouw Ellemée vroeg: wat is de invloed op sommige keuzes voor sommige beroepen? We zien aan de andere kant bijvoorbeeld ook dat er maar 600 spoedeisendehulpdiensten zijn terwijl we er 1.200 nodig hebben, en dat er maar 40 spoedeisendehulpdiensten per jaar worden opgeleid. Wat mij betreft moet de minister veel meer regie kunnen nemen op de locatie van die opleidingsplaatsen om tot een eerlijke verdeling over het land te komen. Dus ik denk dat die voorwaarden nodig zijn om vervolgens te kunnen zorgen dat die regionale ziekenhuizen allemaal overeind kunnen blijven. Dus aan de ene kant moeten we wat op arbeidsmarktgebied aanpassen, en aan de andere kant moeten we wat aan de financiering doen.

Mevrouw **Pouw-Verweij** (JA21):

Ten eerste hoor ik mevrouw Van Den Berg een hele hoop dingen zeggen waar ik me absoluut in kan vinden. Hoe zij zich hardmaakt voor de regio is prachtig. Daar sta ik helemaal achter. Ook wat ik haar net hoor zeggen over een eventueel nieuw financieringssysteem klinkt heel goed. Daarover willen wij als partij ook absoluut meedenken. Waar ik wellicht iets cynischer in sta, is dat zij zegt: we moeten eerst kijken naar de uitwerking; dus er staan een hoop dingen in het Integraal Zorgakkoord, maar we moeten kijken hoe negatief dat uitpakt. Als ik dan zie dat de 45 minuten norm vervangen gaat worden door nieuwe kwaliteitsnormen, ben ik toch wel zo cynisch dat ik denk: dan gaan we dus niet op basis van de nieuwe kwaliteitsnormen naar een 30 minuten norm. We gaan niet onder die 45 minuten zitten. Dat gaan we loslaten en er gaan ruimere tijden voor in de plaats komen. Dat gaat automatisch de regio raken, veel harder dan de Randstad. Wellicht is dat mijn pessimisme en ziet mevrouw Van den Berg het veel positiever in, maar ik zou daar graag even een reflectie van haar op horen.

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

Mevrouw Pouw-Verweij geeft me wel de unieke kans om nu eventjes een stukje waarvoor ik geen ruimte meer had in de eerste termijn naar voren te brengen. Dan lees ik dat maar even voor, mevrouw Pouw-Verweij.

De voorzitter:

Mevrouw Van den Berg, u heeft nog een kleine minuut om uw bijdrage af te maken.

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

Ja, maar ik had daar nog een hele pagina voor, voorzitter.

De voorzitter:

Het woord is aan u.

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

De minister wil de 45 minuten norm vervangen door een bredere set kwaliteitsnormen met een gedifferentieerde normstelling ten aanzien van tijdkritische aandoeeningen. Een kwaliteitsnorm wordt mijns inziens superingewikkeld. Ondertussen wil de minister de beschikbaarheidsvergoeding voor de gevoelige ziekenhuizen afschaffen. Dit creëert onrust. Kan de minister dus toezeggen dat deze beschikbaarheidsbijdragen niet komen te vervallen voordat er nieuwe normen voor bekostiging van de acute zorg zijn in de vorm van een beschikbaarheidsfinanciering? Ik wil dus dat dit integraal geborgd is en dat er geen oude schoenen worden weggegooid voordat we zeker weten dat we met z'n allen nieuwe schoenen hebben die ook nog lekker zitten.

De **voorzitter**:

Mevrouw Pouw-Verweij is tevreden. U heeft dus nog een kleine minuut om uw bijdrage af te ronden.

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

Dank u wel, voorzitter. Dan het vierde punt. Sinds 2022 ... Volgens mij had ik dat al gezegd, over het verplichte overleg. Dan wordt het nog veel korter, voorzitter.

Tot slot. Ook is het bijzonder dat de minister op pagina 46 van de beleidsagenda schrijft dat hij een landelijke klankbordgroep voor acute zorg instelt. Daarin gaat hij met partijen de acties uit deze beleidsagenda uitwerken, de uitvoering volgen, en waar nodig bijsturen. Waarom komt er een eigen, landelijke klankbordgroep terwijl de minister net zijn handtekening heeft gezet onder het Integraal Zorgakkoord, waarin hij juist met partijen afspraken heeft gemaakt over de acute zorg? Nu komt er weer een werkgroep bij. Hoe zorgt de minister dat men echt start met uitvoeren, in plaats van dat iedereen straks alleen maar aan het vergaderen is? Graag een reactie.

Dank u wel, voorzitter.

De **voorzitter**:

Dank u wel, mevrouw Van den Berg. Het woord is aan de heer Bevers, namens de fractie van de VVD.

De heer **Bevers** (VVD):

Dank u wel, voorzitter. De VVD is blij met het gesloten Integraal Zorgakkoord. Het akkoord is nodig om de komende jaren gezond te kunnen zijn en blijven, om er door preventie voor te zorgen dat gezondheid vooropstaat, om te voorkomen dat zorg nodig is en om, wanneer zorg wel nodig is, ervoor te zorgen dat die op het juiste moment op de juiste plek en door de juiste professional wordt gegeven en dat die vanzelfsprekend van goede kwaliteit is. Is het IZA af? Is het IZA perfect? Nee, het IZA vraagt nog uitwerking op meerdere gebieden.

Gisteren las ik opnieuw een artikel in de Volkskrant over de toenemende administratieve druk in de zorg. In het IZA staat letterlijk: het is belangrijk om de administratieve last en regeldruk fors te reduceren. Na het lezen van het artikel moest ik wel even denken aan

de conclusie van het vorige programma (Ont)Regel de Zorg, namelijk dat er van het schrappen van regels nog heel weinig gemerkt wordt op de werkvloer. In het IZA gaan regelmakers, zoals verzekeraars en toezichthouders, per direct alle nieuwe regels toetsen aan het uitgangspunt "radicaal en simpel". Ook bestaande regels worden aan deze criteria getoetst. Wij missen hier echter wel het criterium "onnodig". Dan denk ik aan regels die simpelweg onnodig worden toegepast, zoals destijds de vijfminutenregistratie, die na afschaffing nog steeds door veel organisaties gehanteerd werd. Ik wil de minister vragen of de toezichthouder ook gaat toetsen op onnodig regelgebruik.

Voorzitter. Voor een akkoord als het IZA is de inzet van de hele zorgsector nodig. Wat de VVD betreft verdient deze sector daarvoor een heel groot compliment. Het besef dat er veranderingen nodig zijn is zowel bij organisaties als bij individuele medewerkers aanwezig. Natuurlijk is het erg jammer dat MIND het IZA niet getekend heeft. Hopelijk komt daar later nog verandering in. Ik ben me er zeer van bewust dat ook de huisartsen een "nee, tenzij" hebben afgegeven. Ik heb begrepen dat er vanuit het ministerie, maar ook vanuit de zorgverzekeraars heel hard aan wordt gewerkt om dat "tenzij" op te heffen, zodat het vertrouwen van de huisartsen in de afspraken en het nakomen daarvan hersteld wordt.

De voorzitter:

Mevrouw Pouw-Verweij en daarna mevrouw Ellemee.

Mevrouw **Pouw-Verweij** (JA21):

Ik wil eigenlijk nog even één puntje terug, naar de onnodige regels in de zorg. Daar willen we allemaal vanaf, denk ik. Ik denk dat het grote probleem ligt bij wat we nodig en onnodig vinden. Ik had vandaag een gesprek met iemand die op een ic werkt. Die zei: het is heel erg goed dat we er bij het toedienen van medicatie altijd met twee personen naar kijken, maar doordat er nu bij iedere stap van de medicatietoediening door twee personen naar gekeken moet worden, krijg je in de praktijk de situatie dat je die tweede persoon op een hele hoop momenten van de dag weg moet trekken bij wat diegene zelf aan het doen is, waardoor het werk van diegene telkens onderbroken wordt, wat ook weer tot medische fouten kan leiden. Het lijkt op het eerste oog dus heel zinnig. Natuurlijk moet medicatietoediening goed gaan, maar dit kan door ongewenste bijeffecten juist weer tot medische fouten leiden. Wat vindt de heer Bevers daarvan?

De heer Bevers (VVD):

Ik ben geen arts. Laten we daarmee beginnen. Ik vind het vanzelfsprekend ingewikkeld om te zeggen: dat kan wel en dat kan niet. Mijn pleidooi is om bij de professionals te beginnen en met name aan hen moet vragen wat nodig is en wat onnodig is. Daarom leg ik daar zo de nadruk op. Ik kan hier nu van alles zitten beweren in de zin van: die regel wel en die regel niet. Dat lijkt me niet de bedoeling. Het gaat mij erom dat we juist op de werkvloer — of dat nu op de ic is of ergens anders maakt me niet zo veel uit — kijken wat er nodig is en wat er onnodig is en wat ongewenste neveneffecten zijn. Ik heb het gevoel dat dat nog onvoldoende gebeurt. Dat blijkt ook uit dat vorige onderzoek.

De voorzitter:

Mevrouw Pouw-Verweij, uw derde vraag.

Mevrouw **Pouw-Verweij** (JA21):

Dat klinkt heel erg goed. Maar waar ik dan bang voor ben, is dat we vervolgens een raad van wijzen gaan optuigen met mensen uit verschillende aspecten van het veld. Die gaan er een aantal onderzoekers op zetten om eerst een overzicht te maken van welke regels we allemaal hebben. Vervolgens gaan er verschillende mensen kijken naar welke regels wel en niet goed zijn. Dan komt er een stelsysteem over. Niet iedereen is het dan eens. Dan komt er een rapport over. Dat duurt een paar jaar. Dat komt in een la en niemand doet er wat mee. Ik hoor met name van de vloer dat we terug moeten naar hoe het was, namelijk dat er een soort basaal vertrouwen is dat zorgverleners het juiste willen voor hun patiënt en dat zij vanuit die overtuiging handelen. Natuurlijk gaat er weleens wat fout, maar fouten zijn menselijk en zorg is mensenwerk. Die fouten gaan we dus niet uitbannen, hoeveel vinkjessystemen we ook in het EPD zetten. Moeten we daarin niet gewoon een tegengestelde beweging gaan maken en heel erg veel van die vinkjes, van die bureaucratie, gewoon rücksichtslos afschaffen?

De heer **Beyers** (VVD):

Ik ben zéér voor het afschaffen van regels. Wat ik zeg, is volgens mij precies waar u naar vraagt. Mijn opmerking is juist gebaseerd op het vertrouwen dat professionals daarin de juiste afweging maken en dat we bij hen na moeten gaan welke regels wel of niet nodig zijn. Daar moet je beginnen. U schetst een beeld van commissies, stelsystemen et cetera, maar laten we daar alsjeblieft bij wegblijven.

De **voorzitter**:

Meneer Beyers, ik zou u willen verzoeken om via de voorzitter te spreken. Heeft mevrouw Pouw-Verweij nog een vervolgvraag? Dat is niet het geval. Mevrouw Ellemée.

Mevrouw **Ellemée** (GroenLinks):

Ik hoorde de heer Beyers zeggen: iedereen in de zorg wil verandering en ziet dat verandering nodig is. Ik denk dat hij daar gelijk in heeft. Maar de grote vraag is niet of iedereen dat vindt, maar of we verandering gaan krijgen en wat ervoor nodig is om die verandering voor elkaar te krijgen. Het was nogal pijnlijk dat we vandaag in Zorgvisie hebben kunnen lezen dat twee belangrijke partners van het ministerie en de bewindspersonen, mevrouw Kaljouw van de NZa en de heer Wijma van het Zorginstituut, zeggen: wij hebben er eigenlijk nog niet zo veel vertrouwen in dat er echt iets gaat veranderen. Dat heeft alles te maken met wie uiteindelijk de eindverantwoordelijkheid heeft. Het hele probleem is dat in dit systeem van marktwerking iedereen naar elkaar wijst. We maken meer afspraken over meer tijd voor de patiënt voor de huisarts — dat hebben we de vorige periode ook gedaan — maar wie grijpt er in als er niet geleverd wordt? Is de heer Beyers het met GroenLinks eens dat we ook moeten kijken naar het systeem? Want anders krijgen we meer van hetzelfde in plaats van meer verandering.

De heer **Beyers** (VVD):

Ik ken de publicatie niet, dus dat moet u me niet kwalijk nemen. Laat ik helder zijn: afspraken zijn er om nagekomen te worden. Dat geldt hier ook. We hebben aan de reactie van de huisartsen kunnen zien wat er gebeurt als je afspraken uiteindelijk niet nakomt. Dan krijg je een gebrek aan vertrouwen. Ik ben er zeer voor dat we alles op

alles zetten om dat gebrek aan vertrouwen te herstellen, maar afspraken dienen nagekomen te worden; dat heb ik net ook gezegd. Dat geldt dus ook voor de afspraken die we nu in het zorgakkoord maken.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Dat zijn hele mooie woorden. Ik zou die woorden heel graag willen geloven, maar die woorden zijn de afgelopen periode ook uitgesproken en die hebben niet tot verandering geleid. Sterker nog, die hebben geleid tot een gebrek aan vertrouwen bij zorgverleners, de huisartsen voorop. Mijn punt is juist dat we echt iets wezenlijks moeten veranderen. We moeten iemand aanwijzen — wat mij betreft zijn dat de bewindspersonen — die kan zeggen: als het niet in de contracten staat dat er meer tijd voor de patiënt komt, of als andere veranderingen die we mooi hebben opgeschreven niet geleverd worden, dan moet u nu gaan leveren! Kortom, iemand moet doorzettingsmacht hebben. Is de heer Bevers dat met mij eens? Zo ja, dan kunnen we gezamenlijk een voorstel doen om dat toe te voegen aan de mooie woorden die nu in het akkoord staan.

De heer **Bevers** (VVD):

Volgens mij staan er niet alleen mooie woorden in het akkoord. Er staan ook hele duidelijke afspraken in. Ik heb zojuist ook aangegeven dat gemaakte afspraken wat mij betreft moeten worden nagekomen. Op het moment dat dat niet gebeurt, is het denk ik aan ons om de bewindspersonen en het kabinet daarop aan te spreken.

De **voorzitter**:

De derde vraag van mevrouw Ellemeet.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Afrondend. Die afspraken zijn niet scherp genoeg en niet hard genoeg. Dat zeggen ook de bazen van het Zorginstituut en de Nederlandse Zorgautoriteit. Dat zou ook de VVD zorgen moeten baren. Ook zij zouden moeten zeggen: met deze mooie woorden, met dit akkoord, kunnen we het niet afdwingen. Want het gaat juist om dat afdwingen. Ik ben bang dat, als we dat nu niet doen, over vier jaar niet alleen de huisartsen afhaken, maar ook de wijkverpleegkundigen, de specialisten ouderengeneeskunde, de medisch specialisten en de gemeenten. We moeten het nu waarmaken, want het vertrouwen is broos. Dat is al aan het afbrokkelen, maar we hebben dat vertrouwen nu juist keihard nodig om te zorgen dat we die zorg ook echt voor iedereen kunnen leveren.

De heer **Bevers** (VVD):

Ik denk dat ik duidelijk heb gemaakt hoe ik daartegen aankijk. Ik vind dat afspraken nagekomen moeten worden en dat wij het kabinet erop moeten aanspreken op het moment dat dat niet gebeurt.

De heer **Hijink** (SP):

Wat de VVD en ook het kabinet volgens mij steeds niet zien, is dat het gestolde wantrouwen in de zorg een rechtstreeks gevolg is van de manier waarop onze zorg is georganiseerd. Denk bijvoorbeeld aan de verantwoording die zorgverzekeraars eisen van zorgorganisaties, van zorgverleners. Denk aan de commerciële keurmerken die er nog altijd zijn in de zorg. Denk aan die oeverloze hoeveelheid verwijzingen die huisartsen moeten schrijven. Er is gestold wantrouwen, gewoon omdat wij niet erop

vertrouwen dat zij hun werk goed doen. Dat heeft natuurlijk alles te maken met de manier waarop ons zorgstelsel is georganiseerd. Is de VVD ook bereid om daarnaar te kijken in plaats van dat we weer tussenlagen en nieuw bureaucratisch toezicht gaan organiseren? Moeten we niet terug naar de kern om te kijken wat er precies aan de hand is en hoe het kan dat onze zorgverleners niet vertrouwd worden en dat wij deze bureaucratie nodig hebben om de controle te kunnen uitoefenen? Dat is toch ook gewoon een gevolg van het marktdenken dat u bewust in de zorg heeft ingevoerd?

De heer **Beyers** (VVD):

Die laatste opmerking laat ik aan de heer Hijink. Volgens mij heb ik zojuist in het interruptiedebat met mevrouw Pouw-Verweij heel duidelijk aangegeven dat ik inderdaad zie dat we, gelet op bureaucratie, regeldruk en al dat soort zaken, terug moeten naar de basis. Die basis is het vertrouwen dat professionals heel goed weten hoe ze hun werk moeten uitvoeren. Daar gaat het mij om. Dat heb ik ook aangegeven. Ik vind ook dat dit akkoord daartoe de eerste aanzet geeft.

De heer **Hijink** (SP):

Maar dat is dus niet zo. Dat hebben we ook gezien met die schrapessies in het kader van (Ont)Regel de Zorg. Het heeft allemaal niet gewerkt. Waarom niet? Omdat in die sessies — zorgverleners hebben dat ook tegen ons gezegd — de rol van de zorgverzekeraar bijvoorbeeld helemaal niet ter discussie mocht worden gesteld. Het mocht gaan over een vinkje hier en een vinkje daar. Daar mocht over gesproken worden. Daar is oeverloos over geouwehoerd, maar het heeft gewoon veel te weinig opgeleverd. Hoe komt dat? Omdat je de kern van het zorgstelsel bij de VVD niet mag aanspreken. Dat betekent vervolgens dat zorgverleners vast blijven zitten in een systeem waarin ze met tientallen moeten onderhandelen, waarin ze allerlei verantwoordingen moeten afleggen, waarin huisartsen klem zitten in lagen bureaucratie en waarin men in de ggz 40% van de tijd achter de computer zit. Zolang dat bij de VVD niet ter discussie mag staan, kan ik u verzekeren dat nieuwe schrapessies helemaal niks gaan opleveren.

De heer **Beyers** (VVD):

Volgens mij heb ik duidelijk gemaakt hoe ik daartegen aankijk. Wij verschillen daarover van mening. Ik heb er vertrouwen in dat we hele grote stappen kunnen zetten als we beginnen bij de professional.

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

We hebben natuurlijk al twaalf jaar lang kabinetten-Rutte. De VVD is de partij die al die jaren het hardst roept dat er minder regeldruk moet zijn. Nu staat er in een stuk in de Volkskrant dat de regeldruk alleen maar groter is geworden. Dan vraag ik me af in hoeverre dit bij de VVD-fractie speelt als topprioriteit. Want na vier kabinetten-Rutte zou je zeggen: daar hebben wij in ieder geval een einde aan gemaakt. Ik zou dan graag willen weten wat de VVD concreet doet om de regeldruk, in dit geval in de zorg, te verminderen?

De heer **Beyers** (VVD):

Ik zou die prestatie graag op mijn cv bijschrijven als ons dat zou lukken, maar dat terzijde. Ik heb dat stuk niet voor niks aangehaald. Ik denk namelijk ook dat het

onvoorstelbaar is dat het maar niet lijkt te lukken om dat te verminderen. Ik hoor tijdens werkbezoeken — daar blijf ik ook bij — dat mensen zeggen: geef ons nou gewoon de ruimte en het vertrouwen om zelf aan te geven welke regels wel of niet zinnig zijn. We hebben het net even gehad over de ic. Het is echt noodzakelijk dat we daar heel hard een verschil in gaan maken; daar ben ik het heel erg mee eens. Ik zal mijn uiterste best daarvoor doen. Daarom begin ik er ook over en noem ik het als heel nadrukkelijk punt.

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

Dat is inderdaad een mooi voornemen, maar nogmaals: daar heeft de VVD wel twaalf jaar lang de tijd voor gehad. Het is dan een beetje raar om te constateren dat de regeldruk alleen maar is toegenomen. Ik kan u vertellen waarom er heel veel regels zijn. Dat komt omdat wij hier in Den Haag ervan uitgaan dat er mensen zijn die misschien wel geen recht hebben op bepaalde vormen van zorg of vervoer. We hebben het net in een rondetafelgesprek nog gehad over leerlingenvervoer. Er wordt gewoon uitgegaan van de frauderende burger. Daarom zijn er heel veel regels. Daarom zijn er ook heel veel formulieren. Daar moeten we vanaf. Ik wil daar best samen in optrekken met de VVD. Zoals u weet, heb ik één zetel. Mijn slagkracht is groot, maar ik heb wel samenwerking nodig. Ik zou best met de VVD eens met de stofkam door al die regels willen gaan. Laten we beginnen met de regels die uitgaan van de gedachte: het zal maar zo zijn dat iemand een keer ten onrechte iets doet of dat iemand een keer ten onrechte iets krijgt. Ik zou daar heel graag samen mee aan de slag gaan, want volgens mij kunnen we daarmee miljarden besparen.

De heer **Beyers** (VVD):

Ik ga die uitdaging graag aan met mevrouw Van der Plas. Laten we die stofkam maar eens een keer oppakken om te kijken waar we uitkomen.

De **voorzitter**:

Dat wordt dus vervolgd, evenals de bijdrage van de heer Beyers.

De heer **Beyers** (VVD):

Voorzitter. Volgens mij was ik gebleven bij het volgende. De VVD vindt dat we de huisartsen de komende jaren hard nodig hebben. Het is goed om te zien dat men inmiddels is tegemoetgekomen aan een van de eisen van de huisartsen. We hopen dat er ook toenadering komt op het gebied van bijvoorbeeld meer tijd voor de patiënt in de contractering. Die extra tijd voorkomt namelijk ook vaak onnodig doorverwijzen naar de tweede lijn. Ik wil de minister vragen of hij ons kan aangeven welke stappen er nog genomen moet worden.

Met betrekking tot MIND ben ik benieuwd of de minister kan aangeven hoe zij concreet willen omgaan met het niet door hen getekende akkoord, en hoe zij betrokken zouden willen blijven bij het verdere traject, zeker nu andere partijen wel meegetekend hebben.

Voorzitter. De eerstelijnszorg moet de komende jaren enorm worden versterkt. We pleiten er onder andere voor dat het Capaciteitsorgaan bij de raming van het aantal opleidingsplekken nadrukkelijk kijkt naar beroepen buiten het ziekenhuis en in de eerste lijn. Daarnaast vinden we dat opleidingsplekken beter gespreid moeten worden, zodat professionals vaker in de eigen omgeving aan de slag kunnen. Verder moet gericht

omscholen de norm worden. Kan de minister aangeven hoe het Capaciteitsorgaan dit zou kunnen uitvoeren?

Wat betreft de wijkverpleging zijn we vanzelfsprekend blij dat ze zich bij het IZA hebben aangesloten, maar ik hoor ook nadrukkelijk: ja, mits. Ik hoop dat Zorgthuisnl goed wordt betrokken bij de uitwerking van de werkagenda's en dat ook hier wordt gewerkt aan herstel van vertrouwen.

Ik vind het daarnaast goed dat VWS in gesprek is met de vvt-sector over het opleidingsakkoord, dat is afgesproken in het coalitieakkoord en dat ook een plek heeft gekregen in het IZA. Ik vind het wel jammer om te horen dat de uitkomst van deze gesprekken vertraging heeft opgelopen. Ik hoop dat de minister eind dit jaar de uitkomst naar de Kamer kan sturen, zodat we in 2023 voortvarend van start kunnen gaan met de uitvoering van dat opleidingsakkoord.

Het is ook goed om te zien dat preventie een belangrijke plek inneemt in het IZA. Leefstijl wordt veel meer een vanzelfsprekend onderdeel van hoe we naar gezondheid kijken. De VVD wil wel weten — daarover zijn ook al eerder vragen gesteld — hoe de verbinding wordt gezocht met andere akkoorden. Verder zijn we benieuwd welke extra afspraken er in de uitwerking van het IZA nog gemaakt kunnen worden over sport en bewegen als onderdeel van preventie.

Voorzitter. Het is een goede ontwikkeling dat ook de VNG deelneemt aan het IZA en dat medeondertekend heeft. Het is nodig om de zo noodzakelijke verbinding met het sociaal domein aan te gaan. We verwachten dat die deelname positief gaat uitwerken op met name preventie en vroegsignalering. Tijdige hulp op het moment dat het even niet goed gaat in je leven voorkomt zware psychosociale en zwaardere gezondheidsproblemen op de langere termijn.

Afrondend, voorzitter. Het IZA is een overeenkomst tussen veldpartijen en het ministerie op basis van vertrouwen en gezamenlijk commitment. Het IZA is dus van die partijen. Mogelijk hadden wij hier met elkaar andere accenten willen leggen — dat hoor ik hier ook terug — maar ons standpunt is dat het IZA niet het moment is voor politieke stokpaardjes, ook niet van ons. De realisatie van het IZA en het in elkaar uitgesproken vertrouwen vinden wij daarvoor veel te belangrijk.

Dank u wel, voorzitter.

De voorzitter:

Dank u wel, meneer Bevers. U bent bijna klaar, want u krijgt nog een vraag van mevrouw Ellemeet.

Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):

Ik hoor mooie woorden over preventie, het belang van preventie en het aansluiten op het sociaal domein. Natuurlijk ben ik het daar helemaal mee eens, maar een van de meest pijnlijke dingen van dit akkoord vind ik misschien wel dat er nauwelijks extra budget is voor gemeenten, ondanks dat de handtekening van de VNG eronder staat. Als we het écht willen hebben over preventie en de inzet van het sociaal domein, dan betekent dat

ook boter bij de vis. Dan betekent dat dat we de gemeenten in staat moeten stellen om die rol te vervullen. We weten dat gemeenten al de jeugdzorg en de problemen rond energiearmoede op hun bordje hebben — de lijst is eindeloos — en nu verwachten we ook nog dat ze dit serieus oppakken. Als wij écht integraal willen denken en werken, dan zullen we gemeenten ook serieus moeten nemen en ze in staat moeten stellen om die rol te vervullen. Is de VVD het met GroenLinks eens dat dat betekent dat er extra budget moet naar de gemeenten?

De heer **Beyers** (VVD):

Als ik me vergis dan hoor ik het graag, maar volgens mij is er 110 miljoen extra voor de VNG uitgetrokken. Dus wat mij betreft is er ook extra budget beschikbaar.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Mag ik nog heel kort reageren, voorzitter?

De **voorzitter**:

Als het in één zin kan, dan sta ik dat toe, maar laat dit geen precedent zijn.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

We hebben het over transformatie. Dat woord staat blijkbaar 348 keer in het akkoord. 100 miljoen voor echt een hele transformatie? Met alle respect, maar daar is echt, echt meer voor nodig.

De **voorzitter**:

Daarvan zegt de heer Beyers "waarvan akte".

De heer **Beyers** (VVD):

Ik neem het voor kennisgeving aan, ja.

De **voorzitter**:

Dan zijn we nu aangekomen bij de bijdrage van mevrouw Van der Plas.

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

Dank u wel. Voorzitter en beste burgers van Nederland. Ik krijg een beetje hoofdpijn van dit zorgakkoord. Ik krijg er hoofdpijn van omdat de minister met mooie woorden en beloftes een grote bezuiniging probeert te verhullen, omdat we met dit akkoord absoluut niet klaar zijn voor de toekomst en omdat we eigenlijk tegen de zorgmedewerkers en de patiënten zeggen: zoek het maar uit.

Voorzitter. Ik was best hoopvol toen ik begon met lezen, want dit zorgakkoord gaat over passende zorg. Daar kun je alleen maar voor zijn. Passende zorg betekent in mijn beleving dat wanneer ik mijn been breek, een zorgverlener mijn been op de juiste wijze in het gips zet, zodat het kan genezen. Dit zorgakkoord zegt dan: "Nee, gips is te duur. Vandaag is het rekverband in de aanbieding; doe dat er maar omheen." Dat gaat zo niet. Dit is een garantie voor grote problemen. Ik begrijp heel goed dat veel organisaties dit akkoord niet meetekenen. Ik begrijp niet dat er organisaties zijn die er wel in meegaan. Wellicht hebben de zogenaamde transformatiemiddelen ze over de streep getrokken. Daar trekt de minister namelijk wel geld voor uit: maar liefst 2,8 miljard. Ik zal u vertellen

waar een groot deel van dat geld waarschijnlijk naartoe gaat. Dat gaat naar een nieuw in te richten bestuurlijk overleg, monitoring en het programmateam. Er wordt weer een heel vehikel opgericht ter uitvoering van dit zorgakkoord. Als een partij aanspraak wil maken op deze transformatiemiddelen, moet men een transformatieplan indienen dat de zorgverzekeraars gaan beoordelen. Die hadden namelijk toch nog niks te doen.

Voorzitter. We hebben te weinig handen aan het bed. En wat doet deze minister? Hij pompt geld in managers en bestuurders. Wie het akkoord goed leest, ziet ook dat onder "passende zorg" centralisatie wordt verstaan. Daar horen termen bij als "zorg rondom de patiënt" en "de juiste zorg op de juiste plek". Maar centralisatie is niets anders dan het concentreren van zorg in de stedelijke gebieden. We hebben daar nu genoeg voorbeelden van gezien. We gaan spoedeisendehulpdiensten sluiten. Vervolgens gaan we op en neer rijden met patiënten. Nadat ze van de spoedeisende hulp afkomen, mogen ze namelijk wel terug naar hun eigen regioziekenhuis. Wat kost zo'n ritje? Dat kost met gemak €700, toch? Wie gaat deze ambulance besturen en bemannen? Er zijn nu al tekorten aan ambulancepersoneel.

Goede zorg is zorg dichtbij de patiënt, waarbij zorgverleners samenwerken en kennis delen over de patiënt. Er wordt gesteld: het eerste uitgangspunt voor passende zorg is dat het klimaatneutraal is. Volgens mij moet goede zorg het eerste uitgangspunt zijn, maar goed. Hoe klimaatneutraal zijn de vele ambulanceritten om patiënten te vervoeren, en de vele kilometers die patiënten extra moeten maken omdat hun eigen ziekenhuis dichtgaat?

Voorzitter. De huisartsen worden steeds zwaarder belast. Zo zijn er steeds meer complexe psychische problemen die langdurig op het bordje van de huisarts terecht komen. Het zorgakkoord heeft het over eerstelijnszorg die blijvend beschikbaar en toegankelijk is voor iedereen. Er wordt meer tijd voor de patiënt beloofd. Ik ben het daar helemaal mee eens, maar hoe gaat de minister dit waarborgen? Meer tijd heeft namelijk alles te maken met meer geld. Het is zo belangrijk dat huisartsen meer tijd krijgen, juist omdat er steeds meer op hun bord is gekomen. Het is ook belangrijk omdat zij juist aan de voorkant veel kunnen afvangen, waarmee de tweedelijnszorg wordt ontlast.

We moeten geld slim uitgeven. Daarom wil ik het ook hebben over de zorgverzekeraars die ingrijpen in het medicijngebruik. Een cardioloog vertelde mij dat ze veel tijd kwijt is aan patiënten die verplicht een ander merk medicijn moeten nemen en daar klachten door krijgen. Deze mensen komen vaak weer op het spreekuur. Er moet bloedonderzoek worden gedaan of er moeten hartfilmpjes worden gemaakt, et cetera. Zie ook het voorbeeld van een schildklierpatiënt die na de overstap op een ander merk niet meer goed is ingeregeld en daardoor meerdere keren moet veranderen van dosering. Dat gaat elke keer gepaard met een bloedonderzoek. Dit is volgens mij echt penny wise, pound foolish. Als medicatie goed werkt, moeten we ervan afblijven. Is er al eens in beeld gebracht wat deze zogenaamde bezuiniging daadwerkelijk kost?

Voorzitter. Ik sluit af. We moeten zuinig zijn op onze zorgprofessionals. Daarvoor zijn marktconforme salarissen nodig. Er was al een achterstand in de ontwikkeling van salarissen. Die wordt alleen maar groter. Ik blijf het zeggen: we moeten investeren in de

zorg, anders worden de problemen nog groter. We hebben het steeds over complexe zorg, maar zorg is zorg. Wij maken het complex. Wat gaat de minister doen om nu eindelijk eens een einde te maken aan de administratieve druk? Ik heb zonet al een voorzetje gegeven. Hoeveel miljarden zijn daarop te besparen, die rechtstreeks naar de zorgverleners en zorgvragers kunnen gaan? Mijn laatste vraag is: welke potten liggen nog in Brussel waar wij geld uit kunnen halen? Gek genoeg weten landen als Frankrijk en Duitsland namelijk wel die potten leeg te trekken. Halen wij echt alles uit de kast? Er ligt bijvoorbeeld 4 miljard euro in Brussel voor kankeronderzoek. Hoeveel heeft Nederland daarvan al aangevraagd?

Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Van der Plas. Het woord is aan de heer Hijink.

De heer Hijink (SP):

Dank, voorzitter. Het sluiten van een akkoord in de zorg kan verstandig zijn als je de neuzen dezelfde kant op wil hebben. Maar wat de SP betreft gaat het fundamenteel fout als de grondslag van die akkoorden een bezuiniging is. Wij missen in dit akkoord ook de inbreng van de mensen die daadwerkelijk het werk doen: de huisartsen, maar natuurlijk vooral ook de zorgverleners, de verpleegkundigen en de verzorgenden. Hoe kan het dat zij in dit akkoord niet serieus zijn genomen? Het akkoord leest als weer veel meer van hetzelfde: bezuinigingen zonder de perverse marktwerking uit het stelsel te halen, een buitensporig hoog vertrouwen in technologie en te weinig aandacht voor de zorgverleners zelf. Er zitten heel veel mooie woorden in die vooralsnog heel weinig concrete betekenis hebben.

De Raad voor Volksgezondheid & Samenleving heeft ook opnieuw gewaarschuwd: sluit nou niet een akkoord waarin het bezuinigingsdoel al is vastgelegd. De Algemene Rekenkamer heeft daar jaren geleden ook al voor gewaarschuwd. Het is eerder misgegaan en nu gebeurt het weer. Dit akkoord moet 1,5 miljard euro opleveren. Wat gebeurt er dan? De afspraken worden met dat doel gemaakt. Dat is natuurlijk het meest pijnlijk in de wijkverpleging. De minister probeert mooie sier te maken met extra geld voor de wijkverpleging. Oplopend tot 2026 krijgt de wijkverpleging er ruim 400 miljoen euro bij, maar wel nadat er eerst 600 miljoen euro is afgehaald. Mijn vraag aan de minister is of zij vindt dat dit creatieve boekhouden bijdraagt aan het vertrouwen van de mensen die daadwerkelijk het werk doen in het zorgakkoord. Dragen dit soort trucjes daar nou aan bij?

Veel mensen krijgen ook jeuk van de gekozen woorden "passende zorg", "zinnige zorg" en "waardevolle zorg". Het zijn vaak verhullende termen, die nuttig zijn voor politici, maar helemaal niks zeggen voor zorgverleners. Zo staat bijvoorbeeld in dit akkoord dat passende zorg arbeidsbesparend, informeel, digitaal en zelfs klimaatneutraal is. Passende zorg is eigenlijk wat het kabinet graag wil dat het is, en daarmee betekenisloos. Zeker als het voor de praktijk betekent dat er meer werk gedaan moet worden met minder mensen. Het doet mij wat dat betreft ook erg denken aan hoe de VVD altijd sprak over liefdevolle zorg in de verpleeghuizen, nadat ze eerst enorm heeft lopen bezuinigen en voor minder zorgverleners heeft gezorgd. Dat is gewoon hypocriet

en niet goed.

Voorzitter. De vakbonden hebben niet voor niks niet meegedaan met dit akkoord. Het kabinet doet namelijk niks om de loonkloof te dichten en de werkdruk in de zorg serieus te verlagen. Sterker nog, het uitgangspunt is dat het aantal werknemers in de zorg gelijk moet blijven. Hoe ziet het kabinet dat precies voor zich, met de grote tekorten die er nu al zijn? Is wat we in de verpleeghuizen nu zien een voorbode van wat we in rest van de zorg gaan zien? Betekent dit dus dat er bezuinigd gaat worden op personeelsinzet en tegen zorgverleners wordt gezegd: doe hetzelfde werk of meer werk, maar met minder mensen?

Het raakt ook het onderliggende probleem. Een systeem met marktwerking en concurrentie ontmoedigt de samenwerking. In plaats van dat systeem aan te pakken, moeten er nu regels en afspraken worden gemaakt om de concurrentie af te remmen en de samenwerking te bevorderen. Zie ook de voorstellen om de bureaucratie te verminderen. We hadden het daar net over. Er komt een nieuwe poging om regels te schrappen, maar eerdere schrapsessies hebben heel weinig opgeleverd. Dat is ook niet zo gek, omdat het onderliggende probleem niet wordt aangepakt: het georganiseerde wantrouwen, de verantwoordingsgekte, de commerciële keurmerken en de dwingende rol van de zorgverzekeraars. Als we nou eens meer zouden vertrouwen op de kwaliteit en inzet van de zorgverleners, zou dan de rol van banken, accountants, verzekeraars, de Belastingdienst, de Zorgautoriteit, de ACM en ga zo maar door, niet een heel stuk kleiner moeten worden?

De SP krijgt vaak het verwijt dat wij alleen maar over stelselwijzigingen willen praten. Wat hier gebeurt, is eigenlijk erger. Opnieuw worden lagen bureaucratie toegevoegd aan het bestaande systeem, aan het falende zorgstelsel. Dat gaat de problemen niet oplossen maar juist verergeren. Een gebouw met een rot fundament kun je niet met paaltjes blijven stutten. Wat gebeurt er als je samenwerking gaat afdwingen in een stelsel dat niet gericht is op samenwerking? Dan krijg je de zorgcoördinatiecentra, die de minister wil voor de acute zorg. Dat is een nieuwe laag tussen de patiënt en de zorgverlener waar we weinig mee opschieten. Draait het bij samenwerking juist niet veel meer om het elkaar kennen en kunnen vertrouwen? Staat schaalvergroting wat dat betreft niet haaks op de samenwerking die je graag wil?

Voorzitter. Het zorgakkoord moet tot samenwerking dwingen, maar wat ik lees, gaat over regiobeelden met regioplannen, transformaties en kwartaaloverleggen. Wat wel kan werken, wordt helaas niet gedaan. Het productie draaien in de zorg wordt niet gestopt. De winstuitkeringen in de zorg worden niet gestopt. De versnippering van de zorg over loketten, financieringsstromen en financiers wordt niet gestopt. Er is meer gepraat, maar geen aanpak om het marktdenken te stoppen. Ik sluit af met een citaat van Derk Runhaar. Hij zei — ik weet niet meer precies waar, in de krant of online — dat sinds 2006 de zorg toegankelijk is gemaakt voor het kapitaal, dat nu kan profiteren van de rendabele delen van de zorg, maar dat de kosten van de onrendabele delen van de zorg terecht komen bij de samenleving. Ik denk dat dat een hele rake analyse is. De zorg is op dit moment een goudmijn voor mensen die eraan willen verdienen. De rest van de kosten ligt bij de samenleving.

De **voorzitter**:

Dank u wel meneer Hijink. De heer Bevers heeft een vraag voor u.

De heer **Bevers** (VVD):

Het is duidelijk dat meneer Hijink en ik een iets andere interpretatie hebben van het zorgakkoord. Ik heb eigenlijk een vrij simpele vraag. Ondanks al zijn kritiek en de opsomming van alles wat niet goed is, hebben ook de zorgpartijen toch gezegd: wij willen hiermee aan de slag, omdat wij hier toekomst in zien? Hoe verklaart hij dat dan?

De heer **Hijink** (SP):

Die zorgpartijen worden aan tafel gebracht door de minister, door het kabinet, met de opdracht om een bezuiniging te halen van 1,5 miljard euro en om oplossingen te zoeken binnen het bestaande zorgstelsel. Dat zij op die manier aan tafel gaan zitten en het gesprek aangaan, snap ik wel. Dat je dan in de regio's gaat proberen ondanks dit falende zorgstelsel toch nog beter te kunnen samenwerken, snap ik ook wel. Ik ben alleen niet gerust op de uitkomst en ik ben al helemaal niet blij met de manier waarop die gesprekken zijn begonnen, beginnend met een bezuiniging en beginnend met het heilig verklaren van het stelsel dat we hebben waardoor die dominante rol van de zorgverzekeraar nog steeds niet ter discussie mag worden gesteld. Als dat het uitgangspunt van je gesprek is, kan het haast alleen maar mislukken.

De heer **Bevers** (VVD):

Ik vroeg niet nadrukkelijk waarom ze het gesprek zijn aangegaan, maar waarom ze hun handtekening hebben gezet en ze hebben gezegd: wij zien in dit Integraal Zorgakkoord toekomst en we zien in de uitgangspunten vertrouwen terug in deze sector en in de professionals. Wij zelf kijken anders naar het akkoord dan de SP, maar desondanks vraag ik opnieuw aan de heer Hijink: waarom hebben dan al die partijen gezegd dat ze hun handtekening onder dat akkoord zetten?

De heer **Hijink** (SP):

Ik zou zeggen: dat moet u aan die partijen vragen en niet aan de SP. Ik stel vast dat er ook heel veel organisaties niet hebben meegedaan. Ik stel ook vast dat misschien wel de belangrijkste groep, namelijk de werknemers in de zorg, de verzorgenden, de verpleegkundigen en al die anderen die zich elke dag helemaal uit de naad werken om ons land gezond te houden, niet betrokken is bij het akkoord dat er nu ligt. En ik doe helemaal niks af aan de inzet van iedereen die het beste eruit wil halen op het moment dat ze door de minister worden uitgenodigd, maar ik kijk wel naar het resultaat dat er ligt en naar de manier waarop de minister deze partijen aan tafel heeft gebracht, wat toch pleisters plakken is op een in mijn ogen falend zorgstelsel. En dat is wat er is gebeurd.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Dan meneer Van Houwelingen.

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

In aanvulling op deze vraag. Verwacht de heer Hijink wellicht dat dwang van het ministerie nodig zal zijn, zoals mevrouw Ellemet verwacht, om het akkoord door de partijen te doen naleven? Zo ja, waarom en, zo nee, waarom niet? Hoe kijkt u daartegenaan?

De heer **Hijink** (SP):

Ik ga daar niet voor pleiten. Ik vind dat wij als politiek, als publieke sector, dus ook de minister zelf en de Tweede Kamer, veel meer grip moeten hebben op de zorg. Vandaar ook ons pleidooi voor een nationaal zorgfonds, waarin de regio, zorgverleners en patiënten meer te zeggen krijgen. Dus dat is de manier van democratisering die ik voor mij zie. Ik zit niet te wachten op een dictator op VWS die de boel gaat organiseren. Nee, ik wil juist de macht teruggeven aan de professionals, want die weten in mijn ogen het best hoe de zorg in elkaar zit.

De **voorzitter**:

Dank u wel, meneer Hijink. Het woord is aan de heer Raemakers, die zijn bijdrage zal leveren namens de fractie van D66.

De heer **Raemakers** (D66):

Voorzitter, dank u wel. Ik val vandaag in voor mijn collega Paulusma.

De zorg staat voor enorme uitdagingen. We leven langer en er zijn steeds meer ouderen en meer chronisch zieken. Tegelijkertijd komen we handen tekort in de zorg en raken zorgverleners en mantelzorgers steeds vaker overbelast. Dat vraagt om het maken van keuzes. Die keuzes zijn niet altijd makkelijk maar wel nodig. Dat soort keuzes werkt alleen als de gehele zorgketen zich erachter schaart. Daarom ben ik ontzettend blij dat er een akkoord ligt waar zo veel partijen zich aan committeren, de ziekenhuizen, de ggz, de wijkverpleging maar ook de gemeenten, de VNG, zodat we voorkomen dat mensen ziek worden en we problemen bij de wortel aanpakken. Dat is absoluut historisch te noemen. Ik spreek dank uit aan de verantwoordelijke ministers en de staatssecretaris. Het is vaak makkelijker om alles bij het oude te houden, maar zoals de probleemschets van het akkoord heel duidelijk maakt: zo doorgaan kan niet langer. Want als we niets doen, werkt in 2040 een op de vier mensen in de zorg. Dat vraagt om over onze eigen schaduw te stappen, en dat is gelukt. Hulde daarvoor aan alle betrokkenen.

Naast dat we enthousiast zijn over de richting die het IZA inslaat, wil ik twee zaken noemen waar wij nog extra aandacht voor vragen. Zoals u weet, heeft D66 moeite met het verlagen van de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg. Mensen thuis maken zich zorgen. Ze vragen zich af of ze straks nog wel hun eigen huisarts kunnen kiezen, terwijl in het IZA heel duidelijk staat dat huisartsenzorg zal worden uitgezonderd van deze maatregel zodat iedere verzekerde altijd zijn eigen huisarts zal kunnen kiezen; ik verwijs naar bladzijde 103. Zou minister Helder kunnen toelichten hoe deze maatregel wel bedoeld is? Ik zou erg graag willen weten hoe zij de Kamer informeert over de ontwikkelingen op dit vlak, want wat D66 betreft moet de maatregel gericht zijn op kwaliteitsverbetering en mag die niet de keuzevrijheid van mensen inperken.

Ten tweede. Het IZA richt zich op een verbeterde samenwerking, op domeinoverstijgend werken. Doordat partijen binnen en buiten de zorg samenwerken kan zwaardere zorg worden voorkomen. Een voorbeeld is dat zorgverzekeraars en gemeenten de handen ineenslaan voor een goede aanpak voor schulden, wanneer mensen van alle problemen rondom hun schulden 's nachts niet meer kunnen slapen. Het is effectiever om die mensen van hun schulden af te helpen in plaats van hun slaapmedicatie te geven. Dat

kan dus soms minder zorg betekenen; goed voor de mens, en het helpt tegen de druk op de zorg. Domeinoverstijgend werken is dus de toekomst. Ik vind het daarom pijnlijk om te lezen dat er nog steeds medisch-specialistische bedrijven zijn die PMPM, uurtje-factuurkje, doen. Zes ziekenhuizen zijn zelfs een onderzoek begonnen naar hun medisch-specialisten naar aanleiding van eerdere signalen van ongeoorloofde betalingen. Daarvoor heeft D66 al vaker aandacht gevraagd. Hoe kijkt de minister hiernaar? Wil hij dit meenemen in zijn stappen rondom de transformatie naar passende zorg van medisch-specialistische bedrijven?

Ten slotte, voorzitter, wil ik ook graag twee zaken benoemen waarvan ik enthousiast word. Allereerst is het goed dat de eigen regie van de patiënt het uitgangspunt blijft, met name als het gaat om toegang tot een persoonlijke gezondheidsomgeving (PGO). D66 heeft hierover samen met het CDA eerder een amendement ingediend. Een mooie eerste stap naar een integraal PGO moet er wat ons betreft komen, dus laten we nu doorzetten. Ik wil daarom graag van de minister weten welke stappen worden ondernomen om de doelstelling van 2025 te halen.

Het IZA ademt preventie en domeinoverstijgende samenwerking, maar beide kunnen wat ons betreft pas echt goed tot uiting komen met alternatieve manieren van financieren, zoals populatie- en uitkomstbekostiging in plaats van uurtje-factuurkje. Het zou mooi zijn als dit ook een plek krijgt. Kan de minister in de vorming van de regiobeelden de kansen voor uitkomst- en populatiebekostiging meenemen?

Samenvattend denk ik dat we met het IZA een goede stap vooruit zetten. Een mijlpaal is bereikt, maar dit was de eerste stap. Nu moeten we snel de volgende zetten, en daar is haast bij geboden. Want wat gaan we doen als de afspraken uit het IZA onvoldoende worden nagekomen? Wie gaat de knoop doorhakken als de werkelijkheid anders uitpakt dan we hadden voorzien? Graag een reactie van de minister hierop.

Dank u wel, voorzitter.

De voorzitter:

Dank u wel, meneer Raemakers. Het woord is aan de heer Van Houwelingen.

De heer Van Houwelingen (FVD):

Dank, voorzitter. In de zorgvisie van dit kabinet lijken wat ons betreft drie woorden centraal te staan, het woord "integraal", Integraal Zorgakkoord, het woord "grenzeloos", bijvoorbeeld het advies van de Raad voor Volksgezondheid & Samenleving "Grenzeloos samenwerken", en het al eerder genoemde woord "samenwerking", dat meer dan 400 keer valt in het Integraal Zorgakkoord. Dat klinkt allemaal heel mooi, want wie kan er nou tegen samenwerking zijn? Het klinkt allemaal mooi en fraai, maar wij denken dat het een façade is waarachter een harde werkelijkheid schuilgaat. De vraag is om te beginnen hoe vrijwillig het is. In het zorgakkoord wordt gesproken over beleidsplannen die moeten worden opgesteld, over samenwerkingsverbanden die moeten worden ingericht, over gezamenlijke werkagenda's die moeten worden gemaakt. Mevrouw Ellemet zei het ook al: het is maar de vraag of dat allemaal gaat gebeuren. Nu is eigenlijk al de roep dat de minister hard gaat ingrijpen als het niet gebeurt. Dat is heel veelzeggend, denk ik. Als het niet vrijwillig is, is dat eigenlijk al een teken aan de wand.

Dan is de tweede vraag: gaat het werken? Ik heb zelf bij een instelling gewerkt waar men ook op een gegeven moment zo ging denken. Je moest alles samen doen, je moest samenwerken, het moest integraal, het moest sectoroverstijgend, lange lijnen. Waar het op neerkwam, was dat de professional werd onteigend. Die moest met iedereen gaan samenwerken. Er werden enorme vergadercircuits opgetuigd. Vaak moet een centraal bestuur dan het besluit nemen omdat men er niet uitkomt. Het werkt dus centraliserend in de besluitvorming en het onteigent de medewerkers. Dat heeft allemaal negatieve effecten. Ik vraag me af of dat bij het ministerie voldoende op het netvlies staat.

De voorzitter:

Voordat u verdergaat: mevrouw Van den Berg.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Ik ben het trouwens eens met meneer Van Houwelingen dat we de zorgprofessional veel meer vertrouwen moeten geven. Laat ik me daar dus bij aansluiten. Maar ik kom even terug op het eerste puntje. Meneer Van Houwelingen zei: het is niet allemaal vrijwillig. Is meneer Van Houwelingen het met het CDA eens dat er veel commerciële belangen zijn en dat als alles op basis van vrijwilligheid moet, de organisaties met commerciële belangen dat dan zeker niet gaan doen?

De heer Van Houwelingen (FVD):

Ik ben het met u eens dat ons zorgstelsel nou eenmaal zo is ingericht dat het niet 100% op basis van vrijwilligheid is. Wij hebben een zorgstelsel met afspraken met zorgverzekeraars enzovoort. Het is wat ons betreft — dat is mijn betoog — alleen allemaal veel te veel top-down. Het is veel te centralistisch ingericht. Wij zouden dat juist willen terugdrukken. Ik denk dat ik dat ook een beetje in uw betoog hoorde. Dat is dus wat wij willen. Dat wil natuurlijk niet zeggen dat we iedereen en alles 100% loslaten — dat kan natuurlijk ook niet — maar we willen de andere kant op bewegen. Dat is het betoog dat we houden. Ik ga daarmee door als de voorzitter dat goedvindt.

De voorzitter:

Uiteraard vind ik dat goed, maar ik kijk even naar mevrouw Van den Berg.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Ik ben nu helemaal in verwarring, want de heer Van Houwelingen zegt dat we niet moeten centraliseren. Ik gebruik altijd liever het woord "concentreren", zeker niet "centraliseren". Maar als hij zegt dat we de andere kant op moeten bewegen, dan ben ik wel heel benieuwd hoe meneer Van Houwelingen aankijkt tegen het voorbeeld van de traumazorg en de openhartoperaties. Dat zijn voor mij evidente voorbeelden van zorgverlening die niet in ieder ziekenhuis kan plaatsvinden. Maar meer dan 90% van de zorg is niet hoogcomplex en kan dus wel in de regio worden geleverd.

De heer Van Houwelingen (FVD):

Daar kom ik eigenlijk in het vervolg van mijn betoog op terug. Ik denk dat dat voor de hand ligt, dus als u mij toestaat om mijn betoog te vervolgen ... De situatie die nu dreigt te ontstaan is dat je veel afstemming krijgt, dat je veel bureaucratie krijgt door al die

overleggen die in het Integraal Zorgakkoord staan. Dat gaat veel tijd kosten. Ik vraag me af of daar wel rekenschap van is gegeven, want die tijd kan straks natuurlijk niet besteed worden aan zorg. Je krijgt ook monopolisering — dat is net al genoemd — want je houdt minder zorgaanbieders over. Dat leidt onvermijdelijk tot hogere kosten, zoals studies hebben aangetoond. Een fundamenteel verschil tussen de visie van het ministerie en die van ons is dat de instellingen wat ons betreft al te groot zijn. Ik heb dat vaker gezegd. Niet alleen wij vinden dat. Professor Jos Blank heeft daar bijvoorbeeld veel onderzoek naar gedaan in Delft. Hij zegt bijvoorbeeld dat de optimale schaal van een ziekenhuis 250 ziekenhuisbedden is. Wij zitten aan de 500, dus we zijn al veel te groot. Ondanks dat blijven we ziekenhuizen, zoals die streekziekenhuizen, sluiten. Dat is net ook al vaak genoemd. Dus we zitten al verkeerd en we gaan nog verder in de verkeerde richting. Je eindigt dan in een soort zorg economie die lijkt op een soort centrale planeconomie. Wij denken dat dat niet gaat werken. Dat leidt tot minder efficiëntie. Dat leidt ook tot minder innovatie. Uiteindelijk zijn we dan allemaal de klos.

Ik zei al dat de integrale geboortezorg die kant op beweegt. We hadden prachtige geboortezorg. We hebben nog een brief gehad van de Engelse verloskundigenvereniging, die aangaf: doe dit niet. Het is toch gebeurd. Het wordt nu in de ziekenhuizen getrokken; dat is ook weer een beweging die kant op. De afdeling kinderhartchirurgie moet in twee goede ziekenhuizen — niemand die daar ontevreden is — verdwijnen. Dus alles gaat altijd maar die kant op. We zien dat ook op andere terreinen. Bij de gemeentes, overal, moet alles maar samengevoegd en gecentraliseerd worden onder het mom van: dat is professioneel, dat is toekomstbestending, dat is goed voor de bestuurskracht. Nou, wij geloven daar dus niet in.

Ik sprak deze week toevallig een arts, die zei dat de professionalisering ook te ver doorgaat. Natuurlijk moet je als arts niet slechts een paar operaties aan bijvoorbeeld een heup per jaar doen. Maar het is een parabool. Die arts zei dat je je op een gegeven moment ook te veel kunt gaan specialiseren. Je kunt te veel dezelfde soort operaties doen. Toen gaf hij het volgende voorbeeld, om het maar even mee te geven. Er kwam in het ziekenhuis iemand bij hem met een infectie aan zijn heup. Dat valt onder infectieziekten. Toen moest er een orthopeed uit een ander ziekenhuis komen, want er bleek ook iets op dat terrein aan de hand te zijn. Maar toen die man aankwam, zei hij: het gaat om de heup, maar ik weet eigenlijk alleen wat van schouders. Dus op een gegeven moment gaat dat niet meer werken. Het gaat te ver die kant op.

Het akkoord staat ook bol van efficiëntie. Niemand is natuurlijk tegen efficiëntie, alleen is een bezettingsgraad van bijvoorbeeld 95% op de ic ook niet goed. Dat zei die arts trouwens ook. Bij hotels is het ook zo. Je zou 60% tot 70% moeten hebben. Dan kun je klappen opvangen. Dan kan het personeel ook een keer uitrusten. Het is op zo'n manier ingericht dat het uiteindelijk contraproductief is.

Tot slot de digitalisering, want daar wordt natuurlijk ook vol op ingezet. Ook daarbij vragen we ons af: moet alles wat kan maar kunnen? We hebben daar debatten over gehad, bijvoorbeeld over sensoren in incontinentieluiers en over het kweken van embryo's. Ik ga dat debat nu natuurlijk niet voeren, maar daar wordt maar op ingezet zonder dat erbij wordt nagedacht. Wij vragen ons af of alles wat kan, ook moet kunnen. Daar zetten wij vraagtekens bij.

Tot slot, hoe moet het dan wel? Want het is natuurlijk allemaal kritiek. Er wordt vaak over ons gezegd: hoe wil je het dan hebben? Nou, wij willen dus de andere kant op bewegen, dus decentraliseren, juist meerdere kleinere zorgaanbieders. In het zorgakkoord is ongecontracteerde zorg nog net niet verdacht, maar het idee is dat we dat niet moeten hebben. Nou, wij vinden dat juist mooi.

De **voorzitter**:

Ik zou u willen vragen om uw bijdrage af te ronden.

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

Ik ga afronden, nog 30 seconden.

De **voorzitter**:

In één maximaal twee zinnen.

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

Laat duizend bloemen bloeien. Zelfstandige zorg en buurtzorg: dat zijn de voorbeelden. En dan mijn laatste zin, voorzitter, met uw toestemming. Dat leidt er juist toe dat je meer werkplezier en meer innovatie krijgt. Dan gaat het ziekteverzuim omlaag en de productie omhoog.

Dank u wel, voorzitter.

De **voorzitter**:

Dank u wel, meneer Van Houwelingen. Het woord is aan de heer Van der Staaij.

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

Dank u wel, voorzitter. Ik was afgelopen vrijdag op werkbezoek bij het UMC in Utrecht. Daar ging het ook over de vraag wat er nodig is voor goede, toekomstbestendige zorg. Het werkbezoek werd afgesloten met een mooi gesprek met een zaal vol verpleegkundigen over de toekomst van hun vak. We spraken natuurlijk over taaie vraagstukken, waar we onze tanden op stukbijten en die u ook allemaal tegenkomt bij uw werkbezoeken: regeldruk, werkdruk en personeelstekorten. Maar die dag kwam ook de vraag voorbij wat hen uiteindelijk werkplezier gaf. Het was mooi om te horen wat daarover gezegd werd: de omgang met patiënten en het feit dat een werkdag nooit hetzelfde is.

Werkplezier lijkt een heel ander onderwerp dan het Integraal Zorgakkoord waarover we vandaag spreken, maar het ging wel over hetzelfde thema. Hoe zorgen we voor een houdbare, toekomstbestendige zorg? Het is altijd makkelijk om kritiek te hebben en te zeggen wat je allemaal mist of wat je er nog bij wilt, maar laat ik vooropstellen dat ik zie dat er ontzettend veel inspanning is verricht om te komen tot gedeelde werkagenda's op belangrijke thema's als het verbinden van de formele en de informele zorg, goede en passende zorg en digitalisering. Alle waardering en steun daarvoor. Maar als ik kijk vanuit het centrale begrip "werkplezier", moet ik toch ook zeggen dat het Integraal Zorgakkoord niet leest als een roman. Het is niet zo dat je zegt: neem het mee, lees er een halfuurtje in en ga lekker aan de slag. Toch denk ik dat dat is wat nodig is, juist als

je met heel veel mensen bezig bent, allemaal op je eigen manier. Dat is een vraag die mij bezighoudt: hoe kun je de link leggen van zo'n werkagenda naar werkplezier dat mensen hebben om ermee aan de slag te gaan in de praktijk en om het dichterbij te brengen? Anders ben ik toch bang dat we gaan bekijken wat er niet goed is gegaan, wie dat heeft gedaan en wie daarop moet worden aangesproken, en dat met allemaal keurige monitoring en zo. Dat is makkelijker gezegd dan gedaan — dat besef ik — maar ik wil die uitdaging hier vandaag toch op tafel leggen.

Ik heb ook nog even teruggekeken. Over zo'n zorgakkoord hebben wij ons altijd positief uitgelaten, maar het is ook goed om eens in de spiegel te kijken. Het rapport van de Raad voor Volksgezondheid & Samenleving heeft ons eigenlijk ook een spiegel voorgehouden. Een aantal van de afspraken zijn doorgevlood. Zij constateren dat het financiële kader wel vooropstaat, waardoor de zorginhoud op de tweede plek komt te staan, en dat dat wel een valkuil is. De beperkte betrokkenheid van de politiek en de Kamer bij de totstandkoming werd als een minpunt gezien. Ze constateren ook dat de hoofdlijnenakkoorden op minder draagvlak in de zorg kunnen rekenen, wat de uitvoering bemoeilijkt. Daar komt met name dat laatste punt weer terug. Hoe krijg je nu de goede bewegingen, die breed gedeeld worden? Hoe krijg je daar de energie van al die mensen op de werkvloer in?

De Raad voor Volksgezondheid & Samenleving formuleerde ook een aantal uitgangspunten waaraan een eventueel zorgakkoord, zoals we dat nu kennen, zou moeten voldoen: inhoudelijk afgebakende opgaves en leiderschap van betrokkenen, die dat ook moeten kunnen waarmaken. Ik zou ook op dit soort uitgangspunten nog wel een reflectie willen horen van de bewindslieden of daar met dit Integraal Zorgakkoord aan voldoen wordt.

Voorzitter. Een lastig punt is het volgende. We hebben het hier graag over "integraal". Dat is een prachtig woord. Tegelijkertijd zie je dat het knelt op het snijvlak van de zorgwetten, bij de samenwerking tussen het sociale domein en de huisartsen en bij de stap van maatschappelijke ondersteuning naar de langdurige zorg. De zorgvraag van patiënten past zelden binnen de schotjes van ons zorgstelsel. Omdat het geen roman was, heb ik er iets langer over gedaan om erdoorheen te komen, maar mijn vraag is: wat zijn nu precies de afspraken en acties in dit zorgakkoord die door die schotten heen breken?

Inhoudelijk bezien is het natuurlijk ook de vraag wat er gedaan wordt met de zorgen die leven bij de zorgpartijen die niet hebben getekend en die niet betrokken waren of afgehaakt zijn. Ik wil ook speciaal noemen dat ik vanuit de wijkverpleging terug hoor dat er van veel van deze ambities weinig terecht zal komen als ze er niet van overtuigd zijn dat het financieel gezonder wordt. Hoe staat het met mijn spreektijd, voorzitter? Het was vijf minuten, hè. Ik heb mijn klokje meelopen hier, dus ik ga naar mijn laatste vraag.

De **voorzitter**:

U hebt nog vijftien seconden.

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

Nog vijftien seconden? Uitvoerbaarheid. In hoeverre is dat getoetst? Ik zie voor de ggz

mentalegezondheidscentra als oplossing. Dat zou best kunnen, maar hoe weten we dat dit gaat werken en dat het niet een schijf erbovenop is? Is daarover doorgedacht?

Daar wilde ik het bij laten, voorzitter. Ik heb nog de vraag uitstaan hoe vaak het woord "werkplezier" in het Integraal Zorgakkoord staat. Het komt er een paar keer in voor heb ik begrepen.

De **voorzitter**:

Hoe vaak dat exact is, gaat mevrouw Agema voor u opzoeken. Dan mevrouw Pouw-Verweij.

Mevrouw **Pouw-Verweij** (JA21):

Dank u wel, voorzitter. De afspraken in het zorgakkoord moeten de zorg die onder de Zorgverzekeringswet valt, de komende vier jaar toegankelijk en betaalbaar houden. Vier jaar, want dat is de looptijd van het zorgakkoord. Dat brengt mij meteen bij mijn eerste vragen. Wat is de waarde van een ingrijpend akkoord, dat geldt voor zo'n korte periode? Is het akkoord gericht op een inhoudelijke visie op de zorg of slechts op de noodzaak om de kosten te drukken? JA21 streeft naar een goed zorgstelsel dat financieel houdbaar is. We moeten onze ogen niet sluiten voor stijgende kosten, die we als samenleving met elkaar moeten opbrengen, maar dat is iets anders dan financiële ingrepen verkopen in de verpakking van betere zorg, of erger nog, de noodzaak tot bezuiniging leidend maken. Voor JA21 is dat een totaal verkeerd uitgangspunt. Wat al die mensen die zich dag en nacht met hart en ziel voor de zorg inzetten nodig hebben om goede zorg te leveren, hoort leidend te zijn voor het stelsel.

Inmiddels hebben ziekenhuizen, verpleegkundigen, ggz en ouderenorganisaties hun handtekening gezet onder een enorm pakket aan afspraken. Maar het is tekenend dat uitgerekend de huisartsen, de poortwachters van de zorg, zwaar sceptisch zijn. De huisartsenverenigingen zeggen het heel simpel: het vertrouwen is weg omdat eerdere afspraken niet zijn waargemaakt. Daarom willen zij nu eerst concrete resultaten zien: meer tijd voor de patiënt en duidelijkheid over de tarieven voor de acute zorg op de huisartsenpost. Het eerste is nota bene al toegezegd door de minister, dus dit lijkt me niet te veel gevraagd. De huisartsen zijn cruciaal voor het in stand houden van ons gehele zorgsysteem. Hen opnieuw passeren lijkt mij geen optie. Ik wil de minister daarom vragen: is hij bereid deze handreiking te doen? Zo ja, hoe? Wil hij het vertrouwen van deze cruciale beroepsgroep herwinnen? Stel dat de huisartsen niet meer aanhaken. Wat dan? Kan het Integraal Zorgakkoord überhaupt door zonder handtekening van de eerste lijn?

Dan de manier waarop de gemeenten naar het zorgakkoord kijken. De VNG zegt positief te staan tegenover de ingeslagen weg, maar er zit een hele grote adder onder het gras: geld. Hoe kijkt de minister ertegenaan dat de VNG aangeeft dat gemeenten niet in staat zijn de doelstellingen van het IZA er nog eens bij te krijgen, terwijl de druk op de Wmo al groot is en nog verder stijgt? Een groot bezwaar van de gemeenten is de bouwopgave van 50.000 woningen met plekken voor verpleegzorg. Zij zien dat niet gebeuren. Mijn fractie ziet daarin overigens weer een bevestiging van de noodzaak om ook bejaardentehuizen te gaan bouwen. Maar als we kijken naar het beleid van de regering en ervan uitgaan dat de bouwopgave van 50.000 woningen nodig is, dan heb ik de

volgende vragen aan de minister. Wat betekent de constatering dat gemeenten een van de bouwstenen voor het IZA als onrealistisch bestempelen?

Dan de 45 minuten norm. Eerder heb ik het met de minister gehad over de concentratie van de kinderhartchirurgie. Mijn fractie is duidelijk: zeer specialistische zorg moet worden geleverd in zeer specialistische centra. Daarbij is concentratie een vereiste omdat anders toegankelijkheid ten koste gaat van kwaliteit. Dat is nadrukkelijk niet het geval als het om spoedeisende zorg gaat. Dat is zorg die — de naam zegt het al — spoed vereist en waarbij patiënten zo snel mogelijk door een arts gezien moeten worden. Juist bij dit soort gegeneraliseerde zorg is de toegankelijkheid onlosmakelijk verbonden met de kwaliteit. Die twee uit elkaar trekken creëert een oneerlijke schijntegenstelling.

Het belangrijkste hierbij is dat we van tevoren al uit kunnen tekenen wat de gevolgen zullen zijn. In Denemarken werd de spoedeisende zorg geconcentreerd met als gevolg afgenomen toegankelijkheid en een trend van toename van 30 dagenmortaliteit. In Engeland liet concentratie van SEH's voordeel zien tot een SEH van 17.000 patiënten per jaar. Dat is een stuk lager dan het Nederlandse gemiddelde van 20.000 tot 25.000 patiënten per jaar. Ook uit Nederlandse onderzoeken door de ACM blijkt dat er door fusies geen positief effect is op kwaliteit, volume of kosten van de zorg. Mijn vraag aan de minister is: waarom zouden we kiezen voor verdere concentratie van spoedeisende zorg, wetende dat dit in het buitenland geen succes is geweest? Hoe weegt de minister de ACM-onderzoeken, waaruit blijkt dat de effecten van fusies louter negatief zijn?

Ik doe de minister een tegenvoorstel. Is het geen idee om in plaats van de zorg te concentreren tussen ziekenhuizen, de zorg te concentreren in ziekenhuizen? Zo kun je in kleinere of perifere centra afzien van losse eersteharhulpen, losse eerstelonthulpen en losse eersteneurohulpen. Zo kunnen we toch met minder personeel toe, maar blijft de regiofunctie van de SEH behouden. Ik hoor graag een reactie van de minister.

Voorzitter, ik rond af. Voor mijn partij is het duidelijk dat het Integraal Zorgakkoord vooral een zorgelijk akkoord lijkt te zijn, ondanks alle goede voornemens, regiobeelden, werkagenda's en afwegingskaders. Maar in de kern is ook de uitvoering van deze omwenteling in de zorg een kwestie van voldoende geld. Het lijkt erop dat het zorgakkoord een manier is om geldtekort weg te masseren met overleg.

Dank u wel.

De **voorzitter**:

Dank u wel, mevrouw Pouw-Verweij. Dan draag ik het voorzitterschap even over aan mevrouw Agema.

Voorzitter: Agema

De **voorzitter**:

Het woord is aan de heer Kuzu.

De heer **Kuzu** (DENK):

Dank u wel, voorzitter. Vol verwachting klopte mijn hart, want het Integraal Zorgakkoord was natuurlijk een poosje geleden al aangekondigd. Op het moment dat het uitkwam, ging ik er eens goed voor zitten. Ik begon te lezen, ik begon te lezen, ik begon te lezen, en naarmate ik bladzijde na bladzijde omsloeg, dacht ik: welke dure managementconsultant heeft eigenlijk de pen vastgehouden om dit op te schrijven? Want als ik zo terugdenk aan mijn politieke carrière van de afgelopen tien jaar en de jaren daarvoor, waarin ik ook op het departement heb rondgelopen, moet ik vaststellen dat ik eigenlijk zelden een document heb gezien met zo veel wollig taalgebruik. Mag ik een voorbeeld geven? Op pagina 26 staat: "Elk kwartaal zal er een bestuurlijk overleg IZA worden georganiseerd. Op die dag zal in het licht van de transformatie naar passende zorg een inhoudelijk onderwerp worden besproken." Iets verder wordt er gesproken over een "bestuurdersdag", die "door het programmateam (zal) worden voorbereid in samenwerking met een aantal veldpartijen. Als bij de uitwerking verschil van inzicht ontstaat, dan zal dit onder leiding van VWS en samen met de relevante toezichthouders besproken worden." Ik dacht bij mezelf: er komt dus een babbelfclubje dat babbelt over de voortgang, en als ze er niet uitkomen komt er overkoepelend nog een babbelfclubje. Heb ik dat zo goed begrepen, vraag ik aan de minister.

Voorzitter. Eigenlijk is het vertrekpunt ook heel verkeerd. Er wordt gesproken over "passende zorg". Daarover zei de heer Hijink terecht: wat mij betreft is dat ook zo'n consultancywoordje. Dan ben je ook zo hoopvol. Er wordt gesproken over "waardegedreven zorg". Dat brengt mij bij de vraag: wat is nou waardegedreven zorg? Als je dan kijkt naar de definitie van waardegedreven zorg, zie je dat direct alweer wordt gesproken over financiële prikkels. Als we de zorg blijven beredeneren vanuit het huidige systeem — dit is dus ook een stuk systeemkritiek — als we blijven redeneren vanuit de kosten, gaan we niet uit van wat eigenlijk de beste zorg is voor de patiënt of voor de cliënt. Daar zit een belangrijke systeemfout. Dat zie je eigenlijk terug in het hele document. Ik heb even een paar woorden opgeschreven: financiële prikkels, bekostigingssystematiek, financiering contractering, sturingsmogelijkheden, prijsbijstelling, macrobeheersing. Ik vraag me werkelijk af: wat hebben we de zorg in de afgelopen jaren aangedaan? Wat hebben we de zorg aangedaan? Ik kreeg eigenlijk ook een beetje medelijden.

De werkelijkheid waar we voor staan, is dat er enorme uitdagingen zijn in de zorg. We hebben te maken met vergrijzing en verzilvering, personeelstekort, inflatie. Als je kijkt naar wat er nodig is, dan is dit stuk bij lange na niet genoeg. Ik begrijp dat kosten gedempt moeten worden en dat het niet op deze manier kan doorgaan. Maar als ik dan ook lees dat er 2,8 miljard euro beschikbaar wordt gesteld voor "transformatiemiddelen" — ook weer zo'n consultancywoord — dan vraag ik me toch iets af. 2,8 miljard euro transformatiemiddelen om 1,2 miljard euro te besparen, dat is toch alsof je voor €10 een kraslotje koopt waar je maximaal €12 mee kan winnen? Dit is gedoemd om te mislukken. Het is onlogisch. Die transformatiemiddelen komen voor een deel dus terecht bij de zorgverzekeraar en voor een klein deel bij het ministerie van VWS. Als ik dan de stukken lees, begrijp ik dat zorgverzekeraars dit primair ook moeten regelen via de reguliere contractering. Als de transformatie niet snel genoeg gaat, wordt naar het potje van de zorgverzekeraars gekeken. Dit betekent dat er, zolang het niet nodig is dat zorgverzekeraars dat echt gaan doen, sprake is van een scheve constructie. De belangrijkste vraag wat mijn fractie betreft is: wat gaat de zorgconsument, de patiënt, de

cliënt hier daadwerkelijk van merken? Gaan we hier daadwerkelijk betere zorg mee bereiken? Ik betwijfel het, want als je met mensen in het land spreekt, dan hebben zij het nog steeds over het torenhoge eigen risico van €385. De patiënt of de burger krijgt elke maand weer een factuur op het matje en elk jaar krijgt hij het bericht dat de premie voor de zorgverzekering weer is gestegen. Als je ziet dat vitamine D ook niet meer in het basispakket zit, dan weet je dat het wordt verschaald.

Voorzitter. Als ik dat allemaal bij elkaar neem, dan is zo'n stuk over het zorgakkoord mooi en prachtig. Ik heb het in het verleden ook vaak genoeg gezien. Het heet een Integraal Zorgakkoord en je zou kunnen zeggen dat het een verbetering is ten opzichte van de hoofdlijnenakkoorden die we voorheen kenden. Integraal is het al niet meer, omdat de huisartsen er niet aan meedoen en een akkoord kan je het ook niet meer noemen, omdat niet alle betrokken partijen hun handtekening eronder hebben gezet.

Voorzitter. Mijn fractie is zeer sceptisch over de uitwerking van dit akkoord. Ik zou de minister, de bewindspersonen, daarom willen vragen om dit door de shredder te halen of om het aan te bieden bij een tijdschrift voor een managementconsultancybedrijf. Maar verder moeten we er niet mee gaan.

Dank u wel, voorzitter.

De voorzitter:

Dank u wel. Ik draag het voorzitterschap weer over aan de heer Kuzu.

Voorzitter: Kuzu

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Agema. Dan ga ik de bewindspersonen vragen hoelang ze nodig hebben. 30 minuten? Kan het echt niet sneller? Ik schors in ieder geval tot 17.05 uur.

Een ogenblikje. Ik heropen de vergadering toch nog eventjes, want er is een ordevoorstel van de heer Van der Staaij.

De heer Van der Staaij (SGP):

Hier in mijn buurt is er brede steun voor 17.30 uur inclusief dinerpauze.

De voorzitter:

Ik kijk even rond om te zien of iedereen zich daarin kan vinden. Dat is het geval en dan hervatten we de vergadering om 17.30 uur.

Mevrouw Van der Plas (BBB):

Ik ga natuurlijk gewoon mee met de meerderheid. Ik heb er wel heel veel vragen bij, maar ik heb niet zo heel veel vragen gesteld en daarom zou ik willen verzoeken of mijn vragen aan het begin beantwoord kunnen worden. Dan kan ik daar misschien nog even op reageren. Ik heb namelijk om 18.00 uur een hoorzitting met de heer Remkes.

De voorzitter:

In de voorbereiding zal daar rekening mee worden gehouden, mevrouw Van der Plas.

De vergadering wordt van 16.37 uur tot 17.34 uur geschorst.

De voorzitter:

We hebben de eerste termijn van de zijde van de commissie gehad en we zijn aangekomen bij de beantwoording in eerste termijn van de bewindspersonen. Ik geef graag het woord aan de minister van VWS, meneer Kuipers.

Minister Kuipers:

Dank u wel voorzitter. Misschien is het handig dat ik en mijn collega's eerst even zelf aangeven welke volgorde van mapjes wij hebben. Als u dat goed vindt, voorzitter, zal ik zo dadelijk na een inleidende spreektekst beginnen met de beantwoording van de vragen van mevrouw Van der Plas. Daarna ga ik door het met de categorie algemeen. Daarna komen: eerste lijn en huisartsen, de samenwerking acute zorg, contractering, en varia. Ik kijk gelijk maar even naar mijn beide collega's, zodat zij het ook kunnen aangeven. Ik denk dat dat handig is, voorzitter, maar ik kijk naar u.

De voorzitter:

Dank voor uw voorstel, minister. De minister voor Langdurige Zorg.

Minister Helder:

Dat worden vier blokjes: de ggz, de wijkverpleging, ontzorgen zorgverleners en arbeidsmarkt.

De voorzitter:

De staatssecretaris van VWS.

Staatssecretaris Van Ooijen:

Ik heb één blokje voorzitter, namelijk de gemeentelijke financiering en ten slotte nog het blokje overig. Ik moet dus "twee blokjes" zeggen.

De voorzitter:

Dank u wel. Het woord is aan de minister van VWS.

Minister Kuipers:

Dank u wel, voorzitter. In de afgelopen periode hebben twaalf partijen in de zorg samen met het ministerie het Integraal Zorgakkoord ondertekend. Nooit eerder zijn er met zo veel partijen integrale afspraken gemaakt over vergaande samenwerking en de toekomst van de zorg. Er is door alle partijen heel erg hard gewerkt om te komen tot dit akkoord, omdat iedereen de urgentie deelt dat er flinke stappen gezet moeten worden in de zorg in Nederland, nu en in de toekomst, om deze toegankelijk, van voldoende kwaliteit en betaalbaar te houden.

De behoefte aan zorg neemt toe. Meer mensen worden ouder en er is niet genoeg personeel. Op veel plekken in de zorg — ik zou bijna "overal in de zorg" zeggen — is het al heel lang druk. Covid kwam daarbij, maar dat was eigenlijk alleen maar een additionele factor — "een druppel" zou je kunnen zeggen — die op sommige plekken de druk nog verder opvoerde. Deze druk neemt verder toe. Hierdoor krijgen mensen niet

altijd op tijd de zorg die ze nodig hebben of de toegang die ze nodig hebben tot de eerste lijn, tot de ggz-zorg, tot de langdurige zorg en tot de medisch-specialistische zorg. Ook de betaalbaarheid van de zorg is een uitdaging. Er wordt veel geld uitgegeven aan de zorg. Dat is en blijft belangrijk. We hebben er bij eerdere debatten bij stilgestaan dat ons dat ook heel erg veel oplevert. Maar kosten kunnen niet ongeremd doorgroeien.

Kortom, de zorg staat onder druk. En dus moeten de zorgsector, de politiek en de maatschappij samen aan de slag om de zorg voor iedereen toegankelijk en betaalbaar te houden en om de kwaliteit te verbeteren. Met dit akkoord is een belangrijke stap gezet om die grote uitdagingen het hoofd te bieden. Het zijn geen gemakkelijke opgaven, maar door het ondertekenen van het akkoord laten partijen zien dat ze zich de komende jaren vol inzetten om de zorg toekomstbestendig te maken. De komende periode worden de afspraken vertaald in concrete acties en die voortgang wordt gemonitord. Het akkoord is daarbij nadrukkelijk een vertrekpunt. De tijd van samen praten is voorbij. Het is nu tijd om het samen waar te maken.

Dan kom ik bij de beantwoording van de vragen, voorzitter. Ik begin zoals gezegd met de vragen van mevrouw Van der Plas.

De voorzitter:

Ja. We zijn aangekomen bij het blokje mevrouw Van der Plas. Maar voordat we daartoe overgaan, zou ik de commissieleden willen vragen om het te houden bij zes vragen in de richting van de bewindspersonen. Dat betekent dus ook dat u zelf goed moet bedenken wat uw verdeelsleutel wordt. Maar ik zou u ook echt willen vragen om de interrupties kort en bondig te plegen, zonder uitgebreide inleidingen, want dat bevordert het debat. Als we dan tijd overhouden, kunnen we inderdaad meer vragen stellen!

Het woord is opnieuw aan de minister.

Minister Kuipers:

Dank u wel, voorzitter. De eerste vraag van mevrouw Van der Plas was: hoe gaat de minister meer tijd voor de patiënt waarborgen? Ze focust zich daarbij met name op de huisartsenzorg. In het IZA hebben we stevige afspraken gemaakt over het landelijk opschalen van eerdere pilots voor meer tijd voor de patiënt. Zorgverzekeraars en huisartsenpartijen zijn hier hard mee aan de slag gegaan. Er worden een aantal stappen gezet. Verzekeraars bieden al in de contracten voor 2023 meer tijd voor de patiënt aan voor de huisartsen die dit willen en kunnen implementeren. Ik ga ervan uit dat dat breed zo zal zijn. Partijen zijn bezig met het opstellen van een leidraad voor hoe op een goede manier meer tijd voor de patiënt kan worden ingekocht. Deze wordt in dit najaar afgerond. Waar nodig kunnen huisartsen een beroep doen op ondersteuning om meer tijd voor de patiënt te implementeren. Ik vraag de NZa om voor de zomer van 2023 een advies te geven over structurele bekostiging voor meer tijd voor de patiënt. Dit moet per 2024 leiden tot die structurele wijzigingen.

De voorzitter:

Zullen we even alle vragen afmaken, dan kunt u daarna uw interrupties doen?

Minister Kuipers:

De tweede vraag van mevrouw Van Der Plas betrof de overstap naar andere medicatie. "Soms moeten patiënten verplicht naar een ander merk en daardoor krijgen ze klachten. Dit betekent extra zorg en kosten. Is al eens in beeld gebracht wat deze wisselingen kosten?" Deze wisselingen zijn allereerst vanuit het perspectief van de patiënt buitengewoon onaantrekkelijk. Ik zoek even naar het juiste woord, maar dat moeten we dus maximaal proberen te vermijden. Naast het perspectief van de patiënt geldt hetzelfde voor de apothekers. Datzelfde geldt ook voor voorschrijvers, die hier regelmatig mee geconfronteerd worden. Het heeft veel verschillende oorzaken. De betrokken veldpartijen, zoals artsen, apothekers, patiënten én zorgverzekeraars, maken afspraken over het verantwoord wisselen van geneesmiddelen. Soms is er sprake van medische noodzaak en hoeven patiënten niet de middelen en krijgen ze een bestaand middel dat ze al hadden, vergoed. Maar soms is er ook sprake van verplicht wisselen, vanwege problemen met het leveren. Dus het vraagt echt om gezamenlijk acteren en om een gezamenlijke inzet om dit zo veel mogelijk te voorkomen. Helaas is het wel aan de orde van de dag. Ik kreeg zojuist nog, tijdens de pauze, een berichtje van een apotheker ergens in het land die alleen maar met een fotootje aangaf welke medicatie op dit moment moeilijk leverbaar is en welke acties hij in het hele land doet om ze alsnog voor patiënten te krijgen.

Voorzitter. Mevrouw Van der Plas vroeg waar de 2,8 miljard aan transformatiemiddelen naartoe gaat. Laat ik vooropstellen dat die primair gaan naar transformatieplannen in regio's van zorgaanbieders. Dat gebeurt via de verzekeraars om de transitie die we met het IZA in gang willen zetten te faciliteren. Uiteindelijk willen we daarmee ook de kwaliteit van de zorg verbeteren. Het is dus echt de bedoeling dat dit ingezet wordt voor de zorg en in de zorg zelf.

Tot slot, voorzitter, vroeg mevrouw Van der Plas naar financiering en ook onderzoeksfinanciering in Brussel, bijvoorbeeld voor kankeronderzoek. Wij zetten ons zeer actief in om een beroep te doen op de onderzoeksgelden en de andere financiële middelen van de Europese Commissie. Dat betekent dat wij zelf ook actief meedenken in Brussel over prioritering van onderzoeksthema's om deze zo relevant mogelijk te maken in de Nederlandse context. Ook wijzen wij Nederlandse partijen proactief op mogelijkheden en faciliteren we de Nederlandse deelname. Op het terrein van kanker lopen op dit moment verschillende stromen, welke zich in verschillende fasen van besluitvorming bevinden. Om die reden kan ik in deze setting niet exact aangeven hoeveel geld er op dit moment is aangevraagd. Ook kan ik nu niet exact aangeven hoeveel er is gehonoreerd.

Tot zover, voorzitter.

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

Dank u wel. Dan begin ik even met het laatste. We hebben vorige week een gesprek gehad met het KWF en het KWF zegt: er blijft gewoon echt geld liggen. Wat doet Frankrijk bijvoorbeeld? Ik zeg het eventjes kort door de bocht: Frankrijk ziet een pot met geld en zet dan een hele batterij ambtenaren, professionals en beroemde artsen in. Die trekken allemaal naar Brussel en overweldigen daar eigenlijk de Europese Commissie om vervolgens met een heel erg grote zak geld naar huis te gaan. Die weten precies hoe dat moet. Ik heb weleens de indruk dat wij gewoon veel te lief zijn. Onze lobby is

ook veel te lief, hè. Ik hoor ook nu "denk actief mee", maar volgens mij moeten we gewoon volle bak naar Brussel om daar gewoon geld te halen. Dat ligt er gewoon. Dat hebben we gezien bij de coronasteun. Ik heb gewacht tot het nieuwe kabinet er was. Daar lieten we in eerste instantie ook 6 miljard liggen. Het is niet zozeer een vraag als wel een dringend beroep op de minister, zijn ministerie en andere ministeries om daar gewoon veel actiever aan te trekken. Volgens mij laten wij echt heel veel geld liggen in Brussel.

Minister Kuipers:

Ik wil deze aansporing ter harte nemen, maar ik teken er wel bij aan dat wij, overheid en ministeries, al veel doen. Het gebeurt verder ook vanuit brancheorganisaties, bijvoorbeeld de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra. Er zijn ook individuele onderzoekscentra en andere partijen die hun vaste contacten of zelfs vaste personen in Brussel hebben om juist hierop in te zetten. Ik was vanochtend op werkbezoek in het Radboud UMC in Nijmegen, waar ik gesproken heb over de Europese Reference Networks voor zeldzame aandoeningen, die u wel kent. Daar zijn wij dusdanig sterk in geïnvolveerd dat wij 7 van de 24 netwerken vanuit Nederland leiden; ik zeg het even uit mijn hoofd. Dat gaat over het bij elkaar brengen van patiëntgegevens en het met elkaar verbeteren van zorg, maar nadrukkelijk ook over de onderzoeksagenda. Het feit dat we daar zo sterk gepositioneerd zijn, levert af en toe in andere landen ook weleens een opgetrokken wenkbrauw op, omdat Nederland naar rato van het aantal inwoners of het aantal centra daar een zeer sterke bezetting heeft. Maar ik kan nog steeds verder kijken en ook even de vergelijking maken met bijvoorbeeld Frankrijk, met het oog op de vraag wat dat uiteindelijk oplevert.

Mevrouw Van der Plas (BBB):

Dan even over transformatiemiddelen. Ik hoorde de minister zeggen: die gaan naar plannen in de regio's voor zorgverzekeraars; het gaat echt wel naar de zorg en het wordt echt wel in de zorg besteed. Ik zou daar graag wat meer zekerheid over hebben. Mijn vraag was dus eigenlijk of wij daar op termijn gewoon een overzicht van kunnen krijgen, zodat we zelf ook in de gaten kunnen houden of het geld wel op de juiste plek terechtkomt. Anders horen we over een paar jaar weer waar het naartoe gegaan is en spannen we het paard weer achter de wagen.

Minister Kuipers:

Ja, dat kan. Dat is ook onderdeel van een tussentijdse monitoring. Ik ben het geheel met mevrouw Van der Plas eens: als dat blijft liggen, krijgen we niet de beweging, die er is. Dat refereert ook aan de op zichzelf terechte opmerkingen dat in eerdere instanties bijvoorbeeld hoofdlijnenakkoorden ook niet altijd het resultaat hebben bereikt dat oorspronkelijk was beoogd.

De voorzitter:

Heeft u verder nog vragen, mevrouw Van der Plas?

Mevrouw Van der Plas (BBB):

Ja, ik heb er nog ééntje. Die gaat over de huisartsen en meer tijd voor de patiënt. De minister sprak over een leidraad die nu wordt afgerond. Kan de minister misschien al iets meer zeggen over hoe zo'n leidraad er dan uitziet? De minister zei ook dat er ruimte

is voor ondersteuning van huisartsen om meer tijd voor patiënten te implementeren. Ik was even benieuwd hoe die ondersteuning eruitziet en waar die vandaan komt. Zijn dat middelen? Zijn dat mensen? Dat is dus mijn vraag.

Minister Kuipers:

Dank voor deze vraag om dit te verhelderen. Ik kan nog niet zeggen hoe de leidraad er exact uit gaat zien. Die komt snel, maar ik kan het nu nog niet zeggen. Meer tijd voor de patiënt heeft verschillende doelen. Een van de doelen is dat een huisarts in staat wordt gesteld om betere zorg aan een patiënt te leveren door de exacte zorgvraag beter te begrijpen en ook beter de kansen te zien om, waar dat geëigend is, dit in de huisartsenpraktijk, dus in de eerste lijn, te adresseren. Huisartsen geven aan dat ze hier door het tekort aan tijd nu vaak niet toe in staat zijn. Maar dat betekent dat het ook iets moet opleveren als je een financiering uittrekt voor meer tijd voor de patiënt. Het is niet alleen maar een betaaltitel waarbij voor de rest het aantal verwijzingen naar de spoedeisende hulp of naar de langdurige zorg precies hetzelfde blijven. Dat is nou exact de reden om te zeggen: in de afspraken die je maakt, moet je daar ook wel iets aan hebben.

Mevrouw Van der Plas (BBB):

Mag ik hier nog één keer op reageren?

De voorzitter:

Ja, natuurlijk, mevrouw Van der Plas.

Mevrouw Van der Plas (BBB):

Het is eigenlijk meer een aanvulling. Een tijdje geleden was ik bij huisartsenpraktijken op bezoek. Deze mensen gaven ook heel duidelijk aan: los van de zorgvraag zijn wij ook ogen en oren in de wijk; wij zien ook of de was niet gedaan is, of iemand vervuult en of er dingen in de koelkast liggen te rotten. Daar kunnen ze bijvoorbeeld ook weer het maatschappelijk werk voor benaderen. Dat zal de minister ook niet vreemd zijn. Daarmee wil ik aangeven dat het voor al die facetten van cruciaal belang is dat er echt meer tijd voor de patiënt komt en dat die geluiden van huisartsen superserius worden genomen. Dat wou ik even als aanvulling geven.

Mag ik nog één vraag stellen die ik nog had, die ik niet in eerste termijn heb gesteld, maar die ik wel belangrijk vind? Een tijdje geleden ben ik in Naaldwijk bij een centrum van IPSO geweest. Dat zijn centra voor leven met en na kanker. Er is eigenlijk helemaal geen aandacht in het zorgakkoord voor wat deze organisatie doet. Een derde van de groep mensen die leven met de ziekte kanker, heeft depressie of angst of wil gewoon praten met lotgenoten. Ze voelen zich eenzaam of niet begrepen. Ik wil eigenlijk aan de minister vragen of hij een toelichting kan geven op het ontbreken van vormen van informele nazorg bij kanker, zoals geleverd in de IPSO-centra, in het Integraal Zorgakkoord. Is de minister voornemens om die informele nazorg bij kanker, zoals geleverd in de IPSO-centra, te noemen als een concreet en effectief voorbeeld van passende zorg? Dat hoort namelijk echt wel bij passende zorg.

Minister Kuipers:

Het eerste punt was een aanbeveling en opmerking over de eerste lijn en het belang en

daarna volgt de vraag over IPSO. Als ik die met elkaar combineer kom ik tot het volgende. Een belangrijk onderdeel van het zorgakkoord is inzetten op versterking van de eerste lijn; ik denk dat u dat gelezen hebt. We zien, denk ik terecht, de eerste lijn als een belangrijk onderdeel van ons zorgsysteem. We zien een goed georganiseerde eerste lijn waar iedere patiënt toegang toe heeft, waar iedere patiënt een huisarts en een tandarts heeft — ik voeg die er maar even aan toe, want we hebben hier eerder over gedebatteerd. Die eerste lijn doet inderdaad ontzettend veel, waaronder het uitoefenen van een signaleringsfunctie. Het gaat dan om tijdig bij iemand langsgaan als je ziet dat er iets niet klopt of iemand niet op een afspraak komt. Daar moeten we dus sterk op inzetten. Dat zou dan ook moeten leiden tot minder verernstiging en het tijdig onderkennen van ziektebeelden, maar dus ook tot minder druk op andere domeinen. Alles is daarop gericht.

Ten aanzien van de partijen die niet getekend hebben of die niet aan de tafel zaten — we zaten er al met veel — merk ik op dat nazorg uiteraard een belangrijk aspect is voor patiënten die de diagnose kanker hebben gehad in hun behandeling. We komen daar straks ook nog op terug. Als een partij daar in een regio of richting een verzekeraar goede voorstellen voor heeft, dan staat een verzekeraar daarvoor open. Wij staan daar ook voor open.

Ik kan nu inhoudelijk niet ingaan op IPSO. Ik ken de specifieke achtergrond van de vraag niet.

De voorzitter:

Volgens mij is dat wel voldoende uitwisseling, mevrouw Van der Plas.

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

Nee, zeker. Ik wou de minister gewoon even bedanken voor het feit dat hij op deze ongebruikelijke manier mijn vragen als eerste heeft beantwoord. Dat wordt zeer gewaardeerd.

De voorzitter:

Dat geldt uiteraard ook voor de collega's die dat mogelijk hebben gemaakt. Mevrouw Ellemet, ik wil u ook in overweging geven dat er een algemeen deel aankomt. Ik geef het woord weer aan de minister.

Minister Kuipers:

Dank u wel. Dan ga ik nu inderdaad door met het algemene deel. Dan had ik allereerst een vraag van mevrouw Pouw. Wat is de waarde van een ingrijpend akkoord dat geldt voor zo'n korte periode? Is dat gericht op een inhoudelijke visie op de zorg of slechts op de noodzaak om de kosten te drukken? Ik hecht eraan om deze vraag als eerste te beantwoorden, omdat het akkoord — ik gaf dat in mijn spreektekst ook al wel aan — juist inhoudelijk gericht is op de transitie die we in de zorg moeten maken. Dat moet vanwege personele druk, zorgvraag, vergrijzing, et cetera. Het is een beweging die we daarmee in gang zetten en die niet in vier jaar klaar zal zijn. Bij het opstellen is steeds de inhoud leidend geweest en waren de financiën volgend.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ik heb een vraag over de financiën. De voorzitter zei het eigenlijk ook al. Structureel moet dit akkoord 1,5 miljard opleveren. Incidenteel kost het dan 2,8 miljard euro. Maar jaren geleden hadden wij het door het Centraal Planbureau samengestelde gewichtige boek Zorgkeuzes in Kaart. Alle fracties hadden eraan meegewerkt. Er kwamen honderden dingen uit, ook dingen als passende zorg. Maar daar kwamen veel grotere bedragen uit. Daarom zei ik in mijn bijdrage: we denken allemaal dat dit 1,5 miljard oplevert, maar als dit doorgaat dan levert het wel 10 miljard op. Dan is het de bijl aan de wortel van de zorg. Mijn vraag is of de minister dit Integraal Zorgakkoord heeft laten doorrekenen door het CPB.

Minister Kuipers:

Een complete doorrekening van alle effecten is iets wat zowel door een NZa als door verzekeraars moet gebeuren. Mevrouw Agema heeft het over de bijl aan de wortel van ons hele zorgstelsel. Dat ben ik totaal niet haar eens, integendeel zelfs. Als wij niets doen, als wij geen beweging maken, dan is dat de bijl aan de wortel van ons zorgstelsel.

Ik zei zonet iets over de kracht van de eerste lijn. Op veel plekken in Nederland kunnen mensen nu geen huisarts meer vinden. Op veel plekken in Nederland kunnen ze geen tandarts vinden. We hebben daar eerder bij stilgestaan. Als zij zorg nodig hebben, bijvoorbeeld geestelijke gezondheidszorg, dan is de wachttijd voor een eerste intake veelal maanden en soms jaren. Het aantal sluitingen van spoedeisende hulpposten en de wachtlijsten in de medisch-specialistische zorg zijn groot. Dat gaat allemaal niet ... Bijvoorbeeld, de oorzaak van het tekort aan huisartsen is niet een tekort aan financiën, maar gewoon een tekort aan mensen en een stijgende vraag. Dus als wij nu niet iets doen, domeinoverstijgend en in samenwerking, dan zetten we wel degelijk de bijl aan de wortel van ons zorgstelsel, niet omdat we dat willen, maar omdat het ons overkomt. Excuus dat die woorden zo vaak vallen, maar domeinoverstijgend en samenwerking moet u echt zien als de kapstok van dit akkoord.

Mevrouw Agema (PVV):

Dat is een knappe rebound van de minister. Maar we moeten nu even terugschakelen naar mijn vraag, want mij vraag was of het doorgerekend is. Ik lees dit antwoord als een nee en ik vind dat ondenkbaar voor zo'n omvangrijk Integraal Zorgakkoord. Ik vraag de minister daarom toe te zeggen dat hij het Centraal Planbureau het alsnog laat doorrekenen.

Twee. Dit is natuurlijk wel de bijl aan de wortel van de zorg. Als de minister dan komt met het verhaal dat hij een personeelstekort heeft, dan snap ik dat. Maar wat wij nu zien, is dat de gemiddelde Nederlander, de gemiddelde werknemer, 30 uur werkt. In de zorg is dat 22 uur. Eerder is er al een onderzoek geweest dat stelde dat als iedere zorgwerknemer één uur extra gaat werken, de personeelstekorten zijn opgelost. Ik vraag jaar in, jaar uit om er in ieder geval voor te zorgen dat de zorgmedewerkers met de hele kleine contracten die wel meer willen werken, maar dat niet doen omdat ze dan ... Meer werken loont dan niet, hè, omdat hun zorgtoeslag dan bijvoorbeeld wordt gekort. Daar gebeurt niks mee, maar het zijn wel de opgeleide mbo'ers en hbo'ers die de minister gewoon nodig heeft.

Die rebound was dus knap, maar hij geldt niet. Als het gaat om de bijl aan de wortel van

de zorg, dan heb ik het er natuurlijk over dat die zorg daadwerkelijk wordt gekort en stopgezet. Straks wordt gewoon nee gezegd tegen een tachtiger die een nieuwe heup nodig heeft, omdat hij te oud is. Er wordt straks gewoon nee gezegd tegen de chemokuur voor een moeder met drie kinderen, omdat die chemokuur €80.000 kost en drie maanden levensverlenging geeft. Want dat is wat passende zorg is! De minister moet daar eerlijk over zijn. Ik wil dus weten wat het oplevert. En dus vraag ik om de toezegging dat het Centraal Planbureau het Integraal Zorgakkoord doorrekent.

Minister Kuipers:

Allereerst, ik gaf al aan dat de doorrekening komt van de zorgverzekeraars en de NZa.

Ik neem gewoon afstand van de voorbeelden die mevrouw Agema geeft: een jonge vrouw die geen chemokuur krijgt voor borstkanker of iemand die op een bepaalde leeftijd geen heupvervangende operatie krijgt. Dat zijn helemaal geen onderdelen van dit zorgakkoord. Het gaat er alleen om dat wij wel degelijk veel vormen van zorg toepassen, ook vormen van zorg die in de tijd al vervangen zijn door iets anders, en dat we bij de beoordeling van welke zorg wel of niet tot nu toe alleen maar een beoordeling doen op medicatie en niet op iets anders. Dat betekent dat we op allerlei plekken een systeem creëren van mensen die in het zorgstelsel zitten en zorg krijgen, en anderen die zitten te wachten.

Mevrouw Agema (PVV):

Goed, voorzitter. We gaan meteen door met de derde interruptie.

De voorzitter:

Ik ken u als een bevlogen woordvoester op dit onderwerp, al jarenlang, maar ik breng u in herinnering dat u zes interrupties heeft.

Mevrouw Agema (PVV):

Dit is de derde, maar we gaan nog even door.

Ik steek deze in mijn zak en ik zal ook namens mijn fractie een motie indienen die vraagt dat het niet gaat gebeuren dat kankerpatiënten hun chemo niet meer krijgen bij een beperkte levensverlenging. De minister heeft hier namelijk gezegd dat dat niet gaat gebeuren. Ik ga ook een motie indienen over die tachtigers die geen nieuwe heup of nieuwe knie meer krijgen.

De andere voorbeelden die ik heb genoemd zijn nu al staande praktijk. Alle andere voorbeelden die ik noemde en waar de minister keihard afstand van nam, zijn staande praktijk! Ik wil hem dat wel meegeven. Een levensreddend medicijn wordt niet toegelaten, bijvoorbeeld Fampyra ... Nee, dat is een levensveranderend medicijn voor MS-patiënten. Fampyra wordt niet toegelaten, omdat het maar voor 22% van de populatie werkt. Dat het niet aan die 22% wordt gegeven, is al staande praktijk. Hetzelfde geldt voor Kafrio, dat lang in de sluis is geplaatst. Dat is al daadwerkelijk gebeurd. Er is al een vrouw van 22 jaar overleden aan taaislijmziekte op het moment dat Kafrio in de sluis zat. Dus alle andere voorbeelden zijn nu al staande praktijk. Ik heb me goed ingedekt wat dat betreft.

Ik hoor graag van de minister hoe hij verdergaat op het pad van de passende zorg en wat er dan wel gestopt gaat worden.

Minister **Kuipers**:

Ik blijf maar even bij de voorbeelden die mevrouw Agema noemt. Ze zijn interessant, want het gaat dan bijvoorbeeld over passende zorg in het geval van kankerbehandelingen. Het gaat dan niet allereerst om de kosten en de levensverlenging. Vragen in het kader van passende zorg zijn vragen als: wat wil een patiënt zelf? Hoe kijkt de directe omgeving daarnaar? Kunnen we dat gesprek dan ook voeren of zeggen we standaard als oncoloog: "U bent behandeld. De ziekte is teruggekomen. U hebt tweede- en derdelijnstherapie gehad. De behandeling is nu uitzichtloos. U wilt ongetwijfeld nog wel een keer het volgende medicijn. Ik heb het al besteld. Morgen mag u op de dagbehandeling komen en krijgt u het. Over de bijwerkingen hoeven we het niet te hebben, maar dit is het."?

Dan die heupoperatie — misschien mag ik een voorbeeld geven. Precies naar dat voorbeeld van heupoperaties zijn hele interessante studies gedaan. Als wij alleen, zonder aanzien des persoons en zonder verder na te denken over wat dat voor een patiënt betekent, zeggen "ik zie een fractuur op de foto; wij doen een operatie", dan blijkt dat er patiënten zijn die zeer weloverwogen zeggen die operatie niet te hoeven, terwijl die wel nadrukkelijk aangeboden wordt.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Die andere twee interrupties houd ik voor het opheffen van de vrije artsenuitvoering, voorzitter.

De vierde vraag gaat natuurlijk ... Sorry, ik raak heel even van mijn à propos.

De **voorzitter**:

U kunt het ook even bewaren, hoor.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Nee, nee, nee. Uhm ...

De **voorzitter**:

Zullen we het toch maar even bewaren?

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ja, laten we 'm toch maar even bewaren.

De **voorzitter**:

Dan bewaren we 'm. We gaan nu eerst naar de heer Hijink en dan komen we wellicht terug bij mevrouw Agema.

De heer **Hijink** (SP):

Ik sloeg aan op de opmerking die de minister net maakte, namelijk dat de zorginhoudelijke afspraken leidend waren en niet de financiering. Maar het is toch gewoon zo dat al in het coalitieakkoord een bezuiniging van 1,5 miljard euro was

opgenomen, terwijl er nog helemaal niet inhoudelijk gesproken was over dit akkoord? Dan is die financiële doelstelling toch zeker vooraf vastgesteld?

Minister Kuipers:

Zeker zit er een financiële opdracht achter. De situatie is op dit moment alleen dat, als wij niks doen, heel veel zorg niet wordt geleverd, omdat die niet beschikbaar is. Zit er een financiële opdracht achter? Ja! Er zijn ook financiële grenzen aan de groei die wij kunnen accommoderen, eens te meer in een tijd als deze. Het coalitieakkoord dateert al van daarvoor.

Maar, voorzitter, we gaan het nog apart over de begroting hebben. De zorgkosten voor volgend jaar en het jaar daarna zullen wel degelijk stijgen. Ik zal daar geen kwalificatie aan geven, want dat kunnen we allemaal voor onszelf doen. Maar die kosten stijgen. Zit er dan uiteindelijk over de jaren heen een opdracht aan, ook financieel? Natuurlijk!

De heer Hijink (SP):

Oké, maar dan moet de minister dus niet zeggen dat het zorginhoudelijke afspraken waren en dat die leidend zijn geweest. Want wat was leidend? Leidend was de afspraak in het coalitieakkoord dat een zorgakkoord 1,5 miljard euro moet opleveren. Dat is precies waar de Algemene Rekenkamer, ik meen in 2016, al voor waarschuwde, ook terugkijkend op andere akkoorden. De Raad voor Volksgezondheid & Samenleving waarschuwt: doe dit nou niet; ga nou niet met een bezuiniging als uitgangspunt zorginhoudelijke afspraken proberen te maken. Want wat gebeurt er dan altijd? De bezuiniging wordt gehaald, want het macrobeheersinstrument wordt gewoon ingezet. Dus er gaat gewoon 1,5 miljard euro af. En van de zorginhoudelijke afspraken komt vaak veel te weinig terecht. Dat is wat die beide, toch wel belangrijke, organisaties tegen ons hebben gezegd. En toch lijkt dat nu opnieuw te gebeuren.

Minister Kuipers:

Ik hecht aan de juiste getallen. Zonder de heer Hijink te willen corrigeren, maar het gaat om 1,2 miljard. Het gaat om 1,2 miljard over een aantal jaren, terwijl alleen al in het komende jaar onze zorguitgaven met 6 miljard stijgen. Laten we het dus ook voor de kijkers en voor iedereen even in het juiste perspectief plaatsen. De zorgkosten gaan omhoog. Mensen merken dat helaas ook in hun zorgpremie, die het komende jaar, als we af mogen gaan op de eerste verzekeraar die het aangegeven heeft, aanmerkelijk meer stijgt dan in voorgaande jaren. Ook dat is eens te meer in deze tijd een belangrijke factor voor mensen. En nogmaals, als wij niets zouden doen, dan zou het weleens zo kunnen zijn dat zorg voor veel mensen niet toegankelijk is. Primair gaat het om de inhoud. Dat is dus anders dan bij de eerdere hoofdlijnenakkoorden. En ja, volgt daar ook een financiële paragraaf achter? Natuurlijk gebeurt dat.

De heer Hijink (SP):

Tot slot, voorzitter. We moeten niet met getallen naar elkaar gaan smijten. De minister zegt 1,2 miljard en het coalitieakkoord zei 1,5 miljard. Het CPB heeft het coalitieakkoord doorgerekend en kwam tot 0,5 miljard, omdat hele delen van het zorgakkoord niet werden doorgerekend. Feit blijft dat er een bezuinigingsdoelstelling is. Die was de basis voor deze gesprekken. En natuurlijk ga je dan op de zorginhoud kijken hoe je daar kunt komen. Alleen, feit blijft wel dat precies waar de Algemene Rekenkamer en de RVS voor

hebben gewaarschuwd, nu wel gebeurt. Er worden namelijk zorginhoudelijke afspraken gemaakt, nadat je besloten hebt te gaan bezuinigen.

Minister Kuipers:

Ik neem het woord "bezuiniging" van de heer Hijink niet over. Het gaat om afremmen van groei. Dat is iets anders dan bezuinigen. Ik denk dat er hele goede gronden zijn om te proberen om die groei af te remmen.

De voorzitter:

U weet dat het dan uw vierde vraag is.

De heer Hijink (SP):

Jawel, maar we moeten elkaar niet voor gek gaan houden. Als er in de begroting een min staat, dan komt dat gewoon neer op een bezuiniging. Ik heb die discussie ook een keertje gehad met minister Helder. Toen ging het over de bezuiniging op de verpleeghuiszorg, een kleine 400 miljoen volgens het Centraal Planbureau. Dat mocht ik eerst van de minister zelf geen bezuiniging noemen, totdat ze het zelf op televisie een bezuiniging noemde. Laten we elkaar dus niet voor de gek gaan houden. Als er een besparing wordt ingeboekt, dan is dat een bezuiniging. Daar kun je voor of tegen zijn. Dat is een politieke afweging. Maar als je de uitgaven remt met 1,2 of 1,5 miljard euro, dan is dat de facto een bezuiniging. Dat is een feit. Dat is altijd zo geweest in dit gebouw. Laten we dus niet net doen alsof dat niet zo is.

Minister Kuipers:

Zonder hier in plussen en minnen op door te gaan: het is het remmen van de groei. Ik denk dat de heer Hijink en ik net een andere nadruk leggen in de verdere terminologie en semantiek.

De voorzitter:

Mevrouw Agema.

Mevrouw Agema (PVV):

Ik zat dus inderdaad na te denken over de moeder van drie kinderen met kanker en chemo die haar leven nog met drie maanden verlengt. En toen vertelde de minister inderdaad over de zorgpraktijk, dus dat dat een beslissing is die genomen wordt tussen specialist en patiënt. Maar dat is nu juist de bijl aan de wortel. Dat is waar ik het hier over heb. Want uiteindelijk is het nieuwe beleid dat er onder de streep geld uit moet! Dat betekent dus dat er niet meer een gesprek is tussen de patiënt en de specialist in de spreekkamer, waar wij ons niet mee moeten bemoeien. Dit is een trendbreuk met hoe we het altijd hebben gedaan. Het zorgrapport zegt op pagina 35, 40, 52 en in hoofdstuk 5: als de bezuiniging niet gehaald wordt, wordt er alsnog geschrapt in het basispakket. Dat is de trendbreuk. Ik denk dat de minister er eerlijk over moet zijn dat er nu wél van bovenaf druk opgelegd gaat worden, zodat die gesprekken, die hele moeilijke gesprekken in de spreekkamer, een andere uitkomst gaan krijgen.

Minister Kuipers:

Zonder de discussie van zojuist over te doen: er gaat alleen voor het komend jaar aanzienlijk veel geld bij! Mensen merken dat. Ik weet niet hoe iemand het definieerde.

Als je €10 meer moet betalen, definieer je dat dan als een plus of een min? Maar mensen moeten daar meer voor betalen. En mensen hebben, terwijl ze daar meer voor betalen, op veel meer punten minder toegang tot zorg. Ik geef al aan dat we daarbij — dat klinkt buitengewoon hard van een minister — moeten constateren dat we op sommige punten een tweedeling hebben. We hebben mensen die in het zorgsysteem zitten. Daar wordt voor gezorgd. En we hebben anderen die op een wachtlijst staan, terwijl ze net zo veel behoefte hebben aan zorg. Die wachtlijsten zijn gegroeid op tal van plekken: in de eerstelijnszorg, in de ggz-zorg, in de langdurige zorg en in de medisch-specialistische zorg. Dat betekent dat we keuzes moeten maken. Dat is niet primair vanwege de financiën, maar allereerst vanwege de mensen. De inzet wordt breed gedeeld. Ik ben wat dat betreft blij met de handtekening voor een Integraal Zorgakkoord. U hebt kunnen zien dat dit een inzet op passende zorg is. Als we gaan kijken naar passende zorg, dan staat daar niet bij de eerste bullet: passende zorg is zorg die betaalbaar is. Nee, daar staat: passende zorg betekent zorg die effectief is en van hoge kwaliteit, zorg die overbehandeling voorkomt, zorg die gericht is op functiegezondheid, functioneren en kwaliteit van leven, zorg die samen met de patiënt en de professional tot stand komt en die ook op de juiste plek geleverd wordt. Dat is de inzet van dit zorgakkoord, voorzitter.

De voorzitter:

Dank u wel minister. U kunt doorgaan met de beantwoording.

Minister Kuipers:

Dan was er bij het onderdeel algemeen een vraag van de heer Van der Staaij: zijn bij het opstellen van het IZA de uitgangspunten van de Raad van State waaraan een nieuw akkoord zou moeten voldoen, meegenomen? Het antwoord is ja. Het advies van de Raad van State is meegenomen bij de totstandkoming van het IZA. Dat geldt ook voor de andere rapporten, zoals het WRR-rapport Houdbare zorg en de evaluatie van de eerdere hoofdlijnenakkoorden. Ik licht dit op een enkel punt toe. De Raad van State adviseerde bijvoorbeeld om niet opnieuw met sectorale akkoorden te werken en dat doen we dus ook niet. Het akkoord moest volgens de Raad van State vanuit een urgent inhoudelijk langetermijnperspectief werken. Dat is precies wat het IZA beoogt. En zo zijn er nog een aantal andere punten, dus we hebben dat nadrukkelijk meegenomen.

Dan was er een vraag van mevrouw Ellemeet: "Wat gaan we doen als de afspraken uit het IZA onvoldoende worden nagekomen en wie gaat de knoop doorhakken als de werkelijkheid anders uitpakt?" Ik dank mevrouw Ellemeet voor deze vraag, want dat is een van de cruciale vragen. Ik zal ook even het antwoord over de evaluatie van de eerdere hoofdlijnenakkoorden dat ik net aan de heer Van der Staaij gaf, daarin meenemen. We hebben in die evaluatie af en toe gezien dat er aan de voorkant afspraken gemaakt werden, maar dat het vervolg dan eigenlijk niet kwam. Dat betekent dat we de afspraken uit het IZA nauwkeurig zullen monitoren en evalueren en dat er ook een midterm review — zoals dat in slecht Nederlands heet — en een vervolgtafel daarop komt. Daar komen we straks nog even op. Daar werden in de eerste termijn van de Kamer ook al vragen over gesteld. De aandachtspunten die gedurende de looptijd van het IZA naar voren komen uit de monitoring, worden besproken in de bestuurlijke overleggen die elk kwartaal plaatsvinden. Daarnaast is er een midterm review. Zou houd je met alle betrokken partijen continu de vinger aan de pols. Dat vraagt dus ook meer van een

ministerie, van mijn collega's en van mij, namelijk een belangrijke en actieve rol om partijen uit te nodigen en aan te jagen. Dan gaat het over regie, over het faciliteren van uitvoering en over de uitvoering zelf. We zullen immers ook bij een belangrijk aantal acties in de lead zijn.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Ik bedoel het echt niet flauw, maar ik som hier een paar woorden op uit het antwoord van de minister: monitoren, evalueren, bestuurlijke overleggen en vinger aan de pols. Het punt is: dat deden we al. Ik geloof het echt als de minister zegt dat hij dat meer gaat doen, maar hiermee zegt de minister niet: als de zorgverzekeraars in hun contractering niet waarmaken dat er meer tijd is voor de patiënten of als de zorgverzekeraars het geld dat eigenlijk bedoeld is voor de wijkverpleging niet stoppen in de contracten met de wijkverpleging, dán grijp ik in. Dat hoor ik de minister niet zeggen en dat is wat ik hem wel wil horen zeggen.

Minister **Kuipers**:

Ik accepteer helemaal dat dit even "wijzen op woorden" is. Maar dit is wel precies wat achter de woorden zit. Als het gaat om monitoren, overleg of het niet inzetten van transformatiegelden, dan gaat de beweging nooit gebeuren, dus dan is het aan de minister en het ministerie om zeer dwingend te vragen — ik zeg het maar even in voorzichtige termen — wat hierachter zit, waarom het niet lukt en wat wij moeten doen om ervoor te zorgen dat het wel gaat lukken. Kan het in het systeem? Zitten de transformatiegelden bij VWS en moet VWS die uitdelen? Nee, we hebben die belegd bij de partijen die met elkaar onderhandelen. We kunnen er wel veel beter op sturen dat die gelden daadwerkelijk gebruikt worden.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Dit is precies waarom bijvoorbeeld de huisartsen geen vertrouwen hierin hebben en er uiteindelijk voor gekozen hebben om dit niet te tekenen. Ze hebben dit al meegemaakt. Waarom zouden ze nu wel moeten geloven in de woorden "ik ga ze dwingend adviseren" van de minister? Het punt is dat de minister niet kán dwingen. Ik las ook een passage in het IZA over de regiobeelden. Daar worden regioplannen van gemaakt. Als de regioplannen in een regio niet tot stand komen, dan wordt dat gemeld bij de NZa. Ik denk dan: nou, oké, het wordt gemeld bij de Zorgautoriteit, en dan? De hele tijd heb ik dus bij al die dingen de vraag: en dan? Dit verklaart volgens mij het gebrek aan vertrouwen bij heel veel zorgverleners. Ik denk echt dat er meer nodig is dan dwingende adviezen. Het is nodig dat de minister kan ingrijpen. Dat vraag ik hem.

Minister **Kuipers**:

Ik begin even bij dat ingrijpen. Ik kom straks apart nog bij de huisartsen, maar mevrouw Ellemeet noemt dit voorbeeld nu ook. De huisartsen hebben gevraagd of zij met ingang van 1 januari van het komende jaar een andere vergoeding kunnen krijgen voor de avond-, nacht- en weekenddiensten. Ik heb ze dat toegezegd. Daar moest de NZa wel aan rekenen, want het moet ook gewoon juridisch houdbaar zijn. Ik heb ze beloofd: voor 1 oktober, met veel dank aan de NZa. Op 27 september hebben ze het gekregen, dus voor 1 oktober. De volgende stap is het mogelijk maken van een systeem voor een vergoeding voor meer tijd voor de patiënt. Daar zijn twee partijen aan zet, los van VWS. Dat is de verzekeraar en dat zijn ook de huisartsen, want er moeten wel plannen onder

liggen. Het is niet alleen een betaaltitel. Het is meer dan dat. Dat is nu de vraag. Die monitoren we. Ik ga in de komende weken bij alle huisartsenregio's op bezoek met de vraag: waar staan jullie, wat voor plannen hebben jullie ingediend en hoe is de respons in het overleg met de verzekeraars? Dat komt ook op de landelijke overlegtafel terug. Daar gaan we het zien. Als dat op een gegeven moment vraagt om nog meer mogelijkheden, op welke manier dan ook, voor het ministerie, dan moeten we daar apart over nadenken. Het begint bij het monitoren en acteren, terwijl alle partijen begrijpen dat het op andere plekken nog meer vastloopt, als we deze beweging niet maken, bijvoorbeeld de versterking van de eerste lijn.

De voorzitter:

U kunt door. Nee, meneer Raemakers heeft nog een vraag.

De heer Raemakers (D66):

Ja, want wij hebben hier ook een vraag over gesteld. Ik ben ook een beetje zoekende. Het begrip "stelselverantwoordelijkheid" popte bij mij op. Dat wordt vaak genoemd in debatten over VWS. Ik zou eigenlijk willen dat het ministerie niet alleen maar stelselverantwoordelijk is maar ook echt die knoop kan doorhakken als de werkelijkheid anders uitpakt dan we hadden voorzien, zoals ik in de eerste termijn al zei. Maar hoe moet ik dat nou interpreteren?

Minister Kuipers:

Dat kan onder andere tijdens zo'n review. We gaan nu het jaar 2023 in. In 2024 doen we een evaluatie. Als bijvoorbeeld transformatiegelden dan niet gebruikt worden, een beweging niet tot stand komt of die regiobeelden niet helpen om ervoor te zorgen dat mensen die dat het meest nodig hebben ook betere zorg krijgen, dan zijn er mogelijkheden voor een ministerie, al dan niet samen met een NZa of met andere partijen — het kan ook met de inspectie zijn — om daar juist op in te grijpen.

De voorzitter:

De heer Raemakers is voldoende bediend. De minister gaat door met de beantwoording van de vragen.

Minister Kuipers:

Dat brengt mij bij een vraag van de heer Van Houwelingen: "Hoe vrijwillig is het samenwerken in het akkoord? Er staat heel veel in, maar ik ben benieuwd of het verplicht samenwerken dan wel echt gaat werken." De samenwerking die we in het akkoord hebben, is niet vrijblijvend. Partijen hebben nadrukkelijk ook met elkaar afgesproken de afspraken uit te gaan voeren op het moment dat het akkoord ondertekend was. Ik vind het belangrijk om te benoemen dat we met alle partijen, inclusief de Landelijke Huisartsen Vereniging — die heeft op bepaalde gronden niet ondertekend; ik ga daar straks nog even op in — zeggen deze beweging te snappen en noodzakelijk te vinden. Alle partijen moeten enorm goed beseffen dat we verandering in de zorg alleen door samenwerking kunnen realiseren.

De heer Van Houwelingen (FVD):

Het gaat dus om samenwerking waarbij dwang wellicht nodig is, zoals de minister nu ook zelf toegeeft. Misschien kan ik hierop aanhakend een vraag stellen, want deze

vraag hoort volgens mij ook bij het blokje algemeen. Het aantal zorginstellingen, dus het aantal ziekenhuizen, het aantal ggz-instellingen en het aantal apotheken, neemt jaar na jaar af. We hebben het daar vaker over gehad. Wat verwacht de minister dat er, gezien het Integraal Zorgakkoord, met het aantal zorgorganisaties gaat gebeuren de komende jaren? Gaat dat weer verder en verder afnemen? Is samenwerking dus, zoals we dat ook bij gemeentelijke samenwerking zien, een opmaat naar het reduceren van het aantal zorginstellingen, of niet? Kan de minister daar iets over zeggen? Wat verwacht hij dat er gebeurt?

Minister Kuipers:

Het IZA richt zich niet op het aantal zorginstellingen of het aantal zorgaanbieders in Nederland. Evenmin richt het zich op het aantal verzekeraars in Nederland. Dat zijn geen doelen van het IZA. Er gaat ook geen enkele paragraaf over het streven naar meer of minder zorgaanbieders. Ik heb geen specifieke verwachting van wat er gaat gebeuren. Wat mijn verwachting wel is — dat is ook echt een noodzaak — is dat er in de volle breedte, in regio's en voor sommige specifieke aandoeningen ook over de regio heen, meer samengewerkt wordt. Dat kan samenwerking zijn tussen de eerstelijnszorg, de langdurige zorg en de medisch-specialistische zorg. Voor sommige terreinen geldt dat allerlei verschillende componenten bij elkaar komen. Mijn verwachting is dus dat er meer samengewerkt zal worden, maar er is geen doelstelling voor meer of minder zorgaanbieders.

De heer Van Houwelingen (FVD):

Dank voor dat antwoord. Oké, er is geen doelstelling. Zo heb ik het akkoord ook gelezen. Alleen, er zit wel een logica in. Tot nu toe is het zo — de minister zal dat toch moeten erkennen — dat het aantal zorgorganisaties eigenlijk op elk terrein is afgenomen. Of het nou in de ggz is, of de ziekenhuizen ... Er waren nog 160 organisaties in 1980. Nu zijn het er 80. Als we dit zorgakkoord lezen, dan ... Ik noem één voorbeeld. Van ongecontracteerde zorg krijg ik nou niet echt de indruk dat die erg verwelkomd wordt. Die zorgverzekeraars willen ook niet allemaal contracten af hoeven te sluiten. Die hebben liever een paar contracten. Dat is ook de reden voor de integrale geboortezorg. Is het niet volkomen logisch dat die trend met dit zorgakkoord wordt doorgezet? Is het niet een logica die zich ontrolt? We krijgen vanzelf weer minder en minder zorgorganisaties te zien. Dat is mijn punt. Het betekent dat er minder zorgorganisaties in de regio zijn. Het betekent minder innovatie. Het betekent minder concurrentie. Wij denken dus dat daar allemaal nadelen bij komen kijken.

Minister Kuipers:

De heer Van Houwelingen maakt nu hele grote stappen ten opzichte van een trend vanaf 1980; hij betreft de afgelopen 40 jaar bij wat dit zorgakkoord zal bewerkstelligen. Nogmaals, het perspectief van dit zorgakkoord begint allereerst bij een burger en een patiënt, en bij toegankelijkheid tot die zorg, ongeacht waar die burger woont. Een patiënt moet toegang hebben tot goede zorg, of dat nou geplande zorg is of spoedzorg. En dat vraagt op veel punten om meer samenwerking. Het vraagt niet om minder zorginstellingen, het vraagt niet om minder apothekers of minder geboortezorgorganisaties of minder — ik kijk maar naar mijn collega's — langdurigezorginstellingen. Het vraagt wel om samenwerking, om te zorgen dat patiënten én toegankelijkheid én kwaliteit van het juiste niveau hebben.

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

Heel kort. Nou ja, dit is een duidelijk antwoord. Maar wij denken dus dat dit wel gaat gebeuren, dat die trend niet gebroken wordt en dat daarmee op de lange termijn de zorg niet geholpen is.

De **voorzitter**:

De minister gaat door met de beantwoording.

Minister **Kuipers**:

De heer Van der Staaij vroeg: het knelt vaak juist bij de overgang tussen domeinen, afspraken en acties zijn nodig dwars door alle schotten en zorgdomeinen; wat zijn nu precies de acties? Ik ben het er geheel mee eens dat de overgang tussen zorgdomeinen vaak het probleem is. Ik zal vanwege de tijd niet op allerlei voorbeelden ingaan; u kent ze. Maar dat is ook de reden waarom het zo goed is dat we nu het integraal akkoord hebben. Dat is overigens ook de reden waarom partijen tijdens de intensieve onderhandelingen een aantal maanden van begin tot eind elkaar allemaal vastgehouden hebben. We hebben die integraliteit nodig. Als ik een enkel voorbeeld voor de heer Van der Staaij wel mag noemen: we werken bijvoorbeeld aan domeinoverstijgende bekostiging. In afspraken rondom de samenwerking tussen het sociaal domein, huisartsen en ggz hebben we onder andere afgesproken dat vanaf 2025 een verkennend gesprek door een ggz-professional zo veel mogelijk samen met een ervaringsdeskundige het uitgangspunt wordt voor een eventuele verwijzing van patiënten met ggz-problematiek. Het is ontzettend belangrijk dat we in diezelfde setting ook stappen maken met gegevensuitwisseling om te zorgen dat ook daar, over schotten, beter samengewerkt kan worden.

Dan vroeg mevrouw Ellemée naar de toegang tot de zorg: hoe zonder versterking van de eerste lijn, concrete plannen in de ggz en extra budget van gemeenten wordt voorkomen dat de toegang ongelijker wordt, evenals gezondheidsverschillen. Toegankelijkheid tot de zorg voor iedereen die dat nodig heeft, is van groot belang. Dat deel ik geheel met mevrouw Ellemée. En ik herken de zorgen die ze aangeeft; ik benoemde ze ook al. Het Integraal Zorgakkoord heeft juist tot doel om dat te versterken. Zo maken bijvoorbeeld in de eerste lijn zorgaanbieders en zorgverzekeraars onder andere afspraken over het verlichten van de werkdruk. We noemden al meer tijd voor de patiënt, en ook de inzet van digitale zelfzorg. Ook in de ggz — maar daarvoor kijk ik naar mijn collega — wordt onder meer ingezet op betere samenwerking tussen de ggz-sector, huisartsen en het sociaal domein.

Mevrouw van den Berg vroeg: bij het IZA wordt een verwijzing gemaakt naar de andere akkoorden, GALA, WOZO, Green Deal, TAZ en jeugd, maar hoe wordt het verbonden? Het is inderdaad zo dat er een aantal akkoorden en programma's gesloten zijn in de afgelopen periode. De ambitie die er voor de komende jaren op al deze terreinen is, is groot, en die akkoorden hangen nauw met elkaar samen. Binnen VWS verbinden we de akkoorden in overkoepelende overleggen. Het is belangrijk om te weten wat er binnen ieder akkoord gebeurt. Ten aanzien van concretere voorbeelden: afspraken uit het IZA, bijvoorbeeld met betrekking tot preventie, worden concreter uitgewerkt met gemeenten en zorgverzekeraars. Het GALA is een plek om die afspraken verder te effectueren.

Dan was er een vraag van de heer Hijink. De heer Hijink geeft aan dat hij niet begrijpt waarom de mensen die er het meest toe doen, de huisartsen, verpleegkundigen en verzorgenden, niet serieus zijn genomen bij de totstandkoming van het akkoord. Ik wil graag benadrukken dat huisartsen, verpleegkundigen en verzorgenden zeer actief betrokken zijn geweest bij de totstandkoming van het akkoord. V&VN bijvoorbeeld representeert alle verzorgenden en verpleegkundigen van Nederland, heeft vol aan alle gesprekken rondom het IZA deelgenomen, en heeft het IZA ook medeondertekend. Over huisartsen heb ik al het een en ander genoemd. Ik kom daar straks nog een keer apart op terug.

Dan refereerde mevrouw Ellemet aan een persbericht van de NZa over het vertrouwen in de afspraken: zijn ze concreet genoeg, gaat de minister ervoor zorgen dat het wel uitgevoerd wordt en is er iemand echt eindverantwoordelijk? Daarmee kom ik even terug op de vraag die we zonet al adresseerden. Laat ik ook benoemen dat de NZa nadrukkelijk en nauw was betrokken bij het zorgakkoord, ook vanwege de vele taken. Hetzelfde geldt voor het Zorginstituut. In het betreffende bericht geven ze aan dat er spelregels nodig zijn omdat die transitie naar passende zorg niet vanzelf gaat. Die vragen dan ook of die spelregels worden ingezet als het nodig is, om te zorgen dat die transitie ook echt gebeurt. Dit raakt aan de beantwoording die ik net gaf. En ik vind het, net als de NZa, belangrijk dat er daarmee ook duidelijkheid is over de verantwoordelijkheid tussen de partijen.

Dan vroeg de heer Van Houwelingen: door het zorgakkoord worden enorme vergadercircuits opgetuigd, gecentraliseerde besluitvorming, het heeft allemaal negatieve effecten; staat dat op het netvlies bij het ministerie? We beseffen heel goed dat met alleen vergaderen de zorg niet verandert; laat dat heel duidelijk zijn. Daarom proberen we het aantal op te tuigen vergadercircuits zeer te beperken. Met de partijen is in de afgelopen periode zo veel overleg geweest bij de totstandkoming van dit akkoord, en daarbij is ook zo nadrukkelijk onderkend dat je elkaar ook in de uitwerking nodig hebt, dat we er wel aan hechten om die partijen bij elkaar te houden. Dat raakt aan de vraag van mevrouw Ellemet, die terecht vroeg: wat gaat het ministerie nou doen om te zorgen dat die stappen wel gemaakt worden? Daar heb ik dat overleg voor nodig, als signalering beide kanten uit, en om zo nodig te kunnen acteren.

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

Heel kort. Heeft de minister ook enig idee hoeveel tijd dit gaat kosten? Want het klinkt allemaal heel indrukwekkend, hè: allerlei beleidsplannen, werkafspraken. Is dat enigszins meegenomen? En wordt er straks ook naar gekeken als mensen het op een gegeven moment beu raken en merken dat het niet werkt, dat het niet kan, dat ze hun werk niet meer kunnen doen? Wordt daar dan verslag van gedaan? Wordt er dan misschien gezegd dat we dan maar moeten stoppen met al dat integraal domeinoverstijgende werken, omdat het in de praktijk meer kost dan het oplevert?

Minister **Kuipers**:

Een terechte vraag. En tegelijkertijd zou het mij zeer verbazen als het, ook als het veel tijdsinzet vergt, meer kost dan het oplevert. Het gaat om zorg voor heel grote aantallen patiënten. Het gaat om toegang en kwaliteit. Het gaat ook om grote bedragen. We

hebben zojuist al iets gezegd over alleen al de transitiegelden, en dat je daar een team voor bij elkaar brengt dat periodiek bij elkaar komt. Het is zeker niet op dagelijkse basis, het is ook niet op wekelijkse basis, maar dat we nauw monitoren wat er gebeurt, zeker in de eerste periode, en of de beweging wel op gang komt, lijkt me niet meer dan normaal. Ik zou de vraag andersom verwachten. Ik bedoel dat ik, als ik dat niet deed, door de Kamer nadrukkelijk werd aangespoord om dat wel te doen.

De heer Hijink stelde voor om het stelsel van concurrentie af te schaffen: hoe kom je tot samenwerking en lagere regeldruk als het fundament van het stelsel niet deugt? Laat ik vooropstellen dat ik trots ben op ons huidige stelsel, waarin private partijen een belangrijke rol hebben binnen een publiek gereguleerde context, waarin er via vormen van concurrentie wordt geprikkeld om tot resultaten te komen. Dat werkt, maar het zit op allerlei punten de samenwerking en de juiste zorg voor patiënten ook in de weg. Maar dat noopt mij niet tot verandering van het stelsel.

Dan was er een vraag van de heer Raemakers, die ging over medisch-specialistische bedrijven en — ik vertaal het even — de participatie en voldoende bijdrage aan het tot stand komen van alle opdrachten die er in dit zorgakkoord komen. Laat ik vooropstellen: medisch-specialistische bedrijven, medisch specialisten in loondienst maar ook verbonden via medisch-specialistische bedrijven, hebben een belangrijke rol bij de beweging naar passende zorg, in de dagelijkse praktijk en zorg voor hun patiënten, in hun samenwerking en afspraken binnen hun eigen centrum, binnen hun regio en ook binnen hun wetenschappelijke verenigingen. Ik verwacht dan ook dat zij zich maximaal inzetten om die beweging te realiseren, ook omdat zij zich geconfronteerd zien met de uitdagingen die er nu zijn: voldoende tijd om patiënten te kunnen zien, voldoende tijd om bijvoorbeeld voor patiënten de juiste diagnostiek te vragen of een alternatieve behandeling aan te kunnen bieden. Ik ga daarbij wel volgen hoe de medisch-specialistische bedrijven hierin hun rol pakken en of er inderdaad sprake zal zijn van — zoals dat met een mooie term heet — gelijkgerichtheid. Dat betekent dat als er afspraken gemaakt worden in een ziekenhuis en in een regio, ook domeinoverstijgend, die feitelijk niet geblokkeerd worden of tegengewerkt worden door een medisch-specialistisch bedrijf dat de andere kant uit werkt.

Tot slot maakte de heer Raemakers ook nog een verwijzing naar ongeoorloofde betalingen en onderzoeken. Deze onderzoeken door de inspectie lopen op dit moment. Ik kan daar voor nu nog niets aanvullends over zeggen.

Voorzitter, uw vraag ging hierover: door het invoeren van de monitoring wordt er enorm veel overleg gepland. Ik denk dat ik dat ondertussen al wel geadresseerd heb. Dan was een terechte vraag: wat gaan de patiënt en de consument van het IZA merken? Laat ik eerst even refereren aan wat de patiënt en de consument op dit moment merken van onze zorg. Je kunt dat wekelijks lezen op allerlei verschillende manieren. Ik hoop dat de patiënt en de consument gaan merken dat in de komende periode de toegang tot de zorg verbeterd wordt en dat zij betere toegang krijgen tot hun huisarts en tandarts en tot langdurige zorg als dat nodig is. Ik hoop ook dat ze gaan merken dat er helderder afspraken gemaakt worden over de medisch-specialistische zorg, bijvoorbeeld in het geval van een klinische opname, en de doorstroming naar de wijkzorg of de langdurige zorg. Dat is wat patiënten ervan moeten merken. Waar ze van uit moeten gaan en wat

ze als een gegeven moeten kunnen beschouwen, is dat als er meer samengewerkt wordt, hun zorgprofessional, wie dat ook is, automatisch toegang heeft tot alle kennis en kunde die er in de regio voor hem of haar ter beschikking is. Daar hoeft je niets anders van te merken, anders dan dat je goede zorg krijgt.

De voorzitter:

Ik draag graag het voorzitterschap over aan mevrouw Agema. Ik moet daarna ook vertrekken.

Voorzitter: Agema

De voorzitter:

Wilt u alvast een vraag stellen, meneer Kuzu?

De heer Kuzu (DENK):

Ik zou nu graag mijn vraag willen stellen, voorzitter. De minister geeft aan dat de toegankelijkheid bevorderd moet worden. Dan is mijn vraag aan de minister of zijn voorgangers daar dan niet in geslaagd zijn. Ik pak er dan maar even het Hoofdlijnenakkoord medisch-specialistische zorg uit 2018 bij. Daarin is afgesproken dat de uitgaven aan medisch-specialistische zorg afgeremd moeten worden naar 0% in 2022. Ik constateer dat het van 2019 tot 2022 van 23,5 miljard naar 26,4 miljard is gegaan. Dat vind ik op zich niet erg, maar er staat ook in dat het doel was het bevorderen van de toegankelijkheid en de betaalbaarheid van de zorg. Ik vraag de minister: is dat dan mislukt?

De voorzitter:

Het woord is aan de minister.

Minister Kuipers:

Ik wil er eerst op wijzen dat we in de tussenliggende periode wel het een en ander hebben meegemaakt in de zorg, met een pandemie en zeer grote aantallen patiënten die opgenomen werden. Ik heb hier eerder weleens stilgestaan bij alleen al het aantal verpleegdagen in ziekenhuizen. Dat gaat om zeer grote aantallen, wat dus ook zeer hoge kosten met zich meegebracht heeft. Dat ziet u ook terug in de plaatjes. Als u mij de vraag stelt of we met z'n allen — dan hoeft ik niet eens iets te kwalificeren over mijn voorganger of over het beleid van VWS in de voorliggende periode — afdoende in staat zijn geweest om de kwaliteit van onze zorg te verbeteren, dan is het antwoord: nee, dat zijn we niet. Daarmee staan we er wat dat betreft eigenlijk slechter voor dan bijvoorbeeld vier, vijf jaar geleden. Dat is reden temeer om nu te gaan naar een integraal akkoord en om niet alleen in te zetten op specifiek op domeinen gerichte akkoorden.

De heer Kuzu (DENK):

Dan zegt de minister dus heel duidelijk: er zijn situaties te voorzien waardoor je gewoon geen invloed kan hebben op allerlei ontwikkelingen die op dit moment in dit akkoord staan. Dat hoort er inderdaad bij. Die kostenstijgingen hebben we natuurlijk altijd gezien. En nogmaals, ik vind dat niet per se een probleem, want ik vind dat je in de eerste plaats uit moet gaan van een waardige en goede zorg voor de patiënt en de cliënt. Dus de middelen zijn wat mij betreft van ondergeschikt belang. Ik zou de minister het volgende

willen vragen. Waarom zou het, kijkend naar de resultaten die in dit akkoord voorzien zijn, nu dan wel lukken, terwijl dat in het verleden met al die verschillende deelakkoorden die ook behoorlijk stevig waren, waar we ook flinke debatten over gevoerd hebben en waarvan de bewindspersoon er op dat moment ook van overtuigd was dat het zou lukken, niet is gelukt?

Minister Kuipers:

Allereerst, omdat dit akkoord domeinoverstijgend is. Dat klinkt heel gratuit, maar dat is echt een belangrijk verschil. Het betekent namelijk dat de desbetreffende partijen met elkaar om de tafel hebben gezeten om naar elkaar uit te spreken waar ze tegenaan lopen en waar ze de ander nodig hebben. U refereerde zo-even aan een aantal uitgaven in de medisch-specialistische zorg en de ziekenhuiszorg. Ziekenhuizen lopen nu tegen het probleem aan dat ze langere wachtlijsten hebben en hun capaciteit niet volledig kunnen benutten, onder andere omdat ze problemen hebben met het aantal verwijzingen en de doorstroom naar de langdurige zorg. In een bijzondere term heet dat de verkeerdebedproblematiek. Dat is niet meer in één of twee ziekenhuizen het geval; het is heel breed en domeinoverstijgend.

Ten tweede zijn er afspraken gemaakt. We hebben zojuist al even stilgestaan bij de passende zorg; dat is echt een ander concept. We kunnen ook stilstaan bij de digitaliseringsagenda. Ik ben erg blij met de brede steun voor de Wegiz onlangs in uw Kamer. Er zijn een aantal verschillende aspecten waarom ik denk dat dit anders is. Ik zal ze niet allemaal langslopen. Is het een garantie dat we daarmee allerlei doelstellingen halen? Nee, absoluut niet. Integendeel. Het is ook een reden om nu niet achterover te leunen en te zeggen: we hebben een akkoord, we hebben handtekeningen, het zal nu wel goed komen. Het vraagt om nadrukkelijke actie bij alle betrokken partijen. Dat zie je nu al in de bewegingen die op dit terrein gemaakt worden.

De voorzitter:

Dank u wel. We schorsen even kort voor een changement.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

De voorzitter:

Goed, we gaan verder met luisteren naar de minister.

Minister Kuipers:

Dank u wel, voorzitter. Dan kom ik bij het mapje huisartsen, de eerste lijn. Ik ga eerst in op een vraag van de heer Van der Staaij: wat wordt er gedaan met de zorgen die leven bij partijen die niet getekend hebben of afgehaakt zijn? Ook wij vinden het jammer dat de LHV en MIND op dit moment niet getekend hebben. Ze zijn van het begin tot het eind zeer intensief bij de onderhandelingen, bij de gesprekken betrokken geweest. Daar ben ik ze zeer dankbaar voor, want het was echt nodig, gezien de inhoudelijke beweging. Vanuit VWS blijven we intensief in gesprek met LHV en MIND. Ook zullen zij betrokken blijven bij de uitvoering van de afspraken, net als alle andere partijen die wel en niet ondertekend hebben.

Dat brengt mij automatisch bij de vraag van mevrouw Ellemeet: hoe gaat de minister

zekerheid bieden over waar de huisartsen terechtkunnen met vragen, bijvoorbeeld over meer tijd voor de patiënt en huisvesting? Een onderdeel daarvan, meer tijd voor de patiënt, heb ik al beantwoord. Partijen hebben afgesproken dat dit landelijk wordt ingevoerd. Zorgverzekeraars en huisartsen maken de komende tijd concrete afspraken over de inkoop voor 2023, inclusief de resultaatafspraken die daarbij zitten. Daar zit ik bovenop. Ik heb al aangegeven dat de NZa ondertussen bezig gaat met het advies hoe de bekostiging voor meer tijd voor de patiënt structureel ruimte kan bieden. Dat zal dan zijn vanaf 1 januari 2024. Ik heb de ANW-tarieven al genoemd. Voor huisvesting hebben we concrete afspraken gemaakt. Voor de zomer van 2023 komt er een handreiking voor het oplossen van huisvestingsproblematiek.

Dat brengt mij bij de vraag van mevrouw Paul: is de minister bereid het vertrouwen van de huisartsen terug te winnen en, zo ja, hoe? Ja, daar ben ik zeer toe bereid. We hebben de huisartsen nodig. Er zijn opmerkingen gemaakt over wat er in de afgelopen jaren met hoofdlijnenakkoorden gebeurd is. In dat opzicht snap ik het gebrek aan vertrouwen. Dat betekent dat we voor veel partijen hard moeten werken. Het betekent overigens ook iets voor huisartsen en huisartsenverenigingen. Ik gaf al iets aan over meer tijd voor de patiënt. Andere partijen hebben de huisartsen nodig om resultaten te halen. Anders weten we waar we in 2024 met de midterm review op uitkomen: dan is het niet gelukt om de eerste lijn te versterken, dan is het niet gelukt om meer tijd voor de patiënt te realiseren, dan komt de signaleringsfunctie niet van de grond enzovoort. Het hangt nadrukkelijk samen. Ik wil me er zeer voor inzetten. Ook voor de versterking van de eerste lijn is geld beschikbaar. Dat is ook belangrijk om te onderkennen.

Dat brengt mij bij de vervolgvraag van mevrouw Paul: wat als de LHV uiteindelijk niet tekent? Kan het IZA dan wel door? De eerste lijn is cruciaal om IZA goed uit te voeren. Dat wil ik heel duidelijk stellen. Ik vind het belangrijk om te benadrukken dat ook de LHV de ambities van het IZA steunt. Ik zet in op een voortvarende uitvoering van afspraken. Ik zei al iets over ANW. De eerste lijn is cruciaal, maar we kunnen ons niet laten gijzelen met het IZA. De bewegingen en de vragen zijn heel breed. Het is dus niet zo dat als op enig moment de LHV niet tekent, wij het IZA in de shredder gooien, zoals een suggestie van de vorige voorzitter luidde, dus dat we daarmee stoppen en maar doorgaan op de weg die we de afgelopen jaren gevolgd hebben, want dat leidt tot grote problemen. Alles is er dus op ingezet om vertrouwen te winnen en om de LHV mee te krijgen in de beweging. Ik hoop dat ze dan ook gaan tekenen; daar is ook nadrukkelijk geld voor beschikbaar. Maar laat ik ook heel duidelijk zeggen dat we ons niet kunnen laten gijzelen, want dan krijgen we nog veel grotere problemen.

Dan was er een vraag van mevrouw Ellemeet ten aanzien van meer budget voor de opleiding van huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde. Laat ik allereerst zeggen dat ik zeer bekend ben met het tekort aan artsen buiten het ziekenhuis, zoals de specialisten ouderengeneeskunde en de huisartsen. Dat de instroom achterblijft in vergelijking met het beschikbare aantal plekken, is zorgelijk, juist gezien de hele beweging die we nodig hebben. Oplossingen voor meer instroom zitten hem deels in het ervoor zorgen dat er in de geneeskundeopleidingen meer aandacht voor deze vakgebieden komt, in het curriculum en tijdens coschappen, maar ook deels in de voorkeuren van patiënten. Ik kan dat nadrukkelijk onder de aandacht brengen, ook bij de collega's en bij de Federatie Medisch Specialist en bij de Landelijke Huisartsen

Vereniging, maar ik ga niet over het curriculum; laat ik dat ook duidelijk zeggen. Ik kan individuele mensen dus niet dwingen om een bepaalde opleiding te doen of in het curriculum zelf te verleiden. Maar het is wel duidelijk dat de opleiding geneeskunde mee moet stromen. Ik wijs nog wel even op het beeld, want vrij snel ontstaat het beeld dat heel veel mensen medisch specialist worden en maar heel weinig mensen huisarts. De jaarlijkse instroom van huisartsen is nu — in 2023 — 870 en de jaarlijkse instroom in een medisch-specialistische opleiding is ongeveer 1.100. Het is dus niet zo dat dat een verhouding van een op tien is bijvoorbeeld. Die instroom bij de opleiding medisch specialisten is de afgelopen jaren stabiel gebleven of geleidelijk licht gedaald en bij de huisartsen is die behoorlijk uitgebreid.

De voorzitter:

Gaat u verder.

Minister Kuipers:

Ik zal echt tempo maken; ik hoor uw aansporing. Er was de vraag van de heer Bevers of het Capaciteitsorgaan in de ramingen rekening gaat houden met de beweging naar de lijn en hoe we zorgen voor een betere spreiding. Het antwoord is: ja, daar gaat het Capaciteitsorgaan nadrukkelijk rekening mee houden. Het Capaciteitsorgaan denkt ook na over wat dat vraagt voor regionale spreiding.

De voorzitter:

Mevrouw Van den Berg had een vraag over het vorige punt.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Nou ja, wel nog steeds gerelateerd aan het arbeidsmarktpunt, aan de opleidingen. De minister zegt aan de ene kant meer te gaan kijken naar de spreiding, dus naar waar de mensen nodig zijn. Daar ben ik erg blij mee. Maar hij zegt gelijktijdig geen invloed te hebben op de inhoud van het curriculum. Dus als we zeggen dat het goed zou zijn om meer aandacht te hebben voor mogelijkheden in het curriculum voor — zeg maar — de artsen buiten het ziekenhuis dan voor die erbinnen, is de reactie dat de minister dat niet kan beïnvloeden en dat kan een te langzame draai betekenen. De minister heeft er dan blijkbaar misschien nog wel invloed op dat we in beeld krijgen waar de artsen nodig zijn, maar kan dan niet bepalen waar ze worden geplaatst.

Minister Kuipers:

Dat eerste klopt. Ik heb geen zeggenschap over een curriculum, noch over het medisch curriculum — dan kijk ik naar de minister van OCW — noch over het aantal plaatsen voor een opleiding voor arts of tandarts, en trouwens ook niet over de vervolgopleiding. Ik heb geen invloed op het curriculum voor huisartsen of medisch specialisten sec. Ik moet wel bepaalde zaken vaststellen op een gegeven moment, maar niet anders dan dat. Waar ik wel invloed op kan hebben, is de regionale verdeling van vervolgopleidingsplaatsen. Dat is het onderwerp waarvan ik aangaf dat ik het Capaciteitsorgaan zou vragen om mij daarover te adviseren, want we weten dat dat onevenredig verdeeld is en we weten ook dat dat de tekorten aan artsen in sommige regio's verder in de hand werkt en versterkt. Mensen zijn na hun opleiding namelijk veelal ergens gesetteld: ze hebben een partner, hebben een huis, hebben soms kinderen op een crèche en zoeken dus naar een vervolgplek — een praktijk — op de

plek of in de regio waar ze ook hun opleiding gedaan hebben. Dat zien we gewoon gebeuren.

Daarmee heb ik het blokje huisartsen in de eerste lijn gehad. Dan kom ik bij het blokje acute zorg. Daarin heb ik eerst een vraag van mevrouw Van den Berg. De minister stelt in de beleidsagenda acute zorg dat nabijheid geen aspect van kwaliteit van acute zorg is. De RVS zegt dat bereikbaarheid een aspect van kwaliteit is. Kan de minister daarop reageren? Laat ik vooropstellen dat iedereen in Nederland acute zorg van goede kwaliteit moet hebben, dat die gewoon toegankelijk moet zijn. Dat is één belangrijk punt. Dat kan zorg thuis zijn: digitaal, telefonisch of op een andere manier, zoals bezoek van een huisarts, een wijkverpleegkundige of een oncologieverpleegkundige. Het kan acute zorg zijn met bezoek van een ambulance aan huis. We zien bijvoorbeeld een echte stijging van het aantal bezoeken waarbij het gaat om wat dan in ambulancezorg "eerste hulp geen vervoer" heet; mevrouw Van den Berg weet dat. Dat is eigenlijk een soort beweging in de ambulancezorg. Het kan ook het bezoek zijn aan een hap of aan een eerstehulppost, een spoedeisendehulppost in een ziekenhuis. Maar het moet voor iedereen toegankelijk zijn. Dat is één.

Het tweede — dat gaf ik al aan in de eerdere beantwoording — is dat we een tekort hebben aan capaciteit in de hele breedte van de zorg in Nederland. We kunnen het ons niet veroorloven dat bijvoorbeeld acutezorgcapaciteit verdwijnt, in totale zin. Maar dat gezegd hebbende is tijdigheid bij bepaalde acute klachten zeer belangrijk. Dat is niet altijd hetzelfde als nabijheid. Voorbeelden werden al genoemd: patiënten met een acute levensbedreigende aandoening, of dat nou een acuut hartinfarct is, een acute beroerte of een acute gecompliceerde zwangerschap en zo kan ik nog even doorgaan. Daarvoor is lang niet altijd de dichtstbijzijnde spoedeisende hulp ook de meest geëigende. Daarover wil je graag afspraken maken.

De voorzitter:

Mevrouw Pouw-Verweij wil graag een vraag stellen.

Mevrouw **Pouw-Verweij** (JA21):

Ja, daar heb ik wel een vraag over. Patiënten melden zich niet bij de spoedeisende hulp met een hartinfarct of een herseninfarct. Ze melden zich met klachten en de diagnose volgt juist pas op de spoedeisende hulp. Soms niet; soms komt de ambulance aan of wordt er bij de huisarts iets vastgesteld. Maar veelal komen mensen met klachten naar de spoedeisende hulp en moet aldaar de diagnose gesteld worden en wordt dus ook dan pas duidelijk naar welk centrum die patiënten toe moeten.

Minister Kuipers:

Mevrouw Pouw heeft gelijk: bij het overgrote deel van de acute zorg gaat het om klachten waarbij mensen zelf binnenkomen. Dat kan alles zijn, in de volle breedte, van jong tot oud en van bewegingsapparaat tot ontregeling van een chronische ziekte, tot een trauma et cetera. Dat kan alles zijn. Veel patiënten komen zelf binnen en komen bij de dichtstbijzijnde spoedeisende hulp. Maar zeker bij patiënten met een levensbedreigende aandoening is het regelmatig zo dat ze met een ambulance komen. Juist bij deze voorbeelden, of het nou gaat om een beroerte, een hartaanval of sommige andere dingen, zoals een acute hersenbloeding, wordt de diagnose veelal al gewoon

thuis gesteld. We hebben in de afgelopen twintig jaar een heel belangrijke beweging gezien van ambulancevervoer naar ambulancezorg. De mensen die daar werken, zijn bij uitstek professionals die een patiënt stabiliseren, die zo nodig intuberen, die infusen aanbrengen, die bloed geven, die medicatie toedienen, die een hartcardiogram maken en een diagnose stellen, en op basis daarvan acteren. Juist bij dit soort zaken wil je onderkennen wat er dan precies moet gebeuren en welke plek voor de patiënt het meest geëigend is.

Mevrouw **Pouw-Verweij** (JA21):

Ik snap wat de minister probeert te zeggen, maar ik blijf dat heel lastig vinden, want aan het einde van de dag gaat het toch vooral om patiënten met veelal diffuse ziektebeelden. Wat ik ook nog even wil markeren, is dat daarbij ook een groot verschil zit tussen bijvoorbeeld de klachtenpresentatie van een man met een hartaanval en die van een vrouw met een hartaanval. Willen we daar dan ook een correctie voor in gaan voeren? In vind het best wel lastig als we op basis van dat soort diagnoses de acute zorg anders in willen gaan delen in het land. Ik denk dat er een heel groot risico zit dat we een groot gedeelte van de patiënten dan niet gaan vangen en dat we een gedeelte van de spoedeisende hulpen uitkleden, met name in de regio's, want de regio's zullen hierin de klos zijn. Het risico bestaat dat mensen dan toch daarnaartoe komen omdat er wordt gedacht dat er wat anders speelt en het dan toch om zo'n ernstige aandoening blijkt te gaan. Ik denk dat we echt een heel groot risico lopen als we daarvoor kiezen.

Minister **Kuipers**:

Ik denk dat het risico precies andersom ligt. Het risico zit erin dat we een tweedeling krijgen tussen mensen die pal naast een groot centrum zitten waar alles aanwezig is en mensen die daar verder vandaan wonen, die zich eerst melden bij of gebracht worden naar het meest nabije ziekenhuis en die, terwijl bijvoorbeeld ambulancepersoneel op het hartcardiogram gewoon kan zien dat een patiënt een hartinfarct heeft, toch naar een spoedeisende hulp worden gebracht waar geen hartkatheterisatiekamer is. Dat is tweedeling in de zorg. Dat leidt tot verschillen in uitkomsten van zorg. Dat betekent dat in zo'n geval een ambulance er juist voor kiest om wel linea recta naar een hartkatheterisatiecentrum te rijden, ook als dat centrum toevallig niet in het dichtstbijzijnde ziekenhuis is maar twee ziekenhuizen verderop. Dat is de verbetering van de kwaliteit.

De **voorzitter**:

Mevrouw Pouw-Verweij, wat zou ik me graag mengen in deze discussie! Het woord is aan u.

Mevrouw **Pouw-Verweij** (JA21):

Dat is iets wat we nu in de praktijk ook al zien. Nu worden er ook al keuzes gemaakt door de ambulancebroeders, die weten dat elders meer specialistische zorg aanwezig is en bijvoorbeeld toch, langs het perifere centrum, doorrijden naar het academisch centrum toe. Dat zijn dus situaties die zich nu al voordoen. Volgens mij heeft ook niemand in deze commissie er bezwaar tegen dat er bepaalde ziekenhuizen zijn die hoogspecialistische zorg leveren en dat als je in een bepaald geval meteen al duidelijk hebt dat het om een heel specialistische aandoening gaat, je zegt: dan bypassen we de eerste stap en gaan we meteen door. Volgens mij heeft niemand daar bezwaar tegen.

Het gaat om de eerste stap in het geval dat je níét duidelijk hebt waar het om gaat. Daarvoor moet je volledig op kracht blijven en de basisvoorzieningen in alle spoedeisende hulpen op peil houden en ook de faciliteiten die erachter liggen, want als je met een deelsysteem gaat werken, zoals een 8-tot-8-systeem, of je gaat spoedeisende hulpen sluiten, dan hol je daarmee ook het ziekenhuis en de rest van de acute zorg uit. Daar gaat het om.

Minister Kuipers:

Allereerst: ik denk dat mevrouw Pouw en ik het wel degelijk heel erg met elkaar eens zijn. Wat ik — om te beginnen — in mijn inleiding aangaf dat ik wil en dat we met z'n allen willen, is dat er voor iedere patiënt, ongeacht waar die woont, 24/7 acute zorg van goede kwaliteit beschikbaar is, en ook de meest geëigende zorg. We focussen daarbij logischerwijs heel erg op SEH-zorg — spoedeisendehulpzorg — in het ziekenhuis. Ook daarbij gaat het maar om een fractie van de mensen die acute hulp nodig hebben; het werkt trapsgewijs. Maar het is wel een heel belangrijk deel, dus de capaciteit moet daar zodanig zijn dat het 24/7 toegankelijk is. Dat is één. Het tweede is: we hebben landelijk een tekort aan capaciteit, dus je zoekt ook naar het overeind houden van capaciteit. Het derde is: het overgrote deel van de acute zorg, ook voor mensen die op een spoedeisende hulp komen, is reguliere zorg; ik noem het maar even zo. We kunnen de voorbeelden benoemen: een patiënt met een longontsteking, een patiënt met onregelde suiker, een patiënt met verdenking op een heupfractuur; dat gaat om reguliere zorg. Die wil je gewoon, langs de principes zoals we die zojuist benoemden, regionaal overeind houden; daarover zijn mevrouw Pouw en ik het volgens mij helemaal met elkaar eens. Tegelijkertijd is er een onderkenning dat de zorg in de afgelopen twintig jaar sterk veranderd is en dat er dus vormen van zorg zijn waar acute hartkatheterisatie, acute neurochirurgie et cetera zinvol zijn. Daarvoor zoek je — regionaal nog steeds — naar centra waar die zorg ook geleverd wordt en beschikbaar is. Daar gaat dit over. In het IZA staat niet "minder spoedeisende hulpen"; daarin staat niet "weghalen van spoedeisende hulpen in de regio". Wat er wel staat is dat er bij specifieke aandoeningen gekeken moet worden wat nou in zo'n geval de echte kwaliteit van zorg is.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Ik wil graag nog even aansluiten bij de woorden van mevrouw Pouw-Verweij. De minister bekijkt dit volgens mij alleen vanuit een medisch perspectief. Hij bekijkt dit op geen enkele manier vanuit een patiëntperspectief, dan wel een leefbaarheidsperspectief, in de zin van het hebben van de nabijheid van de zorg. En nogmaals, de voorbeelden die de minister geeft, zijn maar een heel klein percentage van de acute zorg. Daar is volgens mij geen enkele discussie over; daar heb ik mevrouw Pouw-Verweij ook geen opmerkingen over horen maken. Maar als iemand binnenkomt met buikklachten, dan kan die bij wijze van spreken iets verkeerd gegeten hebben, of het kan de blindedarm zijn, of de darm kan in de knoop liggen of het kan een aneurysma zijn. Dan moet je toch op dat moment in die spoedeisende hulp de expertise hebben om dat goed te kunnen behandelen. Nogmaals, we hebben het niet over een ernstig auto-ongeluk, waarvoor er nu elf traumacentra zijn — dat zijn er misschien zelfs wel te veel — en over het terugbrengen van dat aantal. We hebben het wel over het behoud van het hele palet, zoals mevrouw Pouw-Verweij aangeeft, van die kennis en die acute zorg 24/7.

Minister Kuipers:

Nogmaals, het is niet omdat ik geen ander antwoord wil geven, maar ik denk dat wij het zeer eens zijn. Ik maak daarbij overigens de kanttekening dat ik het nadrukkelijk wél vanuit het perspectief van de patiënt zie. Ik geef daarbij aan dat iemand 24/7, ongeacht waar hij of zij woont, toegang moet hebben tot kwalitatief goede, acute zorg. Dat is vanuit een perspectief van een patiënt.

De voorzitter:

Mevrouw Van den Berg, wordt dit uw laatste? O nee, het is nog maar de derde interruptie.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Ja, het is inderdaad mijn derde interruptie. Volgens mij mag ik nog even.

Ik heb als gevolg van het Integraal Zorgakkoord wel zorgen over die 45 minuten norm. Daar hebben we het net ook al over gehad in het debat, over wat dat zal betekenen voor de zorg in de regio. Daar zou ik van de minister ook wel een reactie op willen horen. Maar ik ben het er niet mee eens dat nabijheid geen aspect is van kwaliteit van acute zorg. Juist dat regionale ziekenhuis heeft dat hele netwerk aan zorg. Dat heeft die contacten met de huisarts en kent die patiënt. Want het zijn ook vaak chronische patiënten die met iets binnenkomen. Ik vind dus echt dat de minister iedere keer focust op die 5% hoogcomplex, terwijl ik het heb over die 95% waarvoor de nabijheid van acute zorg gewoon heel belangrijk is, ook om dat netwerk in stand te houden. Natuurlijk kom ik bij regionale ziekenhuizen altijd met het voorbeeld van Zeeland. Dat zal ik ook blijven doen. Maar ik heb het ook over Winterswijk en Hoogeveen, maar ook over Zoetermeer. Dat is gewoon een regionaal ziekenhuis midden in de Randstad. Maar dat zijn wel ziekenhuizen waar patiënten zich vertrouwd voelen, waar ze dus ook makkelijk naartoe gaan en niet aan zorgmijding gaan doen.

Minister Kuipers:

Mevrouw Van Den Berg poneert dit als een tegenstelling op mijn mening, maar ik hoor de tegenstelling niet. Dus zij zou mij helpen als zij de vraag iets verder specificeert. Als de indruk bestaat dat het Integraal Zorgakkoord zich richt op bijvoorbeeld het verminderen van het aantal spoedeisende hulpen, dan kan ik zeggen dat dat niet het geval is. Ik heb het er niet in zien staan en het staat er ook niet in. Er staat ook niet in dat we de capaciteit van de spoedeisende hulpen moeten verminderen. Wij hebben wel een kwaliteitseis voor spoedeisende hulp in Nederland, waarbij we vinden dat er op een spoedeisende hulp te allen tijde ten minste één dokter aanwezig moet zijn met één jaar werkervaring. U en ik zouden hier zeggen: nou, daar willen we nog weleens over nadenken, want dat is echt wel het minimum van het minimum; hebben we over 2022 of over 1970? Nee, we hebben het over 2022: één dokter met één jaar werkervaring.

In de laatste analyse van het afgelopen jaar waren er een aanzienlijk aantal spoedeisende hulpen in Nederland die daar niet aan voldeden. Dus daar kom je dan met je kind met koorts of met je ouder die in de war is, die koorts heeft en ook nog diabetes. En er is niet eens één dokter met één jaar werkervaring. Mogen we daar dan iets over zeggen? Niet in termen van "dan moet die spoedeisende hulp maar dicht" maar wel dat we de kwaliteit gaan verbeteren.

De **voorzitter**:

Het is toch jammer dat ik als voorzitter niet mee mag doen.

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

Ik wil hier toch wel graag even op reageren. De minister zegt: volgens mij bestaat er geen verschil in inzicht tussen mevrouw Van den Berg en mij met betrekking tot het Integraal Zorgakkoord. Ik heb uitdrukkelijk gezegd: dat had ik ook nog niet gelijk bij het Integraal Zorgakkoord, maar dat heb ik wel bij de beleidsagenda van de minister. Die heeft echt een andere toonzetting. Dat wil ik toch nog even kwijt.

De minister heeft het over de werkervaring van één jaar die nodig is. Toch proef ik dan de ondertoon dat dat een punt is in de regionale ziekenhuizen. Ten eerste, ik heb uit het veld andere cijfers gehoord. Ik heb gehoord dat men er heel verbaasd over is dat zo'n groot aantal er niet aan zou voldoen. Ten tweede, de regionale ziekenhuizen mogen niet opleiden en hebben dus eigenlijk altijd gewoon mensen die überhaupt al werkervaring hebben. Er is nog een derde punt dat ik hierbij wil maken. Ik heb al eerder gezegd dat de spoedeisendehulpartsen integraal opgeleid zijn om een breed palet te bezien, om alles wat binnenkomt goed te kunnen overzien. Daarvan worden er nu 40 per jaar opgeleid. We hebben er nog 600 nodig. Dan zijn we dus nog vijftien jaar bezig. Kan de capaciteit dus worden verhoogd?

Minister **Kuipers**:

Ten aanzien van de instroom van spoedeisendehulpartsen geldt de beweging van het Capaciteitsorgaan, overigens ook met de input — zoals dat voor ieder vakgebied geldt — vanuit het vakgebied zelf. Ik krijg binnenkort weer nieuwe adviezen van het Capaciteitsorgaan.

Dan de positie van de acute zorg. Ik val een beetje in herhaling. Ik heb daar verder niet zo heel veel aan toe te voegen, alleen dat de getallen over de aanwezigheid van artsen niet voortkomen uit een monitor waarbij mensen steekproefsgewijs gaan kijken; die data leveren ziekenhuizen gewoon zelf aan.

Mevrouw **Pouw-Verweij** (JA21):

Dan heb ik toch nog even één vraag, want ik heb die eerder ook gesteld aan mevrouw Van den Berg. Dat was voor haar een mooie gelegenheid om nog een stukje tekst voor te lezen, dus wie weet tovert de minister ook wat uit een hoge hoed. De minister zegt dat nergens in het IZA staat dat ze de afdelingen voor spoedeisende hulp willen gaan sluiten, maar ik denk dat het pessimisme aan onze kant voortkomt uit het feit dat niet wordt gezegd: we willen naast de 45 minutennorm een extra kwaliteitskader toevoegen, want er moet meer kwaliteit komen op onze SEH's. Ik denk dat heel veel van ons dan hadden gezegd: goed, top, meer kwaliteit op de SEH, dat moeten we doen. Maar het komt in de plaats van die 45 minutennorm. Dan worden wij, of — ik zal voor mezelf spreken — dan word ik nerveus, want ik denk niet dat we die 45 minutennorm gaan afschaffen omdat dat minder gaat worden; die schaffen we af omdat de aanrijtijd hoger gaat worden. Dan zijn we dus toch toe aan het werken naar minder bereikbaarheid, minder toegankelijkheid, want anders hoeven we ook niet van die norm af, dan hadden we hem prima kunnen laten staan, dan hadden we alleen gezegd dat de kwaliteit hoger moet. Misschien kan de minister daar dan op reageren, want ik denk dat daar onze zorg

zit.

Minister Kuipers:

Om even in te gaan op die norm: die norm dateert ondertussen van ongeveer twintig jaar geleden. Daar was toen geen wetenschappelijke basis voor en die is er nog steeds niet. Er is al verschillende keren aangegeven — u geeft het aan, mevrouw Van den Berg geeft het aan, ik geef het aan — dat het bij dit soort vormen van meer complexe spoedeisende hulp qua aantallen in verhouding gaat om een fractie van het aantal patiënten. Je moet daarbij eigenlijk zorgen dat de patiënt zo snel mogelijk de ambulance wordt binnengehaald en vervolgens zo snel mogelijk wordt afgeleverd bij het dichtstbijzijnde ziekenhuis. De ambulancezorg is sterk veranderd. Het is nu zorg. Ambulancepersoneel doet veel op locatie en heeft bij deze patiënten eigenlijk vaak de neiging om langer op locatie bezig te zijn. Daarna brengen ze de patiënt — zo professioneel zijn ze — veelal naar een centrum waarvan ze weten dat de patiënt daar bijvoorbeeld helemaal niet naar de spoedeisende hulp maar meteen naar de hartkatheterisatiekamer kan. Het gaat dus maar om een heel klein aantal. Daar richt de tekst zich ook op. Maar dan moet je ook durven kijken naar die norm van twintig jaar geleden, die toen niet wetenschappelijk onderbouwd is en nu ook niet meer past. Dat herken ik ook in de discussies met Ambulancezorg Nederland.

De voorzitter:

Gaat u verder. Ik kijk ook even naar mijn collega's. We gaan het natuurlijk niet binnen een uur afronden. Mag ik even bij u in de week leggen wat we gaan doen? Laten we het daar over een kwartiertje even over hebben. Meneer Van der Staaij.

De heer Van der Staaij (SGP):

Ik had nog even mijn vinger opgestoken bij dit belangrijke thema. Om het goed te begrijpen: wat betekent het woord "concentratie"? Want het komt zowel in de hoofdtekst als in onderdeel c van de uitwerking terug als zelfstandig trefwoord, ook bij de beweging die wordt ingezet.

Minister Kuipers:

De heer Van der Staaij verwijst naar bladzijden, maar ik heb de tekst niet voor me, dus ik kan niet verifiëren of dat woord is gebruikt in het kader van de acute zorg of in het kader van zorg algemeen. We hebben al een aantal voorbeelden genoemd, maar ik zal een ander voorbeeld noemen dat ook bij u bekend is; mevrouw Van den Berg zei er iets over. Wij hebben in Nederland nu 24 jaar zorg in traumacentra. Die dateren uit 1998. Er is een heldere definitie voor welke patiënten daar terecht moeten komen. Dat is wél wetenschappelijk onderbouwd. We zijn 24 jaar verder en nog altijd komt een op de drie van deze patiënten niet in een traumacentrum terecht, ook al hebben we er tien in Nederland. We kunnen best de discussie voeren of dat er negen moeten zijn, of acht of vijf, maar zelfs met tien centra — er is naar verhouding dus altijd wel een centrum enigszins in de buurt — komt nog altijd een op de drie van deze patiënten niet in een traumacentrum terecht. Daar gaat bijvoorbeeld die concentratie over. We moeten echt met elkaar afspreken dat die patiënten er wel komen. Dat verbetert hun overlevingskansen. Het verbetert ook de kansen op een volledig herstel. Wat betekent dat dan bijvoorbeeld? Nou, dat is bijvoorbeeld een centrum waar te allen tijde een neurochirurg aanwezig is en waar te allen tijde een interventieradioloog aanwezig is.

De **voorzitter**:

Zou ik daar heel kort een vervolgvraag over mogen stellen namens de PVV?

Voorzitter: Ellemeet

Mevrouw **Agema** (PVV):

Het is mij namelijk uit het hart gegrepen, maar ik vind het ook redelijk ongeloofwaardig. We weten allemaal dat de ziekenhuizen nu buiten kantooruren draaiende gehouden worden door aio's en dat de neuroloog uit zijn bed gebeld moet worden als hij opgeroepen wordt. Die man heeft ook een vrouw — er zijn trouwens ook veel vrouwelijke neurologen — een druk leven, en een hele drukke baan. De minister zei net: dan is er altijd een neurochirurg aanwezig. Hoe krijgen we dat voor elkaar, zou ik aan de minister willen vragen.

Minister **Kuipers**:

Dat zijn kwaliteitseisen aan traumacentra. Daar worden ze op gevisiteerd.

De **voorzitter**:

Dan geef ik het voorzitterschap weer terug.

Voorzitter: Agema

De **voorzitter**:

Dank u wel. Laat de minister verdergaan.

Minister **Kuipers**:

Voorzitter. Dan kom ik bij een vraag van mevrouw Van den Berg en mevrouw Pouw. Die ging over een reactie op het onderzoek van ACM uit 2016, dat aantoonde dat ziekenhuisfusies veelal samengingen met prijsstijgingen, en over een onderzoek van Significant uit 2016, waaruit bleek dat er geen indicatie is van een sterk effect van ziekenhuisfusies op de kwaliteit van zorg. Ik gaf al aan dat de uitdagingen in de zorg vergen dat we alle beschikbare capaciteit zo goed mogelijk benutten. In veel gevallen kan samenwerking een prima manier zijn om schaalvoordelen en de bundeling van expertise te benutten. In sommige gevallen kunnen fusies een meerwaarde hebben.

De twee studies die genoemd werden, geven aan dat het moeilijk is om langetermijngevolgen van fusies goed te onderzoeken. De gesignaleerde indicatie voor prijsstijgingen is absoluut een aandachtspunt, maar die geeft voor mij onvoldoende aan wat de gevolgen zijn voor samenwerking en de inzet van schaarse zorgmedewerkers. Omgaan met die schaarste is een grote uitdaging, waar we met het IZA op inspelen. Op termijn moet dat ook leiden tot een verbetering van kwaliteit en toegankelijkheid.

Mevrouw Van den Berg gaf aan dat het goed is dat twee kwaliteitsregistraties voor acute zorg worden samengevoegd. Zij vroeg: wordt het verplicht om daaraan deel te nemen? Dan ging het om NEED en DRAIM. Naar verwachting gebeurt in januari 2023 de toetsing van kwaliteitsregistraties door een inhoudsgovernancecommissie en een datagovernancecommissie. Daarbij zal de toetsing, gezien het aantal, in batches

plaatsvinden. Het Zorginstituut zal op basis van de adviezen van deze commissies kwaliteitsregistraties opnemen in een nieuw register voor kwaliteitsregistraties. Dan kom ik ook bij het antwoord op de vraag: als een kwaliteitsregistratie in het register wordt opgenomen, dan zijn zorgaanbieders verplicht om de gegevens aan te leveren.

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

Heel kort hierop. De minister heeft het over schaalvoordelen, maar er zijn ook schaalnadelen. Nou is mijn vraag de volgende. Er is net die studie genoemd waaruit blijkt dat na fusies de prijs omhooggaat. Ik heb ook studies in mijn betoog genoemd waaruit blijkt dat we eigenlijk al te grote ziekenhuizen hebben. Ik heb ook studies gezien die zeggen dat de kwaliteit niet verbetert na fusies. Dus mijn vraag aan de minister is: hoe kan hij er nou zo zeker van zijn dat het nog verder opschalen — daar heeft hij het toch over met het woord "schaalvoordelen"? — de beweging in de goede richting is? Zijn we niet al te ver opgeschaald en zitten we nu dan niet in een domein van wat ze in de economie "schaalnadelen" noemen, en zouden we niet de andere kant op moeten?

Minister **Kuipers**:

De heer Van Houwelingen en ik hebben het over twee verschillende zaken. De vraag ging over ziekenhuisfusies, maar opschalen gaat over het concentreren van bepaalde vormen van zorg in regionaal verband of in één instelling en het daarmee bereiken van grotere volumes, maar dus ook het met elkaar bundelen van meer expertise. Als de heer Van Houwelingen iets anders bedoelt, dan begrijp ik de vraag verkeerd.

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

Excuus hiervoor. Het kan zijn dat we dan langs elkaar heen praten. Misschien kan de minister dan nog ingaan op mijn vraag over de ziekenhuisfusies, die hij zelf ook opwierp. Die vraag ging inderdaad niet over de regio's. We hebben nu 80 ziekenhuisorganisaties. Is dat wat hem betreft voldoende of denkt hij er eerder aan om het nog verder op te schalen zodat er minder ziekenhuisorganisaties zijn? Is heel specifiek het aantal ziekenhuisorganisaties nu voldoende, of moet dat hoger of lager worden?

Minister **Kuipers**:

Dat komt een beetje naar analogie van de discussie die we zojuist over de spoedeisende hulp hadden. In het IZA, maar ook in mijn beleidsagenda, staat niet een beweging naar meer ziekenhuizen, noch een beweging naar minder ziekenhuizen. Ik zie ook niet per se een systeem, ook in de vergelijking met het buitenland, waarbij minder grote of meer kleinere ziekenhuizen per definitie beter is. Ik denk dat dat erg situationeel afhankelijk is en dat we daarbij natuurlijk ook onze populatie in gedachten moeten houden. Maar wat betreft de beweging in het IZA vroeg de heer Van Houwelingen specifiek: zet je dan in op minder ziekenhuizen? Het antwoord is nee.

Dan vroeg mevrouw Van den Berg naar een totaaloverzicht van SEH-stops. Wanneer gaan we dat krijgen? Die kunnen nu geregistreerd worden in de spoedmodule van het Landelijk Platform Zorgcoördinatie. Die wordt ondertussen door acht ROAZ-regio's gebruikt. Twee regio's zijn bezig met de implementatie en één regio heeft die nog niet geïmplementeerd. We hebben daar eerder bij stilgestaan. Ik heb LNAZ gevraagd om de gegevens over SEH-stops uit deze module met mij te delen, zodat ik die met u kan delen. LNAZ geeft aan dat de data eigendom zijn van de ziekenhuizen. Dat betekent dat

ik de ziekenhuizen ga vragen toestemming aan het LNAZ te geven om de data over SEH-stops met mij te delen. Ik denk dat u noch ik geïnteresseerd is in de stops per individueel ziekenhuis, maar dat u bijvoorbeeld wel geïnteresseerd bent in de gegevens per regio, en dan ook in de tijd.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Ik ben wel degelijk geïnteresseerd in de stops per ziekenhuis. Dat is ook de vraag die ik eerder heb gesteld. Toen kreeg ik inderdaad een regionaal overzicht, en dan ook nog met een percentage. Maar een percentage zegt helemaal niks, want het maakt nogal uit of een ziekenhuis twaalf keer een halfuur een stop heeft of één keer zes uur aaneensluitend. Ik heb ook altijd begrepen dat als er in één ziekenhuis een stop is, er vaak druk is op de hele regio. Ik hoor ook van ziekenhuizen waar ik op werkbezoek ben: we hebben gewoon nooit stops; we regelen dat gewoon. Dus ik zou het toch eigenlijk heel graag per ziekenhuis willen hebben. Ik heb er in deze tijd ook wel moeite mee dat dat dan blijkbaar als bedrijfsgevoelige informatie wordt gekwalificeerd, want dat hoor ik de minister indirect zeggen.

Minister Kuipers:

Ik wil het van harte vragen. Ik wil daarbij wel even voorzichtig het volgende aangeven. Uw Kamer zegt terecht dat we ook moeten kijken naar de registratielasten en de druk. De eerstvolgende vraag wordt het aantal stops per regio. Dan wordt gevraagd naar het aantal stops per ziekenhuis. Dan wordt de vervolgvraag het aantal stops naar rato van hun duur. En dan wordt de vervolgvraag: kunnen we dan ook nog aangeven hoe dat zat in de samenhang in de regio? Ik moet ergens wel een hele cesuur aanbrengen. Ik wil er graag voor pleiten dat ik het aanlever per regio, maar dan ook inderdaad voor alle regio's. En ik kan vragen of dat kan per ziekenhuis. Maar daar stop ik dan ook even met de registratielast, omdat we veel vragen van ziekenhuizen als we ze ook nog vragen om per keer te registreren hoelang het duurde, hoeveel andere ziekenhuizen in de regio's op dat moment vol zaten, en of het een stop was voor alles of alleen maar voor onderdelen van de zorg. Ik bedoel dat absoluut niet bagatelliserend, maar de Kamer en ik kunnen vrij snel in detail naar allerlei vervolgstappen vragen en de data zullen zeker vragen oproepen.

De voorzitter:

En wanneer kunnen we die krijgen?

Minister Kuipers:

Ik moet nu de toestemming vragen aan de ziekenhuizen, dus laten we even richten op voor het eind van het jaar. Ik moet die toestemming ook eerst krijgen; laat ik dat duidelijk aangeven.

Voorzitter. Mevrouw Van den Berg zei ook: de minister schrijft dat het LangeLand Ziekenhuis een overleg met regionale bestuurders moet voeren als ze structureel de acute zorg aanpast. Dat is iets wat voor alle ziekenhuizen geldt. Ze zei: er is geen overleg geweest en de inspectie heeft niet ingegrepen. Van 2 augustus tot 1 oktober was de SEH van het LangeLand Ziekenhuis van dinsdagochtend 8.00 uur tot vrijdag 8.00 uur tijdelijk dicht vanwege personeelstekort. Die is nu weer open. Zoals staat in de brief waar mevrouw Van den Berg aan refereert, heeft de bestuurder van het LangeLand

Ziekenhuis de inspectie kort voorafgaand aan de tijdelijke sluiting geïnformeerd over de noodzaak om de openstelling van de SEH tijdens de zomermaanden te beperken, en over de wijze waarop het ROAZ en andere belangrijke stakeholders zijn betrokken bij de besluitvorming. Tevens heeft het ziekenhuis destijds het college van B en W en de bewoners van het verzorgingsgebied over de tijdelijke sluiting geïnformeerd. De IGJ heeft de bestuurder destijds gewezen op diens verantwoordelijkheid om te handelen conform de algemene maatregel van bestuur acute zorg.

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

Hier ga ik mijn laatste interruptie aan besteden. De minister zei dat de bewoners geïnformeerd zijn. Dat klopt. Dat is ook keurig aangepakt, heb ik begrepen van het gemeentebestuur. Maar informeren is echt wat anders dan consulteren. De minister heeft in zijn brief ook geschreven dat de zomer een spoedsituatie was en dat vanaf 1 oktober de spoedeisende hulp wel open is, maar dat de ambulances er niet meer aankomen. Dat lijkt mij toch een structurele wijziging. Ik zag het ook niet terugkomen in de beleidsagenda van de minister, in dat hele overleg, terwijl ik in ieder geval van alle kanten toch de indruk kreeg dat we nogal wat wijzigingen krijgen in de acute zorg. Daarom ben ik niet gerustgesteld. Ik wil graag een bevestiging van de minister dat hij gaat zorgen dat de inspectie hier echt op gaat toezien en ook gaat ingrijpen als er niet aan wordt voldaan.

Minister **Kuipers**:

Ik kan geen uitspraken doen over wat de inspectie gaat doen. Dat kan ik niet. Dat is echt aan de inspectie zelf. Daar zijn duidelijke afspraken over en er zijn maatregelen van bestuur, et cetera. Die hanteert de inspectie. Dan is het aan de inspectie om er ook nadrukkelijk naar te kijken. Ik kan de inspectie geen opdracht geven om dit of dat te doen. Ten aanzien van het overleg in de regio met de zorgverzekeraars, de gemeenten en de betreffende partijen kan ik zeggen dat er heel veel gebeurt. Meer dan wat ik hier nu als update heb gegeven, kan ik u niet geven, anders dan wat ik eerder schriftelijk ook al beantwoord heb.

De **voorzitter**:

Gaat u verder.

Minister **Kuipers**:

Mevrouw Van den Berg vroeg waarom er een eigen klankbordgroep is voor de beleidsagenda acute zorg. Hoe zorg ik dat de uitvoering ook wordt gestart? De klankbordgroep is bedoeld om input op te halen bij de partijen die een belangrijke rol spelen in de acute zorg en om er met hen op te reflecteren. Dan gaat het om een grote keten met heel erg veel partijen. Niet al die partijen hebben het IZA ondertekend, of waren partner binnen het IZA. Denk bijvoorbeeld aan het Landelijk Netwerk Acute Zorg, de Ambulancezorg Nederland, maar ook de SEH-artsen en de meldkamers. Dit overleg komt dan ook niet in de plaats van de overleggen in het kader van het IZA. Acties van het IZA staan wel degelijk ook op de beleidsagenda van dit overleg.

Mevrouw Van Den Berg vroeg ook: kan de minister toezeggen dat de beschikbaarheidsbijdragen voor gevoelige ziekenhuizen niet komen te vervallen voordat er een nieuwe vorm van bekostiging van de acute zorg is in de vorm van een

beschikbaarheidsfinanciering? Het is niet mijn bedoeling dat het introduceren van normen die iets zeggen over de kwaliteit voor de patiënt, in plaats van een 45 minuten norm, grote gevolgen zal hebben voor de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg in een regio. We hebben daar zojuist al bij stilgestaan. We hebben zorgcapaciteit nodig. Beschikbaarheidsbijdragen voor de SEH en de afdelingen acute verloskunde zullen in hun huidige vorm op termijn komen te vervallen, in samenhang met het vervallen van de 45 minuten norm. Dit zal niet gebeuren voordat er zicht is op eventuele vervangende maatregelen.

Voorzitter. Mevrouw Pouw vroeg: is het geen idee om zorg te concentreren in ziekenhuizen in plaats van tussen ziekenhuizen? Door concentratie wordt kwaliteit bevorderd en worden mensen en middelen zo effectief mogelijk ingezet. Als ik de vraag goed begrijp, gaat het er vooral om of units binnen een ziekenhuis, zoals een cardiologie-unit of een stroke-unit en een eerste harthulp, samengevoegd kunnen worden. Mevrouw Pouw verwees naar aparte acute zorgingangen voor ziekenhuizen. Veel zijn in de loop der jaren op allerlei plekken al wel samengevoegd. Ik heb niet het exacte overzicht van waar bijvoorbeeld nog een aparte spoedeisende hulp is voor kinderen, maar ik denk dat die op de vingers van één of twee handen te tellen zijn. Hetzelfde geldt voor heel veel andere vormen van zorg. Dat is anders dan de acute hartzorg. Daar gaan patiënten veelal direct naar een katheterisatiekamer, in plaats van dat ze eerst een tijd bivakkeren en tijd verliezen op een spoedeisende hulp.

Voorzitter. Dat brengt mij bij het mapje contracteringen. De heer Raemakers vroeg hoe de maatregel voor vergoeding van niet-gecontracteerde zorg precies is bedoeld. Hoe wordt de Kamer geïnformeerd? De maatregel moet gericht zijn op kwaliteitsverbetering in plaats van op het inperken van keuzevrijheid. De focus ligt nadrukkelijk op het verbeteren van de kwaliteit van zorg. Uit de Zorgverzekeringswet vloeit tenslotte voort dat de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg niet zo laag mag zijn dat die een feitelijke hinderpaal vormt voor het gebruikmaken van zorg bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Laat ik daarbij nadrukkelijk benoemen — de heer Raemakers noemde het ook al — dat we in het Integraal Zorgakkoord expliciet hebben laten opnemen dat het niet gaat om de keuze voor je eigen huisarts. Het zal duidelijk zijn dat het voor de meeste vormen van zorg ook niet gaat om de keuze voor je medisch specialist in de medisch-specialistische zorg, met uitzondering van de onderdelen die we zojuist bespraken, waarbij mensen, zeker in de acute zorg, eigenlijk geen tijd hebben en geen gelegenheid hebben om te kiezen. Dan kiest het ambulancepersoneel ervoor om een patiënt direct te brengen naar het centrum waar voor die aandoening ook de meest geëigende zorg toegankelijk is.

De heer **Raemakers** (D66):

Ik had deze vraag oorspronkelijk aan minister Helder gesteld, omdat ik deze opsomming al had gemaakt van huisartsenzorg en medisch-specialistische zorg, die erbuiten zouden vallen. Dan hou je volgens mij onder andere de ggz en de wijkverpleging over. Hoe ziet het er dan concreet uit voor een patiënt die daar komt? Ik weet niet aan welke minister ik deze vraag nu moet stellen. Ik zie mevrouw Helder al communiceren dat zij erop terug zal komen. Dat is in ieder geval de vraag die nog rest bij onze fractie.

Minister **Kuipers**:

Daar zal minister Helder op terugkomen. Ik heb hem even beantwoord voor de huisartsenzorg en en passant ook even de medisch-specialistische zorg benoemd.

Voorzitter, dan heb ik nog één mapje.

De voorzitter:

We hebben even geïnventariseerd, althans, de griffier heeft dat gedaan. Deze zaal is vanavond beschikbaar. De ministers zijn ook beschikbaar om door te gaan. De staatssecretaris moet om 21.00 uur weg. Ik zou u willen voorstellen om te proberen om het debat voor 21.00 uur af te ronden. Laten we dat als richting aanhouden. Dat is heel krap. Laten we in ieder geval proberen om dat te doen. Meneer Hijink.

De heer Hijink (SP):

Volgende week hebben we de begrotingsbehandeling. Dat wordt grotendeels een herhaling van zetten, denk ik. Dus wat mij betreft kunnen we de tweede termijn ook skippen, maar misschien sta ik daar alleen in. Misschien kan de Griffie plenair het tweeminutendebat volgende week ergens in de buurt van de begroting plannen. Dan kunnen we het een beetje combineren en gaan we niet alles dubbel doen. Dat scheelt ook nog in de tijd.

De voorzitter:

Dus een apart tweeminutendebat?

De heer Hijink (SP):

Ja, een apart tweeminutendebat, en dan de begroting.

De voorzitter:

Dan doen we nu geen tweede termijn en proberen we wel de eerste termijn af te ronden voor 21.00 uur. Dat lijkt me een mooie doelstelling. Dan gaat de minister naar zijn laatste blokje?

Minister Kuipers:

Ja, het blokje varia, voorzitter. Allereerst was er een vraag van de heer Van Houwelingen over de kosten die vanwege de inflatie oplopen met 12% en over de ova-ruimte om looneisen op te vangen. Ik begrijp de zorgen over de stijgende kosten voor de zorgaanbieders heel goed. Ik volg de situatie nauwlettend en blijf in overleg met de betrokken partijen. Ik heb onder andere vanochtend zo'n overleg gehad. Ik kijk ook naar mijn rechterbuurvrouw. In de uitgavenramingen voor 2023 is rekening gehouden met de meest recente ramingen van het CPB. Zorgverzekeraars hebben dus de budgettaire ruimte om in hun afspraken met zorgaanbieders met de hogere inflatie rekening te houden. Om te voorkomen dat maximumtarieven daarbij knellen is de NZa op mijn verzoek bezig de meest recente ramingen van het CPB ook in de gereguleerde tarieven te verwerken.

Voorzitter: Ellemeet

Mevrouw Agema (PVV):

Even ter verduidelijking: zegt de minister dat in de ova-ruimte voldoende ruimte is om

alle zorgmedewerkers te compenseren voor die enorme inflatiestijging die we op dit moment zien?

Minister **Kuipers**:

Nee, dat zeg ik niet.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Daarom vraag ik u even om een verduidelijking.

Minister **Kuipers**:

Nee, dat zei ik niet.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Kunt u dan nog even herhalen wat u zei? In hoeverre voldoet die ova-ruimte dan als het gaat om de inflatiecorrectie voor zorgmedewerkers?

De **voorzitter**:

Die vraag wordt straks beantwoord door minister Helder. Ik geef het voorzitterschap terug aan mevrouw Agema.

Voorzitter: Agema

Minister **Kuipers**:

De heer Raemakers vroeg: kan de minister in de vorming van regiobeelden de kansen voor uitkomsten en populatiebekostiging meenemen? Een andere wijze van bekostiging is geen primair onderdeel van de regiobeelden. Ze geven inzicht in enerzijds de capaciteit en de prestaties van de gezondheidszorg in de regio en anderzijds geven ze inzicht in de prognoses en de ontwikkeling in zorgbehoeften, en andere relevante aspecten van inwoners. Maar passende bekostiging voor preventie en inzet op gezondheid binnen en vanuit het curatieve domein zijn inderdaad belangrijk. De bestaande ruimte binnen de huidige bekostigingssystematiek kan door zorgprofessionals en verzekeraars nog beter worden benut. Populatiebekostiging is er in vele soorten en maten, met voor- en nadelen. In het IZA hebben we afgesproken dat het ministerie van VWS en de NZa kijken op welke wijze bekostiging op basis van uitkomsten mogelijk kan worden gemaakt. De mogelijkheid om daarbij gezondheidsdoelen te betrekken wordt verkend.

Dan vroeg de heer Kuzu: wat is waardegedreven zorg? Waardegedreven zorg is een van de principes van passende zorg. In het Kader Passende zorg dat het Zorginstituut deze zomer heeft opgeleverd, wordt daar nadere invulling aan gegeven. Een aantal aspecten heb ik zojuist al genoemd.

Voorzitter, tot slot. De heer Raemakers vroeg welke stappen worden ondernomen zodat in 2025 iedereen een PGO kan hebben. Het gebruik van PGO's begint langzaam op gang te komen. In de eerste negen maanden van 2022 hebben ruim 30.000 mensen hun gegevens opgehaald. We hebben er eerder bij stilgestaan dat dat een mooie ontwikkeling is, maar we constateerden ook gezamenlijk dat dat naar verhouding nog tegenvalt, dus dat het meer moet worden. Het moet dus sneller. We moeten nog meer

zorgaanbieders aansluiten, het PGO-gebruik nog makkelijker maken en de resterende technische en andere obstakels oplossen. Dat gebeurt onder andere via een PGO-alliantie, een versnellingstraject en het Integraal Zorgakkoord.

Tot zover, voorzitter.

De heer **Raemakers** (D66):

Zou de minister dan ook een concreet tijdpad kunnen geven van wanneer de Kamer op de hoogte wordt gehouden van de vorderingen? Ik hoor nu dat het sneller moet, maar kunnen wij dan als Kamer ook zo snel mogelijk geïnformeerd worden?

Minister **Kuipers**:

In het eerste kwartaal van volgend jaar. Tot zover.

De **voorzitter**:

Oké, dat was 'm. Dan gaan we luisteren naar de minister voor Langdurige Zorg en Sport.

Minister **Helder**:

Dank u wel, voorzitter. In aansluiting op wat minister Kuipers al heeft gezegd, ben ook ik heel blij met het Integraal Zorgakkoord. Ik denk dat niet alleen het akkoord dat er nu ligt maar ook het hele proces daarnaartoe belangrijk was. Partijen hebben niet alleen via ons, maar ook met elkaar de handen ineengeslagen om de uitdagingen van de toekomst tegemoet te treden. Ik zal daarbij specifiek ingaan op de ggz en de wijk. Daarna ga ik nog in op (Ont)Regel de Zorg en de arbeidsmarkt.

Bij de ggz en de wijkverpleging is het verbeteren van de toegankelijkheid alleen maar mogelijk over de domeinen heen, ook in samenwerking met het sociale domein. Dat is een belangrijk uitgangspunt. Ook u weet dat de toegankelijkheid van de ggz al langere tijd onder druk staat. Ondanks een forse inzet van het veld en ook vanuit VWS is het vooralsnog niet gelukt om die enorme wachttijden terug te brengen. Ik heb eerder al gezegd dat ik dat niet acceptabel vind, omdat iedere wachtende een mens is met een zorgvraag of een ondersteuningsvraag, die er ook recht op heeft om op een passende manier, en ook tijdig, gehoord, gezien en geholpen te worden. Tijdens de totstandkoming van het IZA heb ik gemerkt dat ik niet anders naar dit vraagstuk kijk dan de sector zelf. Zij hebben met mij in het IZA een zeer ambitieuze doelstelling neergelegd voor het terugdringen van de wachttijden.

Waar gaat die over? De maatregelen gaan concreet over een reductie van de wachttijd tot gemiddeld vijf weken — dat is de ambitie — door het invoeren van verkennende gesprekken in mentale gezondheidscentra, die bijdragen aan preventie en het tempo van de instroom. Op regioniveau moet er sprake zijn van een actueel en transparant inzicht in wachtenden en wachttijden. Het gaat over het inrichten van regionale steunpunten en digitaal lotgenotencontact. Verder worden digitale zorg en hybride zorg mogelijk gemaakt. Daarmee wordt ook weer behandelcapaciteit vrijgespeeld.

Daarnaast is er over het aanbod van de cruciale zorg afgesproken dat zowel op regionaal als op landelijk niveau voldoende complexe tot zeer complexe psychische zorg moet worden ingekocht, die passend wordt bekostigd. Dat betekent voor de korte termijn

wel dat we eerst de cruciale zorgfuncties in beeld moeten brengen op regionaal en landelijk niveau. Vervolgens moeten we kijken hoe we dat met elkaar organiseren en hoe we daar met de verzekeraars en de aanbieders afspraken over kunnen maken.

Daarnaast heb ik met de sector afspraken kunnen maken over de zorgkwaliteit en het hanteren van uitkomstinformatie in de ggz, het verdelen van de werkdruk, de domeinoverstijgende samenwerking, de bekostiging, en ook de bereikbaarheid van de ggz buiten kantooruren. Dat samen vormt de toekomstagenda voor de ggz. Dat was even de inleidende tekst.

De voorzitter:

Meneer Raemakers heeft daar al een vraag over.

De heer Raemakers (D66):

Ik heb een vraag over de treeknormen, die van veertien weken naar vijf weken gaan. Dat is zeer ambitieus. De minister zegt dat ook, maar als we nu bijvoorbeeld kijken naar ernstige stoornissen, zoals persoonlijkheidsstoornissen, dan worden die veertien weken nu al bij lange na niet gehaald. Hoe realistisch is het dus om naar vijf weken te gaan? Ik heb het IZA daarop nageslagen. Waar is precies de berekening van die vijf weken op gebaseerd? Kan de minister dat misschien nader toelichten?

Minister Helder:

Dat kan ik. Dat doe ik dan maar meteen, ook naar aanleiding van een vraag van mevrouw Ellemet daarover. Dat zit op twee dingen. Dat zijn voorstellen van de ggz-sector zelf. Die doen ze mede op basis van hun eigen ervaringen met de mentale gezondheidscentra en hun verwachting dat het tot minder ggz-zorg zal leiden als we dat extrapoleren, als we dat vaker inzetten. Dat is echt een ervaring van de sector. De sector is gekomen met de norm van vijf weken, zowel voor de intake als voor de behandeling, om daarmee voor een aantal aandoeningen af te stappen van de oude treeknorm.

De hoogspecialistische zorg is een ingewikkelder vraagstuk. We hebben met elkaar afgesproken dat we voor 1 januari met elkaar in kaart hebben hoe we dat willen gaan organiseren. Dat moet echt op basis van een visie waar cruciale zorg uit bestaat. Moet je die regionaal of landelijk beschikbaar hebben en wat is de ondergrens van de capaciteit? Vervolgens moeten we naar een transitieplan toe om door de huidige wachtlijsten heen te komen om mensen op tijd naar zorg te kunnen geleiden.

Ik geef eerlijk toe dat we dat nog niet weten. Voor specifieke ziektebeelden kan dat inderdaad nog spannend worden. Er staan nu 80.000 mensen op de wachtlijsten. Daar kun je op een andere manier naar kijken, zodat het net iets minder is, maar die groeit ook weer aan. Dat is een substantieel aantal wachtenden. Met de blik van de mentale gezondheidscentra en het verkennende gesprek moeten we zicht krijgen op de mensen die op ggz-zorg wachten. In de praktijk zien we dat het niet altijd een ggz-zorgvraag is, zoals het veld ook aangeeft, of dat het ggz-aanbod niet het beste antwoord is. Dat is precies de doelstelling van de verkennende gesprekken.

Mevrouw Ellemet (GroenLinks):

Ik vind het hartstikke goed dat de minister zo'n ambitie uitspreekt en dat er gedacht en gerekend wordt vanuit de ervaringen uit het veld. Die zouden leidend moeten zijn. We zien wel dat de resultaten tot nu toe op heel veel vlakken tegenvallen. Dat heeft ook te maken met het feit dat de zorgverzekeraars niet aangesproken worden op hun zorgplicht. Zij moeten ervoor zorgen dat deze mensen zorg krijgen. Dat gebeurt onvoldoende. En dan? Dat is een beetje de vraag die ik ook aan deze minister en andere ministers stel. Wat als het niet goed gaat? Op welke manier wil de minister de zorgverzekeraars nu wel aan hun zorgplicht houden? Wat gaat er veranderen ten opzichte van de afgelopen jaren? De voorganger van deze minister was ook ambitieus. Die ontbrak het ook niet aan commitment en ambitie. Dus wat gaat deze minister nu anders doen als het gaat om die zorgplicht en die doorzettingsmacht?

Minister Helder:

Wat ik zelf doe aan die doorzettingsmacht is eigenlijk al tijdens dit proces gebeurd, namelijk goede afspraken met elkaar hierover maken. Zorgaanbieders en verzekeraars moeten overeenkomen wat hun visie op cruciale zorg is en samen bepalen wat de ondergrens zou kunnen zijn. Dan is er ook commitment van de zorgverzekeraar om dat vervolgens in te kopen. Daarbinnen moeten de zorgverzekeraars natuurlijk wel nog de rol kunnen spelen die ze hebben in het systeem als het gaat om doelmatig inkopen en dergelijke. Dat is logisch, maar het uitgangspunt is in ieder geval dat we met elkaar overeenkomen waar cruciale zorg uit bestaat. Moet je dat regionaal of meer landelijk organiseren, zeker als het unieke zorg is? En wat is dan de ondergrens? Dat is een belangrijke stap naar voren. Van daaruit kan ik de zorgverzekeraar ook aan de zorgplicht houden, want dan hebben we een veel duidelijker beeld van wat ook het zorgveld verstaat onder die cruciale zorg.

De voorzitter:

Hebt u toch een interruptie, mevrouw Ellemeet? U zat nog te kauwen.

Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):

Ik zat heel erg te twijfelen omdat ik natuurlijk zo weinig interrupties heb. De minister zegt: dan kan ik de zorgverzekeraars ook aan hun zorgplicht houden. Voor zover ik weet, is het in het systeem echter de Zorgautoriteit die dan moet ingrijpen. De Zorgautoriteit heeft het toch te veel laten lopen de afgelopen jaren. Wat gaat de minister doen of hoe zorgen we dat die Zorgautoriteit ook ingrijpt op het moment dat de verzekeraars hun zorgplicht niet nakomen? Daar zit, denk ik, wel de angel.

Minister Helder:

U heeft helemaal gelijk. Dat is natuurlijk de rol van de Zorgautoriteit. Denkt u niet dat ik op de stoel daarvan ga zitten. Maar het is wel belangrijk dat de Zorgautoriteit die visie en dat uitgangspunt van wat nou die ondergrens is in handen heeft om ook te kunnen toetsen of dat vervolgens wordt ingekocht. Het is een feit dat we het daar met elkaar over eens zijn. Dat is echt nog wel een lastig gebied, want er is ook binnen het vakgebied ggz wel verschil van mening over wat tot cruciale zorg behoort. Het is heel belangrijk om daar duidelijk in te worden. Dan kan de NZa daar ook een rol in spelen. Daar zal ik natuurlijk vervolgens op toezien.

Dan kom ik bij de vraag van de heer Bevers. Die vraag ging over het niet ondertekenen

van het akkoord door MIND. Dat vind ik, net als minister Kuipers, uiteraard heel erg jammer. Het is wel zo dat MIND als binnenringpartij echt intensief betrokken is geweest bij alle discussies. MIND heeft daar ook echt een goede bijdrage geleverd. In het eerdere persbericht gaven zij ook aan dat ze de beweging met het IZA echt ondersteunen. Zij erkennen ook een groot aantal positieve afspraken, maar er zitten ook zorgen. Die zorgen gaan onder andere over het beperken van de vergoeding voor de ongecontracteerde zorg en over de privacy van patiënten. Dat is voor hen zo belangrijk geweest dat ook in de ALV is besloten om niet tot ondertekening over te gaan. Maar ik heb goede hoop dat we daar nog nader met hen uit kunnen komen. We blijven daarover met MIND in gesprek. We zullen ze net als de LHV ook blijven betrekken bij de ontwikkeling. Ik heb ze ook per brief van 11 oktober uitgenodigd om samen met de ondertekenende partijen, als vertegenwoordigers van de patiënten en de naasten, constructief aan de slag te gaan. Ik hoop dat we er daarmee voor zorgen dat we naar elkaar toegroeien.

Dan had ik inderdaad nog een vraag over de contractering, natuurlijk heel specifiek voor de ggz. Uit de Zorgverzekeringswet — dit is net al aan de orde geweest — vloeit voort dat de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg niet zo laag moet zijn dat het een hinderpaal vormt. In het IZA is vastgesteld dat zorgaanbieders die werken aan passende zorg en aan transformaties die daarvoor nodig zijn echt een level playing field moeten ervaren. Het is ook mede in hun belang dat andere zorgaanbieders zich niet kunnen onttrekken aan de transformatie en aan de afspraken die daarover worden gemaakt.

Daar zit wel een heikel punt als het gaat om de ggz. Er zijn veel zorgaanbieders die niet gecontracteerd zijn. Zij geven overigens aan dat ze best gecontracteerd zouden willen zijn, maar dat ze dat in het proces als moeilijkheid ervaren. We doen dus eigenlijk twee dingen. We hebben afgesproken om de kwaliteit van contractering te verbeteren en daarbij de toegankelijkheid naar contractering te verbeteren. Tegelijkertijd hebben we ook gezegd dat we zouden willen kijken of we de vergoeding voor de ongecontracteerde zorg nog zouden kunnen verlagen, niet zodanig dat het een hinderpaalcriterium is, maar wel om die beweging naar gecontracteerde zorg nog wat meer te stimuleren. Waarom willen we dat? Omdat we ervan overtuigd zijn dat dat helpt bij het in de praktijk brengen van de principes van passende zorg. Daar zit de bedoeling. De bedoeling is dus niet om alle ongecontracteerde zorg heel hinderlijk in de weg te zitten, maar om meer een beweging naar gecontracteerde zorg te maken. Dat willen we op een zodanige manier vormgeven, dat we ook in die regio's die beweging naar passende zorg met elkaar, ook met de partijen, goed kunnen maken.

De heer **Raemakers** (D66):

Om het nou helemaal goed te begrijpen, kom ik toch even met het volgende. "Hinderpaalcriterium" is een moeilijke term. Dat was het al en dat is het nog steeds. Dan gaat het vervolgens over toegankelijkheid. Maar stel je voor dat je hulp nodig hebt van een psycholoog in de ggz en dat er in jouw omgeving — ik zeg eens wat — twintig psychologen zijn. Vijftien daarvan zijn gecontracteerd en vijf niet. In hoeverre heb je dan de vrijheid om te kiezen voor een psycholoog die bij je past? Wat betekent dat precies voor een patiënt in zo'n concreet voorbeeld?

Minister **Helder**:

Dat is natuurlijk afhankelijk van het type polis dat die persoon zelf afsluit. Mensen die daar de maximale vrijheid in willen hebben, doen er goed aan om een restitutiepolis af te spreken, want dan is die vrije keuze er. De vrije keuze gaat dus niet om de vrije artsenuitvoering. Er is wel degelijk nog steeds vrijheid van keuze van behandelaar, maar het gaat in dit geval om de vergoeding. Als mensen een restitutiepolis afspreken, dan kunnen ze daar in principe gewoon uit kiezen.

De heer **Raemakers** (D66):

Stel nou dat je niet de mogelijkheden hebt om zo'n polis af te sluiten en dat je gebruikmaakt van een andere polis, hoe bevordert het nieuwe systeem dan de toegankelijkheid en met name de kwaliteit van de zorg, dus ook voor mensen die een andere polis hebben?

Minister **Helder**:

In het ggz-veld is er een enorme keuze in aanbieders, zeker wat de ongecontracteerde zorg betreft. Nogmaals, de beweging die we willen maken, is dat aanbieders de weg vinden naar de contractering, zodat we met de gecontracteerde partijen een level playing field hebben om die afspraken na te komen en invulling te kunnen geven aan passende zorg. Ook dat is belangrijk voor de kwaliteit van zorg. Ook voor de patiënten is dat belangrijk. Dat is de positieve kant van de beweging die we willen maken. Daarbij kunnen we het gecontracteerde bedrag mogelijk — we zeggen echt "mogelijk" — nog naar beneden brengen om die beweging nog wat sterker aan te zetten. Maar het aantal aanbieders in de ongecontracteerde ggz is echt heel hoog per regio, dus ik stel me voor dat daarin voldoende keuze overblijft. Dan is er ook nog de keuze voor de polis.

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

Hierover is toch de zorg, waar MIND ook over heeft bericht, dat de sociale ongelijkheid toeneemt als je alleen aangewezen bent op een restitutiepolis. Die is niet voor iedereen weggelegd. Dat is duurder. Wat is de reactie van de minister op dat bezwaar?

Minister **Helder**:

Ik zou toch willen wijzen op het feit dat de meeste ongecontracteerde partijen de weg naar de contractering niet vinden, zoals ze zelf ook aangeven. Dat heb ik echt heel vaak gehoord. Volgens mij heb ik daar zelfs van u een keer een mail over gekregen. Dat zijn vaak enkele praktijken met een heel specifiek aandachtsgebied. Wij hebben aan tafel gezegd dat de weg naar contractering echt open zou moeten staan, dat we dat makkelijker moeten maken. Dat is de positieve kant. De negatieve kant, die u belicht, is dat er een klein verschil is tussen mensen die wel en mensen die niet kunnen kiezen voor zo'n type polis. Die hebben of voelen net iets minder dat ze vrij kunnen kiezen tussen al die aanbieders. Maar dan geef ik toch maar even terug dat het aantal individuele aanbieders in de ggz — we hadden het net over de groei van de ziekenhuizen — enorm is gegroeid de afgelopen jaren, dus er is echt heel veel keuze. Maar we willen iedereen heel graag mogelijkheid tot contracteren gaan geven, want dat is de beste manier om met elkaar passende zorg in de praktijk te gaan brengen.

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

Een belangrijk punt dat hierbij speelt en dat de minister ook aangeeft, is dat velen zeggen niet in aanmerking te komen voor contractering. Dan werkt het extra negatief uit.

Of daar een gelijk speelveld ontstaat, is een heel belangrijke vraag. In de uiteindelijke tekst van het IZA wordt gezegd dat het hinderpaalcriterium blijft gelden. Dus ik vraag me af welke ruimte er nog is om daar nog echt grote stappen in te zetten. Nu hoor en zie je al dat zorgverzekeraars soms worden teruggefloten en dat wordt gezegd: hé, het is een te generieke korting; je moet het echt in individuele situaties toepassen. Dat geeft veel onrust. Dus wat verandert er feitelijk als dit nu al de praktijk is?

Minister **Helder**:

Meneer Van Der Staaij heeft er natuurlijk helemaal gelijk in dat de ruimte daar mogelijk niet zo groot is. We vonden het wel belangrijk om het op te nemen met elkaar. Daarom zetten we ook heel erg in op die andere beweging, namelijk dat we eigenlijk iedereen in de gecontracteerde ruimte zouden willen krijgen.

De heer Van der Staaij vroeg over de uitvoerbaarheid van de mentale gezondheidscentra en de verkennende gesprekken of dat een soort laag ertussen is. Zo is het niet bedoeld. De werkvorm bestaat al, onder andere bij GGz Breburg. Daar hebben ze die verkennende gesprekken al enige tijd. Het is geen extra laag. Het is een nieuwe mogelijkheid om beter en sneller door te verwijzen naar de juiste zorg of ondersteuning die we aanbieden bij de reguliere zorg of eigenlijk ernaast. Die nieuwe werkwijze komt tegemoet aan de wens in de sector om breder te bekijken welke antwoorden passen op de hulpvraag van de groep mensen die problemen hebben zowel op psychisch vlak als op andere levensdomeinen, zoals schuldproblemen. Dat is ook heel vaak geen zorgvraag maar eerder een sociale vraag. De uitvoerbaarheid is dus eigenlijk al getoetst in de praktijk. Dat is niet de enige vorm. Daar baseert de sector de inschatting op wat dat gaat bijdragen aan het terugdringen van de wachtlijsten. Dat was het blokje ggz.

Dan de wijkverpleging. Wij omarmen dat de wijkverpleging een cruciale sector is bij de opgaven die we hebben in het IZA en in het programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen. Kwetsbare mensen zijn vaak in beeld bij de huisarts, maar ook bij de wijkverpleegkundigen en wijkverzorgenden. Die hebben echt een rol als dagelijkse steun en toeverlaat in het signaleren van risico's en achteruitgang: is iets pluis of niet pluis? Dat is een kerncompetentie van de wijkverpleging. Zij kan daarop acteren door bijvoorbeeld de huisarts in te schakelen bij een medische vraag, of de casemanager dementie of fysiotherapeut. Zij kunnen verbinding leggen met het sociale wijkteam of kunnen iets als een valrisico inschatten. De antenne van de wijkverpleging hebben we heel hard nodig in de toekomst om mensen langer op een gezonde, veilige en goede manier thuis te laten wonen, en om te voorkomen dat kwetsbare ouderen onnodig op de spoedeisende hulp binnenkomen.

Daarom is het belangrijk dat wij in het IZA afspraken hebben gemaakt over versterking van de wijkverpleging. Het is echt een onderdeel van de uitwerking van de visie op de eerstelijnszorg 2030, zoals dat in het plan staat. We gaan daarin door met de ontwikkeling van de herkenbare en aanspreekbare wijkteams. Het is daarnaast nodig dat de beroepsgroep zelf zich inhoudelijk kan blijven ontwikkelen op het gebied van kwaliteit, innovatie en de inhoud van het vak.

De heer Van der Staaij refereerde hierbij aan het werkplezier. Wat hij hoorde in het UMC Utrecht hoor ik ook in de wijkteams, namelijk dat zij zelf heel graag meedenken over de

inhoud van het vak en vorm daaraan geven. Er werd gevraagd of ze voldoende zijn betrokken bij deze ontwikkeling. V&VN heeft met verve de ideeën daarover verdedigd en ingebracht. Daar gaan we in de verdere uitwerking van het programma mee verder. Maar voor ambities is geld nodig. Daar hebben we ook afspraken over gemaakt. Het budgettaire kader groeit ten opzichte van de uitgaven van de afgelopen jaren. Geld in het budgettaire kader is nog geen geld bij de zorgaanbieders — dat realiseer ik mij ten eerste — maar dat is wel nodig. Dat was ook een belangrijk gespreksonderwerp tijdens de onderhandelingen.

Ik ben blij dat de zorgverzekeraars, Actiz en Zorgthuis.nl afspraken hebben kunnen maken waarmee de groei daadwerkelijk wordt doorgezet via de inkoop en contractering en dat we dat ook al voor 2023 doen. Dat was immers een belangrijk schuulpunt. De zorginkoop op basis van het inkoopkader dat in maart bekend is gemaakt, was al bezig. Ook daar speelde heel erg het punt van het vertrouwen bij de huisartsen. Daar zijn strakke afspraken over gemaakt; zo zou ik het willen noemen. Daarbij gaat het over in totaal 250 miljoen, die we in 2023 besteden: 175 miljoen in de vorm van extra middelen in het reguliere inkoopproces en 75 miljoen in een IZA-fonds voor wijkverpleging. Dat valt onder de gezamenlijke aansturing van ZN en de sector. Dat is binnen de bedragen die zijn afgesproken, maar dat was nodig om er met elkaar vertrouwen in te krijgen dat dat daadwerkelijk wordt gebruikt.

De heer **Hijink** (SP):

De minister zegt nu opnieuw: er komt de komende jaren extra ruimte voor de wijkverpleging; ze kunnen extra veel geld gaan besteden. Maar zij moet daar dan wel eerlijk bij vertellen dat ze wel eerst 600 miljoen euro van het budget voor de wijkverpleging heeft afgehaald. Als je netto naar de uitgaven in 2026 gaat kijken, dan gaat het om 4,1 miljard volgens de afspraken die er nu zijn gemaakt. Dat bedrag zou oorspronkelijk al het budget zijn voor dit jaar en het komende jaar. Dan kun je hier wel stellen dat er extra geld gaat naar de wijkverpleging, maar daar is wel eerst 600 miljoen af gegaan, dus zelfs helemaal aan het eind van de rit komt de wijkverpleging nog niet eens op het punt waar ze eigenlijk nu al had moeten zijn.

Minister **Helder**:

Die 600 miljoen is onderdeel ervan. Als we nu kijken naar de besteding voor de wijkverpleging in 2022, dan koersen we af op een onderbesteding van ruim 1 miljard. Deze onderbesteding is de afgelopen jaren structureel opgetreden. Daar liggen meerdere oorzaken aan ten grondslag. Een van de oorzaken is natuurlijk ook de beschikbaarheid van personeel. We hebben natuurlijk ook een bijzondere periode gehad in de afgelopen jaren met de pandemie. Die jaren zijn dan ook misschien niet helemaal representatief. Maar er is wel sprake van een structurele onderbesteding. Een punt dat op tafel is gekomen en dat ook erkend is door de zorgverzekeraar, is dat het kader misschien te strak is ingekocht. Daar hebben wij het over gehad. Als je dan kijkt naar die 1,1 miljard waarvan we denken dat we die in 2022 niet besteden, dan is daar inderdaad 600 miljoen af gehaald om anders te besteden in het IZA. Die ruimte is een eenmalige bijstelling. Het startniveau voor de uitgaven is dus bijgesteld, maar er is nog voldoende ruimte overgebleven om ook te groeien ten opzichte van 2022. Bovenop de gerealiseerde uitgaven is er 400 miljoen extra in dit kader gebleven en daar komen de opslagen nog bij. We baseren ons natuurlijk wel op wat er ook daadwerkelijk gebruikt

gaat worden. Daar zit genoeg ruimte in. Vandaaruit moet de wijkverpleging groeien.

De heer **Hijink** (SP):

Ik kijk gewoon naar de cijfers die het kabinet zelf aanlevert. In de begroting staat voor volgend jaar heel duidelijk het bedrag dat oorspronkelijk ingeboekt was voor dit jaar. Dan zit je op ongeveer 4,1 miljard. Dat is precies het bedrag waarop men uitkomt in het zorgakkoord, maar dan in 2026. Dan ben je vier, vijf jaar verder en zit je op hetzelfde bedrag. Dat is gewoon waar het feitelijk op neerkomt. De minister zou zich de vraag moeten stellen hoe het nou kan dat een berekening wordt gemaakt voor wat nodig is voor de wijkverpleging en dat dat geld dus al jaren niet wordt uitgegeven door de zorgverzekeraars. Dat heeft te maken met het feit dat er te lage salarissen worden betaald in de wijkverpleging, met mensen die niet op tijd of niet genoeg zorg kunnen krijgen, met de enorme werkdruk en met de druk die de zorgverzekeraars leggen op de verschillende aanbieders in de wijkverpleging. Die voelen zich heel vaak uitgeknepen door de zorgverzekeraar. Het is niet zo gek dat je heel veel geld overhoudt als je gewoon duwt en drukt op de kwaliteit van zorg en de inzet van mensen. Je zou toch moeten beginnen met daarin investeren en met dat geld zinvol besteden in plaats van te zeggen: o, ja, het is over, dus dan kunnen we het wel van de begroting halen. Dat is wat er nu is gebeurd.

Minister **Helder**:

Dat is ook precies waarom in dat startniveau geld is achtergebleven, plus daarop het groeipercentage. Dit is een resultaat dat we met de partijen besproken hebben en wat ook met de partijen in het IZA-akkoord overeen is gekomen. Dat geeft voldoende groeiruumte. Het zal echt nog moeilijk worden om die groeiruumte daadwerkelijk te gebruiken, omdat dit ook te maken heeft met personele tekorten. Dat heeft minister Kuipers net ook al gezegd. De arbeidsmarkt wordt niet ruimer. Die zal eerder krappere dan ruimer worden. We gaan daarin groeien, maar het zal echt nog moeilijk worden om het daadwerkelijk uit te geven.

Over de wijze van inkoop heeft de zorgverzekeraar gezegd dat die wellicht te strak gezet is. Dat heb ik net ook erkend. Daar moeten we iets aan doen. Daar zijn ook gesprekken over gevoerd en daaruit is dit resultaat gekomen, tot tevredenheid van in ieder geval de partijen die medeondertekend hebben. We gaan gezwind van start met de uitvoering daarvan.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Hier ga ik nog even op door. Ik heb toch nog steeds het gevoel dat we slecht gedrag van de zorgverzekeraars belonen. Ik bedoel dat ze nu een beetje zeggen dat ze misschien iets te strak hebben ingekocht, terwijl wij er jaar op jaar op jaar op gehamerd hebben dat het niet oké was dat er de hele tijd een structurele onderbesteding was. Het is ook heel makkelijk te verklaren, als ik dit even platsla. Als je met een groot ziekenhuis met enorm veel macht moet onderhandelen, sta je als zorgverzekeraar zwakker. Als je met die wijkverpleging moet onderhandelen, dan kan je wat makkelijker wat strakker eruit komen, om het zo maar te zeggen. Dat we dat nu als vertrekpunt nemen, dus dat we dat slechte gedrag belonen, dat we een kwart van het budget dat niet is uitgegeven als vertrekpunt nemen en dat wat opplussen, geeft mij een heel onaangenaam gevoel. Ik denk echt dat de sleutel voor houdbare zorg in de toekomst in de wijk ligt. We zullen

echt moeten investeren, meer nog dan we nu al van plan zijn. Ik lees de brief van de minister van 16 september over wat er nu gaat gebeuren met de wijkverpleging. Daarin staat dat het budgettaire kader wijkverpleging 533 miljoen euro hoger is. Dan wordt er verwezen naar het bijgestelde vorige kader. Dan staat er ook "waarvan de zorgverzekeraars verwachten 250 miljoen euro extra omzet in de wijkverpleging uit te zetten". Dan zie ik weer hetzelfde. Aan de ene kant is er dan 533 miljoen beschikbaar en aan de andere kant wordt er 250 miljoen extra besteed aan de wijk. Dan denk ik: gaan we nu weer hetzelfde doen of mis ik hier iets?

Minister Helder:

U mist niks. Wat belangrijk is, is dat we dat erkend hebben. Overigens waren er meerdere oorzaken voor het niet volledig uitnuttend van het budget. Het is echt een structurele forse onderbesteding. Er zijn in het verleden natuurlijk bij andere sectoren ook weleens van dit soort bijstellingen geweest. Het belangrijkste is nu volgens mij dat wij dat erkennen. Er zit nu in ieder geval budgettaire ruimte in, ook ten opzichte van 2022, en er zit een groeipad in. Wij hebben met elkaar gezegd: we gaan in ieder geval die 250 miljoen uitgeven, maar het is zeker de bedoeling om het hele budget uit te geven. Dat was eigenlijk vooruitlopend op de contractering, want de contractering 2023 liep natuurlijk al. Dat is absoluut de bedoeling en daar gaan we ook op toezien.

Maar op dit moment, dus voor het tekenmoment, moesten we met elkaar een afspraak maken. En dat is die 250 miljoen waar u het over heeft. Daarnaast is er nog 140 miljoen geoormerkt voor de uitvoering van goede plannen in de sector en is er voor de doorontwikkeling van het brede verpleegkundigen en verzorgenden beroepsdomein ook nog 48 miljoen beschikbaar gesteld. Daarnaast zijn er natuurlijk ook nog de andere transitie-instrumenten beschikbaar. Daar kan de sector, ook eventueel met andere sectoren, met goede plannen ook nog op terugkomen. Dus daar zal het volgens mij niet aan liggen. Maar het is wel belangrijk — en op dat punt ga ik helemaal met u mee — dat het echt een van de cruciale sectoren is. Daarom hebben we ook gezegd: het is echt onderdeel van die ontwikkeling om te komen tot een sterke basiszorg in de wijk. Hoe kunnen we komen tot een versterkte eerste lijn? Daar zijn ze onlosmakelijk onderdeel van. Dat is echt een hele grote toegevoegde waarde voor de wijkverpleegkundigen en de wijkverzorgenden.

Dat waren de belangrijkste vragen over de wijkverpleging. Het liep een beetje door elkaar heen. Excuus daarvoor.

Ik heb nog wat antwoorden over (Ont)Regel de Zorg. Ook daar hebben we een stevige ambitie neergelegd. We willen in 2025 een vermindering van de administratieve tijdsbesteding met 5 procentpunt oftewel twee uur per week per zorgprofessional voor elkaar krijgen. We willen ook zorgen dat andere regelmakers, zoals financiers en toezichthouders, maar ook branche- en beroepsverenigingen en werkgevers hun regels gaan toetsen aan het uitgangspunt "zinnig en radicaal simpel". Ik heb eerder ook een programmabrief (Ont)Regel de Zorg gestuurd. Daar zijn de lijnen in uitgezet waarlangs ik wil werken aan het verminderen van de ervaren regeldruk.

We hebben met elkaar al in eerdere debatten gesproken over de vraag of het niet verstandig zou zijn om een soort generiek kwantitatief doel te stellen in de trant van 50%

minder regels. Ik gaf toen ook al aan dat we in de ambitie aan dezelfde kant staan, maar dat ik geen voorstander ben van een kwantitatief generiek doel, omdat het zo ontzettend verschilt per beroepsgroep, per werkgever en zelfs per individu. Dat is ook vrij subjectief, want het gaat om ervaren regeldruk. Ik ben wel bezig in het vervolg van (Ont)Regel de Zorg om te kijken hoe we nog beter kunnen meten wat de ervaren regeldruk is in kwantitatief maar ook in kwalitatief opzicht, om in ieder geval tegemoet te komen aan de vraag van mevrouw Van den Berg om dat wat meer toetsbaar te maken. De afspraak in het IZA is volgens mij, en dat zijn goede volgende stappen: zorgbreed een merkbaar effect voor de zorgprofessionals. U vroeg eerder: hoe zijn die akkoorden aan elkaar gelinkt in de uitvoerende werkagenda? Ik zie het als volgt. Ook wat betreft het programmateam (Ont)Regel de Zorg is er een bestuurlijk overleg met partijen, waarbij onder andere Zorgthuisnl aan tafel zit. Die is eigenlijk leverancier aan het Integraal Zorgakkoord, om ervoor te zorgen dat we dit met elkaar binnenhalen als verbetering.

De voorzitter:

Mevrouw Pouw-Verweij heeft nog een vraag.

Mevrouw **Pouw-Verweij** (JA21):

Nog even over het (Ont)Regel de Zorg-gedeelte. Dat klinkt heel positief. Aan de andere kant hebben we het net gehad over ... Een deel van die regels betreft zinloze metingen. Dat zijn dingen die we meten omdat ze gemeten moeten worden, waardoor we heel veel datapunten creëren, waar vervolgens niets mee gebeurt. Maar we kunnen zeggen dat we het gemeten hebben. Dus als iemand erom vraagt, staat het in het systeem. Nu hoor ik de minister zeggen: we gaan registreren, kwalitatief en kwantitatief, welke regels ervaren worden als ... Ik zie aan het gezicht van de minister dat zij voelt waar ik naartoe wil. Zijn we dan niet weer bezig met meer dingen registreren, datapunten opslaan en zeggen: dat is heel erg; nou, dan gaan we daar weer een rapportje over schrijven? Ik wil vooral graag horen wat we gaan doen. Volgens mij zijn er al een hele hoop rapporten en ideeën over van welke regels we af moeten, maar hoe gaan we dat omzetten naar een daadwerkelijke reductie van de regels? Als verpleegkundigen straks bij ieder vinkje moeten markeren of ze het een zinlijk vinkje vinden of niet, dan is dat toch weer een extra vinkje.

Minister Helder:

Nee, de minister gaat geen nieuwe lijstjes maken met nieuwe vinkjes. Dat is zeker niet de bedoeling. Tegelijkertijd gaat het heel erg om de bewustwording van de ervaren regeldruk. Je moet zoeken naar informatie die je terug kunt spiegelen, zodat je kunt zeggen: zijn we opgeschoten? Die zoektocht doen we nu met het programmateam (Ont)Regel de Zorg, zonder dat we nieuwe vinkjeslijstjes willen maken. Dat was eigenlijk ook een antwoord op de eerdere vragen over het generieke doel van 50% reductie.

Het tweede wat we doen — dat is ook echt iets wat aan de IZA-tafel plaatsvindt — is het volgende. Alle partijen hebben gezegd: "Ik heb daar wel ideeën over. Ik kom wel met een lijstje van tien dingen, heel concreet, waarvan ik denk: die kunnen we halen en daar kunnen we aan werken." Er is dus echt wel een beweging aan tafel ontstaan om hier heel concreet invulling aan te geven. De verbinding met het IZA maakt dat we elkaar aan die tafel tegenkomen, bijvoorbeeld als de ene partij de andere partij regels oplegt. Het IZA — dat wil ik toch een keertje benadrukken — is niet alleen het mooie gedrukte

akkoord dat we nu hebben. Het IZA is ook een beweging van veertien partijen, waaronder wij, die elkaar aan tafel tegenkomen, die naar elkaar dingen hebben uitgesproken en die elkaar scherp zullen houden dat ze leveren aan elkaar. Dat is ook een goed gesprek.

Mevrouw **Pouw-Verweij** (JA21):

Ik waardeer absoluut het goede gesprek en de samenwerking die hier plaatsvindt. Dat is absoluut lovenswaardig. Maar ik zou ook aan de minister willen vragen hoe we dit tastbaar en toetsbaar maken. Hoe zorgen we ervoor dat we aan het eind van deze periode kunnen zeggen: dit is er veranderd? 50% is dan wellicht te hoog gegrepen. Wellicht willen we dat niet kwantificeren, maar ik denk toch wel dat we heel duidelijk een doel moeten stellen, zo van: hier gaan we naartoe, binnen die termijn. De partijen kunnen erop afgerekend worden als ze daar onvoldoende mee gedaan hebben.

Minister **Helder**:

Ik zou het als volgt willen formuleren: ik kom met een toetsmethode die ook de toets kan doorstaan van (Ont)Regel de Zorg. Mag ik het zo formuleren? Het gaat erom dat we wel met elkaar scherp moeten zijn over of die ervaren regeldruk minder is geworden. Dat moeten we weten. Tegelijkertijd willen we niet een hele nieuwe meting optuigen die vervolgens ook weer ingevuld moet worden. Het moet die toets dus echt kunnen doorstaan. Maar dat snappen we heel goed. Op die manier zijn we aan het werk.

Voorzitter. Dan was er nog een vraag van de heer Bevers of de toezichthouders gaan toetsen op onnodig regelgebruik. Ik zou geen nieuwe toezichthouder willen voor regelgebruik of bestaande toezichthouders een nieuwe taak willen geven, maar ik zou wel de toezichthouders die we daarvoor hebben, beter in staat willen stellen om dat te toetsen. Dat ligt een beetje in het verlengde van de vorige vraag. Als we dat zichtbaar kunnen maken, dan is die toetsing natuurlijk veel inzichtelijker en makkelijker. Dat is meer mijn bedoeling.

Voorzitter. Ten slotte nog de arbeidsmarkt. De krapte op de arbeidsmarkt is natuurlijk iets wat ons allemaal bezighoudt en ons voor een hele grote uitdaging stelt. Zet daarnaast ook nog het significante ziekteverzuim van dit moment en dan hebben we het wel compleet. Wat gaan de zorgprofessionals merken van het akkoord? Er komt in ieder geval meer ruimte voor scholing en ontwikkeling en voor eigen inbreng, dus ook het onderwerp "zeggenschap" hebben we goed meegenomen. Werkgevers gaan meer aandacht schenken aan wat de zorgprofessionals nodig hebben om met meer plezier, zeg ik tegen meneer Van der Staaij, het werk te kunnen blijven doen. Plezier staat zelfs ook in de definiëring van passende zorg: in een plezierige werkomgeving. Ze hebben goed naar u geluisterd; het staat er al in. Dat zit onder andere natuurlijk in de regeldruk, maar ook in ruimte maken met elkaar in het systeem zodat er meer tijd is voor de dingen die ertoe doen. Het zit 'm ook in een landelijk dekkend netwerk om elektronische gegevens te delen, alsmede in ruimte om mee te praten over implementatie van bijvoorbeeld arbeidsbesparende technologie. We kijken nadrukkelijk ook de werkgevers aan om dat in de praktijk te brengen en ook het werk slimmer te organiseren. Daarmee zijn we er nog niet, want om aan de zorgvraag te kunnen voldoen in relatie tot de krimpende arbeidsmarkt moeten we ook inzetten op een verlaging van de zorgvraag. Daar heeft mijn collega al het een en ander over gezegd.

Dan was er een vraag van mevrouw Ellemeet over de btw-problematiek. Dat zou niet mogen van Brussel, maar daar moeten we ons niet in laten tegenhouden; ik paraphraseer 'm even. In de aanbiedingsbrief van het programma TAZ heb ik daar recent al iets over geschreven. De vraag over de vrijstelling van btw op detachering in de zorg is betrokken bij het interdepartementale traject gericht op de arbeidsmarkt in den brede. Dat wordt gecombineerd door mijn collega, de minister van Sociale Zaken. Daarbij is geconcludeerd dat de ruimte die de Europese btw-richtlijn en de Europese jurisprudentie bieden reeds is benut. Nederland is daarmee gehouden om zich aan de richtlijn te houden. We kunnen daar niet eigenstandig van afwijken. De wens om extra mogelijkheden binnen het fiscale terrein te krijgen vergt een wijziging van de Europese btw-richtlijn, maar dat is op de korte termijn natuurlijk niet haalbaar.

Een van de overwegingen waarom dat traject geen kans van slagen heeft, is dat de actieve opstelling met betrekking tot de verruiming van de huidige btw-bijstelling mogelijk contraproductief zou kunnen werken en zou kunnen leiden tot een gedwongen inperking van de bestaande vrijstelling. Een aantal jaren geleden heeft de Europese Commissie een zaak aangespannen tegen Nederland over de invulling van de btw-vrijstelling. Die zaak is destijds niet aan een inhoudelijke beoordeling toegekomen vanwege procedurefouten door de Europese Commissie. De angst is dat als we dit nu wel doen, dat mogelijk weer een reactie vanuit Brussel oproept en we de huidige regeling dan weer zouden moeten inperken.

Waar zoek ik de extra ruimte? Op de kortere termijn — dat kan al en gebeurt volgens mij al — wijzen we de regionale samenwerkingsinitiatieven op de bestaande mogelijkheden voor btw-vrije uitlijn van personeel. Dat gebeurt ook regionaal. Er is gisteren nog een ambtelijke bijeenkomst geweest. Daar is de suggestie gedaan om een voorlichtingssessie te doen om het een en ander wat op te jagen. Het woord "opjutten" is hier niet goed. Het idee is dat een aantal goede voorbeelden van regionale initiatieven andere regio's kunnen helpen om te kijken wat wél mogelijk is op de korte termijn. Als u daar verder nog vragen over heeft, verwijs ik u naar de staatssecretaris van Financiën, want hij gaat natuurlijk over de btw-regelingen.

Dan was er een vraag van meneer Hijink. Waarom hebben de vakbonden niet meegedaan met het Integraal Zorgakkoord? Ik nodig de vakbonden uit, en van harte ook, om vooral mee aan tafel te komen bij de invulling van het TAZ-programma en de arbeidstafel die nu gevormd is in het kader van dat programma. Ik denk dat we de vakbonden en het overleg met hen daar ook nodig hebben. Tot nu toe hebben ze dat geweigerd, maar wat mij betreft nodig ik ze bij dezen opnieuw van harte uit, omdat ik het echt van cruciaal belang vind dat we elkaar vinden.

Dan was er nog een vraag van de heer Bevers. Even kijken, het is een lange vraag. Hij hoopt dat de minister eind dit jaar de uitkomst naar de Kamer kan sturen. Dat gaat over de gesprekken met de vvt-sector over het opleidingsakkoord dat is afgesproken. Ik kan toezeggen dat ik voor het einde van dit jaar een voortgangsbrief over het opleidingsakkoord van de vvt naar u toestuur.

Dan de vraag van de heer Van der Staaij over werkplezier. Het klopt dat het Integraal

Zorgakkoord niet leest als een roman. Daar hadden we wellicht beter op kunnen letten. We gaan er in de volgende teksten rekening mee houden. Ik ben het echt van harte met u eens. Ik sluit ook helemaal aan bij uw ervaringen gisteren in het UMC Utrecht. We moeten onze professionals echt werkplezier gunnen. Dat is vooral ook zeggenschap, over hun eigen werk en de invulling daarvan maar ook over de invulling van passende zorg zoals zij die zien. Ik ben dus ook blij dat V&VN daar heel nadrukkelijk aan tafel heeft gezeten, net als de Federatie Medisch Specialisten, waarbinnen de NVvP. Nogmaals, het staat ook in het principe. Het staat hoog in het vaandel om te kijken hoe we dat kunnen doen. Nogmaals, ook het TAZ-plan is echt mede tot stand gekomen in een klankbordgroep bestaande uit zorgmedewerkers. We brengen ook daar in de praktijk dat zij kunnen meepraten.

Ten slotte de vraag over de inflatie en de overruimte, in aanvulling op wat collega Kuipers al heeft gezegd. Minister Kuipers heeft al aangegeven dat wordt bekeken wat we richting de aanbieders kunnen doen inzake de prijsinflatie en de inflatiecompensatie. Ik onderstreep dat wij absoluut de zorgen begrijpen over de stijgende kosten bij de zorgaanbieders en ook over de stijgende kosten voor individuele huishoudens. Ik volg de situatie van de aanbieders in de langdurige zorg ook nauwlettend en ben in overleg met de betrokken partijen, maar zij melden zich natuurlijk eerst bij het zorgkantoor.

Als het gaat over de structurele overruimte heb ik het natuurlijk al vaker gezegd: laten we ook niet bagatelliseren wat er wél aan middelen is. Er is al twintig jaar een ovakoppeling. De zorg is de enige publieke sector die die heeft. Die gaat het komende jaar ook mee, omdat we verwachten dat de salarissen in de markt gaan stijgen. Daar heeft de minister van Sociale Zaken ook toe opgeroepen. Dat betekent dat de ova in 2023 gaat groeien van 2,2 miljard naar 3 miljard. Die staat ook vast. Daarnaast was er in de voorgaande kabinetsperiode natuurlijk al 675 miljoen bij gekomen voor het repareren van de middengroepen in de loongebouwen in de zorg. Nogmaals, het is ook aan de sociale partners onderling om dat vervolgens in de cao-afspraken neer te leggen. Ik wil ook nog aangeven dat wij in het coalitieakkoord, maar ook in het beleid dat we nu hebben, heel erg zitten op de andere dingen die in het SER-rapport staan. Die gaan over zeggenschap, over andere vormen van waardering en over regelruimte die zorgverleners hebben.

Als het heel specifiek gaat over de compensatie voor de huidige enorme inflatie — het is natuurlijk een ongekende inflatie maar ook een ongekende situatie — wil het kabinet generiek compenseren voor de lage en de middeninkomens. Die compensatie komt uiteraard ook de medewerkers in de zorg ten goede. Daar hebben we gekozen voor een generieke compensatie, waarover het laatste woord ook nog niet gezegd is — dan verwijs ik u naar de minister van Sociale Zaken — en waarbij we nog bezig zijn met het verwerken van de energiecap. De minister van Financiën heeft aangekondigd dat zij nog in de voorjaarsronde moet kijken wat dat vervolgens betekent voor de overheidsfinanciën. Daar wordt veel over gesproken. Dat was even mijn aanvulling op datgene wat minister Kuipers al heeft gezegd.

Dan ben ik volgens mij aan het einde van mijn beantwoording gekomen, voorzitter.

De voorzitter:

Oké. Dan schorsen we even heel kort, waarna we gaan luisteren naar de staatssecretaris van VWS.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

De voorzitter:

Daar zijn we weer. We zijn allemaal weer fris en fruitig. We gaan luisteren naar de staatssecretaris van VWS.

Staatssecretaris Van Ooijen:

Dank u wel, voorzitter. Nou, ik zal u niet te lang meer vermoeien. Ik heb nog een enkele vraag, dus ik denk dat ik er snel doorheen ben. Desalniettemin wil ik toch wel beginnen met de uniekheid van het akkoord als het gaat om het sociale domein en het preventieve domein. De ministers zeiden daar beiden ook al wat over. Het is namelijk de eerste keer dat we in één keer afspraken maken over de gespecialiseerde zorg en het preventieve domein. Je moet altijd oppassen met dat woord, maar het is toch wel uniek te noemen dat we dat deze keer gedaan hebben. Daar ben ik ook zelf best trots op. Dat mag u best weten. Het was ook precies een van de aanbevelingen. De heer Van der Staaij refereerde daar nog aan: wat is er nou uit de vorige akkoorden gekomen en wordt daar voldoende op gereflecteerd? Dit is precies een van die aanbevelingen, waaraan we hiermee ook hebben voldaan. In de volle breedte, of het nu ouderen betreft of de ggz of de specialistische zorg, komt het altijd weer terug op het sociale domein, datgene wat we doen in wijken, in buurten, in de informele zorg. Het is cruciaal dat we dat weten te verknopen. Kortom, het is een hele goede basis om op voort te borduren en nu ook met elkaar concreet te gaan maken.

Dan kom ik meteen op het deel over de financiering en de vragen die daarover gingen, onder anderen van mevrouw Ellemet. Zij zegt dat het hartstikke mooi is dat het nu op deze manier wordt vormgegeven, maar vraagt zich af of de financiering wel voldoende is. Ik zou in ieder geval willen zeggen dat de financiering die ermee gepaard gaat toch wel substantieel te noemen is. Ik wijs even op pagina 110 van het IZA, waar de rekensom is gemaakt. Voor de volledigheid, ook voor de kijker die niet meteen pagina 110 erbij heeft, zeg ik het volgende. Er gaat structureel 150 miljoen naar gemeenten. Dat wordt nog verder ingevuld. Er is 180 miljoen structureel om alle preventieve maatregelen uit te voeren. Ten slotte is er vanaf 2025 nog structureel 110 miljoen beschikbaar om de aanzuigende werking van de huishoudelijke hulp te beperken. Bij elkaar telt dat bijna op tot een half miljard. Dat is ook noodzakelijk. Er staan ook activiteiten tegenover, dus er moet ook geleverd worden door gemeenten, om het even heel streng te stellen. Op al die verschillende onderwerpen staan er activiteiten tegenover, maar we zetten wel een hele goede stap, ook in financiële zin, in wat dit kan betekenen.

Er was nog één vraag van de VVD die hierover ging. De deelname is positief, zo gaf meneer Bevers aan, maar hoe zit het dan met de uitwerking en de rol die gemeenten daarin hebben? Daar speelt met name het GALA, het Gezond en Actief Leven Akkoord. Dat is toch wel dé plek waar we de concrete afspraken met elkaar maken. Dat werken we de komende weken en maanden verder met elkaar uit. Uiteindelijk stellen we met elkaar een werkprogramma vast voor de komende periode. Dat was het over de

financiering, voorzitter.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Ik ben het echt helemaal met de staatssecretaris eens dat het ontzettend belangrijk is dat we deze stap zetten. Vaak heeft iedereen de mond vol van preventie en gezondheid. Als je dan verder kijkt naar wat er echt geregeld en georganiseerd wordt, valt dat best wel tegen. Het is mooi dat er bedragen staan. Dat is hartstikke goed, maar nog steeds ademt dit akkoord een hiërarchie. Je ziet het bijna in de vertegenwoordiging van de bewindspersonen hier. We beginnen bij het allerbelangrijkste, de curatieve zorg, dan hebben we de langdurige zorg en dan hebben we ergens nog de Wmo, bij wijze van spreken. Ik zou bijna willen zeggen: als we echt menen wat we zeggen en preventie echt centraal zou moeten staan, zou deze bewindspersoon minister moeten zijn. Bij wijze van spreken, hè? We zouden dat echt centraal moeten stellen. Ik zie dat nog onvoldoende terug in de hiërarchie van deze bedragen. Er is nog één heel interessante oplossing: de transformatiegelden. Als we werkelijk menen wat we zeggen en als we een transformatie willen naar gezondheid en preventie, zouden ook gemeenten toegang moeten hebben tot die transformatiegelden. Mocht de staatssecretaris daar nu geen heel duidelijke uitspraak over kunnen doen, dan zal ik wel een heel duidelijke uitspraak doen bij het tweeminutendebat.

Staatssecretaris **Van Ooijen**:

Nou moet ik toch eerlijk zeggen dat als het om preventie gaat, ook met de collega's hier bijna vanaf dag één altijd is gezegd: dat moeten we integraal in de zorg betrekken. Ik herken wat u zegt, namelijk dat het altijd als het achterste wagentje van de trein komt, maar juist hier laten wij zien dat we het op een andere manier vormgeven. Dus ik snap wat u zegt, maar tegelijkertijd wijst hetgeen wij hier op tafel hebben liggen toch op een andere werkelijkheid die wij met elkaar aan het vormgeven zijn. Het komt nu ook aan op de uitwerking, want in z'n totaliteit speelt natuurlijk dat we de preventieve maatregelen vervolgens ook moeten gaan vormgeven. Want dit gaat niet alleen over het departement. Dit gaat ook over preventieve activiteiten in het ziekenhuis. Dit gaat over de preventieve activiteiten bij de wijkverpleging. Dit gaat over wat je doet op het gebied van bijvoorbeeld valpreventie, waarbij ik heel nauw samen optrek met de minister. Dus ik zou wel willen zeggen: volgens mij zetten wij hier echt een wissel om, ook in het beleid. Alleen, we vragen het hele veld om die wissel om te zetten. Daarbij wil ik ook gezegd hebben dat ik juist vanuit bijvoorbeeld de medisch specialisten misschien wel het meest opgejaagd word om effectieve maatregelen te nemen. Zij zijn misschien wel de belangrijkste ambassadeur van preventie, want je zou kunnen zeggen dat zij als medisch specialisten het "uiteinde van de zorg" zijn. Zij zeggen: als wij niet helemaal aan de voorkant gaan zitten, dan kunnen wij op een gegeven moment die zorg niet meer bieden.

Dan nog even specifiek over de transformatiemiddelen. Er is ook ruimte voor gemeenten om daar gezamenlijk, volgens de spelregels van de transformatiemiddelen, aan mee te doen. Dus ik nodig de gemeente van harte uit om, in samenspraak met de huisartsenzorg of met de ouderenzorg, die middelen aan te gaan spreken.

Voorzitter. Dat over de financiering. Dan de paar overige vragen. Allereerst de vraag van mevrouw Van den Berg wat het IZA nu eigenlijk voor Caribisch Nederland betekent. We

hebben daar onlangs nog een goed debat over gehad. Daar geldt natuurlijk het "comply or explain"-denken. Dus het geldt ook voor de Cariben, tenzij we uitleggen waarom het hier niet voor geldt. Hier geldt "explain": het IZA geldt niet voor Caribisch Nederland, omdat de vraagstukken daar dermate anders zijn dat we daar aparte afspraken over maken. Je ziet wel dat de thema's vergelijkbaar zijn: het is enorm belangrijk om grote stappen te zetten in bijvoorbeeld preventie, want dat is extreem belangrijk op de eilanden. Ook extreem belangrijk is dat je zorgt voor een goede samenwerking tussen de ziekenhuizen op de verschillende eilanden maar ook tussen de landen in de DCHA, die we geformaliseerd hebben. Dat is hetzelfde in het IZA, maar het afsprakenkader is anders. Het afsprakenkader dat we daarover specifiek voor Caribisch Nederland hebben gemaakt, staat beschreven in de brief die ik daarover heb gestuurd.

De VVD-fractie heeft gevraagd wat er geldt voor sport en bewegen als onderdeel van het IZA. In juni hebben de minister en ik u geïnformeerd over de brede aanpak voor sport en bewegen. Daar is ook de Beweegalliantie van start gegaan, met Carl Verheijen als voorzitter. Ik weet niet of dat al bekend was, maar anders: bij dezen. Het Sportakkoord wordt geactualiseerd onder regie van de minister. In het GALA werken we een aantal specifieke interventies nog verder uit. Dus daar zitten die afspraken verder concreet in.

Voorzitter. Daarmee ben ik volgens mij door het setje vragen heen. Dank u wel.

De voorzitter:

Dan zijn we hiermee gekomen aan het einde van de eerste termijn van de Kamer en regering. We hebben afgesproken om de tweede termijn niet te houden maar in plaats daarvan een spoedig plenair te houden tweeminutendebat aan te vragen. Ik neem aan dat het lid Agema de eerste spreker wenst te zijn. Ik kijk even naar mijn collega's: dat vinden ze allemaal helemaal goed!

Dan komen we bij de toezeggingen.

- In de tussentijdse monitor van het IZA wordt een overzicht gegeven van de besteding van de transformatiegelden. De minister laat nog weten wanneer de eerste tussentijdse monitor aan de Kamer zal worden gestuurd.
- Voor het eind van het jaar stuurt de minister van VWS nadere informatie over de spoedeisendehulpstops en waar mogelijk na akkoord van het LNAZ een totaaloverzicht hiervan. Dit is een toezegging aan mevrouw Van den Berg.
- In het eerste kwartaal van 2023 ontvangt de Kamer van de minister van VWS een brief over de voortgang van het integraal PGO, de persoonlijke gezondheidsomgeving. Dat is een toezegging aan het lid Raemakers.
- Voor het einde van het jaar ontvangt de Kamer van de minister voor Langdurige Zorg en Sport een brief over het opleidingsakkoord in de verpleeg- en verzorgingshuizen en de thuiszorg. Dat is een toezegging aan de heer Van der Staaij.

Dat waren de toezeggingen die zijn gedaan in dit commissiedebat. Ben ik nog iets vergeten?

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

Volgens mij worden er alleen maar toezeggingen genoteerd waar we een brief over krijgen. Ik weet niet of we dan een kort briefje moeten vragen over het volgende. Ik vond het enorm belangrijk dat we de toezegging hebben gekregen dat de bekostiging van de huidige beschikbaarheidsbijdrage niet verandert totdat er een nieuw, ander financieringssysteem beschikbaar is. Mevrouw Pouw-Verweij heeft dat onderwerp ook aangekaart.

De **voorzitter**:

Kunnen we dit opnemen in de toezeggingenregistratie, als er een briefje komt?

Minister **Kuipers**:

Laten we even checken wat er al in een eerdere brief stond, want wij hebben daar ook al het een en ander over gezegd.

De **voorzitter**:

Akkoord. Dan komen we hiermee aan het einde ... O, nee, meneer Bevers.

De heer **Bevers** (VVD):

Misschien ik hem 'm gemist, maar ik heb een toezegging van minister Helder gekregen over het opleidingsakkoord. Mijn excuus, ik heb het blijkbaar gemist in alle emotie.

De **voorzitter**:

Geeft niks. Het is al laat op de avond. Ik dank de griffier, de Dienst Verslag en Redactie, de bode, de mensen op de publieke tribune en de mensen die op afstand hebben meegekeken. En ik dank uiteraard de minister van VWS, de minister voor Langdurige Zorg en Sport en de staatssecretaris van VWS voor hun bijdragen en natuurlijk mijn collega's voor hun inbreng.

Sluiting 20.29 uur.