

Vergaderjaar 2020–2021

31 765

Kwaliteit van zorg

32 620

Beleidsdoelstellingen op het gebied van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

31 476

Patiënten- en cliëntenrechten

Nr. 538

VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Vastgesteld 3 december 2020

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 9 november 2020 overleg gevoerd met mevrouw Van Ark, Minister voor Medische Zorg en Sport, over:

- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 12 juni 2020 inzake landelijke kwaliteitseisen en regionale toegankelijkheid (Kamerstuk 31 765, nr. 496);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 27 oktober 2020 inzake reactie op verzoek commissie over de voortgang inzake ME-CVS (Kamerstuk 34 170, nr. 19);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 7 juni 2019 inzake reactie op het verzoek van het lid Raemakers, gedaan tijdens de regeling van werkzaamheden van 16 april 2019, over het bericht «Veel ziekenhuiszorg heeft geen enkel nut» (Kamerstuk 29 248, nr. 317);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 5 juni 2018 inzake Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd in oprichting (IGJ i.o.) rapport infectiepreventie en operatief proces in particuliere klinieken (Kamerstuk 31 765, nr. 323);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 7 juni 2018 inzake rapport «infectiepreventie, een kwestie van lange adem» van de Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd in oprichting (Kamerstuk 32 620, nr. 202);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 5 juli 2018 inzake rapport «Poliklinische revalidatie voldoet aan randvoorwaarden voor goede zorg» van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) (Kamerstuk 31 765, nr. 341);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 9 oktober 2018 inzake reactie op verzoek commissie over het artikel van de NOS inzake het bericht «Haperende ict in de zorg: verkeerde medicatie, foute beslissingen» (Kamerstuk 27 529, nr. 159);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 15 oktober 2018 inzake stand van zaken resistente bacterie Zaans Medisch Centrum (Kamerstuk 32 620, nr. 212);**

- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 24 oktober 2018 inzake aanpak vermijdbare sterfte ziekenhuizen en patiëntveiligheid (Kamerstuk 31 016, nr. 111);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 16 november 2018 inzake update resistente bacterie Zaans Medisch Centrum (Kamerstuk 32 620, nr. 215);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 29 mei 2019 inzake update resistente bacterie Zaans Medisch Centrum (Kamerstuk 32 620, nr. 228);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 11 juli 2019 inzake update uitbraak bacterie Zaans Medisch Centrum (Kamerstuk 32 620, nr. 231);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 19 augustus 2019 inzake tweede monitor van de Wet kwaliteit, klachten geschillen zorg (Wkkgz) (Kamerstuk 32 402, nr. 74);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 15 juni 2016 inzake medisch beroepsgeheim (Kamerstuk 34 300 XVI, nr. 161);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 21 december 2017 inzake acties verbetering informatiepositie privacy/medisch beroepsgeheim (Kamerstuk 34 775 XVI, nr. 120);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 8 juni 2017 inzake Nivel-onderzoek openbaarmaking tuchtmaatregelen (Kamerstuk 34 550 XVI, nr. 140);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 2 juli 2018 inzake uitkomstgerichte zorg 2018–2022 (Kamerstuk 31 476, nr. 21);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 5 juli 2018 inzake afronding Kennisprogramma Celsus (Kamerstuk 29 689, nr. 928);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 12 oktober 2018 inzake voortgang en monitoring van de pilot voor een waardegedreven zorgmodel in de hartzorg (Kamerstuk 31 765, nr. 344);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 8 oktober 2019 inzake reactie op de gewijzigde motie van het lid Raemakers over het beleid inzake de bestrijding van chronische pijn (Kamerstuk 29 689, nr. 1014) (Kamerstuk 29 689, nr. 1027);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 11 maart 2019 inzake het Groninger Zorgakkoord (Kamerstuk 31 765, nr. 394);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 11 april 2019 inzake eindevaluatie Citrienfonds 2014–2018 (Kamerstuk 31 765, nr. 404);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 5 juli 2019 inzake voortgangsrapportage Ontwikkeling Uitkomstgerichte Zorg 2018–2022 (Kamerstuk 31 476, nr. 28);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 10 juli 2019 inzake reactie op de motie van het lid Raemakers over in gesprek gaan met het AYA-platform (Kamerstuk 31 016, nr. 207) (Kamerstuk 31 765, nr. 429);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 10 september 2019 inzake reactie op verzoek commissie over het bericht «Ziekenhuiszorg voor oudere laat te wensen over» en het rapport «Meer aandacht voor ouderen in het ziekenhuis» van ZonMw (Kamerstuk 31 765, nr. 435);

- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 11 oktober 2019 inzake reactie op verzoek commissie over het rapport «Opnieuw beginnen – Achtergronden van positieverschillen tussen Syrische statushouders» van het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) (Kamerstuk 19 637, nr. 2534);**
- **de brief van de president van de Algemene Rekenkamer d.d. 13 oktober 2020 inzake rapport «Verzekerd van Zinnige Zorg; De bijdrage van het programma Zinnige Zorg aan gepast gebruik van het basispakket 2014–2019» (Kamerstuk 29 689, nr. 1083);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 27 oktober 2020 inzake wijziging van het beleidskader subsidiëring transparantie over de kwaliteit van zorg (Kamerstuk 31 476, nr. 32);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 21 oktober 2020 inzake tweede voortgangsrapportage Uitkomstgerichte Zorg (Kamerstuk 31 476, nr. 31);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 12 oktober 2020 inzake voortgangsrapportage ZE&GG en Gepast Gebruik (Kamerstuk 29 248, nr. 324).**

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

De voorzitter van de commissie,
Lodders

De griffier van de commissie,
Post

Voorzitter: Lodders
Griffier: Bakker

Aanwezig zijn zes leden der Kamer, te weten: Agema, Van den Berg, Van Gerven, Lodders, Raemakers en Veldman,

en mevrouw Van Ark, Minister voor Medische Zorg en Sport.

Aanvang 10.00 uur.

De voorzitter:

Goedemorgen. Hartelijk welkom bij de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Aan de orde is een algemeen overleg over medisch-specialistische zorg, ziekenhuiszorg, patiëntveiligheid, medisch beroepsgeheim, medisch tuchtrecht en kwaliteitszorg. Dat is een veelheid aan onderwerpen. Ik heet de Minister voor Medische Zorg graag hartelijk welkom. Dat geldt uiteraard ook voor haar ondersteuners, hier en in de andere zaal. Hartelijk welkom aan de Kamerleden. Hartelijk welkom aan de mensen thuis, die dit debat op afstand volgen.

Ik stel voor om snel van start te gaan met het debat. We hebben met elkaar afgesproken een spreektijd te hanteren van vier minuten. Ik stel voor een tweetal interrupties in tweeën of vier losse vragen toe te staan; de keuze laat ik aan u. Ik begin graag bij de heer Raemakers. Ik geef u graag het woord. De heer Raemakers spreekt namens de fractie van D66. Gaat uw gang.

De heer Raemakers (D66):

Voorzitter, dank u wel. Corona domineert op dit moment volledig de zorg, maar vandaag kijken we naar de toekomst. Ik zou zeggen dat de zorg die straks moet worden ingehaald, effectief moet zijn. Van de helft van de behandelingen weten we echter nog niet of ze effectief zijn. De helft! Daarom zette het Zorginstituut het programma Zinnige Zorg op, maar het oordeel van de Algemene Rekenkamer was kiezelhard. Het programma heeft nauwelijks bijgedragen aan meer gepast gebruik, want de Minister haalde de druk van de financiële besparing door verandering al gauw weg. Het Zorginstituut zelf is terughoudend gebleken met de inzet van zijn bevoegdheden. Welke lessen trekt de Minister uit het mislukte programma? Hoe gaat zij zorgen dat het nieuwe programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik wél gaat werken? Hoe gaat zij zorgen dat artsen voldoende tijd en ruimte voor zorgevaluatie hebben, en hoe gaat zij tegelijkertijd voorkomen dat deelname vrijblijvend is? Kortom, hoe voorkomen we een nieuw Rekenkamerrapport over goede bedoelingen zonder resultaten? Overweegt de Minister hardere financiële verplichtingen?

Voorzitter. Eerder hadden we in deze commissie een discussie over de vraag of fysiotherapie vergoed zou moeten worden voor patiënten met corona die niet in het ziekenhuis behandeld zijn. Inmiddels heeft de Minister geoordeeld dat herstellzorg, zoals fysiotherapie, voor coronapatiënten tijdelijk vergoed wordt uit de basisverzekering. Dat is natuurlijk heel mooi nieuws. De vraag dient zich dan aan waarom dit niet geldt voor bijvoorbeeld slachtoffers van andere epidemieën die we in Nederland gekend hebben, zoals Q-koorts. Q-uestion, de stichting voor slachtoffers van Q-koorts, heeft de Minister daarover een brief gestuurd. Ik heb al eerder verzocht om een reactie daarop. Wil de Minister herstellzorg zoals fysiotherapie tijdelijk ook gaan vergoeden voor Q-koortspatiënten? Zo nee, wat is dan volgens haar het cruciale verschil met corona? Kan de Minister reageren op de twee andere punten uit de brief van Q-uestion? Voorzitter. Dan kom ik bij de trage herziening van de richtlijnen. Dat is een obstakel voor effectieve, gepaste zorg. Dit speelt bijvoorbeeld bij mensen met een kankertumor waarvan de origine onbekend is. De groep die

daarvoor actie vraagt noemt zich Missie Tumor Onbekend. Ik vroeg daarvoor aandacht bij Minister van Rijn. De relevante richtlijn is al meer dan vijf jaar oud, terwijl onlangs een nieuwe, fundamentele knelpuntenanalyse van IKNL over deze belangrijke doodsoorzaak verscheen. Kan de Minister bij de beroepsgroep nagaan of die richtlijn niet eens geüpdatet moet worden? In antwoord op onze vragen bij de begroting reageerde de Minister trouwens nog met verwijzing naar een eerdere knelpuntenanalyse, die inmiddels al tien jaar oud is. Kan de Minister zich dus op de hoogte laten stellen van de nieuwe knelpuntenanalyse en de Kamer een reactie daarop sturen? Als het kan graag voor de begrotingsbehandeling. Voorzitter. Ik kom bij mijn laatste punt. Soms kan het voor de patiënt beter zijn dat de behandeling van zijn of haar heel zeldzame aandoening geconcentreerd is in één centrum of in enkele centra in Nederland. Dit is bijvoorbeeld het geval bij zeldzame longoperaties bij kinderen. In de Elsevier van afgelopen september stond een heel aangrijpend stuk over deze longoperaties, die in Nederland alleen in Rotterdam worden uitgevoerd. Het alternatief is dat die kindjes naar Londen moeten gaan. Ik begreep dat er zelfs patiëntjes uit Nederland naar Londen gaan om daar die ingreep te ondergaan, omdat men simpelweg niet weet dat men ook naar Rotterdam zou kunnen gaan. Het is dus belangrijk dat we tot een centrale registratie van deze kinderen komen. Kan de Minister, bijvoorbeeld met de beroepsgroep, inzichtelijk maken hoeveel patiënten met zo'n aangeboren anatomische longaandoening worden geboren? Wil de Minister met de verzekeraars en zorgaanbieders bespreken waar zij dan het best behandeld kunnen worden? Het aantal artsen dat dergelijke zeldzame longoperaties kan uitvoeren is heel beperkt. In Nederland is er maar één zo'n arts. Wil de Minister met het opleidingsveld bekijken hoe hooggespecialiseerde kinderchirurgische ingrepen, zoals longoperaties, voor Nederland behouden kunnen blijven?

Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel. Ik zie dat er vragen zijn. Eerst mevrouw Van den Berg, dan de heer Van Gerven. Mevrouw Van den Berg, gaat uw gang.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Ik ben erg blij dat meneer Raemakers begint over Zinnige Zorg en met name over het laatste punt met betrekking tot de hele zeldzame ziektes. Dat laatste heb ik ook zelf in mijn inbreng staan, dus dat komt goed uit. Ik vraag me af of meneer Raemakers, net als het CDA, vindt dat dit eigenlijk het beginsel moet zijn voor alle hoogcomplex, laag volume zorg? Wij vinden dat alle basiszorg heel dichtbij te vinden moet zijn, maar we spreken over zeldzame ziektes of heel speciale operaties. We vinden dat de zorg daarvoor juist veel meer geconcentreerd moet zijn, in plaats van de situatie waarin ieder ziekenhuis alles doet.

De heer Raemakers (D66):

Dit is een terechte vraag. Ik heb natuurlijk het nieuwe CDA-verkiezingsprogramma gelezen, en in het zorghoofdstuk is dit volgens mij een prominente lijn. D66 deelt die lijn. Hele specialistische zorg kun je maar op een paar plekken in Nederland aanbieden. Volgens mij is de lijn van het CDA dat de basiszorg in ieder geval in de regioziekenhuizen te vinden is en dat de wat complexere ingrepen in de academische ziekenhuizen worden gedaan. Ik denk dat dat een tussencategorie is, want je hebt ook nog de topklinische ziekenhuizen. Ik denk dat we ook moeten kijken hoe we die zorg goed kunnen regelen. Het zal nodig zijn dat de Minister daarop stuurt, en de regio's zullen daar iets van moeten vinden. Maar in essentie ben ik het zeker met mevrouw Van den Berg eens.

De **voorzitter**:

Voldoende? Ja. De heer Van Gerven, gaat uw gang.

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

De heer Raemakers had het over Zinnige Zorg en de fysiotherapeutische zorg voor covidpatiënten die nu in principe vergoed wordt. Terecht noemde hij de Q-koortspatiënten. Zou het niet veel beter zijn als we gewoon eens ophouden met het discrimineren van het vak fysiotherapie? Dan zeggen we gewoon dat fysiotherapie in het basispakket hoort, net zoals de huisarts in het basispakket hoort. Een huisarts maakt zelf de afweging of bepaalde zorg nodig is. Zou dat niet ook voor de fysiotherapeut moeten gelden, zodat we van ontzettend veel discussies en trammelant af zijn?

De heer **Raemakers** (D66):

Ik snap deze vraag heel goed. Daar waar we ingrepen door een specialist kunnen voorkomen bijvoorbeeld doordat mensen een aantal behandelingen fysiotherapie krijgen, denk ik zeker dat dit een goede optie zou zijn. Dan heb je «zinniger zorg», om het zo maar te zeggen. Maar ik wil er ook op wijzen dat er bijvoorbeeld tal van sportblessures zijn. Als mensen flink gaan sporten, weten zij dat zij het risico nemen dat zij bij een fysiotherapeut terechtkomen. In dat geval is het misschien redelijk dat mensen zelf iets bijdragen. We hebben nu natuurlijk ons stelsel waarin we fysiotherapie bij allerlei chronische ziekten op een gegeven moment wél uit het basispakket vergoeden, maar waarin we dat bij een andere groep zoals mensen met sportblessures niet doen. Ik vind dat daar iets voor te zeggen is, dus ik denk dat mijn antwoord een beetje gemengd is.

De **voorzitter**:

Afrondend, de heer Van Gerven.

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

Ik denk dat dit laatste voorbeeld heel raar is, want als je een been breekt bij het voetballen heb je een sportblessure. Gaan we dan zeggen dat we de fysiotherapie niet gaan vergoeden? Ik dacht het niet. Sporten is heel gezond, al hangt het van de soort sport af. Ik denk dat dit een beetje een ongelukkig voorbeeld is, maar misschien kan de Minister eens reflecteren op het volgende. We hebben gezien dat fysiotherapie uit het basispakket gehaald is, terwijl ze er vroeger wel in zat. Nu zien we dat allerlei vormen van fysiotherapie via allerlei heel ingewikkelde en langdurige onderzoeken toch weer onder voorwaarden terugkomen in het pakket. We zien ook hoe dramatisch het traject Zinnige Zorg is. Dat traject wordt via het Zorginstituut bewandeld, maar blijkt heel weinig effectief en werkt naar mijn mening niet. Zou de conclusie dan niet moeten zijn dat het beter is om de fysiotherapeut het voordeel van de twijfel te geven, en het «nee, tenzij»-principe te veranderen in «ja»? Dan moeten we natuurlijk wel aan de beroepsgroep vragen om te proberen aan te tonen dat hetgeen zij doen werkzaam is.

De heer **Raemakers** (D66):

Eerst het voorbeeld van het gebroken been. Als je je been breekt, moet je eerst naar het ziekenhuis en word je daar geholpen. Dat zit gewoon in het basispakket. Alleen, er zijn ook mensen die vijf keer per week sporten en de grens opzoeken, die af en toe een scheurtje hebben en daarvoor naar de fysiotherapeut gaan. Dat is nodig, maar ik vind dat je als gezonde sporter daar dan best zelf een bijdrage aan mag leveren. Dat vind ik. We zien bijvoorbeeld dat knieoperaties bij mensen boven de 50 heel vaak door specialisten worden gedaan. De gegevens daarover zeggen dat een operatie in heel veel gevallen eigenlijk niet zo effectief is voor die mensen, en dat zij er veel meer bij gebaat zouden zijn om gewoon naar de

fysiotherapeut te gaan en een aantal andere dingen op het gebied van preventie en levensstijl te doen. Dan zou je misschien willen zeggen dat we fysiotherapie voor die gevallen wél weer in het basispakket moeten doen. Het is goed om de Minister te vragen daarnaar te kijken.

De voorzitter:

Dank u wel. Meneer Raemakers, u was aan het einde van uw betoog? Dan geef ik nu graag het woord aan de heer Van Gerven voor zijn inbreng in eerste termijn. De heer Van Gerven spreekt namens de fractie van de SP. Gaat uw gang.

De heer Van Gerven (SP):

Voorzitter. De ziekenhuizen en het ziekenhuispersoneel hebben tijdens de coronacrisis keihard gewerkt. Ik denk niet dat er in Nederland iemand is die de noodzaak van deze zorg nog in twijfel trekt, of de inzet van het ziekenhuispersoneel niet ontzettend waardeert. Dag en nacht stonden zij klaar voor iedereen die zorg nodig had. Er zijn helaas veel zieken en overledenen te betreuren, maar zonder goede ziekenhuiszorg waren we helemaal nergens geweest.

Tegelijkertijd is ondanks deze grote inzet duidelijk geworden dat ziekenhuizen onvoldoende aan de zorgvraag konden voldoen. Het ene na het andere ziekenhuis kondigde een tijdelijke opnamestop aan of sloot tijdelijk bepaalde afdelingen, omdat zij de aanloop van coronapatiënten niet meer aankonden. Patiënten werden verplaatst naar Duitsland, omdat onze bedden vol lagen. Er moest heel snel opgeschaald worden: bedden, personeel en apparatuur moesten overal vandaan getoverd worden. Hoe wordt dan nu gereflecteerd op het feit dat we in 2014 nog ruim 44.000 bedden hadden en in 2017 nog maar 37.753 – dat is dus bijna 6.500 bedden minder – en dat het aantal spoedeisendehulpstellen is afgenomen van 104 in 2008 tot 86 in 2018? Toen waren er dus nog maar 86, en die trend gaat nog steeds door. Kan met terugwerkende kracht worden toegegeven dat deze afnames onverstandig waren? Hoe belachelijk is het dat die trend eigenlijk nog steeds doorgaat? Kijk naar het Bronovo: dat is gesloten en daarover wordt nu de vraag gesteld waarom we het niet weer geschikt maken als ziekenhuis. Het gebouw ligt er immers nog prachtig bij. Vorige week hoorden we dat het Beatrixziekenhuis zijn spoedeisendehulpstel dreigt te verliezen.

Dan kan het toch niet zo zijn dat het ministerie nu komt met voorstellen om tot minder ziekenhuizen te komen, zodat daarop bezuinigd kan worden? Het was zeer opmerkelijk dat uw voorganger, Minister van Rijn, nog net voor het zomerreces een contourennota over de schutting gooide. Die nota wordt slechts een schets genoemd, maar lokale overheden en 28 burgemeesters hebben gereclameerd. Zij ruiken terecht onraad, want zij zien het lijk al drijven: spoedeisendehulpstellen dreigen te worden opgedoekt, en hun ziekenhuizen dreigen nog verder te worden uitgekleeft. Ik vraag me af of we dan niks leren van de coronacrisis: de zorg moet niet worden uitgebeend, maar juist verder worden opgebouwd. In het verleden heb ik al vaak gepleit voor een moratorium op het sluiten van ziekenhuizen en afdelingen, maar er was nooit steun voor. Ik doe vandaag weer een klemmend beroep op de Minister en op dit parlement. Ik roep hen op om de zaak nu eens even on hold te zetten en te stoppen met het oude desastreus beleid, waarvan corona heeft laten zien dat het geen goede weg is. Hoe staat de Minister ertegenover om in deze toch heel onzekere tijd tot zo'n standstill te besluiten, zodat er in ieder geval voorlopig niks meer dichtgaat, om eerst eens te bekijken hoe we het beter kunnen inrichten?

Een ander punt. Wat gaan we doen met het hoofdlijnenakkoord voor de ziekenhuiszorg? Het lijkt mij dat het akkoord onuitvoerbaar is zonder de kwaliteit en de continuïteit van de ziekenhuiszorg aan te tasten. Of willen we dat de wachtlijsten verder oplopen? Hoe kijkt de Minister aan tegen

het pleidooi van de Vereniging van Ziekenhuizen om de concurrentie in 2021 op te schorten, en het hoofdlijnenakkoord aan te passen? Voorzitter. Dan een volgend punt.

De voorzitter:

Gaat u afronden? U bent door uw tijd heen.

De heer Van Gerven (SP):

Ik zal afronden. Het laatste punt is de loondienst van specialisten. Het was, geloof ik, afgelopen weekend dat we werden opgeschrikt door nieuws dat eigenlijk al een beetje bekend was, maar nu manifest naar buiten kwam. Dit bericht was dat een aantal microbiologen in Nederland enorm veel verdienen, omdat ze vrijgevestigd zijn en nu door de coronatesten binnenlopen. Is dit voor de Minister een aanleiding om, net als de Nederlandse Zorgautoriteit en vele anderen, te zeggen dat zij een plan gaat uitwerken om artsen in loondienst te laten werken? Dank u wel, voorzitter.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan geef ik graag het woord aan mevrouw Van den Berg, die spreekt namens de fractie van het CDA. Gaat uw gang

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Dank u wel, voorzitter. Op de eerste plaats vind ik het mooi om te lezen hoe een motie van mijzelf en John Kerstens is uitgevoerd. Deze motie was uit juni 2018 en ging over het doen van een leefbaarheidsanalyse voorafgaand aan de invoering en registratie van een kwaliteitskader. Ook bereikbaarheid van zorg is onderdeel van kwaliteit. Ik denk dat de coronacrisis dit nog een keer heeft bevestigd. Het venijn zit echter in de staart. Wat gaat dit nu echt betekenen in de praktijk? Kunnen wij voor de zomer een brief krijgen met implementatievoorbeelden? Het Zorginstituut verkent nu, samen met de inspectie en de Zorgautoriteit, of het een rol kan spelen bij de implementatie van een kwaliteitskader op regionaal niveau. Wanneer kunnen wij als Tweede Kamer daarover een brief verwachten?

Voorzitter. Er staan veel oude brieven op de agenda, onder andere over het medisch beroepsgeheim. Voor het CDA is dat nog zeer actueel, want wij willen dat er een betere balans komt tussen de belangen van de patiënt of cliënt, en de belangen van nabestaanden, slachtoffers en de samenleving. Philip O. in Amsterdam, Luis P. in Den Haag en Thijs H. in Limburg zijn wat ons betreft voorbeelden die de noodzaak daarvan onderschrijven. Is de Minister het met het CDA eens dat het noodzakelijk is het medisch beroepsgeheim te doorbreken in geval van ernstig psychiatrisch verwarde mensen, van wie gebleken is dat zij een gevaar vormden voor zichzelf en anderen wanneer zij de zorginstelling verlaten? Door goede overdracht kan de politie de betrokkene monitoren, en bijdragen aan de zorg en veiligheid van de betrokkene en juist ook van zijn omgeving. Is de Minister bereid om hierover met het veld in gesprek te gaan?

Voorzitter. Collega Raemakers sprak al over Zinnige Zorg. De wet schrijft voor dat alleen zorg wordt vergoed die voldoet aan de stand der wetenschap en praktijk. Zorgevaluatie is daarom essentieel, want daarmee ontwikkel je een constante verbeter- en leercultuur. Hoe gaat de overheid om met het dilemma rondom zorg waarvoor nog onvoldoende bewijs is? Is het niet verstandig om voor dergelijke zorg de standaard te laten zijn dat je dit moet onderzoeken? Is de Minister bereid om het hoofdlijnenakkoordprogramma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik met een voorstel hiertoe te laten komen? En dan niet alleen voor de medisch-specialistische zorg, maar juist ook voor de ggz en de langdurige zorg. Is de Minister het in dit kader met het CDA eens dat hoogcomplexere maar laag volume

planbare zorg en zorg bij zeldzame aandoeningen juist meer geconcentreerd moeten worden? Is zij het met het CDA eens dat er bijvoorbeeld minimaal een adequate centrale registratie per ziektebeeld moet komen? Meneer Raemakers noemde al het voorbeeld van anatomische kindlongafwijkingen. Graag een reactie van de Minister.

Ten slotte kom ik bij secundair gebruik van medische data. Bij veel mensen gaan de alarmbellen rinkelen bij de gedachte aan het delen van medische data en het combineren daarvan met de gegevens van sensoren en domotica. Dat is spijtig, want als we deze data adequaat kunnen combineren, kun je bijvoorbeeld al een melding krijgen voordat je ziek wordt. Wetenschappelijk onderzoek naar gezondheid of ontwikkeling van nieuwe medicijnen krijgt dan een enorme boost. Je kunt het vertrouwen van burgers hiervoor alleen winnen door glashelder vast te leggen wat er wel en niet mag met de medische data, en de veiligheid van die gegevens te garanderen. Daarom zou het goed zijn als er duidelijke spelregels komen voor secundair gebruik van medische data, bij voorkeur geldig voor heel Europa. Wij zien dit dus als een zusje van de AVG-richtlijn. Is de Minister bereid om dit binnen de EU-Gezondheidsraad te bespreken? Dank u wel, voorzitter.

De voorzitter:

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

Mevrouw Agema (PVV):

Dank u wel, voorzitter. De coronapandemie legt pijnlijk de mankementen van ons zorgstelsel bloot. Het stelsel is kapot. Artsen, zorgmedewerkers en ondersteunend personeel betalen de prijs, want in plaats van hun welzijn, voerden efficiency en doelmatigheid jarenlang de boventoon. Onze zorgmedewerkers, het grootste kapitaal dat we hebben, werden genadeloos uitgebuit en verwaarloosd. Zij lopen op hun laatste benen, raken opgebrand en hebben verdriet om de doden die het virus heeft veroorzaakt. Ze hebben ook zorgen om hun reguliere patiënten, die ze niet meer hebben gezien. Veel patiënten hebben sinds maart al geen ziekenhuiszorg meer gehad en veel reguliere medisch-specialistische zorg wordt door de tweede coronagolf opnieuw uitgesteld.

Daaronder valt bijvoorbeeld de pijnzorg. We hebben een motie daarover aangenomen gekregen en op de agenda van vandaag staat een brief daarover. In de motie is gevraagd om een kwaliteitsstandaard. Die staat niet in de brief, dus ik neem aan dat de motie met deze brief nog niet is afgedaan. Het zijn juist de pijnpatiënten die sinds maart al geen zorg meer hebben gehad, omdat vooral anesthesisten worden ingezet op de corona-afdelingen. Zij kunnen daar goed werk doen, maar daardoor is een hele grote patiëntengroep niet meer in beeld.

Er zijn dit jaar 800.000 minder verwijzingen naar medisch specialisten geweest, zo stelt de NZa. Ik citeer: «Er is in de ziekenhuizen nauwelijks inhaalzorg geweest, terwijl de zorgcapaciteit nu opnieuw wordt afgeschaald.» Het gaat dus nog jaren duren voordat de specialistische zorg weer op het niveau van voor corona is, en VWS heeft nog niet het begin van een plan. Hoe denkt de Minister de ziekenhuiszorg en medisch-specialistische zorg weer op het niveau van voor corona te krijgen? Kan de Minister er in ieder geval voor zorgen dat patiënten op de hoogte worden gehouden? De meest gehoorde klacht in mijn privéomgeving is dat patiënten er niks meer over horen. Ik vraag de Minister om patiënten perspectief te bieden, zodat ze weten wanneer ze weer aan de beurt zijn. Graag een reactie op dit voorstel.

Voorzitter. De zorgkostenhaat zit diep verankerd in elke vezel van de VVD en het CDA. Zelfs de immense coronacrisis bracht daar geen verandering in, zelfs niet voor de toekomst. Het is haat, haat, haat van opeenvolgende VVD-Ministers en van prominente CDA'ers, en het gaat maar door. Dat is

precies wat Ank Bijleveld van het CDA deed op 15 oktober tijdens de uitzending van het televisieprogramma Op1. Breed lachend bekte zij Peter Langenbach af, toen hij zei dat de ziekenhuizen er volgend jaar geen cent bij krijgen. De heer Langenbach is de voorzitter van de raad van bestuur van het Maasstad Ziekenhuis. Hard lachend toonde Ank Bijleveld niet het eeuwige huichelachtige, maar het wáre gezicht van het CDA. Breed lachend deed ze alsof het onzin was wat hij zei, maar de heer Langenbach sprak de waarheid. De groei van de ziekenhuiszorg wordt in 2022 geheel tot stilstand gebracht: 0% groei in 2022. Ze krijgen er geen cent bij, maar moeten wel een groeiende patiëntenpopulatie van de beste medisch-specialistische zorg voorzien. We hebben er zo vaak op gewezen, maar zelfs nu – zelfs nu! – is er nog geen begin van een beleidswijziging. Ergo, wie gaat de coronarekening betalen? Ik zie de Minister al schrijven, maar ik bedoel iets anders dan de 6,8 miljard euro die in de begroting wordt genoemd. Ik bedoel gewoon de rekening die nog komt; de bonnetjes die allemaal nog gaan komen. Worden die straks ook toegevoegd aan de rijksbegroting en de staatsschuld? Of moeten de ziekenhuizen het straks weer oplossen?

Wij danken Minister van Ark voor het «oordeel Kamer» op de motie-Wilders die oproept de opgeschaalde 200 ic-bedden en 400 klinische bedden niet weer af te schalen als corona voorbij is, zoals het kabinet van plan was. Er is meer nodig. Het baart mijn fractie zorgen dat de zoveelste VVD-Minister deze crisis als tijdelijk beschouwt. De deze zomer gepresenteerde houtskoolschets acute zorg gaat onverminderd uit van het sluiten van nóg meer spoedeisendehulpdiensten. Dit dreigt bij 27 regionale ziekenhuizen te gebeuren. Hoe kan de Minister nu, na alles wat er is gebeurd, nog steeds volhouden dat dit een goed idee is? Graag een reactie.

De voorzitter:

Rondt u af?

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ja. Tot slot. Al voor de coronacrisis concludeerde ZonMw dat de zorg voor ouderen in de ziekenhuizen te wensen overlaat. Er zou geïnvesteerd moeten worden in een groots onderzoeks- en actieprogramma rond ziekenhuiszorg voor ouderen. Dit lijkt me actueler dan ooit, want de komende twintig jaar zal het aantal 75-plussers en hun zorgvraag verdubbelen. Daarop moet je je voorbereiden. Helaas is nog altijd het tegenovergestelde aan de hand.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan geef ik nu graag het woord aan de heer Veldman. De heer Veldman spreekt namens de fractie van de VVD. Gaat uw gang.

De heer **Veldman** (VVD):

Dank u wel, voorzitter. In de veelheid aan stukken op de agenda heb ik gezocht naar een gemeenschappelijk thema. Dat thema vond ik in de vorm van kwaliteit van zorg. Dit is een belangrijk thema, omdat de kwaliteit van zorg wat mij betreft als richtsnoer dient bij de toenemende uitdagingen waar we voor staan.

Voorzitter. Bij de toenemende specialisatie van medische behandelingen is het van groot belang dat in samenspraak met de patiënt bekeken wordt welke behandeling het beste aansluit bij diens behoeften en de gewenste uitkomst. Uit een peiling van Patiëntenfederatie Nederland blijkt helaas dat minder dan de helft van de patiënten ervaart dat zij hierover daadwerkelijk een goed gesprek kunnen voeren met hun arts. Dit komt onder andere omdat de consequenties van een behandeling te groot of te onduidelijk waren, of omdat ze niet wisten dat ze mee konden beslissen over een behandeling. Artsen geven op hun beurt aan bij het inrichten van

het proces belemmeringen te ervaren, zoals tijdsdruk, inflexibele poliplanning en een gebrek aan training.

Voorzitter. We moeten af van de one-size-fits-allaanpak. We moeten patiënten de behandeling bieden die in hun specifieke situatie de beste is. Dat is de behandeling die de patiënt het best ondersteunt om het leven te leiden dat hij of zij graag wil leiden. De lijnen waarlangs dit proces ingericht wordt, kunnen beter. Artsen en patiënten zijn nog niet tevreden over het proces van samen beslissen. Voor een groot gedeelte lijkt de oorzaak hiervan te liggen in training en bewustwording van de mogelijkheden. Mijn vraag aan de Minister is als volgt. Worden deze thema's op dit moment actief opgepakt? Zo ja, hoe?

Voorzitter. Wat ook meer en beter kan, is sturen op de kwaliteit zelf. Sturen op kwaliteit blijkt in de zorg gemakkelijker gezegd dan gedaan. Er lijkt gesteggel te zijn over wie hierin de regie zou moeten nemen: de beroepsgroep zelf, de bestuurders of de zorgverzekeraars. Onder andere de zorgverzekeraars bezitten een schat aan uitkomstinformatie over behandelingen, hersteloperaties, controles et cetera. Mogelijk kunnen zij vanwege de privacywetgeving deze data te beperkt inzetten om te sturen op kwaliteit. Ik vraag de Minister of de zorgverzekeraars meer ruimte kunnen krijgen om de grote hoeveelheid data die zij hebben, in te zetten ten behoeve van het verkrijgen van meer uitkomstgerichte informatie over behandelingen.

Daarnaast worden in de voortgangsrapportage Uitkomstgerichte Zorg 2018–2022 de ambities voor de zomer van 2020 uiteengezet voor vier thema's. Die formuleer ik even als volgt: meer inzicht in uitkomsten, meer samen beslissen, meer uitkomstgericht betalen en organiseren, en betere toegang tot actuele en relevante informatie. Ik hoor graag van de Minister hoe het staat met deze vier ambities.

Voorzitter. Ik wil nog een opmerking maken over de digitale transitie. De digitale transitie en virtual care kennen in het veld vele mooie voorbeelden, maar de opschaling ervan blijft vooralsnog achter. Digitalisering wordt nu vaak gebruikt ter ondersteuning van zorgprocessen, terwijl het ook ingezet zou kunnen worden ter verhoging van de kwaliteit van zorg; denk bijvoorbeeld aan de inzet van kunstmatige intelligentie in diagnostiek en bij MRI- of CT-scans. Ook in de gegevensuitwisseling gebeurt er nog te weinig. De juiste zorg op de juiste plek betekent onder andere dat de juiste informatie op het juiste moment op de juiste plek moet zijn om de patiënt kwalitatief goede zorg te kunnen verlenen. Een van de instrumenten die helpen bij de digitale transitie is de Wet elektronische gegevensuitwisseling in de zorg. De VVD hoopt deze wet spoedig in de Kamer te ontvangen, en doet een oproep aan de Kamer zelf om te komen tot een zorgvuldige maar ook spoedige behandeling van deze wet.

Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel. Er zijn vragen. De heer Raemakers en daarna de heer Van Gerven. De heer Raemakers, gaat uw gang.

De heer Raemakers (D66):

De heer Veldman van de VVD houdt een mooi betoog over kwaliteit, samen beslissen, uitkomstgerichte informatie en, als ik het goed gehoord heb, ook uitkomstgericht betalen. Daarover heb ik een vraag. In de zorg zien we dat betaling nog heel veel plaatsvindt op basis van productie. Een specialist krijgt dus meer betaald als hij of zij meer operaties of meer verrichtingen uitvoert. Is de heer Veldman het met D66 eens dat we eigenlijk meer zouden moeten inzetten op «kijk- en luistergeld»? Dat wil zeggen dat we een specialist belonen voor de tijd die wordt besteed aan de patiënt, los van hoeveel productie er wordt gemaakt.

De heer **Veldman** (VVD):

Ik ben het met de heer Raemakers eens dat we het huidige systeem, waarin er vooral gefinancierd wordt langs de lijn van productie, moeten kantelen naar een andere manier van financieren. Wat mij betreft moet dat een kanteling zijn naar een meer waardegedreven financiering. Dat wil zeggen: kijken naar de uitkomst voor de patiënt en op basis daarvan een behandeling vergoeden. In de lijn van de gedachte van de heer Raemakers kan dit dus betekenen dat je soms besluit een behandeling niet te doen, terwijl de aandacht die dit vraagt natuurlijk wel tijd heeft gekost. Waardegedreven financiering lijkt mij een betere manier dan de productieprikkel die we nu kennen.

De **voorzitter**:

Afrondend, de heer Raemakers.

De heer **Raemakers** (D66):

Dat is een mooi antwoord. Als we kijken naar hoe het nu geregeld is, dan is een paar jaar geleden wel een dbc «kijk- en luistergeld» geïntroduceerd, maar daar wordt heel weinig of bijna geen gebruik van gemaakt. Zou de heer Veldman bereid zijn om samen aan de Minister te vragen om op korte termijn de financieringsstructuur zodanig te veranderen dat artsen deze dbc gaan gebruiken, of in ieder geval met deze formule gaan werken? Want op dit moment gebruiken artsen en verzekeraars deze dbc gewoon niet.

De heer **Veldman** (VVD):

Nou, ik ondersteun de heer Raemakers van harte. Ik kan hem zelfs nog een stapje voor zijn, in de zin dat ik dit niet vandaag met hem aan de Minister hoeft te vragen. Volgens mij heb ikzelf en hebben wij als Kamer deze vraag al vaker gesteld. Vandaar dat ik het ook vandaag weer aanhaal. In een vorig notaoverleg heb ik er ook al expliciet aandacht voor gevraagd.

Daarbij realiseer ik me dat het makkelijker gezegd dan gedaan is. Helaas vraagt dit gewoon tijd. De heer Raemakers weet net zo goed als ik dat de simpele idee van «waardegedreven» – de vraag wat een goede uitkomst is – wel eenvoudig klinkt, maar niet zo eenvoudig is. Laten we dit even op onze eigen beroepsgroep betrekken: wanneer ben je nou een goed Kamerlid? Daar zal iedereen anders over denken en daar heeft iedereen zo zijn eigen beeld bij. Het is dus niet zo makkelijk te formuleren wat nu een goede uitkomst is.

Daarom heb ik zonet in mijn spreektijd expliciet benoemd dat het mede om de positie van de patiënt gaat. De patiënt moet betrokken worden bij de afwegingen die gemaakt worden. Volgens mij is het uiteindelijk de patiënt die primair aan zet is om te bepalen of hij goed geholpen is of niet, en dit kan dus met of zonder een behandeling zijn. Uiteindelijk gaat het om de uitkomst in de zin van kwaliteit van leven. Het spijt mij zeer, en ik denk dat het de heer Raemakers evenzeer spijt, dat dit waarschijnlijk meer tijd zal kosten dan ons lief is.

De **voorzitter**:

Dank u wel. De heer Van Gerven heeft een vraag. Gaat uw gang.

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

De VVD is eigenlijk niet ingegaan op de actuele ontwikkelingen. Ik wil de heer Veldman het volgende voorleggen. Als we kijken naar de coronacrisis, dan zien we dat het piept en kraakt in de ziekenhuiszorg. Als een patiënt er zo benauwd bij ligt en het erg moeilijk heeft – om het zo maar even te schetsen – zou het dan niet verstandiger zijn om meer zuurstof toe te dienen aan die patiënt, in plaats van de zorg verder af te schalen? Zou het, met dit in gedachten, niet verstandiger zijn om even pas op de plaats

te maken met het sluiten van afdelingen of ziekenhuizen en dergelijke plannen? Zou het niet verstandiger zijn om eerst eens te gaan kijken hoe we de zaak goed kunnen opbouwen, en hoe we kunnen leren van de les die corona ons biedt?

De heer **Veldman** (VVD):

Als ik de vraag van de heer Van Gerven samenvat, dan vraagt hij mij of ik het eens ben met het pleidooi dat hij zet in zijn eigen termijn gehouden heeft. Het meest eenvoudige antwoord daarop is nee. Misschien mag ik iets uitgebreider antwoorden. De heer Van Gerven vraagt mij eigenlijk of ik het met hem eens ben om aan het hoofdlijnenakkoord, dat volgend jaar op een financieringsgroei van 0% eindigt, toch maar weer een paar procenten groei toe te voegen. Ook dan zal mijn antwoord nee zijn. Nee, omdat we nu een hoofdlijnenakkoord hebben dat bewust toestuurt naar 0% groei. Dit betekent niet dat er dan geen zorg meer zal zijn. Er wordt nog steeds zorg geleverd, maar het vraagt wel om creatieve oplossingen. En die zien we, ook in de actuele situatie rondom covid. Neem het nieuws uit Rotterdam en uit Amsterdam. Daar geven huisartsen aan dat zij de zorg voor patiënten kunnen overnemen. Als een patiënt nog zuurstof nodig heeft, kan hij dat ook thuis toegediend krijgen, waarbij hij gemonitord wordt door zijn huisarts en contact heeft met zijn huisarts. Zuurstof toedienen hoeft niet per se in een duur ziekenhuisbed te gebeuren. Het vraagt dus om de juiste zorg op de juiste plek, en in dat traject valt volgens mij nog veel te winnen.

De **voorzitter**:

Afrondend, de heer Van Gerven.

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

Ik weet niet of de VVD in een andere wereld leeft. Het voorbeeld van Amsterdam, waar het mogelijk is dat huisartsen thuis zuurstof toedienen, is prachtig. Als dat kan, is dat prima; dat is ook prima voor de patiënten. Maar we zien aan de andere kant dat de reguliere zorg in het ziekenhuis volledig op haar gat ligt, dat er grote problemen zijn en dat de wachtlijsten toenemen. We hebben nog helemaal geen beeld van de schade die corona ons berokkent. Corona heeft duidelijk gemaakt hoe groot de tekorten zijn; het tekort aan ziekenhuisbedden, het tekort aan ic-zorg en dat soort zaken. We moeten zelfs naar Duitsland. De VVD kan daar toch niet blind voor zijn? Wat vindt de VVD dan van de brief van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen? Wat vindt hij van het verzoek om pas op de plaats te maken met het hoofdlijnenakkoord, omdat we nu in een volledig andere situatie zitten dan toen we het akkoord sloten ...

De **voorzitter**:

Uw vraag?

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

... en het voorstel om eerst eens rond de tafel te gaan zitten en te kiezen voor samenwerking in plaats van concurrentie? Zo kan een goede weg uitgestippeld worden, waarvoor voldoende financiën en voldoende draagvlak is, en die ons in staat stelt om goede ziekenhuiszorg te bieden.

De heer **Veldman** (VVD):

Het is jammer dat de heer Van Gerven een aantal zaken door elkaar husselt, namelijk de capaciteit van reguliere zorg in Nederland en de huidige pieken in de vraag naar acute zorg. Als we kijken naar de acute zorg, dan zien we inderdaad dat er behoorlijke krapte is in het aantal bedden. In maart hebben we gezien dat er behoorlijke krapte is in het

aantal ic-bedden. Maar om die acute situatie te vertalen naar de reguliere situatie en dan te zeggen dat er een tekort is, lijkt mij wat kort door de bocht.

Ik verwijs graag naar bijvoorbeeld een uitspraak van de heer Gommers, de voorman van de intensivisten. Hij geeft aan dat er in de reguliere situatie onder normale omstandigheden geen tekort aan ic-capaciteit is. Sterker, hij zei zelfs: breid die capaciteit nu niet zomaar uit, want er is niets zo vervelend voor mensen die op de ic werken als zich lopen vervelen. Zij hebben namelijk niks te doen, als er geen patiënten zijn. Kijk je naar de cijfers, dan klopt het wat hij zegt. We hadden 1.150 reguliere ic-bedden, waarvan er gemiddeld 700 à 800 bezet waren onder normale omstandigheden.

Wat de heer Van Gerven erbij haalt, is de acute situatie waarin we nu zitten: een pandemie zoals we die in geen tientallen jaren hebben meegemaakt. U moet een en ander niet door elkaar husselen, want dat maakt alles wat troebel. Dat maakt het er niet beter op.

De voorzitter:

Dank u wel. Mevrouw Agema, gaat uw gang.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ik zit hier met stijgende verbazing te luisteren. Ik had het er in mijn bijdrage over, en het is gewoon waar: die keiharde zorgkostenhaat zit nog steeds diep verankerd in de VVD. Hoe kun je nou zo naar deze situatie kijken? De reguliere gezondheidszorg en ziekenhuiszorg zijn ontploft en er zit geen enkel vet meer op de botten. Op het moment dat er een ramp is, of een terroristische aanslag, of een pandemie, kunnen wij gewoon geen kant op. Hoe kan het dat de VVD nog steeds niet inziet dat er te veel bezuinigd en bespaard is in de afgelopen jaren? Hoe kan het dat de VVD nog steeds op de lijn zit dat dit ook voor de komende jaren moet gelden? Hoe kan het dat de VVD het hoofdlijnenakkoord steunt, waarin voor na volgend jaar 0% groei voor de ziekenhuizen wordt aangehouden?

De heer **Veldman** (VVD):

Ook bij deze vraag is het goed ...

De voorzitter:

Wil mevrouw Agema haar microfoon uitzetten? Dank u wel.

De heer **Veldman** (VVD):

Ook bij deze vraag is het goed om naar de feiten te kijken. De feiten zijn dat er op de medische zorg nog nooit bezuinigd is. Dat zijn de feiten.

De voorzitter:

Afrondend, mevrouw Agema.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Meneer Veldman zit nu al een paar jaar in deze commissie. Als hij een vervelende vraag krijgt, dan zegt hij altijd: laten we wel bij de feiten blijven. Die feiten zijn echt schokkend! In de ziekenhuiszorg is alles afgebroken. We hebben hierover heel veel vragen gesteld bij de vragenronde in de begrotingsbesprekingen. Het aantal spoedeisendehulpdiensten is teruggelopen. Het aantal ic-bedden is teruggelopen. Het aantal verpleegkundigen is teruggelopen. In de afgelopen tien jaar is met een mesje al het vet van de botten afgeschraapt. Vervolgens belanden we in een situatie dat er een pandemie is, waarvan we niet weten hoelang die nog zal duren. We weten niet wat er gebeurt als een Chinees weer een vleermuis in een wok gooit. We weten niet wat er gebeurt als er in de Rotterdamse haven een ongeluk in de petrochemische industrie gebeurt. We weten ook niet of we gevrijwaard zullen blijven ...

De **voorzitter**:
Uw vraag?

Mevrouw **Agema** (PVV):

... van een terroristische aanslag, al mag ik dat toch hopen. Als je ziet dat onze medisch-specialistische zorg meteen opgeschaald moet worden als er een ramp is, dan moet je je als VVD toch achter de oren krabben en inzien dat het beleid in de afgelopen jaren niet goed geweest is? Dan moet je toch inzien dat we nu een ander beleid zullen moeten hanteren? Kom nu niet aan met dat zielige zinnetje «laten we even bij de feiten blijven».

De **voorzitter**:
Dank u wel.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Alles wat ik hier heb gezegd, klopt en is feitelijk juist. Ik vraag nu eens een keer een inhoudelijk antwoord van de VVD. Waarom zou je op de lijn van zorgverschraling willen blijven?

De heer **Veldman** (VVD):

Er is geen sprake van zorgverschraling in de medische zorg. We hebben in het afgelopen decennium elk jaar meer uitgegeven aan de medische zorg dan het jaar daarvoor. Mevrouw Agema doet hetzelfde als de heer Van Gerven, namelijk de reguliere situatie verwarren met de acute nood waarmee we nu te maken hebben. Als mevrouw Agema zou voorstellen om nu eens te gaan kijken naar acute nood en hoe we daarmee misschien in de toekomst anders kunnen omgaan, dan zeg ik tegen haar: ja, laten we daar met elkaar naar kijken. Dat is echter iets anders dan de acute situatie verwarren met de reguliere situatie en dan verwijzen naar sluitende spoedeisendehulpdiensten. Die spoedeisendehulpdiensten sluiten vanwege gebrek aan personeel, of vanwege gebrek aan klanten of patiënten die er in de avond- of nachturen komen. Er is niks mis mee om ook in de zorg te kijken hoe je die zo efficiënt mogelijk én kwalitatief goed kunt leveren. Als je kwalitatief goed werk wilt leveren, heb je onder andere ervaring nodig. Dit maakt dat er in het land soms verdere specialisatie plaatsvindt. Dan verdwijnen er dus afdelingen in ziekenhuizen omdat het beter is om in een ziekenhuis verderop te worden geholpen door een arts die zo'n behandeling misschien wel 200 keer per jaar doet, in plaats van te worden geholpen door iemand die zo'n behandeling maar 20 keer per jaar doet. Dit is wat er ook in de zorg gebeurt: verdergaande specialisatie. Dit maakt dat de zorg verandert en dat dus ook het zorglandschap verandert.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Tweede interruptie van mevrouw Agema.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ja, en in dat landschap blijft natuurlijk steeds minder over. Mijn fractievoorzitter, de heer Wilders, heeft in het afgelopen coronadebat het voorstel gedaan om een aparte kolom crisiszorg vorm te geven. Het zou natuurlijk goed zijn als we die ontwikkelen. Dat neemt echter niet weg dat de problemen die nu zijn ontstaan, namelijk dat wij geen crisis aankunnen en dat op dit moment, as we speak, 35% van de reguliere ziekenhuiszorg wordt afgeschaald, natuurlijk ook het gevolg zijn van het beleid van de afgelopen jaren. Ik ben nog steeds even verbijsterd als toen ik mijn interruptie begon, omdat de VVD op die lijn blijft zitten. De VVD blijft zeggen: de medisch-specialistische zorg moet minder, die moet naar 0% groei in 2022 en in de verre toekomst naar nog minder, en er moeten minder spoedeisendehulpdiensten zijn. Corona is ons nu overkomen, maar hoe kan het dat de VVD niet inziet dat de crisis in Nederland zo diep is, omdat er gewoon geen vet meer op de botten zit?

De heer **Veldman** (VVD):

Volgens mij is dit een herhaling van zetten en vraagt mevrouw Agema opnieuw hetzelfde. Daarbij kan ik hetzelfde antwoord geven: er is in het afgelopen decennium niet bezuinigd op de medische zorg, want elk jaar was er groei. Er is alleen wel een poging gedaan om ervoor te zorgen dat er elk jaar financieel gezien minder groei is; minder groei in de ziekenhuiszorg zelf. We kunnen deze groei verminderen, omdat we in de zorg heel veel goede dingen doen. Uw voorman, de heer Wilders, heeft al een aantal keren in plenaire debatten verwezen naar het feit dat wij in Nederland minder ziekenhuisbedden hebben. Ja, vergeleken met een aantal landen hebben wij inderdaad minder ziekenhuisbedden. Hoe komt dat? Dat komt omdat wij de kampioen in poliklinisch behandelen zijn. In Nederland ga je voor heel veel ingrepen 's ochtends het ziekenhuis in en 's avonds het ziekenhuis weer uit; dan ga je gewoon naar huis. In heel veel andere landen blijf je één, twee of drie nachten overnachten. Hier gaan heel veel dingen poliklinisch of is de lictijd in een ziekenhuis stevig bekort. Waar je in de jaren tachtig nog drie of vier weken in een ziekenhuis lag als je een hartinfarct had gehad, ben je nu meestal na twee of drie dagen alweer thuis. Dát is het verschil in kwaliteit van zorg. En daar gaat het mij om: kwaliteit van zorg.

De **voorzitter**:

Dank u wel.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ik mag nog een keer, voorzitter.

De **voorzitter**:

Afrondend, mevrouw Agema.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Dit is natuurlijk ook zo'n doodoener van de VVD: altijd zeggen dat er door de jaren heen steeds meer geld aan zorg is uitgegeven. Dat betekent niet dat de zorg tegelijkertijd niet gewoon afgeknepen is. Dat betekent niet dat er niet veel zaken teruggelopen zijn. Zoveel spoedeisendehulpdiensten, zoveel afdelingen acute verloskunde en zoveel ic-afdelingen zijn nu gesloten. In de afgelopen tien jaar is onze bevolking met 800.000 of 900.000 mensen toegenomen. Dat zijn allemaal mensen die ook weer zorg nodig hebben. Als je echt puur kijkt naar wat er is gebeurd, dan zie je jaren en jaren en jaren achter elkaar zorgvershraling. Dan vraag ik mij werkelijk af waarom de VVD, in de enorme crisis die zo diep ingrijpt in onze ziekenhuiszorg, terwijl die nu met 35% wordt afgeschaald – op dit moment, as we speak! – gewoon blijft zeggen dat het goed beleid is geweest. De VVD zegt dat dit beleid niet anders had gemoeten en dat de ziekenhuizen in 2022 gewoon op 0% groei moeten blijven zitten. Mijn verbijstering is ongelofelijk groot. De grootste partij van Nederland ziet gewoon niet in dat het beleid verkeerd is geweest en dat er nu een andere bocht genomen moet worden. We moeten de weg naar crisiszorg, hogere salarissen en meer ic-plekken nemen, en niet de weg naar verdere afbouw van spoedeisendehulpdiensten. Mijn verbijstering is groot.

De **voorzitter**:

Uw punt is helder. De heer Veldman, tot slot.

De heer **Veldman** (VVD):

Dit is een herhaling van zetten, maar ik zeg het dan toch nog maar een keer. Als je naar de afgelopen tien jaar kijkt, is er geen sprake van een vershraling van de medische zorg in Nederland. Er is wel een verandering van het zorglandschap: patiënten worden op een andere manier geholpen dan traditioneel alleen maar in het ziekenhuis. Dit past bij

trajecten als de juiste zorg op de juiste plek. Dit past ook bij de wetenschap dat nu één op de zes mensen in de zorg werkt en dat, als we nietsdoen en het zorglandschap laten zoals het is, deze verhouding over tien of twintig jaar één op de vier mensen is. Het zou mevrouw Agema sieren als zij, met mij, het besef zou hebben dat het in Nederland niet kan dat één op de vier mensen in de zorg zou moeten werken. We hebben namelijk ook op andere terreinen mensen nodig, zoals op scholen, bij de politie en in winkels. Er is meer werk dan alleen in de zorg. Een verhouding van één op de vier mensen gaat niet lukken.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Voorzitter, ik word nu rechtstreeks aangevallen. Ik heb de afgelopen veertien jaar bij elke begroting voorstellen gedaan voor meer personeel. Bij de laatste begroting heb ik een voorstel gedaan voor honderdduizenden extra mensen op de werkvloer. De VVD steunt mij daar helemaal nooit in. Ik verwacht van de VVD dat zij zelf plannen gaat maken om meer zorgmedewerkers op de werkvloer te krijgen.

De **voorzitter**:

Goed. Dank u wel. Uw punt is duidelijk. Ik zag dat mevrouw Van den Berg nog een vraag had?

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

Ja, voorzitter. Het antwoord van de heer Veldman richting mevrouw Agema triggerde mij. Wij bepleiten al langer dat bereikbaarheid van zorg echt een onderdeel van kwaliteit is. De Raad voor Volksgezondheid en Samenleving heeft dit in haar advies nog eens bevestigd. Nu hoor ik meneer Veldman zeggen dat spoedeisendehulpdiensten kunnen dichtgaan omdat er meer specialisaties komen en de verrichtingen daarvoor op zo'n post niet gedaan kunnen worden, of omdat er te weinig klanten voor de hulpdiensten zijn. Hij noemde hen «klanten». Ik vond dat een heel aparte opmerking. Betekent dit dan ook dat wij de brandweer gaan afschalen omdat er te weinig branden zijn?

De heer **Veldman** (VVD):

In het aanbod van zorg heb je naar een aantal dingen te kijken. Enerzijds moet je naar de spreiding kijken, zoals mevrouw Van den Berg terecht zegt. Je kunt niet zodanig ver doorgaan met specialiseren dat er bijvoorbeeld nog maar één plek in Nederland is waar je naartoe kan. Overigens doen we dit voor sommige dingen wel, maar in zijn algemeenheid moet je zorgen voor een brede spreiding, zodat zorg voor iedereen bereikbaar is. Tegelijkertijd heb je ook te zorgen voor kwaliteit. Kwaliteit betekent dat je voldoende personeel moet hebben en dat je voldoende ervaren personeel moet hebben. We zien nu dat het met de huidige spreiding en veelheid van voorzieningen niet lukt om op een goede manier aan die beide uitgangspunten te voldoen. Er is ofwel te weinig personeel, ofwel te weinig specialistisch personeel. Dan moet je dus met elkaar durven kijken naar een herinrichting van het zorglandschap. In die zin ondersteun ik van harte het traject dat de vorige Minister al heeft ingezet, namelijk het opstellen van regiobeelden. Hierin wordt met alle zorgaanbieders en andere betrokken uit de regio bekeken wat er in de betreffende regio nodig is. Hoe ontwikkelt de vraag zich? Wat is de capaciteit die we hebben? Wat kunnen we leveren? Zo proberen we te komen tot een goede spreiding van voorzieningen. Zo wordt ook tegemoetgekomen aan de wens van mevrouw Van den Berg dat de bereikbaarheid en toegankelijkheid zo goed mogelijk worden gewaarborgd. Ik deel die wens.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Afrondend, mevrouw Van den Berg.

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

Ik kom tot een andere conclusie. Volgens mij deelt de VVD niet wat het CDA beoogt. Ik begon vandaag mijn inbreng met de motie van juni 2018. Daarin staat dat juist bij het invoeren van een kwaliteitskader ook gekeken moet worden naar de gevolgen voor de leefbaarheid van een regio, voordat het kader geïmplementeerd wordt. Ik ben in ieder geval erg blij dat de Minister kijkt naar hoe het Zorginstituut daarin een veel grotere rol zou kunnen krijgen. Ik concludeer in ieder geval dat de VVD toch echt een andere visie hierop heeft.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Afrondend, de heer Veldman.

De heer **Veldman** (VVD):

Volgens mij zit er niet zoveel licht en lucht tussen hetgeen mevrouw Van den Berg vindt en hetgeen de VVD vindt. Ik ben heel blij dat er in diverse regio's aan regiobeelden gewerkt wordt, waarbij alle betrokkenen aan tafel zitten of aan tafel genodigd worden. Als je het over leefbaarheid hebt, dan ligt er ook een verantwoordelijkheid bij gemeenten. Volgens mij hebben we recent als Kamer een motie aangenomen waarin de Minister wordt opgeroepen om de gemeenten een positie en een rol te geven in het traject van de regiobeelden. Ik weet even niet meer van wie de motie was, maar als VVD hebben we die gesteund.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Daarmee zijn we gekomen aan het einde van de eerste termijn aan de zijde van de Kamer. De Minister heeft aangegeven dat zij twintig minuten nodig heeft om zich voor te bereiden op de beantwoording.

De vergadering wordt van 10.50 uur tot 11.13 uur geschorst.

De **voorzitter**:

Ik heropen de vergadering. Aan de orde is een algemeen overleg over medisch-specialistische zorg, ziekenhuiszorg, patiëntveiligheid, medisch beroepsgeheim, medisch tuchtrecht en kwaliteitszorg. We hebben voor de schorsing de eerste termijn aan de zijde van de Kamer gehad. Ik wil nu graag de Minister de gelegenheid geven voor haar beantwoording. Met de leden zou ik willen afspreken om maximaal twee interrupties in tweeën toe te staan. Het woord is aan de Minister. Als de Minister ons mee kan nemen in de wijze van beantwoording, dan zou dat heel erg helpen. Gaat uw gang.

Minister **Van Ark**:

Dank u wel, voorzitter. Dank aan de Kamerleden voor de inbreng. Het is inderdaad een enorme diversiteit aan onderwerpen. Daarom was het fijn dat we de schorsing even konden benutten. Ik zou heel graag een korte inleiding willen houden, en dan allereerst ingaan op de gevolgen van de covidcrisis. Vervolgens wil ik inzoomen op de kwaliteitszorg. Ik zou van de rest ook blokjes kunnen maken, maar na kwaliteitszorg zijn er nog maar vier of vijf vragen over: op het gebied van medisch-specialistische zorg, data-uitwisseling, Zorgverzekeringswet en basispakket, en medisch beroepsgeheim en tuchtrecht.

Allereerst wil ik van gedachten wisselen en met elkaar spreken over de enorme hoeveelheid onderwerpen die zo ontzettend van belang zijn als je naar de gezondheidszorg kijkt. Dit kwam ook heel duidelijk in de inbreng naar voren. Het gaat dan om de medisch-specialistische zorg, en hoe we daarbij vooral kijken naar kwaliteit en veiligheid voor de patiënten. Over anderhalve week zijn we wederom bij elkaar in een algemeen overleg en dan staat voornamelijk het medisch zorglandschap op het programma,

met daarin de eerstelijns acute zorg en de ziekenhuizen. Daarover zijn vandaag al een aantal vragen gesteld en die zal ik uiteraard ook graag beantwoorden.

Wat ik bij mezelf bemerkte, is dat het actuele perspectief van de covid-crisis op dit moment natuurlijk alles bepaalt. Ik proefde dit ook in de inbreng van de Kamerleden, en daarom dacht ik dat het misschien goed is om hiermee te beginnen. We zijn in de greep van COVID-19. We doen met elkaar alles om die tweede golf te beteugelen. Dit doet dus iets met mijn perspectief op de onderwerpen van vandaag. Ik denk dat de druk op de zorg nog lang zal voortduren, ook als we straks zullen merken dat het aantal besmettingen en de aantallen mensen die het ziekenhuis inkomen, gaan dalen. Dan zal het nog steeds niet rustig zijn op de ic's en op de verpleegafdelingen. Dit heeft vooral te maken met het feit dat we dan pas toekomen aan de uitgestelde behandelingen en de golf van patiënten voor wie de zorg in de afgelopen tijd werd en nu wordt uitgesteld. Ik denk dat er voor de mensen die in de zorg werken nog een hele drukke periode aankomt. Ik denk dat het goed is om ons daar rekenschap van te geven. Voorzitter. Uw Kamer heeft gevraagd naar de lessen die we uit de covidaanpak trekken. We trekken daar natuurlijk lessen uit. We hebben deze zomer een brief met lessons learned gestuurd en we gaan de boel ook nog laten evalueren. Ik denk dat we in ieder geval nu al wel kunnen stellen dat samenwerking uiteindelijk het sleutelwoord is. Het staat echt buiten kijf dat samenwerking het sleutelwoord is, namelijk samenwerking op medisch-inhoudelijk gebied en op het gebied van alle randvoorwaarden die nodig zijn om in een crisis kwalitatief hoogwaardige zorg te kunnen verlenen.

Vanwege dit soort lessen en het steeds groeiende inzicht in de situatie, is er een tijdelijk beleidskader voor het waarborgen van acute zorg in de covidpandemie vastgesteld. Er wordt nu in de ziekenhuizen dus op een andere manier gewerkt. Ik wil hier graag gezegd hebben dat er heel veel samenwerking is. Ongeacht of iemand nu actief is in een ROAZ-regio, een individueel ziekenhuis, een huisartsenpost, de thuiszorg of in de verpleeghuiszorg, overal werken mensen ongelofelijk goed samen. Dat waardeer ik echt enorm.

Binnen dat beleidskader kijken we natuurlijk ook naar welke zorg doorgang kan vinden en welke zorg kan worden uitgesteld. Dat laat onverlet, zoals mevrouw Agema al zei, dat het een hele pijnlijke kwestie kan zijn als jouw zorg wordt uitgesteld, zelfs als uitstel medisch gezien wel mogelijk is. Ik denk dat we ons daarvan rekenschap moeten geven. We hebben nu echter keuzes moeten maken om in ieder geval de veiligheid zo veel mogelijk te kunnen waarborgen. De Federatie van Medisch Specialisten, die de handreiking heeft geschreven, heeft daarbij het voorkómen van verloren gegane levensjaren en van onomkeerbare gezondheidsschade als belangrijkste criteria gebruikt. Dat neemt niet weg dat het wel degelijk met heel veel pijn en ongemak gepaard kan gaan, als je nu een telefoontje krijgt dat jouw behandeling of jouw operatie wordt uitgesteld.

Ik wilde dit perspectief toch even geschetst hebben. Dit is een beetje het perspectief waarmee ik de dag van vandaag ben ingegaan, en waarmee ik naar de onderwerpen op de agenda kijk. Van de zijde van het ministerie heeft uw Kamer verschillende brieven gehad waarin we soms aangeven dat we een aantal dingen moeten uitstellen. We zouden de genoemde dingen liever eerder doen, maar door corona lukt het niet; dat neemt niet weg dat het wel hele relevante onderwerpen zijn. Dit zorgt er ook voor dat ik voorzichtig ben met het toezeggen van extra's. Tegelijkertijd zullen we dingen natuurlijk zwaluwstaarten, daar waar het kan. Ik denk dat het heel erg relevant is om ook dit met elkaar te bespreken.

Voorzitter. Dit wat betreft mijn inleiding. Ik wil nu graag naar de coronazorg.

De voorzitter:

Dank u wel. Ik heb allereerst een vraag voor u van mevrouw Agema en daarna van de heer Van Gerven. Mevrouw Agema, gaat uw gang.

Mevrouw Agema (PVV):

De Minister beschrijft de huidige, actuele situatie in haar inleiding. Zij noemt dat «perspectief». Volgens mij is dat echt een vergissing. Als je perspectief biedt, dan geef je aan wanneer de medisch-specialistische ziekenhuiszorg weer op volle kracht is ten opzichte van voor corona. Daar ging mijn vraag over. Ik vroeg niet hoe de situatie nu is. Nee. We weten dat nu 35% van de reguliere ziekenhuiszorg is afgeschaald; dat is een zeer, zeer ernstige situatie. We weten ook dat slechts twee derde van de reguliere ic-zorg weer op kracht was gekomen tussen de twee coronagolven in, en dat de reguliere ic-zorg nu weer is afgeschaald. Mijn vraag aan de Minister is wanneer de reguliere ziekenhuiszorg weer op volle kracht is. Want niemand gaat natuurlijk voor de lol naar het ziekenhuis.

Minister Van Ark:

Nee, zeker niet. Mevrouw Agema gaf dit al aan in haar eigen inbreng. De meest recente cijfers van de NZa wijzen er zelfs op dat de daling in het aantal verwijzingen naar medisch-specialistische zorg nog groter is. Deze zomer was het aantal verwijzingen afgenomen met 800.000, en we zitten nu al boven de 900.000. Wat dat betreft is de situatie gewoon heel erg zorgelijk. Met het beleidskader voor het waarborgen van acute zorg hebben we in ieder geval aangegeven wat we nu kunnen doen om de kritieke acute zorg zo veel mogelijk te kunnen waarborgen. Ik ben het natuurlijk met mevrouw Agema eens: uiteindelijk moet je weten wanneer je weer helemaal op orde bent.

We zagen na de eerste golf dat een deel van de zorgvragen niet zijn teruggekomen. We hebben aan de NZa gevraagd om daarnaar te kijken. Wellicht is een deel van de zorgvragen overgegaan. Dat zou kunnen. Wat we echter niet willen, is dat een zorgvraag niet gesteld wordt en tot zwaardere schade leidt. Dit zagen we in de eerste golf bijvoorbeeld bij de bevolkingsonderzoeken, of bij mensen met een plekje op de huid die niet naar een arts gaan. Als je dan later naar de arts gaat, zit je in een later stadium van de ziekte en kun je dus met ernstigere gezondheidseffecten te maken krijgen.

Wanneer we precies weer op orde zijn, kan ik nu niet zeggen. Mijn inschatting is dat we ver in het nieuwe jaar zullen uitkomen. Je ziet namelijk dat we tot diep in 2021 te maken hebben met het inplannen van de uitgestelde zorg, omdat mensen die nu met corona in het ziekenhuis liggen, zeker nog langere tijd in het ziekenhuis zullen blijven. Daarbij hoop ik dan ook nog dat we met zijn allen kunnen voorkomen dat er een derde golf komt. Ik heb op dit moment geen cijfermatige onderbouwing voor deze inschatting, maar die vraag ligt natuurlijk ook bij ons op het ministerie bovenop de tafel. We zitten er echt bovenop.

De voorzitter:

Dank u wel. Mevrouw Agema, afrondend.

Mevrouw Agema (PVV):

Het is natuurlijk heel erg zorgelijk dat de Minister hier aangeeft dat het nog tot ver in het nieuwe jaar gaat duren voordat de ziekenhuiszorg weer op het niveau van voor corona zal zijn. Mijn zorg is dan wel dat de Minister doorgaat op de voet van verdere zorgvershraling. Hoe kan het nou dat we in zo'n precaire situatie zijn terechtgekomen en dat het kabinet nog steeds volhoudt dat de ziekenhuizen in 2022 niet meer mogen groeien? In het hoofdlijnenakkoord staat: 0% groei in 2022. Hoe kan het nou dat dit beleid nog steeds recht overeind staat, terwijl we met zo'n enorm trauma te maken hebben en onze medisch-specialistische zorg zo'n

enorme deuk oploopt? Die honderdduizenden mensen zouden natuurlijk niet voor de lol naar het ziekenhuis gaan; zij hebben zorg nodig, maar kunnen nu niet naar het ziekenhuis. Mensen stellen benodigde zorg uit en komen in panieksituaties terecht. Hoe kan het nou dat dan het staande beleid van zorgverschraling blijft staan? Hoe kán dat nou?

Minister Van Ark:

Laat ik het vorige antwoord dat ik mevrouw Agema gaf nog iets aanvullen. Zij hamerde vooral op het perspectief voor patiënten, en dat vind ik heel terecht. Ik denk dat mensen echt goed geïnformeerd moeten zijn en worden over wat het voor hen betekent. Dat is een van de redenen waarom we bijvoorbeeld met Patiëntenfederatie Nederland kijken naar hoe we de communicatie goed kunnen verzorgen. We werken bijvoorbeeld met de huisartsen samen om ervoor te zorgen dat mensen in ieder geval contact opnemen met hun huisarts op het moment dat ze een klacht hebben. Uiteindelijk is de beslissing of je wel of niet wordt gezien namelijk een medische beslissing. In de eerste golf zagen we dat mensen van tevoren zelf al bedachten: deze mensen hebben het zo druk, laat ik maar niet gaan. Die situatie willen we natuurlijk graag ten koste van alles voorkomen.

Om het maar even op een heel hoog, geaggregeerd niveau te zeggen: ik denk dat er in de situatie van de zorg twee verschillende grootheden zijn. Allereerst de huidige situatie in de crisis. Ik ben het met eenieder eens die zegt dat het nu gewoon alle hens aan dek is. Ik zit wekelijks bij de overleggen, en als het moet dagelijks. Ik zie wat er in de ketens van zorg wordt gedaan. Daarbij is de vraag echt niet wie de rekening betaalt. Daarbij is de vraag wat er moet gebeuren en wie daaraan een steentje kan bijdragen.

Natuurlijk komt daar wel een rekening achter vandaan. Die rekening zit bijvoorbeeld in het uitstellen van reguliere zorg en wat dat betekent voor de verschillende zorgaanbieders. Daarom hebben we dit jaar met zorgverzekeraars en ziekenhuizen afspraken gemaakt om de meerkosten van corona en de weggevallen inkomsten te vergoeden. Het doel daarbij is, zoals het kabinet steeds heeft aangegeven, om de financiële effecten van COVID-19 te neutraliseren. Die regeling geldt ook voor de tweede golf. Op dit moment zijn de ziekenhuizen en de zorgaanbieders in gesprek over een vangnetregeling voor 2021. Dat lijkt mij ook de stap die op dit moment genomen moet worden.

Daarnaast hebben we specifiek voor de aanpak van de coronacrisis een aantal financiële ondersteuningsregelingen gemaakt. Denk bijvoorbeeld aan de subsidieregeling voor de ic-bedden, de persoonlijke beschermingsmiddelen en de beademingsapparatuur. Dat zijn heel specifieke ondersteuning. Ik denk dat dat heel erg van belang is, omdat het voor veel ziekenhuizen een ontzettend onzekere tijd is. Mevrouw Agema refereerde al aan de hoofdlijnakoorden, de langjarige afspraken die er zijn en de perspectieven daarbij. Daar zit natuurlijk een hele wereld achter, waarbij je de zorg op zo'n manier organiseert dat niet alles in de ziekenhuizen hoeft te gebeuren maar dat ook op een andere plek kan.

Dat kan ik hier op dit moment over zeggen. Ik kan nu niet overzien hoe het in 2021 of 2022 gaat met de coronazorg, maar we hebben een bestuurlijk overleg over de medisch-specialistische zorg. Daar zitten we met partijen aan tafel en daarbij is dit een gespreksonderwerp. Wat mij betreft hebben we die afspraken met elkaar gemaakt. Daar wil ik me graag aan houden.

De voorzitter:

Dank u wel. Uw tweede interruptie, mevrouw Agema. Gaat uw gang.

Mevrouw Agema (PVV):

Het is echt stuitend om dit te horen als je ziet dat zoiets belangrijks als onze ziekenhuiszorg nu zo op z'n gat ligt. Niet alleen wordt op dit moment

de reguliere zorg met 35% afgeschaald. Ook zijn, zoals de Minister zegt, 900.000 verwijzingen niet doorgegaan. Alle mensen die al in zorg zijn en die al bij een medisch specialist lopen, horen gewoon niets meer. De Minister zegt dat dit nog wel tot eind volgend jaar gaat duren. Tegelijkertijd houdt ze toch nog vast aan het oude beleid van afknijpen, beheersen, bezuinigen, 0% groei in 2022 en ook dat bizarre gebeuren van De juiste zorg op de juiste plek, waarbij het de bedoeling van de regering is om tot 2030 nog eens de helft van de ziekenhuizen en de helft van de verpleeghuizen te sluiten. Dat gebeurt met het smoesje dat zorg maar in de wijk georganiseerd moet worden en dat verpleeghuisbewoners maar bedlegerig thuis moeten blijven. Dat dit zorgafknijpbeleid blijft staan, terwijl de ziekenhuiszorg helemaal op haar gat ligt en miljoenen mensen zorg ontberen waar ze niet voor de lol om vragen, is te waanzinnig voor woorden. Ik vind het onbegrijpelijk dat deze Minister niet inziet dat ze haar beleid moet wijzigen.

De voorzitter:

Dank u wel. Uw punt is helder. De Minister.

Minister Van Ark:

Laat ik klip-en-klaar stellen dat ik de zorgen deel die mevrouw Agema hier handen en voeten geeft over de zorg die er voor mensen is en moet zijn. Die proef ik ook breed in alle organisaties die met de zorg bezig zijn. Ik vind het ontzettend moedig en fijn van bijvoorbeeld de Federatie van Medisch Specialisten dat ze kijken hoe ze waarborgen kunnen geven voor datgene wat in ieder geval door moet gaan. We kunnen het speelveld ook zo organiseren dat, zodra het weer kan, je op een gegeven moment weer toekomt aan de reguliere zorg. Dat kan bijvoorbeeld doordat je covid-patiënten goed spreidt en je met elkaar een afwegingskader maakt. Dan maakt het voor de operatie die je kunt krijgen bijvoorbeeld niet uit in welk deel van het land je woont.

Ik denk dat voor eenieder het zorgbelang en het patiëntbelang, maar ook het gelijke speelveld voor de beroepsbeoefenaren bovenaan staan. In de gesprekken die we voeren, waarin het alle hens aan dek is en waarin iedereen kijkt wat hij kan doen om de crisis te beteugelen, komen natuurlijk ook zorgen over de financiën aan bod. Ik zou het heel slecht vinden als die blokkades zouden vormen om samen te werken. Gelukkig gebeurt dat ook niet. Wat is daarvoor nodig? Dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars kijken hoe de extra inzet die zij nu doen, zich verhoudt tot het missen van een stukje reguliere zorg waarvoor normaal gesproken contracten zijn. Die gesprekken vinden plaats.

We hebben ook afspraken gemaakt met de zorgverzekeraars. We hebben hun gevraagd meer samen te werken. Het mooie van deze vreselijke tijd vind ik dat er op inhoud wordt gekeken hoe er kan worden samengewerkt. Daar zullen wij lessen uit trekken. Ik vind het te kort door de bocht om dan op dit moment al te stoppen met alles wat we hadden afgesproken en waar een bepaalde gedachte achter zit. Wel vind ik het realistisch om te zeggen dat dit een gespreksonderwerp is. Dat geldt ook voor de financiën. We hebben daarvoor een bestuurlijk overleg. Dit mag daar onderwerp van gesprek zijn.

De voorzitter:

Afrondend, mevrouw Agema.

Mevrouw Agema (PVV):

De achterliggende gedachte is fout en verkeerd. Op pagina 14 tot 16 van de meest recente zorgbegroting staat nog steeds dat 50% van de ziekenhuiszorg en verpleeghuiszorg binnen tien jaar verplaatst moet zijn naar de wijk. Dat betekent dat er nog veel meer ziekenhuizen gesloten zullen worden, bovenop de spoedeisendehulpdiensten en bovenop de

ic-afdelingen die gesloten zijn, en bovenop al die afdelingen acute verloskunde die al gesloten zijn. Dat moeten kleine kliniekjes in de wijk worden, waar je straks niks meer kunt doen. Daarnaast moet de helft van de verpleeghuizen weg. Mensen die nu al bedlegerig zijn en nergens naartoe kunnen, moeten straks thuisblijven. Dat is de visie van de VVD. Zo staat het onder De juiste zorg op de juiste plek. Dat is net zoiets als het «extramuraliseren van zzp 1 tot 3» in 2012, wat het sluiten van de verzorgingshuizen bleek te zijn.

De voorzitter:

Uw vraag?

Mevrouw Agema (PVV):

Dat was niet zo, zei iedereen toen. Nu staat zelfs de VVD te janken. Mijn vraag is hoe het kan dat deze immense zorgcrisis, waarbij op dit moment 35% van de zorg is afgeschaald en waarbij het nog een jaar gaat duren voordat de reguliere zorg weer een klein beetje op orde is, niet leidt tot een wijziging van het afbraakbeleid.

Minister Van Ark:

Ik ben het zeer met mevrouw Agema eens dat als er termen worden gebruikt als «de juiste zorg op de juiste plek» of «effectieve zorg» het altijd goed is daar even doorheen te kijken. Dat heeft het verleden ook geleerd. Voor je het weet, zit daar iets achter verborgen wat geen verbetering is, maar juist een verschraling. Ik vind dat we daar met z'n allen kritisch op moeten blijven. Daarom vind ik het ook goed om die gedachtewisseling te hebben.

Wat voor mij leidend is, is de kwaliteit van de zorg, de veiligheid van de zorg en de toegankelijkheid van de zorg, maar ook de betaalbaarheid op lange termijn. Juist met de vergrijzingsproblematiek die nog op ons af gaat komen, willen we mensen heel veel zorg kunnen blijven geven. Bovendien ontdekken we steeds nieuwe manieren van zorg die vaak veel duurder zijn. Die willen we kunnen blijven geven. Betaalbaarheid is dus een thema. Voor mij is het belangrijkste dat de zorg kwalitatief goed is. Dat is ook het leidmotief bij de ontwikkelingen die we doormaken. We moeten altijd scherp blijven op de termen die gebruikt worden en de vraag of daarmee niet een etiket wordt geplakt op iets wat in de praktijk heel anders uitpakt. Ik denk echt dat de grote gedachte om zo veel mogelijk dichtbij de mensen te doen en daarnaast op een centrale plek te doen wat nodig is, een goede richting is.

De heer Van Gerven (SP):

Over betaalbaarheid van de zorg wil ik de Minister meegeven dat het goed zou zijn als de VVD haar verzet tegen het in loondienst laten werken van artsen laat varen. Dat levert in ieder geval honderden miljoenen op. Dat even terzijde. Ik wou nog een punt maken op het terrein van de samenwerking. De Minister haalde dat terecht aan. Van de covidcrisis hebben we geleerd dat samenwerking heel belangrijk is. Nu heb ik begrepen dat de ACM tegen de verzekeraars heeft gezegd dat ze ook voor 2021 concurrentie tot uitgangspunt moeten verklaren. Ze moeten dus op basis van concurrentie contracteren. Als we met z'n allen concluderen dat samenwerking nu geboden is, zou het dan niet verstandig zijn om het uitgangspunt van concurrentie voor 2021 eens on hold te zetten, zodat er samenwerkingsafspraken gemaakt worden en er niet wordt gecontracteerd op basis van concurrentie?

Minister Van Ark:

Ik heb van de heer Van Gerven ook een vraag gekregen over de medisch specialisten. Misschien is het goed om daar gelijk ook naar te kijken. Overigens, ik ben er altijd heel trots op dat er VVD achter mijn naam staat,

maar ik spreek vanuit het kabinet. Ik pleeg ook altijd dienstbaar te zijn aan de hele Kamer. De vraag specifiek over de VVD kan de heer Van Gerven wellicht beter aan de collega's stellen.

Ook bij wat we in deze periode met elkaar hebben afgesproken ten aanzien van de specialisten in loondienst, probeer ik achter dat thema te kijken. Een van de dingen die mij het meest opvielen toen ik in juli Minister werd, is dat dit thema ontzettend hoog op de politieke agenda staat, maar ook een beetje een symbool is geworden. Ik vind het bij zo'n onderwerp van belang om er ook achter te kijken, om te zien wat we nou eigenlijk willen. Ik denk dat het van belang is dat je goede en doelmatige zorg aan de patiënten biedt. Volgens mij delen we dat. Wat mij betreft is het van belang dat de medisch specialist daar een bijdrage aan levert. De discussie over de governance modellen staat voor mij niet voorop. Ik wil kijken naar het achterliggende doel. Dat is wat mij betreft de gelijkgerichtheid. Overigens hebben we in het hoofdlijnenakkoord medisch-specialistische zorg vastgelegd dat de vrije keuze van medisch specialisten om te werken in dienstverband of als vrijberoepsbeoefenaar gehandhaafd blijft. Dat zal de heer Van Gerven ongetwijfeld weten. We hebben daar een aantal regelingen voor getroffen. Daar wordt dus aan gewerkt. Ik ben niet voornemens om daar op dit moment wijzigingen in aan te brengen.

Dan zijn punt over 2021 en of we een voorschot moeten nemen op datgene wat ook voor 2020 is afgesproken. Ik denk echt dat het van belang is om het stap voor stap te doen. Er zijn voor 2020 goede afspraken gemaakt tussen de zorgverzekeraars en de ziekenhuizen. Daarbij hebben we vanuit het ministerie nadrukkelijk meegekeken. Op dit moment zijn zij in gesprek over een vangnetregeling voor 2021. Dat vind ik een belangrijke eerste stap. Ik denk dat we allemaal helder op het netvlies hebben dat we de financiële effecten van COVID-19 moeten neutraliseren. Dat was ook het doel van de regeling voor 2020. Ik vind het van belang dat zij met elkaar het gesprek aangaan, wetende hoe ze dat voor 2020 hebben georganiseerd. Dat wil ik dus graag eerst afwachten, alvorens nadere stappen te zetten.

De voorzitter:

Afrondend, de heer Van Gerven.

De heer Van Gerven (SP):

De Minister noemt het symboolpolitiek, of symbolisch, als we specialisten in loondienst laten werken. We zien hoe het nu in de praktijk uitpakt bij medisch microbiologen die vrijgevestigd zijn. Zij krijgen per test betaald. Per test, terwijl iedereen weet dat het verrichtingenstelsel ondoelmatig en oneerlijk is en leidt tot extreem hoge kosten. In dit geval loopt een groep van medisch specialisten daarbij echt binnen. De Minister heeft dat signaal ongetwijfeld ook gehoord. Ik wil haar vragen of ze daar maatregelen tegen wil nemen.

Dan nog op het punt van samenwerking. Het is een rare gedachtegang dat je een regeling bedenkt om iets te corrigeren, terwijl je ook het goede kan doen. Je kunt zeggen: laten we eens uitgaan van samenwerking. Dat wordt ook door de ziekenhuizen bepleit. Laten we niet achter de oekaze van de ACM aanlopen, die tegen verzekeraars zegt dat ze op basis van concurrentie moeten contracteren. Je kunt het dan beter meteen goed doen, zou ik de Minister willen voorhouden.

Minister Van Ark:

Ik heb geen waardeoordeel als het over een symbool gaat. Een symbool kan iets heel krachtigs zijn en kan gaan over de achterliggende discussie. Dat zie ik hier ook gebeuren. Ik wil juist de discussie die daarachter ligt voeren. Met de heer Van Gerven denk ik dat we het gesprek zouden moeten voeren over de vraag hoe de beloning plaatsvindt. Een discussie

over een productieprikkel of een meting van bijvoorbeeld gezondheids-winst vind ik zeer relevant. Die voeren we met elkaar. Maar die staat voor mij niet een-op-een gelijk aan de discussie over de vraag of je in loondienst bent of een maatschap hebt. Daar lopen gesprekken over. Daar hebben we ook afspraken over gemaakt in het hoofdlijnenakkoord medisch-specialistische zorg. Wat mij betreft hoeft het denken niet stil te staan, maar dan moeten we ook nadenken over het brede pallet, inclusief de vraag hoe je het financiert.

Bij wat de heer Van Gerven aangaf over de financiering bij de ziekenhuizen en de zorgverzekeraars, zou ik willen zeggen: laten we een eerste stap zetten door het gesprek daar te laten plaatsvinden. We houden dat vanuit het ministerie heel goed in de gaten.

De voorzitter:

Dank u wel. Ik denk dat het verstandig is als de Minister nu overgaat naar het eerste echte blokje. Een deel van de vragen is misschien al langsgelopen. Gaat uw gang.

Minister Van Ark:

Het zal de voorzitter deugd doen dat ik inderdaad al een aantal van de vragen heb geprobeerd te beantwoorden.

Dan vroeg mevrouw Agema naar de sluiting van spoedeisendehulpverlening. Ook ik heb de berichten in de krant gelezen over de zorgen daarover. Ik wil hier gezegd hebben dat ik dat signaal niet herken, zoals ik vorige week ook in het debat in de plenaire zaal heb aangegeven. We hebben een houtskoolschets naar het veld gestuurd. De gedachte achter een houtskoolschets is dat je richtingen schetst en dat je daarover met elkaar in gesprek wil gaan. Daar moeten we wat mij betreft ook de lessen uit de coronacrisis bij betrekken.

Het gaat dan om een poging om tot een gemeenschappelijk beeld te komen over de manier waarop je het acutezorglandschap inricht en hoe je dat in de toekomst financiert. Als je anders zou kijken naar de organisatie en de locaties voor acute zorg, kun je die dan op zo'n manier organiseren dat je de zorg dichtbij hebt, maar ook dat die toekomstbestendig is? Over de gedachte achter de voorgestelde richtingen wordt nadrukkelijk van gedachten gewisseld met het veld, alvorens de reacties gebundeld worden en aan de Kamer worden aangeboden. Er vindt dus nu een denkexerctie plaats.

In de spoedposten kan de patiënt terecht voor acute huisartsenzorg, acute geestelijke gezondheidszorg en laagcomplex, niet-levensbedreigende acute medisch-specialistische zorg. Hoogcomplex acute zorg zou geconcentreerd kunnen worden op basis van kwaliteit in plaats van nabijheid. Dan zal je dus per regio moeten bepalen hoeveel spoedposten en SEH's er komen en waar ze gaan komen. Dat kan ook betekenen dat er meer komen. De patiënt zal daarbij behandeld worden door de meest geschikte zorgprofessional. Dat is ook weer die kwaliteit. Ik zeg nadrukkelijk: dit is de schets die gedeeld is met het veld. De consultatie loopt tot 1 januari. Daarna bundel ik de reacties heel graag voor een open gesprek met uw Kamer.

De voorzitter:

Een vraag van mevrouw Van den Berg.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

We komen volgende week zeker nog nader te spreken over de acute zorg. De Minister schetst nu wat ons betreft een wel heel vrolijk beeld van de houtskoolschets en hoe de spoedzorgposten eruit gaan zien. Gezien het overzicht van wat nog aan apparatuur overblijft op zo'n spoedpost, kun je daar misschien nog wat mee als je een gat in je knie hebt, maar daar houdt het wel ongeveer mee op. Ik zou van de Minister dus graag wat

duidelijkheid willen hebben over de spoedposten. Als CDA zien wij dat daarmee alle spoedeisende hulp die nu in de ziekenhuizen aanwezig is, vertrokken zal zijn.

Minister Van Ark:

Ik proefde die zorg al bij mevrouw Agema. Ook de heer Van Gerven refereerde daaraan in zijn termijn. Ik denk dat het goed is om nu die gesprekken met het veld te voeren. De gesprekken die ik met u heb, helpen mij om te weten waar de accenten van de Kamer liggen. Er is op dit moment een consultatie. Die duurt tot 1 januari. Die zou ik willen afwachten om dan daarover met de Kamer het gesprek te voeren. Maar dit gesprek helpt mij al om de dingen die uw Kamer belangrijk vindt mee te nemen.

Voorzitter. De heer Van Gerven vroeg hoe ik sta tegenover een standstill, een moratorium, om sluitingen van ziekenhuizen niet meer toe te staan. Afgelopen woensdag heb ik in de plenaire zaal van de Kamer een motie van zijn fractievoorzitter daarover van een oordeel voorzien. Ik heb daarbij aangegeven dat dit wat mij betreft een discussie is die niet wordt ingeleid door een specifieke situatie op dit moment. Daarmee is het eigenlijk een systeemdiscussie. Een verbod op sluiting, an sich of principieel, is wat mij betreft niet de goede insteek. Nogmaals, het is nu niet aan de orde.

Gegeven de set van afspraken die we hebben gemaakt, moet er wat mij betreft gekeken worden wat er aan de hand is, als er sprake is van een probleem met een ziekenhuis. Daarbij is het allerbelangrijkste dat je de continuïteit van zorg voor de patiënt in de regio continueert. Dan is er de zorgplicht voor de verzekeraars. Het allerbelangrijkste is dat patiënten de zorg kunnen blijven ontvangen. Ik weet dat dit thema door uw commissie zeer van belang wordt geacht. Ik neem aan dat we daar volgende week donderdag nog uitgebreid op terugkomen.

Als het gaat om de voorbeelden die genoemd werden van onder meer het Bronovo-ziekenhuis, wil ik toevoegen dat we nog aan het kijken zijn of we op enig moment de covidzorg meer centraal kunnen aansturen en of dat relevant is. Daarbij staan ook situaties als die van het Bronovo-ziekenhuis nadrukkelijk op de agenda. Vooralsnog vindt de zorg zo veel mogelijk op reguliere wijze plaats. Dat heeft het zorgveld zelf ook aangegeven.

Voorzitter. Ik kom bij de vragen die gesteld zijn over kwaliteitszorg. De heer Raemakers vraagt naar de lessen uit het programma Zinnige Zorg. Hij refereerde ook aan het rapport van de Algemene Rekenkamer. De Rekenkamer legt in het rapport de vinger op de zere plek: de implementatie van de kennis over gepast gebruik blijft achter. Ik vind dat echter een verantwoordelijkheid van alle partijen. Daarom hebben we in het hoofdlijnenakkoord medisch-specialistische zorg het programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik opgestart. Wat mij betreft is dat een stap in de goede richting.

We moeten de juiste randvoorwaarden hebben om Zinnige Zorg verder te brengen. Dat is ook de reden dat ik de NZa en het Zorginstituut heb gevraagd om me te adviseren over de randvoorwaarden om gepast gebruik verder te brengen in het stelsel. Ik denk dat ik u hierover rond de kerst kan informeren. Ik zal dan een brief schrijven waarin ik inga op de ontwikkelingen op het gebied van gepast gebruik, op het rapport van de Algemene Rekenkamer en op de voortgang van het programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik.

De heer Raemakers vroeg of we over een aantal jaren dan niet een vergelijkbaar Rekenkamerrapport hebben. Dat is een mooie meetlat om wat we gaan doen tegen af te zetten. Ik denk dat het programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik echt anders is dan het programma Zinnige Zorg, juist omdat alle hoofdlijnenakkoordpartijen daarin samenwerken. Daar zie je ook draagvlak ontstaan. Dat heeft nu geleid tot een implementatieagenda waarop meer dan 100 onderwerpen staan die nu daadwerkelijk al geïmplementeerd kunnen worden. Om aan te geven hoe

concreet dat is: die implementatieagenda staat ook op de agenda in de contractgesprekken tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars.

De voorzitter:

Een vraag van de heer Raemakers. Gaat uw gang.

De heer Raemakers (D66):

Dank u wel voor dit antwoord. Een sterk punt van het nieuwe programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik is dat er veel meer wordt gekeken wat de artsen zelf aandragen aan behandelingen die je misschien minder zou kunnen doen. Het is belangrijk dat ieder ziekenhuis en iedere arts daar vervolgens naar handelt. Ik lees dan wat de Rekenkamer schrijft over het programma Zinnige Zorg. Die zegt dat het geresulteerd heeft in aanpassing van medische richtlijnen. Een richtlijn wordt landelijk vastgesteld en een protocol op het niveau van een ziekenhuis of een afdeling. In de doorvertaling naar de praktijk komt het daar niet van. Wat kan de Minister samen met het veld doen, zodat de dingen die uit dat programma voortvloeien, daadwerkelijk door ieder ziekenhuis en door iedere specialist worden gebruikt? Want dat is, denk ik, de kracht.

Minister Van Ark:

Ik denk dat het goed is om dit punt ook op te nemen in de brief die we met de kerst sturen. Daarin wil ik wat dieper op de thematieken ingaan. Ik ben het van harte met de heer Raemakers eens. Je ziet breed dat het uiteindelijk op de implementatie aankomt. Dat zagen we bijvoorbeeld ook bij de richtlijnen voor de persoonlijke beschermingsmiddelen. Dat vereist dat je daar continu met z'n allen mee bezig bent, vooral op de werkvloer. Als hij het goed vindt, zal ik dit thema opnemen in de brief die we daarover gaan sturen.

De voorzitter:

Dank u wel. Afrondend, de heer Raemakers.

De heer Raemakers (D66):

Mijn vraag zou zijn of de Minister dan ook bereid is om naar de financiële consequenties daarvan te kijken. Als we van een bepaalde behandeling weten dat die in 80% van de gevallen niet effectief is en in 20% van de gevallen wel, zien we dat bepaalde artsen voor hun doen eigenlijk te veel mensen behandelen. Een zorgverzekeraar vindt het dan heel lastig om de financiering daarop aan te passen. Is de Minister bereid om dat dilemma, namelijk hoe je de financiering kunt terugbrengen, waardoor je meer mensen gaat behandelen voor wie behandeling echt zinnig is, ook in de brief op te nemen?

Minister Van Ark:

Ik kom straks nog op de vraag van mevrouw Van den Berg. Zij vroeg: moet je niet alle zorg waarvoor je onvoldoende bewijs hebt, laten onderzoeken? Dat raakt natuurlijk ook aan dit thema. Ik denk dat het van belang is om dit met de verzekeraars te bespreken. Ik wil dat punt dus graag oppakken om het met de verzekeraars te bespreken. Ik kom dan op de vraag van mevrouw Van den Berg, die ook over dat punt ging. Er zit natuurlijk best een logica in. Als je naar de zorg kijkt en het hebt over bewezen effectief, gepast gebruik en of iets doet wat het moet doen, dan is de volgende vraag natuurlijk heel logisch. Als je niet weet wat iets doet, moet je het dan niet standaard eerst onderzoeken? Ik ben het heel erg met haar eens dat je zorg waarvan de effectiviteit nog niet vaststaat, moet onderzoeken. Tegelijkertijd zeg ik heel eerlijk: als je dat allemaal in een keer zou moeten doen, is dat qua capaciteit bijna niet te doen. Dat is ook de reden waarom we met verschillende programma's werken: het genoemde programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik, het

doelmatigheidsonderzoek van ZonMw en Goed Gebruik Geneesmiddelen van ZonMw.

Wat mij betreft gaat het dan niet alleen over onderzoek, maar uiteindelijk ook over implementatie, monitoring en het leren ervan. Dat was ook de vraag van de heer Raemakers. Dat gebeurt wat mij betreft bij Zorgevaluatie en Gepast Gebruik, waar we het net over hadden, en bij de hoofdlijnenakkoordpartijen die samenwerken, de agenda opstellen en de implementatie doen. Ik denk dat het aan de overheid is om daarvoor de juiste randvoorwaarden te scheppen. Dat is ook de reden waarom ik het Zorginstituut en de NZa om een advies heb gevraagd. Daar refereerde ik zojuist al even aan. Daar komt een brief over rond de kerst.

Mevrouw Van den Berg vroeg ook om een voorstel voor gepast gebruik in de ggz en in de langdurige zorg. Volgens mij is mevrouw Van den Berg al volop in gesprek met collega Blokhuis over leren in de ggz. Daar wordt volgende week ook in een debat over gesproken. Als zij het goed vindt, geleid ik die vraag aan hem door.

Ten aanzien van de langdurige zorg is gepast gebruik een factor van belang. Daar is nog niet overall sprake van bewezen zorg op basis van de stand van de wetenschap. Waar dat niet het geval is, liggen richtlijnen van de beroepsgroepen aan de zorg ten grondslag. Zo wordt er gewerkt aan meerdere expertisecentra binnen de langdurige zorg. Dat betekent wat mij betreft dat er op dit moment goede stappen worden gezet.

De voorzitter:

Een vraag van mevrouw Van den Berg.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

De Minister zegt net dat er goede stappen worden gezet. Ik ben daar wat minder optimistisch over, met name bij de ggz. In de medisch-specialistische zorg zijn met de kwaliteitsregistratie op sommige terreinen de eerste stappen gezet voor een lerende cultuur. Die ontbreekt nog ten enenmale in de ggz en in de langdurige zorg. De Minister zegt dan dat dit bij de ggz gebeurt, maar de opdracht aan professor Repping valt onder het Zorginstituut. Dat ligt bij deze Minister. Aanhakend bij wat meneer Raemakers zei: de Minister had het over implementatie. Het duurt een eeuwigheid voordat er een richtlijn is aangepast. Als de Minister zegt dat zij randvoorwaarden gaat stellen, ben ik dus heel benieuwd welke wetgeving wij tegemoet gaan zien.

Minister Van Ark:

Als u het goed vindt, zou ik daar in de tweede termijn even op willen terugkomen. Dan kan ik specifiek antwoorden.

Mevrouw Van den Berg stelde een vraag over het kwaliteitskader en de leefbaarheidsanalyse, en wat die in de praktijk nu echt gaan betekenen. Ik ben het met haar eens dat dit een zeer belangrijk onderwerp is. Ik weet dat zij daar heel veel tijd en energie aan heeft besteed. Waar ik een beetje mee worstel – ik zeg het maar gewoon heel eerlijk – is dat het in mijn rolopvatting van belang is om het Zorginstituut nu echt aan de slag te laten gaan. Ik zou niet op hun stoel willen gaan zitten. Ik zie ook dat het Zorginstituut hiermee aan de slag is en dat het de leefbaarheidsanalyse volop aandacht geeft bij de volgende kwaliteitskaders.

Ik zou graag met mevrouw Van den Berg het volgende afspreken. Ik wil haar graag informeren op het moment dat daar uitkomsten van zijn. Ik vind het een beetje lastig om te zeggen dat dat nog voor de zomer is. Dat is ook omdat ik niet op hun stoel wil gaan zitten. Op dit punt, en ook op het punt van implementatie op regionaal niveau: als zij daarover een duidelijke visie hebben afgerond en geformuleerd en ik word daarover geïnformeerd, dan zal ik de Kamer daar een brief over toesturen.

Voorzitter. Dan de vraag van mevrouw Van den Berg over het concentreren van hoogcomplex, laag volume planbare zorg en het registreren

van zeldzame aandoeningen per ziektebeeld. Ik denk inderdaad dat concentratie van belang is, zeker bij zeldzame aandoeningen. Dat kwam uit een aantal bijdrages naar voren, ook uit die van de heer Raemakers. Concentratie is een manier waarop je kennis en expertise kunt bundelen. Ik denk dat het van belang is dat er medische professionals zijn die in de zorg bepalen voor welke ziektebeelden concentratie vanuit medisch oogpunt gewenst is, en dat er vervolgens een goede samenwerking is tussen het gespecialiseerde centrum aan de ene kant en de zorg in de buurt aan de andere kant.

Op dit moment praat ik met de VSOP en de NFU over het beleid ten aanzien van zeldzame aandoeningen en over het erkennen van expertisecentra voor zeldzame aandoeningen. In het voorjaar van 2021 verwacht ik u hierover een brief te kunnen sturen. In die brief zal ik ook ingaan op het registreren van zeldzame aandoeningen en op het informatiebeleid in het algemeen.

Meer in algemene zin geldt dat het mogelijk is om hoogcomplexere, laag volume planbare zorg te concentreren via de Wet op de bijzondere medische verrichtingen. Ook daarbij geldt dat per verrichting moet worden bekeken of die noodzakelijk is, bijvoorbeeld om de kwaliteit en de doelmatigheid in de zorg te kunnen garanderen of te verbeteren. Ik kom dan bij de vraag van de heer Veldman over de uitkomstgerichte zorg. Hij vroeg hoe het staat met de ambities en hij verwees daarbij naar de eerste voortgangsrapportage uit 2019. Ik heb de Kamer eind oktober een tweede voortgangsrapportage gestuurd. Om daaruit een paar elementen te noemen: de eerste tranche uitkomstindicatoren is in ontwikkeling, de publiekscampagne Samen Beslissen wordt voorbereid, we werken aan een toegankelijke vindplaats voor goede keuzehulpen en – heel belangrijk – Samen Beslissen wordt ook verankerd in de opleidingen. De website uitkomstgerichtezorg.nl is online gegaan. Er wordt een landelijk congres over uitkomstgerichte zorg voorbereid in 2021.

De voorzitter:

Op het vorige punt is er nog een vraag van mevrouw Van den Berg.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Even terugkomend op de laag volume, hoogcomplexere zorg en op de zeldzame aandoeningen: de Minister zegt dat het de professionals zijn die dat bepalen, maar dan krijg je een kip-eidiscussie. Ik hoor dat bepaalde verwijzingen niet plaatsvinden, omdat de professional zich realiseert dat ze productieomzet schelen voor het ziekenhuis waar hij werkt. Meten is weten en gissen is missen, zoals ze dat noemen. Het moet mogelijk zijn om dat objectiever te bepalen, op basis van het aantal verrichtingen. Nogmaals, volgens mij komt er nu een kip-eidiscussie. Er kunnen belangen zijn om iets niet als zeldzame ziekte of laagvolumezorg te zien.

Minister Van Ark:

Dit is een slag de techniek in. Ik wil mevrouw Van den Berg daar goed antwoord op geven. Ik heb net een blad gekregen, maar dat wil ik eerst nog even tot mij nemen. Mag ik deze vraag in de tweede termijn doen? Ik wil ook geen kip-eiverhaal.

Ik kom bij de vraag van de heer Veldman over de data die zorgverzekeraars kunnen gebruiken voor het verkrijgen van meer uitkomstinformatie, als zij meer ruimte zouden kunnen krijgen. Zij kunnen in de contractering met zorgaanbieders afspraken maken over de te leveren kwaliteit. Dan is het inderdaad goed als ze de data gebruiken waarover ze reeds beschikken. Ze kunnen met zorgaanbieders ook afspraken maken over aan te leveren kwaliteitsgegevens, zoals uitkomstinformatie. Dat is een lokale aangelegenheid. Dat kan. Als er een privacyprobleem is, zoals de heer Veldman signaleert, waardoor dat niet zou kunnen, dan wil ik dat zeker zien. Dan hoor ik dat graag van hem.

De heer Veldman heeft ook gevraagd naar het wetsvoorstel Elektronische gegevensuitwisseling. Hij riep op tot een zorgvuldige, maar spoedige behandeling. Dat laatste ondersteun ik van harte. Het wetsvoorstel ligt nu ter advisering bij de Raad van State. Ik hoop en verwacht dat ik het begin volgend jaar aan de Kamer kan aanbieden.

Voorzitter. Ik heb nog een aantal overige vragen. Een vraag van de heer Raemakers ging over de knelpuntenanalyse rond primaire tumor onbekend. Het is aan de beroepsgroepen om hun professionele kennisstelsysteem te onderhouden. Dat betekent dat zij ook besluiten wanneer de richtlijnen herzien moeten worden. Tegelijkertijd worden die richtlijnen tripartiet opgesteld. Ook de patiënten hebben daar een belangrijke rol in. De overheid heeft daarin een terughoudende rol. Ik vind het van belang om die rolverdeling hier goed neer te zetten.

Het recente rapport rond primaire tumor onbekend werpt een aantal vragen op, onder andere over de concentratie van de zorg voor pto-patiënten. Ik denk dat het van belang is dat de beroepsgroepen nadenken over de ordening van de oncologische zorg. Zij moeten bepalen of, en zo ja hoe de zorg rond deze patiëntengroep georganiseerd moet worden. De beroepsgroep heeft hierin het voortouw en overlegt daar natuurlijk over. Voor de overheid is daar geen rol in vastgesteld. Ik vind het van belang om hier aan te geven dat ik ervan uitga dat zij die denkexerctie gaan doen.

De heer Raemakers vroeg naar een zeldzame longaandoening, en of de behandeling daarvan in Rotterdam geconcentreerd kan worden. Hij vroeg naar de kinderen die hiervoor naar Londen gaan. Voor mij staat ook bij dit onderwerp voorop dat zorg dichtbij geleverd moet worden als het kan, maar dat het soms nodig is om die zorg verder weg te halen. Dan moet je wel weten dat je de allerbeste zorg krijgt. Het kan voor zeer zeldzame aandoeningen zo zijn dat zorg in het buitenland moet plaatsvinden. Dan werken we in Europees verband met de European Reference Networks samen om ervoor te zorgen dat we kennis delen en dat patiënten op de juiste plek de juiste zorg krijgen. Het is mij niet bekend voor welke aandoeningen en in welke aantallen er naar het buitenland verwezen wordt.

Mevrouw Van den Berg pleitte voor een zusje voor de AVG-richtlijn. Ik deel haar analyse dat veilig en betrouwbaar hergebruik van medische gegevens kansen biedt. Dat is een belangrijk onderwerp. De Duitse collega's, die op dit moment voorzitter zijn van de Europese Unie, vinden dat ook. Zij hebben plannen van de Europese Commissie om te komen tot een Europese zorgdatabank prominent op de agenda van hun voorzitterschap gezet. Aanstaande woensdag 11 november, dus al heel snel, wordt er een conferentie over dit onderwerp gehouden. Daar mag ik kort het woord voeren. Ik zal dat doen over de potentiële kansen van artificiële intelligentie in de zorg.

Daarnaast is Nederland voornemens actief te participeren in een Europees samenwerkingsproject waarin gewerkt wordt aan instrumenten om medische gegevens veilig en betrouwbaar te hergebruiken, daarbij de betrokkenheid van burgers en patiënten hoog op de agenda te zetten, en dit te stimuleren en te ontwikkelen. Dat is best een ingewikkeld onderwerp, moet ik zeggen. Het vergt nauwkeurige stappen, en ik ben daar dus actief in.

Ik kreeg een vraag van de heer Raemakers over fysiotherapie. Ook de heer Van Gerven vroeg daarnaar. De heer Raemakers vroeg specifiek naar mensen die te maken hebben met Q-koorts. De vraag van de heer Van Gerven was breder. Om met dat brede verhaal te beginnen: we werken met elkaar op zo'n manier dat zorg die in het basispakket is opgenomen, bewezen effectief is. Die woorden zijn vandaag al vaker voorbijgekomen. Bij het Zorginstituut loopt op dit moment een programma. Dat is het overgangstraject systeemadvies fysio- en oefen therapie. In dat traject beoordeelt het Zorginstituut de effectiviteit van oefen- en fysiotherapie bij

specifieke aandoeningen. Dat kan leiden tot een positief pakketadvies, of niet. Dat is ook de manier waarop fysiotherapie bij etalagebenen, COPD en artrose van de heup en de knie vanaf de eerste behandeling in het basispakket is opgenomen. Ik denk dat het van belang is dat we dit met elkaar zo ingeregeld hebben. Ik hecht daar ook aan.

In de bestuurlijke afspraken over de paramedische zorg hebben we geld beschikbaar gesteld om het systeemadvies te versnellen. Het Zorginstituut onderzoekt of de effectiviteit van fysiotherapie op een andere manier beoordeeld moet worden. Dat onderzoek bevindt zich in de afrondende fase. Zodra daar meer over bekend is, zal ik de Kamer informeren. Ook is er nog de mogelijkheid om via de subsidieregeling Veelbelovende Zorg onderzoek te financieren naar de effectiviteit van veelbelovende fysiotherapeutische interventies.

Dan zoom ik in op de slachtoffers van Q-koorts. Daarbij refereer ik aan wat ik zojuist heb gezegd, namelijk dat we met elkaar zoeken naar een wetenschappelijke onderbouwing van behandelingen. Er is helaas geen onderbouwing van de effecten van paramedische behandeling bij patiënten die lijden aan de gevolgen van Q-koorts. Dat maakt dat er geen reden is om paramedische zorg bij Q-koorts te vergoeden vanuit het basispakket. Dat laat onverlet dat het natuurlijk vreselijk is wat mensen meemaken. Eventueel kan onderzoek naar de effectiviteit van paramedische zorg bij patiënten die Q-koorts hebben gehad, gefinancierd worden uit de subsidieregeling Veelbelovende Zorg.

Ik zeg er voor de volledigheid bij dat bij COVID-19 de effectiviteit van fysiotherapie ook niet bewezen is. Het onderzoek naar de effectiviteit kent een bepaalde doorlooptijd. Het Zorginstituut constateerde daarbij dat de covidpandemie grote maatschappelijk ontwrichtende effecten heeft en dat een groot aantal patiënten kampt met ernstige klachten in de herstelfase. Dat is de reden voor het Zorginstituut geweest om paramedische herstellzorg tijdelijk en onder bepaalde voorwaarden in het basispakket op te nemen. Het baseert zich hierbij onder meer op bewezen effecten van paramedische zorg bij vergelijkbare aandoeningen. Overigens zijn daar voorwaarden aan verbonden. De patiënt moet deelnemen aan het onderzoek naar effectiviteit van de zorg. Op basis van de uitkomsten krijg ik een nader advies van het Zorginstituut over eventuele voortzetting. Het kan dus ook dat het niet wordt voortgezet.

Voorzitter. Ik heb er nog eentje.

De voorzitter:

Voordat u daartoe overgaat, is er een vraag van de heer Raemakers. Gaat uw gang.

De heer Raemakers (D66):

Zorg en fysiotherapie moeten natuurlijk effectief zijn. Dat wil iedereen. De klachten die covidpatiënten hebben nadat ze corona hebben gehad, met chronische vermoeidheid, spier- en gewrichtsklachten, hoofdpijn en concentratieproblemen, lijken heel erg op het chronisch vermoeidheidssyndroom na Q-koorts. Dat is echt in hoge mate vergelijkbaar. Ik zeg niet dat je het ene wel of het andere niet moet doen. Ik heb inhoudelijk niet de expertise om te kunnen beoordelen of iets effectief is of niet. Ik vind wel dat er een gelijk speelveld moet zijn. Het kan niet zo zijn dat alleen patiënten die toevallig corona hebben, nu wereldwijd in the picture staan. Dat is wel begrijpelijk, maar voor individuele patiënten die door Q-koorts zijn getroffen maakt het natuurlijk niets uit dat zij het etiketje Q-koorts hebben. Dat zijn er in Brabant, Gelderland en Limburg honderden. Zij hebben ongeveer dezelfde klachten als de mensen die corona hebben. Zouden we het als volgt kunnen doen? Er zijn nu nog heel veel patiënten met chronische klachten na Q-koorts; kunnen die op z'n minst aan hetzelfde onderzoek meedoen als dat wat nu loopt bij corona?

Minister Van Ark:

Laat ik vooropstellen dat ik de heer Raemakers enorm snap als hij zegt dat de patiënt vanuit zijn oogpunt denkt: wat gebeurt hier? Die heeft namelijk dezelfde soort klachten, maar de ander krijgt wel een vergoeding en hij niet. Inderdaad, als je het zo zegt klinkt het heel raar. Het voelt heel erg onrechtvaardig. Dat snap ik. Ik heb in mijn inleiding verteld hoe zo'n traject is opgebouwd. Uiteindelijk gaat het Zorginstituut adviseren. Dat advies pleeg ik altijd over te nemen. Ik heb aangegeven hoe dat tot stand komt en dat het Zorginstituut nog zoekt naar de bewezen effectiviteit, ook op dit moment nog. Dat loopt nog. Ik heb aangegeven dat ik de Kamer daarover ga informeren.

Ik heb ook aangegeven dat er de mogelijkheid van het subsidieprogramma is. Ik ben overigens ook geen arts. En zelfs al was ik een arts: in de rol die ik heb, is het niet aan mij om te zeggen dat dit er dan ook maar onder moet vallen. Ik laat het echt via het Zorginstituut lopen, ook al voelt dat onrechtvaardig vanuit het perspectief van degene die naar deze discussie kijkt en zegt: hé, ik heb dezelfde klachten. Ik snap dat het onrechtvaardig is, maar ik vind het van belang om de spelregels goed te volgen.

De voorzitter:

Afrondend, de heer Raemakers.

De heer Raemakers (D66):

Ergens begrijp ik het antwoord van de Minister. Ik hoop dat zij de brief van Q-uestion, van patiënten met Q-koorts, gelezen heeft. Daar staat ook een aantal andere punten in. Al met al komt het erop neer dat deze groep patiënten zich door de overheid miskend voelt. We hebben hier anderhalf jaar geleden een plenair debat gehad. Dat was een heel moeilijk debat. Minister Bruno Bruins had het daar heel moeilijk mee, omdat er heel veel patiënten op de tribune zaten. Zij snakten nog steeds naar dat woordje «sorry» van de overheid. Dat is toen niet gekomen. Ik weet dat dat heel veel patiënten nog heel hoog zit. Ik snap het antwoord van deze Minister echt. Zij kan niet zomaar voor iedereen behandelingen vergoeden. Het zou voor de mensen die nog steeds met de gevolgen van Q-koorts kampen heel erg helpen als de Minister opnieuw een keer met deze groep patiënten in gesprek gaat over de gevoelens van onvrede en over hoe het nu met corona gaat, want dat is natuurlijk ook een epidemie. Deze patiënten met Q-koorts hebben daar allerlei gevoelens bij. Dat zou ik op z'n minst aan deze Minister willen vragen.

Minister Van Ark:

Ik vind het een heel mooi en terecht pleidooi van de heer Raemakers. Ik heb de brief gezien. Ik heb die ook beantwoord en aangegeven dat ik heel graag met mensen hierover in gesprek wil. Ik vind het vreselijk als men het gevoel heeft niet erkend te worden. Tegelijkertijd moet ik eerlijk zijn over wat we hier met elkaar hebben afgesproken. Het is niet makkelijk voor ze om die boodschap te horen. Dat laat onverlet dat ik dat gesprek heel graag met hen voer. Volgens mij is dat al ingepland, of wordt het op korte termijn ingepland. Ik wil dan ook graag luisteren naar wat mensen bezighoudt en kijken naar wat er wél kan.

Voorzitter. Ik heb nog één vraag over van mevrouw Van den Berg over het medisch beroepsgeheim. Zij noemde daarbij een aantal voorbeelden. Ik snap dat zij die vraag stelt aan de hand van het medisch beroepsgeheim, maar die voorbeelden liggen vooral op het terrein van de ggz. Afgelopen vrijdag is door de Minister van Justitie en de Staatssecretaris een brief gestuurd over personen met verward gedrag. Die gaat over een convenant van alle betrokken partijen dat er juist op gericht is om tot een nog betere aanpak te komen. Dat is volgende week ook onderwerp van

gesprek met de bewindspersoon. Ik zou dus willen vragen of dit onderwerp daarbij betrokken zou kunnen worden.

De voorzitter:

Dank u wel. Ik zie dat mevrouw Van den Berg nog wil reageren.

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

Ik ben op zich blij met die brief, laat ik dat vooropstellen. Er zijn in totaal ongeveer 100.000 meldingen bij de politie over personen met verward dan wel onbegrepen gedrag. Die zijn vaak terug te leiden tot een kern van ongeveer 20.000 mensen. Er wordt nu voor 1.500 mensen specifiek een dashboard ingericht. Hierbij wordt met name gekeken naar personen die ook gewelddadig kunnen zijn. Er zijn ook heel veel mensen die misschien niet gewelddadig zijn, maar een ambulancemedewerker zei mij dat hij daarvoor wel twee keer per dag moet uitrukken. Dat is gewoon omdat ze niet voldoende worden gemonitord. Ik heb het over die groep. Ik wil een betere overdracht voor mensen die uit de instelling dan wel uit de gevangenis komen.

Minister Van Ark:

Ik ben het met mevrouw Van den Berg eens dat er een hoop terughoudendheid is ten aanzien van dit onderwerp. Daarbij zijn er wel degelijk gronden om het medisch beroepsgeheim te doorbreken, bijvoorbeeld als er een wettelijke plicht is, maar ook bij een meldrecht en bij uitzonderlijke omstandigheden. Het lijkt me dus goed om dit onderwerp te blijven bespreken. In het licht van de thematiek die zij aankaartte, denk ik dat dat wellicht volgende week het beste kan. Anders kan ik daar wellicht in tweede termijn nog wat over zeggen.

De voorzitter:

Hartelijk dank. Daarmee zijn we aan het einde gekomen van de eerste termijn van de zijde van het kabinet. Ik kijk even rond richting de leden. We hebben in de planning rekening gehouden met een lunchpauze. Ik zou me ook kunnen voorstellen dat we gelijk doorgaan. Daarover wil ik de instemming van uw leden, als de Minister het daar ook mee eens is. Ja? Dan stel ik voor om van start te gaan met de tweede termijn. Ik geef als eerste graag het woord aan de heer Raemakers. Gaat uw gang.

De heer **Raemakers** (D66):

Voorzitter, dank u wel. Ook veel dank aan de Minister en de ondersteuning voor de antwoorden. Met betrekking tot Zinnige Zorg en het nieuwe programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik heb ik een aantal toezeggingen van de Minister gehoord over wat er allemaal in de brief voor kerst komt. Ik heb weinig inhoudelijke visie gehoord op hoe een en ander bereikt zou moeten worden. Dat zou ik de Minister willen meegeven. Ik wil dat in een motie vastleggen en bij dezen het VAO daarvoor aankondigen. Ik ben natuurlijk heel blij dat de Minister met de Q-koortspatiënten in gesprek gaat. Ik zou het heel fijn vinden als we na dat gesprek daarover als Kamer een brief krijgen. Kan de Minister dat in de tweede termijn toezeggen?

Over primaire tumor onbekend antwoordt de Minister dat de overheid hierin eigenlijk geen rol heeft. Daar zou ik het volgende over willen zeggen. Wij steken nu als overheid ontzettend veel publieke middelen in de bestrijding van het coronavirus en ook in de behandeling van mensen, om zo veel mogelijk mensen te redden van die verschrikkelijke ziekte. Daarbij gaat het echt over miljoenen. Dat is ook terecht. Onder mensen die een type kanker krijgen die we niet kunnen traceren in het lichaam, komen in een aantal gevallen ook heel jonge mensen te overlijden. We hebben daar eigenlijk niet zo veel onderzoek naar gedaan. De richtlijnen en de knelpuntenanalyses lopen allemaal tien jaar achter. Dan kunnen we

wel zeggen dat de overheid daar geen rol in heeft, maar dat vind ik heel wrang als het gaat over zulke jonge mensen. Overigens zijn er ook heel veel oudere mensen die daaraan overlijden. Ik zou de Minister willen oproepen om zich in ieder geval op de hoogte te stellen van een nieuwe knelpuntenanalyse en om met een reactie daarop te komen.

Voorzitter. Tot slot over de zeldzame longoperaties bij kinderen. Er is op dit moment één arts in Nederland die deze zeldzame operaties uitvoert. De Minister zegt met zoveel woorden dat het niet zo erg is als mensen daarvoor naar het buitenland moeten. Maar dit speelt misschien ook bij andere specialistische kinderchirurgie of andere specialistische zaken. Ik zou aan de Minister willen vragen hoe zij met het opleidingsveld borgt dat wij ook in de toekomst voldoende van dit soort mensen hebben. Dank u wel.

De voorzitter:

Hartelijk dank. Dan geef ik het woord aan de heer Van Gerven voor zijn tweede termijn. Gaat uw gang.

De heer Van Gerven (SP):

Voorzitter. We hebben hier tot nu toe een debat gehad en we hebben geluisterd naar de Minister. Ik zou het zo willen omschrijven: we hebben een Minister die heel vriendelijk is, maar die aan de andere kant keihard VVD-beleid uitvoert. Er was geen enkele toezegging of toenadering bij punten die ik heb opgeworpen, bijvoorbeeld als het gaat over het uitschakelen van de concurrentie voor 2021 in de ziekenhuiszorg. De ziekenhuizen zijn gebaat bij samenwerking en niet bij concurrentie. De Minister zegt: dat gaan we niet doen.

Ik vroeg of we niet voor een periode van vijf jaar kunnen stoppen met het ontmantelen van ziekenhuizen of ziekenhuisafdelingen. Daarover zegt de Minister: nee, dat gaan we niet doen. Ze houdt de contourennota overeind. Daar staat zij achter. Uiteindelijk zal dat ertoe leiden dat ziekenhuizen of ziekenhuisafdelingen gaan sluiten en dat we misschien 30 of 40 molochs van supergrote ziekenhuizen overhouden en dat de rest enorm wordt afgeschaald. Dat is het visioen van een aantal mensen en dat gold ook in de jaren negentig al.

Op het verzoek om fysiotherapie niet te discrimineren maar als volwaardige zorg te zien zegt de Minister: nee. Bij specialisten in loondienst geeft ze niet thuis. Mijn vraag is wat we daarvoor kopen. Ik vrees helaas niets.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan geef ik nu het woord aan mevrouw Van den Berg voor haar tweede termijn. Gaat uw gang.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Dank u wel, voorzitter. Dank aan de Minister voor de antwoorden en voor het feit dat we misschien niet voor de zomer, maar wel te zijner tijd een brief krijgen over de effecten van de leefbaarheidsanalyse van het Zorginstituut en hoe het Zorginstituut bij de regio betrokken kan worden. Ik ben verheugd te horen dat de Minister zegt dat er onder het Duitse voorzitterschap al een project is over het secundaire gebruik van medische data. De vraag is of wij een brief kunnen ontvangen over het verloop van dat traject.

Ik krijg van de Minister nog antwoorden over het traject van Zinnige Zorg, met name het feit dat we niet 30 miljard laten liggen voor de zorg, de ggz en de langdurige zorg. Een beetje aanvullend op wat meneer Raemakers vroeg, vraag ik dat ook ten aanzien van de hoogcomplex, laag volume zorg en de zeldzame aandoeningen. Ik vind het jammer te horen dat de Minister niets wil doen ten aanzien van het medisch beroepsgeheim.

De voorzitter:

Hartelijk dank. Dan geef ik nu graag het woord aan mevrouw Agema voor haar tweede termijn. Gaat uw gang.

Mevrouw Agema (PVV):

Dank u wel, voorzitter. Het is nauwelijks te bevatten dat een zorgcrisis van deze omvang nog niet eens leidt tot ander zorgbeleid. Kijk hoe het in de afgelopen tien jaar is gegaan. Toen hadden we bijvoorbeeld nog 212.000 verpleegkundigen. Nu zijn dat er 186.000. In 2011 was het aantal spoedeisendehulpverleners nog 99. Nu zijn dat er 83. Wij kunnen het aantal ic-bedden met moeite opwaarderen naar 1.350, terwijl buurland Duitsland er bijvoorbeeld 28.000 heeft.

Het is onbegrijpelijk dat het constant blijven afschrapen van de zorg maar doorgaat. Er wordt bijvoorbeeld helemaal geen rekening gehouden met het feit dat onze bevolking sinds 2010 netto met 900.000 personen is toegenomen, of dat er sprake is van vergrijzing. Er moet altijd maar geschraapt worden in de zorg. Die blik is niet alleen in de afgelopen tien jaar leidend geweest, maar die wordt dat ook in de komende tien jaar. Daar wordt dan nog een schepje bovenop gedaan. De spijt die er is vanwege het sluiten van de verzorgingshuizen leidt helemaal niet tot een beweging die zegt: De juiste zorg op de juiste plek is gewoon de volgende maskerade; die betekent dat de ziekenhuiszorg wordt afgebroken. Over de 27 spoedeisendehulpverleners die nu op de tocht staan, zegt de Minister: ja, maar dat is nog maar een houtskoolschets; we weten nog niet waar het naartoe gaat. Zij weet dat wel. Zij weet wel waar het naartoe gaat. Ik hou mijn hart vast waar het naartoe gaat. Ik zou willen dat we de grenzen sluiten, maar de bevolking neemt maar toe en neemt maar toe. Ook de vergrijzing neemt maar toe. Maar de ziekenhuiszorg mag in 2022 geen cent meer kosten. De helft van de instellingen moet tot 2030 verdwijnen. Dat staat simpelweg in de begroting van VWS, op pagina 14 tot 16. Iedereen kan dat nakijken. Ik hou dus mijn hart vast.

Ik hoor helemaal niets van de Minister. Zij zegt alleen maar dat het perspectief is dat we ergens eind 2021 de zorg misschien weer op het niveau van voor corona hebben. Daar moet je toch van huilen, van de miljoenen mensen die op zorg moeten wachten? Maar het blijft de leidende gedachte.

Ik hoop echt dat er met de komende verkiezingen een grote verandering komt, een aardverschuiving, en dat dit beleid opzijgeschoven wordt. Ik hoop dat we straks, nadat we hebben staan janken toen de verzorgingshuizen inderdaad gesloten werden, niet ook staan te janken als in 2030 de helft van de ziekenhuizen weg is. Ik hoop van ganser harte van niet, voorzitter.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan geef ik tot slot het woord aan de heer Veldman voor zijn tweede termijn. Gaat uw gang.

De heer Veldman (VVD):

Dank, voorzitter. Dank aan de Minister voor de beantwoording van de vragen. Misschien mag ik één aanvullende vraag stellen, bezien vanuit het thema kwaliteit van zorg. Diverse regio's zijn bezig met het maken van regiobeelden. Daar heeft de Minister de Kamer volgens mij in de zomer voor het laatst over geïnformeerd. Dat klinkt heel dichtbij, maar gezien de acute situatie waar we in zitten, is het best goed om te kijken hoe de stand van zaken is in de regio's die vrij snel met de regiobeelden aan de slag zijn gegaan. Een aantal regio's heeft die beelden al compleet en een aantal regio's is nog bezig. Kan de Minister iets zeggen over de actuele stand van zaken van de regiobeelden ten aanzien van het hele covidverhaal en de mate van samenwerking die daarin is ontstaan? Die samenwerking is toch

wel een van de pluspunten die we zien in de afgelopen maanden. En kan zij zeggen wat zij daaruit meeneemt richting de komende periode?

De voorzitter:

Dank u wel. Daarmee zijn we aan het einde gekomen van de tweede termijn van de zijde van de Kamer. Ik kijk in de richting van de Minister. Ik schors voor vijf minuten.

De vergadering wordt van 12.22 uur tot 12.33 uur geschorst.

De voorzitter:

Aan de orde is het algemeen overleg over een veelheid aan onderwerpen. We hebben zojuist de tweede termijn van de zijde van de Kamer gehad. Ik geef graag de Minister de gelegenheid voor de beantwoording van de resterende vragen in tweede termijn. Het woord is aan de Minister.

Minister Van Ark:

Dank u wel, voorzitter. Nog een aantal vragen in tweede termijn. Ik zal een brief sturen als ik overleg heb gehad over Q-koorts met de mensen die daarbij betrokken zijn. Ten aanzien van pto en de knelpuntenanalyse zal ik de Kamer nog voor de begroting informeren. Dat is een streven. Ik ga mijn best doen. Ik zag dat de heer Raemakers dat bedoelde.

Ten aanzien van de mensen met een zeldzame aandoening is een vraag gesteld over de registratie. Mevrouw Van den Berg vroeg ook naar de aanpak door de medisch specialisten. Van de zeldzame aandoeningen hebben we op dit moment geen eenduidige of volledige registratie. Het belangrijkste struikelblok is dat de diagnose niet gestandaardiseerd wordt vastgelegd in het epd. Veel zeldzame aandoeningen zijn nog niet meegenomen in ICD-10. Heel veel informatie over zeldzame aandoeningen loopt via aparte gegevensverzameling via de stichting Orphanet, die daarmee bezig is. De eerste stap om de informatiehuishouding op orde te brengen is om de codes in de beide systemen, namelijk Orphanet en ICD, met elkaar in verband te brengen. Dat moet gebeuren door de epd-bouwers en de medisch specialisten. Ik kan hierop terugkomen in de brief over zeldzame aandoeningen. Die staat gepland in het eerste kwartaal van 2021.

Mevrouw Van den Berg vroeg specifiek hoe we kunnen voorkomen dat medisch specialisten wel of niet te veel of te weinig aan de slag gaan voor mensen met een zeldzame aandoening. Mijn beeld is dat angst voor productieverlies niet zozeer de reden is om mensen niet door te verwijzen naar een expertisecentrum. Mijn beeld is dat het vaak niet gebeurt omdat de behandelend arts denkt zelf voldoende op de hoogte te zijn en wellicht dat het expertisecentrum ook niet bekend is. Ik ben mevrouw Van den Berg dankbaar dat ze dit punt aankaart. Ik vind het ook van belang. Ik zou willen dat we de vindbaarheid van de expertisecentra vergroten. Dat ligt voornamelijk bij de umc's. Zij hebben dat ook opgenomen in de brief over hun maatschappelijke rol. Daarnaast zou ik willen bezien hoe een arts de kennis van een expertisecentrum kan betrekken zonder dat een patiënt gelijk moet worden doorverwezen.

Voorzitter. Dan nog de vragen van mevrouw Van den Berg over de Zorgevaluatie en Gepast Gebruik in de langdurige zorg en in de ggz.

De voorzitter:

De Minister is al bezig met de beantwoording van de vragen van mevrouw Van den Berg. Ik heb u beiden gezien. Ik kom straks even bij u terug. Anders gaat alles door elkaar heen. De Minister maakt eerst even de blokjes af. Dan kom ik zeker bij u terug. De Minister.

Minister Van Ark:

Misschien even op voorhand: mevrouw Van den Berg dicht mij heel veel competenties toe, ook vanwege de rol van het Zorginstituut. De afspraak is dat we de samenwerking in de hoofdlijnenakkoorden per onderwerp georganiseerd hebben. De langdurige zorg zit bij collega De Jonge. De ggz zit bij collega Blokhuis. Misschien toch heel even over de motie die zij heeft ingediend: daar is de Staatssecretaris mee aan de slag gegaan. Het punt is dat de betrokkenen bij het hoofdlijnenakkoord over de ggz een eigen aanpak hebben. De Staatssecretaris wil dat betrekken bij het gesprek met de hoofdlijnenakkoordpartijen ggz en bezien wat er van Zorgevaluatie en Gepast Gebruik kan worden geleerd. Het lijkt me goed om daar met hem het gesprek over aan te gaan.

Er zijn en worden wel kwaliteitsstandaarden voor de ggz ontwikkeld, kan ik u aangeven. Dat gebeurt door werkgroepen van professionals, patiënten en hun naasten. Er is ook een hele reeks zorgstandaarden, bijvoorbeeld voor angstklachten en opiaatverslaving, en voor corona en ggz. De Staatssecretaris zet in op versterking van het lerend vermogen in de ggz. Hij betreft daar ook het Zorginstituut bij, en de partijen uit het hoofdlijnenakkoord.

Voorzitter. Ik heb nog een vraag van de heer Veldman. Hij vroeg naar een actualisatie van het regiobeeld. Het is moeilijk om daar een vast punt voor te prikken, omdat het dynamische documenten zijn. Ze veranderen aan de hand van wat er nodig is. Ik kan daar niet echt een update van geven, behalve dat partijen daar actief mee aan de slag zijn.

Voorzitter. Dat was de tweede termijn.

De voorzitter:

Dank u wel. Ik heb eerst mevrouw Van den Berg gezien en daarna de heer Raemakers. Mevrouw Van den Berg, gaat uw gang.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Ten aanzien van de ggz zal ik aan Staatssecretaris Blokhuis vragen hoe hij mijn motie verder gaat uitvoeren. De Minister zei dat ze blij was dat ik de vraag stelde over de expertisecentra, omdat heel veel artsen niet doorverwijzen omdat ze zelf denken dat ze voldoende weten. Kunnen wij van de Minister in het voorjaar een brief krijgen over wat zij eraan gaat doen om dat verder georganiseerd te krijgen? Dit is natuurlijk wel belangrijk, want hierdoor missen mensen soms de zorg die ze nodig hebben. De Minister zei ook dat de diagnose van zeldzame ziektes niet gestandaardiseerd is. Daar moet nu met de epd-bouwers over gesproken worden. Daarbij zakt mij de moed ongeveer in de schoenen, gegeven de registratie en de heel langzame vordering van de ICT. Daar hebben we recent nog een overleg over gehad. Hoe wil de Minister dit punt gaan oppakken, zodat dit bij de ICT een beetje tempo krijgt?

Minister Van Ark:

Ten aanzien van het eerste punt: ik heb net in antwoord op de heer Raemakers aangegeven dat ik in het eerste kwartaal van 2021 een brief stuur. Dit punt wil ik daar graag bij betrekken.

Ik denk dat er een verschil moet zijn tussen het stellen van de diagnose en het weergeven van de diagnose in de systemen. Met name bij dat tweede zit een struikelblok, omdat de codes van ICD-10 en de codes van Orphanet gematcht moeten worden. Dat laat natuurlijk onverlet dat een arts die een diagnose moet stellen, moet weten dat er een expertisecentrum is, en dat hij verder moet kijken. Wat mij betreft is er dus een verschil tussen het stellen van een diagnose en het gestandaardiseerd vastleggen. Mijn voorstel zou zijn om dit punt op te nemen in de brief die in het eerste kwartaal van 2021 wordt verzonden.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan is er nog een vraag van de heer Raemakers.

De heer Raemakers (D66):

Dank voor de toezeggingen over Q-koorts en pto, en natuurlijk over de centrale registratie en vindbaarheid in systemen van zeldzame aandoeningen. Goed dat daar een brief over komt. Ik heb daar nog een vraag bij gesteld. Het gaat er ook om dat je voldoende mensen opleidt, ook naar de toekomst toe. Voor de hooggespecialiseerde kinderchirurgische ingrepen heb je nu bij longchirurgie bijvoorbeeld één iemand beschikbaar. Het kan zijn dat er ook voor andere gespecialiseerde takken maar één of enkele mensen beschikbaar zijn. Wil de Minister dat met het opleidingsveld bespreken?

Minister Van Ark:

Tuurlijk. We hebben overleggen. Realistisch gezien moet ik hierbij wel zeggen dat sommige aandoeningen zo specifiek zijn dat je daar slecht een voorspelling op kan zetten voor de opleidingen. Er zullen nu eenmaal aandoeningen zijn die zelfs binnen de Nederlandse landsgrenzen moeilijk te behandelen zijn, omdat ze zo zeldzaam zijn. Daarom vind ik het van belang dat we bijvoorbeeld in Europees verband samenwerken, zodat we patiënten een plek kunnen bieden waar ze naartoe kunnen gaan. Het is dus heel moeilijk om van tevoren te plannen bij de opleidingen. Soms is er misschien maar één arts in het hele land of is er zelfs in meerdere landen maar één arts die dat werk kan doen.

Ik denk wel dat het van belang is om met elkaar vast te stellen, ook in de opleiding, wanneer je iets overgeeft omdat het zeldzaam is. Ik sprak ook met mevrouw Van den Berg over die problematiek. Natuurlijk moeten we in gesprekken met het onderwijsveld kijken hoe je met deze thematiek omgaat. Maar plannen op een bepaalde hoeveelheid artsen voor deze problematiek lijkt mij heel lastig, zeg ik in alle eerlijkheid.

De voorzitter:

Dank u wel. Daarmee zijn we aan het einde gekomen van de tweede termijn van de zijde van het kabinet. We hebben negen toezeggingen genoteerd. Die neem ik graag met u door.

- Na 1 januari 2021 ontvangt de Kamer gebundelde reacties die zijn ontvangen vanuit het veld tijdens de consultatieronde over de houtskoolschets acute zorg. Dat is een toezegging aan de commissie.
- De Minister stuurt rond de kerst een brief aan de Kamer over het advies van de NZa en het Zorginstituut over de randvoorwaarden voor gepast gebruik en de voortgang van het programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik. Dat is ook een toezegging aan de commissie.
- In deze brief zal tevens specifiek worden ingegaan op de implementatie van het programma en de financiële consequenties. Dat is een toezegging in de richting van de heer Raemakers.
- De Kamer zal worden geïnformeerd over het kwaliteitskader en de leefbaarheidsanalyse zodra het Zorginstituut daarover een standpunt heeft gevormd. Dat is een toezegging richting mevrouw Van den Berg.
- De Minister stuurt in het voorjaar van 2021 een brief aan de Kamer naar aanleiding van de gesprekken met de Vereniging Samenwerkende Ouder- en Patiëntenorganisaties en de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra over zeldzame ziekten. Hierbij wordt specifiek ingegaan op het registreren en het algemene informatiebeleid hieromtrent. Dat is een toezegging richting Raemakers en Van den Berg.
- Begin volgend jaar ontvangt de Kamer het wetsvoorstel Elektronische gegevensuitwisseling in de zorg. Dat was reeds toegezegd aan de commissie VWS.

- De Minister informeert de Kamer t.z.t. over de ontwikkelingen rondom het overgangstraject systeemadvies fysiotherapie en oefentherapie van het Zorginstituut. Dat is een toezegging richting de heer Raemakers, maar ook richting de heer Van Gerven.
- De Minister stuurt de Kamer na afloop van het gesprek met Q-koortspatiënten een brief hierover. Dat is een toezegging richting de heer Raemakers.
- De Minister zal proberen de Kamer voorafgaand aan de begrotingsbehandeling een brief te sturen over pto, primaire tumor onbekend, en de knelpuntenanalyse hierbij. Dat is, meen ik, ook een toezegging richting de heer Raemakers.

Daarmee hebben we de toezeggingen gehad. De heer Raemakers heeft een VAO aangevraagd. Dat betekent dat we dit verzoek zullen doorgeleiden richting de plenaire Griffie. Daarbij zullen we de heer Raemakers als eerste spreker aanmelden.

Rest mij de Minister en haar ondersteuning zeer hartelijk te danken voor hun aanwezigheid en inbreng in dit debat. Ik dank de Kamerleden voor hun aanwezigheid en inbreng. Ik dank uiteraard de mensen die dit debat op een andere manier gevolgd hebben, ook zeer hartelijk voor de belangstelling. Onder dankzegging aan onze ondersteuning sluit ik dit debat.

Sluiting 12.45 uur.