

Vergaderjaar 2023–2024

**31 765**

**Kwaliteit van zorg**

**Nr. 830**

**VERSLAG VAN EEN COMMISSIEDEBAT**

Vastgesteld 26 oktober 2023

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 11 oktober 2023 overleg gevoerd met mevrouw Helder, Minister voor Langdurige Zorg en Sport, de heer Kuipers, Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, en de heer Van Ooijen, Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, over:

- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 8 mei 2023 inzake reactie op het verzoek van het lid Ellemeet, gedaan tijdens de regeling van werkzaamheden van 28 maart 2023, over het Integraal Zorgakkoord (Kamerstuk 31 765, nr. 774);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 16 maart 2023 inzake voortgang en eerste wapenfeiten Integraal Zorgakkoord (Kamerstuk 31 765, nr. 725);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 12 juni 2023 inzake voortgang verbeteren contracteerproces (Kamerstuk 29 689, nr. 1198);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 23 juni 2023 inzake toegankelijkheid zorg (Kamerstuk 31 765, nr. 791);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 5 juli 2023 inzake kapitaallasten umc's (Kamerstuk 32 864, nr. 14);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 4 oktober 2023 inzake één jaar Integraal Zorgakkoord (IZA) (Kamerstuk 31 765, nr. 812).**

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

De voorzitter van de commissie,  
Smals

De griffier van de commissie,  
Esmeijer

**Voorzitter: Paulusma**  
**Griffier: Bakker**

Aanwezig zijn acht leden der Kamer, te weten: Agema, Van den Berg, Bushoff, Dijk, Drost, Paulusma, Van der Plas en Tielen,

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

Aanvang 13.01 uur.

**De voorzitter:**

Goedemiddag. Ik heet u allen van harte welkom bij dit commissiedebat over het Integraal Zorgakkoord. Ik heet de Kamerleden welkom: mevrouw Agema van de PVV, mevrouw Van den Berg van het CDA, mevrouw Tielen van de VVD, de heer Drost van de ChristenUnie en de heer Dijk van de SP. Aan mijn andere zijde heet ik de bewindspersonen welkom: Minister Kuipers en Minister Helder. De Staatssecretaris is ook binnen. Van harte welkom, inclusief uw staf. Ik heet ook de mensen op de publieke tribune welkom evenals al onze fans die digitaal meekijken.

We bespreken vanmiddag het Integraal Zorgakkoord. U heeft allen... Ook hartelijk welkom aan de heer Bushoff, die namens de Partij van de Arbeid en GroenLinks spreekt. Hij knikt ja en dat klopt dus.

Alle Kamerleden hebben vijf minuten spreektijd. Ik stel voor dat we het houden bij zes interrupties en dat we daar coulant mee omgaan als de tijd ons dat toestaat. Ik stel voor dat we beginnen en dat ik aan het eind van de ronde mevrouw Agema vraag of zij het voorzitterschap heel even wil overnemen, zodat ik mijn eigen woordvoering kan doen. Dan wisselen we het voorzitterschap even.

Mevrouw Van den Berg heeft een punt van orde. Gaat uw gang.

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

Die zes zijn toch zeker alleen bedoeld voor wanneer wij onderling in gesprek zijn?

**De voorzitter:**

Ik merk dat mevrouw Van den Berg het al een beetje aan het oprekken is. Ik wilde voorstellen om te kijken hoever we komen met deze interrupties, maar ik merk ook dat dit een onderwerp is dat velen aan het hart gaat. Dus ik ga hier met coulance mee om. Maar ik wil ook gewoon op tijd eindigen en tijd hebben voor een reactie van de bewindspersonen. Dus ik stel voor: eerst zes interrupties.

We gaan van start en daartoe geef ik mevrouw Agema voor vijf minuten het woord.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Dank u wel, voorzitter. Hoe ziet optimale zorgverlening eruit? Het ministerie wijdt daar maar liefst 117 pagina's tekst aan en alle clichés staan erin: van passende zorg tot minder verspilling en van versterking van de eerste lijn tot meer samenwerking. Het staat zo bomvol goed klinkende geheimtaal dat je er eigenlijk niet tegen kan zijn. Maar dat ben ik wel! Onder die geheimtaal bevindt zich namelijk een bedroevende leegte die niets anders meer kan om de stijging van de zorgkosten af te remmen dan mensen hun zorg dan maar af te nemen.

Vanmorgen was er nog het bericht van een ernstig ziek jongetje, wiens behandeling niet beschikbaar is in Nederland, en die zijn behandeling in Amerika niet krijgt, want «experimenteel». Voor hem geen kans op een toekomst. Borstkankerpatiënten die hun levensverlengende medicijn bij besluit van de Minister niet krijgen, want «te duur». Voor hen geen kans

op levensverlenging. Onze postcovidpatiënten, die voor hun experimentele behandelingen naar Duitsland moeten, omdat Nederland zijn snor drukt. «Niet bewezen effectief» als bezweringsformule die leidt tot kille, koude stilstand en die de kans op prachtige innovaties verstikt. Alle innovaties zijn niet bewezen effectief, totdat ze het wel zijn.

Glunderend van trots stond Onze Minister van VWS onlangs nog bij Op1 te vertellen dat hét veld dit IZA, deze beweging, toch echt niet meer loslaat. Het veld! Maar hij bedoelt: het veld van zorgbestuurders. Zijn soort zorgbestuurders wel te verstaan, en niet alle zorgbestuurders. Het echte veld kórst van de arts Kuipers die Minister werd. In een peiling op Zorgvisie gaf 85% van hen onlangs aan hem niet terug te willen zien als Minister, en op eentje na alle huisartsen.

**De voorzitter:**

Mevrouw Agema, ik zou u wel willen verzoeken om het fatsoenlijk te houden. De zin die u net uitsprak richting de Minister, wil ik niet als uw voorzitter. Dus ik ga ervan uit dat u dat niet herhaalt en dat u dat ook niet in andere bewoordingen in uw tekst laat terugkomen.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Voorzitter, in het Reglement van Orde staat dat je een waarde niet aan een persoon mag koppelen, maar dat je wel een waardeoordeel mag hebben over diens beleid. En dat is wat ik hier heb. Dus ik houd me aan het Reglement van Orde.

**De voorzitter:**

Ik houd mij als uw voorzitter zeker aan het Reglement van Orde. U koppelde een werkwoord aan deze Minister en dat sta ik niet toe. En ik ga ervan uit dat u zich daaraan houdt, mevrouw Agema. Vervolgt u uw betoog.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Nou, voorzitter. Maar iedereen is er wel kotsziek van dat Nederland op zijn voordracht niet meer innoveert maar afpakt en niet de gouden kans ziet die innovatie biedt voor ontwikkelingen die tot betere en goedkopere zorg leiden, en tot een langer en gezonder leven.

Het IZA, met de liefkozende meisjesnaam, is het totaal verkeerde pad voor onze zorg, de zorg van ons allemaal. En de vraag is of het er wel goedkoper van wordt. Ja, dat IZA staat voor 1,5 miljard euro in de boeken, maar doorrekenen: dat doen ze niet. Het CPB wijst er inmiddels op dat het effect van het IZA op de zorguitgaven bescheiden is. En dat is logisch, want goedkoop is duurkoop. Je kunt wel stoppen met de zorg aan mensen, maar uiteindelijk worden ze duurdere patiënten. En wat als die 1,5 miljard op papier niet wordt bereikt en iedereen zorg wel af is geknepen? Dan wordt er alsnog gehakt in de zorg. Dan gaat iedereen op de nullijn. Dan wordt er afgeroomd, want ja: het IZA staat voor 1,5 miljard euro aan de lat. En slaan al die zorgbestuurders zich dan voor de kop, of zal het ze geen moer interesseren, omdat de pijn bij de werkvloer komt te liggen en niet bij hen?

Onze zorg heeft iets anders nodig. Rust! Redelijkheid en gezondheid verstand. Een Minister die het hoofd koel houdt, ziet en communiceert dat die zorgkosten helemaal niet zo hysterisch maar juist geleidelijk oplopen en tussen 2010 en 2027 onder de 10% bbb blijven. We hebben geen dik afbraakplan nodig. Wat we nodig hebben, is een halvering van de administratietijd. Dat is wat in steen gebeiteld moet worden op het Ministerie van VWS. Als je van 1,4 miljoen zorgmedewerkers, die gemiddeld 40% van hun tijd kwijt zijn aan administratie, de administratietijd halveert, krijg je er hypothetisch bijna 0,5 miljoen extra mensen bij, zonder dat er geld bij hoeft. Dat is wat nodig is.

**De voorzitter:**

Ik hoorde eerder een punt, want u heeft een vraag van mevrouw Tielen. Mevrouw Tielen, gaat uw gang.

**Mevrouw Tielen (VVD):**

Mevrouw Agema heeft het heel veel over geld terwijl zij het daar dus eigenlijk niet over wil hebben. De vraag aan mevrouw Agema is: als het IZA gericht moet zijn op toekomstbestendige zorg, waarbij kwaliteit en toegankelijkheid belangrijke waarden zijn, is dan de enige oplossing van mevrouw Agema het halveren van de administratieve lasten of heeft ze nog andere ideeën om dat mogelijk te maken?

**Mevrouw Agema (PVV):**

Ik barst van de ideeën. Ik heb 500, 600, 700 moties ingediend met concrete ideeën, die zelden op steun van de VVD konden rekenen. Dus ik barst van de ideeën. Maar ik vind wel dat het halveren van de administratietijd voor het toekomstbestendig maken van de zorg het allerbelangrijkste is. Als zorgverleners nu gemiddeld 40% van hun tijd kwijt zijn aan administratie, dan loopt niet alleen alles vast, want we weten dat er geen extra zorgmedewerkers bij komen. Verlos je hen van regels, standaardiseer je regels, digitaliseer je regels en schaf je regels af, dan bevrijd je de zorg van het juk dat ze nu ze dragen. Tegelijkertijd los je het personeelstekort op, en dat is het grootste probleem in de zorg.

**De voorzitter:**

Mevrouw Tielen, voor haar tweede vervolgvraag. Ik heb het net niet gezegd, maar ik doe blokjes van drie. Dan kan iedereen daar alvast rekening mee houden. Uw tweede vraag, mevrouw Tielen, in dit blokje.

**Mevrouw Tielen (VVD):**

Ik herken wel wat Agema zegt over administratieve lasten, want ik hoor dat zelf ook van medewerkers in «het veld». Ik heb zelf heel erg een hekel aan dat woord, maar dat terzijde. Maar welke administratieve handeling zou mevrouw Agema dan vandaag willen afschaffen? Als we dat elke dag één keer doen, is over twee jaar de helft van de administratieve lasten weg. Maar welke is dat dan? Want dat wordt natuurlijk ook al jaren geprobeerd.

**Mevrouw Agema (PVV):**

Natuurlijk. Het mooie nieuws is dat Van den Berg een hele mooie bundeling heeft gemaakt van een hele grote groep administratieve lasten, waarvan wij samen vinden dat die weg kunnen. Zij zal die over twee of drie minuutjes presenteren en daar sluit ik me dus volmondig bij aan. Maar daarenboven: wat niet in dat plan staat, is bijvoorbeeld dat er bij de verpleeghuizen nu 160.000 herindicaties per jaar zijn. Dat doen we terwijl de mensen in het verpleeghuis op het moment dat ze in het verpleeghuis komen al heel zware, heel zware patiënten zijn. We kennen ook de grootste gemene deler van die jaarlijkse kosten. We kunnen dus overgaan tot één tarief en 160.000 herindicaties schrappen. Nou, dat is één voorbeeld.

Een vergelijkbaar voorbeeld heb ik voor de wijkverpleging. In de wijkverpleging heb je allemaal productgroepen. Er moet op al die verschillende productgroepen geregistreerd worden, terwijl we weten wat de grootste gemene deler is van die kosten in de wijkverpleging. Je zou dan misschien wel een miljard euro extra echt overhouden. Ik heb weleens een businesscase gelezen van Bezorgd Nederland over wat je bereikt als je daar één tarief van maakt.

Misschien heeft mevrouw Tielen Nurse Minded weleens op visite gekregen en kent zij ook hun voorbeelden van de dingen waar ze allemaal aan moeten voldoen. Dat is niet normaal! Eentje daarvan is bijvoorbeeld

dat ze bij iedere patiënt bij wie ze geweest zijn, zeven A4's door moeten scrollen om een paar dingen aan te vinken, terwijl er allemaal witregels tussen staan. Nou, dat zijn een heleboel voorbeelden van regels die zo weg kunnen.

**De voorzitter:**

Mevrouw Tielen, uw laatste vraag.

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Als ik goed luister naar wat mevrouw Agema antwoordt op mijn vraag wat we morgen zouden moeten afschaffen, zegt zij dus dat zij morgen de herindicatie in de verpleeghuiszorg zou willen afschaffen.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Zeker, want dat zou 160.000 keer een administratieve handeling schelen. Wat ik zou willen doen, is bij de...

**De voorzitter:**

Mevrouw Agema!

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ja, maar... Ik heb heel veel ideeën over regels.

**De voorzitter:**

Dat weet ik en ik ga u zo meteen ook nog de ruimte geven om dat in uw betoog te doen. Maar dit is ook voor mevrouw Van den Berg aanleiding om een vraag te stellen. Ik geef u voor de tweede keer de ruimte om daarop te reageren.

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

Dank u wel, voorzitter. Ik concludeer dat u zes interrupties toestaat, maar dan wel in tweeën of drieën zelfs. Dat ik het even goed begrijp.

**De voorzitter:**

Mevrouw Van den Berg, u neemt heel veel ruimte in. Ik ga heel strak op de tijd letten en ik ga ervan uit dat u het met één vraag afkunt, aangezien alle Kamerleden hele kordate en bondige antwoorden gaan geven. Lukt dat niet, dan geef ik u ruimte voor een verhelderende vraag. Dus als u één duidelijke vraag heeft, geef ik u nu het woord.

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

Ik wil even terugkomen op het statement van mevrouw Agema dat IZA geen ruimte zou bieden aan innovatie. Dat wil ik toch wel ontkrachten. Ik wil van mevrouw Agema graag het volgende weten. We zijn aan het kijken en we zijn aan het onderzoeken welke zorg effectief en welke zorg niet effectief is. Is mevrouw Agema het met het CDA eens dat IZA wel degelijk ruimte biedt aan innovaties, maar dat we dan gelijktijdig moeten willen onderzoeken wat daarvan de gevolgen zijn?

**De voorzitter:**

Mevrouw Agema voor een bondige reactie.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Als mensen therapeutische meerwaarde zien in het knuffelen met dolfijnen dan mag dat van mij, maar dat hoeft van mij niet vergoed te worden. Maar met de discussie over passende en bewezen effectieve zorg heb ik grote moeite, omdat alle innovaties bij aanvang niet bewezen effectief zijn. Dat geldt bijvoorbeeld voor alle postcovidbehandelingen, waarvoor patiënten nu naar Duitsland gaan, omdat ze in Nederland niet worden aangeboden. Al die behandelingen zijn niet bewezen effectief en

dat stopt dus de innovatie die we zo hard nodig hebben in Nederland. Uiteindelijk levert het ook geld op, hè. Op het moment dat postcovidpatiënten wel beter worden, worden het immers weer belasting betalende burgers. Voor een lekkende hartklep was vroeger een openhartoperatie nodig, maar steeds meer mensen krijgen tegenwoordig een TAVI, een heel klein hulpmiddel dat licht invasief wordt ingebracht. Dat scheelt uiteindelijk dus heel veel zorgkosten. Als je zegt «maar dat is niet bewezen effectief», dan is dat inderdaad zo, totdat bewezen is dat het dat wel is. Ik vind dat het nu te strak en te stroef gaat. Je ziet dat bij dat jongetje van vanmorgen die zijn behandeling niet krijgt en bij die borstkankerpatiënte die geen levensverlenging krijgt. Je ziet het bij allerlei behandelingen, ook die voor postcovid. Die behandelingen worden afgeknepen en dat is niet goed, want zo krijg je geen innovatie. En als je geen innovatie krijgt, krijg je op de lange termijn ook geen goedkopere zorg.

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

Mijn vraag aan Agema was: is ze het ermee eens dat je met innovaties kunt starten en gelijktijdig onderzoek kunt doen?

De **voorzitter**:

Nu wil ik toch één ding voorkomen. Ik gaf ruimte voor een verhelderende vraag. Ik ga er daarom van uit dat mevrouw Agema nu heel bondig antwoord geeft en dan met haar betoog verdergaat.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Natuurlijk, maar wat bedoelt mevrouw Van den Berg hiermee in relatie tot mijn bijdrage?

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

Dat mevrouw Agema suggereert dat innovaties nu worden tegengehouden, terwijl het CDA zegt: nee, innovaties worden niet tegengehouden, maar gelijktijdig willen we dan wel onderzoeken wat de toegevoegde waarde van die innovatie is.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Dat is in elk traject zo. Het ziektebeeld van postcovid is een nieuw ziektebeeld. Alle behandelingen zijn dus per definitie niet bewezen effectief. Ze zijn per definitie experimenteel. Dan zie je in Nederland de reflex: het moet passende zorg zijn en bewezen effectief. Nederland doet daardoor niet mee! Onze patiënten gaan naar Duitsland en Duitsland haalt dus de kooltjes uit het vuur door die behandelingen te onderzoeken en experimenten te doen. Duitsland kijkt wat wel of niet werkt en Nederland doet daar niet aan mee. Hetzelfde geldt voor dat jongetje in de krant van vanmorgen, Guido. Zijn behandeling vindt niet in Nederland plaats, maar er is wel een experimentele behandeling in Amerika. En die krijgt hij dus niet vergoed van zijn verzekeraar, want zijn verzekeraar zegt: niet bewezen effectief. Als wij niet met z'n allen mee gaan doen aan niet bewezen experimenten, dan komen we nooit tot bewezen effectieve experimenten. We komen dan niet vooruit en dan zakt onze zorg steeds verder in elkaar.

De **voorzitter**:

Vervolgt u uw betoog, mevrouw Agema.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ik was klaar.

De **voorzitter**:

Uw was klaar met uw hele betoog? Ah, kijk! U heeft een vraag van de heer Drost.

De heer **Drost** (ChristenUnie):

Ik ben zelf, maar dat zal persoonlijk zijn, meer een man van hoop dan van wanhoop en meer van een halfvol glas dan van een halfleeg glas. Ik vond mevrouw Agema's betoog over het Integraal Zorgakkoord wel heel erg negatief. Ik weet dat mevrouw Agema, die heel veel langer meeloopt dan ik, heel veel zorgverleners spreekt. Ik weet dat in de wijken vaak wordt geklaagd over al die loketten, de ontbrekende samenwerking en over het niet kwijt kunnen van mensen. Recent was ik in een ziekenhuis. Een van de speerpunten daar was: laten we ervoor zorgen dat we ouderen niet langer onterecht in het ziekenhuis opnemen vanwege het feit dat het in de keten misgaat. Het lichtpuntje dat ik in het IZA zie, is dat op z'n minst geprobeerd wordt om de samenwerking verder vorm te geven. Welke lichtpuntje ziet mevrouw Agema in het Integraal Zorgakkoord?

Mevrouw **Agema** (PVV):

Samenwerking is goed, maar daar hebben we het IZA niet voor nodig, hè. Zorgverleners vinden elkaar ook wel zonder een IZA. Samenwerking hoort erbij. Ze worden eerder tegengewerkt door een IZA. Neem de wijkverpleging. Als je een nieuwe wijkverpleegkundige instelling begint en je nieuw bent, dan ben je ongecontracteerd. Maar er liggen wel ouderen in het ziekenhuis die soms vijf of zes dagen langer moeten blijven omdat er geen wijkverpleegkundige zorg is. Vervolgens zegt Minister Helder: ik ga het die ongecontracteerde zorgverleners moeilijk maken. De verzekeraar belt de mensen op van: u krijgt straks misschien een heel hoge rekening als u toch bij die ongecontracteerde wijkverpleegkundige instelling zorg afneemt. Dat lost dit IZA niet op. Een oplossing is dat de Minister geen jacht maakt op ongecontracteerde zorgaanbieders maar ervoor zorgt dat een nieuwe thuiszorgaanbieder direct gecontracteerd kan worden. Daar heb je dat IZA niet voor nodig, dat is gewoon verstandig beleid. Dat moet gewoon vanuit VWS worden aangestuurd. Eén lichtpuntje ... Wat moet ik als lichtpuntje noemen? Een pot geld van 2,8 miljard euro waarmee iedereen naar hartenlust projecten kan starten? Prima, maar intussen leven we wel in een tijd waarin mensen steeds minder zorg krijgen, ook door dat IZA.

De **voorzitter**:

Wilt u nog een verhelderende vraag stellen, meneer Drost?

De heer **Drost** (ChristenUnie):

Nou ja, een lichtpuntje ... Volgens mij is het 2,3 miljard, maar geld is altijd fijn. Het moet gestoken worden in transformatieplannen. Het is de vraag op welk niveau je het doet. Het IZA is landelijk en het moet naar beneden sijpelen, uiteindelijk tot bij de zorgverleners zelf. Ik deel mevrouw Agema's analyse niet helemaal. Natuurlijk gaan er in de zorg dingen fout, maar er komen ook ouderen in het ziekenhuis terecht omdat het in de keten niet goed is georganiseerd en mensen elkaar niet weten te vinden. Daar moet je wat mee. Door het IZA zitten partijen in ieder geval aan tafel met elkaar en wordt er goed nagedacht over passende zorg, dicht bij mensen, ook via digitalisering en andere manieren. Ik vind dat een lichtpuntje. Dat mag mevrouw Agema wel toegeven, vind ik.

De **voorzitter**:

Dan zou het helpen als u een verhelderende vraag stelt, want dit was een soort betoog, en daarmee loopt dit debat wel uit.

De heer **Drost** (ChristenUnie):

U heeft helemaal gelijk, voorzitter.

Mevrouw **Agema** (PVV):

De heer Drost zit inderdaad nog niet zo lang in deze commissie. Ik zit hier al sinds het eerste hoofdlijnenakkoord, dat van oud-minister Schippers, waarin de budgetplafonds werden geïntroduceerd. Het eerste hoofdlijnenakkoord zal miljarden en miljarden uit de zorg gedrukt hebben zonder dat iemand er eigenlijk iets van merkte. Daarna kregen we Minister Bruins, die ook zo'n zorgakkoord wilde, want er moest bezuinigd en bespaard worden op de zorg. Bij het tweede hoofdlijnenakkoord zei het CPB: hé, hé, kijk uit, Minister Bruins, want dit kan weleens ten koste gaan van de kwaliteit. Maar het tweede hoofdlijnenakkoord kwam er toch. «IZA» staat voor: Integraal Zorgakkoord. Het is het derde zorgakkoord. Bij de doorrekening van uw regeerakkoord heeft het Centraal Planbureau gezegd: dit zorgt voor minder zorg en voor vermindering van kwaliteit van zorg. Lees lichtpuntjes wat u wil, maar onder de streep is het minder. Onder de streep is er zorg weg en onder de streep is de kwaliteit van zorg geweld aangedaan, met dank aan de ChristenUnie.

**De voorzitter:**

Mevrouw Agema, graag spreken via de voorzitter. Dat houdt het debat ook zorgvuldig. Ik ga mevrouw Van den Berg het woord geven voor haar betoog.

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

Dank u wel, voorzitter. Het doel van het Integraal Zorgakkoord is de zorg beschikbaar, betaalbaar en bereikbaar te houden. Hoe zorgt de Minister ervoor dat niet alleen financiële, maar juist ook inhoudelijke doelstellingen zoals samenwerking gehaald worden? Om IZA succesvol te laten zijn, is juist die samenwerking essentieel, maar samenwerken gaat moeizaam als de basis niet op orde is en er geen lerende cultuur is.

Vrijdag was ik op werkbezoek bij de apotheken in Bakel en Asten. Daar heb ik schrijnende en aangrijpende verhalen gehoord over de effecten van de geneesmiddeltekorten op patiënten, maar ook over wat dat doet met zorgprofessionals, over de stress en de extra zorg die ze aan patiënten moeten geven vanwege bijvoorbeeld bijwerkingen van het alternatief, maar ook over de agressie waarmee zij te maken krijgen.

De Minister heeft gereageerd op mijn initiatiefnota over geneesmiddelen, waarvoor dank, maar welke concrete acties heeft de Minister nu ingezet om het geneesmiddeltekort aan te pakken? Wat vindt de Minister van het idee dat apothekers ook relevante labwaarden zouden moeten kunnen inzien zonder de huisarts apart te bellen? Als je namelijk hiervoor tijd gebruikt, dan kun je die tijd niet besteden aan de samenwerking van het Integraal Zorgakkoord. Een andere tijdvreter is de tijd die huisartsen en wijkverpleging moeten besteden aan het bestellen van medische hulpmiddelen. Hoe staat het met de uitvoering van mijn motie?

Voorzitter. Om de basis te verstevigen is een vermindering van de administratie nodig. Mevrouw Agema noemde dat net al. Mevrouw Agema, mevrouw Werner en ik bieden hierbij, via de bode, de belofde lijst aan de Minister aan. Die hebben wij op 27 september aan Minister Helder beloofd. Ik heb die lijst net ook digitaal naar de griffie gestuurd. Dat bespaart weer papier.

Voorzitter. Er is 2,8 miljard beschikbaar aan transformatiegelden. Hoe wordt geregeld dat dit niet grotendeels bij ziekenhuizen terecht komt? 90% van de zorg is immers eerstelijnszorg. Hoe wordt geregeld dat dit een plan wordt dat door het hele netwerk wordt gedragen en niet alleen door degenen die het hebben bedacht? Hoe borgt de Minister dat innovaties worden opgeschaald en geïmplementeerd? Zo is bijvoorbeeld oogdruppelen door de wijkverpleging niet nodig als men een oogdruppelbrilletje gebruikt. Maar de verzekeraar kan het niet controleren en dan zijn er toch weer aanbieders van wijkverpleging die blijven druppelen en dat ook declareren.



In de brief van de bewindslieden staat dat veel plannen over digitalisering gaan, maar gaat het dan om het opschalen van e-health of om het verbeteren van ICT-systemen? Hoe wordt het «Not Invented Here»-syndroom doorbroken? En hoe wordt voorkomen dat er straks regionaal in zaken zoals ICT wordt geïnvesteerd die vervolgens landelijk niet op elkaar aansluiten? Hoe zit het met de samenwerking tussen de ggz en het sociaal domein? Verwijst het sociaal domein naar de ggz of de ggz naar het sociaal domein? Dat is nogal van belang als we willen demedicaliseren. Problemen in het sociaal domein moeten immers in het sociaal domein worden opgelost.

Hoe wordt geborgd dat iedereen voordeel heeft van het transformatieplan? Zo las ik dat zeven Santeonziekenhuizen IZA-transformatiegeld krijgen voor een digitaal thuismonitoringsstelsel. Kunnen andere gratis aanhaken? Wordt er gewerkt met open standaarden?

Voorzitter. We hebben afgesproken dat er eerst regiobeelden komen en dan regioplannen. Nu de regiobeelden er zijn, zouden eind van het jaar de regioplannen moeten komen. Naast de algemene regiobeelden zijn er ook ROAZ-beelden over de acute zorg. Wat ik niet begrijp, is dat er tussendoor voorgenomen besluiten worden gecommuniceerd. Ik noem het ziekenhuis in Zutphen, de kraamzorg in Zoetermeer en het ziekenhuis in Heerlen. Sterker nog, in het ROAZ-plan Zuid-Limburg staat: «Om een accuraat beeld te schetsen van het aanbod in de regio zal verdiepend onderzoek moeten worden uitgevoerd.» Het IZA zou toch leidend moeten zijn? Dat betekent dan toch dat er plannen komen voor de hele regio en niet individuele beslissingen? Graag daarop een reactie.

Uiteraard ben ik verheugd dat de Minister het Zeeuwse Burgerberaad Zorg Zeeland noemt als een mooi voorbeeld van het betrekken van burgers. Kernwoorden daarin zijn «omzien naar elkaar», «zorgzame buurten» en, ook heel mooi, «Van eiland naar WIJland». Maar hoe worden andere burgers in andere regio's betrokken bij het maken van regioplannen? Hoe staat het met de uitvoering van de motie-Van den Berg/Bushoff over het verduidelijken van de rol van de Directeur Publieke Gezondheid en het borgen dat patiëntvertegenwoordigers zoals Zorgbelang bij de ROAZ'en kunnen aanschuiven? Hoe zit het met de positie van de paramedici? Het lijkt wel of die overal worden vergeten, in alle stukken.

Voorzitter, tot slot. Het Integraal Zorgakkoord... O, sorry, ik ben al over de vijf minuten. Dan stop ik.

**De voorzitter:**

Ik knikte u bemoedigend toe, dat als u een laatste zin ter afronding...

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

Nee, dat lijkt me niet netjes jegens de collega's.

**De voorzitter:**

Nou, dat is heel keurig. Wat een prachtig voorbeeld. Dan geef ik mevrouw Tielen van de VVD het woord. Gaat uw gang.

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Dank u wel, voorzitter. De potentie van het Integraal Zorgakkoord ligt, denk ik, in het feit dat heel veel plannen en afspraken zijn gemaakt door heel veel organisaties en beroepsgroepen, in overleg met de verzekeraars en ook het ministerie. Maar de kracht zit natuurlijk in de realisatie. Ik vind het toch moeilijk om daar een beetje grip op te krijgen. Er zijn veel tabellen en actieplannen en we hebben in de brief over één jaar IZA heel mooie tijdlijnen gezien met heel veel activiteiten, maar uiteindelijk zit het 'm natuurlijk in het realiseren van de resultaten en de uitkomsten. Wat dat betreft heb ik toch wel een beetje behoefte aan een soort van – ik durf het bijna niet te zeggen – monitor of dashboard, zoals ik het

bijvoorbeeld zag in die brief over één jaar IZA. Die bevat een overzicht van de voorstellen voor transformatiegelden, waarmee dus aanspraak wordt gemaakt op gelden uit die pot van 2,8 miljard euro. Dat is best wel overzichtelijk. Het toont bijvoorbeeld het aantal aanvragen dat een snelle toets heeft doorstaan.

Dat zijn fijne inzichten om een beetje gevoel te krijgen, al word je daar wat mij betreft niet heel optimistisch van. Er zijn 120 aanvragen ingediend, 29 zijn afgewezen en 35 gaan door naar een volgende ronde. Het laat wel zien dat het bijna ongrijpbare materie is. De vraag is hoe de zorgorganisaties die betrokken zijn bij het IZA en er hun handtekening onder hebben gezet, alsook wij als Kamer meer zicht en grip kunnen krijgen op de werking van het IZA. Gaat het IZA ons echt brengen wat het ons zou moeten geven? Graag krijg ik van de Ministers een beeld daarvan en ook een handvat.

Mevrouw Van den Berg noemde ze al even. Ik wil aandacht voor de paramedici, denk aan fysiotherapeuten en diëtisten. Die geven zelf aan dat ze te weinig aan tafel zitten, wat raar is, want juiste deze groepen professionals hebben een belangrijke rol in de gezondheidszorg en in de preventie. Als voorbeeld noem ik gegevensdeling. Ik kom daar zo nog op terug. Maar het zou natuurlijk heel handig zijn en administratieve lasten beperken als ook de gegevens van fysiotherapeuten en diëtisten zouden worden samengevoegd met gegevens die bijvoorbeeld bij huisartsen of apothekers zitten.

Hoe staat het daarmee? Is de Minister bereid zich ervoor hard te maken dat in de extra werkgroep IZA waar wij vorige week bij het commissie-debat over digitalisering over spraken, ook paramedici aan tafel zitten, zodat er zowel bij het maken van plannen alsook bij de uitvoering die straks nodig zal zijn, daadwerkelijk een volledig beeld is van alle gegevens die nodig zijn? Ik zei net al dat vorige week die extra werkgroep over gegevensdeling en persoonlijke gezondheidsomgevingen ter sprake kwam. Hoe staat het daarmee? Wordt dat een complete groep? Op welke termijn krijgen wij beter zicht op de voortgang – daarmee kom ik weer bij het begin – op alle voornemens, ambities en ideeën die in het IZA zijn vastgelegd?

Voorzitter, dat was het.

**De voorzitter:**

Dank, mevrouw Tielen. Dan geef ik de heer Drost van de ChristenUnie het woord. Gaat uw gang.

**De heer Drost (ChristenUnie):**

Dank u, voorzitter. Met het IZA zetten wij wat de ChristenUniefraction betreft een noodzakelijke stap op weg naar een meer zorgzame samenleving. We lijken namelijk ook in de zorg de verbinding met elkaar verloren te zijn. Niet dat er geen waarschuwingen kwamen van betrokken zorgprofessionals, bijvoorbeeld uit de wijken. Zij werden geconfronteerd met regels en beperkingen, en kregen vragen van patiënten en cliënten die ze niet konden of mochten beantwoorden. Met dit Integraal Zorgakkoord gaan wij op zoek naar hoe we weer goed de verbinding kunnen leggen onder elkaar, tussen patiënt en zorgverlener, tussen mantelzorgers en patiënten, maar ook tussen zorgverleners onderling.

En ja, zorg moet passend zijn en ook efficiënt en doelmatig. «Waardegedreven zorg» noemt het IZA dat. Maar de zorg mag ook over waarden gaan. De waarde van het zorgen voor elkaar is onmisbaar. Naast waardegedreven zorg dus ook waardengedreven zorg. Het beste dat wij elkaar kunnen geven, is zorg en aandacht. Vorige maand was ik in het ziekenhuis van mijn eigen regio, het ziekenhuis Gelderse Vallei in Ede. Voeding, bewegen en slapen zijn hun speerpunten. Ik sprak met bevlogen verpleegkundigen en artsen die zich vol inzetten voor nog betere zorg voor de patiënt, door in de regio samen te werken, gezonde voeding aan

te bieden en de patiënt na de operatie heel veel te laten bewegen. Weinig pyjama's en eten in bed te zien in dat ziekenhuis. Volgens mij hebben zij de omslag van zorg naar gezondheid al voor een groot deel gemaakt. Zij zijn een goed voorbeeld. Het beeld dat ik van hen kreeg, is dat het Integraal Zorgakkoord, de beweging die daarmee wordt gemaakt in de hele sector, aan de ene kant heel behulpzaam is, maar ook voor knelpunten zorgt en nog lang niet alles oplost waar zij mee aan de slag willen. Mijn startvraag bij dit debat is: wat merken de patiënt en de zorgverlener al van het IZA?

Voorzitter. Ik schrik als ik in de voortgangsrapportage lees dat er nog maar 1 transformatieplan is goedgekeurd, terwijl er 120 plannen zijn ingediend. Een groot deel loopt nog, maar dat betekent dat het vrij lang kan duren om de transformatiemiddelen te ontvangen. Ik hoor van zorgaanbieders dat er hele strikte eisen zijn opgesteld door de zorgverzekeraars, waardoor veel plannen worden afgekeurd en moeten worden aangepast. Nu liggen er dus goede plannen stil, die wel de goede kant op gaan. Kan dat proces aan de kant van de verzekeraars en het ministerie wellicht nog sneller? En daarop doorgaand: als er meer dan één zorgverzekeraar in de regio actief is, moeten zorgverzekeraars er samen uit komen. Wie stuurt dat? Wie bepaalt of de plannen goed genoeg zijn? De zorgverzekeraars beheren het transformatiegeld. Is de politiek dan wel echt in the lead of niet meer? Committeren de zorgverzekeraars zich echt aan de doelen van het IZA? We horen ook signalen dat de ene zorgverzekeraar dat meer tussen de oren heeft dan de andere, afhankelijk van hun belang in de regio. Hoe gaan we daarmee om? Hoe kan de Minister de zorgverzekeraars erop aanspreken om niet aan eigenbelang te denken, maar aan het belang van de regio, of het belang van het IZA?

Over de monitoring. De voortgang van het IZA wordt op drie niveaus gemonitord. Onder andere de effecten op de gezondheid van mensen worden gemonitord; dat is het derde niveau. Daar draait het uiteindelijk natuurlijk om. Voordat we die effecten zien, zijn we waarschijnlijk jaren verder, maar het meten moet nu al beginnen. Welke voorbereidingen worden daarvoor getroffen? Wie gaat deze monitoring eigenlijk uitvoeren?

Voorzitter. Over palliatieve zorg. Palliatieve zorg in de eerste lijn staat op de pakketagenda. Het dilemma dat het Zorginstituut schetst, is dat thuis sterven arbeidsintensief en duur is, en misschien niet wenselijk als iemand geen netwerk heeft. Tegelijkertijd is zorg dichtbij ook belangrijk. Het Zorginstituut roept op tot een maatschappelijk debat hierover. Mijn vraag aan de Minister is: welke sectorpartijen hebben dit eigenlijk als probleem aangekaart? Is de Minister van plan om het maatschappelijke debat hierover te starten? Zijn het Zorginstituut en de Minister zich ervan bewust dat er veel vrijwilligers actief zijn in de palliatieve zorg, thuis en in hospices, al zijn die niet overal goed bekend? Oftewel: is het probleem dan wel zo pregnant als het nu wordt opgevoerd?

Voorzitter. Mijn laatste punt gaat over de regionale zorg. Een van de grote winstpunten van het IZA is volgens mij meer samenwerking in de regio. De regioplannen moeten daaraan bijdragen. Regionale samenwerking tussen de eerste en tweede lijn is een uitgelezen kans om de brug te slaan naar de nulde lijn en de informele zorg. Hoe gebeurt dat dan? Hoe is het sociaal domein aangehaakt bij die regioplannen? Lukt het goed genoeg om financieringsafspraken te maken in die regio? Patiëntenorganisaties geven aan dat zij maar bij de helft van de regioplannen goed worden betrokken. Heeft de Minister dat beeld ook? Kan hij de regiopartijen hierop aanspreken? De subsidies voor patiëntenparticipatie die beschikbaar komen, zijn natuurlijk mooi, maar betekent dat ook dat het niet verplicht is om patiënten en burgers erbij te betrekken? Dat was het, voorzitter.

De **voorzitter**:

Dank u wel, meneer Drost.

De heer **Drost** (ChristenUnie):

Ik ging uit van een spreektijd van vier minuten, maar ik bleek er vijf te hebben. Bij dezen.

De **voorzitter**:

Ik ben zo coulant dat ik zelfs de spreektijd oprek. Nee, het waren er vijf. Ik geef de heer Dijk het woord. Gaat uw gang.

De heer **Dijk** (SP):

Voorzitter, dank u wel. De intenties van het Integraal Zorgakkoord lijken goed. Die zijn in heel veel mooie woorden en heel veel pagina's verwoord, maar wat zien we er eigenlijk van? Wat is de vooruitgang?

Ik wil graag eerst even beginnen met een aantal reacties. Ik vraag de Ministers dan ook om even op te letten, want daar gaan mijn vragen namelijk allemaal over. Aad de Groot van DSW: «Ondanks het Integraal Zorgakkoord blijft contractering het gebruikelijke handjeklap.» Jan den Boon van Medisch Spectrum Twente: «Het Integraal Zorgakkoord kan in dit stelsel niet slagen.» Burgemeesters en wethouders van Stadskanaal en Hoogeveen geven aan dat zij een grote kater hebben overgehouden aan de grootschalige concentratie van acute zorg. Marcel Levi: «Dit akkoord dreigt vast te lopen. Er gebeurt helemaal niets. Ik zie nul progressie. De enige activiteit die ik zie, is eindeloos veel congressen, symposia en consultants die vette nota's schrijven.» Wim Groot: «De zorgsector zet massaal advies- en consultancybureaus in bij het opstellen van de plannen voor het Integraal Zorgakkoord.» John Bos van ActiZ: «Alle zorgsectoren hebben last van de enorme bureaucratie rond het Integraal Zorgakkoord.» En Tamara Kroll van het Martini Ziekenhuis in Groningen, waar we gisteren ook weer iets over hebben gelezen: «Die dikke papierberg waar we doorheen moeten bij een aanvraag van transformatiegeld, die reeks strikte randvoorwaarden, de te strakke deadlines en de omvangrijke monitoring: het is niet te doen.»

Voorzitter. De SP wil graag dat de Ministers reageren op de kritiek op het stelsel, de bureaucratie, de enorme toename van consultants en de moeilijkheden wat betreft contractering. Het is namelijk allemaal kritiek die samenhangt met de kritiek op het Integraal Zorgakkoord. Ik zei eerder dat de intenties van het Integraal Zorgakkoord wel goed lijken, maar de belemmeringen die de samenhang, samenwerking en ook de preventie in de weg zitten, worden naar de mening van de SP veroorzaakt door het huidige stelsel van marktwerking en concurrentie. Iedere keer als je alle mooie plannen, alle mooie woorden die daarin staan, zou toetsen aan de markt, dan zie je: hé, daar zit de markt dwars; hé, daar zit de concurrentie dwars. Je kunt het dus allemaal mooi opschrijven, maar zolang je die marktwerking niet afschaft, zal er niets veranderen.

Zo wordt er ingezet op regionale samenwerking, maar blijven de mededingingsregels en de financieringswijze hetzelfde, waardoor er prikkels blijven om het eigenbelang voorop te stellen. Dat werkt de samenwerking dus niet in de hand. De plannen om contractering van zorgaanbieders door zorgverzekeraars te versnellen gaan niet werken in een systeem waarbij vele verzekeraars allemaal met duizenden zorgaanbieders moeten onderhandelen. Ook zorgaanbieders worden hier hoorndol van. De plannen voor het verminderen van de regeldruk zijn vrijblijvend en leggen de verantwoordelijkheid bij de partijen zelf, een soort zelfregulering. Vergeef het mij om de zorg met banken te gaan vergelijken, want dat doe ik niet graag, maar daar heeft het ook hopeloos gefaald. Er zijn zo veel voorbeelden van waar zelfregulering niet faalt in een systeem dat wel faalt, en dat zien we nu in de zorg ook. Er worden geen stappen gezet om zorgverleners echt vertrouwen en echt zeggenschap te geven. Wederom komt dit voort uit het systeem van markt-

werking en concurrentie, dat wantrouwen in de hand werkt en alle controledrift op gang brengt.

Tot slot heb ik een vraag omdat er op dit moment toch allerlei regionale plannen worden gemaakt of al zijn gemaakt. Kunnen de Ministers iets zeggen over de verschillen tussen de regionale plannen, tussen de opzetten die verschillen? Waar komen die verschillen in de totstandkoming van de opzetten vandaan? Waarom gaat het in sommige regio's qua samenwerking wel goed? Er zijn echt wel goede voorbeelden; ik wil hier niet alleen een heel negatief verhaal neerzetten. Er zijn echt wel regio's waarin er goed samen wordt gewerkt, maar ik zou graag weten waar die verschillen in zitten.

**De voorzitter:**

Dank u wel, meneer Dijk van de SP. Dan geef ik de heer Bushoff het woord namens de Partij van de Arbeid en GroenLinks.

**De heer Bushoff (PvdA):**

Dank u wel, voorzitter. Gezondheid is ons grootste goed. We willen natuurlijk met z'n allen dat mensen lang in gezondheid kunnen blijven leven en dat ze de juiste zorg krijgen op het moment dat het daar even aan schort. Toch staat dat principe wel onder druk, ook in de toekomst. De betaalbaarheid van de zorg voor mensen staat onder druk. De bereikbaarheid van de zorg staat ook onder druk. Maar ook de betaalbaarheid van de zorg als collectief staat best wel onder druk. We zullen dus moeten nadenken over hoe we de zorg van de toekomst vorm gaan geven. Het is volgens mij heel goed als we dan zeggen dat we willen inzetten op preventie en samenwerking in de regio. Op zich zijn dat uitgangspunten die ook in het IZA staan. Ik denk dat dat ook heel goed is. Alleen, de vraag is natuurlijk wel hoe we van die papieren werkelijkheid, die het IZA nu voor een deel nog is, naar de praktijk gaan. Ik denk dat er best goede dingen gebeuren, maar ik heb wel twee grote zorgpunten als het gaat om van papier naar de praktijk komen. Die twee zorgpunten zitten 'm in ieder geval in de wijkverpleging en de ggz. Daar ga ik zo ook nog even verder op in. Als laatste zal ik dan ook nog een vraag stellen over de contractering.

Eerst even het punt dat we van papier naar de praktijk toe moeten wat betreft wijkverpleging. We willen graag dat mensen langer gezond thuis kunnen blijven wonen. Tegelijkertijd zien we dat er een toename is van ouderen die thuis een ongeval krijgen, die vallen, met alle problemen van dien. Je zou denken dat inzetten op de wijkverpleging dan eigenlijk cruciaal is. Het verbaast dan dat er eigenlijk jaar na jaar na jaar geld overblijft dat wel gereserveerd is voor de wijkverpleging. Volgens mij is er nu dus een onderbesteding van bijna 812 miljoen euro. Ook het IZA zegt: dat willen we eigenlijk niet; we willen er echt stappen in zetten om dat tegen te gaan en om ervoor te zorgen dat het geld dat bedoeld is voor de wijkverpleging en ook echt goed gebruikt kan worden in de wijkverpleging, echt uitgegeven wordt. Mijn vraag is dan simpel: welke concrete stappen zijn er al gezet en worden er in de nabije toekomst gezet? Ik zou er ook nog wat specifiek op in willen gaan. We zien bijvoorbeeld dat het op dit moment zo is dat je allerlei «systeemfuncties» hebt, zoals ze dat dan noemen. Dat is dus niet het daadwerkelijk leveren van zorg, maar het organiseren van zorg in de wijkverpleging. Dat wordt eigenlijk niet gecontracteerd door zorgverzekeraars. Daar is wel een betaaltitel voor gecreëerd. De vraag is dan eigenlijk: waarom gebeurt dat niet? Volgens mij is het de taak van VWS en eventueel ook van de NZa om zorgverzekeraars daarop aan te spreken. Mijn vraag is dus: is de Minister ook van plan om dat te doen en kan zij daar een reflectie op geven?

Voorzitter. Dan het punt over de ggz. Ook daarin zien we op dit moment eigenlijk een soort papieren werkelijkheid, die echt snel naar de praktijk moet worden gebracht. We lezen in het IZA dat er hele hoge ambities zijn

om de wachtlijsten terug te dringen, om mensen minder lang te laten wachten. Vervolgens horen we in het veld eigenlijk vooral dat er nu heel veel overlegd wordt, maar dat de wachtlijsten ondertussen nog enorm lang zijn, dat mensen nog heel lang moeten wachten en dat de concrete stappen die nodig zijn om dat doel in 2026 te halen, nog uitblijven. Mijn vraag aan de Minister is dus ook: kan hij een aantal voorbeelden noemen van stappen die gezet zijn om deze ambities te halen? Hoeveel mentale gezondheidscentra zijn er inmiddels bijvoorbeeld opgezet? Op welke manier wordt het sociaal domein hierbij betrokken?

Voorzitter. Tot slot ook nog een vraag over een motie van mijn collega Mohandis van mei dit jaar over zelfregiecentra en herstelorganisaties. Die zijn hartstikke belangrijk. Wij begrijpen vanuit het veld dat er eigenlijk wat vertraging optreedt in de uitvoering. Zou de Minister of Staatssecretaris daar een update over kunnen geven?

Voorzitter. Tot slot een laatste punt. Dat gaat over de contractering tussen zorgverleners en zorgverzekeraars. We lazen gisteren het bericht uit Groningen dat het Martini Ziekenhuis voor een deel geen patiënten meer kan behandelen, omdat het geld op is bij zorgverzekeraars. Ik zou de Minister willen vragen wat dat betekent. Wat vindt hij hiervan? Vindt de Minister dat de zorgplicht door verzekeraars in dit licht wordt nagekomen of niet? Breder zou ik de Minister ook graag willen vragen of hij al signalen heeft over hoe het überhaupt loopt met de contractering tussen zorgverleners en zorgverzekeraars richting 2024. In 2023 liep het namelijk helemaal niet goed. We hebben gezegd dat het echt beter moet. Kan de Minister daar ook al wat over zeggen?

Dank u wel.

**De voorzitter:**

Dank aan u, meneer Bushoff. Dan geef ik graag het woord aan mevrouw Van der Plas van BBB. Gaat uw gang.

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

Dank u wel. Deze inbreng doe ik eigenlijk namens mevrouw Pouw-Verweij. Zij zit op dit moment in het begrotingsdebat van Sociale Zaken, dus zij kon dit debat niet bijwonen. Ik hoor een collega zeggen: dan gaan we flink interrumperen! O, ze gaan me pakken nu!

**De voorzitter:**

Ik zal ook voor u de orde bewaken, zodat u uw betoog kunt houden. Gaat uw gang.

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

Nu is de kans om BBB helemaal kapot te maken! Sorry, ik begin.

Voorzitter, mensen thuis, mensen op de tribune, zorgverleners en andere burgers van Nederland. Om te beginnen wil BBB benadrukken dat het Integraal Zorgakkoord van groot belang is voor de zorgsector. Verschillende organisaties zijn betrokken bij dit akkoord en het is belangrijk dat elke organisatie hierbij wordt gehoord. Het behouden van toegankelijke, kwalitatieve en betaalbare gezondheidszorg voor alle inwoners van Nederland is essentieel. Patiënten moeten zich bewust zijn van de zorgbelofte en wat zij daarvan kunnen verwachten. Mijn vraag aan de Minister is: is het aantal gecontracteerde zorgaanbieders voldoende om aan de zorgplicht te voldoen en de consument te voorzien van de zorg waarop die recht heeft?

Voorzitter. BBB hecht waarde aan de digitalisering en gegevensuitwisseling en vraagt het kabinet om hierin verder te gaan. BBB vraagt de Minister om samen met de sector de regie te nemen en de ontwikkeling van een landelijk dekkend netwerk van ICT-infrastructuren en -systemen te versnellen.

Preventie speelt ook een belangrijke rol in dit akkoord, waarbij wordt benadrukt dat een preventieve aanpak geïntegreerd moet worden in de basisstructuur van zorgmodellen. Samenwerking tussen de zorgsector en andere domeinen in de gezondheidszorg is hierbij van belang om de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Ook BBB wil de Minister wijzen op het belang van het openhouden van regionale voorzieningen en met name de spoedeisende hulp en acute verloskunde. Mensen die dringend medische hulp nodig hebben, waarbij elke seconde telt, kunnen het zich niet veroorloven om meer dan 30 minuten te reizen naar een ziekenhuis in de stad. Dit geldt ook voor acute verloskunde. Als er geen regionale voorziening beschikbaar is, moeten moeder en baby een potentieel gevaarlijke reis maken, terwijl zij zo snel mogelijk professionele medische hulp nodig hebben. De BBB vindt dat toegankelijkheid ook te maken heeft met de fysieke bereikbaarheid. Is de Minister het met BBB eens dat, als er nog meer regionale voorzieningen sluiten, de kwaliteit van het spoedeisende systeem hevig onder druk komt te staan?

Het zorgakkoord brengt uitdagingen met zich mee voor verschillende regio's in Nederland bij het hervormen van de zorg. BBB constateert dat er veel verschillen zijn tussen de regio's en benadrukt daarom het belang van samenwerking tussen deze regio's om gemeenschappelijke doelen te bereiken. Dit omvat het delen van inzichten en het opstellen van doelgerichte plannen op basis van grondige regionale beoordelingen. Sorry dat ik een beetje snotter. Ik ben niet emotioneel; ik ben verkouden.

Hoe kijkt de Minister aan tegen de samenwerking tussen de verschillende regio's in Nederland op het gebied van zorgtransformatie? Kan de Minister bij de voortgangsrapportage van de transformatieplannen aangeven waarom sommige regio's veel afkeuringen krijgen? Krijgen de regio's met veel afkeuringen ondersteuning van regio's die veel goedgekeurd krijgen?

BBB wil ook aandacht besteden aan de tekorten in de zorgsector. Het is belangrijk dat iedereen in onze maatschappij toegang heeft tot de zorg die men nodig heeft. Dit betekent dat we moeten werken aan het aantrekken en behouden van meer professionals in de zorgsector. BBB is zich bewust van de problemen waar de zorgsector mee te maken heeft, zoals de vergrijzing en het dalende aanbod door een tekort aan professionals. Kan de Minister ons voorzien van de meest actuele cijfers over de instroom en uitstroom van verpleegkundigen van het afgelopen jaar?

Tot slot wil ik stilstaan bij de huidige administratieve lasten voor zorgprofessionals. Het is belangrijk dat we de zorgprofessionals die we hebben, behouden. Daarom vindt BBB dat er verder gewerkt moet worden aan het verminderen van de regeldruk en de administratieve lasten. BBB is ervan overtuigd dat zorgprofessionals het beste weten wat er nodig is. Hoe gaat de Minister werken aan het verminderen van deze regeldruk en de administratieve lasten? 30% tot 40% van het werk bestaat uit administratie en 15% tot 20% van de zorguitgaven gebeurt op microniveau. In totaal hebben we het over 35% tot 40% van de zorguitgaven die administratie betreft. Als je rekent met 51 miljard euro zorgkosten en weet dat 40% daarvan overheadkosten zijn, dan hebben we het over een bedrag van 20 miljard euro.

Dank u wel, voorzitter.

**De voorzitter:**

Dank u wel, mevrouw Van der Plas. Dan vraag ik mevrouw Agema of ze het voorzitterschap van mij wil overnemen.

**Voorzitter: Agema**

**De voorzitter:**

Het woord is aan mevrouw Paulusma namens D66.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Dank u wel, voorzitter. Te lang heeft Nederland instemmend geknikt bij het verhaal dat we in Nederland de allerbeste zorg van de wereld hebben. Ik deed dat zelf ook als verpleegkundige, want het heeft namelijk ook met trots te maken. Maar helaas moeten we de waarheid onder ogen zien. De wachtlijsten nemen toe. Het personeelstekort in de zorg stijgt. Het aantal jaren waarin we in goede gezondheid leven, daalt. Professionals in de zorg werken er geen dag minder om. De toegankelijkheid, betaalbaarheid, maar ook de kwaliteit staan onder druk. Daar moet iets tegen gebeuren. De voordelen van concurrentie in de zorg zijn eindig. Het is tijd voor samenwerking met inzet op kwaliteit. Het Integraal Zorgakkoord is daar wat D66 betreft de basis voor.

Voorzitter. Het feit dat veertien organisaties vanuit het sociale domein en het zorgdomein hun handtekening onder dit akkoord hebben gezet, is wat mij betreft historisch te noemen. Dat deze partijen toen het kabinet viel ook opriepen om het IZA juist wel door te zetten, vind ik een duidelijk signaal dat we de goede richting zijn ingeslagen. Dat horen we ook terug als we met deze veldpartijen, maar vooral met professionals op de werkvloer, in gesprek zijn. Zo zijn er regioplannen opgesteld waarin iedereen met veel positieve energie de onderlinge samenwerking naar een volgende stap brengt. Is dat makkelijk? Nee. Is dat nodig? Jazeker. In de ene regio is die samenwerking al verder en tastbaarder dan in de andere.

Daarom stel ik allereerst de vraag of de Minister kan toelichten op welke wijze er wordt gewaarborgd dat alle regio's kunnen meekomen. Volgens mij benoemde mevrouw Van den Berg het «Not Invented Here»-syndroom ook al. Hoe gaan we vooral de goede dingen van elkaar overnemen? Ook is het Integraal Zorgakkoord geschreven vanuit het beleidsideaal Health in and Health for All Policies. Met andere woorden, of gewoon in het Nederlands: gezondheid als doel en onderdeel van al het beleid. Hoe vordert dit gedachtegoed in het demissionaire kabinet, zo vraag ik aan alle drie de bewindspersonen.

Voorzitter. Wat mij betreft moeten we op sommige onderdelen specifiek nog een stap verder of harder gaan lopen. Vandaag wil ik stilstaan bij twee van die onderdelen, namelijk digitalisering en de rol van verpleegkundigen. Voor de samenwerking, die zo belangrijk is in het IZA, is het ook noodzakelijk dat patiëntgegevens tussen momenten van zorgverlening, bij toestemming, zo breed mogelijk inzetbaar zijn. Een aantal collega's vroeg hier al aandacht voor. De persoonlijke gezondheidsomgeving biedt bij uitstek de mogelijkheid voor patiënten om in een oogopslag de eigen medische gegevens in te zien en deze ook te delen met zorgverleners. De overheid moet, wat D66 betreft, meer regie nemen en één PGO aanbieden, die gekoppeld is aan het bsn, zoals ook al in vele landen om ons heen gebeurt, juist om die samenwerking in het IZA nog meer te versnellen. Graag een reactie van de Minister.

Voorzitter. Het IZA heeft ook kans van slagen als zorgverleners zelf met elkaar data uitwisselen. Wij zijn dan ook blij met de inzet van de Minister op de Wegiz en de opt-outregeling. Wel vraagt het veld om meer sturing bij het ontwikkelen van een landelijke standaard voor gegevensbeschikbaarheid. Aanvullend ziet mijn partij, D66, de meerwaarde om hier ook in Europa op aangehaakt te blijven of zelfs een voorttrekkersrol te nemen. Graag een reactie van de Minister.

Als laatste de rol van verpleegkundigen. Juist in de samenwerking, in het voorkomen van zorg en in het domeinoverstijgend werken zijn verpleegkundigen dé professionals waar we een voorbeeld aan kunnen nemen. Zeggenschap voor verpleegkundigen maar ook opleidingen zijn daarin essentieel, en het strategisch vormgeven van die opleidingen is ook belangrijk. Dat geldt niet alleen voor verpleegkundigen, maar voor alle beroepen in de zorg en de medisch-specialistische zorg. Daarom vind ik het heel goed dat de Minister zich inzet om een vervolg te geven aan de



Subsidieregeling kwaliteitsimpuls personeel ziekenhuiszorg. Dat is een beleidsterm, maar het houdt in dat er geld beschikbaar komt om juist ook weer te werken aan deze opleidingen.

Dan nu weer terug naar de verpleegkundigen, want vandaag zit op de tribune een groep geweldige verpleegkundigen, die ik vanmorgen mocht ontvangen, allemaal uit de wijkverpleging. Zij hebben al een tijd geleden een manifest geschreven. Ik heb hier eerder ook al aandacht voor gevraagd in het debat. «Wil je je eigen regie niet kwijt, wees dan op je toekomst voorbereid!» is de titel. Het manifest gaat over de gesprekken die we aan de keukentafel met elkaar moeten voeren. Want welke wensen en behoeften heb je als patiënt of, nog beter gezegd, voordat je patiënt wordt? In dit manifest schrijven deze verpleegkundigen terecht over de zorgen waar ik net zelf ook mee begon, maar geven ze ook mooie, praktische suggesties om zelf de regie te houden. Ik zou nogmaals de Minister, en alle andere bewindspersonen die zich hiertoe aangetrokken voelen, op het hart willen drukken om verpleegkundigen een prominente plek te geven aan de IZA-tafels in de regio. Want zij gaan het verschil maken. Bij dezen wil ik de Ministers en de Staatssecretaris dan ook graag het manifest aanbieden. De verpleegkundigen op de tribune en ik zijn uitermate benieuwd naar hun reactie.

Dank u wel, voorzitter.

**De voorzitter:**

Dank u wel, mevrouw Paulusma. Dan draag ik het voorzitterschap weer aan u over.

**Voorzitter: Paulusma**

**De voorzitter:**

Dank, mevrouw Agema. Alle partijen hebben hun woordvoering gedeeld. Ik kijk naar de bewindspersonen. Ik heb al begrepen dat zij twintig minuten nodig hebben voor de beantwoording van de vragen die zij gekregen hebben. Ik ga ervan uit dat dat voor iedereen geldt, dus ik houd twintig minuten aan. Dan is het ... Ik kan het net niet zien op de klok. Zullen we om 14.15 uur weer terugkomen? Dan zien wij elkaar om 14.15 uur weer.

De vergadering wordt van 13.52 uur tot 14.15 uur geschorst.

**De voorzitter:**

Goedemiddag. Wat fijn dat u allen weer terug bent. We hervatten met elkaar het commissiedebat over het Integraal Zorgakkoord. Ik ga de bewindspersonen de gelegenheid geven om te reageren in hun eerste termijn. Ik ga ervan uit dat ik met Minister Kuipers begin. Daarna volgt Minister Helder en daarna Staatssecretaris Van Ooijen. Net als de rest van de commissie ga ik er ook een beetje van uit dat dat in blokjes gebeurt en dat u ieder duidt in welke volgorde u antwoord gaat geven, zodat de Kamerleden ook weten wanneer ze wel of geen vragen hoeven te stellen. Als het goed is, weten de bewindspersonen dat ze de blokjes langzaam moeten toelichten, mevrouw Agema, maar ik zal dat ook namens u nogmaals benadrukken. Gaat uw gang, Minister.

**Minister Kuipers:**

Dank, voorzitter. Misschien moeten we daar dan eerst even mee beginnen; mevrouw Agema heeft de pen al in de aanslag. Ik begin met een blokje algemeen en monitoring. Daarna heb ik een blokje transformatiemiddelen, een blokje regionale samenwerking en een blokje digitalisering en genees- en hulpmiddelen.

**De voorzitter:**

De heer Drost doet de suggestie dat het laatste blokje de titel «overig» zou kunnen hebben, maar laat Minister Kuipers vooral beginnen met het eerste blokje. Gaat uw gang, Minister. O, mevrouw Agema wil graag weten bij welke bewindspersoon ze moet zijn voor haar vragen. Ik ga voor heel veel overzicht zorgen, dus ik geef Minister Helder en daarna Staatssecretaris Van Ooijen het woord voor de blokjes.

**Minister Helder:**

Dank u wel, voorzitter. Ik heb als eerste het blokje regionale samenwerking. Daarin zit de vraag over de pg-organisaties. Dan heb ik een blokje over de eerste lijn, waarbij ik ook inga op de wijkverpleging. Daarna heb ik een blokje ggz, een blokje palliatieve zorg en een blokje administratieve lasten. Als laatste ga ik nog in op de vraag over de hulpmiddelen.

**Staatssecretaris Van Ooijen:**

Voorzitter. Ik heb één blokje, namelijk het blokje samenwerking met het sociaal domein.

**De voorzitter:**

Dat is dan zeer overzichtelijk. Dan geef ik Minister Kuipers als eerste het woord.

**Minister Kuipers:**

Dank u wel, voorzitter. Afgelopen maand is het precies één jaar geleden dat dertien partijen in zorg en welzijn samen met het Ministerie van VWS het Integraal Zorgakkoord ondertekenden. Dat was een belangrijk moment, omdat al die partijen tezamen uit verschillende domeinen afspraken hebben gemaakt om samen de zorg nu en in de toekomst toegankelijk, kwalitatief hoogstaand en betaalbaar te houden. Met dezelfde bevoegenheid waarmee alle partijen toentertijd het akkoord tot stand brachten, wordt er nu gezamenlijk gewerkt aan het vormgeven van de verdere beweging voor onze zorg en ons welzijn. Ik wil graag richting uw Kamer benadrukken hoe uniek het is dat zo veel partijen ieder kwartaal weer op landelijk niveau – regionaal en lokaal gebeurt dat met een grotere frequentie – met elkaar om de tafel zitten, waarbij problemen maar vooral ook oplossingen met elkaar worden gedeeld om een gedeelde ambitie uit het IZA waar te maken.

Zo ondersteunt, versterkt en versnelt het Integraal Zorgakkoord de ingezette beweging naar passende zorg. Ook dient het als katalysator om de gesprekken tussen zorgaanbieders verder te faciliteren. We zien dat het IZA leeft: in de praktijk met tal van goede voorbeelden, waarvan een aantal al zijn genoemd, in de regio, waarbij alle regio's bezig zijn met beelden en plannen, in de vele plannen voor transformatiegelden en in de acties die we landelijk met alle partijen en soms zelfs breder oppakken. De komende periode moeten de zorgsector, de politiek en de maatschappij de afgesproken integrale samenwerking voortzetten, zodat de toegankelijkheid en kwaliteit structureel wordt verbeterd.

Dat de betrokken partijen gemotiveerd zijn om ook de komende jaren door te pakken, blijkt uit de eerdere oproep van dertien IZA-partijen aan uw Kamer om ondanks de demissionaire status van het kabinet de uitvoering van het Integraal Zorgakkoord te blijven steunen. Dat zorgakkoord is niet het eindpunt, maar het startpunt van een beweging in zorg en welzijn naar meer passende zorg en meer samenwerking, waarbij we een oplossing bieden voor de huidige en toekomstige uitdagingen in de zorg. Dat is een beweging die al in veel instellingen en regio's zichtbaar wordt.

Dat brengt mij allereerst bij vragen die allemaal geschaard zijn onder het blokje algemeen; dat zijn er vrij veel, maar dat komt goed. Ik hoor de voorzitter naast mij zuchten, maar ik zal er even orde in scheppen.

**De voorzitter:**

Dat was bemoedigend bedoeld.

**Minister Kuipers:**

Zeker, maar zo hoorde ik het ook!

**De voorzitter:**

Zo kwam het wellicht niet over, maar gaat uw gang.

**Minister Kuipers:**

Voorzitter. Ik begin allereerst met een vraag van de heer Drost. Hij vraagt terecht: wat merkt een patiënt en wat merkt een zorgverlener nou van het IZA? Zoals bekend en besproken is het IZA een werkagenda voor meerdere jaren. Het is een transformatiebeweging die in gang is gezet, maar die ook voor de complete completering tijd kost. Inmiddels zijn er vele voorbeelden van praktische impact voor patiënten en zorgverleners. Ik zal er een aantal noemen. De implementatie van meer tijd voor een patiënt in de eerstelijnszorg en met name in de huisartsenzorg draagt bij aan de toekomstbestendigheid. Daar merken de huisarts en het hele team van de eerstelijns huisartsenzorg wat van, maar ook de patiënt. De helft van alle huisartsen in Nederland is hier ondertussen mee gestart en de andere helft heeft hier vanaf 1 januari de mogelijkheid toe.

Patiënten kunnen ook steeds meer merken van passende zorg. De implementatieagenda zorgt voor vele mooie voorbeelden daarvan. Ik kan er talloze noemen; ik heb hier een heel mapje. Ik zal ze niet allemaal doorlopen, maar u kan bijvoorbeeld denken aan specifieke behandelingen bij kinderen, maar ook bij volwassenen. Denk bijvoorbeeld aan het niet knippen van neus- of keelamandelen bij kinderen uitsluitend op basis van specifieke verkoudheids- of keelklachten. Of denk aan het aantal ondoelmatige maagonderzoeken, gastroscopieën, dat succesvol naar beneden is gebracht in de meeste ziekenhuizen nadat het onderwerp op een implementatieagenda had gestaan. Het IZA is momenteel één jaar bezig. Uit de monitoring daarvan blijkt dat veel afspraken op schema liggen. De komende periode zullen zorgverleners en patiënten daar steeds meer van merken in de praktijk.

Voorzitter. Mevrouw Van den Berg en mevrouw Tielen vroegen: hoe zorgt de Minister dat niet alleen financiële maar juist ook inhoudelijke doelstellingen die samenwerking beogen, worden gehaald? Dat is eveneens een zeer belangrijke vraag, want het gaat allereerst om die inhoudelijke afspraken. Elk kwartaal bespreken we de voortgang van het IZA met alle IZA-partijen tijdens een bestuurlijk overleg. Zo houden we gezamenlijk zicht op die voortgang. Dat gaat zowel over de inhoudelijke als over de financiële doelstellingen. Monitoring van het IZA is een vast agendaonderdeel van het bestuurlijke overleg. Met die monitor volgen we de voortgang op drie niveaus.

Het eerste niveau is het zogeheten inputniveau, waarbij gekeken wordt of alle afspraken uit het IZA worden uitgevoerd. Dat wordt ieder kwartaal ook verwerkt in een voortgangsrapportage; die heeft u ontvangen in een bijlage van een Kamerbrief. Daarin worden de voortgang van IZA-afspraken, transformatieplannen, financiële kaders en ook een overzicht van ontwikkelingen op het gebied van arbeidsmarkt en toegankelijkheid van de zorg meegenomen.

Het tweede niveau is het outputniveau, waarbij binnen de looptijd van het IZA wordt gevolgd of de IZA-beweging goed van de grond komt. Dan richten we ons op een aantal specifieke thema's. Dit onderdeel zal in de komende jaren een eerste resultaat opleveren. De monitoring van de beweging zal niet in één keer staan, maar zich in de loop der tijd verder ontwikkelen.

Tot slot is er het outcomeniveau, waarin de effecten van het IZA op de gezondheid van mensen worden bekeken. Deze monitor wordt uitgevoerd door het Zorginstituut. Hierbij wordt komend jaar een eerste nulmeting

opgeleverd. Met name door deze laatste twee vormen van de IZA-monitoring krijgen we een goed beeld of inhoudelijke doelstellingen die we met samenwerking beogen, ook worden gehaald.

Voorzitter. De heer Drost had een aanvullende vraag. Hij zei: de voortgang wordt op drie niveaus gemonitord, onder andere ook op de effecten op de gezondheid van mensen, want daar draait het natuurlijk om; voordat we die resultaten zien, zijn we wel een paar jaar verder, maar dat meten moet nu beginnen. Daarom vroeg hij: welke voorbereiding worden getroffen en wie gaat deze monitoring uitvoeren? Ik gaf al aan dat dat door het Zorginstituut wordt gedaan. We willen de uiteindelijke effecten op de middellange en lange termijn van alle inspanningen op de gezondheid van mensen volgen. Het Zorginstituut monitort welke trends er spelen rondom bepaalde uitkomsten over de jaren heen, ook van specifieke doelgroepen. Die doelgroepen zijn mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden, mensen met psychische klachten, mensen met kanker of met een risico op kanker, mensen met hart- en vaatziekten of met een risico daarop en ouderen met een kwetsbare gezondheid. Eind van dit jaar verschijnt een eerste versie van deze monitoring op de website van het regiobeeld.

Voorzitter. De heer Dijk zei dat de intenties van het IZA goed zijn, maar dat de grootste belemmeringen veroorzaakt worden door de marktwerking en de concurrentie. Hij vroeg: deelt de Minister de mening dat de marktwerking uit de zorg moet worden gehaald, kunnen de Ministers iets zeggen over de verschillen in regioplannen en voorbeelden van goede samenwerking en waar zitten die verschillen in? Ik omarm de kerngedachte achter ons stelsel dat burgers, zorgverzekeraars en zorgaanbieders elkaar stimuleren om goede zorg voor patiënten toegankelijk en betaalbaar te houden. Daarbij ben ik wel van mening dat meer en betere samenwerking, binnen domeinen maar ook over grenzen van domeinen heen, binnen een regio en voor sommige zaken zelfs landelijk, absoluut noodzakelijk is om de kwaliteit te verbeteren, de toegankelijkheid te verbeteren en hoog te houden en uiteraard op termijn ook de betaalbaarheid te borgen. Daar hebben we eerder in verschillende debatten ook wel bij stilgestaan. Verkeerde prikkels mogen hieraan niet in de weg staan. Ik ben dan ook blij met de afspraken die we daarover in het Integraal Zorgakkoord hebben gemaakt met alle partijen. Waar zorgaanbieders op de verkeerde dingen concurreren, bijvoorbeeld het binnenhalen van elkaars personeel of het in competitie gaan met elkaar om patiënten, zeker als daarbij het belang van de patiënt niet gediend is, moet dat inderdaad stoppen. Waar het leidt tot van elkaar leren over kwaliteit en effectief en patiëntgericht behandelen ben ik voorstander van grote samenwerking. Er kan binnen de kaders van de mededingingsregels heel veel, zolang het nadrukkelijk in het belang van de patiënt is, en dat is precies waar deze beweging zich op richt. Dat gebeurt onder meer door het inzetten via het IZA op het bevorderen van regionale samenwerking. Ik gaf al aan dat dit ook over domeinen heen gaat.

Voorzitter. Mevrouw Agema vroeg hoe innovatie en effectiviteit zich tot elkaar verhouden. Dat zorg moet voldoen aan de stand van de wetenschap en de praktijk, en dus effectief moet zijn, is een wettelijk criterium in de Zorgverzekeringswet. Als van zorg niet is aangetoond dat deze effectief is, is het geen passende zorg en dus ook geen verzekerde zorg. Ik koester het open karakter van onze basisverzekering, waarbij zorg in principe kan instromen zonder toetsing door de overheid vooraf. Een belangrijke reden hiervoor is dat innovatie niet onnodig geremd wordt. Dat uitgangspunt verandert niet en daarmee blijft er voldoende stimulans om nieuwe behandelingen en nieuwe zorg in de praktijk te brengen. Ik bekijk wel hoe zorg beoordeeld wordt nadat deze is ingestroomd. Zorg die instroomt en niet bewezen effectief is, legt namelijk een onnodig beslag op schaars personeel en middelen, en kan ook leiden tot onnodige risico's voor een patiënt.

Tot zover dit blokje, voorzitter.

De heer **Drost** (ChristenUnie):

Ik wil terugkomen op het punt hiervoor, waarbij u antwoord gaf op een vraag van collega Dijk over marktwerking. Nou ben ik wel voor meer mens en minder markt, maar ik denk dat dit zelfs als we alles omgooien toch niet genoeg gaat brengen. Dan gaan we doen wat we deden en krijgen we wat we hadden. Wat we wel willen, is de zorg heel dicht bij patiënten brengen. Dat is volgens mij wat we moeten doen. Dus misschien is het probleem wel vooral de schaalvergroting die we de afgelopen jaren hebben doorgevoerd en niet zozeer de marktwerking. Daarmee komt de zorg op afstand te staan van patiënten en ook van zorgverleners. Hoe gaan we dat nou borgen, ook als we regioplannen gaan maken? Dat klinkt allemaal misschien wel weer te groot. Als we een Integraal Zorgakkoord hebben, hoe borgen we dan dat we de zorg uiteindelijk heel dicht bij de patiënt brengen, eigenlijk nog dichterbij dan we tot nu toe hebben gedaan? Hoe gaan we dat met elkaar doen?

Minister **Kuipers**:

Allereerst ben ik het geheel met de heer Drost eens dat het ontzettend belangrijk is om zorg dichterbij de patiënt te krijgen. Ik wil daar nog wel iets aan toevoegen, namelijk het versterken van de autonomie van een patiënt en van naasten van een patiënt. Ik denk dat in het Integraal Zorgakkoord twee zeer belangrijke aspecten zitten die daaraan bij moeten dragen. De eerste is de versterking in brede zin van de eerste lijn. Minister Helder zal straks nog ingaan op wijkzorg. We hebben het zo meteen ook nog over paramedici. Maar ik doel op de brede zin. Ik noemde al het voorbeeld van meer tijd voor de patiënt en de huisarts en de huisartsenzorg. Maar ik doel ook op de versterking in de brede lijn. U krijgt later van ons nog een strategische visie op de eerste lijn die daar onderdeel van is.

Het tweede belangrijke aspect om zorg dichterbij te brengen is de inzet van digitale mogelijkheden die daarvoor zijn. Mevrouw Van den Berg refereerde daar ook aan, in dit debat maar ook bij eerdere debatten. Ook dat gaat helpen. We zien op het snijvlak tussen de ziekenhuiszorg en de eerste lijn, of zoals we gister spraken over kraamzorg in de eerste lijn, dat de mogelijkheden die er zijn om digitaal met mensen in verbinding te staan om ze informatie te geven of te monitoren, de mogelijkheid biedt om veel zorg die we in het verleden veelal gewend waren op een centrale plek te bieden, veelal klinisch vanuit een ziekenhuisbed, juist naar thuis te verplaatsen.

De **voorzitter**:

Een korte vervolgvraag, meneer Drost.

De heer **Drost** (ChristenUnie):

Ik ben het met de Minister eens en ik snap de beweging, maar de vraag die ik heb, ook als ik het Integraal Zorgakkoord lees, is toch welke regie we uiteindelijk vanuit de politiek nog hebben op die bewegingen. Het is natuurlijk een akkoord met de zorgsector. Daarmee staat het stuk niet bol van de visie over waarheen we zouden moeten bewegen of van de veranderingen die we zouden moeten willen, zeker niet vanuit de politiek gezien. Hoe gaan we vanuit de politiek, vanuit Den Haag, als we dat willen, die inhoudelijke visiedebatten met elkaar voeren? Hoe houden we de regie vast, bijvoorbeeld op het proces om de zorg dichterbij de patiënt te krijgen?

De **voorzitter**:

Mijn verzoek is de vragen iets bondiger te stellen. Dan kan de Minister ook heel bondig antwoorden namelijk.

**Minister Kuipers:**

De Minister voelt de nadrukkelijke aansporing en dat kan ik ook. Om even bij de voorbeelden te blijven die ik zojuist noemde: we hebben hier het debat over bijvoorbeeld steun voor meer tijd voor de patiënt. Meer tijd voor de patiënt betekent in dit geval ook aanvullende financiering richting de eerste lijn en de huisartsenzorg. Dat is een voorbeeld. Een ander voorbeeld is dat we juist hier vorige week een uitgebreid debat hebben gehad over onze gezamenlijke visie en de vraag waarop we willen sturen als het gaat om het versterken van digitale zorg. Het geldt ook voor het al dan niet meer sturen richting één basis-PGO. Daar komen we straks ook nog wel op. Dat zijn twee voorbeelden.

**De heer Drost (ChristenUnie):**

Ik heb nog een vraag gesteld, maar die komt misschien bij de transformatiemiddelen aan de orde. Uiteindelijk leggen we in het IZA die keuzes wel bij de zorgverzekeraar. Ik ben een beetje bang dat we er daardoor weinig invloed meer op kunnen uitoefenen. Misschien komt de Minister daar straks dan op terug.

**De voorzitter:**

We wachten op het blokje transformatiemiddelen en dan gaat de Minister er vast op reageren. Dan kan hij nu zijn beantwoording vervolgen.

**De heer Drost (ChristenUnie):**

Dank, voorzitter.

**Minister Kuipers:**

Dan kom ik bij de transformatiemiddelen. Allereerst een vraag van de heer Drost over de transformatieplannen: kan het proces aan de kant van de zorgverzekeraars en het ministerie niet sneller? Sinds 1 februari van dit jaar kunnen partijen zoals zorgaanbieders, zorgprofessionals en patiëntenorganisaties een beroep doen op die transformatiemiddelen. Er zijn al wat aantallen genoemd, maar in totaal zijn er op dit moment 142 van dergelijke plannen ingediend, waarvan 64 in het derde kwartaal. We zien dus een enorme versnelling daarin. 43 plannen hebben inmiddels succesvol een snelle toets doorlopen. Die plannen worden nu verder uitgewerkt.

Daarnaast zijn er ook transformaties die landen in individuele contractering. Dan is het aan individuele zorgverzekeraars om deze plannen te beoordelen en daar in lokale gesprekken afspraken over te maken met de zorgaanbieders. In regio's wordt ondertussen hard gewerkt aan het opstellen van regioplannen. De verwachting is dat ook daar nog meer transformatieplannen uit naar voren komen. Partijen zijn dus druk bezig. We zien echt een steeds verdere versnelling in de tijd: eerst het openstellen van de regeling, daarna het geleidelijk op gang komen en nu een steeds verdere versnelling. Uiteraard loopt het beoordelen, het soms terugsturen voor verdere aanscherping en het uiteindelijk goedkeuren van plannen daarachteraan. Ik heb er alle vertrouwen in dat dit eenzelfde acceleratie zal doorlopen. Het is namelijk in ieders belang dat we komen tot goede en gezamenlijk gedragen plannen die daadwerkelijk alle transformaties kunnen bewerkstelligen.

Mevrouw Van den Berg vroeg hoe er geregeld wordt dat er een plan is dat door het gehele netwerk wordt gedragen. Om te zorgen dat alle transformatieplannen op gelijke wijze worden beoordeeld, hebben alle IZA-partijen met elkaar een beoordelingskader vastgesteld en leidende principes afgesproken over de wijze waarop ze met elkaar willen samenwerken. Twee marktleidende verzekeraars in de betreffende regio beoordelen alle ingediende transformatieplannen aan de hand van dat kader. Daarbij hebben zij dus een mandaat om dat ook namens de anderen te doen. In het beoordelingskader is opgenomen dat er sprake

moet zijn van een aantoonbaar gedeelde urgentie bij de benodigde partijen. Dat betekent dat de beoogde impact van de transformatie wordt gedragen door alle partijen die bepalend zijn voor het kunnen realiseren van de transformatie. Daarbij worden zorgaanbieders, inkopers, professionals en patiëntenverenigingen actief betrokken. Er mag geen sprake zijn van afwenteling op partijen die wel direct worden geraakt, maar niet direct worden betrokken. Indien daar niet aan wordt voldaan, wordt een transformatieplan in eerste instantie teruggestuurd. Dat valt als een afkeuring te lezen, maar dat betekent niet dat het plan niet terug mag komen. Dat betekent dat er een vervolgoopdracht ligt om het plan verder uit te werken. Zo moeten we die plannen qua «afkeuring» bezien. Dat betekent namelijk niet dat al die plannen van tafel zijn, maar dat er een opdracht ligt. Er ligt dan vaak een specifieke vraag om iets aan te scherpen, waarbij een van de twee leidende verzekeraars over het algemeen ook aanbiedt om te helpen. De andere treedt dan op als de toetsende partij.

Dan vroeg mevrouw Van den Berg: «Er is 2,8 miljard euro beschikbaar voor die transformatieplannen. Hoe wordt geregeld dat het niet groten-deels bij de ziekenhuizen terecht komt? Want 90% van de zorg is eerstelijnszorg.» Een zeer terechte vraag. Allereerst is er een sterke beoordeling op de vraag in hoeverre plannen domeinoverstijgend zijn. Dat is geen voorwaarde, maar het helpt wel. Dat is steeds meer de inzet. In eerste instantie zagen we dat de plannen van een beperkt aantal partners kwamen, vaak binnen één domein. Dat is ook niet onlogisch, want dat zijn de eerste plannen die je krijgt. De andere plannen kosten namelijk gewoon meer tijd. Als we afgaan op de signalen van de verzekeraars, zien we dat er in toenemende mate sprake is van domeinoverstijgende plannen. Dat helpt. Dat is één.

Twee. Van die 2,8 miljard is de helft, 1,4 miljard, specifiek geormerkt voor bepaalde sectoren, juist om zo veel mogelijk te voorkomen wat mevrouw Van den Berg terecht als een risico aangeeft. Oormerking op hoofdlijnen betekent dat er ongeveer 940 miljoen is voor de medisch-specialistische zorg, 160 miljoen voor de ggz, 160 miljoen voor de huisartsen en de MDZ, en 140 miljoen voor de wijkverpleging. In hoeverre de geormerkte bedragen per sector worden uitgeput, wordt gemonitord en gepresenteerd in het BO IZA dat elk kwartaal plaatsvindt. We roepen partijen juist op om in samenwerking met elkaar plannen in te dienen.

**De voorzitter:**

Dit is aanleiding voor een vraag van mevrouw Van den Berg.

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

Maar misschien is het makkelijker om even dit blokje af te maken, realiseer ik me. Dan doe ik het straks in één keer.

**De voorzitter:**

Zal ik het voorstel doen dat we de bewindspersonen de blokjes laten afmaken en dat we daarna de vragen doen? Ik zie geknik. Maakt u uw blokje af, Minister, dan komen er daarna zeker vragen.

**Minister Kuipers:**

Ja, dank. De heer Drost zei: «Soms is er meer dan één zorgverzekeraar actief en zijn ze het niet met elkaar eens. Wie stuurt dan op de vraag of plannen goed genoeg zijn?» Het beoordelingskader is een gezamenlijk product van alle partijen. Ook hebben de IZA-partijen leidende principes met elkaar afgesproken over de wijze waarop ze met elkaar willen samenwerken. Ik gaf al aan dat twee marktleidende verzekeraars in de regio de ingediende transformatieplannen beoordelen aan de hand van dat kader. Zij hebben de opdracht om hier gezamenlijk uit te komen. Mocht dat nou niet lukken, dan kunnen deze zorgverzekeraars escaleren

naar een werkgroep onder leiding van ZN waarin alle verzekeraars vertegenwoordigd zijn.

Mevrouw Van den Berg vroeg: hoe borgt de Minister dat innovaties worden opgeschaald en geïmplementeerd? Op dit moment zien we dat er in alle regio's wordt gewerkt aan die regioplannen, ook aan het vormen van samenwerkingsverbanden. Zorgverzekeraars zijn daar actief bij betrokken. In het gezamenlijk opgestelde beoordelingskader dat ik net al noemde, zijn ook nadrukkelijk afspraken gemaakt over opschaalbaarheid van initiatieven. Dit is inderdaad een terecht punt van mevrouw Van den Berg. Dit is een van de beoordelingsprincipes in het kader. Zo dient bij kleinere initiatieven in een transformatieplan te worden opgeschreven welke mogelijkheden er zijn tot opschaalbaarheid, dan wel in welke fase van de implementatie hiernaar gekeken wordt. Daarbij wordt er een platform ontwikkeld, bijvoorbeeld specifiek met betrekking tot hybride zorg, waarin dat wordt getoetst en gewaardeerd. Dan komt het op een pas-toe-of-leg-uitlijst voor contractering voor zorgverzekeraars.

Mevrouw Van der Plas vroeg: «Kan de Minister bij de voortgangsrapportage aangeven waarom veel regio's een afwijzing krijgen op de transformatiemiddelen? En krijgen de regio's die veel afgekeurd krijgen hulp?» De verzekeraars bespreken met de indieners van een transformatieplan waarom een transformatieplan veelal een voorlopige afkeuring krijgt. Ik benoemde dat zojuist ook al even. Ik zie mevrouw Van der Plas knikken. «Afkeuring» klinkt heel erg zwart-wit, maar is nadrukkelijk niet zo bedoeld. Wat we natuurlijk willen, is dat initiatieven gestimuleerd en beloond worden. Dan helpt het, om de eerder gegeven redenen, om juist goed te kijken naar opschaalbaarheid, gebruikmaking van lessen van elders et cetera. Er is dus een kader en daar worden vragen over gesteld. Dat betekent in eerste instantie dat afkeuring niet blijvend is, maar eigenlijk een vraag om verdere informatie of aanscherping. Dat is een deel.

De zorgverzekeraars hebben ook heel nadrukkelijk aangegeven klaar te staan om zorgaanbieders te helpen bij het opstellen van plannen voor impactvolle transformatie. Er is niets zo frustrerend – ik ben het eens met de achterliggende gedachte van de vraag van mevrouw Van der Plas – als veel werk besteden aan een prachtig plan en dan alleen maar het stempel «niet goed genoeg en doe het nog maar eens over» te krijgen, en dat zonder input te krijgen over waar iedereen nou precies op zit te wachten. Zorgverzekeraars zijn dus bereid om te helpen. Een van de twee kan dan leidend zijn, terwijl de ander juist in de beoordeling zit. Ook worden er webinars georganiseerd door ZN en VWS gezamenlijk om het indienen van goede plannen te faciliteren en te stimuleren. Daarin kunnen partijen ook hun vragen stellen. Recentelijk, op 28 september, is er nog een dergelijk groot webinar georganiseerd, waarbij ook een aantal voorbeelden van goedgekeurde transformatieplannen werden uitgelicht en toegelicht, zodat iedereen van die voorbeelden kan leren.

Mevrouw Van den Berg vroeg naar het ROAZ-beeld voor Limburg. Er staat dat er verdiepend onderzoek nodig is voor een goed beeld van het aanbod van acute zorg. Ondertussen worden er al concrete plannen gepresenteerd over aanbod van acute zorg in een specifieke regio. Het IZA moet daarbij toch leidend zijn, was haar vraag. In het IZA is afgesproken dat er eind van dit jaar voor alle ROAZ-regio's plannen zijn voor de toekomst van de acute zorg. Niet alle besluitvorming over aanbod van acute zorg kan wachten op een regioplan, bijvoorbeeld als er door personele krapte nu knelpunten zijn of als kwaliteit nu niet geborgd wordt. Uiteindelijk is de individuele zorgaanbieder verantwoordelijk voor de zorg die hij aanbiedt en voor de kwaliteit daarvan, inclusief het zich houden aan de spelregels die daarvoor afgesproken zijn in termen van de omgang met de inspectie, de lokale overheid, de patiëntenorganisaties, de verzekeraar en de eigen werknemers als belangrijkste stakeholders. Daar hebben we gisteren en in eerdere debatten ook uitgebreid bij stilgestaan.



Mevrouw Van den Berg vroeg ook: «Hoe wordt geborgd dat iedereen voordeel heeft van een transformatieplan, zoals dat van de zeven Santeonziekenhuizen die IZA-transformatiegeld krijgen voor hun digitale thuismonitoring? Kunnen anderen gratis aanhaken en wordt er gewerkt met open standaarden?» Even zonder specifiek op één plan in te gaan – mevrouw Van den Berg noemde het als een voorbeeld – is het nadrukkelijk de bedoeling dat er wordt gewerkt met open standaarden. Ik gaf dat zojuist ook al aan. Iets wat ergens bewezen succesvol is, moet ergens anders ook kunnen worden overgenomen. Ik gaf al aan dat dit ook een onderdeel is van het beoordelingskader, namelijk die opschaalbaarheid. Is het opschaalbaar en kan het ook daadwerkelijk gedeeld worden? Andersom kan het ook, als er ergens al een voorbeeld is: hebt u ook gekeken wat ergens anders al werkt en kunt u dat gebruiken? Dus om terug te komen op het specifieke voorbeeld van de Santeonziekenhuizen dat mevrouw Van den Berg noemde: op het moment dat er een goedwerkend platform is, dat aangepast en getest is en dat werkt voor monitoring van patiënten met bijvoorbeeld een chronische long- of hartaandoening, en dat werkt in zeven ziekenhuizen verspreid over heel Nederland, dan is nadrukkelijk de gedachte dat dat idealiter de standaard moet zijn die anderen kunnen overnemen om ook te gaan gebruiken. Dan krijg je ook echt regionale monitoringscentra, waarbij het in de toekomst aan de regio zelf is om te zeggen of ze dat op elk van de locaties doen of dat ze hun activiteiten bundelen vanuit één locatie. Dat is de toekomst, maar die kunnen we nu al zien aankomen. Tot zover, voorzitter.

**De voorzitter:**

Ik kijk naar de commissie. Mevrouw Van den Berg was als eerste, dus ik geef haar het woord.

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

Ik kom eerst terug op de transformatiegelden. De Minister zegt als laatste dat anderen dat kunnen overnemen. Betekent dat ook dat als anderen komen met een plan voor thuismonitoring op hetzelfde terrein, er ook gewoon verboden wordt dat men met een eigen idee komt? Wordt er dan gezegd: luister, de Santeonziekenhuizen hadden op dit terrein al iets en dat gaan we doorzetten? Mag ik het zo begrijpen?

Ik wil ook nog iets concluderen over de verdeling van die 1,4 miljard. De ziekenhuizen hebben normaal gesproken 50% van het zorgverzekeringsbudget. Van die 1,4 miljard gaan ze alweer 900 miljoen krijgen. Dat stelt mij niet gelijk gerust.

**Minister Kuipers:**

Eerst even ten aanzien van dat eerste. Ik wil niet zover gaan dat ik het verplicht ga stellen, als een «gij zult», maar er is nadrukkelijk een opdracht. Daarbij kom ik nog even terug op het pas-toe-of-leg-uitprincipe. Als een individuele zorgverlener zeer overtuigende redenen heeft om dat systeem anders te willen – ik zie dat trouwens niet meteen gebeuren; laat ik dat heel duidelijk zeggen – dan zou de vervolgvraag zijn: wat is de mogelijkheid van koppeling of hoe kunnen we data delen? De inzet moet zijn dat men hetzelfde systeem gebruikt.

Ten aanzien van de middelen en de verdeling daarvan denk ik dat het iets te gemakkelijk is om op deze manier de berekening te doen. Ik snap 'm op zich wel, maar het is iets te eenvoudig. Laten we daarbij ook kijken naar onder andere de opdracht die de verschillende domeinen hebben ten aanzien van het ombuigen van zorg en het uitbreiden. In de eerste lijn bijvoorbeeld zetten we nu al bewust zeer veel middelen via een andere route in. Ook dat biedt mogelijkheden om zorg echt anders te leveren. Alleen hebben we dat op een andere manier gealloceerd. Dat moet daar direct terechtkomen.

**De voorzitter:**

Een vervolgvraag, mevrouw Van den Berg.

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

Ik was verrast dat de Minister onder het kopje transformatiegelden ook begon over of het IZA wel of niet leidend is bij regionale plannen. Daar ga ik even op in. Als de Minister zegt dat men niet kan wachten op het regioplan als er een acuut probleem is, dan kan ik mij daar nog iets bij voorstellen. Dat hebben we volgens mij meegemaakt in een van de ziekenhuizen. Toen kon er drie maanden even geen verloskunde zijn. Dat kan ik mij voorstellen, maar ik heb het hier over Zuidwest-Friesland, waar ze over tien jaar wat willen gaan doen. In Heerlen en Sittard is het ook niet zo dat ze dat morgen gerealiseerd moeten hebben. Ik zou toch echt een ferme uitspraak van de Minister willen hebben dat het Integraal Zorgakkoord leidend is bij het hele regioplan en niet wat we nu constant zien, dat individuele ziekenhuizen maar weer met eigen plannen en ideeën komen en niemand er verder bij betrekken, dus ook niet al die andere partners in het regiobeeld.

**Minister Kuipers:**

Allereerst sluit ik mij wat dit betreft helemaal bij mevrouw Van den Berg aan. Dat hebben we ook nadrukkelijk aan de betreffende ziekenhuizen aangegeven, juist voor die lange termijn: maak dat onderdeel van en laat dat aansluiten bij het IZA. Maak het onderdeel van je toekomstvisie op de uitdagingen voor je eigen regio. Dat is de plek waar het hoort. In lijn met de vraag van mevrouw Van den Berg: ja, ik ben het eens en dat is ook wat we aan de partijen aangegeven hebben.

Dat gezegd hebbende denk ik dat het ook past om ons te realiseren dat zorgbestuurders een discussie willen gaan hebben over wat de uitdagingen zijn voor een regio en voor de eigen instelling, over de toekomst. Sommige doen dat nu door plannen te bespreken richting 2030, zeven jaar na nu. Dan zou je zeggen: dan zijn ze er prachtig op tijd bij en ze willen het alleen maar bespreken. In sommige gevallen gaat het bijvoorbeeld om de mogelijkheden voor nieuwbouw. Het voorbeeld van Friesland wordt besproken. Over andere kan ik niks zeggen, maar vanuit het ministerie heb ik laten weten dat ik het verstandig vind dat gesprekken zeer tijdig gevoerd worden, dat er een kader is waarin je dat moet doen en dat er ook een Integraal Zorgakkoord is waarin dat past. Je moet die gesprekken natuurlijk wel op enig moment zorgvuldig voeren, ook met een goede uitleg waarom je die nu voert. Daarmee is niet morgen iets veranderd.

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

Los ervan dat we de ene keer een enorm hoog ziekteverzuim hebben en even drie maanden geen verloskunde hebben; nogmaals, daar heb ik het niet over. Maar al die andere plannen zijn langetermijnplannen, zoals de Minister ook aangeeft, zoals voor het Antonius in Nieuwegein, om er maar een te noemen. Dat zijn allemaal plannen voor het kannibaliseren van andere ziekenhuizen. Dat is in ieder geval mijn conclusie. Maar toch gebeurt het iedere keer weer dat een individueel ziekenhuis hiermee komt en dat het tot onrust leidt. In plaats daarvan zouden ze moeten weten: binnen zes maanden of nog korter moeten wij dat regioplan hebben waarin al die aspecten meegenomen kunnen worden, juist voor de integrale blik.

Ik gebruik het woord «kannibaliseren», voorzitter. Als we kijken naar het ziekenhuis in Leidsche Rijn, dan zie je dat er eerst een overbodig ziekenhuis wordt neergezet in een wijk van honderdduizend man, waarvan iedereen weet dat je dat niet gaat trekken. Vervolgens wordt Hofpoort in Woerden gekannibaliseerd. En nu wil men Nieuwegein

kannibaliseren. Dus ik heb nogal moeite met die hele trend, die ik hier volop zie.

**Minister Kuipers:**

Ik wil niet specifiek ingaan op de situatie van Nieuwegein en de ontwikkeling daarin, maar als het moet, wil ik dat doen. In algemene zin wil ik aangeven dat bewegingen gezien moeten worden in het kader van het IZA. Dan gaat het bij regionale samenwerking anders dan zoals we in het verleden zeer lang, tientallen jaren, gedaan hebben: ieder voor zich. Dat is niet alleen binnen één domein, zoals ziekenhuiszorg, waar we het nu over hebben bij de voorbeelden, maar dan gaat het ook over de domeinen heen. Dat is wat vooropstaat.

Dat gezegd hebbend, stel dat wij hier bijvoorbeeld regionale bestuurders zouden zijn, in verschillende domeinen, met verschillende partners, en iets inbrengen omdat wij voorzien dat het voor onze eigen organisatie misschien verstandig is om na te denken over een locatieprofiel voor de toekomst. Dan zien we ook regelmatig dat op het moment dat een bestuurder überhaupt maar durft te zeggen dat het verstandig is om hierover het gesprek te voeren, er al een enorme protestbeweging is, zodat de discussie bijna niet meer gevoerd kan worden. Laten we dat ook een beetje terugbrengen naar: fantastisch dat u erover nadenkt, bestuurder; u weet dat er een IZA is, u maakt een regiobeeld of plan, u weet wat u allemaal moet doen met gesprekspartners; wij van VWS, en ook anderen, volgen dit zeer nauwkeurig en met veel belangstelling en komen ook graag zelf op bezoek, en we zien eventuele beslismomenten ook wel tegemoet. Als je er op stel en sprong bovenop springt, helpt dat die bestuurders niet en helpt dat de regionale burgers en patiënten ook niet. Dat is het ding. Wat wij uiteindelijk allemaal willen... Gisteren gebruikte ik het voorbeeld: als je naast het OLVG woont versus op een totaal andere locatie. Ik kan ook zeggen: als je in Abcoude woont, onder de rook van het AMC, versus als je in Delfzijl woont. Je wilt altijd dezelfde toegang tot zorg, zowel acuut als gepland. Daar moeten die plannen zich op richten.

**De heer Drost (ChristenUnie):**

Ik zit nog met de vraag wie nu eigenlijk de regie heeft over dat geld, over die pot van 2,8 miljard. In het IZA staat dat de Minister de regie voert, maar vervolgens wordt het overgrote deel van het geld verdeeld onder regie van de zorgverzekeraars, als zij de plannen goedkeuren. Ik denk dan dat zij ook hun eigen kaders hebben of ook in hun eigen belang denken, en dat is niet op een negatieve manier bedoeld. Het kan zijn dat er plannen komen die haaks staan op wat zorgverzekeraars zelf zouden willen. Mijn vraag is of er ruimte is voor de innovatie die daar misschien achter zit. Hoe gaat de Minister daarnaar kijken?

**Minister Kuipers:**

Jazeker. Dank, want het is een belangrijke vraag. Laat ik vooropstellen: het gaat om veel geld. De heer Drost vroeg zojuist: waar staan we dan zelf, als politiek en als Kamer? Een hele terechte vraag zal ook zijn: hoe is dat geld besteed en wat levert het op? Dat betekent dat ik alleen al als Minister en dat wij gezamenlijk er verantwoordelijk voor zijn dat dat geld goed besteed wordt, dat het ook wat oplevert, en dat we kunnen bijsturen als het niet de goede richting uit gaat. In sommige plannen gaat het om bedragen van tientallen miljoenen euro's. Dan zeggen we niet aan de voorkant «hier hebt u alles», maar dan zeggen we «mogen we tussentijds een aantal resultaten van u horen, hoe het ermee gaat?»

Het gaat dus om veel geld en als je dat ergens neerlegt, wil je dat er een beoordeling is aan de voorkant, maar ook lopende het project. We weten ook dat bij de partij die dat beoordeelt, wie dat ook is, altijd de vraag is: doe je het wel goed, begrijp je het wel precies, zit er ook een eigen

belang? Om die reden hebben wij ervoor gekozen om van tevoren gezamenlijk een kader vast te stellen. Zijn we het er allemaal over eens dat dit het kader moet zijn? Het antwoord is ja. We hebben ook gezegd dat er twee wijzen van opschalen zijn. Als de verzekeraars er onderling niet uitkomen bij de beoordeling kan dat bij ZN. Maar als partijen zeggen dat zij vinden dat er ten onrechte iets van hen gevraagd wordt of iets afgewezen wordt of anderszins, dan is dat ook precies de reden dat wij nadrukkelijk vragen om dat in te brengen in het bestuurlijk overleg van het IZA. Dat zijn dan zo'n beetje de checks-and-balances.

**De voorzitter:**

Een korte vervolgvraag, meneer Drost.

**De heer Drost** (ChristenUnie):

Het gaat de goeie kant op wat mij betreft, want als je iets terughoort in de zorg, dan is het dat men, als er innovaties zijn, aanloopt tegen regelgeving, tegen potjes, tegen schotten. Dat geldt uiteindelijk ook voor Zorgverzekeraars Nederland. Die hebben ook een potje waar ze op zitten. Hoe gaan we dat nou monitoren? Hoe gaat de Minister dat monitoren? Hoe neemt hij ons als Tweede Kamer daarin mee dat die innovaties die er komen, die over die potjes heen gaan, uiteindelijk toch ook ruimte krijgen?

**Minister Kuipers:**

Dan verwijs ik even naar de vraag over de totale monitoring op alle verschillende parameters, waar ik zojuist antwoord op gaf. Dat is ook een monitoring die terugkomt in het bestuurlijk overleg IZA, waar we ook dat gesprek hebben. Even voor uw idee: dat bestuurlijk overleg is één keer in de drie maanden, zonder dat we er nou enorme overlegtafels voor willen maken. Iedereen komt daar ook. Het is altijd op een locatie waar tijd besteed wordt aan het voorbeeld van die locatie; daar is ook bewust voor gekozen. We hebben dat onlangs gehad in Zeeland, inclusief een presentatie van het burgerplatform Zeeland, dus het is met verschillende aandachtsgebieden. Het is ook niet een bijeenkomst van een uur, maar er wordt echt nadrukkelijk een dag voor uitgetrokken. En dan kan het commentaar zijn: het is één keer in de drie maanden een hele dag en dan komen de Ministers en de Staatssecretaris ook nog. Ja, dat is een tijdsinvestering, maar dat is ook echt zinvol in deze periode.

**De voorzitter:**

Gaat u verder met uw volgende blokje, Minister: regionale samenwerking. Voordat we naar het derde blokje gaan, geef ik mevrouw Agema het woord voor een vraag over de transformatiemiddelen. Gaat uw gang.

**Mevrouw Agema** (PVV):

Ik heb toch een vraag over de beoogde transformatie. Veel transformaties in dit huis zijn op een fiasco uitgelopen, maar goed, laat ik dat pad niet opgaan. Ik zit nu zo'n drie kwartier te luisteren naar wat de Minister beoogt met het IZA. Dan denk je: alles wordt er beter op. We weten allemaal dat er onderaan de streep 1,5 miljard uitgaat; 80 miljoen weg bij de huisartsen en de nullijn voor de ziekenhuizen. En toch hoor ik de Minister zeggen: nee, met dit IZA wordt de zorg er beter op. Wat gaat dit IZA nou doen voor de gemiddelde levensverwachting van de Nederlanders? Wat gaat dit IZA doen voor de kankerzorg? Wordt die beter?

**Minister Kuipers:**

In de afgelopen ongeveer 25 jaar is onze levensverwachting gestaag verder toegenomen. Dat is een goede ontwikkeling. Als je kijkt naar het aantal gezonde levensjaren dat we erbij gekregen hebben, is het beeld minder rooskleurig. Afhankelijk van naar welke studie je kijkt, is dat effect zeer beperkt en kun je zeggen dat die extra levensjaren zieke jaren zijn. Als

je kijkt naar de individuele bijdrage van specifieke interventies op onze levensverwachting, wordt het beeld nog wat kritischer, als je er niet van tevoren zinvol over nadenkt. Er is nauwelijks een medicament, bevolkingsonderzoek of ander item dat zeer substantieel bijdraagt aan die levensverwachting.

Een prachtig voorbeeld zagen we onlangs, en dat is uitgebreid in het nieuws geweest in Nederland. Noorse onderzoekers hadden gekeken wat onze bevolkingsonderzoeken voor kanker deden voor de levensverwachting van onze bevolking. De conclusie van de onderzoekers was dat het nauwelijks iets was, tot misschien wel nul. De onderzoekers adviseerden dat daarmee de bevolkingsonderzoeken wel stopgezet konden worden; in ieder geval was het advies om maar te stoppen met het bevolkingsonderzoek borstkanker. Ik vond het onderzoek prachtig. Het resultaat weet je van tevoren, dat kan je voorspellen. Als je onderzoek doet naar bevolkingsonderzoeken naar aandoeningen die gelukkig maar een beperkt aantal mensen treffen, op een leeftijd die meestal wat hoger ligt, terwijl je met een bevolkingsonderzoek ook maar van een deel van de mensen het leven kan redden, dan weet je a priori al dat, als je dat effect uitsmeert over iedereen, het effect op levensverwachting zeer minimaal is. En toch is het heel belangrijk dat je het doet.

Dat zal ook zo zijn met het IZA; dat is het antwoord op de vraag van mevrouw Agema. Als u mij vraagt wat de impact is op levensverwachting, dan is het antwoord dat die waarschijnlijk maar zeer beperkt zal zijn. En toch is het ongelooflijk belangrijk dat we het doen. Levensverwachting is een hele ruwe parameter. Deze is in de afgelopen vele tientallen jaren omhooggegaan, maar stapje voor stapje, door allerlei individuele interventies.

Mevrouw Agema vroeg naar de uitkomsten van de oncologische zorg. Ondanks alles wat we doen, met de beste mensen, veel middelen en een fantastische infrastructuur, zie je het volgende wat betreft de uitkomst van onze oncologische zorg, bijvoorbeeld als je kijkt naar een harde parameter als overleving, waar mevrouw Agema naar vroeg. Bij een patiënt die gediagnosticeerd wordt met kanker is een logische vraag: wat is de kans dat ik genees? Dat is niet hetzelfde als vijfjaarsoverleving, maar dat gebruiken we wel altijd als een proxy. Dan zien wij dat voor veel vormen van kanker, bij zowel vrouwen als mannen, de vijfjaarsoverleving in Nederland lager is dan in sommige andere West-Europese landen, en dat hoeft niet. Mevrouw Agema zal dan vragen om direct middelen uit de sluis te halen, maar dat is hier niet de oplossing. Allereerst is de belangrijkste oplossing dat wij overgaan tot regionale samenwerking, waarbij je ook in de oncologische zorg afspraken maakt over hoe we zorgen dat iedere patiënt te allen tijde de juiste toegang heeft tot de beste zorg.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Het was een antwoord van een minuut of vijf, denk ik.

De **voorzitter**:

Ja, maar dat geeft geen ruimte voor een vraag die net zo lang is. Ik zou de Minister willen vragen of het wat bondiger kan.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ik zal mijn vraag wat verduidelijken. We bespreken vandaag het Integraal Zorgakkoord van de Minister. Ik heb daar veel kritiek op. Ik hoor hem drie kwartier lang zeggen hoeveel beter het gaat worden, terwijl ik hem er wel op wijs dat het onder de streep 1,5 miljard minder is; 80 miljoen minder voor de huisartsen en de ziekenhuizen gaan op de nullijn. Vorige week hoorde ik de Minister zeggen dat wij de beste zorg van Europa hebben. Toen heb ik hem erop gewezen dat als je kijkt naar ranglijsten, alleen Health at a Glance van de OECD een soort van vergelijking geeft waar je nog iets fatsoenlijks mee kunt. Dan is het heel zorgelijk dat wij op plek 13

staan van die ranglijst van de OECD, als het gaat om onze gemiddelde levensverwachting. En dan is het ook heel zorgelijk, als je kijkt naar de kankerzorg, dat wij een sterftecijfer hebben dat hoger ligt dan het Europese gemiddelde.

Mijn vraag was: wat gaat dit IZA nou betekenen voor onze levensverwachting, wat gaat het betekenen voor de kankerzorg in Nederland? Ik heb er een hard hoofd in, als je de ziekenhuizen op de nullijn gaat zetten of als je 1,5 miljard extra wil besparen. Hoe ga je dan bewerkstelligen dat alles er beter op wordt met dit IZA, zoals de Minister zegt?

**Minister Kuipers:**

Allereerst even een kleine correctie. Mevrouw Agema zegt dat ik gezegd zou hebben dat wij de beste zorg van Europa hebben. Dat zeg ik nadrukkelijk niet. Sterker zelfs, ik zeg al anderhalf jaar lang, anders dan mijn voorgangers in het verleden, dat wij dat niet hebben, dat wij ons daar zorgen over moeten maken en dat we daarop moeten acteren. Dat was heel lang een boodschap van VWS, inderdaad vanwege bepaalde ranglijsten, maar ik ben het daar gewoon niet mee eens. Ik heb vanaf begin vorig jaar consequent gezegd dat ik het daar niet mee eens ben, om allerlei redenen, onder andere de overleving en de uitkomsten van kankerzorg, zoals mevrouw Agema aangeeft. Over de perinatale sterfte hebben we gister gesproken. Een ander voorbeeld is de toegang tot een huisarts of een tandarts, waarover mevrouw Agema terecht een aantal keren vragen heeft gesteld. Dus wij hebben niet de beste zorg van Europa. Ik zal de eerste zijn om te zeggen dat we die inderdaad niet hebben. Het IZA beoogt juist om die uitkomsten van zorg te versterken. De Staatssecretaris kan straks zeker wat zeggen over preventie om die uitkomsten te verbeteren. Excuus voor mijn lange antwoorden, maar het enige wat ik wil zeggen, is: als je dat vertaalt in of we straks een maand langer leven, dan zeg ik dat je dat wel hoopt, maar dat het een hele complexe parameter is.

**De voorzitter:**

Mevrouw Agema, heeft u een andere vraag?

**Mevrouw Agema (PVV):**

Jazeker. Ik ben de Minister zeer erkentelijk dat hij dat hier bevestigt. Er zijn punten waarop wij er echt positief uitspringen; ik geloof met knieprotheses. Er zijn een aantal dingen waar wij hartstikke goed in zijn vergeleken met de rest van Europa. De zorg is superefficiënt. Dat hebben we allemaal. Maar er zijn ook een aantal zorgelijke parameters. Ik vind het heel fijn dat de Minister dat hier bevestigt en die zorg met mij deelt. Want het is natuurlijk wel heel vreemd dat wij op plek 13 staan als het gaat om de gemiddelde levensverwachting, en dat de sterftetekans aan kanker hoger is dan het Europese gemiddelde.

Mijn vraag aan de Minister is: wat doet dat IZA daar nu aan? Ik zie bij het IZA onder de streep 1,5 miljard minder; 80 miljoen extra bezuiniging op de huisartsenzorg en ziekenhuizen die op de nullijn gaan. Ik zeg niet dat de Minister moet zeggen dat we een maand langer leven, maar wat doet dat IZA nou om onze kankerzorg erbovenop te helpen?

**De voorzitter:**

Mevrouw Agema, ik ben bang dat u niet een ander antwoord krijgt dan op de vraag hiervoor.

**Mevrouw Agema (PVV):**

Maar wat doet het anders?

**De voorzitter:**

Ik ga de Minister daar nog een keer toe uitnodigen, maar als dat niet zo is, dan moeten we denk ik verdergaan met andere vragen van collega's. De Minister.

**Minister Kuipers:**

Allereerst over dat minder. Nee, het gaat om minder meer. We hebben er eerder bij stilgestaan: het gaat om minder meer. De uitgaven stijgen. Ik heb onlangs met uw Kamer gesproken over de stijgende zorgpremie voor volgend jaar. Ik heb daarbij al aangegeven dat we er rekening mee moeten houden dat die ook in de jaren daarna verder omhooggaat. Het gaat alleen om een verminderde stijging. Dat is één.

Ten aanzien van uitkomsten van kankerzorg. Wat ik juist beoog met die inzet op samenwerking, bijvoorbeeld specifiek als het gaat om de oncologische zorg, dat is dat de overleving omhooggaat. Ik vind dat wij ernaar moeten streven dat wij aan kankerpatiënten kunnen laten zien dat wij, als het gaat om de overleving van kankerpatiënten, echt in de top drie zitten voor iedere vorm van kanker, qua beste overleving van Europa.

**De voorzitter:**

Dan stel ik voor dat we naar het derde ...

**Mevrouw Agema (PVV):**

Ik mag toch zelf bepalen aan wie ik mijn zes vragen stel?

**De voorzitter:**

Ja, dat klopt, maar ik probeerde net ook de suggestie te doen dat dezelfde vraag stellen hetzelfde antwoord oplevert. Als u nog een andere vraag heeft die past bij dit blokje, dan krijgt u daarvoor de gelegenheid. En anders gaan we door naar het blokje over de regionale samenwerking.

**Mevrouw Agema (PVV):**

Voorzitter, u gaat toch echt niet over mijn vragen, hoor. Al wil ik zes keer precies dezelfde vraag stellen, dan stel ik zes keer precies dezelfde vraag. Ik ga dat niet doen. Ik ga een andere vraag stellen over diezelfde kankerzorg, die mij zeer aan het hart gaat, voorzitter, maar u bepaalt niet welke zes vragen ik stel. Ik mag zes keer dezelfde vraag aan één bewindspersoon stellen. Dan ben ik dom bezig, want dan verdeel ik het niet over de rest. Dan ben ik onhandig bezig, maar u gaat niet over welke vragen ik stel.

**De voorzitter:**

Het oordeel dat u over uzelf velt, mevrouw Agema, laat ik bij uzelf. Ik ben wel verantwoordelijk voor hoe het debat verloopt en of iedereen de gelegenheid krijgt en de tijd heeft om vragen te stellen, ook omdat er nog een aantal andere bewindspersonen zijn. Daar ben ik wel verantwoordelijk voor, maar ik geef u de gelegenheid voor het stellen van uw vierde vraag.

**Mevrouw Agema (PVV):**

In Nederland nemen de medicijnen slechts 10% van de totale kosten van kankerzorg in beslag. Dat is dus ook lager dan het EU-gemiddelde. De Minister zei zojuist iets over die sluisperiode. Dat wij een sluis hebben, draagt echt niet bij aan betere kankerzorg. Hoe verklaart hij dat in dit licht?

**Minister Kuipers:**

Ik zeg niet dat het zo is, maar het zou onder andere kunnen komen doordat wij onderhandelen over de prijzen van die medicijnen, en dat is precies waar die sluis voor bedoeld is.

**De voorzitter:**

U heeft nog een vervolgvraag, mevrouw Agema?

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ja, ik heb nog een vervolgvraag, voorzitter. Ik maak mij er heel erg zorgen over dat wij een hogere sterfte aan kanker hebben in Nederland dan het Europese gemiddelde. Daarom stel ik deze vraag. De medicijnen nemen 10% van de totale kosten van de kankerzorg in, die ook lager zijn dan het Europese gemiddelde. Wij zijn het enige land met zo'n sluis. En dan zegt de Minister dat hij er echt geen verband tussen ziet. Dat vind ik gewoon discutabel. Er zijn kankermedicijnen die in andere landen direct beschikbaar komen, maar bij ons twee jaar lang in een wachtsluis zitten. Wij geven minder dan gemiddeld uit aan medicijnen en we hebben een hogere sterfte dan gemiddeld. Dan kan de Minister toch niet zeggen dat het per definitie niet aan de sluis ligt? Dan zou hij toch open moeten laten of dat daaraan zou kunnen liggen?

Minister **Kuipers**:

Ik zie geen direct verband tussen de hoeveelheid geld die wij uitgeven aan medicijnen en de overleving van kanker in het brede scala van adequate kankerzorg. Overleving van kanker begint allereerst met de intensiteit waarmee je probeert, bijvoorbeeld via bevolkingsonderzoeken, patiënten vroegtijdig te detecteren. Patiënten die je vroegtijdig detecteert, hebben veelal een veel minder intensieve vorm van behandeling nodig en een veel betere overleving. Bij de meesten van die patiënten komen medicijnen en chemotherapie totaal niet in Frage. Dat is juist een van de grote voordelen: mensen worden niet belast met die dure medicatie. Wat dat betreft is het zorgelijk dat de deelnamegraad aan de bevolkingsonderzoeken in Nederland afneemt. Een vraag is hoe we dat tij kunnen keren. Een tweede vraag is hoe wij onze bevolkingsonderzoeken kunnen intensiveren en ook kritisch kijken naar de adviezen die de EU geeft om het aantal bevolkingsonderzoeken uit te breiden, bijvoorbeeld richting prostaat­kanker en/of longkanker, voor mensen met hoog risico. Dat zijn juist mensen waarbij je een enorme impact hebt op overleving van kanker, maar die chemotherapie helemaal niet nodig hebt. Uitgaven aan medicijnen zijn niet een doel. Veel van de middelen die gebruikt worden, worden juist gebruikt bij mensen met een laat stadium, voor verlenging van leven, maar niet voor de genezing.

De **voorzitter**:

Mevrouw Agema, dat is dan uw laatste interruptie.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Die besteed ik heel graag hieraan.

De **voorzitter**:

Ja, dat merk ik, maar ik geef u alvast mee dat dat uw laatste interruptie is. Gaat uw gang.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Mijn vraag is waarom die bevolkingsonderzoeken dan niet worden uitgebreid. Is dat weer die verkeerde zuinigheid? We hebben dat ook gezien bij de Voorjaarsnota. Er blijft weer een miljard over aan meevallers. We zien tegelijkertijd dat beslissingen niet worden genomen, bijvoorbeeld om bevolkingsonderzoek uit te breiden of om het gordelroosvaccin uit te breiden. We zien dat dat allemaal niet gebeurt. Is dat een centenkwestie? Waarom hebben wij niet meer bevolkingsonderzoeken?

Minister **Kuipers**:

Als er een specifieke vraag is over gordelroos, kijk ik naar de Staatssecretaris. Dat heeft niet te maken met de kankerbehandeling. De uitbreiding van de bevolkingsonderzoeken vergt echt een zorgvuldige beoordeling. Het is altijd een afweging tussen pros and cons. Als je sec



kijkt naar de input die ik zojuist gaf over overleving van kanker, de hoeveelheid medicatie die je nodig hebt en de uitgaven daarvoor per kankerpatiënt, is het effect positief. Als je kijkt naar belasting en uitbreiding naar andere leeftijdsgroepen moet je een zorgvuldige afweging maken. De Gezondheidsraad adviseert ons daarover. De Gezondheidsraad heeft onlangs geadviseerd om bijvoorbeeld nu nog geen uitbreiding te doen van het bevolkingsonderzoek darmkanker. Ik verwacht dat die vraag de komende jaren opnieuw ter tafel ligt.

**De voorzitter:**

Dan stel ik voor dat de Minister doorgaat met het blokje regionale samenwerking.

**Minister Kuipers:**

Ja. Allereerst een vraag van mevrouw Van den Berg: hoe staat het met de uitvoering van de motie-Van den Berg/Bushoff over het verduidelijken van de rol van Directeur Publieke Gezondheid en het borgen dat een patiënt-vertegenwoordiger zoals Zorgbelang bij ROAZ zit? Ik ben met diverse partijen in gesprek over de uitvoering van deze en andere moties die gaan over de betrokkenheid van lokaal bestuur, professionals en inwoners of patiënten bij de besluitvorming over acute zorg. Dan gaat het onder andere over GGD GHOR Nederland en de VNG over de rol van de DPG in het ROAZ, ook in relatie tot het uitwisselen van informatie met gemeenten en colleges van B en W. Ook inventariseer ik via de IZA-thematafel samenwerking acute zorg wat de ideeën van partijen zijn ten aanzien van de governance van het ROAZ. Tot eind deze maand kunnen partijen een inbreng leveren. Op basis daarvan zal ik bezien hoe de belangen van de verschillende stakeholders bij de afspraken over acute zorg het best geborgd kunnen worden. Ik verwacht u hierover in het eerste kwartaal van 2024 nader te kunnen informeren.

Mevrouw Tielen en mevrouw Van den Berg vroegen: hoe zorgt de Minister ervoor dat paramedici en andere professionals deel uitmaken van de ontwikkelingen met betrekking tot onder andere gegevensdeling?

Paramedici en andere professionals worden op meerdere manieren meegenomen. Vanuit IZA-werkgroepen wordt nauw contact gehouden met koepelorganisaties van paramedici om afspraken zo breed mogelijk te laten landen. Elk kwartaal worden alle geïnteresseerden meegenomen in de ontwikkelingen en worden er gesprekken met elkaar gevoerd. Daar zijn ook de paramedici bij. In het Informatieberaad Zorg worden ook de paramedici meegenomen, zoals fysiotherapeuten, apothekers en het Paramedisch Platform Nederland. Zo zijn paramedici ook betrokken bij de ontwikkelingen van de strategische visie eerstelijnszorg.

Dan vroeg mevrouw Van den Berg hoe burgers worden betrokken bij de ROAZ-plannen. Het is aan de ROAZ-voorzitters en de marktleiders-zorgverzekeraars in de regio's om als initiatiefnemers te zorgen voor burgerperspectief in hun eigen ROAZ-plannen. Het is niet vereist dat burgers zelf ter plekke deelnemen aan de tafel, want deelname kan ook in een andere vorm. Bij regioplannen is deelname van burgers aan tafel wel de verplichte vorm. Ik sta over dit onderwerp nauw in contact met de Patiëntenfederatie Nederland, MIND, Zorgbelang en ook Zorgverzekeraars Nederland. Ik heb hun gevraagd om een signaal af te geven wanneer er in de regio's niet voldoende betrokkenheid tot stand komt. Als het niet goed verloopt, wordt dat aangekaart via de IZA-tafels. Ik deel met mevrouw Van den Berg dat betrokkenheid van groot belang is.

Mevrouw Van der Plas vroeg: is de Minister het ermee eens dat als er meer regionale instellingen sluiten, de kwaliteit van de spoedeisende zorg onder druk komt te staan? «Niet meer dan 30 minuten reistijd bij dringende zorg,» zei ze. Ik wil borgen dat kwalitatief goede acute zorg voor iedereen toegankelijk is. Dan gaat het niet alleen over reistijd, maar ook over de kwaliteit van zorg. Dat betreft het juiste personeel met de

juiste expertise en ook ervaring, en dan 24/7, omdat het om acute zorg gaat. Ik verwijs ook even naar het debat over de geboorte- en verloskundige zorg van gisteren, waarin we uitgebreid stil hebben gestaan bij dit punt en hebben geconstateerd dat de beschikbaarheid van enkel en alleen een verloskundige niet voldoende is voor de opvang van een zwangere vrouw met weeën. Het gaat ook over de verloskundige, de gynaecoloog, de kinderarts, de anesthesioloog en eventueel nog anderen. Daarbij is het nadrukkelijk zo dat de gesprekken die worden gevoerd als de regionale zorg onder druk komt, bijvoorbeeld doordat een locatie uit dreigt te vallen, gesprekken zijn met de regio en alle partijen die ik zojuist heb genoemd.

De heer Bushoff vroeg specifiek naar de situatie in het Martini Ziekenhuis in Groningen, waar een deel van de patiënten niet meer terecht kan omdat er geen geld is vanuit de verzekeraars. Hij vroeg ook of ik al iets kan zeggen over het contracteerproces 2024. Ik heb kennisgenomen van het artikel over verzekeren die dit jaar niet meer in het Martini Ziekenhuis terecht zouden kunnen. Ik hoor gelukkig dat acute zorg, geboortezorg, oncologische zorg en dergelijke wel doorgang kunnen vinden en ik hoor ook dat electieve zorg, zoals orthopedische chirurgie, in de nabije regio beschikbaar is met, als ik op de berichten afga, wachttijden van enkele weken. Daarbij is het aan de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder om gezamenlijk afspraken te maken over toegankelijkheid en continuïteit van zorg. Zorgverzekeraars hebben daartoe een zorgplicht en de NZa ziet daarop toe.

De heer Bushoff vroeg in z'n algemeenheid ... Excuus, ik zou ook over het contracteerproces iets zeggen. De heer Bushoff vroeg naar het contracteerproces. Zijn er signalen dat het beter gaat dan vorig jaar? De IZA-partijen hebben gezamenlijk afspraken gemaakt om het contracteerproces voor het komende seizoen en de jaren erna te verbeteren, met als doel dat het merendeel van de contracten gedurende het overstapeseizoen wordt afgesloten en patiënten tijdiger een keuze voor een goede polis kunnen maken. Het contracteerproces van de contractering voor volgend jaar is inmiddels volop in gang. Ons hebben nog geen signalen bereikt. In januari zal ik met alle IZA-partijen het contracteerseizoen evalueren, net zoals ik dat heb gedaan bij de verbetermaatregelen die voor 2023 waren afgesproken. Zonder dat ik het in maat en getal kan benoemen: in gesprekken met vrij veel partijen aan zowel de zorgaanbiederskant als de verzekeraarskant hoor ik dat men op veel plekken, juist in het kader van dit soort transformatieplannen, ook inzet op meerjarige contractering. Dat helpt hier potentieel bij. Maar nogmaals, het zijn alleen maar geluiden en als u mij nu vraagt om dat te benoemen in maat en getal, dan kan ik dat niet. Ik hoop dat we dat begin volgend jaar wel kunnen.

Mevrouw Paulusma vroeg om een reactie op de oproep om de regie te nemen op landelijke afspraken en in de EU de rol van voorloper te vervullen. Dan ging het met name om digitalisering. Wij nemen bij het maken van landelijke afspraken en het opstellen van standaarden bewust de regie om tot landelijke operabiliteit te komen, zodat data gestandaardiseerd beschikbaar komen.

Sorry, ik zit te kijken ...

**De voorzitter:**

De Minister brengt de voorzitter in verwarring. U gaat nu verder met digitalisering, maar volgens mij zijn we nog niet bij dat blokje. Ik wil de collega's de ruimte bieden om over blokje drie nog vragen te stellen.

**Minister Kuipers:**

Ik heb nog één of twee antwoorden in dit blokje. De vraag zat in dit blokje, maar dat is verkeerd.

In de ene regio is de samenwerking rond regioplannen verder dan in de andere, werd opgemerkt, waarna de vraag volgde: kan de Minister

toelichten hoe wordt gewaarborgd dat alle regio's kunnen meegaan? Zoals gezegd, zijn met de IZA-partijen afspraken gemaakt over waaraan de regioplannen moeten voldoen. Daarvoor gelden inhoudelijke en ook procesmatige criteria. In de regio's waarin de regionale samenwerking nog minder ver is, moet men deze plannen met elkaar opstellen om zo de uitdagingen ten aanzien van toegankelijkheid en kwaliteit van zorg het hoofd te kunnen bieden. Ik ben met de IZA-partijen in gesprek over welke handreiking we kunnen bieden bij het versterken van de regionale governance en daarmee het uitvoeren van de regioplannen en daarmee samenhangende transformatieplannen. Dat doen we aan de hand van goede praktijkvoorbeelden. Ik gaf al aan dat ik de Kamer hierover informeer voor het eind van dit jaar. Daarbij gaat het er nadrukkelijk om, en dat beoogt het bestuurlijk overleg rond het IZA ook, dat goede plannen, bijvoorbeeld sommige regioplannen die al zeer ver zijn en waarin burgers en burgerplatformen nadrukkelijk zijn betrokken, actief worden gedeeld en een stimulans zijn voor anderen.

Tot slot een vraag van mevrouw Van der Plas: is het aantal gecontracteerde zorgaanbieders voldoende om aan de zorgplicht te voldoen? Dat is zoals bekend nadrukkelijk een opdracht voor de zorgverzekeraars. Zij moeten zorgen voor voldoende kwantiteit, mét waarborgen voor kwaliteit en prijs van de te contracteren zorg. We zetten er bovendien op in dat juist in het gesprek tussen zorgaanbieders, patiënten en zorgverzekeraars afspraken worden gemaakt over de mogelijkheden voor passende zorg. Daarbij stappen we regelmatig af van de bekende, traditionele financiering van de betaling voor een verrichting. Onderdeel van passende zorg is dat je betaalt voor bijvoorbeeld advies en bij sommige patiënten in een goed gesprek bewust afziet van een verrichting. Dat is de inzet waaraan nu in alle regio's wordt gewerkt.

Tot zover dit blokje, voorzitter.

**De voorzitter:**

Dank u wel. In heb uit de non-verbale reacties opgemaakt dat mevrouw Tielen een vraag wil stellen, net als mevrouw Van der Plas en naar ik begreep ook de heer Bushoff, die instemmend knikt. Ik geef eerst mevrouw Tielen het woord.

**Mevrouw Tielen (VVD):**

Ik begrijp nu weer waarom ik zo'n hekel heb aan het woord «integraal», maar goed. Mijn vraag gaat over de paramedici. Ik vroeg nadrukkelijk of ervoor gezorgd kan worden dat de paramedici aan tafel zitten, bijvoorbeeld als het gaat om gegevensdeling. Het antwoord van de Minister is dan: ja, ze zijn betrokken en er zijn gesprekken mee. Maar geïnformeerd worden voor en na zo'n gesprek aan tafel – ik probeer het me een beetje voor te stellen – is weer wat anders dan zelf aan tafel zitten. Ik wil graag van de Minister begrijpen in hoeverre hij de stem van de paramedici ook aan tafel kan borgen.

**Minister Kuipers:**

Dat is een belangrijk punt. Het belangrijkste om dan bij aan tafel te zitten, is de eerste lijn en daar zitten ze aan tafel, als volle partner.

**Mevrouw Tielen (VVD):**

En ook bij de gegevensdeling, de extra IZA-werkgroep die hiervoor is ingesteld?

**Minister Kuipers:**

Daar waren ze al voor uitgenodigd en wij gaan nu ook actief regelen dat ze daar ook daadwerkelijk aanschuiven.

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

Ik wil op twee dingen reageren, allereerst de regionale voorzieningen. De Minister noemde het voorbeeld van de verloskundige. Hij zei dat de juiste expertise er moet zijn en de juiste zorg, en dan niet alleen de verloskundige, maar ook de gynaecoloog, de anesthesist en noem maar op. Neem Zutphen. Daar gaat het gewoon om geld. Het draait verlies en moet dus dicht. Dat is inderdaad die verschrikkelijke marktwerking, die de zorg onder druk zet. Maar in het ziekenhuis van Zutphen vinden 850 bevallingen per jaar plaats. Ze hebben zeven kamers. Mensen moeten straks verder rijden, naar Apeldoorn, Deventer of Doetinchem, wat ertoe kan leiden dat vrouwen minder vaak thuis zullen bevallen, omdat ze niet binnen een straal van 10 kilometer van een ziekenhuis zijn. Dat brengt weer kosten met zich mee. Volgens mij wordt door het concentreren van zorg de zorg wel onder druk gezet. Regio's zijn daar gewoon de dupe van. De mensen in de regio's zijn daar gewoon de dupe van.

**De voorzitter:**

Wat is uw vraag, mevrouw Van der Plas?

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

Wat is de reactie van de Minister daarop?

**Minister Kuipers:**

Ik kreeg gisteren de vraag voorgelegd: als de kwaliteit op orde is, is het dan aan de Minister om een plek toch te sluiten? Mijn antwoord toen was: nee. Ik wil het hier graag herhalen. Voor mij is de inzet dat als mensen met een zorgvraag komen, bijvoorbeeld een zwangere vrouw die gaat bevallen, ze er dan op moeten kunnen rekenen dat de zorg gewoon state of the art is en past bij wat wij in Nederland in 2023 verwachten. Dat vraagt teams die 24/7 aanwezig zijn. Tegen een zwangere vrouw die 's avonds om tien uur binnenkomt, kunnen we niet zeggen: morgenochtend om acht uur is het personeel er weer en tot dan houden we je wel even in de lucht. Dat klinkt als een flauw voorbeeld, maar iedereen snapt dit gewoon. Daar gaat het om. Het personeel moet er 24/7 zijn, 365 dagen per jaar, en niet één of twee mensen van het team, maar het hele team. Als een instelling daarmee problemen heeft, is het allereerst aan de instelling om met het eigen personeel en ook met de regio te kijken wat daaraan kan worden gedaan. Soms wisselt men onderling personeel uit of leent men personeel of wordt er zzp-personeel ingezet. Dan heb je het acute probleem opgelost, maar dan nog is het verstandig om na te denken over de lange termijn. Dan komen er ook vragen als: wat betekent dat voor de burgers? Dan is het ook aan de Minister, de zorgbestuurder en de overige partijen, ook de politici, om het verhaal daarachter te vertellen. De afstand die mevrouw Van der Plas noemt: er zijn regio's in Nederland waar zwangere vrouwen bevallen en ze nog nooit een ziekenhuis hebben gehad op minder dan 18 kilometer afstand. Wordt het daarmee onveilig? Nee. Het is niet de inzet. U hoort van mij niet dat 850 bevallingen zo weinig is dat het wel kan sluiten. Helemaal niet; het is ook niet een keuze van de Minister. Maar ik vind wel dat ik ervoor moet zorgen dat zo'n centrum hoe dan ook garant staat voor de kwaliteit. Dat is het belang dat ik nastreef. Daar moet een zwangere vrouw op kunnen rekenen. Als dat niet lukt vanwege de personele bezetting, dan moeten er heel heldere procedures zijn om met de hele regio afspraken te maken over de continuïteit. Dan helpt het om de burgers in Zutphen in dit geval en in de omliggende gemeenten – niet iedereen komt uit Zutphen; sommige mensen wonen tussen Deventer en Zutphen of tussen Doetinchem en Zutphen et cetera – uit te leggen: dit kan ook veilig en, by the way, er zijn regio's in Nederland waar dit altijd al zo is geweest.

**De voorzitter:**

Mevrouw Van der Plas, uw tweede vraag.

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

Nou ja, in het geval van Zutphen is het gewoon de prijs. Er wordt 20 miljoen verlies geleden, «dus doen we het weg», maar dat even terzijde. Dat is gewoon de marktwerking.

De **voorzitter**:

Mevrouw Van der Plas, ik wil de Minister dan nog wel de gelegenheid geven om hierop te reageren als hij dat wil. Anders stelt u een tweede, andere vraag.

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

Ik wil alleen maar aangeven dat die marktwerking een perverse prikkel is. Dan kan ik gelijk inhaken – de Minister kan dan misschien daarna antwoorden – op het Martini Ziekenhuis, waarover we vandaag allemaal het nieuws hebben gelezen. De pot is leeg. Mensen die verzekerd zijn bij Zilveren Kruis of a.s.r. kunnen daar geen afspraken meer maken. Oncologie en spoedeisende hulp gaan wel gewoon door ...

De **voorzitter**:

Mevrouw Van der Plas, mag ik u helpen? De Minister heeft net antwoord gegeven op exact deze vraag. Wellicht wilt u nog een andere vraag stellen?

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

Nee, ik haak aan bij het onderwerp. Is het aantal gecontracteerde zorgaanbieders voldoende om aan de zorgplicht te voldoen en de consument te voorzien van de zorg waarop hij recht heeft? De Minister zei, en daarom haak ik daar nog een keer op in, dat dit nadrukkelijk de opdracht van de zorgverzekeraar is.

Minister **Kuipers**:

Allereerst ten aanzien van marktwerking. Ik kan niet de individuele situatie beoordelen, maar laat ik in algemene zin zeggen dat geboortezorg in een ziekenhuis over het algemeen zeer goed vergoede zorg is. Met geboortezorg stoppen betekent financieel meestal juist een adering. Ik kan me nauwelijks voorstellen dat dat de primaire reden is waarom een ziekenhuis met geboortezorg stopt, even los van welke aantallen dan ook. Dat is voor mij ook geen zorg. Ik kom terug op de kwaliteit: een zwangere vrouw moet kunnen rekenen op de juiste zorg, die past bij wat wij nu in Nederland verwachten. Daar ga ik voor.

Ten aanzien van het Martini Ziekenhuis: het is echt aan een individueel ziekenhuis om met de eigen verzekeraars een passend contract af te sluiten voor een lopend jaar. In dit geval vanuit het perspectief van de zorgplicht ... Nogmaals, ik ga alleen maar af op de publieke berichtgeving hierover die voor ons beiden hetzelfde is. Ik hoor dat electieve, niet-oncologische geplande operatieve zorg, zoals orthopedische chirurgie, in de directe nabijheid beschikbaar is met een wachttijd van, als ik op de algemene berichtgeving afga, drie weken. Dan kan ik me voorstellen dat een verzekeraar zegt: daarmee voldoe ik aan de zorgplicht. Ik geef hier alleen maar een antwoord op basis van dezelfde algemene berichtgeving die ik hoor.

De **voorzitter**:

Meneer Bushoff en daarna meneer Dijk.

De heer **Bushoff** (PvdA):

Nog even doorvragend op deze casus. Op zich geeft de Minister een best heldere schets van de situatie, maar ik zou nog wel willen weten hoe de Minister die apprecieert. Vindt hij het ten principale wenselijk dat

vanwege ontoereikende budgetten artsen nee moeten verkopen aan patiënten die bij hen komen?

**Minister Kuipers:**

Hier zijn sinds jaar en dag twee verschillende insteken. Als ik mij, zonder daarmee iets te zeggen over de bestuurder van het Martini Ziekenhuis – dat is niet aan mij – verplaats in de rol van bestuurder, zoals ik die altijd heb gehad, zeg ik dit. Ik ben als ziekenhuisbestuurder veelvuldig in de situatie geweest dat je op een gegeven moment in een lopend jaar tegen een plafond aanloopt. Dan was de insteek van mijn collega's en mij en van het team altijd om gewoon door te gaan. Dat betekende dat je zorg om niet leverde of, als je het anders wil, dat je gemiddelde prijs, de gemiddelde vergoeding over het hele jaar, feitelijk naar beneden ging. Dat accepteerde je. Daarbij zetten we het patiëntbelang voorop. Nogmaals, zie dit niet als commentaar; ik ken de lokale situatie niet. Er zijn altijd afwegingen die je kunt maken, ook ten aanzien van de financiële situatie: je personeel, inzet die je eventueel anders moet doen. Ik kan alleen zeggen dat er keuzes zijn. Ik heb ze zelf in het verleden gemaakt. Dan zeg je: «We gaan gewoon door. Als we geen 100 maar 120 patiënten behandelen en daarvoor hetzelfde bedrag krijgen, dan is het bedrag per patiënt dus iets lager. Dat accepteren we.» Soms ook word je als bestuurder gedwongen om dat niet te doen. Dan is het heel belangrijk dat patiënten die acute zorg nodig hebben daar niet de dupe van zijn en dat patiënten die electieve zorg nodig hebben, in de resterende periode van het jaar eventueel ergens anders terecht kunnen. Op 1 januari begint het nieuwe jaar weer en ik ga ervan uit dat, in dit geval, het Martini Ziekenhuis met de betreffende verzekeraar een passend contract voor volgend jaar afsluit. Dat is aan hen beide.

**De heer Dijk (SP):**

Ik vind deze discussie altijd een beetje gênant en ik maak 'm nu weer mee. Vorig jaar ging het helemaal mis. Toen moesten er contracten in een lopend jaar gesloten worden. Op 16 augustus kwam het bericht dat vijftien ziekenhuizen boven het plafond kwamen en tekortkwamen. Nu krijgen we weer bericht van het Martini Ziekenhuis. Eerder ging het Alrijne Ziekenhuis ruzie maken met de verzekeraar over wie daaraan schuld had. Ik vind het voor zo'n klein land als Nederland tamelijk gênant dat het zo gaat. Net als de heer Bushoff, die er volgens mij net ook naar vroeg, vraag ik de Minister hoe die gesprekken nu verlopen. Het was wel de afspraak in het Integraal Zorgakkoord dat het proces zou worden verbeterd en dat het voor 12 november rond was. Ik wil gewoon de harde toezegging van de Minister dat het voor 12 november rond is.

**Minister Kuipers:**

Allereerst was de contractering vorig jaar op veel plekken vertraagd, maar dat had juist ook te maken met de oplevering van het Integraal Zorgakkoord vlak van tevoren. Ik hoor de heer Dijk reageren, voorzitter, maar misschien mag ik mijn antwoord geven. Vorig jaar hadden we te maken met de oplevering van het Integraal Zorgakkoord, waar we eerder in uw Kamer bij stil hebben gestaan. Ik ga ervan uit dat het dit jaar beter gaat, maar ik heb de getallen en de overzichten nog niet. Ik heb geen signalen dat het niet loopt. We houden het nauwgezet in de gaten, maar meer dan wat ik eerder al zei, kan ik niet zeggen.

Ten aanzien van de geluiden die de heer Dijk heeft gehoord: dan gaat het om verwachte financiële resultaten van ziekenhuizen. Dat heeft onder andere te maken met gestegen loonkosten bij een cao. Dat is het normale proces. Er speelt op dit moment niets anders. Gisteren hebben we een rapportage ontvangen. De ziekenhuizen blijken er overall voldoende voor te staan. De marges zijn inderdaad klein, maar dat waren ze al een aantal jaren, vele jaren zelfs.

Wat betreft individuele ziekenhuizen die geluiden afgeven: nogmaals, ik kan niets zeggen over het Martini Ziekenhuis, maar ook dit is van alle tijden. Soms willen ziekenhuizen een signaal afgeven om toch vooral druk te zetten, ofwel om nog gedurende een lopend jaar een contract open te breken, ofwel om voor het komende jaar een beter contract te krijgen. Dat is echt aan hen. Mij gaat het erom dat patiënten toegang hebben tot de zorg die ze nodig hebben.

**De voorzitter:**

Meneer Dijk, ik geef u het woord voor een vervolgvraag, maar laten we elkaar alsjeblieft laten uitspreken. Dat helpt, denk ik.

**De heer Dijk (SP):**

Ik vond het mooi te horen dat het door het IZA komt dat de contracten te laat gesloten zijn. Sorry, maar ik zei «dat kan; fijn, interessant». Daarmee waren die contracten er nog niet. Dat was meer mijn punt. Ik vind ook de huidige situatie heel zorgwekkend en dat wil ik hier wel constateren. Het is 11 oktober. Als de afspraak is dat de contracten voor 12 november gesloten moeten zijn, rond moeten zijn, en de Minister aangeeft dat hij er geen zicht op heeft en dat het aan een individueel ziekenhuis zelf is, is mijn constatering inderdaad dat het vermarkten van onze zorg met verschillende verzekeraars die verschillende contracten moeten gaan afsluiten problematisch is, een fout in ons systeem. Ik ken de reactie van de Minister, namelijk dat we een publiek gefinancierd zorgstelsel hebben. Ik verwacht dan van de Minister dat hij erbovenop zit en op 11 oktober, een maand voordat de contracten gesloten moeten zijn, kan zeggen: jongens, het is zo ongeveer rond; we moeten nog een paar puntjes op de i zetten en dan is het geregeld en hebben we niet de problemen van vorig jaar. Maar de Minister van VWS kan dat nu niet zeggen en dat vind ik erg problematisch en ook zorgwekkend.

**De voorzitter:**

Meneer Dijk, ik gaf u de gelegenheid om een vraag te stellen. U kunt van een constatering nog een vraag maken, maar anders geef ik het woord aan uw collega Bushoff.

**De heer Dijk (SP):**

Dan herhaal ik mijn vraag: kan de Minister toezeggen dat voor 12 november die contracten rond zijn, ja of nee?

**Minister Kuipers:**

Nee.

**De voorzitter:**

Als de Minister hetzelfde antwoord geeft, is de heer Dijk niet tevreden, denk ik. Gezien de tijd zou ik dan door willen naar de volgende vraag, van de heer Bushoff.

**Minister Kuipers:**

Maar misschien toch even. Ik denk dat hier een woord van lof past voor én de verzekeraars én de aanbieders. Ze zijn gezamenlijk bezig met een proces dat we nu twintig jaar kennen: jaarlijks weer contracteren, ieder voor zich, allemaal een-op-een, iedere verzekeraar en iedere zorgverlener. Dat bouwen we nu om. Nogmaals, dat zorgakkoord is een jaar of dertien maanden geleden getekend. Dat bouwen we nu om naar domeinoverstijgend samenwerken en naar passende zorg. Er zijn ook nog plannen over regio's. Dat gebeurt allemaal tegelijkertijd. Het is een majeure beweging. De verzekeraars maar ook de aanbieders, alle partijen die die plannen maken, zijn hier vol enthousiasme mee bezig. Die rennen zich de benen uit het lijf. Dus chapeau! Dat we vandaag nog geen exact overzicht

hebben van het aantal contracten, nou, het zal. Ik ga het rustig afwachten. Ik heb er alle vertrouwen in dat dat komt. Ik hoef dat nu ook nog niet te hebben. En nogmaals, ik heb geen signalen dat het niet loopt.

**De voorzitter:**

Meneer Bushoff, had u nog een andere vraag? Dan krijgt u het woord.

**De heer Bushoff (PvdA):**

Het is een iets andere vraag, maar het gaat wel over dit onderwerp. Ik denk dat de Minister en ik elkaar kunnen vinden in die zin dat je graag naar dit soort vraagstukken kijkt vanuit het belang van de patiënt. Als je als patiënt een zorgverzekering moet kiezen en je nog niet weet welke zorgverleners gecontracteerd zijn bij die zorgverzekeraar, dan is dat heel ingewikkeld. Als vervolgens blijkt dat de zorgverzekering die je hebt gekozen, heel veel zorgverleners niet heeft gecontracteerd die bij jou in de buurt zitten of die de zorg verlenen die jij nodig hebt, dan is dat heel vervelend. Het is ook heel vervelend als het ziekenhuis bij jou in de buurt wel een contract heeft maar het geld op blijkt te zijn, waardoor je daar niet terecht kunt. Dus dat moet beter. Dat vindt de Minister ook, hoor ik, maar ik ben wel benieuwd wanneer hij tevreden is. Welke verbeteringen moeten er komend jaar zijn voor de Minister om te zeggen: nu is het goed genoeg?

**Minister Kuipers:**

Sorry, ik kijk nu naar mevrouw Tielen omdat zij daar zojuist ook een vraag over had. Maar nu even naar de toekomst toe. Ik mag hopen dat als we deze plannen in gezamenlijkheid uitvoeren, we uiteindelijk niet uitkomen op een totaal omgegooid stelsel maar wel op langetermijncontractering, zoals bijvoorbeeld in de verloskundigensamenwerkingsverbanden, waarbij samenwerking bewust gestimuleerd wordt, er over domeinen, specialismes en organisaties heen wordt samengewerkt met samenwerkingsverbanden, en men op die manier aan de hand van kwaliteit en andere parameters de juiste afspraken maakt. Daar wil je graag naartoe. Als dat eenmaal bereikt is, ook voor de lange termijn, dan weten burgers dat wat vorig jaar door hun verzekeraar aan zorgaanbieders gecontracteerd werd, nog steeds hetzelfde is en dat die dan weer gecontracteerd zijn. Daar zijn we nog niet. Daar zijn we ook niet zomaar. Dat zal ook niet in alle gevallen zo zijn, want het is geen doel op zich, maar ik denk wel dat het er steeds meer uit komt. Je wil graag dat de situatie in rap tempo beter wordt, maar we zijn wel met een majeure transitie bezig. U moet mij dus niet proberen vast te pinnen op één specifiek getal; het is echt een beweging. Ik heb er alle vertrouwen in dat het beter is dan vorig jaar omdat we toen net met dat IZA begonnen.

**De voorzitter:**

Dan geef ik mevrouw Tielen nog het woord en dan wil ik de commissie voorstellen om naar het laatste blokje van Minister Kuipers te gaan, want Minister Helder heeft ook nog zes onderdelen. Het is nu 15.45 uur en de Staatssecretaris wil natuurlijk ook graag het woord voeren.

**Mevrouw Tielen (VVD):**

In verschillende toonaarden wordt volgens mij duidelijk dat we wel dezelfde verwachtingen hebben. Tenminste, ik vind de Minister heel duidelijk over wat we verwachten als het gaat om een contractering: liefst meerjarig en liefst op tijd. Daar heeft de Kamer vorig jaar ook naar gevraagd, want als je als particulier individu op zoek gaat naar een nieuwe zorgverzekeraar, moet je ook weten wat er is. Nogmaals, de toon kan verschillen maar inhoudelijk is het hetzelfde. Het zou fijn zijn om ons rond de opening van de overstapperiode een update te sturen zodat we weten hoe het ervoor staat, maar volgens mij heeft de Minister dat al eens een



keer eerder toegezegd. Ik hoor hem zeggen dat er geen slechte signalen zijn. Dat zou fijn zijn, maar voor ons als Kamerleden is het altijd wel fijn om dat bevestigd te zien, ook omdat mensen voor het eind van het jaar hun verzekering moeten hebben opgezegd als ze niet tevreden zijn over de contracten. Ze hebben dan ook maar kort de tijd om een nieuwe te vinden. Dus kan de Minister half november een update sturen, zodat we woorden kunnen lezen bij wat hij nu aan gevoel met ons deelt?

**Minister Kuipers:**

Dat wil ik van harte toezeggen.

**De voorzitter:**

Fijn. Dan nodig ik u uit voor uw vierde en laatste blokje: digitalisering, genees- en hulpmiddelen.

**Minister Kuipers:**

Voorzitter. Allereerst vroeg mevrouw Van den Berg wat ik vind van het idee dat apothekers ook relevante labwaarden moeten kunnen inzien zonder de huisarts apart te bellen. Het is van essentieel belang dat apothekers beschikken over alle relevante en actuele informatie die nodig is om patiënten goed te kunnen helpen. Daarbij is het wel noodzakelijk dat er goede afspraken zijn tussen apothekers en huisartsen over wat er gebeurt bij afwijkende labwaarden, bijvoorbeeld voor aanpassing van medicatie. Binnen het programma medicatieoverdracht is dit nadrukkelijk een van de punten waar huisartsen en apothekers over spreken. Op dit moment wordt gewerkt aan de afronding van een informatiestandaard voor labgegevens, zodat een eenduidige landelijke werkwijze van uitwisseling van labgegevens kan worden geïmplementeerd.

Mevrouw Van den Berg zei ook dat ik had gereageerd op haar initiatiefnota geneesmiddelen en vroeg welke concrete acties ik heb ingezet om geneesmiddelentekorten aan te pakken. Ik ondernem in samenwerking met veldpartijen veel concrete acties voor de beschikbaarheid. Ik heb mijn inzet aan uw Kamer laten weten in twee brieven van maart en juli van dit jaar. Onder die concrete acties vallen gesprekken over aanpassing van het preferentiebeleid en de distributievergoeding, mogelijke aanpassing van de voorraadverplichting voor groothandels en leveranciers, optimalisatie van het meldpunt voor tekorten van het CBG en mitigerende maatregelen voor de onderkant van de markt binnen de Wgp. Ik garandeer met deze acties geen 100% beschikbaarheid, maar ik vertrouw erop dat deze acties bijdragen aan een betere beschikbaarheid van medicijnen.

Mevrouw Tielen vroeg hoe het staat met de IZA-werkgroep PGO, wanneer die compleet is en wanneer de Kamer over de voortgang hoort. In die werkgroep zitten sectoren die als IZA-partner het IZA hebben onderkend. Sommige zijn vertegenwoordigd door een andere koepel. Er wordt gezamenlijk gekeken naar de mogelijkheden om de PGO relevanter te krijgen in het zorgproces en invulling te geven aan de IZA-visie op die PGO's. We maken nu ook concrete werkplannen per sector. De voortgang deel ik graag met u in de volgende voortgangsbrieven over PGO's.

U, voorzitter, vroeg namens D66 of één PGO gekoppeld aan een burgerservicenummer niet beter is, juist in het kader van het IZA. In mijn brief over PGO's van 3 oktober jongstleden heb ik aangegeven dat ik wil komen tot een heroverweging met een vorm van een basis-PGO dat ook gekoppeld is aan het burgerservicenummer. Dit wordt de komende maanden verder uitgewerkt en komt terug in de toegezegde brief over PGO's in het eerste kwartaal van volgend jaar. Ik kijk dan ook goed naar de relatie met de activiteiten die nu in het IZA gebeuren. Die zijn nuttig en noodzakelijk voor zowel het huidige PGO-stelsel als de toekomstige situatie met een generieke inzagefunctie.

Mevrouw Van den Berg vroeg hoe het «Not Invented Here»-syndroom wordt doorbroken en hoe wordt voorkomen dat regionaal in zaken wordt

geïnvesteed, zoals ICT, die landelijk niet aansluiten. Dat raakt aan het punt dat we eerder al bespraken. De IZA-partijen, dus ook VWS, hebben in het IZA afspraken gemaakt om tot opschaling en transformatie van e-health of digitale en hybride zorg te komen om daarmee het «Not Invented Here»-probleem te voorkomen of te doorbreken, onder andere door gezamenlijke inzet op een platform digitale en hybride zorg waarop patiënten afspraken maken over toetsing en beoordeling van die digitale en hybride zorg, om daarna gezamenlijk over te gaan tot «pas toe of leg uit». VWS neemt de regie bij het maken van landelijke afspraken en het opstellen van standaarden om tot landelijke operabiliteit te komen zodat deze data gestandaardiseerd beschikbaar komen.

Mevrouw Van der Plas en mevrouw Paulusma vroegen om regie te nemen bij landelijke afspraken en om een voorlopersrol in de EU. Wij nemen als VWS inderdaad nadrukkelijk regie op het maken van landelijke afspraken en het opstellen van standaarden om tot landelijke operabiliteit te komen zodat data gestandaardiseerd beschikbaar komen. Dat gaat niet over de lokale opslag in je eigen systeem maar wel over de beschikbaarheid daarvan. Daarnaast dragen wij als Nederland actief bij aan de onderhandelingen over de verdere invulling van de EHDS. Hiermee anticiperen wij ook op hun komst en proberen we zo veel mogelijk te sturen op de uitwerking daarvan. Even kijken. Dit is nog een keer dezelfde vraag, maar aanvullend kan ik zeggen dat ik uw Kamer eind '23 informeer over de uitwerking, de richting en de contouren van een transitieplan voor een landelijk dekkende infrastructuur. Tot zover.

**De voorzitter:**

Dit geeft in ieder geval bij mevrouw Van den Berg aanleiding tot vragen. Gaat uw gang.

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

Een heel korte vraag. De Minister verwees ten aanzien van het tekort aan geneesmiddelen naar de brieven van maart en juni. Die zijn bekend. Hij zegt dat hij een gesprek is aangegaan en welke acties hij wil ondernemen. Maar misschien moet ik de vraag die ik in mijn inbreng heb gesteld, dan wat concreter stellen. Wanneer verwacht de Minister effect van die acties? Want nogmaals, wat ik vrijdag heb meegemaakt, zijn schrijnende situaties, niet alleen voor de patiënten maar ook voor de zorgprofessionals.

**Minister Kuipers:**

Je wilt per direct een effect zien, maar zo werkt het helaas niet, ook door de zeer complexe, meervoudige problematiek die eronder ligt. Ik verwacht een effect op vrij korte termijn als het gaat over elk van die aspecten, maar je kunt vervolgens niet zeggen dat je door een individuele maatregel in de maand daarna meer of minder tekorten hebt. Het zal niet eenvoudig naar nul gaan. Dat is evident.

**De voorzitter:**

Ik kijk naar de collega's. Ik zie dat ze allemaal in spanning wachten op de reactie van Minister Helder. Bij dezen geef ik u het woord.

**Minister Helder:**

Dank u wel, voorzitter. Ik wil me in de eerste plaats natuurlijk aansluiten bij wat mijn collega al gezegd heeft ter inleiding, namelijk dat het uniek is dat we al een jaar onderweg zijn met integraal kijken, dat we integrale doelen stellen en dat er ook een heel actieve overlegtafel is met inmiddels veertien partijen, die niet alleen aan ons maar ook aan elkaar verantwoording afleggen over de voortgang. Dat is een enorme vooruitgang ten opzichte van de periode daarvoor.

Ik heb een aantal vragen. De eerste vraag ging over de regionsamenwerking. De heer Drost vroeg naar de patiëntenorganisaties die aangeven dat ze maar bij de helft van de regioplannen goed betrokken worden. Hij vroeg of wij dat beeld ook hebben. In de criteria voor de regioplannen in het IZA is afgesproken dat zij worden meegenomen, dat zij een partner zijn bij het opstellen daarvan. De marktleider van de zorgverzekeraars en de gemeente die voor dat regioplan is aangewezen, zijn de initiatiefnemers, die dat proces moeten bewaken. Als regionale vertegenwoordigers daar niet bij betrokken zijn, dan kunnen die zich daar melden, maar het is dus echt wel de bedoeling. Het is echt zo afgesproken in de criteria. Dan de subsidie voor die regioplannen. Er is een ZonMw-voucher die dat ondersteunt. Ook daar zit nog eens een keer een geormerkt budget in voor de inbreng van burgers en patiëntenorganisaties. Wij staan in nauw contact met die landelijke organisaties, met MIND, Zorgbelang en Zorgverzekeraars Nederland. We hebben hun gevraagd om het gewoon te signaleren als de betrokkenheid in regio's achterblijft. Daar zijn geen cijfers over, maar er zijn geen redenen om aan te nemen dat het ernstig achterblijft. Het is in ieder geval wel een punt van aandacht geweest in de gesprekken. We hebben afgesproken dat als dat niet gebeurt, we het dan op de Integraal-Zorgakkoordtafels aankaarten en oplossen. Wel heeft een aantal van die landelijke partijen nog niet de manier gevonden om zich regionaal te vertegenwoordigen bijvoorbeeld, dus dat is nog in wording. Dat was het blokje over regionale samenwerking.

**De voorzitter:**

Dan kijk ik naar de collega die daar als enige een vraag over gesteld heeft. Het hoeft niet, maar als u hier nog een vraag over wilt stellen, gaat uw gang.

**De heer Drost (ChristenUnie):**

De beantwoording is helder, maar ik denk dat de crux in de laatste zin zat. Als mensen zich niet vertegenwoordigd voelen omdat de patiëntenorganisatie daar nog niet aanwezig is, dan is het netwerk nog niet helemaal dicht en ligt daar nog werk, wellicht niet voor de Minister maar wel voor ons allen en wellicht voor de patiëntenorganisaties zelf. Ik denk dat de Minister het ook op die manier bedoelde.

**Minister Helder:**

Jazeker. De betrokken zorgorganisaties hebben natuurlijk ook cliëntenraden die hierbij betrokken zijn, dus dat zijn niet alleen die aparte organisaties. Maar dat is inderdaad in wording. In sommige regio's gaat dat sneller dan in andere. Dat klopt. Maar het is een punt van aandacht voor ons. Wij hebben daar aandacht voor en zijn in gesprek met elkaar over hoe we dat kunnen verbeteren.

Dan kom ik bij het blokje over de wijkverpleging, over de eerste lijn. De heer Bushoff vroeg welke concrete stappen er zijn gezet en welke er nog in de toekomst worden gezet. Hij vroeg daarbij ook hoe het van het papier af komt. Een heel terechte vraag. In aanloop naar het Integraal Zorgakkoord hebben de aanbieders van wijkverpleging heel duidelijk aangegeven dat de tarieven de jaren daarvoor te schraal waren en dat er eigenlijk te schraal was ingekocht. In aanloop naar het sluiten van het akkoord hebben de zorgverzekeraars dat erkend en hebben we ook hele concrete afspraken gemaakt over meer ruimte om te investeren, ook via de contractering. Er is afgesproken om dat al in de contractering van 2023 terug te laten komen. Die ligt achter ons. In het najaar van 2022 bleek dat de tevredenheid over hoe het proces is doorlopen, hoger was dan daarvoor. Dat gaven de zorgaanbieders ook aan. Daarmee zeg ik niet dat het goed is, maar het is in ieder geval wel beter dan daarvoor. Daarnaast zien we nu, ondanks de onderbesteding, wel degelijk een trend in de besteding. Er zijn hele concrete afspraken gemaakt om 175 miljoen meer

te besteden in de vorm van IZA-conforme inkoopafspraken en 75 miljoen in de vorm van een IZA-fonds voor wijkverpleging. Dat staat onder gezamenlijke aansturing van ZN en de sector. De uitnutting van die afspraken monitoren we. Er zijn wel wat zorgen over of dat goed gebeurt, maar daar zijn we actief over in gesprek met elkaar. Ik steun uiteraard deze gesprekken en volg met alle partijen op de voet hoe dat verdergaat, zodat we nu voor 2024 en dan voor 2025 dus een opgaande lijn gaan zien als het gaat om de contractering van de wijkverpleging, want het moet groeien; dat is echt de bedoeling.

Dan de vraag of dat nog ingezet kan worden voor andere doeleinden. Dat is niet zo eenvoudig. We wisten al van tevoren dat het kader mogelijk onderschreden zou worden – daar hebben we al rekening mee gehouden – omdat we het niet helemaal hebben bijgesteld aan de hand van de onderbesteding die we natuurlijk tot en met 2022 zagen. Het is niet zo makkelijk om dat anders te besteden. Denk bijvoorbeeld aan bestedingen binnen andere sectoren, binnen de Wlz bijvoorbeeld. Het is gewoon geen gratis geld, want dan zal het daar tot hogere uitgaven leiden.

Dan de vraag van de heer Bushoff over de systeemfuncties in de wijk: waarom worden die niet of onvoldoende gecontracteerd? De systeemfuncties gaan over de organisatie en de beschikbaarheid van onplanbare zorg in de avond, de nacht en het weekend; ik zeg het ook even voor de mensen thuis. We hebben daar in 2022 al een tarief en een prestatieomschrijving voor gemaakt. Daar is inderdaad veel behoefte aan. Aanbieders en zorgverzekeraars zijn nog wel startende met het contracteren van deze systeemfuncties. We zullen dat ook monitoren. Dat is nog in ontwikkeling. Het kan zijn dat met name kleinere aanbieders nog niet tevreden zijn over het inkopen, ook omdat grotere zorgaanbieders vaak die systeemfunctie toegewezen krijgen en daar vaak wordt ingekocht, terwijl kleinere aanbieders bijvoorbeeld in de rol van onderaannemer zitten. Die administratieve last proberen we natuurlijk zo laag mogelijk houden. Dat is de doelstelling; daar zal ik zo nog iets over zeggen. Maar het is wel een hele belangrijke positie, ook als het gaat om de nieuwe visie op de eerste lijn, waarvan Minister Kuipers net al zei dat we die in het najaar naar de Kamer hopen te kunnen sturen. Het is dus heel erg van belang dat we ook die systeemfuncties goed contracteren, want die zijn er echt een wezenlijk onderdeel van. Het heeft dus onze aandacht. Het kan zijn dat het nog niet overal naar behoren gaat, maar het heeft zeker onze aandacht om dat goed en steeds beter te laten lopen.

**De voorzitter:**

Meneer Bushoff, ik zag u. Gaat uw gang.

**De heer Bushoff (PvdA):**

Over dit laatste punt, die systeemfuncties; het is best wel een verschrikkelijk woord. Het helpt thuiszorgorganisaties wel echt als daar gewoon meer budget voor komt en het dus ook gewoon gecontracteerd wordt door de zorgverzekeraars. De Minister gaf aan: dat moeten we goed gaan monitoren, want dat is echt onze inzet en dat willen we graag. Maar de eerste signalen uit wat er nu gemonitord wordt, zijn eigenlijk dat die betaaltitel wel is gecreëerd, maar dat er bijna geen gebruik van wordt gemaakt. Vindt de Minister dan dat er een rol is weggelegd voor bijvoorbeeld de NZa of het ministerie om te zeggen: dit moet echt beter? Kan de Minister daar nog eventjes op ingaan? Wanneer is het dan goed genoeg volgens de Minister? En wat gaat zij daarvoor doen?

**De voorzitter:**

Dat waren meerdere vragen in één; dat heeft u knap gedaan.

**Minister Helder:**

Ik ga ook heel knap antwoorden. We beginnen achteraan. Wanneer ben ik tevreden? Als het in voldoende mate is ingekocht, zodat we 24/7 het brede eerstelijnssteam en de eerstelijnszorg goed hebben staan. Daar is dit een wezenlijk onderdeel van.

De heer Bushoff zei in één adem: er is niet voldoende budget. Dat is niet mijn beeld. Ik zie wel dat het nog niet overal in voldoende mate is ingekocht. Dat is iets anders. Dat kan dus liggen aan administratieve rompslomp, partijen die daar nog geen toegang toe krijgen; dat weet ik niet. Het kan ook zijn dat er onvoldoende aanbod is, want je moet het natuurlijk wel 24/7 blijven organiseren. Het is dus een uitdaging om dat te doen. Daarom heet het ook een systeemfunctie. Je doet eigenlijk het werk voor het hele systeem, zoals dat heet, van de eerste lijn. Ik denk dus dat er meerdere oorzaken zijn, maar de NZa monitort het en het komt ook terug op de bestuurstafel van het Integraal Zorgakkoord.

**De voorzitter:**

Een korte vervolgvraag.

**De heer Bushoff (PvdA):**

Er is inderdaad voldoende budget. Dat is nou juist het probleem. Dat dat budget niet uitgegeven wordt, is juist het hele eiereneten in deze discussie. De Minister gaf het zelf ook al aan: de afgelopen tijd was de contractering vanuit de zorgverzekeraars op tal van onderwerpen eigenlijk gewoon te strak. Er werd niet goed genoeg, niet ruim genoeg, gecontracteerd. Blijkbaar zit er bij zorgverzekeraars ergens de onwil om voldoende ruimte te contracteren. Daar is ook het contracteren van deze systeemfuncties een beetje de dupe van. Is het dus niet nodig dat de NZa zorgverzekeraars daar gewoon op aanspreekt?

**Minister Helder:**

Dat gebeurt. Dat gebeurt niet alleen door de monitoring van de NZa, maar ook nog een keer met elkaar vanwege de doelstellingen in het Integraal Zorgakkoord. Als je kijkt naar de afspraken die zijn gemaakt over de budgettering – eigenlijk moet ik zeggen: het uitnuttan van het budget en de contractering – dan hebben we een toename van zo'n 8% beoogd. Dat is een forse toename. Dat moet ook kunnen. Dat moet ook bemenst worden. Dat moet georganiseerd worden. Dan kun je het ook met elkaar contracteren. Dus nogmaals: er zijn meerdere redenen mogelijk waarom het onvoldoende gebeurt in regio's. We monitoren het en zullen die problemen, zeg maar, stuk voor stuk met elkaar opruimen, want het is zeer van belang dat we deze systeemfunctie goed kunnen inrichten met elkaar.

**De voorzitter:**

Gaat u verder met uw volgende blokje.

**Minister Helder:**

Dan het blokje ggz, voorzitter. Ook voor de ggz kunnen we terug- en vooruitblikken na een jaar IZA. Er zijn heel veel acties en bijbehorende mijlpalen afgesproken om de beweging in de ggz toegankelijker te maken, op regionaal niveau, maar ook op landelijk niveau; dat krijgt ook voorrang. Ik wil graag een aantal ontwikkelingen benoemen. Daarin zal ik de vragen verwerken die gesteld zijn.

Op landelijk niveau zijn we de randvoorwaarden en de hulpmiddelen aan het creëren, zodat met name op regionaal niveau de transitie vorm kan krijgen. Zo hebben verzekeraars een handreiking ontwikkeld voor het aanvragen van transformatiemiddelen voor mentalegezondheidscentra. Partijen hebben die mentalegezondheidscentra binnen het programma neergezet als een van de leidende principes voor het veranderen van de ggz-zorg. Het is belangrijk dat we het met elkaar eens zijn over wat een mentalegezondheidscentrum, met de daarbij behorende verkennende

gesprekken, precies is. De concrete manier van werken waarin dat wordt ingericht, krijgt nu vorm. Daar worden dus afspraken over gemaakt. We hebben onder andere met de NZa afspraken gemaakt over de manier van bekostiging en hoe dat uitgewerkt kan worden, met de bedoeling om dat gereed te hebben voor de inkoop van zorg in 2024. Daarnaast hebben we met elkaar ook invulling gegeven aan een aantal wat dichterbij liggende acties, onder andere dat de praktijkondersteuner ggz meer uren per patiënt krijgt. Alles om ervoor te zorgen dat we die transitie op alle punten in de ggz kunnen vormgeven.

Ik zei net dat de transitie natuurlijk vorm moet krijgen in de regio, met de bedoeling dat we patiënten beter en sneller kunnen helpen. Dat begint bij de manier waarop de regio zijn eigen zorgbehoefte kan benoemen in de regiobeelden. De regiobeelden die gemaakt worden, worden dus ook nadrukkelijk voor de ggz gemaakt. Ik zie in het vullen van die regiobeelden dat psychische kwetsbaarheid en het behandelaanbod dat daarvoor bestaat in alle regio's in ieder geval nadrukkelijk op de agenda staat. Dat is het begin om ook in de regio's goede afspraken te kunnen maken en die om te kunnen zetten in regioplannen.

Als ik kijk naar één jaar IZA – daarmee ga ik gelijk in op de hele terechte vraag die de heer Bushoff stelde over de concrete voortgang van het verkennende gesprek en de mentale gezondheidscentra – dan zie ik dat er zeventien koplopersregio's zijn gestart met het aanbieden van verkennende gesprekken aan mensen met een hulpvraag. Die mensen kunnen daardoor sneller op de juiste plek komen, in de ggz of in het sociaal domein. In Maastricht worden mensen met een lichte en een zware ggz-hulpvraag nu doorgeleid naar een verkennend gesprek. Dat is een gesprek met een multidisciplinair team, nogmaals: ggz én sociaal domein. Dat gesprek vindt in Maastricht fysiek plaats in de huisartsenpraktijk. In dertien regio's werken op dit moment professionals uit de ggz, de huisartsenzorg en het sociaal domein reeds samen in een vorm van een mentale gezondheidscentrum. Er zijn negen regio's die concrete plannen hebben voor het opzetten van mentale gezondheidscentra en het beginnen met het voeren van verkennende gesprekken. De heer Bushoff stelt terecht de volgende vragen. Komt het van papier? Ja, het komt van papier. Is het overal? Nee, dat nog niet. Natuurlijk niet, want we zijn de structuur van de mentale gezondheidscentra en de verkennende gesprekken aan het opbouwen. Ik zie wel dat die afspraken echt gedragen worden door de regio's. Dat is natuurlijk wel heel essentieel voor het slagen van de transitie.

Naast het opbouwen van deze structuur zijn we natuurlijk doorgegaan met het aanpakken van de wachttijden. Ik heb de Kamer er in het voorjaar over geïnformeerd dat er nog een aantal regio's achterliepen met onderdelen van die wachttijden. De zorgverzekeraars en de aanbieders zijn op mijn verzoek opnieuw in gesprek gegaan met de achterblijvende regio's om daar verbetering in te brengen en waar nodig te helpen. Uit de voortgangsrapportages blijkt dat ook die regio's hier werk van hebben gemaakt en dat zij voortgang laten zien.

Tot slot, voorzitter, nog een belangrijk onderwerp: de cruciale zorg. Laat me dat uitleggen. Cruciale zorg bestaat uit hoogcomplexiteit als het gaat om de zorgvraag, maar de organisatie ervan is ook hoogcomplex. Het is unieke en vaak ook moeilijk te realiseren zorg. Soms maakt een relatief kleine groep cliënten gebruik van een bepaald onderdeel van cruciale zorg, maar wat mij betreft moeten ze er wel op kunnen rekenen dat die zorg er in Nederland is. Daarvoor is inmiddels door de Nederlandse ggz en met input van alle regio's een landelijke inventarisatie opgeleverd. Die heb ik vanochtend met ze besproken. Die kijkt breed naar het aanbod dat voor de regio van belang is, maar ook dat landelijk van belang is. Dat is hele nuttige informatie die kan helpen bij het invullen van de regioplannen en bij betere contractering. Ik zeg nadrukkelijk: we zijn daar nog niet mee klaar. We beginnen nu wel een eerste beeld te krijgen

over wat er regionaal en landelijk is, maar om echt een beeld te krijgen van wat er landelijk en regionaal cruciaal is, hebben we een verdere specificatie nodig. Dat staat ook in het plan. Dat overzicht willen we in het voorjaar van 2024 gereed hebben. Dat is dus niet alleen een overzicht van wat er is, maar ook van wat er zou moeten zijn. Dat kunnen we dan benutten bij de inkoop van de ggz-zorg in 2025. Daarin past overigens ook de vraag die mevrouw Agema eerder had gesteld over het onderzoek naar de beschikbaarheidsbijdrage voor cruciale zorg; die loopt daarin mee. De NZa gaat dit jaar nog een verkenning opleveren over die beschikbaarheidsbijdrage.

Al deze afspraken hebben als doel om de toegankelijkheid van de ggz te vergroten. Ik hecht er uiteraard sterk aan dat we niet alleen van het papier aan het afkomen zijn, maar dat die voortgang echt doorgaat. Ik zal daar nadrukkelijk op toezien. Dat doen we door dat middels monitoring zichtbaar te maken. Mevrouw Tielen stelde daar zojuist ook een terechte vraag over: hoe kunt u en kunnen wij zien dat we voortgang boeken in het IZA? Die monitoring is ook in wording. Daar zullen we dit soort dingen ook nadrukkelijk in meenemen.

Dat was de ggz, voorzitter.

**De voorzitter:**

Ik zie dat dat aanleiding geeft tot één vraag van meneer Bushoff.

**De heer Bushoff (PvdA):**

Ik heb er nog één, begrijp ik. Het punt dat ik probeerde te maken rondom de ggz is dat er heel veel overlegd en gepraat wordt. Ongetwijfeld zullen er ook een aantal concrete stappen worden gezet. Ik hoor de Minister vooral zeggen: er zijn beginnende verkennende gesprekken. Dan vraag ik mij af: wat doet dat voor de 84.000 mensen die nog wachten? Kan de Minister aangeven of er al minder mensen op een wachtlijst staan? En wat betreft de mensen die nu nog wachten: zijn die echt al geholpen of is een deel daarvan al geholpen met wat er dus gebeurd is?

**De voorzitter:**

Meneer Bushoff, ik merk dat de Minister hier heel graag op wil reageren, dus ik geef de Minister het woord.

**Minister Helder:**

Ik wil direct even de term «verkenkend gesprek» beetpakken. Dat zijn dus geen «verkenningen naar», maar dat is een prestatie, een ding, gewoon een manier waarop we dat organiseren. Als het gaat om het grote aantal wachtenden in de ggz – dat baart mij al de hele periode zorgen, en mijn voorgangers ook – moet je alles wat we nu in gang zetten eigenlijk in twee dingen zien. De eerste is de wachttijdenaanpak die er al was en die we verder hebben opgetuigd, met doorzettingsmacht, maar ook met hulp tijdens het wachten, bijvoorbeeld. Dat gaat allemaal gewoon door. Dat gaat ook over transparantie van wachtlijsten in de regio, bijvoorbeeld. Heel specifiek binnen het IZA hebben we een aantal dingen gedaan. We hebben ervoor gezorgd dat de POH-ggz in 2024 – dat kan dus nog niet tot resultaat leiden – met vier uur wordt uitgebreid. We zorgen ervoor dat er mentalegezondheidscentra zijn en een model van «het verkennend gesprek», zoals dat heet. Dat is een gesprek waarin er met iemand die op de wachtlijst zou kunnen komen voor de ggz, en met bijvoorbeeld een ervaringsdeskundige, iemand uit het sociale domein, iemand uit de ggz en mogelijk ook iemand uit de eerste lijn, zoals de huisarts of op verwijzing van de huisarts, gekeken wordt of de vraag die voorligt nou echt een ggz-vraag is, of dat er misschien iets anders speelt in het leven van die persoon wat we eerst moeten oplossen, bijvoorbeeld als het gaat om schuldhulpverlening of als er geen vaste woon- of verblijfplaats is. Als we dat eerst oplossen, is die ggz-vraag misschien wel helemaal niet meer zo

relevant en hoeft die persoon zelfs niet eens meer op de wachtlijst. De eerste resultaten op basis van de pilot met die verkennende gesprekken en de mentale gezondheidscentra laten zien dat mogelijk – ik zeg het even voorzichtig – zo'n 40% tot 50% van de vragen weleens op een andere manier beantwoord zou moeten worden dan hoe we dat nu doen. Nu zetten we namelijk iemand gelijk op de wachtlijst van een ggz-hulpverlener. Als je dat doordenkt – dan moet je er wel rekening mee houden dat de structuur en die manier van werken nog moet worden opgebouwd – dan gaat dat natuurlijk effect hebben op de wachtlijsten, en dat is ook zeker de bedoeling. Maar de winstwaarschuwing is natuurlijk wel dat we dat vandaag nog niet in volle omvang merken, omdat we de verkennende gesprekken als methodiek maar ook de mentale gezondheidscentra nog moeten opbouwen.

**De voorzitter:**

Gaat u door met het blokje palliatieve zorg.

**Minister Helder:**

Dat was één vraag van de heer Drost, die eigenlijk uit twee vragen bestaat. Ik ken de palliatieve zorg uiteraard goed. Het is belangrijk om te zorgen dat we die zorg goed organiseren in de thuissituatie. Daarom hebben we ook in het coalitieakkoord middelen vrijgemaakt, in totaal 150 miljoen vanaf 2022, om een tijdelijke impuls te geven aan het beleid; het Nationaal Programma Palliatieve Zorg II en de Regeling palliatieve terminale zorg en geestelijke verzorging thuis. Ik noem dat nationaal programma omdat het vergroten van de maatschappelijke bewustwording over palliatieve zorg, het inzetten op een proactieve zorgplanning en ook de verbetering van de bekostiging echt nadrukkelijk al de bedoeling is. Dat zit in de doelen van dat nationaal programma. Ik zie dus, om op zijn vraag te antwoorden, de toegevoegde waarde niet om nog eens een keer apart een maatschappelijk debat te starten, want dat is al onderdeel van het nationaal programma. Het lijkt me wel goed om het erover te hebben. Ik ben inderdaad bekend met de inzet van de vrijwilligers en dat er ook nog wel hele verschillende verwachtingen zijn over waar het dan over gaat, met name in de thuissituatie. Maar dat is geen apart maatschappelijk debat, wat mij betreft.

**De voorzitter:**

Ik zag de heer Drost heel instemmend knikken, maar ik zie hem nu ook naar de microfoon grijpen voor één vraag.

**De heer Drost (ChristenUnie):**

Een verheldering als het mag, want ik wilde juist niet een maatschappelijk debat starten. Ik vind deze beweging juist goed, maar ik had het idee dat we de andere kant op gingen bewegen en dat was niet de bedoeling. Vandaar mijn vragen. Dank voor het antwoord; daar ben ik tevreden mee.

**De voorzitter:**

Kijk, dat biedt de Minister de gelegenheid om door te gaan met het blokje administratieve lasten.

**Minister Helder:**

De Minister zou zeggen: wel beweging maar niet een apart maatschappelijk debat, want beweging is in dezen altijd wel goed. Dan de reductie van de administratieve lasten. We hebben er al veel over gesproken in diverse debatten de afgelopen tijd, maar zeker ook binnen het Integraal Zorgakkoord. Dan de reactie op de voorstellen van mevrouw Van den Berg en mevrouw Agema, waar we in het voorgaande debat ook naar gevraagd hadden. Dank daarvoor. Ik ga ze uiteraard bestuderen en we zullen ze ook allemaal meenemen samen met het gevraagde vervolg-



advies van de Raad voor Volksgezondheid & Samenleving, dat ik gisteren in ontvangst heb genomen. Daarbij hebben we samen met de IZA-partijen zeer recentelijk in het bestuurlijk overleg afgesproken dat we opnieuw kijken naar de doelstelling van het reduceren van de administratieve lasten, omdat we daar gewoon echt significant voortgang in willen maken. Aan tafel zijn een aantal dingen genoemd. Dat is direct ook het antwoord op de vraag van mevrouw Van der Plas hoe we er nou voor gaan zorgen. We moeten inderdaad sneller. We hebben binnen het Integraal Zorgakkoord gezegd dat we daar een aparte tafel en ook een aparte werkgroep voor inrichten. Het advies van de RVS dat we gisteren hebben gevraagd en de suggesties nemen we allemaal mee om te zorgen voor een voortgang.

Dan was er nog één vraag over de hulpmiddelen, ook in relatie tot de administratieve lasten. Het antwoord heb ik hier voor me liggen. Juist het verstrekken van de hulpmiddelen is iets waarvan we in de praktijk merken dat het een enorme administratieve rompslomp geeft, niet alleen bij zorgverzekeraars, maar ook bij de gemeentes. Dat we dat beet gaan pakken en gaan zorgen voor een vereenvoudiging, een uniformering en een verbetering van dat proces, is precies een van de afspraken die we met de zorgverzekeraars opnieuw hebben gemaakt aan de IZA-tafel. Ook de zorgverzekeraars, in de vorm van Zorgverzekeraars Nederland, hebben gezegd: dit lijkt ons echt een goed onderwerp om beet te pakken, om met elkaar te zorgen dat we dat gaan verbeteren. Die zijn daar zelf mee gekomen. Dat was een vraag van mevrouw Van den Berg, maar juist dat gaan we dus heel nadrukkelijk beetpakken. Dan heb ik nog een paar losse vragen.

**De voorzitter:**

Ik vermoed zomaar dat er over het blokje administratieve lasten nog vragen zijn. U heeft nu dus ook het blokje hulpmiddelen gedaan. Begrijp ik de Minister goed?

**Minister Helder:**

De blokjes werden losse vragen, maar het blokje hulpmiddelen in relatie tot de administratieve lasten heb ik in ieder geval nu gehad.

**De voorzitter:**

Dan kijk ik naar de collega's, want ik denk dat er vragen zijn. Ik heb in ieder geval nog mevrouw Agema staan voor één vraag; ik denk over het blokje administratieve lasten. Mevrouw Van den Berg heeft ook nog een vraag. Dan geef ik mevrouw Agema als eerste het woord.

**Mevrouw Agema (PVV):**

Dat is heel aardig van u, voorzitter. Bij de hypothese over het halveren van administratieve lasten heb ik al een aantal keren het wiskundige sommetje toegelicht dat je dan bijna 0,5 miljoen extra medewerkers hebt tot 2040, ruimschoots meer dan we daadwerkelijk nodig hebben. Ik heb ook al eerder mijn teleurstelling geuit over het feit dat in het Integraal Zorgakkoord een wens van maar 5% minder administratieve lasten is neergelegd. Ik voel mij natuurlijk inderdaad heel erg gesteund door het rapport van hedenmorgen van de Raad voor Volksgezondheid & Samenleving. Die pleit ook echt voor een halvering. Wil de Minister toezeggen om van de doelstelling van 5% 50% te maken, dus om een halvering van de administratietijd als doelstelling te nemen?

**Minister Helder:**

Deze discussie hebben we vaak gehad. We hebben binnen het IZA in ieder geval gezegd dat we de originele doelstelling van 5% echt te laag vinden, maar ik heb ook eerder aan mevrouw Agema geprobeerd uit te leggen dat als we het op 50% zetten, het ook weer de vraag is hoe we dat monitoren

en hoe we dat meten. Maar dat verder uitwerken is zeker onderdeel van het uitwerken binnen die werkgroep van het Integraal Zorgakkoord. Ik kan me zomaar voorstellen dat we zeggen dat een halvering per onderwerp tot de mogelijkheden zou moeten behoren of in ieder geval het streven moet zijn. Maar dat is iets anders dan zeggen: de doelstelling is per definitie halveren. Het ligt er namelijk ook heel erg aan hoe je dat meet en monitort. Dat maakt het misschien ook wel nodeloos ingewikkeld. Ik wil graag dat iedere IZA-partij bij wijze van spreken zegt: ik vind 50% niet genoeg; het kan nog meer zijn. Ik wil graag dat die ambitie dan duidelijk wordt omgezet in daden en dat we elkaar daar ook aan houden. Ik heb ook eerder gezegd: geef de werkgroepen even de kans om dat opnieuw neer te zetten. In de rapportering kom ik daarop terug.

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

Ik wil graag aansluiten bij de vraag van mevrouw Agema, want ik heb vaker betoogd dat alleen al de Wet langdurige zorg en de Zorgverzekeringswet samen 105 miljard omvatten. Twee derde is arbeidsgerelateerd; dat is dus 70 miljard. Mevrouw Agema geeft ook aan: dan gaat er dus 30% tot 40% naar administratieve lasten. Dat is dus 25 miljard. Niemand vindt het leuk om te doen, het legt een enorm beslag op medewerkers en het kost veel geld. Nu zegt de Minister dat ze best wil kijken richting die 50%, maar wat vindt de Minister van de volgende gedachte? Stel dat we nu helemaal opnieuw zouden beginnen, wat zou je dan willen registreren? Dat is de manier om naar het dossier te kijken. Ik vrees namelijk dat we er niet echt gaan komen als we kijken vanuit het idee dat we nu dit hebben en gaan kijken waar er wat af kan; dan krijg je de kaasschaafmethode. Je moet veel meer denken vanuit het idee: als ik nu opnieuw ga kijken, wat hebben we dan nodig voor een lerende cultuur en een fatsoenlijke verantwoording van publiek geld?

**Minister Helder:**

Ik ben dat helemaal met mevrouw Van den Berg eens. Het is heel erg belangrijk om met elkaar die principes vast te stellen. De Raad voor Volksgezondheid doet daar een aantal aanbevelingen voor. Bij de presentatie gisteren werd ook gesproken over het maken en volgen van goede werkinstructies. Goede werkinstructies kunnen bijvoorbeeld een bijdrage leveren aan het kwalitatief goed uitvoeren van zorg, wat weer zorgt voor minder fouten, wat weer zorgt voor minder verspilling – dit nog even los van de problemen die patiënten en cliënten daarmee hebben – waarmee je dus minder extra werk organiseert. Ik vind het dus heel erg belangrijk dat je kijkt naar zaken als het één keer vastleggen van gegevens in plaats van die onnodig over te typen. Dat is zo'n draak waar we echt wat aan moeten doen met elkaar. Maar dit hangt ook samen met de manier waarop we in de ICT die gegevens vastleggen. Dingen grijpen dus in elkaar, maar dat we met elkaar een aantal principes afstemmen, zaken waarop we gaan sturen en waar we ook geen concessies op doen, is wel de weg voorwaarts om van een stukje kaasschaaf en beetjes te komen tot het echt significant naar achteren dringen van de administratieve lasten. We moeten daarbij wel oppassen dat we ons niet rijk rekenen, want zaken als salarisadministratie moeten we natuurlijk altijd blijven doen. Er zal uiteraard altijd administratie blijven.

**De voorzitter:**

Ik begreep net dat de Minister nog een aantal losse vragen heeft liggen om te beantwoorden. Gaat uw gang.

**Minister Helder:**

Voorzitter. Naar aanleiding van het pamflet dat ik heb gekregen van de verpleegkundigen aanwezig in de zaal ga ik in op de rol van de verpleegkundige. De verpleegkundige heeft absoluut een belangrijke stem. Ook

binnen organisaties moeten verpleegkundigen natuurlijk een belangrijke stem hebben. Ik heb daarom een subsidie voor zeggenschap binnen organisaties ingesteld. Ik stuur daarop. Organisaties waar verpleegkundigen binnen de organisatie aan tafel zitten, zitten ook zeker nu al aan tafel. V&VN is nu als stem van de verpleegkundigen goed vertegenwoordigd aan de IZA-tafels en ook echt duidelijk hoorbaar. V&VN heeft budget gekregen binnen het Integraal Zorgakkoord om die rol ook verder te kunnen spelen.

Voorzitter. Ik heb eerder met uw commissie gesproken over nurse-led zorg. Ik heb toegezegd te zullen onderzoeken of dit mee kan worden genomen in de visievorming op de eerste lijn. Verder zal ik uiteraard kennisnemen van het pamflet en nadenken wat ik daar nog meer mee zou kunnen, want ook ik vind het belangrijk dat verpleegkundigen een stem hebben, ook binnen de gehele uitvoering van het Integraal Zorgakkoord. Dan de vraag van mevrouw Van der Plas over inzicht in de in- en uitstroom bij de wijkverpleging. Ik kan alleen informatie over de thuiszorg geven. Volgens de meest recente cijfers betreft de instroom daar op dit moment 21.000 en de uitstroom 19.000. Dat is vergelijkbaar met het ziekenhuis. Ik kan me voorstellen dat er behoefte is aan een actueel overzicht. Dat komt in het voorjaar van 2024 in de voortgangsbrief over de toekomstbestendige arbeidsmarkt zorg. Begin komend jaar wordt weer een actueler en ruimer overzicht van het project gegeven. Voorzitter. Dan ben ik volgens mij aan het einde van de vragen gekomen. Klopt dat? Ja.

**De voorzitter:**

Er is ook nog een tweede termijn, maar als de Minister een dringende vraag vergeten is, geef ik u het woord, meneer Bushoff.

**De heer Bushoff (PvdA):**

Ja, voorzitter, het is geen nieuwe vraag. Misschien heb ik het antwoord gemist, dan mijn excuses, maar ik dacht ook nog te hebben gevraagd naar de uitvoering van de motie van mijn collega Mohandis van mei dit jaar over zelfregiecentra en herstelorganisaties. Wij begrepen namelijk dat daar ... Ik begrijp nu dat de Staatssecretaris deze vraag gaat beantwoorden.

**Minister Helder:**

Mijn collega komt er zo aan toe.

**De heer Bushoff (PvdA):**

Dan was ik weer voorbarig.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Ik heb zelf nog wel een vraag, dus ik zet m'n voorzitterspetje even af.

**Voorzitter: Agema**

**De voorzitter:**

Ik zet dat petje op en geef het woord aan mevrouw Paulusma.

**Mevrouw Paulusma (D66):**

Dank u wel, voorzitter. Ook dank voor het antwoord over de betrokkenheid van verpleegkundigen. Ik spreek die veel. Ze zijn ook op bezoek vandaag en zitten hier nog steeds, waarvoor respect. Ik ben niet alleen op zoek naar een stem maar ook naar invloed op de besluitvorming. Dat laatste is altijd het allertaaste. Er is steun in de rug voor nodig. Want nog te vaak hoor ik dat verpleegkundigen zeggen: wij geven de patiënt instructie om dit met een druppelbril zelf te leren doen, maar aanbieder X, Y of Z zegt «nee

hoor, daar komen wij wel twee, drie, vier keer per dag voor langs». Dan wordt het wel heel erg moeilijk voor een verpleegkundige om dit, in lijn met de ambitie van het Integraal Zorgakkoord en het idee van minder zorg en meer eigen regie, vol te houden. Ik ben dus ook wel een beetje op zoek naar wat steun in de rug voor verpleegkundigen die dit wel doen. Hoe krijgt die dan vorm?

**Minister Helder:**

Eigenlijk op twee niveaus. Ik refereer even aan de discussie die we aan het begin van het Integraal Zorgakkoord hebben gehad over de rol van de verpleegkundige: moeten we die in het Integraal Zorgakkoord apart noemen of kunnen we met «medisch» alles benoemen? We hebben het net bijvoorbeeld ook gehad over de rol van de paramedische groepen. We hebben aan het begin bewust met elkaar ervoor gekozen om ook de verpleegkundige discipline apart te benoemen. Vanuit daar is eigenlijk een begin gemaakt door te zeggen: we vinden die stem belangrijk. Vandaar ook de positionering van V&VN; V&VN heeft dat ook op zich genomen. Wat betreft dat andere fenomeen: de vraag hoe je nu de verpleegkundigen allemaal een steuntje in de rug kan geven in de dagelijkse praktijk, is enorm van belang. Daarom is het zo belangrijk dat we in de regio het echt met elkaar eens worden over wat de zorgvraag is en hoe we die op een zodanige manier gaan adresseren dat aanbieders elkaar vasthouden; dat zeg ik ook tegen de verpleegkundigen op de tribune maar ook tegen de verpleegkundigen die thuis luisteren. Want als je met een cliënt een heel gesprek over zelfredzaamheid achter de rug hebt en als je ook gelooft dat je de zelfredzaamheid van die cliënt kunt versterken, is er niets zo frustrerend als dat er dan een andere collega langskomt die zegt: «Nee, hoor. Gaat u maar zitten; we nemen alles weer over.» Dat is natuurlijk enorm frustrerend. Dat snap ik heel goed, want ik kom zelf ook van de werkvloer. Het is ook niet in het belang van de mensen waar we het allemaal voor doen, omdat zelfredzaamheid, eigen regie kunnen voeren en dingen zelf kunnen doen ook de doelstellingen zijn die we in het IZA nastreven. Laat ik hier dan ook die ruggensteun uitspreken.

**De voorzitter:**

Mevrouw Paulusma, is dat voldoende?

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Ja.

**De voorzitter:**

Dan draag ik het voorzitterschap weer aan u over.

**Voorzitter: Paulusma**

**De voorzitter:**

Dank u wel, mevrouw Agema. Dan kijk ik naar de Minister om te zien of zij klaar was, ook met de laatste losse vragen. Dat klopt. Dan geef ik Staatssecretaris Van Ooijen het woord.

Staatssecretaris **Van Ooijen:**

Dank u wel, voorzitter. Ten slotte de aansluiting op het sociaal domein, zoals ik al zei. Misschien is het als inleiding mooi om een voorbeeld te noemen van waarom het zo ontzettend belangrijk is dat het sociaal domein is aangehaakt in het kader van het hele Integraal Zorgakkoord. Het voorbeeld dat ik heb meegenomen, is het Logeerhuis De Buren in Rotterdam. Misschien kent u het, misschien niet, maar ik wil u toch een klein beetje toelichten waarom dat zo'n mooi voorbeeld is. Mensen die na ziekte of opname in het ziekenhuis niet kunnen terugvallen op een plek thuis, omdat er bijvoorbeeld geen sprake is van een netwerk dat daarbij

kan helpen, kunnen dan toch terecht op deze plek: eigenlijk thuis, maar niet thuis. Mevrouw Agema wil er volgens mij heel graag wat over zeggen, maar dat mag niet meer van de voorzitter, begrijp ik. Juist als er in het ziekenhuis eigenlijk even niet meer de juiste plek is, is er op deze manier wel de juiste plek. Een team van vrijwilligers, van mensen die graag willen mantelzorgen, voor een deel betaald vanuit de Wmo en voor een deel betaald vanuit de zorgverzekeraars, zorgt ervoor dat je hier een hele mooie plek hebt voor heel veel mensen thuis. Kortom, op die manier werkt de sociale basis aan een Integraal Zorgakkoord. Dat is zomaar een voorbeeld. Er zijn nog heel veel andere mooie voorbeelden, maar deze wilde ik toch graag aan het begin noemen.

Voorzitter. Dan ga ik naar een paar vragen over de aansluiting op het sociaal domein. Misschien moet ik beginnen met de vraag van de heer Drost, want hij vroeg: hoe staat het nu eigenlijk met de aanhaking van het sociaal domein in de regioplannen? Ik moet daarbij wel eerlijk bekennen dat dat nog wel voor verbetering vatbaar is; laat ik maar gewoon even kort en goed de kern van het antwoord geven. Zoals meneer Drost ook weet, ligt het initiatief voor een regioplan bij de zorgverzekeraar, de betreffende marktleider in die zorgkantoorregio. Maar die maakt het samen met de centrumgemeente die via het Integraal Zorgakkoord is aangewezen als mandaterende gemeente voor die hele regio. Op die manier is het dus nog goed geregeld, zou ik willen zeggen. Maar ik constateer ook dat het sociaal domein eigenlijk echt een onderbelicht stuk van het regioplan is, gelet op de samenstelling van de partners in het sociaal domein en ook gelet op de snelheid van het aanhaken van het sociaal domein. Daarom spreek ik al die relevante partijen, als eerste de VNG zelf natuurlijk, daarop aan om te kijken op welke manier het sociaal domein daar een sterkere en prominentere rol in kan worden gegeven. Soms is het namelijk ook een soort verlegenheid: wat kan het sociaal domein hier echt in betekenen en op welke manier en in welke mate? Maar er zijn echt meer dan genoeg voorbeelden op beleidsniveau, op regionaal samenwerkingsniveau, waarin het sociaal domein goed kan worden aangehaakt. Dat over de samenwerking.

Dan was er een vraag van mevrouw Van den Berg. Ik twijfel een beetje of ik de kern van de vraag goed te pakken heb, maar de vraag was volgens mij: verwijst het sociaal domein naar de ggz of de ggz naar het sociaal domein? Mijn antwoord zou zijn: volgens mij is het de bedoeling dat het allebei plaatsvindt. Ja, er moet sprake zijn van verwijzing vanuit het sociaal domein naar de ggz als er echt sprake is van urgente, complexe problematiek waarbij uiteindelijk de behandel-ggz noodzakelijk is. Andersom kan natuurlijk ook. Dat is eigenlijk wat de Minister al even zei. Soms is er sprake van problematiek in de ggz – dat kan ook de begeleiding zijn – die ook of misschien zelfs beter in het sociaal domein kan worden opgelost. Dus volgens mij is het beide, maar dat is misschien niet waar mevrouw Van den Berg op hintte. Maar dan is dit toch mijn schot voor de boeg.

Dan een andere vraag die langskwam, van de heer Drost, over de financieringsafspraken. Lukt het goed genoeg om de financieringsafspraken met het sociaal domein rond te krijgen? Medio juli van dit jaar is de SPUK IZA gepubliceerd in het Staatsblad. Daarmee kunnen gemeenten op basis van deze regeling in totaal maximaal 150 miljoen per jaar aanvragen. Dat is in ieder geval voor het mede opstellen van de regio-beelden, het mede opstellen van de regioplannen en de uitvoering daarvan, en ook voor de inrichting van de regionale coördinatiestructuur. Hierbij geldt dat de 42 mandaatgemeenten, die ik net al even noemde als het gaat om het maken van de plannen, in 2023 de financiële middelen ambtshalve krijgen verstrekt. Voor de periode 2024, 2025 en 2026 moeten ze een aanvraag doen. Dat heeft ermee te maken dat we de snelheid wilden benutten voor het lopende jaar.

Ten slotte heb ik nog de vraag van D66 staan over Health in All Policies, dus gezondheid als doel en onderdeel van ál het beleid. De Minister heeft daar ook al iets over gezegd, want het was een brede vraag aan ons allen. Hierbij wil ik nadrukkelijk aangeven dat ik samen met de collega's van SZW en OCW heel nadrukkelijk een aanpak heb staan op de mentale gezondheid, dus op de volle breedte van de mentale gezondheid. Daar zijn zes of zeven bewindspersonen bij betrokken. Daarnaast kijken we samen met SZW ook heel nadrukkelijk naar de verbinding in het zorg- en het sociaal domein, maar in combinatie met armoede. Gisteren ging het bijvoorbeeld over Kansrijke Start en de verbinding daarin met armoede en schulden. Ten slotte bekijken we in het GALA in de volle breedte hoe we met het Ministerie van BZK kunnen werken aan gezondheid in vooral de fysieke leefomgeving, en hoe we daar het principe van Health in All Policies verder vorm kunnen geven.

Tot zover, voorzitter.

**De voorzitter:**

Ik ga een voorstel doen, want eigenlijk bent u allen bijna of helemaal door uw interrupties heen. Er is ook nog een tweede termijn. Wellicht zijn er vragen die ook kunnen wachten tot de tweede termijn. Dan kan iedereen nog weer zijn vragen stellen. Ik wil even proberen bij de commissie of dat op een meerderheid kan rekenen. Bij zwijgen stemt iedereen toe, heb ik het vermoeden. Dan is hiermee de eerste termijn van het kabinet afgerond. Dan ga ik door met de tweede termijn van de Kamer en geef ik mevrouw Agema als eerste het woord.

**Mevrouw Agema (PVV):**

Dank u wel, voorzitter. In de richting van de heer Van Ooijen zat ik net een beetje buiten de microfoon te blazen, maar die plek waar mensen die in het ziekenhuis hebben gelegen even tot rust kunnen komen, noemden wij vroeger het verzorgingshuis. Bij de Voorjaarsnota van 2012 is met hulp van de ChristenUnie besloten die verzorgingshuizen te sluiten en de financiering daarvan te stoppen. Dat is allemaal heel erg verdrietig. We leven nog steeds met de gevolgen daarvan, namelijk dat mensen heel lang in het ziekenhuis blijven en daarna nergens meer terecht kunnen en thuis vaak ook niet meer verder kunnen. Dat stopt alles op. Ik hoop dat er nog eens een Kamermeerderheid is te vinden die dat verzorgingshuis zeker terug wil. Ik heb dan ook mijn hoop gevestigd op de verkiezingen. Hetzelfde geldt voor de werkelijke bedoeling van het Integraal Zorgakkoord, namelijk de bezuiniging van 1,5 miljard euro. Ik heb mijn hoop gevestigd op de nieuwe Kamer om die bezuiniging van 80 miljoen op de huisarts ongedaan te maken. Die heeft juist meer tijd voor de patiënt nodig. Ook het op de nullijn zetten van de ziekenhuizen, zoals in het Integraal Zorgakkoord staat, hoop ik nog van tafel te kunnen krijgen. Dus op naar de verkiezingen, weg met het IZA.

Ik dank u zeer, voorzitter, en ik vraag nog wel even een tweeminutendebat aan. Mevrouw Tielen vraagt waarom. Dat is om in ieder geval voorstellen te doen voor de regels en de regeldruk.

**De voorzitter:**

Dank, mevrouw Agema. En dank aan mevrouw Tielen voor deze achtergrondinterventie. Dan geef ik mevrouw Van den Berg het woord.

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

Dank u wel, voorzitter. Dank aan de bewindslieden voor de antwoorden. Ik ben natuurlijk blij dat er hopelijk stappen worden gezet wat betreft de administratieve lasten. Terecht zegt de Minister dat werkinstructies ook zorgen voor veilig werken en voor minder of geen verspilling. Daarover zagen we nog een mooi artikel in Medisch Contact. Daar komen we op 25 oktober zeker nog op terug.

Voorzitter. Goed dat de hulpmiddelen als eerste worden opgepakt. Ik heb nog wel zorgen over het voorbeeld van de oogdruppels. Daarover wordt gezegd dat het regionaal moet worden geregeld, maar het is natuurlijk wel vreemd dat zorgverzekeraars dan niet kunnen zien of nieuwe technologieën en werkwijzen eenduidig worden toegepast. De koplopers doen het allemaal met elkaar. Dat is een beetje het gevoel dat mevrouw Paulusma ook aangaf, zo van: wij doen dit. Maar vervolgens zijn er anderen die die wel zorg declareren en dat betalen we dan ook met z'n allen. Ik zou toch graag willen weten hoe we daar nog wat meer paal en perk aan kunnen stellen.

Dan nog de vraag over de ggz. Het gaat mij om het volgende. Stel: iemand komt met een probleem. Is dan het eerste gesprek met het sociale domein dat zegt: wij kunnen dit niet oplossen, je kunt naar de ggz? Of is het eerste gesprek met iemand van de ggz die bepaalt: nee, doe dat toch maar in het sociaal domein? Mijn voorkeur gaat uit naar die eerste versie; laat ik daar dan ook maar duidelijk over zijn.

Ik heb nog zorgen over hoe IZA leidend is en zal blijven ten aanzien van de grote zorgplaat en de herschikking en aanpassing die we zouden moeten doen.

**De voorzitter:**

Dank u wel, mevrouw Van den Berg. Mevrouw Tielen.

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Ja, voorzitter. Mevrouw Agema wil heel graag dat het allemaal anders is, maar uit het veld, om dat maar weer te noemen, krijgen we toch ook wel vaak de opmerking: ga alsjeblieft zo door, in ieder geval met een integraal akkoord.

Ik zei het net al in een bijzin, maar integraal is alles voor iedereen en van iedereen. Daardoor is het ook wel wat ongrijpbaar. We hebben nu tussendoor een aantal debatten gevoerd, die we gisteren ook gevoerd hebben en die we over twee weken ook weer gaan voeren. Ik vind dat lastig. Ik kijk dan ook uit naar de monitoring. Maar tegelijkertijd stijgt elke keer dat wij hier het woord «monitoring» gebruiken de administratieve last. Dat is ook een worsteling waar ik echt enorm mee zit en ook nog geen oplossing voor heb.

Misschien dat ik nog kan meegeven aan de bewindspersonen dat het voor het maken van een monitoring fijn is om niet drie pagina's met indicatoren te creëren, maar gewoon een paar grote te noemen; drie of vijf misschien. Het zou fijn zijn als wij er daarnaast een rapportage over krijgen en dat we bij wijze van spreken ook één of twee keer per jaar met mensen uit het veld zitten om die getallen te bespreken – maar daar moeten we als Kamercommissie zelf wat over zeggen – zodat we het veel beter kunnen voelen in plaats van dat we blijven hangen in grote woorden. Dat is namelijk – heel eerlijk – toch wel een beetje het gevoel dat ik na vanmiddag krijg. Dat zou dan te maken moeten hebben met effectiviteit, veiligheid en wat mij betreft ook arbeidsbesparing.

Er kwamen al wat dingen langs vandaag, ook over geneesmiddelen. Ik ga vast een aankondiging doen voor een commissiedebat dat we over twee weken hebben over ziekenhuiszorg. Ik ga de Minister vragen om het boek De medische omerta te lezen. Daar heb ik echt wel wat inspiratie uit voor waarover we het wat mij betreft gaan hebben tijdens dat debat. Dan doel ik op effectiviteit en doelmatigheid en arbeidsbesparing.

De voorzitter maakt duidelijk dat ik af moet ronden. Volgens mij heb ik in mijn eerste termijn minder tijd gebruikt, dus dat restant wil ik nu inzetten. Nee, hoor!

**De voorzitter:**

Mevrouw Tielen, zo werkt het helaas niet.

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Het ging vandaag over de grote vragen. Ik denk en ik hoop dat wij als Kamer de terugkerende debatten over het IZA weer wat puntiger kunnen krijgen.

Dank u wel.

De **voorzitter**:

Ik doe zeer mijn best tot enige puntigheid. Ik nodig mijn collega's daar ook toe uit. Dus geeft u alstublieft het goede voorbeeld, meneer Drost. Gaat uw gang.

De heer **Drost** (ChristenUnie):

Dank u wel, voorzitter. Ik begon onze bijdrage zojuist met dat we op weg willen zijn naar een zorgzame samenleving. Het is goed dat we dit debat voeren en ik hoop dat we het vaker voeren. Ik ga ervan uit dat het nodig is en dat dat ook nog wel even zo zal zijn. Het idee is goed, maar mevrouw Agema refereerde er in haar eerste termijn ook al aan: als we het in de kast zetten en er niks mee doen, dan is het verloren tijd geweest en misschien ook wel verloren geld. Wat mij betreft blijven we de debatten dus voeren.

Dan heb ik nog één vraag aan de Staatssecretaris. De aansluiting met het sociaal domein en het zorgveld is vitaal voor de beweging die we willen inzetten met het IZA, zoals ik ernaar kijk. We willen de eerste en de tweede lijn formeel ontzien. Dat is nodig op lange termijn. Dan hebben we het sociaal domein en daarachter de nulde lijn en de mantelzorg onherroepelijk daarbij nodig. Ik ben blij dat de Staatssecretaris de zorgen hierover deelt en ik ben het met hem eens dat dit nog niet volledig gebeurt bij de uitwerking van het IZA. Ik ben nog wel benieuwd wat hij de komende tijd concreet gaat doen om dat verder te verbeteren en voor elkaar te krijgen. Dat is de laatste vraag die ik heb.

Dank u.

De **voorzitter**:

Dank u wel. De heer Dijk.

De heer **Dijk** (SP):

Voorzitter. Laat ik een heel concreet punt noemen, anders ga ik alles herhalen en dat wil ik niet. Ik las net in een artikel op RTL dat de Staatssecretaris woest is over de reclames voor vapes en vindt dat de boetes omhoog moeten. Ik zag dat de maximale boete € 9.000 is. Dan kun je nog steeds dikke winsten maken, als je heel veel reclame maakt, dus dat vind ik een beetje karig.

Waar ik woest over kan worden als we het over preventie hebben, en dat zie ik ook hier veel terug, is dat het gaat over lifestyle, of levensstijl, in het Nederlands. Dan denk ik dat toch weer de schuld van ongezond gedrag direct bij mensen zelf wordt neergelegd. Ik vind dat niet zo sierlijk. Er ontbreekt steeds iets in het Integrale Zorgakkoord, en dat is de verantwoordelijkheid van producenten, en daarom kondigde ik al een tweeminutendebat aan.

Ik was in Zuid-Afrika en daar kocht ik een sapje. Daar hebben ze totaal andere regels dan hier. Mijn tanden vielen ongeveer uit mijn mond, zo veel zoetigheid zat erin. Voorkomen is beter dan genezen. In dat opzicht komt de SP met een voorstel over een hardere aanpak voor de suiker-, vet- en tabaksindustrie en hun lobby, en ook opdat producenten van ongezonde producten veel strenger gecontroleerd en gereguleerd gaan worden. Ik denk dat dat nog wel een toevoeging kan zijn aan dit debat.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Dit geeft aanleiding tot een dringende vraag van mevrouw Tielen, zie ik.



Mevrouw **Tielen** (VVD):

Ik begrijp het niet zo goed. Meneer Dijk verwijst naar een situatie in Zuid-Afrika, waar hij dus een slechter product had. Ik weet niet goed waar de heer Dijk naartoe wil met zijn motie straks.

De heer **Dijk** (SP):

Als het vrijheid, blijheid is voor producenten, dan zullen zij zo veel mogelijk suiker, vet, zout en tabak in producten verwerken om mensen daaraan verslaafd te maken. Veel reclamemogelijkheden zorgen ervoor dat mensen meer verleid worden tot slechte producten, tot een slechte levensstijl. Als we dat niet aan die kant ook aanpakken, vind ik het een beetje hypocriet om mensen op hun gedrag aan te spreken. Dus geen vrijheid, blijheid voor producenten maar keiharde regels en een strengere, hardere aanpak dan er nu is, om te zorgen dat mensen in hun latere leven niet ziek worden en dan ook meer zorg nodig hebben.

De **voorzitter**:

Ik vermoed dat mevrouw Tielen uitkijkt naar het debat. Dan geef ik meneer Bushoff het woord.

De heer **Bushoff** (PvdA):

Dank u wel, voorzitter. Volgens mij is de kern van het IZA toch wel om de goede ambities die erin staan van papier naar praktisch te brengen. Er worden een aantal stappen gezet. Ik noemde zelf de zorgen die ik had op het gebied van de ggz en de thuiszorg. Over de ggz hoorde ik de Minister een heel aantal dingen noemen die echt tot verbetering zouden moeten leiden. Ik hoop dat we op vrij korte termijn, op weg naar 2026 – dus in ieder geval in 2024 – concrete resultaten zien, zoals dat die wachtlijst van 84.000 mensen echt is ingekort en dat de wachttijden van de mensen die daarop staan ook zijn verminderd. Ik hoop ook echt dat de Minister daarover positief kan rapporteren in 2024, want dat is nodig, willen wij de IZA-doelstellingen voor 2026 halen.

Voorzitter. Dan nog een ander punt. Ik had nog gevraagd naar die motie. Ik dacht: heb ik het nou gemist? De Staatssecretaris ging er heel fanatiek op in en zei: daar kom ik nog op. Toen dacht ik het niet gehoord te hebben. Wellicht kan dat nog even meegenomen worden in de tweede ronde van de zijde van het kabinet.

De **voorzitter**:

Mevrouw Van der Plas.

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

Dank u wel. Dank aan de Minister en de staf en de andere Minister en de Staatssecretaris voor de antwoorden. Ik wil eigenlijk alleen nog even een punt maken over de administratieve regeldruk. Het is niet alleen allemaal vinkjes zetten en controles doen, maar er zijn er ook waarvan ik denk: waarom is dit? Ik heb zes weken lang twee dagen per week in het Groene Hart Ziekenhuis gewerkt. Ik wil graag een voorbeeld noemen waarvan ik denk: dit is zo bizar, kan dat niet anders? Ik verwacht niet meteen actie van de Minister, maar wel om dat mee te nemen. De magnetron die wordt gebruikt om de doekjes even warm te maken als je een patiënt wast, was stuk. Toen zei de verpleegkundige: ach nee, die is stuk, dat wordt weer een heel gedoe. Toen vroeg ik: hoezo een heel gedoe, je kunt toch gewoon een nieuwe magnetron kopen, of die hebben ze hier toch nog wel? Toen zei zij: nee, zo werkt dat hier niet; wij moeten een aanvraag doen en een heel proces door en als we geluk hebben, hebben we over drie weken een nieuwe magnetron.

Dat zijn dus dingen waarvan ik denk dat het echt heel snel anders moet kunnen. Zo zijn er heel veel voorbeelden. Mevrouw Agema heeft weleens het voorbeeld genoemd dat er op de computer zeven schermen zijn om

ergens een vinkje te zetten. Dat zou ik heel graag willen aanpakken, na de verkiezingen, in een nieuwe coalitie. Maar ik wil ook meegeven om daar in de tussentijd naar te kijken en om gewoon goed te luisteren naar de mensen op de werkvloer die dat aangeven. Daar hoeven we geen commissie of taskforce voor te hebben, maar ik zou zeggen: kappen met die gekkigheid.  
Dank u wel.

**De voorzitter:**

Dank u wel, mevrouw Van der Plas. Ik geef het voorzitterschap aan mevrouw Agema.

**Voorzitter: Agema**

**De voorzitter:**

Ik neem het voorzitterschap over en geef het woord aan mevrouw Paulusma.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Dank, voorzitter. Ook namens mij dank aan de bewindspersonen en aan hun ondersteuning. Ik ben ook blij met de toegezegde steun in de rug van Minister Helder aan de verpleegkundigen op de tribune en daarbuiten. Ik ga ervan uit dat de verpleegkundigen de Minister en/of uw opvolger daar ook heel scherp aan zullen houden.

Ik ben ook iets minder blij, en dat treft dan toch de Staatssecretaris, want ik vond zijn reactie heel mager. We hebben het er in dit huis heel vaak over dat het ertoe doet dat er schone lucht is, dat er een groene omgeving is, dat je gezonde voeding hebt. Daarom vraag ik heel bewust naar Health in All Policies en dan krijg ik deze summiere reactie. Ik had eigenlijk verwacht dat juist deze Staatssecretaris helemaal aan zou gaan en alle tijd zou nemen om hier een heel verhaal over te houden. Als het nodig is om dat in een brief te doen, vind ik dat ook een uitstekend idee, maar ik was een beetje teleurgesteld.

Dank u wel, voorzitter.

**Voorzitter: Paulusma**

**De voorzitter:**

Dan neem ik het voorzitterschap weer over. Ik kijk even of de bewindspersonen tijd nodig hebben of direct kunnen reageren. In de tweede termijn van het kabinet geef ik allereerst het woord aan Minister Kuipers.

**Minister Kuipers:**

Dank u wel, voorzitter. Voor mij resteert er nog één vraag: de vraag van mevrouw Tielen over de monitoring. Het is nadrukkelijk de bedoeling om gebruik te maken van bestaande cijfers, zodat er zo weinig mogelijk extra administratieve lasten zijn. Die inzet deel ik helemaal en die komt hier ook regelmatig voorbij. Kunnen we nog iets aanvullends registreren? Dan moeten we weten dat het altijd weer terugkomt bij de zorg en veel extra werk met zich meebrengt.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Dan geef ik Minister Helder het woord. Gaat uw gang.

**Minister Helder:**

Dank u wel. Mevrouw Van den Berg vroeg naar de positie van de huisarts en het verkennend gesprek; wie nou wie voor het eerst spreekt. De afspraak binnen het IZA is dat het verkennend gesprek gebeurt op geleide van de huisarts, dus er is een verwijzing van de huisarts. De huisarts kan twee dingen doen. Eén is om te bedenken: dit is zo evident een ggz-vraag,

ik verwijs direct. Dat moet natuurlijk nog steeds kunnen. Het andere is: ik verwijs naar een verkennend gesprek. Dan is het een gesprek met de betrokken persoon dat gezamenlijk met het sociaal domein en de ggz gevoerd wordt, en ook een ervaringsdeskundige erbij, om te kijken of het wel een ggz-vraag is. Zo is de afspraak en zo wordt het uitgevoerd. Dan de vraag en de oproep van mevrouw Van der Plas. Ik ken de zorg van binnenuit en ook vanaf de werkvloer. Ik zie die voorbeelden helemaal voor me; hoe frustrerend het is met zo'n magnetron. Ik zeg er ook iets bij, en dat geldt ook voor het voorbeeld van mevrouw Agema dat je tien schermpjes door moet en daar nog een vinkje moet zetten. We willen heel graag dat dat sneller gaat. Maar ook bij zo'n magnetron, als dat bijvoorbeeld op een klinische verpleegafdeling is, waar mensen niet mobiel zijn en niet zelf kunnen alarmeren, dan moet je wel een beveiliging hebben, zodat je zeker weet dat die niet in brand vliegt, bijvoorbeeld. Het is dus altijd ingewikkelder dan het lijkt, maar ik ben het helemaal met u eens: soms maken wij het ook veel te ingewikkeld. Het moet gewoon veel simpeler. Hetzelfde geldt voor die invulschermpjes, maar daarvoor hebben we soms een nieuwe release van een programma nodig of andere afspraken over welk programma er eigenlijk wordt gebruikt. We willen dus wel heel snel, maar dat is in de praktijk gewoon niet altijd mogelijk. Maar ik begrijp het punt heel goed en ik neem het ook zeker mee.

**De voorzitter:**

De Staatssecretaris.

**Staatssecretaris Van Ooijen:**

Dank u wel, voorzitter. Ik begin bij de vergeten vraag van de heer Bushoff. De motie-Mohandis over laagdrempelige steunpunten verzoekt de regering om de Kamer voor de behandeling van de begroting 2024 een plan van aanpak te sturen. Die begrotingsbehandeling is inmiddels gepland voor 24 en 25 januari volgend jaar. Op dit moment is een brede werkgroep bezig met het verder uitwerken van de ambitie om te komen tot een dekkend netwerk van steunpunten. Trekker van die groep is de VNG. Een plan van aanpak en een handvattendocument zijn inmiddels gereed en zullen met uw Kamer worden gedeeld. Dat gebeurt voorafgaand aan de begrotingsbehandeling in januari en na de behandeling van het BO IZA in december.

Voorzitter. Dan reageer ik op de opmerking van mevrouw Agema over de verzorgingshuizen. Ik zou namelijk bijna zeggen: laten we samen nog een keer naar Logeerhuis De Buren gaan; dan zult u zien dat dat niets wegheeft van een oud voormalig verzorgingshuis. Er zijn daar namelijk ook patiënten die nooit in een verzorgingshuis terecht hadden gekund, maar op deze plek kunnen ze dat nu wel. Dat wilde ik toch corrigeren. Het heeft er vast mee te maken dat dit voorbeeld misschien bij u niet zo op het vizier staat. Wat mij betreft een hartelijke uitnodiging, mevrouw Agema, om daar eens samen op bezoek te gaan en te kijken of dat een voorbeeld is dat u ook zou kunnen inspireren.

**De voorzitter:**

Ik ga mevrouw Agema even het woord geven, want dit was wel een beetje een uitnodiging om te reageren. Ik hoop dat mevrouw Agema ingaat op de uitnodiging van Staatssecretaris Van Ooijen en dat we niet het hele debat opnieuw gaan voeren.

**Mevrouw Agema (PVV):**

Nee, zeker niet, voorzitter. De heer Van Ooijen draait het allemaal een beetje om, alsof ik dat soort initiatieven niet zou waarderen of steunen. Dat doe ik natuurlijk wel, voorzitter. Maar het doet mij nog steeds heel erg veel verdriet dat mede door de partij van de heer Van Ooijen in 2012 de beslissing is genomen om bijna 80.000 plekken in verzorgingshuizen,

waar dus ook plek was om tijdelijk te verblijven na een ziekenhuisopname, niet meer te financieren. Dat kwam mede door zijn partij. Dat gaat mij tot op de dag van vandaag aan het hart. Hij gaf net een heel vreemde voorstelling van zaken, alsof ik dat gebouw als oud wilde framen. Maar het gaat niet over de gebouwen of over de plek van een verzorgingshuis of een verpleeghuis of over de vormgeving ervan. Dat kan net zo goed een nieuwbouwcomplex zijn of een mooie plek waar je kunt zijn met elkaar. Maar het feit dat ze gesloten zijn, dat doet mij tot op de dag van vandaag heel erg veel pijn.

**De voorzitter:**

Mevrouw Agema, ik dank u voor deze persoonlijke noot. Ik vraag de Staatssecretaris wel om verder te gaan met zijn beantwoording.

**Staatssecretaris Van Ooijen:**

Ja, dat lijkt me inderdaad beter, voorzitter.

Ik ga naar een vraag van de heer Drost over de aansluiting op het sociaal domein en of ik concreter kon aangeven wat ik daaraan kan doen. Wat we in ieder geval op dit moment aan het onderzoeken zijn, is een mooi voorbeeld uit de regio Amsterdam. Daarin is binnen de plannen afgesproken dat de drie verschillende financiers er alle drie naar zullen kijken, voordat uiteindelijk een aanvraag wordt gedaan voor transformatiemiddelen. Dat is een goed voorbeeld waarmee we ook andere regio's willen inspireren, van: is dit niet een manier waarop je echt kunt zorgen dat het breed gedragen wordt? Dat is dus inspireren met goede voorbeelden. Dat is mijn eerste concrete suggestie.

De tweede is, en dat zal ik ook persoonlijk doen, dat we wethouders aanspreken op hun verantwoordelijkheid. Zij zien namelijk vaak wel de mogelijkheden, maar er zit tegelijkertijd ook altijd een beetje schroom bij, van: wat kan mijn gemeente nou precies in die hele zorginfrastructuur aan toegevoegde waarde leveren? Ik wil ook zelf bij die wethouders tussen de oren krijgen: pak dat momentum en stap echt in die regionale samenwerking. Dat is dus wat ik doe richting wethouders.

Dan een vraag van de heer Dijk over de verantwoordelijkheid van producenten. Volgens mij deel ik in grote lijnen de intentie van de heer Dijk. Misschien begon hij daarom ook met voorbeelden over vapes, want producenten, en in dit geval ook verkopers van die rommel, worden natuurlijk ook aangesproken op hun verantwoordelijkheid. In die zin deel ik die opvatting met de heer Dijk volgens mij. We zetten daar ook verschillende instrumenten voor in. Bijvoorbeeld met de NAPV, de Nationale Aanpak Productverbetering, gaan we heel ver, ook in het uiteindelijk voor iedereen met producenten afspraken maken over wat er in producten zit en in welke mate iets erin zit. De NAPV is daar een heel belangrijk onderdeel van. Ik wil de voorzitter niet uitdagen, maar ik weet dat die er altijd ook scherpe opvattingen over heeft. Ik noem één voorbeeld. We werken al een tijdje aan een taks om frisdranken sterker te belasten als er meer suiker in zit. Dat is een van de voorbeelden waarmee we producenten echt aan het werk zetten om te werken aan een gezonde generatie.

Ten slotte Health in All Policies.

**De voorzitter:**

Ik ga u heel kort onderbreken, want uw reactie geeft aanleiding voor een heel, heel korte vraag.

**De heer Dijk (SP):**

Extra belastingen van zo'n frisdrank is leuk, maar er is toch een patroon dat we bijvoorbeeld bij tabak al jaren zien dat geprobeerd wordt...

**De voorzitter:**

Meneer Dijk, uw vraag.

De heer **Dijk** (SP):

Ja, mijn vraag is: we zien dat taksen toch vooral onder lagere sociaaleconomische klassen geen effect heeft? Daar wordt nog steeds meer gerookt. Er wordt alleen meer voor betaald. Je moet het gewoon verbieden, dus niet taksen, maar verbieden.

Staatssecretaris **Van Ooijen**:

Juist die progressieve frisdrankbelasting, waarvoor we vooral naar het goede voorbeeld van het Verenigd Koninkrijk kijken, leidde ertoe dat producenten hun producten hebben aangepast. Er is inderdaad geen prijsprikkel gekomen die de consumenten extra belast, maar een prijsprikkel die ertoe leidde dat producenten gezondere drankjes maken, of de gezondere drankjes sterker in de markt zetten. Dus, eerlijk gezegd, juist in het voorbeeld dat ik gaf van de frisdranken, is het echt een prikkel voor producenten. We willen op dat punt ook helemaal geen financiële opbrengst behalen. Dat is dus geen belasting die uiteindelijk bij de consument hoeft te landen.

Ten slotte Health in All Policies, de laatste vraag, van mevrouw Paulusma. In alle eerlijkheid: juist op dat onderwerp is er wat mij betreft alle reden om volle vaart te maken. Ik zie dus geen onderscheid tussen wat mevrouw Paulusma wil en het beleid dat het kabinet neerzet. Ik noemde volgens mij drie verschillende voorbeelden waarmee we werken aan gezondheid in alle vormen van beleid, met verschillende departementen. Maar misschien is het wel goed om nog eens even toe te lichten hoe we in de volle breedte, ook vanuit het kabinet, de inzet op gezondheid in alle vormen van het beleid willen laten terugkomen. Ik zie het dus ook als een oproep om daarop in onze voortgangsrapportage uitgebreid terug te komen. Wat mij betreft is dat ook een toezegging aan mevrouw Paulusma. Tot zover, voorzitter.

De **voorzitter**:

Dank. Ik ga even als voorzitter een vraag stellen, zodat we dat zo meteen niet hoeven te doen. Wanneer komt de voortgangsrapportage waarnaar de Staatssecretaris net verwijst?

Staatssecretaris **Van Ooijen**:

Die komt in november.

De **voorzitter**:

Van dit jaar?

Staatssecretaris **Van Ooijen**:

Ja, van dit jaar.

De **voorzitter**:

Uitstekend. Ik ga nog een aantal dingen doen ter afronding, maar ik begreep via de binnenlijn dat in ieder geval één vraag, over het oogdruppelen, nog niet beantwoord is. Die hoort, denk ik, bij Minister Helder. Ik kijk ook even naar mevrouw Van den Berg.

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

Ja, voorzitter. Zorgverzekeraars hebben daar nu geen zicht op, waardoor er middelen weglekken waar dat niet bedoeld is.

Minister **Helder**:

Heel kort. Er zijn bewegingen in de regio om tot een goed regioplan te komen en ook afspraken te maken met alle partijen in de regio. Hierbij speelt natuurlijk mee dat er een flink aantal ongecontracteerde partijen

tussen zitten. Maar de opdracht is wel degelijk om ook die aan tafel te krijgen, om met elkaar afspraken te maken en daar dus zicht op te krijgen.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Dan ga ik de commissie nog een aantal toezeggingen van het kabinet meedelen, maar niet voordat ik gezegd heb dat mevrouw Agema zich netjes gemeld heeft omdat zij wegens andere verplichtingen eerder weg moest.

De volgende toezeggingen zijn gedaan.

- De Minister van VWS informeert de Kamer in het eerste kwartaal van 2024 over de vraag hoe de belangen van de verschillende stakeholders bij de afspraken over acute zorg het beste geborgd kunnen worden.
- Voor het eind van het jaar ontvangt de Kamer meer informatie over de versterking van de regionale governance.

Als ik niks hoor ter rechterzijde van mij, waar de bewindspersonen zitten, dan ga ik door.

- In het eerste kwartaal van 2024 ontvangt de Kamer van de Minister van VWS een brief over de PGO's. Dat is naar aanleiding van een vraag van mevrouw Van den Berg en mevrouw Paulusma.

Ik verwacht dat er zo op de tweede toezegging een aanvulling komt. Dan de volgende toezegging.

- De Minister van VWS stuurt de Kamer half november een brief over de stand van zaken omtrent de zorgcontractering. Dat is naar aanleiding van een vraag van mevrouw Tielen.
- In de voortgangsbrief over het programma Toekomstbestendige Arbeidsmarkt wordt door de Minister voor Langdurige Zorg en Sport een actueel overzicht opgenomen van de in- en uitstroom van wijkverpleegkundigen. Dat is naar aanleiding van een vraag van mevrouw Van der Plas. Deze brief komt in het voorjaar van 2024.
- De Staatssecretaris stuurt de Kamer ten aanzien van de uitvoering van de motie-Mohandis een plan van aanpak voorafgaand aan de begrotingsbehandeling VWS. Dat is naar aanleiding van een vraag van de heer Bushoff.
- Dan de laatste toezegging, aan mijzelf, omtrent Health in All Policies. De Staatssecretaris heeft gezegd dat hiervan een breder verslag komt in de voortgangsrapportage die in november binnenkomt.

Ik heb het idee dat er aan mijn rechterkant een reactie is.

**Minister Kuipers:**

Ja, voorzitter, over de eerste toezegging. Wij herkennen niet wat die precies behelst.

**De voorzitter:**

Dan geef ik mevrouw Van den Berg even het woord, om dat wat duidelijker toe te lichten. Ik kan de toezegging dan wellicht herhalen, en dan kan de Minister wellicht bevestigen of deze wel of niet klopt.

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

Ik was er blij mee. Dit betreft de motie van het CDA samen met de heer Bushoff van de PvdA over de rol van de Directeur Publieke Gezondheid en de betrokkenheid bij het ROAZ van Zorgbelang.

**Minister Kuipers:**

Dan staat die er volgens mij twee keer in, want die noemde de voorzitter later nog een keer, maar dan in een andere vorm. Daarom was ik in verwarring.

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

Ja, maar het was in ieder geval een toezegging aan ons. Ik weet niet of dat er duidelijk bij staat.

**Minister Kuipers:**

Dan moeten de eerste en de tweede toezegging gecombineerd worden, want er werden nu twee aparte dingen genoemd.

**De voorzitter:**

Ik geef de Minister alle ruimte en creativiteit om dat gecombineerd te beantwoorden, ik denk naar volle tevredenheid van mevrouw Van den Berg en de heer Bushoff.

Dan rest mij nog aan te geven dat er een tweeminutendebat is aangevraagd, met als eerste spreker mevrouw Agema. Ik ben benieuwd hoe dat in de planning zal vallen.

Ik bedank mijn collega-Kamerleden, de bewindspersonen, al hun ondersteuning en de griffier, maar ook de bode, de gasten op de publieke tribune en de mensen die meegekeken hebben. Ik wens u een heel fijne avond.

Sluiting 17.03 uur.