

Vergaderjaar 2019–2020

**31 765**

**Kwaliteit van zorg**

**Nr. 513**

**VERSLAG VAN EEN NOTAOVERLEG**

Vastgesteld 24 juli 2020

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 2 juli 2020 overleg gevoerd met de heer Van Rijn, Minister voor Medische Zorg en Sport, over:

- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 13 februari 2019 inzake Zorgevaluatie en Gepast Gebruik (Kamerstuk 29 248, nr. 316);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 4 maart 2019 inzake antwoorden op vragen commissie over de wijziging tariefsoort eerstelijnsdiagnostiek (Kamerstuk 33 578, nr. 61);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 18 december 2018 inzake wijziging tariefsoort eerstelijnsdiagnostiek (Kamerstuk 33 578, nr. 59);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 29 maart 2019 inzake reactie op het verzoek van het lid Özütok, gedaan tijdens de regeling van werkzaamheden van 11 december 2018, over het bericht dat de VN-commissie Nederland op de vingers tikt op het gebied van intersekserrechten (Kamerstuk 33 826, nr. 28);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 28 maart 2019 inzake Het Resultaat Telt Ziekenhuizen en Particuliere klinieken 2017 (Kamerstuk 31 765, nr. 399);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 12 april 2019 inzake reactie op het verzoek van het lid Van Gerven, gedaan tijdens de regeling van werkzaamheden van 28 maart 2019, over het rapport van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd over een medische studie onder galwegkankerpatiënten (Kamerstuk 31 765, nr. 406);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 11 april 2019 inzake eindevaluatie Citrienfonds 2014–2018 (Kamerstuk 31 765, nr. 404);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 7 juni 2019 inzake reactie op het verzoek van het lid Raemakers, gedaan tijdens de regeling van werkzaamheden van 16 april 2019, over het bericht «Veel ziekenhuiszorg heeft geen enkel nut» (Kamerstuk 29 248, nr. 317);**

- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 28 juni 2019 inzake voortgang kwartiermaker transgenderzorg (Kamerstuk 31 016, nr. 237);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 25 juni 2019 inzake reactie op het verzoek van het lid Van Gerven, gedaan tijdens de regeling van werkzaamheden van 12 juni 2019, over patiëntenstops bij spoedzorg in ziekenhuizen (Nos.nl, 12 juni 2019) en antwoorden op enkele vragen over het Jaarverslag 2018 inzake patiëntenstops (Kamerstuk 35 200 XVI, nr. 16);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 13 augustus 2019 inzake behoefteeraming Deep Brain Stimulation (Kamerstuk 29 689, nr. 1019 );
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 10 september 2019 inzake reactie op verzoek commissie over het bericht «Ziekenhuiszorg voor oudere laat te wensen over» en het rapport «Meer aandacht voor ouderen in het ziekenhuis» van ZonMw (Kamerstuk 31 765, nr. 435);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 6 september 2019 inzake afschrift van de antwoorden op vragen van de Eerste Kamer over de ontwikkelingen rondom de kwartiermaker en de wachtlijsten in de transgenderzorg (2019D34490);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 11 oktober 2019 inzake programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik en vervolgprogramma ZonMw DoelmatigheidsOnderzoek (Kamerstuk 29 248, nr. 318);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 26 november 2019 inzake stand van zaken transgenderzorg (Kamerstuk 31 016, nr. 257);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 9 december 2019 inzake BBAZ-gerelateerde moties (Kamerstuk 32 864, nr. 10);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 17 december 2019 inzake monitor van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) over de inhoud van contracten in de medisch-specialistische zorg in 2018 (Kamerstuk 29 248, nr. 319);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 17 december 2019 inzake monitor prijstransparantie medisch-specialistische zorg (Kamerstuk 32 620, nr. 243);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 10 januari 2020 inzake reactie op verzoek commissie inzake open brief van de Stichting Tot hier en niet verder met betrekking tot vergoeding en behandeling van ziekte Multiple Sclerosis (2020D00438);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 20 februari 2020 inzake Future Affordable Sustainable Therapies (FAST) over instellen kwartiermaker (Kamerstuk 29 477, nr. 649);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 16 maart 2020 inzake Het Resultaat Telt 2018 (Kamerstuk 31 765, nr. 489);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 4 mei 2020 inzake verkenning facultatieve prestatie in de medisch-specialistische zorg (msz) (Kamerstuk 29 248, nr. 321);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 11 mei 2020 inzake zesde Monitor geneesmiddelen in de

- medisch-specialistische zorg (msz) (Kamerstuk 29 477, nr. 654);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 26 april 2019 inzake onderzoek naar informatiebehoefte verzekerden kwaliteit van zorg (Kamerstuk 29 689, nr. 983);
  - de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 3 juni 2019 inzake samenvattend rapport Zorgverzekeringswet 2017/2018 van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) (Kamerstuk 29 689, nr. 993);
  - de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 5 juli 2019 inzake risicovereveningsmodel 2020 (Kamerstuk 29 689, nr. 1016);
  - de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 10 juli 2019 inzake reactie op verzoek commissie over aanbesteding Zilveren Kruis voor zittend ziekenvervoer (2019D30655);
  - de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 12 juli 2019 inzake stand van zaken Wet anonieme financiering van zorg aan ernstig bedreigde personen (Kamerstuk 33 675, nr. 11);
  - de brief van de Staatssecretaris van Justitie en Veiligheid d.d. 22 augustus 2019 inzake reactie op verzoek commissie over zorgverzekering voor asielzoekers (Kamerstuk 19 637, nr. 2524);
  - de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 6 september 2019 inzake risicoverevening 2020 septemberbrief (Kamerstuk 29 689, nr. 1023);
  - de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 9 september 2019 inzake NZa Monitor Zorgverzekeringen 2019 (Kamerstuk 29 689, nr. 1024);
  - de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 1 oktober 2019 inzake CPB-onderzoek inzake vrijwillig eigen risico (Kamerstuk 29 689, nr. 1025);
  - de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 14 oktober 2019 inzake verzekerdenmonitor 2019 (Kamerstuk 33 077, nr. 22);
  - de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 25 november 2019 inzake vindbaarheid informatie websites zorgverzekeraars (Kamerstuk 29 689, nr. 1033);
  - de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 13 december 2019 inzake rapport evaluatie wanbetalersregeling (Kamerstuk 33 077, nr. 23);
  - de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 16 maart 2020 inzake reactie op verzoek commissie over het VGZ-contracteerbeleid met betrekking tot de antistollingszorg door trombosediensten (Kamerstuk 29 689, nr. 1049);
  - de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 28 april 2020 inzake samenvattend rapport Zorgverzekeringswet 2019 van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) (Kamerstuk 29 689, nr. 1052);
  - de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 2 april 2020 inzake overstapeseizoen zorgverzekering 2019–2020 (Kamerstuk 29 689, nr. 1050);
  - de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 29 januari 2020 inzake reactie op het verzoek van het lid Van Gerven, gedaan tijdens de regeling van werkzaamheden van 10 december 2019, over het bericht «Zorgstop in ziekenhuizen, want het geld voor dit jaar is op» (Gelderlander.nl, 10 december 2019) (Kamerstuk 29 689, nr. 1045);

- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 18 juni 2020 inzake risicovereveningsmodel 2021 (Kamerstuk 29 689, nr. 1067);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 24 juni 2020 inzake polisaanbod 2020 (Kamerstuk 29 689, nr. 1069);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 11 december 2019 inzake stand van zaken van een tweetal toezeggingen over geneesmiddelentekorten (Kamerstuk 29 477, nr. 638);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 19 december 2019 inzake voortgang besprekingen geneesmiddel CDCA en update financiële arrangementen (Kamerstuk 29 477, nr. 643);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 18 december 2019 inzake afschrift brief aan PGMCG over thuiesteelt cannabis voor medische doeleinden (2019D52628);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 19 december 2019 inzake toezeggingen, gedaan tijdens het algemeen overleg Geneesmiddelenbeleid van 6 november 2019, over het instrument van medicatiebeoordelingen (Kamerstuk 29 477, nr. 640);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 18 december 2019 inzake afschrift van het antwoord op de brief van gemeente Zwartewaterland over problematiek medicinale cannabis (2019D52748);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 13 december 2019 inzake evaluatie Transparantieregister Zorg (Kamerstuk 32 620, nr. 241);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 19 december 2019 inzake overheveling groepen geneesmiddelen van de openbare apotheek naar het ziekenhuis (Kamerstuk 29 477, nr. 641);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 27 januari 2020 inzake modernisering geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) (Kamerstuk 29 477, nr. 644);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 29 januari 2020 inzake reactie op verzoek commissie over de rapporten inzake overheveling van geneesmiddelengroepen van de openbare apotheek naar het ziekenhuis (Kamerstuk 29 477, nr. 645);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 2 april 2020 inzake rapport expertbijeenkomst Afbouwen antidepressiva hoe? (Kamerstuk 29 477, nr. 652);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 25 maart 2020 inzake aankondiging sluis kandidaten tweede helft 2020 (Kamerstuk 29 477, nr. 650);
- de brief van de president van de Algemene Rekenkamer d.d. 23 april 2020 inzake rapport «Paardenmiddel of noodverband? Resultaten prijsonderhandelingen geneesmiddelen» (Kamerstuk 29 477, nr. 653);
- de brief van de Minister van Infrastructuur en Waterstaat d.d. 13 maart 2020 inzake beleidsstandpunt COGEM-advies Beoordeling van risico's voor derden bij klinisch onderzoek met genterapie (Kamerstuk 27 428, nr. 366);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 13 december 2019 inzake definitief besluit Treant (Kamerstuk 31 016, nr. 268);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 4 februari 2020 inzake reactie op verzoek commissie om een

- reactie inzake de petitie met betrekking tot het niveau van de medische zorg in Woerden (Kamerstuk 31 016, nr. 277);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 24 april 2020 inzake reactie op verzoek commissie over de bestuurlijke ontvlechting van de Reinier Haga Groep (RHG) en de ontstane situatie naar aanleiding hiervan (Kamerstuk 31 016, nr. 284);
  - de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 14 mei 2020 inzake advies van de Chief Nursing Officer inzake de draagkracht van verpleegkundigen (Kamerstuk 25 295, nr. 350);
  - de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 27 mei 2020 inzake verkenner Santiz (Kamerstuk 31 016, nr. 285);
  - de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 24 juni 2020 inzake stand van zaken moties en toezeggingen, gedaan tijdens het algemeen overleg over Medisch Zorgland-schap JZOJP van 28 november 2019 en 6 februari 2020 (Kamerstuk 32 620, nr. 264);
  - de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 31 januari 2020 inzake reactie op verzoek commissie inzake rapport van het Actiecomité Het Roer Moet Om over het boek Patiënt tussen wal en schip (Kamerstuk 32 620, nr. 247);
  - de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 4 november 2019 inzake reactie op verzoek commissie over het rapport «Zorg voor betere behandeling bij ME» van de ME/CVS Vereniging (Kamerstuk 34 170, nr. 16);
  - de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 19 november 2019 inzake reactie op de gewijzigde motie van het lid Ellemeet c.s. over de gevolgen van contractering op de kwaliteit van paramedische zorg (Kamerstuk 33 578, nr. 77);
  - de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 20 december 2019 inzake aanpak juiste medisch-generalistische zorg (Kamerstuk artsenfunctie) op de juiste plek (Kamerstuk 34 104, nr. 272);
  - de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 13 december 2019 inzake reactie op verzoek commissie over de nadere brandbrief tekorten huisartsenzorg; (2019D51871)
  - de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 13 december 2019 inzake reactie op verzoek commissie over de brief van Huisartsenpraktijk S. aan NZ met betrekking tot toelichting op het bezwaar tegen prestatie- en tariefbeschikking huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg (2019D51884);
  - de brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 17 maart 2020 inzake ondervoeding (Kamerstuk 29 389, nr. 102);
  - de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 19 maart 2020 inzake kostenonderzoek paramedische zorg (Kamerstuk 33 578, nr. 79);
  - de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 29 juni 2018 inzake capaciteit in de mondzorg (Kamerstuk 33 578, nr. 57);
  - de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 25 maart 2019 inzake reactie op het verzoek van het lid Ellemeet, gedaan tijdens de regeling van werkzaamheden van 5 maart 2019, over het bericht dat steeds meer tandartsen uit het buitenland komen (Kamerstuk 29 282, nr. 358);
  - de brief van de Staatssecretaris van Infrastructuur en Waterstaat d.d. 27 juni 2019 inzake beleidsplan voor terugdringing

- gebruik amalgaam in de tandheelkunde (Kamerstuk 32 620, nr. 230);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 25 oktober 2019 inzake informatie over de manier waarop verzekeraars ouders informeren dat zij niet hoeven te betalen voor de mondzorg voor hun kinderen (Kamerstuk 29 689, nr. 1031);
  - de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 3 februari 2020 inzake mondzorg Jeugdigen (Kamerstuk 33 578, nr. 78);
  - de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 31 maart 2020 inzake samenwerkingsafspraken ten behoeve van experiment geregistreerd-mondhygiënist (Kamerstuk 32 620, nr. 259);
  - de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 7 november 2019 inzake agenda acute zorg (Kamerstuk 29 247, nr. 295);
  - de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 7 november 2019 inzake referentiekader spreiding en beschikbaarheid ambulancezorg 2019 (Kamerstuk 29 247, nr. 296);
  - de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 21 november 2019 inzake ambulancezorg op Voorne-Putten (Kamerstuk 29 247, nr. 297);
  - de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 9 december 2019 inzake herziening Referentiekader Ambulancezorg 2019 (Kamerstuk 29 247, nr. 309);
  - de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 3 december 2019 inzake strategische koers Raad van Bestuur van Santiz over de plannen voor het ziekenhuis in Winterswijk (Kamerstuk 31 016, nr. 258);
  - de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 3 december 2019 inzake toezeggingen naar aanleiding van het algemeen overleg Ambulancezorg en acute zorg van 3 oktober 2019 (Kamerstuk 29 247, nr. 308);
  - de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 19 december 2019 inzake uitvoering van verschillende moties ingediend tijdens het VAO Ambulancezorg / Acute zorg op 4 december 2019 (Kamerstuk 29 247, nr. 310);
  - de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 4 februari 2020 inzake stand van zaken over een aantal moties en toezeggingen, gedaan tijdens het dertigledendebat van 15 januari 2020, over acute verloskunde in Drenthe en Zuidoost-Groningen en het notaoverleg van 20 januari 2020 over de initiatiefnota van het lid Van Gerven over het ziekenhuis dichtbij voor iedereen en het VAO Ambulancezorg / Acute zorg van 4 december 2019 (Kamerstuk 31 016, nr. 279);
  - de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 29 januari 2020 inzake NZa Informatiekaart acute zorg (Kamerstuk 29 247, nr. 311);
  - de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 16 maart 2020 inzake voortgang gegevensuitwisseling bij spoed (Kamerstuk 27 529, nr. 214).

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

De voorzitter van de commissie,  
Lodders

De griffier van de commissie,  
Post

**Voorzitter: Lodders**  
**Griffier: Bakker**

Aanwezig zijn tien leden der Kamer, te weten: Agema, Van den Berg, Dik-Faber, Ellemeet, Van Gerven, Lodders, Ploumen, Raemakers, Szias en Veldman,

en de heer Van Rijn, Minister voor Medische Zorg en Sport.

Aanvang 10.01 uur.

**De voorzitter:**

Goedemorgen. Hartelijk welkom bij de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Aan de orde is het notaoverleg Cure. De eerste termijn hebben wij afgelopen week al gehad. Dat betekent dat wij zo dadelijk overgaan tot de beantwoording van de gestelde vragen door de Minister voor Medische Zorg, die ik bij dezen hartelijk welkom heet. Uiteraard heet ik ook zijn ambtelijke ondersteuning hier en in de andere zaal hartelijk welkom. Het geldt uiteraard ook voor de Kamerleden en de mensen die dit debat thuis volgen: hartelijk welkom. Ik stel voor dat we zo dadelijk snel van start gaan en het woord geven aan de Minister. Ik zou met u de volgende afspraak willen maken. We hebben tot maximaal 15.00 uur de tijd. Maar volgens mij is het voor iedereen een hele chaotische dag, dus laten we proberen om het aantal interrupties te beperken tot twee, in tweeën. Er staan ook nog veel brieven na de zomer op de agenda, dus het is niet zo dat alles vandaag helemaal definitief afgehandeld moet worden. Dan gaan we het op deze manier doen. Zelf heb ik straks, om en nabij om 12.25 uur, als voorzitter – nee, als Kamerlid, moet ik zeggen – twee VAO'tjes. Ik heb mevrouw Agema gevraagd om – als haar dat niet lukt, vraag ik even iemand anders – het tijdelijk van mij over te nemen, met uw goedvinden, zodat ik die VAO'tjes zelf kan doen. Dank u wel voor uw medewerking. Dan heb ik volgens mij alle huishoudelijke mededelingen met u gedeeld.

Ik geef de Minister graag de gelegenheid voor de beantwoording van de vragen. In de tweede termijn gaan we de moties indienen. Daar bent u van op de hoogte. Misschien wil de Minister aangeven hoe de beantwoording vorm krijgt. Het woord is aan de Minister.

**Minister Van Rijn:**

Voorzitter, dank u wel. Bijzonder veel dank dat ik op de laatste dag voor het reces en zo'n beetje op de laatste dag als waarnemend Minister in het parlement mag optreden, zodat toch nog even alle onderwerpen rond de cure aan de orde kunnen komen. Dat stel ik natuurlijk zeer op prijs. Ik heb een beetje zitten denken hoe ik het het beste zou kunnen doen. Naast een algemeen blokje heb ik een aantal vragen in een aantal thema's ondergebracht. Ik probeer het zo veel mogelijk in samenhang te doen. Naast een blokje algemeen heb ik de volgende blokjes. Een. Positie van de verpleegkundigen. Twee. Digitale zorg. Drie. Samenwerking. Vier. Zinnige zorg. Vijf. Financiering covid. Zes. Geneesmiddelen. Zeven. Spoedzorg. Acht. Regio. Ten slotte heb ik een aantal varia die niet onder een van de kopjes zijn onder te brengen, tenminste wat mij betreft. Dat zou dus de structuur kunnen zijn.

Voorzitter. In algemene zin denk ik dat het goed is om hier, op deze plek, nog even te memoreren dat dit brede debat over de curatieve zorg zich natuurlijk afspeelt tegen de achtergrond van een vrij hectische periode. Gelukkig, hopelijk, is er nu een andere fase gekomen. We constateren dat covid ontzettend veel van iedereen in het land gevraagd heeft. We mogen gelukkig zijn dat we nu een verdere afname van het aantal covidpatiënten in de ziekenhuizen en op de ic's zien. We zien langzamerhand dat de reguliere zorg weer aantrekt en dat de huisartsenzorg het been ook weer



bijtrekt. Dat zijn in de cijfers op zich gunstige ontwikkelingen. Daar mogen we oprecht blij mee zijn, omdat we het met elkaar gedaan hebben, met een enorme inspanning vanuit de zorgsector. Maar we moeten wel beseffen dat we er nog lang niet zijn. Denk zowel aan de verdere gevolgen van de coronacrisis in de rest van de samenleving als aan het simpele feit dat het virus gewoon niet weg is. We moeten nog heel erg alert zijn en we moeten kijken hoe we het onder controle houden.

Ik denk dat we op zich veel lessen kunnen trekken uit de crisis. Dat zal in de komende tijd nog wel verder gebeuren. We hebben inmiddels natuurlijk ook jarenlange ervaring opgedaan met het functioneren van het stelsel. Ik denk dat in een aantal van uw bijdragen, of eigenlijk in al uw bijdragen, min of meer terugkwam wat we nu alvast een beetje aan het leren zijn over het stelsel en de covidcrisis. Dus het lijkt mij goed om die ook nog even heel kort te memoreren, al was het maar omdat ze van belang kunnen zijn bij de verdere discussies over de toekomst en de werking van het stelsel, die in het najaar gevoerd gaan worden. Ik kom op vijf punten die uit uw bijdragen blijken en die van mijn kant kunnen worden onderstreept.

Ik denk dat het eerste punt is: samenwerking in de zorg is op meerdere fronten noodzakelijk. We zien dat dat een enorm belangrijke succesfactor is geweest bij het opschalen van de ic-zorg. Ik denk ook aan de samenwerking op regionaal niveau om de kwaliteit en beschikbaarheid te borgen. Lokaal en regionaal is over de domeinen van de Zorgverzekeringswet, de langdurige zorg en het gemeentelijk domein heen, tot goede afspraken gekomen. Bij elk werkbezoek heb ik gevraagd wat de succesfactor is geweest. Iedereen kwam met die samenwerking. Ik denk dat het ongelooflijk belangrijk is om dat vast te houden.

De tweede constatering is die van het belang van de invloed van het verplegend en verzorgend personeel. Dat moet niet alleen aan de orde zijn bij de totstandkoming van nieuwe plannen, zoals de opschaling van ic's, maar ook bij de wijze waarop de zorg georganiseerd is en moet worden. Het belang van het behoud van medewerkers en het belang van minder belasting van diezelfde medewerkers en voldoende zeggenschap in de organisaties, is een heel belangrijk thema gebleken tijdens de covidcrisis, maar zal ook moeten doorgaan.

De derde constatering is: hoe gaan we de sprint die gemaakt is op het gebied van digitale zorg borgen? Het is een beetje uit nood geboren – we moesten wel – maar het is tijdens de crisis heel snel volwassen geworden. Het is eigenlijk op alle fronten gewaardeerd. Kun je er niet een recht van maken, vroeg de heer Veldman. Ik zal daar straks nog even uitgebreid op ingaan.

Het vierde punt is dat van de gedeelde verantwoordelijkheid. In de zorg mogen we blij zijn met veel verantwoordelijkheid op het decentrale niveau. In tijden van crisis moet je echter ook kunnen schakelen naar centrale regie. Die balans tussen decentrale verantwoordelijkheid en de borging van publieke belangen kan een belangrijke les uit de crisis zijn. Ten slotte het vijfde punt: laten we ervan overtuigd blijven dat zorg een samenhangend netwerk is. Als je ziet welke gevolgen het virus in de hele zorg heeft gehad ... Het begint op de ic, het heeft gevolgen voor de klinische bedden, het vervoer, de nazorg, de revalidatie, de verpleeghuizen, de wijkverpleging, de thuiszorg. Dat is iets wat je voortdurend in het oog moet houden. Dat geldt niet alleen voor het virus, maar natuurlijk ook voor de patiënt, die heel vaak een zorgreis moet maken.

Voorzitter. Deze vijf ontwikkelingen zijn van invloed op de ontwikkelingen in de zorg en de keuzes die we daarin maken. We zien daarin schaduwen van hoe we dat aan het waarnemen zijn. We zien positieve ontwikkelingen in het functioneren van de ROAZ'en, de Regionale Overleggen Acute Zorgketen. We zien het in de discussie over de emancipatie van de verpleging en de verzorging. Ik noem de digitale zorg, de centrale regie en de publieke borging. We zien het allemaal terugkomen. Ik hoop dat deze

thema's en de door de Kamer aangedragen thema's in de komende periode een rol zullen blijven spelen.

**De voorzitter:**

Voordat u verdergaat, is er een vraag van mevrouw Agema.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ik waardeer deze lerende cultuur natuurlijk enorm, maar ik mis nog een ontwikkeling die volgens mij heel erg belangrijk is, namelijk de staat waarin de zorg verkeerde op het moment dat de pandemie zijn intrede deed. Die was toch wel heel anders dan de staat van de zorg in Duitsland. Ik heb het dan over de bedden capaciteit die steeds verder afgebouwd was. Ik noem het niet aanhouden van een ijzeren voorraad beschermingsmiddelen. Op 10 februari zijn nog massaal beschermingsmiddelen verkocht aan China. Daar speelde de marktwerking. Ik denk dat dit een belangrijk punt is om mee te nemen: ben je voldoende voorbereid op crises? Heb je een ijzeren voorraad, heb je voldoende bedden, beademingsapparaten et cetera? De Minister is daar natuurlijk veelvuldig mee bezig geweest, maar ik vind het wel een thema dat hierbij hoort.

**De voorzitter:**

Ik stel voor dat we even pauzeren totdat dit belsignaal voorbij is. Gezien de plenaire agenda zullen we deze bel overigens vaker horen vandaag.

Mevrouw **Agema** (PVV):

De Minister heeft er lang over na zitten denken, voorzitter.

**De voorzitter:**

Het antwoord zal vast heel sterk zijn.

Minister **Van Rijn:**

Terwijl het maar heel kort hoefde, want ik ben het honderd procent met u eens. Ik had het misschien expliciet moeten noemen. Er zijn decentrale verantwoordelijkheden, maar bij de vraag welke publieke borging, welke centrale regie je nodig hebt, horen nadrukkelijk ook zaken als de buffercapaciteit qua bedden, de ijzeren voorraden, het voorbereid zijn op een aantal zaken die je al dan niet kan voorzien. Je kan niet alles voorzien, heb ik al een paar keer gezegd. Een pandemie heeft altijd andere kenmerken, maar het klopt dat er op een aantal terreinen, met name ten aanzien van de constateringen die u doet, publieke borging moet zijn. Daar ben ik het zeer mee eens.

**De voorzitter:**

Mevrouw Agema afrondend.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Dan verwacht ik dat dit punt uitdrukkelijk meegenomen wordt als wij meer te horen krijgen over de ontwikkelingen en de thema's.

Minister **Van Rijn:**

Zeker. Ik kom er straks misschien nog op terug, maar in het plan van aanpak voor de ic's, in het plan van aanpak voor de beschermingsmiddelen en ook in het plan van aanpak voor het opschalen van de reguliere zorg moet integraal het element zitten dat u noemt.

Voorzitter. Het eerste meer gemeenschappelijke thema is de medezeggenschap en de positie van de verpleegkundigen. Ik denk dat er door de Kamer terecht aandacht is gevraagd voor de verpleegkundigen en de mate waarin ze zeggenschap kunnen hebben en mee kunnen praten over de inrichting van de zorg en de vermindering van de werk- en regeldruk. Bij veel aspecten speelt dat een steeds belangrijker rol en moet dat ook

een steeds belangrijker rol gaan spelen. Ik geef specifiek het voorbeeld van het opschalen van de ic-capaciteit. Aan het Landelijk Netwerk Acute Zorg is de opdracht gegeven om daarvoor een plan te maken. U heeft gisteren gezien dat mij dat is aangeboden. Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland is van meet af aan betrokken. In de werkgroepen is de inhoudelijke expertise van de verpleegkundigen ook betrokken. Daarnaast is de chieft nursing officer lid van de kerngroep van het project geweest. Dat is heel belangrijk, want je kunt dit soort plannen niet maken zonder de actieve betrokkenheid en de expertise van de verpleegkundigen en verzorgenden. In het rapport zie je terug dat de aanbeveling is gedaan om de zeggenschap voor verpleegkundigen beter organiseren. Wat mij betreft is dat ook een wat algemener startpunt om na te denken over hoe het gesprek met medewerkers, in dit geval ambulanceverpleegkundigen, anesthesiemedewerkers en ic-medewerkers gevoerd moet worden. Kortom, ik onderschrijf het belang van het toenemen van de zeggenschap van verpleegkundigen en verzorgenden. Zoals u weet is dat al een aantal jaren geleden in gang gezet. Zo kunnen er verpleegkundige adviesraden in de zorgorganisaties tot stand komen, die langzaam maar zeker steeds meer zeggenschap en bevoegdheden zouden moeten krijgen. De inspectie zal hier waar nodig nadrukkelijk aandacht voor vragen als zij zorginstellingen spreekt. Er moet enige monitoring plaatsvinden van de ontwikkeling van de medezeggenschap. Om die reden is aan de chieft nursing officer gevraagd om over de positionering van de verpleegkundigen een nader advies uit te brengen. Dat advies verwachten we eind augustus. Dat is een beetje vertraagd door haar betrokkenheid bij het plan over de opschaling van de ic. Dat was heel belangrijk. Maar het voornemen is dus om de Kamer hierover in september nader te informeren.

**De voorzitter:**

Voordat u verdergaat: er is een vraag van mevrouw Ellemeet.

**Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):**

Het is heel fijn dat mevrouw Buurman dat advies gaat schrijven. Ik heb in mijn inbreng benadrukt dat iedereen dit altijd wel met de mond belijdt. Dit is echt zo'n onderwerp waar niemand tegen is. Altijd wordt er gezegd «natuurlijk, heel belangrijk, zeggenschap en inspraak van verpleegkundigen», maar als het dan echt spannend wordt, dan blijken de verpleegkundigen toch niet altijd even serieus genomen te worden. Ik heb een aantal voorbeelden gehoord van verpleegkundige adviesraden die midden in de crisis even opzij geschoven werden, «want nu werd het echt spannend en moesten de mannen eventjes aan het werk met elkaar»; ik chargeer. Ik heb eigenlijk twee vragen aan de Minister. Eén. Krijgt mevrouw Buurman dit specifiek mee in haar opdracht? Dus: bespreek wat er mis is gegaan tijdens de crisis en bekijk hoe we de positie in het vervolg kunnen verbeteren. Het tweede punt dat ik noemde was een suggestie. We sluiten allemaal hoofdlijnenakkoorden. Daar staat dit ook ergens in artikel 24, punt b, vermeld. Zou medezeggenschap niet een centraal thema bij volgende hoofdlijnenakkoorden moeten zijn?

**Minister Van Rijn:**

Dat spreekt me eigenlijk wel aan. Zeggenschap en positie van verpleegkundigen moeten natuurlijk een belangrijke rol spelen. De vraag is hoe je dat het best kunt stimuleren. Het is natuurlijk een zaak die op lokaal niveau inbedding moet krijgen. We kunnen zeggen «dat vinden we mooi» en dan gaan we het nog een keer zeggen, maar ik vind het veel belangrijker dat in de ziekenhuizen en de andere zorginstellingen zelf de discussie wordt gevoerd welke positie wordt gegeven aan de verpleegkundige adviesraden. Dus ja, dit maakt deel uit van de vraag aan de chieft nursing officer. Het nadeel van zo'n hoofdlijnenakkoord is weer dat het een hoofdlijnenakkoord is en dat de discussie die lokaal gevoerd moet

worden – hoe ga je heel concreet de invloed van zo’n verpleegkundige adviesraad vormgeven? – niet gevangen kan worden in een mooie tekst in een hoofdlijnenakkoord. Maar we zijn het volgens mij eens. Dit moet gebeuren. We zeggen allemaal dat het niet bij mooie woorden moet blijven. Ik denk dat zo’n advies van de chief nursing officer gaat helpen, maar het kan vooral ook door de inspectie gestimuleerd worden. Als zij zorginstellingen spreken, kunnen ze ten aanzien van de governance bevragen wat de rol en de positie is van de verpleegkundige adviesraden. Dat kan dus formeler gemaakt worden. Wat mij betreft is dat de weg die we moeten gaan.

**De voorzitter:**

Afrondend mevrouw Ellemeet.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Daar ben ik het mee eens. We moeten het gaan formaliseren, anders verandert het niet. Het moet gebeuren in ziekenhuizen en verpleeghuizen, maar tegelijkertijd hebben we met elkaar gezegd: over de echt belangrijke dingen moeten we akkoorden sluiten. We verwachten ook niet dat je in een akkoord alles kunt regelen ten aanzien van besparingen of kwaliteit, maar toch hebben we gezegd dat we deze zaken met hoofdlijnenakkoorden extra gaan benadrukken. Daarom leggen we dat vast in zo’n akkoord. Ik denk dan ook dat het toch belangrijk om ook daaraan aandacht te besteden, natuurlijk wetende dat het bij lange na niet genoeg is. Ik denk dat we niet moeten onderschatten hoe pittig het is om die cultuuromslag voor elkaar te krijgen. We hebben gewoon een heel hiërarchische zorg en het zal veel moeite kosten en ook veel van ons als politiek vragen om dat te veranderen. Daarom is het belangrijk om ook in die akkoorden daar aandacht voor te hebben.

**Minister Van Rijn:**

Ik onderschrijf dat. Als zo’n hoofdlijnenakkoordafspraken kan helpen, moeten we dat gewoon doen. Maar het is ook een kwestie van cultuur en houding van bestuurders in de zorg. Ik herinner me uit een vorig leven nog dat ik met de verpleegkundige adviesraad aan tafel zat en tegen ze zei: «Luister eens, jullie mogen ook kritiek op mij hebben. Ik zit hier niet alleen om dingen te vertellen, maar ook om te horen wat er wel en wat er niet goed gaat. Jullie kunnen meepraten over hoe we deze organisatie besturen en hoe we dingen organiseren.» Je merkt dat dit iets is wat niet vanzelfsprekend is. Ik ben het er dus zeer mee eens. Hoe kunnen we dat stimuleren? Ik denk dat u erop zinspeelt dat u nog met nadere voorstellen komt, dus die wachten we even af.

**De heer Veldman (VVD):**

Ik heb mij in mijn eerste termijn nadrukkelijk aangesloten bij de oproep van mevrouw Ellemeet op dit punt. Ik kan me voorstellen wat de Minister zegt. Het is een optie om het in het hoofdlijnenakkoord op te nemen, maar papier is geduldig en uiteindelijk gaat het natuurlijk om de praktijk, om de cultuur van alledag. Wordt zeker in de heat of the moment zo’n adviesraad geraadpleegd? Nou zegt de Minister eigenlijk dat hij even op het advies wil wachten, maar toch wil ik hem vragen welke mogelijkheden hij zelf ziet om de cultuur te veranderen. Een hoofdlijnenakkoord is twee. Je zou het misschien wettelijk kunnen regelen, maar een wet is uiteindelijk ook maar papier; die moet je naleven. Welke mogelijkheden ziet de Minister zelf om hierin toch stappen te zetten, wel indachtig het gegeven dat er nog een advies aan komt?

**Minister Van Rijn:**

De rol van de inspectie in de gezondheidszorg is vanouds om te kijken naar de kwaliteit van zorg, naar calamiteiten en incidenten en om toezicht

te houden. De inspectie heeft de afgelopen jaren het bewustzijn vergroot op het punt van de governance van een instelling, om even een verkeerd woord te gebruiken. Die speelt een heel belangrijke rol als het gaat om de kwaliteit van zorg. Onderdeel van die governance is: hoe ga je met je medewerkers om en welke rol speelt de stem van de medezeggenschap van verpleegkundigen en verzorgenden in jouw organisatie? Ik noemde het niet voor niets. U vroeg: wat kun je in de tussentijd doen? Iets wat al aan de gang is en wat je zou kunnen versterken, is de inspectie vragen – dat is al gevraagd en daar zijn ze ook al mee bezig – om tijdens de toezichtbezoeken die ze afleggen structureel het punt van de governance aan de orde stellen om te kijken en te toetsen of en om aan te jagen dat de positie van de verpleegkundigen en verzorgenden versterkt wordt, simpelweg door te vragen: mag ik even zien welke zaken er besproken worden en wat je daarmee doet? Dus heel praktisch. Dat zou een suggestie van mijn kant kunnen zijn.

**De voorzitter:**

Afrondend de heer Veldman.

**De heer Veldman (VVD):**

Dat snap ik. Het is heel goed dat de inspectie ook op die manier kijkt naar de kwaliteit van zorg en dus ook naar hoe het georganiseerd is, dat die governance daarin betrokken wordt. Toch zien we in de praktijk – dat zie je ook buiten de zorg – dat er als het om governance gaat toch vaak teruggevallen wordt op wet- en regelgeving. Is het daarmee iets wat we alsnog wettelijk zouden moeten regelen?

**Minister Van Rijn:**

Dat kan. Het zou ook kunnen helpen om te zeggen dat er in elke zorginstelling een formele raad moet zijn waarin de verplegenden en verzorgenden een adviesmogelijkheid hebben. Ik denk dat dat op zich kan helpen. De kanttekening die ik erbij maak, is dat we moeten oppassen dat het niet alleen papier blijft. Dan is er een raad ingesteld en kan nog worden gezegd «we luisteren er niet naar» of «we gebruiken hem eigenlijk niet». Ik wil er dus voor zorgen dat er een aantal randvoorwaarden vervuld zijn, maar ik wil vooral ook naar de praktische werking kijken: hoe gaat het nu echt in de praktijk? Alles wat er omheen qua randvoorwaarden is, of dat nou wettelijk is, inspectietoezicht of een hoofdlijnenakkoord, kan helpen om dat aan te jagen. Ik ben er dus zeker niet tegen. Er was nog een specifieke vraag van mevrouw Van den Berg over niet zozeer de positie van de verplegenden en verzorgenden, maar die van de SEH-artsen en de intensivisten. Dat gaat over de erkenning op basis van artikel 14 van de Wet BIG. Dat was een specifieke vraag. Voor een wettelijke erkenning van een medisch specialisme, moet de KNMG, het College Geneeskundige Specialismen, een aanvraag bij de Minister indienen, zoals u weet. Voordat dat college besluit tot een aanvraag, hanteert het daar een formele procedure voor. Het is dus aan de wetenschappelijke vereniging om met het College Geneeskundige Specialismen in gesprek te gaan over de wens, de procedure en de haalbaarheid van de erkenning van het specialisme. Als dat leidt tot een aanvraag, als dat wenselijk is, kan er worden overgegaan tot wettelijke erkenning. Tot dusver hebben wij en volgens mij ook het College Geneeskundige Specialismen zo'n aanvraag nog niet gekregen.

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

Ik heb begrepen dat er twee routes zijn. De ene is de route die de Minister schetst met een aanvraag via het College Geneeskundige Specialismen. Een andere route die mogelijk is, is dat de Minister dat zelf initieert op basis van artikel 14. Dat zou ik minimaal graag onderzocht willen hebben.

Is de Minister in ieder geval bereid om dat verder uit te zoeken en naar zijn eigen mogelijkheden te kijken?

**Minister Van Rijn:**

Ik ben bereid om daarnaar te kijken, maar voor een wettelijke erkenning op grond van artikel 14 van de Wet BIG moeten de KNMG en het College Geneeskundige Specialismen een aanvraag bij de Minister indienen. Dat is de procedure. Dat is hoe het nu loopt conform artikel 14. Als er andere mogelijkheden zijn, ben ik uiteraard graag bereid om daarnaar te kijken.

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

Dan krijg ik toch een beetje de indruk dat er een groep is, een soort ballotagecommissie, die zelf bepaalt wie er verder bij de groep kan horen en dat de Minister daar geen enkele zeggenschap over heeft. Dat vind ik toch wel een aparte situatie.

**Minister Van Rijn:**

Zoals bij veel onderwerpen in de zorg, is het inderdaad zo dat er een oordeel plaatsvindt van de beroepsgroep en de wetenschappelijke vereniging alvorens tot erkenning wordt overgegaan. U duidt dat een beetje negatief, als ik het zo mag begrijpen, maar zo is het wel in heel veel onderdelen van de zorg geregeld. De beroepsrichtlijnen worden bijvoorbeeld gemaakt door de beroepsbeoefenaren zelf. Datzelfde geldt voor de vraag of je in aanmerking komt voor artikel 14 Wet BIG. Dat is de constatering. Zo hebben het geregeld in Nederland.

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

Ik heb maar twee interrupties, voorzitter.

**De voorzitter:**

De Minister vervolgt de beantwoording.

**Minister Van Rijn:**

Dan het blokje digitale zorg. Ik denk dat iedereen heeft gezegd dat digitale zorg van cruciaal belang is gebleken. Beeldbellen, digitale communicatie, telebegeleiding en andere vormen van digitale zorg zijn versneld ingevoerd en opgeschaald. Daarmee heeft het een enorme vlucht genomen. We hebben gemerkt dat je het naast «het is een innovatie, laten we het eens proberen» ook gewoon kunt doen en dat het ook gewoon is. Dat geldt natuurlijk niet alleen voor de situatie waarin we met het virus te maken hebben. Het roept juist de vraag op waarom we het eigenlijk niet meer doen op dezelfde manier.

Ik ben in gesprek gegaan met de inspectie, het Zorginstituut en de Nederlandse Zorgautoriteit om te kijken wat zij kunnen doen om dat structureel te veranderen en te verankeren. Ik heb dat ook nog verbonden met de opdracht die de Zorgautoriteit heeft vanuit zijn regierol voor het opschalen van de reguliere zorg. Ik heb hem gevraagd mij te adviseren over de mogelijkheden die bijvoorbeeld de bekostiging biedt, om te kijken of we het wat verder kunnen verankeren. Er is al wat gebeurd. De prestatie-eisen van de Zorgautoriteit zijn aangepast. Ik ga van hen horen wat we daar precies van leren en of daar nu gebruik van wordt gemaakt. Ook hier verwachten wij een advies van de Zorgautoriteit in juli. Dat betekent dat mijn ambtsopvolgster de Kamer na de zomer kan informeren over wat de Zorgautoriteit voor mogelijkheden ziet in de bekostiging om digitale zorg te verankeren.

Daar zit natuurlijk ook een beetje de gedachte bij die mij op zich aanspreekt, die ik heel sympathiek vind, namelijk of je er niet een soort recht van moet maken. Meneer Veldman kwam daarmee en ook anderen, met een soort recht op digitale zorg. Ik denk dat dat soms ook een beetje ver gaat, omdat niet alle zorg alleen maar digitaal kan. Er zullen artsen zijn

die zeggen: ik wil ook af en toe in een patiënt kunnen knijpen om te kijken wat er aan de hand is. Ik zeg het een beetje te plastisch, denk ik. Ik vind het wel belangrijk om te kijken hoe je vanuit de positie van de patiënt kunt redeneren en kunt zeggen: daar waar dat kan, waarom zou dat eigenlijk niet mogen? We hebben een heel traject in gang gezet met Samen beslissen. Eigenlijk hoort bij dat Samen beslissen ook op welke manier mensen in contact kunnen treden met de zorgaanbieder. Ik ben een beetje op zoek naar hoe je vanuit patiënt kunt redeneren dat er ook soort verwachting is, een recht is, om dat voor elkaar te brengen, zonder dat dat weer tot een nieuwe wettelijke norm gaat leiden en je alles weer over één kam gaat scheren.

Ik denk dat we de Zorgautoriteit kunnen vragen welke prikkels zij zien. Dat advies staat uit en komt na de zomer. We leren ook van de covidcrisis waar het gaat om inhoud in welke vakken het heel erg kan en in welke vakken minder. Daar kunnen we ook lijstjes van maken, om het even heel praktisch te zeggen. We doen al veel aan het bevorderen van digitale zorg. We kunnen kijken of die programma's kunnen worden versneld. Je kunt zeggen: er is inmiddels aangetoond dat het kan. Je zou ook kunnen kijken wat voor gevolgen dat heeft voor de tariefstelling. Ik geloof dat mevrouw Van den Berg de suggestie deed om een soort maximum te stellen aan de meest doelmatige vorm. Dat is dan de prijs die je krijgt en als je het anders wilt, kost het je geld. Dat zou ook een variant kunnen zijn. Dat zou ik graag willen meegeven in het onderzoek van de Zorgautoriteit. Daar zitten ook nadelen aan vast. Als je het nu digitaal doet, verdient je er nog wat aan en in die variant verdient je er dus niks meer aan. Wat mij betreft dus bevorderingsprikkels en kijken of we de patiëntensternsterker kunnen vergroten, maar ook bekostingsprikkels om te zorgen dat die digitale zorg verankerd blijft.

**De voorzitter:**

Er is een vraag van de heer Veldman.

**De heer Veldman (VVD):**

Dank aan de Minister voor het positieve beeld dat hij schetst van het eventueel werken met financiële prikkels, die een positieve bijdrage zouden kunnen leveren aan het verankeren van digitale vormen van zorg die verleend kan worden. Ik ben het met hem eens dat natuurlijk niet alle zorg digitaal kan. Er zijn natuurlijk legio omstandigheden waarin je gewoon echt naar de huisarts of naar de specialist moet. Ik vroeg toch om dat recht. Daar waar je bij een verwijzing naar een ziekenhuis als patiënt nog kunt kiezen, is dat natuurlijk bij een huisarts wat lastiger. Als je aan de ene kant van de stad woont en aan de andere kant van de stad een huisarts zit die je wel via beeld te woord kan staan en jouw eigen huisarts niet, kun je niet zeggen dat je naar die andere huisarts gaat, omdat die zal zeggen: u woont voor mij net te ver weg, dus u moet toch bij uw eigen huisarts blijven. In dat soort situaties, waarin in vergelijkbare omstandigheden de ene huisarts het wel levert op een digitale manier en de andere niet, kan ik me voorstellen dat een recht op digitale zorg die patiënt kan helpen om die zeg maar «1.0 huisarts» toch te dwingen ook die stap naar 2.0 te maken.

**Minister Van Rijn:**

Volgens mij hebben we dan niet zozeer een discussie over het doel dat we met elkaar hebben, maar meer over via welke weg je dat nou het beste kunt bereiken. Je kunt in de tarieven zodanige prikkels maken dat je eigenlijk redelijkerwijs geen andere keus kunt maken dat of de stem van de patiënten versterken, al dan niet door wettelijke maatregelen, door te zeggen dat je het eigenlijk kunt eisen, maar je kunt ook gewoon de beroepsgroep stimuleren om dat te doen. Overigens heb ik met werkbezoeken aan huisartsen eigenlijk geen huisarts gesproken die niet zei: er

kan eigenlijk veel meer dan ik dacht, we gebruiken het veel meer en dit moeten we vasthouden. Ik ben dus bereid om vanuit het departement met alle beroepsgroepen in gesprek te gaan daar waar dat kan en het advies van de Zorgautoriteit te pakken en te kijken hoe je daar financiële prikkels in kunt bouwen. Als er nog andere instrumenten zijn om dat te doen, heel graag. Ik ben het met de heer Veldman eens dat het met name speelt bij de huisarts, omdat je daar een beetje vast zit. Daar ben je ingeschreven en dan zou het toch wel prettig zijn als die huisarts dan ook zorgt dat je in de vaart der volkeren meegaat.

**De voorzitter:**

Afrondend? Nee? De Minister vervolgt.

**Minister Van Rijn:**

Er is een specifieke vraag van de heer Raemakers over de gegevensuitwisseling in de zorg. Binnenkort komt er een wetsvoorstel Elektronische gegevensuitwisseling in de zorg. De consultatie daarvan is inmiddels afgerond. In die wet wordt verplicht dat in situaties waarin het noodzakelijk is dat zorgaanbieders beschikken over gegevens over een cliënt of een patiënt, die gegevens elektronisch worden uitgewisseld. Dan gaan we ook specificeren waar die uitwisseling precies aan moet voldoen. De precieze eisen worden in de wet en lagere regelgeving vastgelegd. Dit is iets anders dan het punt van daarnet, maar er komt dus een wetsvoorstel waarin het punt van de heer Raemakers wordt getackeld. Daar komt de Kamer uitgebreid over te spreken.

Mevrouw Dik-Faber zei: dat kunnen we allemaal doen, maar niet iedereen heeft digitale vaardigheden. Dat klopt. Zoals u weet, loopt er een programma digitale vaardigheden. Gemeenten krijgen bijna 60 miljoen van het Rijk om achterstanden in taal en rekenen bij hun inwoners aan te pakken. Daar zit het punt van die digitale vaardigheden in. Vanaf 1 januari 2018 organiseren gemeenten ook cursussen om digitale vaardigheden van hun inwoners te vergroten. Ik denk overigens dat Nederland ten opzichte van andere landen een hele grote mate van digitale interesse toont van de burgers. Het percentage Nederlanders van 15 tot 65 jaar dat geen ervaring heeft met een computer, is 11%. Dat is nog steeds 11% te veel, zou je zeggen, maar dat is in Europees opzicht wel echt een heel belangrijk cijfer. Maar ik ben het zeer eens met het punt van mevrouw Dik-Faber. Als je dit gaat invoeren, moet je er wel oog voor hebben dat niet iedereen dat heeft en wat je dan kan doen om het bij te spijkeren. Het is overigens zo dat de digitalisering van de zorg er ook toe leidt dat ouderen met familie samen gaan kijken wat mogelijk is. Je ziet ook heel vaak dat familie of kinderen ouderen ondersteunen in het digitale contact met de zorginstellingen.

Dan kom ik op het punt van de samenwerking. Daar zijn veel opmerkingen over gemaakt door de Kamer. Mevrouw Ploumen en de heer Van Gerven zeggen dat je een crisis moet aangrijpen om samenwerking te versterken en meer centrale regie te brengen. Mevrouw Ploumen noemde nog het interview met mevrouw Kaljouw over het verdienmodel. Mevrouw Ellemeet zei dat er minder concurrentieregels moeten komen, want als je het in een crisis kan doen, kan je het later ook. De heer Veldman zei dat de terugtrekkende bewegingen die gemaakt worden bij fusies ertoe leiden dat de samenwerking minder wordt.

Het stimuleren en borgen van meer samenwerking is écht het punt in de volgende fase van de zorg. Dat er her en der meer centrale regie moet zijn, heb ik al gemerkt, evenals dat er minder gestuurd moet worden op p x q maar veel meer op resultaat en dus op samenwerking. Dan verplicht je dat, als het ware. Het is ook al grootscheeps aan de gang, zie je als je een beetje rondkijkt. De vraag of we per regio regiobeelden kunnen maken voor hoe de zorg georganiseerd moet worden en het feit dat zorgverzekeraars, ROAZ'en en gemeenten met elkaar kijken wat de zorg in de regio



moet zijn, leidt al tot meer samenwerkingsvragen. Als we bij de ambulancezorg vragen dat preferente verzekeraars die ambulancezorg in de regio moeten regelen, is dat al een ontwikkeling die leidt tot meer samenwerking. Dat de ACM kijkt naar de kwaliteit, maar ook naar hoe het in crises zit en in zijn algemeenheid, is ook een ontwikkeling op deze weg. Dus volgens mij zouden we de lessen uit de crisis kunnen gebruiken om deze beweging verder te versterken. Ik denk dat het gewoon de volgende fase in het stelsel is. Je kan heel veel discussies voeren over de principes van het stelsel, maar je ziet op een groot aantal terreinen, door de crisis, maar eigenlijk al eerder, een zoektocht naar de versterking van de samenwerking.

Ik denk dat dat ook een verklaring is waarom er een beetje een ander beeld ontstaat van fusies. Vroeger zag je dat fusies vaak plaatsvonden om een betere, grotere in te nemen ten opzichte van verzekeraars. Nu is er een meer inhoudelijk gestuurde opvatting, namelijk: op welke punten ga je samenwerken en heb je daar dan de fusievorm voor nodig? Ik denk dat er ook nog een ander fenomeen plaatsvindt. Vroeger werd gekeken hoe je horizontaal kunt integreren – meerdere ziekenhuizen gingen bij elkaar zitten om te kijken wat ze samen kunnen doen en samen kunnen leveren – terwijl er nu veel meer verticale integratie plaatsvindt. De samenwerking tussen ziekenhuizen, verpleeghuizen, wijkverpleging en huisartsen wordt een veel dominanter geheel, waarbij ook de gemeente veel nadrukkelijker betrokken is. Dat vind ik eigenlijk wel een goede ontwikkeling. Je moet natuurlijk wel blijven opletten dat dat gericht is op echte samenwerking en niet op hoe men zijn positie in die samenwerking kan verbeteren. Ik denk dat de noodzaak tot lokale en regionale netwerken, met gemeenten als belangrijke stakeholder, echt een nieuwe ontwikkeling is. Ik zou dat niet willen duiden als een negatieve ontwikkeling, maar het is wel iets om op te letten. Maar dat er minder horizontale integratie is en meer verticale integratie, vind ik een positief punt.

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):

Ik had een vraag over het eerste deel van de beantwoording door de Minister, namelijk over het belang van samenwerking. Het verbaast mij niks dat ook de Minister gehoord heeft van ziekenhuizen, verpleeghuizen en gemeenten dat men dit heel positief heeft ervaren en daarmee door willen gaan. Ik denk dat we dat allemaal willen. Maar als dit inderdaad de volgende fase in het stelsel is, dan is alleen de bereidheid om samen te werken niet voldoende. Dan zullen ook kaders bijgesteld moeten worden. Wij horen bijvoorbeeld van mensen uit de zorg – laat ik het een beetje anonimiseren – dat zij van verzekeraars al te horen hebben gekregen: alles goed en wel dat jullie nu leuk met elkaar samenwerken, maar dat versterkt jullie onderhandelingspositie, want jullie gaan samen een propositie doen, en dat verzwakt onze positie. Heeft de Minister dergelijke signalen ook ontvangen? Wat kan hij doen om de samenwerking, ook op die manier, wel ook echt mogelijk te maken? Anders blijft het steken in oprechte voornemens.

Minister **Van Rijn**:

Volgens mij op drie fronten. De vraag aan alle partijen om een beeld te maken per regio van hoe de zorg georganiseerd is en zou moeten worden, gelet op de ontwikkelingen in die regio, is een belangrijk instrument om partijen bij elkaar te krijgen en dat niet vrijblijvend te doen. Ik merk ook dat verzekeraars na aanvankelijke aarzelingen daar ook volop aan meewerken, omdat ze er belang bij hebben om die regiobeelden te kunnen zien. Ik vind het signaal dat verzekeraars ervoor willen waken dat er geen nieuwe monopolies ontstaan, ook belangrijk. Want als je op regionaal niveau zegt «partijen, ga bij elkaar zitten» en je tegen de verzekeraar zegt «we hadden het zo gedacht, wil je even betalen?», dan vind ik het ook wel goed dat de verzekeraar zegt: luister eens, wij hebben

ook een taak om de doelmatigheid van de zorg in de gaten te houden en op te letten dat er geen nieuwe regionale monopolies ontstaan. Daar moeten we rekening mee houden. Het derde punt, dat ook uitstaat bij de Zorgautoriteit, is het volgende. Als we dit mogelijk gaan maken, welke nieuwe vormen van bekostiging kun je dan verzinnen? Dat je het niet alleen maar per onderdeel bekijkt, maar als geheel. Dat vergt overigens het nodige van de samenwerkende partijen, want het is nu heel makkelijk om per kolom, per domein bekostigd te worden. Maar als je de samenwerking gaat bekostigen, geeft dat nog heel veel interne discussie en gevechtjes. Maar het is wel een belangrijke stimulans. Dus ik denk dat en bekostiging en de positie van verzekeraars en die regiobeelden gezamenlijk een hele positieve vibe kunnen geven ten aanzien van het stimuleren van die samenwerking.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Hierop doorgaand. Volgens mij zegt de Minister terecht, althans zo interpreteer ik wat hij zegt, dat zolang je betaald wordt op basis van productie, het ingewikkeld blijft om echt samen te werken. Dus wat je nodig hebt, is een zekere mate van financiële zekerheid, anders ga je niet vrijwillig een deel van de zorg buiten jouw ziekenhuis organiseren. Ziet de Minister ook dat dat element voorwaardelijk is om uiteindelijk de samenwerking goed en structureel van de grond te krijgen?

Minister **Van Rijn**:

Ik denk dat het korte antwoord ja is. Ik denk dat dat voorwaardelijk is, hoewel ik een beetje idealistisch blijf redeneren dat het niet randvoorwaardelijk zou hoeven te zijn. Als je goede zorg wilt verlenen en die goede zorg vereist bijvoorbeeld goede afspraken tussen het ziekenhuis en het verpleeghuis, dan zou je die ook moeten maken een beetje los van de vraag hoe dat financieel precies uitpakt. Ik realiseer me dat dat een beetje idealistisch geredeneerd is, maar ik geloof toch ook wel dat in heel veel delen van de zorg de belangrijkste drijfveer is en blijft om het beste voor de patiënt te willen doen. In een vergrijzende samenleving, waarin we meer integraal moeten kijken en veel patiënten niet klaar zijn als het ziekenhuis klaar is, geeft dat een inhoudelijke drive om tot meer samenwerking te komen. Dat zie je ook gebeuren, ook in zo'n crisis. Dat neemt niet weg dat je at the end of the day moet kijken naar wat dat op lange termijn gaat betekenen. Je ziet langzaam maar zeker dat er steeds meer aanneemsomachtige contracten worden gesloten, voor meerdere jaren, dus minder PxQ en meer aanneemsomachtig en voor langere tijd. Dat gaat zeker helpen als randvoorwaarde om dit voor elkaar te brengen. Dan waren er nog een paar specifieke vragen over het thema samenwerking en aanverwante artikelen, om zo te zeggen. Mevrouw Van den Berg zei dat er een rapport opgeleverd zou worden over de verwijzing van umc's naar regionale ziekenhuizen. Zij vroeg naar de stand van zaken. Daar is inderdaad wat vertraging ontstaan. Er zijn nog nadere analyses en er is dus wat meer tijd nodig, omdat er anders een incompleet beeld zou ontstaan. Ik heb begrepen dat de monitor van de Zorgautoriteit in september wordt opgeleverd. Dat betekent dat de Kamer tegen die tijd wordt geïnformeerd. Dat rapport wordt in september afgerond en dat komt eraan.

Mevrouw Dik-Faber vroeg hoe de Zorgautoriteit de financiële positie van zorgaanbieders scherp in de gaten houdt. Dat is verwant aan de samenwerking, maar ik haal het er nu maar even bij. Ik meende te voelen in haar bijdrage dat zij vroeg of een jaarrekening en media-analyses wel genoeg zijn. Dat gebeurt natuurlijk niet alleen bij media-analyses. Er is een earlywarningsysteem in de maak, waarbij we kijken welke signalen er nog kunnen plaatsvinden bij bijvoorbeeld bezoeken van de IGJ. De zorgaanbieders moeten tijdig opening van zaken geven over financiële problemen, dus niet alleen maar wachten tot ze ontstaan, maar zelf

verantwoordelijkheid nemen om die ook te melden. Er komen wettelijke maatregelen aan om de informatiepositie van de overheid verder te versterken, samen met die van de Zorgautoriteit en de IGJ, waaronder bijvoorbeeld zo'n meldplicht bij de IGJ.

Ik wil er wel op wijzen dat je ook bij de rapportages over de faillissementen ziet dat er eigenlijk best veel instrumentarium is, waarbij de informatiepositie nog versterkt kan worden. In een passage in het rapport van Van Manen staat dat die regels er wel zijn, maar dat het gaat om het gedrag van mensen bij de uitoefening van die regels. Neem je ook verantwoordelijkheid die misschien niet op papier staat, maar die net even voorbij je eigen schuttinkje gaat. Het is veel belangrijker om dat voor elkaar te brengen.

Dus ja, wij zullen op een aantal punten die informatiepositie van de overheid versterken. Tegelijkertijd zijn we gelukkig ook afhankelijk van verantwoordelijke bestuurders die als zij zien dat er problemen dreigen, dat ook melden, zodat je bij elkaar gaat zitten en de problemen oplost voordat ze gaan ontstaan. Het is een groot antwoord, maar we kijken niet alleen maar naar de media-analyses, zou ik willen zeggen.

**De voorzitter:**

Dat roept een vraag op bij mevrouw Dik-Faber.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):

Mijn vraag kwam voort uit de beantwoording van schriftelijke vragen die ik had gesteld. In dat antwoord staat inderdaad niet alleen de media-analyse, maar ook de openbare informatie uit jaarverslagen en van zorgverleners. Dat kwam op mij nogal vrijblijvend over, maar ik begrijp nu van de Minister dat dit beslist niet vrijblijvend is en dat zorgverleners, besturen van grote zorginstellingen, ook verplicht zijn dit te melden. Heb ik goed begrepen dat dit ook wettelijk verankerd wordt of is dit iets waar we afspraken over maken en wat hoort bij goed bestuur van zorginstellingen?

**Minister Van Rijn:**

Ja, dat klopt. Dat betekent dat de informatiepositie van de overheid verder wordt versterkt, bijvoorbeeld door zo'n meldplicht bij de IGJ of de NZa, als er zorgaanbieders met financiële problemen zijn of als die eraan komen. Die meldplicht bestaat ook in andere sectoren, dus daar is ook naar gekeken. Het is niet alleen afhankelijk van of het in de media komt, maar een vooraf geregelde wettelijke positie van informatievoorziening. Dan was er een specifieke vraag van de heer Veldman over de huisarts, waar we het al even over hebben gehad, zowel over het digitale punt als over de samenwerking. Ik memoreer dat om een beter beeld te krijgen van de stand van zaken en hoe we dat verder kunnen bevorderen, onderzoek is uitgezet bij het Nivel, om voorbeelden in kaart te brengen en te kijken hoe die opgeschaald kunnen worden. Dat rapport van het Nivel is recent afgerond. Ik kijk nu samen met partijen hoe daar het beste een vervolg aan gegeven kan worden. In algemene zin wordt het punt van modernisering van de huisartsenzorg verder opgepakt.

Dan kom ik bij het punt zinnige zorg. Door diverse leden van uw Kamer is aandacht gevraagd voor zinnige zorg en gepast gebruik. Dat merken we ook bij de opschaling van de reguliere zorg, waar we het over hebben gehad. De Zorgautoriteit signaleerde dat er nog inhaalzorg te doen is. Die wordt voor een deel ook echt ingehaald. Dat merk je ook aan de prioriteit die daaraan wordt gegeven. Voor een deel gebeurt dat ook niet. Dat roept de vraag op of die zorg echt ingehaald moet worden of achteraf gezien misschien niet nodig was, toen de afspraken daarover werden gemaakt. Zinnige zorg is natuurlijk geen nieuw onderwerp. De heer Veldman vroeg naar de stand van zaken bij de doorlichting van het pakket. Dat is het

project van Sjoerd Repping. Er zijn tal van maatregelen en onderzoeken die nu worden uitgevoerd.

Ik denk dat er een paar dingen tegelijk lopen. Bij de pakketdoorlichting loopt het onderzoek van Sjoerd Repping om te kijken of we meer handen en voeten kunnen geven aan die zinnige zorg, of je daar als het ware een soort lijstje van kunt maken. Ik denk dat dat goed is, met de kanttekening erbij, naar aanleiding van de motie van mevrouw Ploumen: pas een beetje op met dat lijstje, dat er moet komen, maar je kan niet zeggen dat iets altijd onzinnig of zinnig is. Daar moet je wel met enige wijsheid naar kijken.

Ik heb de Zorgautoriteit, het Zorginstituut en de inspectie gevraagd om kort na de zomer een advies te maken wat de randvoorwaarden voor gepast gebruik kunnen zijn en hoe we dat verder kunnen stimuleren. Dat advies komt na de zomer en dat zal ook met de Kamer worden besproken. Dan hebben wij twee elementen. Aan de ene kant weten we dan wat meer over hoe het is gelopen met de inhaalzorg en kunnen we daar lessen uit trekken over wat gepaste en zinnige zorg is. Aan de andere kant hebben we het rapport van Sjoerd Repping, de Zorgautoriteit, het Zorginstituut en de inspectie, over welke randvoorwaarden we kunnen versterken om de beweging naar zinnige zorg verder te versterken. Dan kunt u met mijn ambtsopvolger discussiëren over de pakketlessen en de covidlessen die een nieuwe impuls voor zinnige zorg zouden kunnen opleveren.

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

We hebben in de eerste termijn van de Kamer gesproken over het in loondienst brengen van de vrij gevestigde specialisten. Nu heeft het Centraal Planbureau berekend dat het een besparing oplevert van ongeveer een half miljard, als we dat doen. We kunnen ook constateren dat vrijgevestigde specialisten naar verhouding meer produceren. Als we het dan hebben over zinnige zorg en goed letten op de centen, dan is mijn vraag of de Minister daar een voorstander van is, ook in de wetenschap dat bij het debat dat we begin deze week hadden, bleek dat eigenlijk alleen de VVD nog in dat anachronisme gelooft, maar dat alle overige partijen zo ongeveer voor artsen in loondienst zijn.

Minister **Van Rijn**:

Ik heb ook een soort omgekeerd idealisme. Ik kan me voorstellen dat er prikkels zitten in in loondienst zitten of niet, maar in the end geloof ik dat als je in de zorg werkt, je altijd het beste voor de patiënt zou willen doen en dat je dan zinnige zorg wil leveren. Het is niet alleen afhankelijk van of je wel of niet in loondienst bent, of je wel of niet zinnige zorg levert. Ik zou dat idealisme wel een beetje willen volhouden, omdat het mij iets te makkelijk lijkt om te zeggen: als je in loondienst bent, lever je meer zinnige zorg dan als je niet in loondienst bent.

Dat neemt niet weg dat je er wel naar moet kijken. Dat hoort een beetje bij de prikkels die er zijn. Misschien hoort dat ook wel bij het advies dat de diverse instituten gaan uitbrengen. Welke prikkels en randvoorwaarden moet je nou hebben om zinnige zorg te bevorderen? Het is onmiskenbaar zo dat PxQ-financiering niet automatisch een prikkel vormt tot zinnige zorg, want dan maakt productie uit voor de manier waarop je werkt. We hadden net een debat over de vraag hoe je tot minder PxQ-afspraken kunt komen, om te zorgen dat we meer op de lange termijn gericht afspraken kunnen maken over wat zinnige zorg is en hoe je digitale zorg levert. Dat lijkt mij een weg die je zou moeten bewandelen, en niet alleen maar focussen op dat punt, hoewel ik met de heer Van Gerven ook wel zie dat daar perverse prikkels in kunnen zitten die we eigenlijk moeten uitbannen.

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

De perverse prikkels zitten er gewoon in. De feiten laten dat ook zien. Er is ook onderzoek dat aantoonde dat vrijgevestigde specialisten leiden tot meer

omzet. Dat is gewoon ongewenst als dat geen zinnige zorg is. De Minister draait eigenlijk een beetje om de hete brij heen, of hoe moet ik dat zeggen? Hij zegt: er kunnen wel perverse prikkels in zitten, maar ik brand mij daar niet aan. Laat ik het dan op een andere manier zeggen. Vindt de Minister dat verpleegkundigen eigenlijk per verrichting zouden moeten worden betaald, omdat we er toch van uit moeten kunnen gaan dat iemand die in de zorg werkt, toch het goede voorheeft met zijn of haar patiënt?

**Minister Van Rijn:**

Mijn wet van het omgekeerde idealisme zou ertoe leiden dat dit ook niet moet uitmaken, maar het lijkt mij niet zo'n handige exercitie. We starten deze discussie niet vanaf nul. Er zijn artsen in loondienst en er zijn artsen die niet in loondienst zijn. De vraag is of het gaat helpen om gepaste en zinnige zorg verder te brengen. Je kunt op twee manieren redeneren. Ja, er zitten perverse prikkels in als je blijft contracteren op PxQ. Maar we hebben net gesignaleerd dat je meer in z'n algemeenheid moet zeggen dat de PxQ-financiering er een beetje af moet en dat je voor langere termijn aanneemsomachtige afspraken moet maken waarbinnen je tot andere afspraken zou kunnen komen. Dan wordt dat issue al minder relevant. Ik ben zo bevreesd dat we een heel debat krijgen over de voor- en nadelen van loondienst en niet-loondienst, terwijl het eigenlijk zou moeten gaan over de vraag hoe we goede randvoorwaarden kunnen maken zodat gepaste en zinnige zorg goed geleverd kan worden. Dan geloof ik meer in de financiering die je in z'n algemeenheid regelt, met minder PxQ, meer aanneemsommen en langjarige afspraken, waarbinnen het veel minder interessant wordt wat precies je arbeidsverband is. Anders ga je een heel principiële discussie voeren over het arbeidsverband. Nogmaals, ik denk dat ik niet veel met de heer Van Gerven verschil in de beoordeling van de perverse prikkels. De vraag is even of je, als je tot bevordering van gepaste en zinnige zorg wilt komen, die discussie niet veel meer via een andere weg zou moeten voeren. Dat is eigenlijk mijn punt.

**De voorzitter:**

U vervolgt.

**Minister Van Rijn:**

Mevrouw Sazias vroeg naar de positie van preventie. Hoort dat eigenlijk ook niet bij zinnige zorg? Daar heeft ze volgens mij gelijk in. De situatie is nu als volgt. Gemeenten, verzekeraars en zorgkantoren hebben op het gebied van preventie, ouderen en ggz nu een gezamenlijke werkgroep gevormd waarin wordt bekeken welke preventie-infrastructuur je nodig hebt om te zorgen dat er ook daar financiële prikkels zijn om preventie een groter aandeel, een grotere power in de zorg te kunnen geven. Er wordt bekeken wat de rol van verschillende partijen, bijvoorbeeld verzekeraars, daarin is. Wat mij betreft moeten zij ook input geven voor de nota over de toekomstige organisatie van de zorg, de contourennota, die het kabinet voorbereidt en die dit najaar zal verschijnen. Preventie is daarin een belangrijk onderwerp. Daarin zullen we bekijken hoe de rol en positie van preventie in het hele stelsel, dus ook in de Zorgverzekeringswet, kan worden versterkt. Dat levert nog wel een aantal vragen op, ook van principiële aard. Maar die zullen nadrukkelijk worden meegenomen in de contourennota die u dit najaar te bespreken krijgt.

**Mevrouw Sazias (50PLUS):**

De Minister noemt al de gemeenten en de zorgverzekeraars, en we hebben zelfs een aparte bewindspersoon voor preventie. Maar het ging mij er ook om dat juist in de medisch-specialistische hoek preventie nog heel erg tekortschiet, ook binnen de opleidingen. Ik ben benieuwd of de

Minister het daarmee eens is. In ziekenhuizen kom je toch omdat je iets hebt. Over het algemeen krijg je daar dan een behandeling en medicatie voor, maar hoe kun je nou juist in de medisch-specialistische zorg die preventie implementeren?

**Minister Van Rijn:**

Dat is precies de discussie die onder andere in het kader van de contourennota moet gaan plaatsvinden. De huidige Zorgverzekeringswet zegt eigenlijk dat we zorg gaan betalen op het moment dat er iets aan de hand is. Dan krijg je een behandeling bekostigd. Bij preventie is er nog geen sprake van een ziekte en moet je je dus afvragen in welke mate je preventiemaatregelen kan financieren voordat er een ziekte is. Het probleem dat je in de hele discussie daarover ziet, is de vraag of we wel weten wat voldoende werkt en wat niet voldoende werkt. Er zijn heel veel projecten rondom preventie waarin het gevoel bestaat dat het helpt als je het doet, maar die niet evidencebased zijn zoals we dat in de Zorgverzekeringswet doen. Het past dus niet zo goed in de structuur van de Zorgverzekeringswet, die zegt: als je ziek bent, krijg je een behandeling en krijg je betaald. Nu ga je betalen voor preventie waarvan je nog niet zeker weet, of niet helemaal weet, tot welk effect die leidt. De vraag is even of je dat binnen het kader van de Zorgverzekeringswet zou moeten doen of daarvoor een aparte structuur zou moeten verzinnen. Dat is echt nadrukkelijk onderwerp van die contourennota.

Daarbij zijn overigens vaak ook andere partijen dan alleen de medisch-specialistische zorg aan zet, want je wilt juist voorkomen dat het medisch-specialistische zorg is. Voordat het plaatsvindt, moet je eigenlijk al met partijen om tafel om dat te doen. Je ziet dat huisartsen, gemeenten en het sociale domein ook een veel grotere rol gaan spelen bij preventie dan alleen maar een vraag die vanuit de zorg moet worden gesteld. Uit sommige internationale onderzoeken blijkt dat heel veel van de zorgkosten veroorzaakt worden door problemen in het sociale domein, met schulden, werkloosheid en problemen thuis. Als we daar meer aan zouden kunnen doen, voorkomen we dat er een zorgvraag ontstaat. Dat terrein is nog een beetje onontgonnen, maar dit zal nadrukkelijk een van de onderdelen zijn die we in de contourennota verder moeten uitwerken.

**De voorzitter:**

Afrondend, mevrouw Sazias.

**Mevrouw Sazias (50PLUS):**

Een van de dingen die we qua preventie al absoluut zeker weten en waar we geen onderzoek meer naar hoeven te doen, is het belang van bewegen. Nou zien we dat een aantal zorgverzekeraars daartoe al wat programma's aanbiedt. Dat is heel mooi, maar het is op dit moment nog heel erg willekeurig. Dus zeker op het gebied van bewegen kunnen we toch nog een slag maken!

**Minister Van Rijn:**

Dat klopt. Daarom zijn wij samen met partijen aan het kijken hoe we die gecombineerde leefstijlinterventies, die op een aantal plekken heel succesvol zijn en waarin goede doorverwijzingen plaatsvinden, meer zichtbaar kunnen maken. We hebben het RIVM ook gevraagd om een soort kaart van Nederland te maken om te laten zien waar dit plaatsvindt en waar je die goede voorbeelden kunt halen. Zoals u weet, is er ook een initiatief in de maak van een aantal bekende sporters die voor de hele samenleving een soort beweegagenda willen maken waarin we veel nadrukkelijker dan vroeger het nieuwe normaal gaan bevorderen. Dat nieuwe normaal is dan hoe Nederland beweegt en welke bewegingsagenda's je voor de verschillende leeftijdscategorieën moet maken. Ik heb dat initiatief zeer positief omarmd. We gaan samen met andere departe-

menten bekijken hoe we dat verder kunnen bevorderen. Dus ik ben het ermee eens. We moeten in structurele zin kijken hoe het komt. Dat is een beetje de discussie rond de contourennota. Welke infrastructuur moet je hiervoor hebben? Maar het gaat ook heel praktisch om leefstijlinterventies en een beweegagenda. Daar zullen we de komende periode ook aan moeten werken. Dat ben ik zeer met mevrouw Sazias eens.

Dat was volgens mij het blokje zinnige zorg, voorzitter.

Dan nu de financiële aspecten van covid. Verschillende leden van uw Kamer hebben erop aangedrongen om heel veel oog te hebben voor de continuïteit van de zorg ten tijde van het coronavirus en de vraag wat dit gaat betekenen voor de zorgaanbieders. Ook mevrouw Agema heeft daarover een aantal indringende vragen gesteld. We zijn langs twee wegen aan het bekijken hoe dit probleem kan worden opgelost. Ten eerste speelt de vraag hoe de meerkosten die zorgaanbieders maken als gevolg van de corona-uitbraak, door zorgverzekeraars kunnen worden vergoed. Ten tweede zijn zorgverzekeraars bezig om een continuïteitsbijdrageregeling vast te stellen. Die compenseert zorgaanbieders voor misgelopen omzet en geeft een bijdrage om doorlopende kosten te kunnen blijven betalen. Heel simpel gezegd: een deel van de zorg vindt niet plaats; hoe ga je dat compenseren? En een deel ga je extra leveren omdat het covidzorg is; hoe pakt dat uit?

Er is een aparte regeling gemaakt voor zorgaanbieders met een omzet van minder dan 10 miljoen euro. Die is inmiddels klaar en wordt ook al gebruikt. Voor grotere zorgaanbieders, zoals ziekenhuizen, lopen de gesprekken nog. Mijn verwachting is dat die gesprekken binnen enkele dagen zouden kunnen worden afgerond. Ik ga niet vooruitlopen op dit proces. Er vindt nu ook achterbanconsultatie plaats en de gesprekken lopen voorspoedig. Ik ga ervan uit dat dat een resultaat oplevert waardoor wij kunnen zeggen dat er geen ziekenhuis zal omvallen als gevolg van covid.

**De voorzitter:**

Er is een vraag van mevrouw Agema.

**Mevrouw Agema (PVV):**

Ik zie dit ook als een toezegging van de Minister, een inspanningsverplichting, om tot een uitkomst te komen waarbij inderdaad de reserves van verzekeraars, ziekenhuizen en noem maar op worden aangesproken, zodat patiënten hier niet de dupe van worden. Want dat speelt nu, en anders moet de Kamer terugkomen van reces. We hebben hier toch wel wat handen en voeten nodig. Wat wordt de inspanning van de Minister hierin?

**Minister Van Rijn:**

De inspanningen zijn inderdaad daarop gericht. Nogmaals, ik heb goede hoop dat de gesprekken die nu lopen over zowel de kant van de continuïteitsbijdrage als de kant van de meerkosten van corona tot het resultaat gaan leiden dat mevrouw Agema noemt. Ik zou inderdaad willen voorkomen dat de Kamer hiervoor van reces terug zou moeten komen. De signalen die ik voorzichtig uit, geven aan dat ik verwacht dat dat niet hoeft te gebeuren.

**Mevrouw Agema (PVV):**

Dan heb ik ook nog een meer specifieke vraag over coronakosten. Die gaat over de aanschaf en distributie van de medische hulpmiddelen, van de beschermingsmiddelen: de mondkapjes, de handschoenen en noem maar op. Ik lees in de suppletore begroting dat dat 452 miljoen euro heeft gekost en dat de middelen voor 180 miljoen verkocht zijn aan de zorginstellingen. Nou is één mondkapje natuurlijk niet zo duur, maar als jij je zorgmedewerkers een langere periode de hele dag door vol in de

beschermingsmiddelen moet zetten, kan je bedrijfsvoering wel in gevaar komen. Ik heb dit al eerder gevraagd, maar ik zou toch nog een keer aan de Minister willen vragen: is het nou niet mogelijk om deze hele rekening van rijkswege te betalen, dus het niet aan de instellingen te verkopen, zodat we er ook zeker van kunnen zijn dat medewerkers ook in de toekomst beschikken over voldoende beschermingsmiddelen, zodat we niet weer mee zullen maken dat er 14.000 zorgmedewerkers besmet raken, mochten we een nieuwe coronacrisis of een andere pandemie krijgen?

**Minister Van Rijn:**

De werkwijze van het Landelijk Consortium Hulpmiddelen is dat er eigenlijk voor de zorgaanbieders wordt ingekocht en dat er wordt verkocht voor pre-coronaprijzen. Dat betekent dat de meerkosten van corona niet voor de rekening van de zorgaanbieders komen en ook niet in rekening zullen worden gebracht. Daarom ziet u dat ook terugkeren op de supplementaire begroting van VWS. Die rekeningen zijn natuurlijk nog niet helemaal uitgetraild, want er komen nog beschermingsmiddelen binnen en die moeten ook nog worden geleverd. Maar de kern van de operatie is dat de meerkosten van corona ook daar niet voor de rekening van de huizen komen.

**De voorzitter:**

We hadden eigenlijk twee interrupties afgesproken, mevrouw Agema. Een korte laatste vraag.

**Mevrouw Agema (PVV):**

Dank u wel, voorzitter. Dan laat ik het er daarna ook bij. Dit is niet precies wat ik bedoel. We hebben natuurlijk al veel eerder in stand-van-zakenbrieven gelezen dat VWS de cowboyopslag vergoedt, maar zorginstellingen moeten dus nog steeds de beschermingsmiddelen betalen voor hun medewerkers. Dat is gewoon niet goed, want zoals ik al zei: één mondkapje is niet duur, maar als je langdurig, wekenlang, al je medewerkers moet voorzien van schorten, handschoenen, spatschermen en mondkapjes, dan is dat zo'n grote kostenpost dat die, zelfs wanneer het dus voor de pre-coronaprijs is, de bedrijfsvoering van een instelling in gevaar kan brengen. Dat horen wij ook in het veld. Mijn vraag was de volgende. We hebben corona toch ook op de lijst van A-ziektes gezet. Kunnen we in die gevallen dat er een pandemie is of een ernstige situatie met een ziekte die op de A-lijst staat, die beschermingsmiddelen dan niet volledig vergoeden?

**Minister Van Rijn:**

Het antwoord is tweërlei. Een deel wordt afgevangen door de afspraken die in de maak zijn over de continuïteitsbijdrage en de meerkosten van corona die moeten worden opgevangen ten behoeve van de zorgaanbieders. Dat is een beetje het verhaal van daarnet. Het tweede is dat ik denk dat u nog te spreken komt over de vraag: hoe gaan we eigenlijk om met de inkoop van beschermingsmiddelen in meer structurele zin? Wat leren we van de crisis? U noemde net al de discussie over de ijzeren voorraad, over wie waarom inkoop en hoeveel dat eigenlijk is. Ik denk dat we er na de crisis nog een keer over moeten praten wat de positie van het LCH was en wat we naar de toekomst toe willen. Naar het verleden toe dekken we het dus af door de afspraken met zorgverzekeraars en zorgaanbieders die in de maak zijn, maar we moeten ook ten principale praten over de vraag: wie neemt welke verantwoordelijkheid voor de inkoop van beschermingsmiddelen in tijden van pandemie? Daarover komen we nog apart te spreken in de Kamer.

Voorzitter. Dan het blok geneesmiddelen. Ik hoor al een zucht ...



Mevrouw **Ploumen** (PvdA):  
Ja, ik zit er klaar voor.

Minister **Van Rijn**:  
Ik hoor al een verzuchtende zucht van mevrouw Ploumen.

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):  
Ik was nog even de laatste berichtjes daarover aan het opzoeken.

De **voorzitter**:  
De Minister vervolgt de beantwoording.

Minister **Van Rijn**:  
Ik word nu zeer afgeleid door mevrouw Ploumen.

De **voorzitter**:  
Mevrouw Ploumen geeft aan dat ze klaarzit voor de antwoorden. Het woord is aan de Minister.

Minister **Van Rijn**:  
Op het terrein van de geneesmiddelen is een groot aantal vragen gesteld, van vaccins tot verspilling. Ik zal niet op de vaccins ingaan, omdat daar nog een apart debat over plaatsvindt, maar ik denk dat met name de prijzenkant en de beschikbaarheid van geneesmiddelen de meeste aandacht vroegen. Misschien is het goed om met die prijzenkant te beginnen. Zoals ik u al informeerde, acht ik het verantwoord om de herziening van de geneesmiddelenprijzen per 1 oktober door te laten gaan. Ik doe dat wel met een aantal tijdelijk dempende maatregelen. Met die maatregelen wordt beoogd om kwetsbare producten te ontzien, producten die hevige prijsdalingen zouden krijgen en producten met een relatief lage omzet, omdat dat de beschikbaarheidsrisico's verkleint. Net als bij het eerdere uitstel worden er minder besparingen uit de markt opgehaald dan eerder voorzien. Dat geeft ook nog enigszins financiële armsgslag. Die mitigerende maatregelen zorgen ervoor dat grote prijsdalingen, van meer dan 10%, voor alle producten worden gedempt en dat producten met een relatief lage omzet, kleiner dan 1 miljoen, niet geconfronteerd worden met een prijsdaling. Ik denk dat dat ook te motiveren is vanuit het feit dat er een plots lagere Noorse kroon is. Dat leidt tot effecten die we van tevoren helemaal niet hebben beoogd. Behalve die dempende voorzorgsmaatregelen kan indien nodig bij aanwijsbare dreigende tekorten de Wgp-prijs sowieso weer worden herzien.

We zitten dus eigenlijk een beetje op het volgende punt. Verleden keer hebben we gezegd: laten we de nieuwe maximumprijzen niet doorvoeren in the heat of the crisis. Nu die heat of the crisis een beetje voorbij is, achten wij het verantwoord om dat wel te doen. Ik constateer dat dat wel weer heftige reacties heeft opgeroepen bij producenten, apotheken en groothandels, omdat zij het liefst willen dat herziening van de prijzen voor een tweede keer wordt uitgesteld of dat we er helemaal van afzien. Waarom? Omdat die prijsdaling ook gewoon leidt tot minder inkomsten. Voor producten met hele lage winstmarges zie ik dat risico. Daarbij moeten we het niet te onaantrekkelijk maken om een geneesmiddel op de Nederlandse markt te brengen of te houden, maar vandaar dus ook die flankerende maatregelen. Het laatste wat ik wil is namelijk dat het prijsbeleid tot een beschikbaarheidsissue leidt. Maar een groot deel van het effect van de Wet geneesmiddelenprijzen gaat helemaal niet over die kwetsbare laaggeprijsde producten; die heeft het grootste effect op de patentgeneesmiddelen, met juist hoge omzetten, waarbij een prijsdaling wat mij betreft geen directe relatie heeft met de beschikbaarheid.

Ik snap dat producenten daarvan daar een beetje bozig over zijn. Dat snap ik ook. Maar als ik kijk naar de omzetten en de winstmarges die hier nog steeds worden gehaald, denk ik dat dat een verantwoord besluit is. Ik las ook dat een van de geneesmiddelengroothandels zei: ja, dan kunnen we bepaalde geneesmiddelen niet meer op voorraad houden. Die kwam met een soort van dreigement dat het dan aan de hoogste bieder op de Europese markt wordt verkocht. Het lijkt mij gewoon onaanvaardbaar dat er moedwillig tekorten zouden worden gecreëerd ten koste van de patiënt. Dat kan gewoon niet. Ook groothandels hebben de wettelijke plicht om ervoor te zorgen dat apotheken worden bevoorraad, zodat patiënten de juiste geneesmiddelen krijgen. De IGJ ziet daarop toe. Ik ga de IGJ ook vragen om daar extra op te letten nu ik deze signalen hoor. Wat mij betreft scherp ik de prijzen nu op een verantwoorde wijze aan, met oog voor de betaalbaarheid en de beschikbaarheid voor de Nederlandse patiënt. U krijgt nog één brief van mij over de vorming van de ijzeren voorraden. Ik heb daar nu extra aandacht voor om te voorkomen dat daar de verkeerde keuzes gemaakt zouden kunnen worden. Laten we wel wezen: deze covidcrisis is voor ons allemaal heel ingewikkeld, maar ik roep alle partijen op om naast het economisch belang van het aanhouden van goede prijzen en voorraden, ook het collectieve belang van de geneesmiddelenvoorziening te laten prevaleren. Als we met z'n allen zeggen «die crisis kunnen we alleen maar samen te lijf gaan», dan geldt dat ook hier, ook voor de producenten en ook voor de groothandels. Uiteindelijk lukt dat ons alleen maar samen. Dan moeten we wat mij betreft nu niet weer andere opvattingen te berde brengen over de rug van een al aangekondigde prijsverlaging.

**De voorzitter:**

Een vraag van mevrouw Ploumen. Misschien kan de Minister in zijn antwoord zo meteen ook meenemen wanneer de brief naar de Kamer komt, voor de toezeggingen.

**Mevrouw Ploumen (PvdA):**

Ik heb in mijn eerste termijn betoogd dat de Wet geneesmiddelenprijzen wat mij betreft gewoon door kan gaan op 1 oktober. Terugkijkend naar hoe het in de coronacrisis is gegaan met de beschikbaarheid van geneesmiddelen, hadden al die mitigerende maatregelen die ten goede komen aan de farmaceutische industrie, de groothandels en de apothekers, voor mij niet gehoeven. Daar komt nu nog eens bij dat ene Peter de Jong, directievoorzitter van de belangrijkste groothandel, Brocacef, als ik het wel heb, in Het Financieele Dagblad – de Minister had het er ook al over – een onversneden dreigement laat horen. Hij zegt gewoon: wij gaan voorraden afbouwen om op die manier schaarste te creëren.

Voorzitter. Er is geen enkele farmaceutische groothandel, apotheker of farmaceutisch bedrijf dat door de coronacrisis aan de bedelstaf is geraakt, geen enkel. De winstpercentages zijn de hoogste van alle sectoren. De Minister spreekt hier terecht zijn afkeuring over uit. Ik vind het een grof schandaal. Dat moeten we gewoon een keer zeggen. Verpleegkundigen, verzorgenden ...

**De voorzitter:**

Uw vraag?

**Mevrouw Ploumen (PvdA):**

Mensen in het hele land hebben er alles aan gedaan om voor elkaar te zorgen. Dan komt puntje bij paaltje en wie laat de mensen in de steek? De farmaceutische industrie en de farmaceutische groothandel. Ik vind het een grof schandaal. Het levert hen 215 miljoen euro op. Ik vind dat de Minister een hele scherpe veroordeling daarvan mag laten horen en dat

hij de IGJ onmiddellijk eropaf mag sturen. De heer Peter de Jong zou ik willen aanraden: als hij zo zaken wil doen, ga dat dan lekker ergens anders doen, in plaats van over de ruggen van patiënten.

**Minister Van Rijn:**

Ik kan het betoog van mevrouw Ploumen goed volgen. Zij heeft aan mijn bijdrage ook gemerkt dat ik het sturen op de voorraad vanwege deze maatregel, die niet in het belang is van patiënten en dus ook niet in het belang van degenen die er allemaal mee bezig zijn, heel afkeurenswaardig vind. Ik deel de opvattingen van mevrouw Ploumen op dat punt. Het is ook niet voor niks dat ik zeg dat ik de inspectie gericht zal laten kijken naar de vraag of hier dingen gebeuren die niet door de beugel kunnen, want ze kunnen niet door de beugel als je zo'n dreigement doet met het voorraambeleid om te voorkomen dat je een prijsdaling krijgt. Ik snap de bedrijfs-economische overwegingen, maar we hebben nog meer afwegingen te maken in deze tijd dan alleen maar bedrijfseconomische overwegingen.

**De voorzitter:**

Afrondend, mevrouw Ploumen.

**Mevrouw Ploumen (PvdA):**

Een korte vervolgvraag. De inspectie gaat daarop toezien, zegt de Minister. Betekent dat dat er ook minimumnormen zullen komen voor de omvang en misschien ook wel voor de kwaliteit van de voorraden? Dat zou mij verstandig lijken, want dan heeft de inspectie een norm waarop ze kan beoordelen.

**Minister Van Rijn:**

Dat zou ik willen meenemen in de discussie over de ijzeren voorraden. Welke voorraden hebben we nou nodig? Hoe beoordeel je of ze voldoende zijn en wanneer krijg je het signaal waar en wanneer er wat aan de hand is? Dat zijn we nu aan het bekijken. Ik wil graag in tweede termijn even kunnen uitzoeken wanneer we die brief ongeveer kunnen verwachten. Maar dat is een expliciet onderdeel van dit onderwerp, zeker.

**De voorzitter:**

Een vraag van de heer Van Gerven.

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

Ik heb er in mijn eerste termijn ook aandacht aan besteed. Ik vind het ook onbestaanbaar wat Brocacef flikt, die intimidatiepoging, want dat is het. Het is goed dat dit streng veroordeeld wordt, ook door de Minister, en dat we zeggen: dat kan echt niet, dat hebben we nog nooit gehoord en dat gaan we ook niet tolereren. Maar dan mijn punt: er is 215 miljoen weggegeven aan de farmaceutische industrie door deze Minister, want die was ook verantwoordelijk voor het eerste besluit. Dat is volstrekt overbodig en onnodig. Dat blijkt tot nu toe ook. Is de Minister bereid om toch onverkort de Wet geneesmiddelenprijzen in te voeren? Dat is één. Twee. Niet vanwege de mitigerende maatregelen, maar omdat de Minister zegt: als ze meer dan 10% omlaaggaan, dan ga ik dat corrigeren. Het kan ook zijn dat de prijzen van middelen omhooggaan, maar daar horen we niets over. Ik vind dat dat niet kan.

Twee. Er is becijferd dat er ongeveer 50 miljoen tot 100 miljoen nodig zou zijn voor het aanleggen van ijzeren voorraden. Kan de Minister met de farmaceutische industrie en de groothandel afspreken dat de ijzeren voorraden per direct worden aangelegd? Als dat niet goedschiks kan, dan maar via een wettelijke regeling, want dat kan ook. Maak dan een wet zodat die ijzeren voorraad een afdwingbaar recht is.

De **voorzitter**:

Helder.

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

Wil de Minister dat doen?

Minister **Van Rijn**:

Het voorstel is nu om de Wet geneesmiddelenprijzen door te voeren met een aantal mitigerende maatregelen. Ik vind het ook wel verstandig om die mitigerende maatregelen te hebben. Twee zaken. Eén is: we hebben een aantal afspraken gemaakt over het toepassen van de Wet geneesmiddelenprijzen. Ik vind het logisch dat we in de heat of the crisis gekozen hebben voor de weg: laten we nou geen onnodige risico's lopen als we het geheel nog helemaal niet kunnen overzien en niet weten wat er allemaal gaat gebeuren. Zo was het destijds. We hadden die discussie ook met elkaar. Stel je voor dat daardoor zaken waren misgegaan in de voorraadvorming, dan had u terecht tegen mij kunnen zeggen: had je niet van te voren moeten overwegen dat dat de risico's zouden kunnen zijn? Destijds hebben we ervoor gekozen om dat niet te doen. Nu zeggen we: we zitten in een andere fase. Nu kan het wel, waarbij we nu, met de mitigerende maatregelen, de mogelijkheid hebben om maatregelen te nemen op het moment dat we denken dat er risico's zouden worden gelopen. Daarom achten we ze verantwoord en daarom vind ik de opmerkingen die onder andere door Brocacef zijn gemaakt, onverantwoord. Dat is ook de reden waarom we het met elkaar eens zijn dat we maatregelen nemen. We gaan de discussie voeren over de ijzeren voorraad. Ik denk dat we daar tot goede afspraken moeten kunnen komen. Het blijkt – dat is de afgelopen jaren ook gebleken – een zeer taaie materie. We moeten kijken of we met partijen daarover tot afspraken kunnen komen. Zo nodig moeten we nadere maatregelen nemen. Ik kan daar niet op vooruitlopen. We komen uiteraard te spreken over de brief over hoe we die ijzeren voorraad gaan vormen, hoeveel tijd daarvoor nodig is, welke middelen daarvoor nodig zijn en welke aanvullende maatregelen er nodig zijn om dat voor elkaar te krijgen. Ik ga daar nu niet op vooruitlopen, maar ik denk dat we het met elkaar eens zijn dat die ijzeren voorraad en de afspraken er moeten komen. Die moeten sluitend en duurzaam naar de toekomst zijn.

De **voorzitter**:

Afrondend, de heer Van Gerven.

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

Maar is de Minister bereid om af te dwingen dat dat gebeurt? Er is 215 miljoen cadeau gedaan. Dat is twee keer het bedrag dat nodig is om een ijzeren voorraad aan te leggen. We hebben een discussie die al veel langer loopt. Er was 50 miljoen tot 100 miljoen nodig. Wie ging dat betalen: moest de overheid dat doen of de industrie en de groothandel zelf? Ze krijgen 215 miljoen cadeau. Dat is niet nodig, maar dat doet de Minister. Hij heeft uitgelegd waarom hij vindt dat dat moet. Ik vind van niet, maar dat geld krijgen ze cadeau. Dan kan toch de harde afspraak gemaakt worden: we gaan die ijzeren voorraden aanleggen, punt uit, en anders doe ik dat via een wettelijke spoedregeling?

Mijn tweede vraag. Als de prijzen met meer dan 10% omhooggaan, is de Minister dan ook bereid om te zeggen: ho ho, zo zijn we niet getrouwd; dat gaan we ook niet accepteren?

Minister **Van Rijn**:

Zo zijn we zeker niet getrouwd. We hebben niet voor niks de wet voor maximumprijzen van geneesmiddelen. Die is er juist om daarop te sturen. Ik ga ervan uit dat die gehandhaafd wordt. Twee is: ik vind ook dat de

afspraken die gemaakt moeten worden over de ijzeren voorraad niet vrijblijvend kunnen zijn. Ik ga ervan uit dat die afspraken gemaakt kunnen worden en dat we, als ze onverhoopt niet gemaakt kunnen worden, moeten kijken welke maatregelen we voorts kunnen nemen.

Voorzitter. Laten we het overleg laten plaatsvinden. We zijn het eens over het doel. Ik ga ervan uit dat er sluitende afspraken gemaakt moeten worden over de ijzeren voorraad. Die zal ik met alle kracht blijven bevorderen.

Voorzitter. Dan de vraag ...

**De voorzitter:**

De heer Van Gerven constateert dat er een toezegging is gedaan. Die komt aan het eind van het debat. De Minister vervolgt de beantwoording. Misschien is het goed om even naar de klok te kijken. Ik wil niet heel veel spoed aangeven, maar we hebben straks stemmingen. Ik wil deze vergadering voor de stemmingen schorsen, ook om de Minister nog even de gelegenheid te geven om te lunchen, omdat we om half vier een WGO hebben waar we deze Minister ook verwachten. Ik kijk even in de richting van de Minister qua planning.

**Minister Van Rijn:**

Ik zal de hink-stap-sprong vergroten. Dat is goed.

Mevrouw Agema had nog een vraag gesteld over de prijsonderhandelingen als zodanig. Werken die wel of niet? Ze zegt: er zijn vaak hele lange prijsonderhandelingen aan de gang; zijn die tien maanden nog wel te rechtvaardigen? Een schrale troost is misschien – het is een troost, maar hij is schraal – dat de doorlooptijden voor toegang tot nieuwe geneesmiddelen in Nederland in vergelijking met andere Europese landen zeer kort zijn. De meerderheid van de middelen die ingezet worden in het ziekenhuis, is na de Europese markttoelating direct toegankelijk voor patiënten. Alleen voor de allerduurste middelen, de echt allerduurste middelen, is er een sluisprocedure. Dat zijn er ongeveer tien per jaar, en dan nog gaat het over middelen die meer dan € 50.000 per behandeling per jaar kosten met een totale uitgave van meer dan 10 miljoen per jaar, of over middelen met een totale uitgave van meer dan 40 miljoen per jaar.

Voorzitter. Ik heb af en toe dezelfde frustratie als mevrouw Agema. Die onderhandelingen duren vaak heel lang. Tegelijkertijd is het voor de langetermijnbetaalbaarheid voor patiënten erg van belang dat die onderhandelingen worden gevoerd. Er kunnen aanvaardbare prijzen worden betaald en onnodig hoge uitgaven worden voorkomen. Ik denk dat we op die manier op de lange termijn goed bezig zijn. U heeft ook de rapporten van de Algemene Rekenkamer op dat punt gezien. De Rekenkamer zei: over het algemeen levert het goede resultaten op. Je zou misschien vaker nee kunnen zeggen. Dat is een discussie die we elke keer met de Kamer voeren wanneer het gaat om een concreet geneesmiddel. Voorzitter. Dan de vraag van mevrouw Ploumen of er bij de onderhandelingen over de geneesmiddelenprijzen geen trusted third party zou moeten zijn die de deals kan inzien en die kan beoordelen of ze scherp zijn. Ik verwees al naar het rapport van de Rekenkamer. Ik heb aangegeven dat in het najaar van dit jaar, 2020, de voortgangsbrief financiële arrangementen zal komen. Dat is een soort terugblik op al die onderhandelingen. Dan zullen we kijken op welke wijze meer transparantie mogelijk is. Ik weet niet zeker of een trusted third party gaat werken als die niet door alle partijen wordt getrust. Ik zou daar zelf niet zo veel bezwaar tegen hebben, maar ik weet niet zeker of dat ten aanzien van een trusted third party ook in de ogen van de tegenpartijen zo zal zijn. De praktijk is dat het knetterharde onderhandelingen zijn waar we al dan niet resultaat bereiken. Maar als de voortgangsbrief financiële arrangementen er ligt, is dat misschien een goed moment om op dit punt de discussie te hervatten.

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):

We hebben het net over – hoe heet hij ook alweer? – ene Peter de Jong gehad. Daar zijn er heel van. Ik denk dat zij inderdaad niet zitten te wachten op een third party die meekijkt. Aan de andere kant is er natuurlijk wel de grote behoefte van de Kamer om meer inzicht te krijgen in de resultaten van de onderhandelingen – dat vraagt de Rekenkamer ook – en tegelijkertijd meer garanties te krijgen dat er maximaal onderhandeld is. Er zijn allerlei formules voor te bedenken hoe je met elkaar afspreekt wat een goed proces is om zo iemand aan te wijzen. Ik vraag me af of de Minister niet iets welwillender daarop zou kunnen reageren, want dan zou dat ook al uitgewerkt kunnen worden in de brief die we in het najaar kunnen krijgen. Dat zou een van de opties kunnen zijn.

Minister **Van Rijn**:

Ik heb er geen enkel bezwaar tegen om in de brief eens te reflecteren op het punt of zoiets behulpzaam zou kunnen zijn. Ik probeer de verwachtingen wat te temperen, omdat een trusted third party veronderstelt dat alle partijen in het proces zo'n partij daadwerkelijk vertrouwen en dat dat tot transparantie leidt. Dat vertrouwen is er aan mijn kant. De volledige transparantie, voor zover dat mogelijk is in de onderhandelingen, is wat mij betreft te geven en dat zullen we ook doen. Ik ben ook zeer voor meer transparantie, zeker in de richting van de Kamer, want die moet kunnen meebeoordelen hoe het gaat. Er zijn echter ook andere partijen voor nodig en dat gaat niet altijd zo gemakkelijk, maar ik wil graag de toezegging doen dat we dit punt meenemen in de voortgangsbrief.

Voorzitter. Mevrouw Ellemeest stelde nog een vraag over het verantwoord wisselen van medicijnen. De vraag was of ik me alsnog kan inspannen voor een bestuurlijk akkoord. Ik ben het met haar eens dat het teleurstellend is dat partijen niet tot overeenstemming zijn gekomen over verantwoord wisselen. Dat betekent dat ik sommige onderdelen uit dat traject dus maar op een andere manier ga regelen, mede in het kader van de modernisering van het geneesmiddelenvergoedingssysteem: de waarborg ten aanzien van de prudente toepassing van de medische noodzaak, het vastleggen van de lijst geneesmiddelen die bij voorkeur niet gewisseld mogen worden, en waar nodig ondersteuning voor een betere informatievoorziening. Voor de overige onderdelen heb ik de partijen gevraagd hun verantwoordelijkheid op te pakken om zo te komen tot afspraken. Uiteraard blijf ik bereid om partijen daarbij te steunen. Maar ik ben het eens met de teleurstelling van mevrouw Ellemeest. Ik pak nu zelf een aantal onderdelen op en ik zal bij partijen blijven aandringen op een verdere afspraak over het verantwoord wisselen.

De heer Raemakers had nog de vraag gesteld of wij de EU Health Strategy ondersteunen. Momenteel zijn ook andere lidstaten dat voorstel aan het analyseren. Wij bekijken dat met een positieve grondhouding. Tijdens de Gezondheidsraad van 12 juni was het beeld dat er grosso modo steun is voor de hoofdlijnen van dit eigenstandige gezondheidsprogramma. Ik ga ervan uit dat tijdens het komende Duitse voorzitterschap, dat hier een zeer actieve rol in wil spelen, een aantal stappen in positieve zin op dit punt gezet zouden kunnen worden.

Voorzitter. Met het oog op de tijd zou ik het hierbij willen laten voor het blokje geneesmiddelen; misschien zou ik in de tweede termijn nog een aantal vragen willen behandelen.

Dan de houtskoolschets voor de spoedzorg.

De **voorzitter**:

Ik zie een vraag van mevrouw Van den Berg.

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

Het is geen interruptie. Mijn conclusie is dat mijn vragen dan niet worden beantwoord.

**De voorzitter:**

Het is misschien goed om toch even te kijken naar de vraag van mevrouw Van den Berg.

**Minister Van Rijn:**

Het zijn er nog wel heel veel.

**De voorzitter:**

Het is een terechte opmerking, want ze zijn natuurlijk wel gesteld.

**Minister Van Rijn:**

Is het goed als ik in tweede termijn probeer die vragen te recappen en dat wij dan ook even kijken welke vragen zijn blijven liggen? Als u mij daar ook nog bij helpt, dan gaat dat vast en zeker lukken.

Voorzitter, dan de spoedzorg. Ik heb daar een wat procedureel antwoord, en dat is dat u de houtskoolschets acute zorg al heeft gekregen, of een dezer dagen zult krijgen.

**De voorzitter:**

Die is nog niet ontvangen in de Kamer.

**Minister Van Rijn:**

Die komt morgen naar de Kamer. Ja.

**Mevrouw Ploumen (PvdA):**

Morgen! Goede timing zeg.

**Minister Van Rijn:**

Dat is om op verzoek van de Kamer het resultaat van de discussie over de acute zorg zoals die in de sector is gevoerd, naar de Kamer te brengen, zodat daarover na de zomer gediscussieerd kan worden. Ik houd me dus aan mijn afspraken. Daarin wordt uitgebreid stilgestaan bij hoe de nieuwe inrichting van de bekostiging van het zorglandschap eruit zou kunnen zien. Er zijn een paar vragen over gesteld. Hoe kun je tegen de acute zorg aankijken? Is er concentratie of juist spreiding? Ik denk dat het antwoord is: het is allebei. Het is concentratie daar waar de kwaliteit van zorg een zekere mate van concentratie vraagt; denk bijvoorbeeld aan ingewikkelde traumazorg. Tegelijkertijd is natuurlijk een groot vraagstuk of burgers, daar waar acute zorg nodig is, een zo drempelloos mogelijke voorziening in de buurt kunnen vinden. Bij de houtskoolschets zal ook worden ingegaan op het betrekken van de burgers bij belangrijke besluiten over de inrichting van het zorglandschap. Al met al zijn daarover heel veel vragen gesteld. Ik denk dat die voor een deel, of voor een groot deel, beantwoord zouden kunnen worden in de houtskoolschets acute zorg, die na de zomer uitgebreid met de Kamer en mijn ambtsopvolger bediscussieerd zou kunnen worden.

Misschien één onderwerp van mevrouw Van den Berg. Gelet op haar waarschuwing van zonet over haar vragen, ga ik in ieder geval deze vraag nu uitgebreid beantwoorden. Een grapje, voorzitter. Zij heeft indringend gevraagd: hoe spelen de lokale bereikbaarheid en toegankelijkheid een rol bij veel van die vraagstukken rondom acute zorg of bij richtlijnen die gesteld worden, en is bereikbaarheid een van de ankerpunten bij bijvoorbeeld de beoordeling van nieuwe behandelmethoden door het Zorginstituut? Zij raakt daarmee een heel belangrijk vraagstuk, want aan de ene kant vragen we het Zorginstituut om de kwaliteit van zorg te beoordelen en al dan niet tot bijvoorbeeld een besluit te komen over de vraag: is dit een nieuwe richtlijn die gebaseerd is op kwaliteit? Mevrouw Van den Berg zegt: nabijheid is eigenlijk ook een kwaliteit, die je niet kan beoordelen op grond van de medisch-inhoudelijke oorzaken, maar meer vanuit publieke verantwoordelijkheid of de positie van burgers, of hoe de

maatschappij in elkaar zit, om het maar even dramatisch te zeggen. Dat is wat mij betreft een zoektocht, want het Zorginstituut heeft de wettelijke opdracht om op grond van medisch-inhoudelijke overwegingen in overleg met alle partijen – zorgverzekeraars, zorgaanbieders, patiënten – te kijken hoe je tot richtlijnen komt. Die kunnen gevolgen hebben voor de hoeveelheid en de manier waarop die voorzieningen in Nederland georganiseerd zijn. Het zit eigenlijk niet in de wettelijke opdracht van het Zorginstituut om naar dat aspect te kijken. Tegelijkertijd betoogt mevrouw Van den Berg: ja, maar het is voor de burgers wel heel erg van belang, want nabijheid is ook een kwaliteit in de ogen van de burgers.

Voorzitter. Ik ben een beetje op zoek: hoe kunnen we bewerkstelligen dat de discussie wat breder wordt gevoerd, zonder van het Zorginstituut te vragen dat ze dit moeten meebeoordelen? We kunnen van het Zorginstituut vragen om dit aspect mee te nemen in hun analyses. Dat doen ze nu ook. Van de drie partijen wordt gevraagd om met adviezen te komen over wat zij «kwaliteit» vinden. Er wordt nu ook gevraagd: wat betekent dit voor de nabijheid? Maar ik denk niet dat we van het Zorginstituut alleen kunnen vragen om dat te beoordelen en op grond daarvan tot conclusies te komen. Dat is een maatschappelijke en misschien ook wel een politieke discussie. Ik ben dus aan het zoeken via welke vorm we dit thema verder kunnen brengen zonder de wettelijke opdracht voor het Zorginstituut nu geweld aan te doen, omdat mevrouw Van den Berg volgens mij wel een punt te pakken heeft waarover we verder moeten spreken. De vraag hoe we dit punt verder zouden kunnen tackelen is volgens mij van belang bij onder andere de houtskoolschets acute zorg. Misschien moet er een keer een rondetafelconferentie komen of een soort briefing met het Zorginstituut. We moeten daar nog eens een keer verder over spreken. Ik wil haar verzoek dus positief bejegenen zonder nu al de wettelijke taak van het Zorginstituut op te rekken. Dat is niet de bedoeling. Misschien kunnen we in de tweede termijn even bekijken wat een zinvolle interventie zou kunnen zijn.

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

Ik ben in ieder geval blij met de toezegging van de Minister. Voor het Zorginstituut is het, ook naar aanleiding van een eerdere motie van het CDA, nu in ieder geval wel een punt waar expliciet naar gekeken wordt. Ik ben nog wel heel benieuwd of dat echt gestructureerd is opgenomen of dat het meer bij toeval even tussendoor wordt gevraagd. Misschien kan de Minister daar nog een reflectie op geven. Ik zeg altijd: als Mozes niet naar de berg komt, dan kan de berg ook naar Mozes komen. Er zijn vaak meerdere manieren om dingen op te lossen. Ik heb het voorbeeld van de Mobiele Intensive Care Unit genoemd. Mensen kunnen daardoor een bepaald comfort krijgen. Die ene specifieke behandeling is dan misschien niet in de buurt, maar mensen kunnen dan wel zo gestabiliseerd worden dat ze op een goede manier bij dat andere centrum kunnen komen. Misschien kan de Minister daar ook nog even naar kijken.

Minister **Van Rijn**:

Het is niet zomaar vrijblijvend. Het Zorginstituut heeft zijn toetsingskader wat betreft die kwaliteitsinstrumenten op verschillende punten aangepast. Dat betekent dat het echt een integraal onderdeel is van de beoordeling. Ik maak daarbij de kanttekening dat «dit is de kwaliteit» en «dit is de nabijheid» niet per definitie zaken zijn die meteen in elkaars verlengde liggen. Het kan dus zijn dat je om kwaliteitsredenen zegt dat het toch meer geconcentreerd moet worden, en dan nemen we de nabijheid voor lief. Dat is misschien op te lossen op de wijze waarop mevrouw Van den Berg het zelf aangeeft: misschien moet er dan een ambulance, een MICU of iets anders komen.

Dat punt zit nu wel ingebakken in de adviesprocedure van het Zorginstituut. Er zijn nu procedurele eisen dat alle relevante partijen moeten



worden betrokken, waarbij het niet alleen om landelijk werkende koepels gaat maar ook om andere relevante partijen. De mogelijkheden voor maatwerk worden bekeken. Er is een implementatieperiode voor dat kwaliteitskader, zodat partijen kunnen meepraten. Aan de Kwaliteitsraad wordt nu ook advies gevraagd over in welke mate de aangescherpte eisen van invloed zijn op de kwaliteit en de toegankelijkheid van het zorgaanbod in de regio. Dat is dus een expliciet punt. Ook is aan de Kwaliteitsraad gevraagd op welke wijze het Zorginstituut dit onderwerp mee zou kunnen nemen bij de toetsing van kwaliteitsstandaarden. Het zit dus ingebakken in het systeem.

Maar die afweging die mevrouw Van den Berg zoekt, die expliciete afweging met betrekking tot de consequenties, gaat verder dan de vraag aan het Zorginstituut. Ik zou graag met haar willen doorpraten over de vraag hoe we dat gezamenlijk verder zouden kunnen brengen. Maar het is dus nu al niet vrijblijvend.

**De voorzitter:**

Ik kijk even in de richting van mevrouw Van den Berg. Is dat voldoende?

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

Voorzitter, ik mag van u nog maar één vraag stellen. Dus die houd ik nog even vast.

**De voorzitter:**

Nou, ik heb mevrouw Agema ook een enkele vraag extra gegeven. Dus die sta ik u ook toe.

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

Oké. In dat verband ben ik ook nog wel heel benieuwd naar de regio-beelden waar wij als CDA voor hebben gepleit. Het verontrustte me enigszins dat de Minister in zijn brief van – even uit mijn hoofd – 19 december aangaf dat deze vormvrij zouden zijn. Ik heb vanuit het veld al begrepen dat er enorme kwaliteitsverschillen zijn en dat sommige regio's zich er met een jantje-van-leiden van afmaken terwijl er in andere regio's gewoon een heel degelijk stuk wordt opgeleverd. De Minister gaf in het vorige gesprek ook al aan hoe belangrijk dat kan zijn en hoe mooi dat is voor de samenwerking. Dus graag daar nog even een reactie op.

**Minister Van Rijn:**

Voorzitter. Dat is bijna een perfect bruggetje naar het volgende blokje: de regio. Dat zou ik nu inderdaad graag willen behandelen. In de hoofdlijnen-akkoorden is inderdaad afgesproken dat partijen uit de regio zelf hun regiobeeld opstellen. En waar dat niet vanzelf tot stand komt, zullen de zorginkopers het voortouw nemen. Het RIVM ondersteunt dat proces met een basisdataset. Voor alle zorgkantoorregio's zijn inmiddels regiobeelden beschikbaar. In de meeste gevallen, in 27 van de 31 gevallen, zijn die openbaar gemaakt. Die vormen vaak het startpunt van de coördinatie in de regio.

Voorzitter. Ik heb wel een beetje een wisselend beeld van die regio-beelden, maar ik heb geen negatief beeld over de kwaliteit daarvan. Het is wel zo dat er verschillen zijn, niet zozeer kwaliteitsverschillen maar verschillen die te maken hebben met de situatie in die regio. Als er in een regio historisch al heel veel samenwerking is, dan leidt dat tot een heel ander regiobeeld en verwachtingen naar de toekomst dan in die gevallen waarin de samenwerking tussen verschillende partijen als het ware nog heel erg pril is en aan het groeien is. Waar er sprake zou zijn van onaanvaardbare kwaliteitsverschillen zal ik met de hoofdlijnenpartijen in gesprek gaan om te kijken hoe we die verschillen kunnen verminderen. Maar ik ben daar op zich niet negatief over. Er zijn verschillen, maar die zijn ook wel verklaarbaar uit de historische context. In de contourennota

zal ook op dit punt nog een overzicht worden geboden van ons oordeel over de tot stand gekomen regiobeelden en welke vervolgstappen daarbij kunnen worden gezet. Want het is inderdaad een hele belangrijke onderligger.

Voorzitter. De heer Veldman vroeg op dit punt hoe het zit met de samenwerking in de regio vanuit de huisartsenzorg. Die afspraken zijn inderdaad ook gemaakt in de hoofdlijnenakkoorden, juist op het gebied van de huisartsenzorg. In het bestuurlijk overleg huisartsenzorg ben ik met partijen in gesprek over hoe bevorderd kan worden dat de investeringen in die samenwerking worden versterkt. We hebben onlangs een leidraad samenwerking en regionale contractering vastgesteld, die de komende tijd tot uitvoering wordt gebracht. Die richt zich met name op de huisartsenzorg in de regio. Ik denk dat het punt van de heer Veldman wel terecht is. Je zag wat wisselende beelden als het gaat om de mate waarin de huisartsenzorg betrokken is bij die regiobeelden. Maar je ziet nu op verschillende plekken, mede dankzij die leidraad, dat het als het ware wordt opgepakt.

Een vraag van mevrouw Dik-Faber was in hoeverre die regiobeelden ook echt kijken naar de zorgbehoefte in de toekomst, dus niet alleen maar medische zorg, maar ook preventie en sociaal domein. Dat is inderdaad een belangrijk punt. Je ziet dat het ook nog een beetje wisselt per regio, maar je ziet dat in de meeste regio's met name de positie van de gemeente als een belangrijke stakeholder – een nieuwe stakeholder op het zorgfront om het maar zo te zeggen – steeds belangrijker begint te worden. En dat vind ik eigenlijk wel heel positief en uniek. Dus het gaat niet alleen over medische zorg maar ook over preventie en ook over het sociaal domein. Die dienen ook in mijn ogen een plek te krijgen in de regiobeelden.

Dan was er een specifieke vraag: welke acties worden ondernomen om de huisartsenzorg in Drenthe en Zuidoost-Groningen beschikbaar te laten blijven? Er zijn in diverse regio's, vooral in krimpregio's, verschillende activiteiten opgezet om te kijken hoe dat zit. Zo ook in Drenthe en Zuidoost-Groningen. De Zorggroep Drenthe heeft een huisartsenpraktijk overgenomen om de continuïteit van zorg te waarborgen. Samen met de Landelijke Huisartsen Vereniging bieden we ondersteuning in die regio's en proberen we de toegankelijkheid van de huisartsenzorg te verbeteren. Op zeer korte termijn wordt er op basis van de urgentie en regionale behoefte een keuze gemaakt voor de vier regio's waar die ondersteuning van de Landelijke Huisartsen Vereniging en VWS kan worden geboden. Dit heeft dus nadrukkelijk onze aandacht.

Mevrouw Van den Berg vroeg ook nog hoe het zit met de pilot laagcomplexe acute basiszorg in Woerden. Dat is natuurlijk iets wat zorgverzekeraars en huisartsen echt samen moeten doen. Ik ben overigens hierover met de zorgverzekeraars in gesprek gegaan. Daaruit is gebleken dat de kwaliteit en de toegankelijkheid van de acute zorg in Woerden nu niet in het geding zijn. De zorgverzekeraars hebben me laten weten dat de ervaringen tijdens de coronacrisis laten zien dat de digitale middelen bij de huisartsenposten een belangrijke plaats hebben gekregen. Dat is eigenlijk het punt dat we al constateerden en waar de heer Veldman nog eens op gewezen heeft. Ik heb begrepen dat de patiënttevredenheid met deze wijze van zorgverlening ertoe leidt dat ook zorgverzekeraars blijven inzetten op die digitale zorg. Dat kan een oplossing zijn voor de situatie in Woerden.

Voorzitter. Dan kom ik ten slotte bij nogal wat vragen die niet meteen ingedeeld konden worden. Zal ik proberen om dat in een heel hoog tempo te doen?

**De voorzitter:**

Graag. Maar mevrouw Dik-Faber wil eerst een vraag stellen.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):

Ik kom toch nog even terug op de regiobeelden. Ik ben ontzettend blij dat de regiobeelden gemaakt worden. Er is ook een tijd geweest waarin daar wat minder urgentie voor werd gevoeld. Dus het is goed dat ze er komen. Mevrouw Van den Berg heeft aangegeven dat die regiobeelden niet vormvrij zouden moeten zijn. Mijn fractie heeft aandacht gevraagd voor preventie. De Minister ziet dat het op heel veel plekken ook wel wordt meegenomen. Hoe zorgen we er nou met elkaar voor dat het op alle plekken de aandacht krijgt die het verdient? Is er een soort aanwijzing – dat is wel een heel groot woord – vanuit de rijksoverheid, vanuit het ministerie? Of is er een richtlijn? Hoe gaan we ervoor zorgen dat preventie echt overal de plek krijgt die zij verdient? Die regiobeelden kunnen echt helpen om de omslag te maken naar een nieuw zorgsysteem, waarbij preventie voorop komt te staan.

Minister **Van Rijn**:

Inmiddels ontwikkelen verzekeraars – volgens mij alle verzekeraars – met elkaar ook een soort format voor waar zo'n regiobeeld aan zou moeten voldoen. Dat doen zij als zij aan zet zijn. Dat doet bijvoorbeeld een van de twee grootste verzekeraars of dat doen twee grote verzekeraars samen. Sommige verzekeraars komen dus zelf al met het format. Soms komen de zorgpartijen in de regio al met een format. Dat is eigenlijk ook heel mooi, want dan is het heel erg historisch bepaald. Als wij betrokken zijn bij de vorming van de regiobeelden met de hoofdlijnenpartijen, zorgen we ervoor dat we de onderwerpen benoemen die aan de orde moeten komen. Denk aan zorg op de juiste plek. Dat doen de partijen die daarmee te maken hebben, maar ook wijzelf. Dat wordt dus meegenomen in de regiobeelden. Ik zie eigenlijk dat dat overal plaatsvindt. Nogmaals, het is soms een beetje wisselend, maar de preventie, het sociaal domein, de afspraken tussen verschillende zorgpartijen en het betrekken van de huisartsenzorg zie je eigenlijk overal plaatsvinden. We zullen in de contourennota ook een beeld geven van wat we uit die regiobeelden halen. Dan kunnen we ook zien waar dat al dan niet tot resultaat heeft geleid.

Voorzitter, dan ga ik in hoog tempo even de overige vragen langs.

De heer Raemakers vroeg of ik een soort oproep wil doen om zorgverleners met patiëntenorganisaties een centrum te laten opzetten voor ME/ CVS, zoals ParkinsonNet. Ik denk dat wat we aan het doen zijn met ZonMw al heel dicht in de buurt komt van wat de heer Raemakers voor ogen heeft. We ontwikkelen een onderzoeksagenda, waarbij patiëntenorganisaties nauw betrokken zijn. ZonMw zoekt op dit moment contact met zorgverleners en wetenschappers om ze te betrekken bij dat programma. Ik denk dat dat een vliegwiel gaat zijn voor de vorming van zo'n betere samenwerking tussen zorgverleners, wetenschappers en patiënten. ZonMw heeft mij eind mei een brief gestuurd. Die heb ik ook aan de Kamer aangeboden. Daarin werd ook gesproken over een behoefte aan meer onderzoek op dat punt. Ik denk dus dat we hetzelfde resultaat voor ogen hebben. Er is een ZonMw-traject gestart. Dat wordt nu verder uitgebouwd. Ik denk dat het sneller gaat om dat traject verder uit te bouwen dan nu een apart traject bij de NFU te beleggen. Ik denk dat we het resultaat even moeten afwachten, maar dat het leidt tot iets wat de heer Raemakers ook beoogt.

Ik misbruik dit punt even om aan te geven dat we ook op het gebied van de coronazorg aan het kijken zijn of daarbij niet ook een soort ParkinsonNet-achtige oplossing moet worden gezocht. Met de Long Alliantie, ZonMw, het Zorginstituut en de Zorgautoriteit zijn we bezig om te kijken of we een soort coronapleinachtige ontwikkeling kunnen starten, om de kennis en kunde rondom de post-covidzorg verder te stroomlijnen.

De heer **Raemakers** (D66):

Ik mag dit antwoord van de Minister hopelijk ook zo interpreteren dat de Minister nogmaals bij ZonMw zal benadrukken wat de voordelen van zo'n expertisenetwerk zouden zijn. Dan hoef ik daar straks geen motie over in te dienen.

Maar mijn vraag is fundamenteeler. Ik kreeg namelijk berichten van patiënten met ME/CVS. Zij zijn geschrokken van de beantwoording van de Minister als het gaat over de richtlijn. Op bladzijde 6 van de reactie van de Minister in het schriftelijk overleg schrijft hij: voor volwassenen is de richtlijn chronisch vermoeidheidssyndroom 2013 leidend. In die richtlijn staat dat patiënten die ME/CVS hebben, soms bewegings- of oefentherapie moeten gaan doen. Heel vaak maakt dat de klachten bij ME/CVS erger. Daarom hebben we in de motie van vorig jaar september ook opgenomen: ga met het beroepsveld in gesprek om die richtlijn een update te geven. Ik zou dus eigenlijk aan de Minister willen vragen: kan de Minister de zorgen bij de patiënten wegnemen? En kan hij nogmaals benadrukken, ook richting de Kamer, dat de herziening van de richtlijn bij het ministerie hoog bovenaan staat en dat daar werk van wordt gemaakt?

Minister **Van Rijn**:

Op de eerste vraag van de heer Raemakers, namelijk of ik bij ZonMw kan meenemen dat dat een onderdeel is van het verdere traject, is het antwoord ja.

Twee. ZonMw zegt ook: wij hebben behoefte aan een nieuw onderzoek-cohort, om beter te kijken wat de richtlijnen zouden kunnen worden. Wat mij betreft breng ik de klachten die er zijn, ook van patiëntenorganisaties en patiënten, dus nog eens apart onder de aandacht bij ZonMw, om te kijken in hoeverre dat een rol zou moeten spelen bij de verdere richtlijn-ontwikkeling. Die toezegging doe ik dus.

Dan de vraag van de heer Raemakers over de diagnose «primaire tumor onbekend». Die groep patiënten is inderdaad bekend, ook bij ons. De diagnose wordt inderdaad pas gesteld als andere kankersoorten zijn uitgesloten. Daarom duurt de diagnose vaak erg lang. In het rapport van het Integraal Kankercentrum Nederland staan een aantal aanbevelingen om de zorg voor patiënten met PTO te verbeteren. Daar is inderdaad veel meer kennisdeling en wetenschappelijk onderzoek voor nodig. Er is ook een betere definitie van «PTO» nodig. De heer Raemakers hintte daar al op. Er moet een onderscheid zijn tussen patiënten die te ziek zijn voor verder onderzoek en patiënten bij wie na de uitvoerende diagnostiek nog steeds geen primaire tumor is gevonden. Daarin zit een hele belangrijke aanbeveling, namelijk het verbeteren van de informatievoorziening aan patiënten en de belangenbehartiging van patiënten. Daar wordt al aan gewerkt. De informatie voor patiënten op kanker.nl is bijgewerkt en uitgebreid met meer aandacht voor de onzekerheid rondom de diagnose PTO en de vele zorgprofessionals die daarbij betrokken zijn. Dat willen we op die manier voortzetten.

De heer Raemakers vroeg ook hoe het zit met werk en kanker. Hoe pakken wij dat samen met VWS op? Het Ministerie van Sociale Zaken heeft een eerste aanpassing opgesteld en gefinancierd van de richtlijn kanker en werk, die door de bedrijfsartsen wordt gehanteerd. Die is ontwikkeld met het doel: behoud van en terugkeer naar werk voor mensen met kanker. Wij voeren gesprekken met de beroepsgroepen over de factor arbeid in hun richtlijnen. Wij spreken met partijen ook over het opnemen van informatie op thuisarts.nl. Wij nemen ook deel aan het platform voor arbeidsgerelateerde zorg, met de bedrijfs- en verzekeringsdeskundigen. Die projecten worden allemaal gedaan door het RIVM en gefinancierd door Sociale Zaken.

Voorzitter. Er zijn een aantal vragen gesteld over de collectiviteiten. Is aangetoond of de besparing al dan niet wordt terugverdiend? Is er sprake van kruissubsidiëring? Ik heb zeer onlangs de monitor over de collectivi-

teiten naar de Kamer gestuurd. De conclusie is dat bij 18% van de collectiviteiten aannemelijk is gemaakt dat er sprake was van een besparing, maar de hoogte van de besparing is niet bekend. Dat betekent dat je wel verschillend kan kijken naar de wijze van kruissubsidiëring tussen individueel en collectief verzekeren. Het lijkt mij dat hier echt een breder debat over gevoerd zou moeten worden. Ik laat die vraag dan ook aan mijn ambtsopvolgster. Datzelfde geldt voor de vraag van de heer Raemakers over de gemeentepolissen. Die hoort daarbij.

**De heer Raemakers (D66):**

Daar heb ik toch wel een vraag over. Ik denk dat de zorgverzekeraars die de collectiviteitskorting nu niet op een goede manier vormgeven, niet mogen profiteren van personeelwisselingen op VWS, van het feit dat de Minister van persoon verandert. Uw ambtsvoorganger, de heer Bruins, heeft natuurlijk gezegd dat het een laatste kans was om met die collectiviteiten echt te laten zien dat je daarmee winst boekt voor de zorginhoudelijke aspecten. Uit het onderzoek blijkt gewoon echt dat dat maar een heel laag percentage is. In 2021 zijn die collectiviteitskortingen toch weer mogelijk. Is het niet wijs als de Minister in ieder geval van de zorgverzekeraars een plan van aanpak vraagt, waarmee zij in 2021 kunnen laten zien dat de collectiviteitskorting van toegevoegde waarde is? Nu geven we ze helemaal carte blanche: 2021, succes ermee! Is de Minister het niet met mij eens dat er toch een of ander plan of een of andere voorwaarde ingebouwd zou moeten worden?

**Minister Van Rijn:**

Dat zou kunnen, maar laten we dit even verkennen. Kijk, de monitor laat twee dingen zien. Aan de ene kant is er werk gemaakt van de aanvullende afspraken. Bij 89% van de collectiviteiten worden er zorginhoudelijke afspraken gemaakt. De tweede vraag is: wordt aannemelijk gemaakt dat er ook besparingen zijn? Dat is maar zeer beperkt het geval. Nu doet zich dus een beetje de vraag voor, althans zo heb ik het voor mezelf vertaald: gaan we nu conclusies trekken uit dit onderzoek? Zeggen we: wat willen we met de collectiviteiten? Of gaan we de verzekeraars vragen nog wat beter hun best te doen? Dat is volgens mij een belangrijke vraag. Die vraag vind ik te belangrijk om in de laatste dag van mijn ministerschap nog even zo voor het voetlicht te brengen. Dat vergt namelijk echt wel een principiële beslissing. Dat is dus de reden waarom ik gezegd heb: dit zijn constatering die je praktisch kunt afhandelen, namelijk door de verzekeraars te vragen hun best te doen, of die je principieel kunt afhandelen, namelijk door je af te vragen wat je eigenlijk van collectiviteiten vindt. Gelet op die afweging, leek het mij beter als mijn ambtsopvolger dat zou doen.

**De heer Raemakers (D66):**

Het feit is wel dat daarmee nu geschreven wordt: in 2021 is het mogelijk. Dat is natuurlijk ook wel een keuze, waarmee een stukje helderheid geboden wordt, zonder dat daar verdere voorwaarden aan worden gesteld.

Ik wil ook even iets opmerken over de gemeentepolis. Vorig jaar verloren 14.000 minima hun gemeentepolis. Het aantal gemeenten dat geen gemeentepolis aanbiedt, is gestegen van acht naar vijftien. Er is eerder ook een Kameruitspraak gedaan via de motie-Raemakers/Ellemeet. Die motie zegt: verbeter de risicoverevening, vooral als het gaat om die gemeentepolis. In de stukken die ik voor dit overleg gelezen heb, zie ik steeds maar weer dat er wordt gezegd: voor chronisch zieken verbeteren we het en «chronisch zieken» staat wel zo'n beetje gelijk aan «de gemeentepolis», dus dan is dat punt afgedekt. Maar ik wil er toch wel op wijzen dat minima natuurlijk niet per definitie chronisch ziek zijn, maar dat ze gewoon lage inkomsten en een kleine beurs hebben. Ik zou van de Minister willen horen of hij de toezegging aan de Kamer kan doen om ook

het komende jaar weer specifiek aandacht te besteden aan de gemeentepolis, voor mensen met schulden en mensen in armoede.

**Minister Van Rijn:**

Ja. Sterker nog, die motie-Raemakers/Ellemeet die vroeg om dat verder te onderzoeken, nemen we mee naar het zomerreces. Na het zomerreces ontvangt de Kamer het specifieke onderzoek naar de gemeentepolis. Dan kan er dus in de Kamer gesproken worden over wat de conclusies zijn, ook naar aanleiding van die motie van Raemakers en Ellemeet.

Dan de vraag van de heer Van Gerven of ik bereid ben om het aantal patiënten per praktijk te verlagen. Dat gaat over de huisartsenzorg. Die afspraken zijn inderdaad gemaakt. We gaan kijken hoe we dat kunnen doen in de hoofdlijnenakkoorden. Het is volgens mij ook belangrijk dat er ruimte is voor maatwerk in de regio's. Het lijkt mij dus niet goed om dat van bovenaf te gaan opleggen. In de hoofdlijnenakkoorden zijn afspraken gemaakt om meer tijd voor patiënten te creëren, bijvoorbeeld door de inzet van physician assistants of verpleegkundige specialisten in de huisartsenpraktijk of door het verlagen van het aantal ingeschrevenen per huisarts of door het versterken van de organisatiegraad of door e-healthtoepassingen. Dat moet per regio gezien worden, denk ik. Maar het klopt dat er in de hoofdlijnenakkoorden en in de doorvertaling daarvan naar de regio's wordt gezocht op welke manieren er meer tijd voor de patiënt kan worden gemaakt, ook op het gebied van de huisartsenzorg.

Voorzitter. Dan de vraag van de heer Van Gerven over de opleidingscapaciteit voor tandartsen. Op 18 december 2019 is een advies uitgebracht over de capaciteit van de eerstelijnsmondzorg. Dat is in april 2020 geactualiseerd. Het Capaciteitsorgaan adviseert om het aantal opleidingsplaatsen uit te breiden naar 359 en bij de mondzorg naar 353. OCW en VWS beraden zich op dit moment over dit advies. Ons standpunt is in voorbereiding. Dat wordt na het zomerreces naar de Kamer gestuurd.

Dan een vraag van mevrouw Agema: hoe staat het met de pilot «Meer Tijd Voor De Patiënt»? Daarover hebben we overleg gevoerd met VGZ. Zij staan welwillend tegenover een uitbreiding van de pilot. Dat blijkt ook wel uit het feit dat er diverse pilots in verschillende regio's lopen, onder andere in Hoorn en Gorinchem. VGZ is voornemens om de pilots verder uit te breiden, dus daar wordt in voorzien.

Dan heeft mevrouw Ploumen een vraag gesteld over de aanbeveling van de kwartiermaker om bij de indicatiestelling bij de transgenderzorg een andere methodiek te volgen. Zij vroeg hoe ik daartegen aankijk. Ik denk dat een van de allerbelangrijkste aanbevelingen van de kwartiermaker is dat er een ontwikkeling richting meer gedeelde besluitvorming moet worden gevolgd. Dat moet worden doorgezet. Hij zegt: ten eerste is het wenselijk dat die verschillende zorgpaden naast elkaar kunnen bestaan, zodat de patiënt ... Nou, «patiënt» vind ik hier eigenlijk een verkeerd woord. «Cliënt» is een betere term. Transgenders moeten meer kunnen kiezen uit verschillende zorgpaden die bij hen passen. Daar wordt nu in de transgenderzorg hard aan gewerkt. Met die uitbreiding van het zorgaanbod en door de verschillende soorten aanbieders, zie je ook verschillende visies ontstaan op wat dan de beste behandelmethode is. Dat draagt er dus aan bij. Inmiddels zijn wij ook met een gezamenlijk informatiepunt gestart voor de informatievoorziening naar de transgenderpersonen zelf. Je moet immers ook maar net weten dat dat verschillende aanbod er is. In de tweede plaats zegt de kwartiermaker: onderzoek nou of de Nederlandse transgenderzorg in z'n geheel kan overgaan op het gebruik van ICD-11 als classificatie. Ik wil samen met het Zorginstituut inderdaad bezien of dat een wijze aanbeveling is. Ik wil de Kamer na de zomer een reactie hierop toesturen. Ik herhaal nog maar even dat die gedeelde besluitvorming echt een heel wezenlijk punt is. Dan is iedereen namelijk goed geïnformeerd over de verschillen die er kunnen zijn en wordt er ook gezamenlijk gekeken welke zorg het meest passend is.

Dan was er een vraag van mevrouw Dik-Faber over de structurele vergoeding van de verloskundige op een praktijk in Urk. Vorig jaar is er per motie gevraagd om de tijdelijke extra bijdrage structureel te maken. We hebben toen tegen de Kamer gezegd dat het aan regionale partijen is om afspraken te maken over die extra bijdrage. De verzekeraars hebben enkele weken geleden in een bestuurlijk overleg besloten dat voor de komende twee jaar de achterwachtbijdrage voor de verloskundige in Urk blijft bestaan. Daarnaast blijft er gezocht worden naar een structurele oplossing. Daar zal ik de Zorgautoriteit opdracht toe geven.

Dan een vraag van mevrouw Van den Berg en mevrouw Szias: wat ga ik doen met de uitkomsten van het SER-onderzoek over het elektronisch patiëntendossier en preventie? Dat is een belangwekkend onderzoek. De aanbevelingen die de SER doet op het gebied van arbeidsmarktpreventie en zinnige zorg nemen wij ter harte. Wij gaan de komende periode ook bij andere partijen advies inwinnen. Wij komen dit najaar met die beroemde nota: de contourennota. Daarin zullen we ook dit soort aanbevelingen meenemen.

Mevrouw Van den Berg vroeg ook nog hoe we gaan borgen dat er geen zorggeld naar het buitenland gaat als er buitenlandse spelers op de markt komen. Iedere zorgaanbieder die in Nederland actief is, moet zich houden aan de Nederlandse wet- en regelgeving, waaronder ook regelgeving over winstuitkering en transparante bedrijfsvoering. Die gelden voor alle zorginstellingen, ongeacht of die van een Nederlandse of een buitenlandse partij zijn. Zoals u weet, is er ook het wetsvoorstel over integere bedrijfsvoering. Daarmee maken we het mogelijk om aanvullende voorwaarden te stellen aan de dividenduitkeringen door zorgaanbieders. Het streven is om dat wetsvoorstel in het voorjaar van 2021 bij uw Kamer in te dienen.

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

Mag ik dan concluderen dat de Minister gaat zorgen dat deze buitenlandse investeerders hier wel winst kunnen maken, maar dat ze die winst niet mee kunnen nemen naar het buitenland? Wordt dat bij die integere bedrijfsvoering meegenomen? Er komen veel investeerders bij de langdurige zorg. Die komen hier alleen maar omdat ze denken dat ze er leuke winsten op kunnen maken. We hebben ook te maken met zorgverzekeraars die polissen aanbieden waarbij ze chronisch zieken weten te vermijden, waarbij ze de winsten vervolgens meenemen naar Malta.

Minister **Van Rijn**:

Dat zijn eigenlijk twee discussies. Ten eerste, de meer principiële discussie over wel of geen winst maken in de zorg. Ik geloof dat daar ook hele spannende afspraken over zijn gemaakt. Daar ga ik me niet in begeven. Ik kijk ook even naar de heer Veldman op dit punt.

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

Daar wil ik het ook niet over hebben. Dat er winst wordt gemaakt, is de huidige situatie. Het gaat erom of die winst in Nederland blijft.

Minister **Van Rijn**:

En dat is de reden waarom in de «wet integere bedrijfsvoering» de mogelijkheid wordt geschapen om aanvullende voorwaarden te stellen aan dividenduitkeringen voor het bestrijden van excessen, zodat daarin als het ware de knop zit om al dan niet aan te draaien als dat plaatsvindt. Als ik het zo hoor, leidt dat het komende najaar tot interessante discussies.

De **voorzitter**:

Die gaat u allemaal missen!

**Minister Van Rijn:**

Het is inderdaad wel jammer dat ik daar niet bij betrokken ben. Ik wil mijn opvattingen daarover wel ... Nou, laat ik dat maar niet doen!

Mevrouw Sazias had nog een vraag gesteld over de tweede golf van corona en het tekort aan verpleegkundigen. Er ligt inmiddels een plan. Dat is tot stand gekomen samen met de verpleegkundigen. Dat is geen makkelijk maar een ambitieus verhaal. Maar dat moet wel. Ik ben erg blij dat het plan voor de opschaling van ic's nu gemaakt is en dat dat tot stand is gekomen met een hele actieve betrokkenheid van de verpleegkundigen en verzorgenden zelf, en ook met de chief nursing officer. We zijn nu bezig om dit plan mogelijk te maken. De komende weken zal dus ook gekeken worden hoe we dit kunnen gaan vormgeven, zodat we dit najaar die tweede golf van corona ook wat betreft ic-zorg aankunnen.

Mevrouw Dik-Faber vroeg nog: moeten we deze periode niet juist gebruiken om wachtlijsten in de reguliere zorg versneld weg te werken? Ik denk dat alle inspanningen daar ook op gericht zijn, daarbij overigens rekening houdend met de heftige tijd die het zorgpersoneel achter de rug heeft. Het is onderdeel van het onderzoek dat de Zorgautoriteit nu doet ten aanzien van de inhaalzorg. Voor een deel is het namelijk zorg die echt nog ingehaald gaat worden. Voor een ander deel is de zorgvraag misschien verdamppt. Dat is ook de reden waarom wij spraken over de vraag of wij daar niet nader onderzoek naar moeten doen. Dat doet de Zorgautoriteit nu.

Dan was er nog een vraag over de campagne van verzekeraars richting de tandarts. Ik weet eigenlijk niet door wie die is gesteld. Was het misschien de heer Van Gerven? Ik geloof dat hij met terugwerkende kracht zegt dat hij die vraag gesteld heeft.

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

Nee hoor. Dat is inderdaad aan de orde geweest, maar als u gewoon een antwoord geeft, is dat al heel mooi.

**Minister Van Rijn:**

Ik ben graag bereid om antwoorden te geven op niet-gestelde vragen. Dat is ook wel wat.

Maar het probleem is inderdaad dat gesignaleerd is dat heel veel ouders denken dat een periodieke controle voor kinderen geld kost, zoals dat bij volwassenen het geval is, terwijl dat niet het geval is. Kinderen tot 18 jaar vallen onder de basiszorg en zijn daarom kosteloos. Er is gekeken hoe we dit zouden kunnen bevorderen. De vraag is ook of we dan niet tegen de privacywetgeving aanlopen: als er meer voorlichting van verzekeraars is, mogen we die data dan gebruiken om mensen erop te wijzen dat die zorg gratis is voor kinderen? Verzekeraars mogen maar beperkt gebruikmaken van die informatie, die ze vertrouwelijk in hun bezit hebben. De Autoriteit Persoonsgegevens heeft guidance gegeven op dit punt. De verzekeraars zijn hiermee aan de slag gegaan. Die zullen dit dus verder gaan oppakken. Dus er is guidance gegeven door de Autoriteit Persoonsgegevens. Onder een aantal condities mag het dus. Dat betekent dat de zorgverzekeraars dit verder gaan oppakken.

Dan het punt van mevrouw Ploumen over de vraag of mensen die te maken hebben met uitstel van zorg, dubbel eigen risico gaan betalen en of we dat kunnen voorkomen. Het advies van de Zorgautoriteit over die situatie heeft u inmiddels ontvangen. Dat is naar de Kamer gestuurd of dat ontvangt u nog. Uit de analyse blijkt dat er mensen zijn die voordeel hebben bij de situatie en dat er mensen zijn die nadeel hebben bij de situatie en dat het oplossen van dit probleem nogal wat voeten in de aarde zal hebben. Dan kun je beter een discussie voeren over de vraag: wat is überhaupt de rol van de eigen bijdrage in de zorg? Dat zal u zeer aanspreken, maar u zal ook begrijpen dat ik daarbij mijn ambtsopvolger niet voor de voeten zou willen lopen. Maar het is dus niet zo dat iedereen



er alleen maar nadeel van ondervindt. Niemand betaalt eigen risico voor zorg die nog niet is ontvangen. Mijn voorstel is dat u dit rapport even bestudeert en dat u dan kijkt of dit tot een nader Kamerdebat zou kunnen leiden. Misschien is het goed om nog even duidelijk te maken dat mensen niet betalen voor een behandeling die vanwege corona niet is doorgegaan.

Voorzitter. Daarmee heb ik volgens mij alle vragen zo veel mogelijk beantwoord, behalve een opmerking van mevrouw Ellemee over de wijkverpleging. Ja, die zie ik nu ook. Het is natuurlijk eigenlijk een vraag voor mijn collega, Minister De Jonge. Het is niet zo dat er een extra bezuiniging is doorgevoerd op de wijkverpleging. Er is geconstateerd dat er een onderuitputting was in de contractering. Een deel van die middelen is gebruikt om andere problemen op te lossen. Jaar op jaar na deze operatie blijft het aandeel van de wijkverpleging overigens nog steeds groeien. De in de hoofdlijnenakkoorden overeengekomen volumegroei van de uitgaven van jaarlijks 2,4%, oftewel 100 miljoen, blijft van kracht, inclusief de prijsbijstelling, die ook nog steeds 100 miljoen per jaar is. Dus ook na de correctie in de budgetten blijft er ruimte om te investeren in de groei van de wijkverpleging. Er is structureel 100 miljoen per jaar en er is ook nog eens de prijsbijstelling van 100 miljoen. Dat is dus de verklaring voor waarom we dat hebben gedaan.

Voorzitter. Ik reken op clementie in de tweede ronde.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Ik zag dat de heer Raemakers nog iets wilde vragen. Gaat uw gang. Mag ik u vragen om het kort en bondig te houden, meneer Raemakers?

**De heer Raemakers (D66):**

Ik mis eigenlijk nog twee antwoorden. We hadden vragen gesteld over het onderzoek naar het Beatrixziekenhuis en Bernhoven van het CPB en over de glucosesensor CGM bij diabetes.

**De voorzitter:**

Minister, kan het nog voor de tweede termijn?

**Minister Van Rijn:**

Dan doe ik het een beetje uit mijn hoofd. Het onderzoek naar Bernhoven is inderdaad een belangwekkend onderzoek, omdat het aangeeft dat afspraken maken over zinnige zorg en daar een heel project aan wijden wel degelijk wordt uitbetaald. We moeten daar wel dieper naar kijken, want het heeft ook te maken met de vraag: als dit daar wordt gerealiseerd, leidt dat dan tot verdringing elders, hoe zit het met de verdeling in de regio en wat betekent het precies voor de specialisten? Maar de resultaten van dat onderzoek zullen we echt betrekken bij de contourennota die eraan komt, omdat de resultaten inderdaad belangwekkend zijn.

Dan de glucosemeting. Misschien maak ik het even te simpel, maar u vroeg eigenlijk: is het oordeel van het Zorginstituut nu niet een beetje te snel gegeven; hebben ze op basis van wetenschappelijke inzichten niet te snel geconcludeerd dat het niet meer nodig is? Ernaar gekeken hebbende, is mijn beeld nu dat voor sommige groepen die continue glucosemeting wel mogelijk is gemaakt. Er is dus flexglucosemeting – die is toegepast op een aantal categorieën – en er is continue glucosemeting. Gekeken is welke patiëntengroepen daar het meeste baat bij hebben, en daar zijn voorzieningen voor getroffen. Het standpunt van het Zorginstituut is: gegeven het feit dat die glucosemeting voor sommige groepen waardevol is en voor andere groepen niet en er inmiddels geregeld is voor welke groepen het wel kan, is er geen sprake van dat er veel meer komt uit die aanvullende onderzoeken. Dus vanuit de optiek van het Zorginstituut en vanuit wetenschappelijke optiek is er niet zo veel meer toe te voegen,

anders dan het besluit dat al genomen is, namelijk dat het voor sommige groepen wel degelijk waarde heeft en dat het dan ook toegepast is. Zo vertaal ik het advies van het Zorginstituut.

**De voorzitter:**

Hartelijk dank. Kort, afrondend, de heer Raemakers.

**De heer Raemakers (D66):**

Dit is heel belangrijk voor heel veel patiënten die diabetes hebben en die ons hier ook over mailen en schrijven. Het antwoord van de Minister is eigenlijk te zien als een soort procesbrief waarin nogmaals staat dat er procedureel is gezegd: 2010 dit en 2017 dit. Maar waar het om gaat is dat er geen inhoudelijke wetenschappelijke onderbouwing wordt geleverd en dat deze sensor met alarmfunctie misschien wel voor veel meer patiënten van toegevoegde waarde zou kunnen zijn. Ik zou de volgende vraag willen stellen aan de Minister. We hebben nu een heel klein briefje, terwijl we hier al een jaar mee bezig zijn. Meerdere politieke partijen ondersteunen dit punt ook. Is het geen idee dat de Minister een formele adviesaanvraag doet bij het Zorginstituut? Misschien concluderen ze dan dat het allemaal niet nuttig en zinvol is. Dat kan de uitkomst zijn, maar dan hebben we wel alle argumenten erbij. Kunnen we dus een formeel advies krijgen van het Zorginstituut? Dat is meer dan een brief van twee kantjes waar we niet veel wijzer van worden.

**Minister Van Rijn:**

Ik ben daartoe bereid, maar ik probeer nog even te kijken of we het nog iets beter kunnen doen. Het cruciale punt is volgens mij dat de continue glucosemeting voor een aantal patiëntengroepen mogelijk is gemaakt, daar waar dat het meest relevant is. Ik versta de vraag van de heer Raemakers zo dat hij niet zozeer zegt «geef mij een formeel advies; dan kunnen we kijken» maar dat hij er meer toe oproept om te kijken of voldoende afgebakend is bij welke patiëntengroepen dat nuttig en zinvol is, of dat je daar nog anders over zou kunnen denken. Zou het ook een idee zijn om het Zorginstituut specifiek die vraag te stellen, zodat we niet weer een discussie krijgen over de vraag of het wel of niet nuttig is om weer een onderzoek te doen naar de waarde van glucosemetingen, ook de continue glucosemeting? Laten we het vooral toespitsen op de vraag voor welke doelgroepen het verstandig, nuttig en goed is om het te doen en voor welke doelgroepen niet en wat daar de motivering voor is. Dan heeft u volgens mij een beetje waar u naar op zoek bent, namelijk naar een antwoord op de vraag of het wel goed bekeken is.

**De heer Raemakers (D66):**

Mag ik de toezegging dan zo interpreteren dat ook de bestaande aangenomen Kamermoties op dit punt, de motie-Raemakers/Van Kooten-Arissen en de motie Van Kooten-Arissen c.s., er nadrukkelijk bij betrokken worden? Als de Minister dat nog kan toezeggen, dan heb ik straks in tweede termijn ook geen motie meer nodig.

**Minister Van Rijn:**

Die toezegging zou ik wel willen doen, waarbij ik wel van de Kamer wil vragen om goed intact te houden dat we een Zorginstituut hebben dat onafhankelijk van ons bezig moet zijn met de vraag wat de meerwaarde is van therapieën, medicijnen en richtlijnen. Ze kunnen niet zeggen: omdat de politiek dit vindt, vinden wij dat. Zij moeten met een onafhankelijk oordeel komen, rekening houdend met de opvattingen die er natuurlijk ook in de samenleving zijn. Als ik het zo mag lezen, dan ga ik ermee akkoord om die toezegging te doen.

**De voorzitter:**

Dat is het geval, zie ik aan de heer Raemakers. Dank u wel. Mevrouw Van den Berg heeft een korte vraag.

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

Ik heb op mijn lijstje nog drie vragen die de Minister niet heeft beantwoord. De eerste betreft de situatie van de beschikbaarheid van medicijnen en medische hulpmiddelen met betrekking tot brexit. De tweede ging over de stand van zaken voor het eenduidiger en eenvoudiger maken van de kwaliteitsregistraties. Bijvoorbeeld de Netherlands Emergency department Evaluation Database (NEED) van de spoedeisende hulpartsen zit daarop te wachten. De derde is meer fundamenteel. Iedereen loopt tegen ICT-problemen aan. Er is nu gevraagd door de Minister om, zoals ik het noem, bruggetjes te maken tussen de verschillende eilanden. Is het niet beter om daarnaast synchroon opnieuw te beginnen met een goede degelijke asfaltweg voor ICT?

**De voorzitter:**

Kan de Minister daarop antwoorden?

Minister **Van Rijn:**

Mag ik die meenemen in tweede termijn, voorzitter?

**De voorzitter:**

De Minister vraagt of het in tweede termijn mag.

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

Ja.

**De voorzitter:**

Oké, prima. Dank u wel, mevrouw Van den Berg. Mevrouw Sazias.

Mevrouw **Sazias** (50PLUS):

Ik mis ook nog twee antwoorden. Misschien is er wel een blaadje uit de map van de Minister gevallen. Ik had nog een vraag gesteld over het onderzoek in Nederland naar bacteriofagen. En ik was benieuwd naar een reactie van de Minister op de initiatiefnota van de heer Veldman, mevrouw Van den Berg en mij over DNA-testen voor een chemotraject.

Minister **Van Rijn:**

Die zal ik ook zo meenemen. Gelet op de tijd, heb ik een paar dingen overgeslagen. Ik dacht: dan kunnen we even kijken welke vragen nog zijn blijven liggen. Ik zal die meenemen.

**De voorzitter:**

Akkoord. Dank u wel. Ik zag dat mevrouw Ellemeet nog iets wil zeggen.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Ja. Ik wilde nog even terug naar het punt over verantwoord wisselen. De Minister deed eigenlijk heel terloops een paar belangrijke toezeggingen. Hij wil zo'n lijst met niet te wisselen medicijnen alsnog op een andere manier vastleggen. Kan hij dat nog toelichten: hoe en wat? Hoe zorgt hij dan dat dat bindend is? De Minister zei ook dat de medische noodzaak beter gewaarborgd moet worden. We zien in de praktijk namelijk dat het soms in de wind geslagen wordt. Dus dat zijn wel twee hele belangrijke elementen in het akkoord dat helaas niet tot stand is gekomen. Ik vroeg me af hoe en op welke termijn hij dit wil gaan regelen.

**De voorzitter:**

Helder. Minister, lukt het om daar nu op te reageren of doet u dat in tweede termijn?

**Minister Van Rijn:**

Toen ik zei «op een andere wijze regelen», doelde ik erop dat ik dat doe in het kader van de modernisering van het geneesmiddelenvergoedings-systeem. Dat is inderdaad een vrij formeel traject. Dan gaat het om een waarborg ten aanzien van de toepassing, het vastleggen van een lijst geneesmiddelen die bij voorkeur niet gewisseld moeten worden en waar nodig ondersteuning van informatievoorziening aan patiënten en voorschrijvers. Dat kunnen we dus meenemen bij de formele modernisering van het geneesmiddelenvergoedingsstelsel.

Misschien om het nog even te illustreren: ik heb het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen gevraagd een lijst op te stellen van geneesmiddelen die bij voorkeur niet gewisseld mogen worden. Het CBG komt in de loop van dit jaar nog met die lijst. Die lijst wordt opgesteld in overleg met de beroepsorganisaties aan de ene kant en op wetenschappelijke gronden aan de andere kant. Die lijst wordt wat mij betreft jaarlijks geëvalueerd. Die krijgt inderdaad een meer bindend karakter. Hierbij ga ik in overleg met beroepsorganisaties, om het dus niet een vrijblijvend traject te laten zijn.

**Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):**

Gaat de inspectie daar dan toezicht op houden?

**Minister Van Rijn:**

Zeker.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Volgens mij zijn wij daarmee aan het einde gekomen van de eerste termijn van de zijde van het kabinet. Ik zou willen voorstellen om direct over te gaan naar de tweede termijn. Ik zal dezelfde volgorde van de sprekers ...

**Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):**

Kunnen we één minuut schorsen?

**De voorzitter:**

Ik ga eventjes het programma met u delen. Ik zou graag tweeënhalve minuut spreektijd willen geven, inclusief het indienen van moties. Ik zou dezelfde sprekersvolgorde willen hanteren als in de eerste termijn, met dien verstande dat ik bij de heer Van Gerven zou willen beginnen, omdat hij het voorzitterschap zo meteen even overneemt als ik naar een VAO ga. Heeft u behoefte aan een schorsing van één minuut? Akkoord? Dan schorsen we voor één minuut.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

**De voorzitter:**

Aan de orde is de tweede termijn van de zijde van de Kamer. Ik geef als eerste het woord aan de heer Van Gerven.

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

Dank u wel, voorzitter. Ik begin met een tweetal moties.

---

Motie

---

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat gewerkt wordt aan een contourennota waarin wordt gekeken hoe het zorgstelsel aan te passen om toekomstige uitdagingen het hoofd te bieden;

constaterende dat stelselwijzigingen en de kosten daarvan een belangrijk onderdeel van de discussie vormen;

verzoekt de regering in aanloop naar de contourennota nauwkeurig de transactiekosten van de invoering van de Zorgverzekeringswet in 2006 in kaart te brengen en deze met de Kamer te delen,

en gaat over tot de orde van de dag.

**De voorzitter:**

Deze motie is voorgesteld door het lid Van Gerven. Naar mij blijkt, wordt de indiening ervan voldoende ondersteund.

Zij krijgt nr. 497 (31 765).

Als u de motie even omgekeerd voor u legt, dan is dat handig voor de bode om die straks te kopiëren en de volgorde te handhaven. Gaat u verder met de volgende motie.

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

Voorzitter.

---

Motie

---

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat veel ziekenhuizen en umc's vanwege de coronauitbraak een deel van hun omzet hebben gemist;

constaterende dat er momenteel onderhandeld wordt over een regeling over compensatie van de ziekenhuizen door de zorgverzekeraars voor deze gemiste omzet;

constaterende dat zorgverzekeraars in maart hebben beloofd om verantwoordelijkheid te nemen en dat hun inzet zou zijn dat de gevolgen van de coronacrisis voor de financiële positie in 2020 van de zorgaanbieders geneutraliseerd worden;

constaterende dat de zorgverzekeraars hebben aangegeven niet langer bereid te zijn om de ziekenhuizen volledig te compenseren voor de gemiste omzet tijdens de coronacrisis en de deadline voor het akkoord is verlaat;

spreekt uit dat zorgverzekeraars de ziekenhuizen dienen te betalen voor de gemiste omzet om te voorkomen dat ziekenhuizen in financiële problemen komen dan wel failliet kunnen gaan;

vraagt de Minister zich in te zetten om dit te realiseren,

en gaat over tot de orde van de dag.

**De voorzitter:**

Deze motie is voorgesteld door het lid Van Gerven. Naar mij blijkt, wordt de indiening ervan voldoende ondersteund.

Zij krijgt nr. 498 (31 765).

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

Voorzitter. Ik vind het met betrekking tot de mondzorg jammer dat we nu al tien jaar lang adviezen van het Capaciteitsorgaan naast ons neerleggen om voldoende tandartsen op te leiden. De Minister heeft nu gezegd dat hij meer tijd nodig heeft in het overleg met OCW. Ik hoop dat de uitkomst in ieder geval positief is, want het verschil tussen wat het Capaciteitsorgaan raamt en wat er feitelijk wordt opgeleid is 50%. Dat kan toch zo niet doorgaan, wil ik de Minister meegeven.

Voorzitter, tot slot. Met betrekking tot de eerste motie over die transitiekosten is het heel opmerkelijk dat we heel goed discussiëren over stelselwijzigingen maar dat er eigenlijk geen duidelijk onderzoek ligt over de transitiekosten, over wat de transitie in 2006 heeft gekost. Volgens mij eigenlijk niks, maar ik zou dat graag helder willen hebben. Ik verzoek de Minister om daar positief op te reageren. En ik zou ook nog graag weten wat de Minister vindt van het amendement over het Geneesmiddelenfonds.

Dank u wel.

**De voorzitter:**

Hartelijk dank. Dan geef ik nu het woord aan de heer Raemakers. Gaat uw gang.

**De heer Raemakers (D66):**

Voorzitter, dank u wel. Ik begon mijn bijdrage maandag met twee voor patiënten heel belangrijke onderwerpen. Het een is een expertisecentrum voor ME/CVS en het ander is een glucosesensor bij diabetes. Ik had twee moties voorbereid, maar ik ben van de school dat je geen overbodige moties indient als er een duidelijke toezegging komt van de Minister. Ik zal dadelijk goed opletten bij de toezeggingenlijst. Dus ik zal geen motie indienen.

Ik wil wel nog een punt maken over kankerzorg. Ik heb het gehad over primaire tumor onbekend en over kanker en werk. De antwoorden van de Minister stemmen mij positief in die zin dat het ministerie hiermee bezig is. Maar ik kreeg afgelopen week ook het signaal dat het met de voortgang van de kankerzorg wat minder is. Dat gaat over het amendement dat ik samen met de heer Veldman heb ingediend bij de begrotingsbehandeling afgelopen jaar. Dat zou een financiële impuls geven aan initiatieven die de kankerzorg kunnen verbeteren doordat kankerpatiënten bij de voor hen beste specialist uitkomen. Dat noemen we dan expertzorg. Het amendement werd Kamerbreed gesteund. Nu heeft mij informatie bereikt dat NFK haar gemotiveerde aanvraag voor dat geld, 1 miljoen euro, dat de Kamer ter beschikking heeft gesteld, maar liefst vijf keer heeft teruggekregen met verzoeken om aanvullende informatie en toelichting. Nu is NFK wederom in afwachting van het volgende oordeel van VWS. Het is inmiddels al juli. Het amendement hadden we voorzien voor het jaar 2020. Kan de Minister mij beloven dat hij in de resterende dagen die hij nog heeft op het ministerie, er zorg voor draagt dat op korte termijn met deze pilots gestart kan worden? Want dat is echt heel belangrijk voor de verdere ontwikkeling van de kankerzorg.

Dank u wel.

De **voorzitter**:

Hartelijk dank. Dan geef ik graag het woord aan mevrouw Van den Berg voor haar tweede termijn. Ik vraag de heer Van Gerven om mijn plek in te nemen.

**Voorzitter: Van Gerven**

De **voorzitter**:

Dan is nu het woord aan mevrouw Van den Berg. Gaat uw gang.

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

Dank u wel, voorzitter. Allereerst wil ik de Minister als dank voor zijn enorme inzet graag via de bode een busje Zilte Zeeuwse Knoopjesdrop overhandigen, omdat het de laatste keer is dat hij hier is. Verder ben ik erg blij met de toezegging van de Minister dat hij gaat kijken hoe bereikbaarheid als onderdeel van kwaliteit meegenomen kan worden alsook bij de beslissingen over de zorg, met name bij de acute zorg. Ik heb drie moties, voorzitter.

---

Motie

---

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

van mening dat daar waar mogelijk meer ingezet moet worden op digitalisering en behandelingen via e-health;

constaterende dat de Nederlandse Zorgautoriteit voor specifieke prestaties een maximumtarief in kan stellen;

overwegende dat in de brede heroverwegingen zorg de suggestie wordt gegeven om voor vormen van zorg die zowel digitaal als fysiek verzorgd kunnen worden, een maximumtarief in te stellen op de hoogte van de meest doelmatige leveringsvorm;

verzoekt de regering de Nza te vragen om bij hun advies over positieve prikkels ter bevordering van zinnige en digitale zorg te betrekken de suggestie dat een maximumtarief gesteld kan worden op het niveau van de meest doelmatige leveringsvorm, met als doel dat bijvoorbeeld e-health-toepassingen gestimuleerd worden,

en gaat over tot de orde van de dag.

De **voorzitter**:

Deze motie is voorgesteld door het lid Van den Berg. Naar mij blijkt, wordt de indiening ervan voldoende ondersteund.

Zij krijgt nr. 499 (31 765).

Een vraag van de heer Raemaekers.

De heer **Raemakers** (D66):

Een korte vraag. Het is heel goed om e-health en digitale consulten te stimuleren. Maar hopelijk moet ik deze motie niet zo interpreteren dat er een plicht komt voor de patiënt om een elektronisch bezoek aan de arts te brengen, terwijl die patiënt misschien na drie keer zegt: ik wil de arts ook wel weer even fysiek, in het echt, zien. Hoe kijkt mevrouw Van den Berg daartegenaan?

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

We hebben de heel algemene vraag gesteld wat de meest effectieve vorm is om dat te doen, ongeacht of het digitaal is of niet. Ik denk dat het heel belangrijk is want, zoals de Minister ook al aangaf, zeggen artsen soms: ik wil gewoon even in je prikken, of je even voelen, om een goede diagnose te kunnen stellen. Dit moet echt geleid worden door de aard van de zaak en de situatie. Daar willen we dus geen uitspraak over doen. We zeggen alleen dat de meest effectieve vormen gekozen moeten worden. Dat kan in de ene situatie dus A zijn en in de andere situatie B.

De **voorzitter**:

Kort graag.

De heer **Raemakers** (D66):

Maar dat betekent dan voor de patiënt in bepaalde gevallen dat hij of zij, waar het elektronisch goedkoper is, niet meer op het fysieke spreekuur mag komen. Moet ik de motie zo interpreteren of niet?

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

We willen niet op de stoel van de arts gaan zitten. Laten we dat voorop stellen. Maar op het moment dat de patiënt aangeeft dat er iedere keer een digitaal consult is, er ook geen reden is voor een fysiek consult, het digitale consult effectiever is en de arts ook geen reden ziet voor een fysiek consult, kan er nog steeds een fysiek consult plaatsvinden, maar dan kan het zijn dat de patiënt daar ook een financieel gevolg van heeft. Want je wilt uiteindelijk stimuleren dat de meest effectieve vorm de leidende vorm gaat worden. Wij vragen om de mogelijkheden te onderzoeken.

De **voorzitter**:

Gaat u verder met uw betoog.

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

Dan de tweede motie.

---

Motie

---

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

van mening dat regiobeelden het meest nuttig zijn als deze ook onderling vergelijkbaar zijn;

verzoekt de regering ervoor te zorgen dat de regiobeelden onderling vergelijkbaar zijn, aan dezelfde kwaliteitsnormen voldoen en niet vormvrij zijn,

en gaat over tot de orde van de dag.

De **voorzitter**:

Deze motie is voorgesteld door het lid Van den Berg. Naar mij blijkt, wordt de indiening ervan voldoende ondersteund.

Zij krijgt nr. 500 (31 765).

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

Dan de derde motie, voorzitter.



De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

van mening dat spoedeisendehulpartsen en intensivisten altijd al goed werk verrichten, en dat dit tijdens de coronacrisis voor iedereen nogmaals duidelijk is geworden;

constaterende dat deze beroepsgroepen nog niet erkend zijn als zelfstandig medisch specialist;

verzoekt de regering te overleggen met de betreffende beroepsorganisaties welke stappen gezet moeten worden om deze titels als wettelijk erkende specialistentitels aan te kunnen merken, en daar stappen toe te zetten;

verzoekt de regering tevens de Kamer voor de begrotingsbehandeling voor 2021 hierover te informeren,

en gaat over tot de orde van de dag.

**De voorzitter:**

Deze motie is voorgesteld door het lid Van den Berg. Naar mij blijkt, wordt de indiening ervan voldoende ondersteund.  
Zij krijgt nr. 501 (31 765).

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

Voorzitter, ik heb nog een motie van mevrouw Dik-Faber medeondertekend. Verder hebben wij wat andere ervaringen met de acute zorg in Woerden, maar daar kom ik op een ander moment graag weer op terug.

**De voorzitter:**

Goed. Woerden blijft u bezighouden. Dat is heel goed, want er gebeurt daar van alles. Dan geef ik nu het woord aan mevrouw Ellemeet van GroenLinks voor haar tweede termijn, van tweeënhalve minuut. Gaat uw gang.

**Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):**

Dank u wel, voorzitter, en dank aan de Minister voor de beantwoording van de vragen. Toen hij begon, was het alsof hij nooit was weggeweest, maar nu moeten we hem toch weer gaan missen en dat is heel erg jammer. Heel veel dank.  
Ik heb twee moties.

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat de kennis en praktijkervaring van verpleegkundigen en verzorgenden van grote waarde is voor het verbeteren van de zorg;

constaterende dat de inspraak en zeggenschap van verpleegkundigen en verzorgenden nog onvoldoende geborgd is in de praktijk en in de afspraken die alle partijen in de zorg samen maken;

verzoekt de regering zeggenschap en inspraak van verpleegkundigen en verzorgenden stevig te verankeren in een toekomstig hoofdlijnenakkoord,

en gaat over tot de orde van de dag.

**De voorzitter:**

Deze motie is voorgesteld door de leden Ellemeet, Ploumen, Sazias en Veldman. Naar mij blijkt, wordt de indiening ervan voldoende ondersteund.

Zij krijgt nr. 502 (31 765).

Gaat u verder.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Voorzitter. De Minister heeft goede voornemens als het gaat om verantwoord wisselen, maar het GVS gaat pas in per 2022, begreep ik, dus dat is nog ver weg voor een niet-wisselenlijst en medische noodzaak. Ik heb dus sowieso een vraag aan de Minister. Wanneer zou wat hem betreft die lijst ingaan? En omdat ik nog niet helemaal tevreden was over de beantwoording hierop heb ik nog een motie.

---

Motie

---

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat vele patiënten last en gezondheidsklachten onder- vinden door het verplicht wisselen van medicijnen;

overwegende dat het akkoord verantwoord wisselen met daarin de niet-wisselenlijst tot nu toe niet tot stand is gekomen;

overwegende dat de medische noodzaak tot het verstrekken van een specifiek medicijn lang niet altijd wordt gevolgd, mede als gevolg van ongewenste financiële prikkels;

verzoekt de regering om zich uit te spreken over het belang van een akkoord verantwoord wisselen, en over het belang van een niet-wisselenlijst en het honoreren van medische noodzaak tot verstrekking van een specifiek medicijn;

verzoekt de regering tevens om met actieve eigen inzet, samen met de andere betrokken partijen alsnog te komen tot een akkoord verantwoord wisselen en ongewenste financiële prikkels die het op medische noodzaak verstrekken van geneesmiddelen hinderen, uit het verstrekkingensysteem van geneesmiddelen te verwijderen,

en gaat over tot de orde van de dag.

**De voorzitter:**

Deze motie is voorgesteld door de leden Ellemeet en Van Gerven. Naar mij blijkt, wordt de indiening ervan voldoende ondersteund.

Zij krijgt nr. 503 (31 765).

U bent klaar met uw tweede termijn? Dat is heel mooi. Dan is nu het woord aan mevrouw Sazias van 50PLUS voor haar tweeënhalve minuut. Gaat uw gang.

Mevrouw **Sazias** (50PLUS):

Voorzitter. Dat is best lastig als een vraag nog niet beantwoord is. Ik wil echt het belang van de fagen onderstrepen, maar op dat antwoord moet ik dus nog wachten. We zullen ons echt moeten gaan weren tegen de antibioticaresistentie.

Een ander ding dat wederom duidelijk is geworden, is het belang van het borgen van de medezeggenschap van verpleegkundigen en verzorgers. We zijn er steeds meer van overtuigd dat dat nodig is, omdat daar heel veel ervaring zit. Om die reden heb ik ook van harte meegetekend met de motie van mevrouw Ellemeet.

Dank u wel, voorzitter.

De **voorzitter**:

Oké. Dank u wel. Dat is zeker binnen de termijn. Dan is nu het woord aan de heer Veldman van de VVD. Gaat uw gang.

De heer **Veldman** (VVD):

Dank, voorzitter. Ook een woord van dank aan de Minister voor zijn spontane en acute inspringen op het moment dat dat nodig was en voor de drie maanden waarin hij ons en het land gediend heeft. Ik denk dat we daar alleen maar respect voor kunnen hebben. Dank voor de beantwoording bij dit notaoverleg. Ik deel de ambitie die de Minister uitspreekt rondom de digitale vormen van zorg. Ik kijk in die zin met spanning uit naar het advies van de NZa, waar de Minister naar verwijst en dat in juli gaat komen. Ik heb één motie, naar aanleiding van de discussie over hoe je nou naar de risico's van terugtrekkende bewegingen op het gebied van fusies kijkt. Ik deel met de Minister dat je vooral verticaal moet samenwerken, in netwerkzorg. Daarvoor dien ik de volgende motie in.

---

Motie

---

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat samenwerking tussen zorginstellingen structureel van de grond moet komen;

constaterende dat in een vergrijzende samenleving op zoek moet worden gegaan naar integrale samenwerkingsverbanden;

constaterende dat meerjarige contracten deze samenwerking kunnen stimuleren doordat ze een zekere mate van financiële zekerheid bieden;

verzoekt de regering te onderzoeken of meerjarige contracten, of andere vormen van bekostiging, integrale samenwerking tussen zorginstellingen kunnen bevorderen om zo tot een structureel samenwerkend zorgnetwerk te komen en te bezien of en in welke mate de wijze van bekostiging daaraan bijdraagt,

en gaat over tot de orde van de dag.

**De voorzitter:**

Deze motie is voorgesteld door de leden Veldman, Ellemeet, Van den Berg, Dik-Faber, Ploumen en Raemakers.

Zij krijgt nr. 504 (31 765).

Gaat u verder.

**De heer Veldman (VVD):**

In het dictum staat «zorgnetwerk». Ik geef de Minister of zijn ambtsopvolger mee dat ik in het land een aantal goede netwerken rondom zorg zie, maar dat ik ook wel netwerken zie waarbij aan de voordeur het bordje «netwerk» hangt maar er achter de voordeur niks wezenlijks veranderd is. Juist die verticale samenwerking, waar ook de Minister over rept, is volgens mij wel de stap die we met elkaar moeten gaan zetten.

Dank u wel.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Dan is nu het woord aan mevrouw Dik-Faber van de ChristenUnie.

**Mevrouw Dik-Faber (ChristenUnie):**

Dank u wel, voorzitter. Dank aan de Minister voor de beantwoording in dit debat maar ook voor de bereidwilligheid om in te springen. Dat is echt klasse. Daar dank ik hem hartelijk voor.

Hij heeft een mooie toezegging gedaan voor iets waar wij in de ChristenUnie veel over gedebatteerd hebben, namelijk de verloskundige zorg op Urk. Het is fijn dat de NZa de opdracht krijgt om te zoeken naar een structurele oplossing. Vanwege de tijd zal ik gelijk doorgaan met het indienen van de moties.

---

Motie

---

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

overwegende dat zorgprofessionals behoefte hebben aan meer ruimte om zelf te bepalen hoe zij de beste zorg kunnen bieden;

van mening dat verpleegkundigen en verzorgenden in zorginstellingen nadrukkelijker moeten worden betrokken bij belangrijke besluiten die direct de inhoud van hun werk raken, zoals bijvoorbeeld de inrichting van de coronazorg of afspraken over het verminderen van werk- en regeldruk;

overwegende dat veel zorginstellingen al werken met adviesraden voor verpleegkundigen en verzorgenden, maar dit nog niet overal gebeurt en de positie van bestaande adviesraden niet goed verankerd is;

verzoekt de regering in overleg met veldpartijen als V&VN en NU'91 te verkennen op welke wijze de zeggenschap van verpleegkundigen en verzorgenden op instellingsniveau wettelijk verankerd kan worden, en de Kamer hierover voor 1 oktober te informeren,

en gaat over tot de orde van de dag.

**De voorzitter:**

Deze motie is voorgesteld door de leden Dik-Faber en Ellemeet. Naar mij blijkt, wordt de indiening ervan voldoende ondersteund.

Zij krijgt nr. 505 (31 765).

Gaat u verder.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):

Mijn tweede motie is al aangekondigd door mevrouw Van den Berg.

---

Motie

---

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

van mening dat bij het opstellen van landelijke kwaliteitsnormen altijd rekening moet worden gehouden met de toegankelijkheid van de zorg in de regio;

constaterende dat het gewijzigde Toetsingskader van het Zorginstituut vraagt dat partijen in het implementatieplan bij een kwaliteitsstandaard inzichtelijk moeten maken wat de invloed is van de landelijke normen op de toegankelijkheid van zorg;

overwegende dat het Zorginstituut er hierbij automatisch van uitgaat dat dit gebeurt en er geen nadere toets plaatsvindt bij opname in het Kwaliteitsregister;

verzoekt de regering in overleg met het Zorginstituut te bezien op welke wijze de invloed van landelijke kwaliteitsnormen op de toegankelijkheid van de zorg in de regio nadrukkelijker getoetst kan worden,

en gaat over tot de orde van de dag.

De **voorzitter**:

Deze motie is voorgesteld door de leden Dik-Faber en Van den Berg. Naar mij blijkt, wordt de indiening ervan voldoende ondersteund. Zij krijgt nr. 506 (31 765).

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):

Voorzitter, tot slot. Om 13.00 uur start een ander debat, dus ik moet mij helaas verontschuldigen. Maar er is een medewerker die meeluistert.

De **voorzitter**:

Oké. Dank u wel. Dit is het einde van de tweede termijn van de Kamer. Nee ... Wie zijn we vergeten? We zijn mevrouw Ploumen vergeten.

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):

Dat komt bijna nooit voor, voorzitter!

De **voorzitter**:

Hoe kan ik u over het hoofd zien? Ik keek te veel naar links. Mijn excuses! Mevrouw Ploumen, het pièce de résistance. Gaat uw gang.

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):

Dank u wel, voorzitter. Ik heb drie moties.

---

Motie

---

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat de Federatie Medisch Specialisten een tijdelijke nieuwe richtlijn heeft gepubliceerd waarbij het aantal fysieke verwijzingen naar het ziekenhuis wordt beperkt door beter overleg tussen huisarts en medisch specialisten;

verzoekt de regering om de NZa te vragen om te onderzoeken wat de effecten van deze handreiking zijn met betrekking tot het aantal doorverwijzingen, de kosten, de werkbelasting en de patiëntervaring, en de Kamer hier voor de begrotingsbehandeling VWS over te informeren,

en gaat over tot de orde van de dag.

**De voorzitter:**

Deze motie is voorgesteld door de leden Ploumen en Veldman. Naar mij blijkt, wordt de indiening ervan voldoende ondersteund.

Zij krijgt nr. 507 (31 765).

Uw tweede motie.

**Mevrouw Ploumen (PvdA):**

Voorzitter. Dan een motie die vooral over handhaving gaat. Ik hoop dat de heer Peter de Jong goed oplet.

---

Motie

---

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

overwegende dat een groothandel al heeft aangekondigd de voorraad te zullen verlagen vanwege de (gedempte) prijsverlaging van geneesmiddelen per 1 oktober;

overwegende dat de sector door minder prijsverlaging dan beoogd al 215 miljoen euro heeft verdiend;

van mening dat dit geld ten minste besteed kan worden aan het opbouwen van de zogenaamde ijzeren voorraad;

verzoekt de regering ervoor te zorgen dat de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd voor 1 september 2020 de wettelijke minimumnorm voorraad voor de groothandel bepaalt en vervolgens handhaaft;

verzoekt de regering tevens de Kamer voor de begrotingsbehandeling te berichten op welke wijze fabrikant, groothandel én apotheker zo spoedig mogelijk verplicht voorraad moeten aanhouden en hoe dit gehandhaafd zal worden,

en gaat over tot de orde van de dag.

**De voorzitter:**

Deze motie is voorgesteld door de leden Ploumen en Van Gerven. Naar mij blijkt, wordt de indiening ervan voldoende ondersteund.

Zij krijgt nr. 508 (31 765).

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):

Voorzitter. Mijn laatste motie. De Minister heeft een toezegging gedaan, maar ik zou toch graag een wat scherpere uitspraak willen over die trusted third party. Vandaar de motie.

---

Motie

---

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat uit onderzoek van de Algemene Rekenkamer blijkt dat de onderhandelingen die het Ministerie van VWS voert met geneesmiddelenfabrikanten in een groot aantal gevallen niet leiden tot het bereiken van een gewenst prijsniveau;

overwegende dat farmaceutische bedrijven vertrouwelijkheid eisen;

verzoekt de regering om voortaan ten minste een vorm van transparantie te hanteren door het inschakelen van een trusted third party die de onderhandelingen objectief beoordeelt en hierover verslag kan doen aan de Kamer,

en gaat over tot de orde van de dag.

**De voorzitter:**

Deze motie is voorgesteld door het lid Ploumen. Naar mij blijkt, wordt de indiening ervan voldoende ondersteund.

Zij krijgt nr. 509 (31 765).

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):

Voorzitter. Dan wilde ik ook van mijn kant de Minister van harte bedanken voor zijn inzet de afgelopen maanden en voor zijn bereidheid om dit debat met ons te voeren, dat weliswaar ook over de coronacrisis gaat maar dat toch ook iets verder reikt. Ik dank hem zeer voor de inzichten daarover die hij met ons heeft willen delen.

**De voorzitter:**

Goed. Dank. Dan schors ik heel kort om even te overleggen hoe we de termijn voortzetten.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

**De voorzitter:**

We schorsen de vergadering voor tien minuten. Dus we gaan om 12.50 uur weer verder. Want we hebben om 14.00 uur een plenaire vergadering waarbij ook de Minister aanwezig moet zijn, namelijk de stemmingen. We gaan dus proberen om 14.00 uur de tweede termijn af te maken. Vandaar dat we kort schorsen – tien minuten – want de Minister moet natuurlijk wel alle vragen kunnen beantwoorden en alle moties van een appreciatie kunnen voorzien.

De vergadering wordt van 12.40 uur tot 12.59 uur geschorst.

**De voorzitter:**

Het woord is aan de Minister voor zijn tweede termijn. We gaan ernaar streven om dit notaoverleg rond 13.30 uur af te ronden. We gaan kijken of

dat lukt. Dat hangt natuurlijk van ieders inbreng af. Het woord is aan de Minister.

**Minister Van Rijn:**

Voorzitter, dank. Ik wil graag beginnen met de beantwoording van de resterende vragen die gesteld zijn door de diverse leden. De heer Van Gerven komt met een amendement voor een revolverend fonds rondom de ontwikkeling van geneesmiddelen. Ik denk niet dat ik het amendement zal ondersteunen, maar ik kan er op één punt wel een beetje aan tegemoetkomen. We hebben een Kamerbrief gestuurd over Future Affordable and Sustainable Therapies, het FAST-traject, waarin we gaan kijken of dat een instrument kan zijn om te komen tot betaalbare geneesmiddelen en tot het stimuleren van therapieontwikkelingen die de industrie niet oppakt. Dat initiatief wordt nu uitgewerkt en ik verwacht dat zij in hun rapportage zullen ingaan op de vraag of een fonds een toegevoegde waarde kan hebben. Dat punt wordt dus onderzocht. Ik vind het wel de vraag of een fonds waarin eenmalig een bedrag van 100 miljoen zou zitten, voldoende zou zijn voor geneesmiddelenontwikkeling. Dat lijkt mij niet. Dat lijkt mij vrij prematuur en dat verklaart mijn vraagtekens bij het amendement.

**Voorzitter: Ladders**

**Minister Van Rijn:**

Ik zou wel de ideeën rondom die fondsvorming willen meenemen in het programma FAST later dit jaar. Ik wijs er ook op dat in het ZonMw-programma «Goed gebruik geneesmiddelen», dat een langdurig programma is en kosteneffectief is, ook wordt gekeken of de kosten van de uitvoering voldoende zullen zijn. We nemen het mee in het FAST-traject. Een amendement waarin staat dat je met 100 miljoen nu dit doel kunt bereiken, ondersteunen wij niet, maar het wordt wel meegenomen in het traject dat nu is ingezet.

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

Dan zou ik de Minister nog even willen vragen ...

De **voorzitter:**

Meneer Van Gerven.

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

Ik was tijdens het spreken van de Minister nog voorzitter. Zo ben je iets en zo ben je weer niets. Nog even aanvullend. Het amendement is een vervolg op een aangenomen Kamermotie. Mijn verzoek aan de Minister is of hij bij dat FAST-project heel nadrukkelijk wil kijken naar de lijn die is uitgezet voor eigenstandig publiek onderzoek en ontwikkeling van geneesmiddelen, los van de industrie. Is dat een fundamenteel element van dat FAST-project?

**Minister Van Rijn:**

Ik heb inderdaad de indruk dat de kwartiermakers bij de verdere uitwerking in hun rapportages willen ingaan op de vraag of een revolverend fonds een toegevoegde waarde kan hebben. Dat zit er inderdaad in.

Voorzitter. Dan de vraag over de diagnostiek rondom kanker. De initiatiefnota is destijds in goede orde ontvangen. Dat is niet alleen maar een procedurele opmerking, want wij staan positief tegenover het stimuleren van meer personalized medicine, ook in de oncologie. De duiding van de initiatiefnota heeft vertraging opgelopen in verband met de werkzaamheden voor corona, maar dat wil niet zeggen dat we dat niet zullen doen. Dat betekent dat u na de zomer een uitgebreid antwoord zult krijgen op de initiatiefnota. Dat nemen we nadrukkelijk mee.



De heer Raemakers had een opmerking over de aanvraag van de NFK, die er allang lijkt te liggen en waarin tempo moet worden gemaakt. Ik zeg u toe dat ik daarnaar zal kijken en in overleg zal treden om te kijken wat er precies aan de hand is.

Dan de vragen van mevrouw Van den Berg, te beginnen met brexit. In oktober 2019 heeft mijn voorganger de Kamer bericht dat er voor een aanzienlijk deel van de producten op de lijst van kritieke geneesmiddelen oplossingen waren gevonden voor de afhankelijkheden van het VK. In oktober 2019 hadden de meeste handelsvergunninghouders hun dossiers op orde gebracht. De lijst van resterende producten is sinds oktober vorig jaar nog verder geslonken. Voor de resterende producten op het overzicht is een oplossing beschikbaar, zoals het verlenen van ontheffing op grond van artikel 3.17 van de Geneesmiddelenwet en voor de invoering van geneesmiddelen uit derde landen.

Er zijn ook nog verdere ontwikkelingen rondom dit dossier. Twee van de vier notified bodies uit het Verenigd Koninkrijk zijn overgestapt naar de EU en zijn ook formeel aangewezen. Een daarvan is in Nederland gevestigd, de tweede in België. Ik heb recent ook nog even gekeken of er signalen van fabrikanten zijn dat zich nog een probleem voordoet. Die signalen zijn er niet. Maar ik blijf op dat punt in overleg en indien er toch nog een fabrikant is die als gevolg van de brexit of als gevolg van de Europese wetgeving zijn certificaten niet tijdig kan verlengen, heb ik altijd nog de mogelijkheid om een tijdelijke ontheffing te verlenen. Ik zal daar zo nodig ook gebruik van maken.

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

De lijst van vorig jaar betrof 50 geneesmiddelen. Ik vraag me af of die nu helemaal tot nul is gereduceerd. Of zegt u: het zijn er nog steeds 50, maar intussen is er voor ieder middel een alternatieve oplossing?

**Minister Van Rijn:**

De lijst is overigens ook verder geslonken en er is een alternatieve oplossing voor de andere middelen.

Dan de vraag over de kwaliteitsregistraties. Het verslag van de kwartiermaker is in concept gereed. Ook dat is wat vertraagd door covid. Dat geldt althans voor de bestuurlijke afstemming daarvan. Het zal in de zomermaanden worden afgerond. Dat zal dus ook na de zomer naar de Kamer komen.

Dan de ICT. Moeten we niet een asfaltweg hebben in plaats van allerlei projecten? Dat ben ik met mevrouw Van den Berg eens. Naast een aantal structurele maatregelen die we gaan nemen, wees ik al op de wet over de gegevensuitwisseling die er zal komen. Die kan ook een belangrijke stimulans bieden en zal als het ware de infrastructuur van de digitale gegevensuitwisseling borgen. Eigenlijk is dat een verplichte elektronische gegevensuitwisseling. We zullen ook specificeren waar die uitwisseling precies aan moet voldoen, gelet op de belangen die de patiënt erbij heeft. Dat wordt uitgevoerd onder auspiciën van het Nederlands Normalisatie Instituut. Dus eigenlijk zien we de eerste contouren van het aanleggen van de weg in plaats van het bruggetje, zoals zij inderdaad zo treffend heeft geschetst. We zijn het dus eens dat we in de zorg van pilots naar asfaltwegen moeten. Deze wet is natuurlijk al een belangrijke drager van het asfalt.

**De voorzitter:**

Een korte vraag van mevrouw Van den Berg.

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

We blijven volgens mij met de problematiek zitten dat we bij de ziekenhuizen drie systemen hebben, waarvan er in ieder geval over twee – die 90% van de markt beslaan – enorm veel klachten zijn. Huisartsen hebben

zes systemen en sommige huisartsen zijn nog nergens bij aangesloten. Ik had nog niet meegekregen dat dat ook allemaal opgelost zal worden.

**Minister Van Rijn:**

Het ICT-landschap dat onder het zorglandschap ligt, is zo mogelijk nog ingewikkelder en veelzijdiger dan het zorglandschap zelf. Dus dat klopt. Er is natuurlijk een enorme legacy van allerlei ICT-applicaties in de zorg. Langzaam maar zeker komt dat wel bij elkaar. Maar het is misschien belangrijker dat we niet per se hoeven te wachten tot iedereen naar één systeem overgaat – dat zou misschien ook te veel gevraagd zijn – maar dat er steeds meer systemen en mogelijkheden komen om als het ware in die systemen te kijken en dan toch die snelweg aan te leggen. Dat is een ontwikkeling die eigenlijk over de hele linie plaatsvindt en die, wat mij betreft, veelbelovend is. Dat is ook de reden waarom we, wat betreft de eisen die we stellen aan de digitale systemen in de ziekenhuizen, niet zozeer gaan voorschrijven welk systeem ze moeten nemen of dat ze allemaal dezelfde moeten kopen, maar meer aan welke interoperabiliteitseisen zo'n systeem moet voldoen. Met die wet gegevensuitwisseling gaan we dat op een hele goede manier bewerkstelligen. Ik ben daar dus positief over gestemd.

Dan is er een vraag van mevrouw Sazias over de bacteriofagen. We zijn met haar van mening dat dat in essentie potentieel veelbelovend is en dat we daar ook nader onderzoek naar willen doen, want nog niet alle vragen op dat punt zijn beantwoord. Er is een subsidieregeling veelbelovende zorg. Op grond daarvan is er budget beschikbaar, ook voor dit type innovaties. Vanuit deze regeling is het mogelijk om onderzoek te doen naar de behandeling met bacteriofagen. We zijn er dus positief over, met de erkenning dat er nog veel uitgezocht moet worden. En er is budget beschikbaar om dat ook uit te zoeken.

Voorzitter. Dat waren volgens mij de vragen. Dan gaan we nu naar de moties.

**De voorzitter:**

Ja, maar ik zie mevrouw Ellemeet.

**Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):**

Ik had nog een vraag over de lijst, over de termijn.

**Minister Van Rijn:**

Die had ik willen meenemen bij mijn appreciatie van de motie. Maar die is 01-01-2022.

**Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):**

2022?

**Minister Van Rijn:**

Ja, 1 januari.

Voorzitter. Dan de moties. Allereerst de motie op stuk nr. 497 over de transactiekosten van de invoering van de Zorgverzekeringswet. Ik zou de motie willen ontraden. Ik snap dat de heer Van Gerven bijzonder geïnteresseerd is in wat er in 2006 voor transactiekosten zijn gemaakt, maar de vraag is even hoe zinvol dat is. Ik wijs hem er ook op dat in de periodieke duiding van alle verkiezingsprogramma's, Zorgkeuzes in Kaart, elke keer wel een inschatting wordt gemaakt van de transactiekosten om van het ene naar het andere systeem over te stappen, naar de toekomst toe. Het lijkt me dus goed om dat te bestuderen, en niet zozeer wat er in 2006 allemaal aan kosten is gemaakt, voor zover dat nog zinvol is. Ik wil de motie dan ook om die reden ontraden.

**De voorzitter:**

De motie op stuk nr. 497 wordt ontraden. Er is een vraag van de heer Van Gerven.

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

Dat is toch een bizar standpunt van de Minister? Er is heel veel discussie over een stelselwijziging. Nu hebben wij een stelselwijziging gehad in 2006. De Minister zegt dat hij dat niet gaat onderzoeken en dat anderen dat maar moeten doen, terwijl er ontzettend veel behoefte aan is om concreet te weten wat de stelselwijziging heeft gekost omdat er heel veel discussie is over de transitiekosten als er eventueel een ander stelsel zou moeten komen. Dan lijkt het mij voor de hand te liggen om te laten onderzoeken wat wij hebben aan materiaal van 2006, waar de Minister overigens zelf nadrukkelijk bij betrokken was. Ik denk dat dat in ieders belang is. Ik begrijp niet waarom de Minister dit ontraadt.

**Minister Van Rijn:**

De kosten van stelselwijzigingen worden elke keer meegenomen in de onderzoeken van het Centraal Planbureau aan de hand van Zorgkeuzes in Kaart. Daar krijgt u inzicht in wat het zou kosten als bepaalde stelselwijzigingen worden doorgevoerd. Dat wordt vanaf dat moment meegenomen. Het heeft in mijn ogen weinig zin om terug te kijken naar wat de kosten in 2006 waren als je wil weten wat de kosten zijn van een toekomstige stelselwijziging. Dat wordt aangegeven in die nota's. Om die reden blijf ik bij mijn oordeel.

**De voorzitter:**

Dan de motie op stuk nr. 498.

**Minister Van Rijn:**

De motie op stuk nr. 498 gaat over de gemiste omzet en het voorkomen dat ziekenhuizen in financiële problemen komen. Ik heb aangegeven dat er voorspoedige besprekingen lopen tussen de zorgverzekeraars en de ziekenhuizen. Ik zou de resultaten daarvan graag willen afwachten. Hopelijk zijn die binnen enkele dagen beschikbaar. Ik denk dat die afspraken er juist op gericht zijn om te realiseren wat deze motie doet. Mijn meest positieve duiding zou ik willen gebruiken om de heer Van Gerven te verzoeken die motie aan te houden.

**De voorzitter:**

En anders?

**Minister Van Rijn:**

Anders zou ik haar willen ontraden, gelet op het feit dat we binnen enkele dagen de resultaten van de overleggen te zien krijgen.

**De voorzitter:**

Helder.

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

Het gaat natuurlijk vooral om het dictum: spreekt uit dat voorkomen moet worden dat ziekenhuizen in financiële problemen komen dan wel failliet zouden kunnen gaan. We hebben straks reces. Ik neem aan dat de Minister het standpunt deelt dat dat de uitkomst zou moeten zijn, zonder al te gedetailleerd in te gaan op wie wat betaalt. Het gaat om de uitkomst. Die moet gerealiseerd worden. Is de Minister met deze duiding van mij bereid een positief oordeel te geven?

**Minister Van Rijn:**

Ik heb in mijn termijn al gezegd dat het ook mijn inzet is om te voorkomen dat ziekenhuizen door covid in financiële problemen komen dan wel failliet gaan. Dat is ook de inzet van de besprekingen, die ik in positieve zin duid. Om die reden en omdat we over het dictum geen discussie hebben, was mijn verzoek om de motie aan te houden.

**De voorzitter:**

U vraagt dus om de motie op stuk nr. 498 aan te houden of u ontraadt haar. Dan de motie op stuk nr. 499.

**Minister Van Rijn:**

Ja. In de motie op stuk nr. 499 wordt gevraagd om bij het advies van de NZa over positieve prikkels te kijken of er een maximumtarief gesteld kan worden. Er zitten twee kanten aan die maximumtarieven. Aan de ene kant kan het een belangrijke impuls zijn als je zegt: ik hanteer het tarief dat voor de meest doelmatige vorm van zorg is. Dat helpt dan om die doelmatige vorm van zorg te realiseren. Er zit ook een andere kant aan, namelijk: als je verschillende behandelingen hebt en je hebt nu een hoger maximumtarief, dan verdien je niks als je probeert doelmatiger te worden. Dat is het nadeel van zo'n maximumtarief. Misschien zouden we hier het volgende over kunnen afspreken. We hebben de Zorgautoriteit gevraagd om te kijken welke prikkels je zou kunnen aanbrengen in het stelsel om tot doelmatige, zinnige en gepaste zorg te komen. Ik kan de Zorgautoriteit vragen dit punt mee te nemen, zodat het in de rapportage kan worden meegenomen. En dan zou mijn suggestie zijn om ook deze motie aan te houden in afwachting van het advies van de Zorgautoriteit.

**De voorzitter:**

Er wordt gevraagd om de motie op stuk nr. 499 aan te houden. Anders wordt ze ontraden.

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

Ik zal de motie aanhouden, met de toezegging van de Minister dat hij het meegeeft aan de Zorgautoriteit.

**De voorzitter:**

Op verzoek van mevrouw Van den Berg stel ik voor haar motie (31 765, nr. 499) aan te houden.

Daartoe wordt besloten.

**De voorzitter:**

De motie op stuk nr. 500.

**Minister Van Rijn:**

De motie op stuk nr. 500 gaat over de regiobeelden. Daar heb ik wat moeite mee omdat ik het juist een goede zaak vind dat die regiobeelden worden opgesteld, rekening houdend met de historie, de hoeveelheid partijen die aan tafel zitten en de specifieke problematiek van de regio. Ik zou eigenlijk hopen dat die regiobeelden verschillend zijn, juist om inhoudelijke redenen. Ik zou er niet een soort kam overheen willen gooien die iedereen op dezelfde manier beoordeelt, omdat die beoordelingen echt verschillend zijn. Dat vind ik nu juist de kracht van die regiobeelden. Misschien is het ook hier een oplossing als ik zeg: die regiobeelden worden nu opgesteld; er komt een contourennota aan waarin een beeld gegeven wordt van wat erin staat en wat we daarvan leren. Ik zou me kunnen voorstellen dat u de motie op dit punt aanhoudt tot die contourennota is verschenen, zodat u kunt zien hoe die regiobeelden een rol gaan spelen in de verdere discussies.

**De voorzitter:**

Mevrouw Van den Berg, over de motie op stuk nr. 500.

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

Waar ik nog wel even mee worstel, is dat ik hoor ... Natuurlijk zijn die regiobeelden qua inhoud enorm verschillend. Daarom worden ze juist gemaakt. Urk heeft een ander geboortecijfer dan Zeeuws-Vlaanderen. Maar ik hoor dat er in sommige regio's een paar gegevens bij elkaar worden gezet en dat in andere regio's wel degelijk met elkaar wordt gewerkt. Ik zit wel te kijken wat we daar kunnen doen. Moet ik iets in de tekst wijzigen waarmee ik de Minister tegemoet kan komen?

**Minister Van Rijn:**

Het proces van het tot stand komen van die regiobeelden is nu in volle gang. Je ziet inderdaad dat ze wisselend zijn qua inhoud. Ik zei dat me dat positief lijkt. Het zou kunnen verschillen in de mate waarin bepaalde aspecten zijn meegenomen. Het ene regiobeeld besteedt meer aandacht aan de provincie dan het andere bijvoorbeeld. Wij geven vanuit de landelijke kant in het bestuurlijk overleg met de hoofdlijnenakkoordpartijen mee wat wij verwachten van die regiobeelden. Ik kan nog een aanvullende toezegging doen dat ik – of mijn ambtsopvolger – in mijn bestuurlijk overleg met de hoofdlijnenakkoordpartijen dit nadrukkelijk zou willen meegeven. Dat zou helpen om verder te stimuleren waarover de regiobeelden eigenlijk moeten gaan. Als ik die toezegging zou doen en u de motie dan zou aanhouden, komen we elkaar tegemoet.

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

Dat is goed, met die toezegging.

**De voorzitter:**

Met die toezegging wordt de motie op stuk nr. 500 aangehouden. Op verzoek van mevrouw Van den Berg stel ik voor haar motie (31 765, nr. 500) aan te houden.

Daartoe wordt besloten.

**De voorzitter:**

Dan de motie op stuk nr. 501.

**Minister Van Rijn:**

Dan de motie op stuk nr. 501, over de beroepsorganisaties en de wettelijk erkende specialistentitels en het verzoek om daar stappen voor te zetten. Als ik de motie zo mag lezen dat u van mij vraagt om met die beroepsgroepen te gaan praten over wat hun nog let om die aanvraag te doen, zodat, als er een aanvraag komt, ik die kan behandelen, wil ik het oordeel aan de Kamer laten. Ik wil wel de bestaande verhoudingen intact laten. De beroepsgroepen moeten, gelet op hun overleg, met een aanvraag komen en daarna besluit ik. Ik wil niet op voorhand op de stoel van die beroepsgroepen gaan zitten.

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

Ik wil wel even heel goed horen dat de Minister in overleg gaat met deze twee beroepsgroepen en dat we dan verder kijken waar dat toe kan leiden.

**De voorzitter:**

Daarmee krijgt de motie op stuk nr. 501 oordeel Kamer.

**Minister Van Rijn:**

Dan de motie op stuk nr. 502, waarin we verzocht worden om zeggenschap en inspraak stevig te verankeren in de toekomstige hoofdlijnenak-

koorden. Gelet op mijn bijdrage aan het debat en het belang van betere zeggenschap voor verpleegkundigen en verzorgenden, kan ik hier niet tegen zijn. Sterker nog: ik ben ervoor en laat het oordeel aan de Kamer.

**De voorzitter:**

De motie op stuk nr. 502 krijgt oordeel Kamer. Dan de motie op stuk nr. 503.

**Minister Van Rijn:**

De motie op stuk nr. 503 gaat mij eigenlijk te ver. Niet vanwege de intentie, want ik heb al aangegeven dat wij komen tot die niet-wisselenlijst en dat we komen tot verdere maatregelen die we gaan nemen. Ik zal bij beide partijen blijven aandringen op het verder afspraken maken over dat wisselen. De motie vraagt een actieve inzet. Die heb ik al toegezegd. Maar de motie leidt er ook toe dat er geneesmiddelen uit het verstrekkingensysteem van geneesmiddelen worden verwijderd. Dat gaat mij echt te ver en om die reden wil ik de motie ontraden.

**De voorzitter:**

De motie op stuk nr. 503 wordt ontraden.

**Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):**

En de vraag die ik had gesteld over de ... De Minister zei dat de termijn waarop die lijst moet gelden 1-1-2022 is, maar moet dat niet 2021 zijn?

**Minister Van Rijn:**

De lijst niet-wisselen is voor 1-1-2021 klaar. De GVS-modernisering is op 1-1-2022 klaar.

**Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):**

Ja, de Minister zei net per ongeluk dat de lijst ook per 1-1-2022 klaar zou zijn.

**Minister Van Rijn:**

Nee, dat is niet zo. Dat verklaart ook die actieve bemoeienis.

**De voorzitter:**

De motie op stuk nr. 503 wordt ontraden. Dan komen wij bij de motie op stuk nr. 504.

**Minister Van Rijn:**

De motie op stuk nr. 504 vraagt of meerjarige contracten of andere vormen van bekostiging de integrale samenwerking kunnen bevorderen. Ik heb aangegeven dat minder PxQ, meer aanneemsommen en meerjarige contracten randvoorwaardelijk kunnen zijn voor verdere samenwerking. Ik laat het oordeel aan de Kamer.

**De voorzitter:**

De motie op stuk nr. 504 krijgt oordeel Kamer.

**Minister Van Rijn:**

Mevrouw Dik-Faber diende de motie op stuk nr. 505 in. Die is in lijn met een eerder door deze Kamer aangenomen motie van GroenLinks die, als ik me niet vergis, werd ingediend tijdens de begrotingsbehandeling voor 2020. Daarin werd ook al gekeken hoe we kunnen bevorderen dat die zeggenschap beter wordt verankerd. De motie op stuk nr. 505 zegt een beetje hetzelfde, maar op één punt gaat ze verder, misschien onbedoeld. Dat is dat er nu al wordt gezegd dat dat wettelijk verankerd moet worden, terwijl we juist een beetje aan het kijken zijn wat de beste weg is. Als ik de motie zo mag lezen dat we ons – zonder per se aan te sturen op nu al

weten welke wettelijke verankering dat moet zijn – actief blijven inzetten om te kijken hoe we de zeggenschap verder kunnen verbeteren, dan wil ik hier niet tegen zijn. Maar anders wil ik de motie ontraden.

**De voorzitter:**

Dat is een tweeledig uit te leggen oordeel.

**Minister Van Rijn:**

Misschien moet ik de indieners van de vorige motie vragen of deze ....  
Nou ja, goed.

**De voorzitter:**

Ik kijk even richting mevrouw Ellemeet, want mevrouw Dik-Faber is er niet.

**Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):**

Ik heb het hier even over gehad met mevrouw Dik-Faber. Dat is akkoord. Je kunt niet vragen om iets te onderzoeken als je op voorhand al weet waar je uit wil komen. Maar dit is wel een perspectief dat je absoluut niet wilt uitsluiten.

**De voorzitter:**

Met deze toelichting van mevrouw Ellemeet kunnen we voor de motie op stuk nr. 505 oordeel Kamer noteren. De Minister.

**Minister Van Rijn:**

Ik dank mevrouw Ellemeet voor de treffende duiding van deze motie. Dan hebben we de motie op stuk nr. 506. Daarin wordt gevraagd om met het Zorginstituut te bezien op welke wijze de invloed van landelijke kwaliteitsnormen nadrukkelijker getoetst kan worden. Daar hebben wij even een interessante uitwisseling van gedachten over gehad. Ik zit een beetje in dubio, want aan de ene kant is dit een thema dat, zo vind ik, een grotere rol moet gaan spelen in de afweging die we met elkaar maken. Maar ik aarzel een beetje om dat eenzijdig bij het Zorginstituut neer te leggen, omdat het Zorginstituut een andere wettelijke taak heeft, namelijk om te beoordelen op medicinale gronden en om in overleg met partijen tot een advies te komen. Ik weet eigenlijk niet of je dat advies moet mengen met een andere afweging, namelijk het punt van de nabijheid en de bereikbaarheid. Want dat is een politiek-maatschappelijke weging die je misschien ook aan een andere tafel zou willen maken. Ik heb de suggestie gedaan dat ik met het Zorginstituut zou kunnen overleggen of de waarborgen die het heeft aangebracht, voldoende informatie geven. We kunnen ook kijken of er andere wegen zijn om die afweging met elkaar en misschien ook met andere partijen te maken. Ik zou hier willen vragen om mij of mijn ambtsopvolger de gelegenheid te geven om even te zoeken welke interventie goed zou kunnen zijn en om de motie op dat punt dus even aan te houden.

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

Ik ben geen eerste ondertekenaar, maar het lijkt mij dat we dat gewoon moeten doen.

**De voorzitter:**

Dank u wel.

Op verzoek van mevrouw Dik-Faber stel ik voor haar motie (31 765, nr. 506) aan te houden.

Daartoe wordt besloten.

**Minister Van Rijn:**

Dan de motie op stuk nr. 507, waarin de regering wordt verzocht om de NZa te vragen om effecten te onderzoeken. Dat zijn veel werkwoorden, want er is veel werk aan de winkel. Ik zou deze motie positief willen duiden, als ik die als volgt mag lezen. Er wordt gevraagd wat de effecten zijn van de handreiking met betrekking tot ... En dan komen er nogal wat punten, waardoor het een beetje lijkt alsof het een heel kwantitatieve manier van afvinken is. Ik denk dat deze aspecten meegenomen moeten worden. Als u mij toestaat om deze motie wat kwalitatiever in te vullen, dan zou ik het oordeel over deze motie aan de Kamer willen laten.

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):

Akkoord. Graag. Dank.

**De voorzitter:**

De motie op stuk nr. 507 krijgt oordeel Kamer.

**Minister Van Rijn:**

De motie op stuk nr. 508 vraagt naar de verplichte voorraad en hoe die gehandhaafd moet worden. De groothandels hebben nu al de wettelijke plicht om ervoor te zorgen dat de apotheken voldoende worden bevoorrad. De IGJ houdt daar toezicht op, ook rond de aankomende herziening van de Wet geneesmiddelenprijzen. Ik denk dus dat een wettelijke aanpassing daarvoor niet nodig is, nog afgezien van het feit dat dat binnen de termijn die we willen hanteren, uitvoeringstechnisch ook ingewikkeld is, omdat die wet dan veel langer duurt dan wanneer ik toezicht zou willen houden. Misschien zou ik mevrouw Ploumen de suggestie kunnen doen om deze motie aan te houden, in het besef dat ik haar deze week nog informeer over de operationalisering en de planning van de ijzeren voorraad. Die notitie komt eraan en dat betekent dat u dan pas tot een oordeel kunt komen of er nog aanvullende vragen te stellen zijn.

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):

Ik houd haar aan.

**De voorzitter:**

Op verzoek van mevrouw Ploumen stel ik voor haar motie (31 765, nr. 508) aan te houden.

Daartoe wordt besloten.

**Minister Van Rijn:**

Dan de motie op stuk nr. 509, over de trusted third party. Eigenlijk hebben we al een trusted third party die de onderhandelingen objectief beoordeelt en daarover verslag kan doen aan de Kamer. Dat is namelijk de Rekenkamer. Die heeft ook een rapport uitgebracht om uw Kamer te rapporteren over de vraag hoe dit nou gegaan is en wat de lessen voor de toekomst zijn. Om die reden zou ik de motie willen ontraden.

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):

Slim.

**De voorzitter:**

Dat is een mooie duiding van mevrouw Ploumen. Het was slim om haar motie te ontraden. De motie op stuk nr. 508 wordt dus ontraden. De Minister.



**Minister Van Rijn:**

In het besef dat er heel veel knopen zijn doorgehakt voor de toekomst van de curatieve zorg, zou ik graag mevrouw Van den Berg en in haar alle leden van deze commissie willen bedanken voor de korte, maar hevige samenwerking in de afgelopen periode. Ik zie u graag weer terug.

**De voorzitter:**

Hartelijk dank. We zijn er nog niet. We zijn er nog niet. Ik heb namelijk een hele lijst met toezeggingen. Wilt u dat ik die voorlees? Dan gaan we daarmee beginnen. Ik vraag de Minister om nog een keer goed mee te luisteren naar alle toezeggingen in het notaoverleg Cure.

- In september wordt de Kamer geïnformeerd over het zorgbrede advies van de chieft nursing officer over de positionering van verpleegkundigen.

Dat is een toezegging aan de commissie. Dan de tweede toezegging.

- Na de zomer wordt de Kamer geïnformeerd over het advies van de NZa over de mogelijke financiële stimulansen om digitale zorg te verankeren.

Dat is ook een toezegging aan de commissie. Dan drie.

- Na publicatie van de monitor in september 2020 over de doorverwijzing van umc's naar regionale ziekenhuizen wordt de Kamer nader geïnformeerd.

Dat is een toezegging richting mevrouw Van den Berg. Dan vier.

- Na de zomer wordt de Kamer het rapport van de NZa, het Zorginstituut en de inspectie over de randvoorwaarden van gepast gebruik en het verder stimuleren hiervan toegestuurd.

Dat is een toezegging aan de commissie.

- De Kamer ontvangt een brief over de ijzeren voorraden van geneesmiddelen.

Dat is een toezegging aan de commissie. Wij zouden nog een datum krijgen.

**Minister Van Rijn:**

Ik deed net de toezegging aan mevrouw Ploumen dat die brief deze week nog komt.

**De voorzitter:**

Excuus. Deze week. Dat voegen we toe. Dan toezegging zes.

- In het najaar 2020 ontvangt de Kamer een brief over de financiële arrangementen.

Dat is een toezegging aan de commissie.

Hierbij wordt specifiek ingegaan op de rol van de trusted third party in de onderhandelingen over medicijnprijzen.

Dat is een toezegging richting mevrouw Ploumen. Dan toezegging zeven.

- Morgen ontvangt de Kamer de houtskoolschets acute zorg.

Dat is een toezegging aan de commissie. Acht.

- Na de zomer ontvangt de Kamer het onderzoek naar de gemeentepolis.

Dat is een toezegging in de richting van de heer Raemakers. De nummering klopt nu even niet, maar we gaan door met tien.

- Het wetsvoorstel Integere bedrijfsvoering zorgaanbieders wordt naar verwachting in het voorjaar van 2021 bij de Kamer ingediend.

De volgende toezegging.

- Na de zomer ontvangt de Kamer een reactie op de initiatiefnota van de leden Sazias, Van den Berg en Veldman over de DNA-analyse bij kankerpatiënten.

En dan de laatste.

- Op 1 januari 2021 ontvangt de Kamer de lijst van «niet te wisselen».

Daarmee zijn de toezeggingen genoteerd. Ik zie dat we misschien nog niet helemaal volledig zijn. De heer Raemakers.

De heer **Raemakers** (D66):

Ik zou heel graag in de lijst opgenomen zien dat er advies aan het Zorginstituut wordt gevraagd over de glucosesensor. En als het gaat over ME/CVS moet er bij ZonMw worden gevraagd naar het expertisenetwerk. Dat is allemaal gezegd door de Minister. Het zou fijn zijn als dat ook in de lijst van toezeggingen terechtkomt.

De **voorzitter**:

We nemen in de lijst alleen maar de toezeggingen op die daadwerkelijk leiden tot een brief aan de Kamer. Voor de rest zijn er wel toezeggingen, maar die worden niet in de lijst opgenomen. Anders gaan we het hele notaoverleg overdoen.

De heer **Raemakers** (D66):

Aangezien de Kamer over beide onderwerpen in het verleden al moties heeft ingediend die eigenlijk niet tot voldoende resultaat hebben geleid, zou het bij beide onderwerpen, denk ik, goed zijn als daar wel een Kamerbrief over komt.

De **voorzitter**:

Dan kijk ik in de richting van de Minister om te zien of hij nog zo gul kan zijn om beide brieven toe te zeggen.

Minister **Van Rijn**:

Ik zoek ook even naar het voertuig. Misschien zouden wij die punten bijvoorbeeld ter gelegenheid van de voorbereiding van de begrotingsbehandeling kunnen meenemen.

De **voorzitter**:

De heer Raemakers vindt dat goed. Dan koppelen we ze aan de begrotingsbehandeling en het schrijven daar. Dan gaan we dat zo doen.

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

In zijn antwoord gaf de Minister aan dat hij graag bij mij zou terugkomen op hoe we het beste kunnen organiseren dat toegankelijkheid een onderdeel van kwaliteit zou kunnen zijn en hoe we het gesprek daarover kunnen krijgen. Ik zou daarover in ieder geval graag ook iets op papier ontvangen van de Minister.

Minister **Van Rijn**:

Misschien moeten we dezelfde afspraak maken, namelijk dat dit punt nadrukkelijk even wordt gemeld ter gelegenheid van de begrotingsvoorbereiding.

De **voorzitter**:

Ja? Akkoord. Dan gaan we het op die manier proberen te noteren. Mevrouw Ploumen had nog een vraag.

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):

Ik had nog een korte vraag over de toezegging over de trusted third party. Ik hoor net van de Minister dat de Rekenkamer die rol vervuld heeft. Dat was nu eenmalig. Ik zou het fijn vinden als in de brief over de opties en hoe die in elkaar zouden kunnen steken, ook meegenomen wordt of de Algemene Rekenkamer steeds kan meekijken bij die onderhandelingen, structureel dus.

Minister **Van Rijn**:

Nou gaat u wel weer heel veel vragen. Ik rafel het even uit elkaar. Je gebruikt vaak een trusted third party als er ingewikkelde onderhandelingen zijn waarin je informatie moet uitwisselen en elkaar niet meteen

vertrouwt om die informatie te geven. Dan wordt er gezamenlijk een trusted third party ingehuurd om de onderhandelingen te faciliteren. Ik heb daarvan gezegd: dat lijkt me een beetje ingewikkeld, want dat is nou juist het probleem. Uw andere vraag was hoe de Kamer beter kan zien hoe het met die onderhandelingen gaat, met meer transparantie, en hoe zij die structureel kan volgen. Ik heb gezegd: die partij hebben we al, want dat is de Algemene Rekenkamer. Ik zou er geen bezwaar tegen hebben als de Algemene Rekenkamer af en toe ook onderzoek doet en vraagt hoe het gaat. Wij komen overigens elk jaar met een voortgangsrapportage over die financiële onderhandelingen, dus die informatie krijgt u van ons. Ik ga ervan uit dat de Rekenkamer sowieso periodiek zal willen blijven kijken, maar ik wil hier niet het werk van de Rekenkamer aansturen. Dat instituut kunt u ook bevragen door te zeggen: kom eens met een rapport!

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Ik heb nog één vraag over de toezeggingen, over die lijst. Die komt dus per 1 januari 2021, maar ik neem aan dat die dan ook meteen geïmplementeerd wordt. Niet dat we dan een lijst hebben en nog een halfjaar gaan nadenken over hoe we die lijst gaan gebruiken. Heb ik het zo goed begrepen?

Minister **Van Rijn**:

Als die lijst er is, dan zal die gelijk in werking treden. Wat ik even niet paraat heb, is hoe die lijst precies doorwerkt in de modernisering van het geneesmiddelenvergoedingssysteem. Maar op de vraag of die lijst, als die er is, meteen gebruikt gaat worden, zegt mijn geweten: vast wel!

De **voorzitter**:

Oké. Hartelijk dank. Genoteerd!

Daarmee zijn we aan het einde gekomen van de tweede termijn van dit notaoverleg. Een aantal van u en de Minister zien wij vanmiddag nog terug bij het WGO Wijziging van de begrotingsstaat. Ik denk dat het netjes is om de Minister nu al even in dit notaoverleg, dat hij in zijn eentje heeft gevoerd en eigenlijk zijn laatste debat met de Kamer was, hartelijk dank te zeggen. Ik denk dat ik dat namens de hele commissie mag doen. Hartelijk dank voor de wijze waarop u in de afgelopen maanden de debatten met onze commissie gevoerd heeft en voor de manier waarop u ons van informatie heeft voorzien. U krijgt zo meteen nog een klein cadeautje: u mag bij de stemmingsronde zitten. Dat is ook een hele belangrijke opgave.

Minister **Van Rijn**:

U noemt dat een cadeautje, voorzitter, zo begrijp ik.

De **voorzitter**:

Zeker. Zeker. Zeker. Dat is een van de belangrijkste dingen waar wij als parlement over gaan. Maar zonder dollen: heel veel dank, want ik denk dat het geen sinecure was om in te vliegen en het dossier Medische Zorg op deze manier invulling te geven. Dus zeer, zeer hartelijk dank. Een woord van dank ook aan de heer Van Gerven voor het waarnemen van het voorzitterschap.

(Applaus)

De **voorzitter**:

Applaus voor de Minister! Ik dank de Minister en zeker ook zijn ondersteuning voor de aanwezigheid. Ik dank de Kamerleden. Een aantal van u

zie ik straks nog. Ik wens u allen, vooral degenen die ik straks niet zie, alvast een heel fijn reces. Dank ook voor de ondersteuning in de zaal.

Sluiting 13.32 uur.