

Vergaderjaar 2017–2018

29 248

Invoering Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's)

31 016

Ziekenhuiszorg

31 765

Kwaliteit van zorg

Nr. 310

VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Vastgesteld 1 mei 2018

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 4 april 2018 overleg gevoerd met de heer Bruins, Minister voor Medische Zorg en Sport, over:

- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 8 maart 2016 over de evaluatie faillissementen Ruwaard van Putten en De Sionsberg (Kamerstuk 31 016, nr. 92);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 22 maart 2016 ter aanbieding van het IGZ-rapport «De klinische revalidatie op weg naar verdere professionalisering» (Kamerstuk 31 765, nr. 198);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 18 maart 2016 ter aanbieding van het IGZ-rapport «Toezicht particuliere klinieken 2014» (Kamerstuk 34 300 XVI, nr. 156);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 7 maart 2016 met de reactie op het verzoek commissie inzake berichtgeving misstanden op afdeling KNO in het UMC Utrecht alsmede helderheid over de wijze waarop en binnen welke reikwijdte de IGZ de misstanden in het UMC Utrecht onderzoekt (Kamerstuk 31 016, nr. 91);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 7 april 2016 ter aanbieding van het IGZ-rapport «Concentratie kinderoncologie op koers» (Kamerstuk 31 765, nr. 199);**
- **de verzamelbrief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 8 maart 2016 over VWS-onderwerpen (Kamerstuk 34 300 XVI, nr. 155);**
- **de verzamelbrief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 29 maart 2016 van maart (Kamerstuk 34 300 XVI, nr. 158);**
- **de verzamelbrief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 3 mei 2016 van april (Kamerstuk 34 300 XVI, nr. 160);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 23 mei 2016 over de uitvoering gewijzigde motie van de leden Dik-Faber en Bouwmeester over de inventarisatie van voedingsconcepten (Kamerstukken 31 016 en 31 532, nr. 94);**

- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 19 mei 2016 ter aanbieding van het IGZ-rapport «Infectiepreventie in ziekenhuizen moet toch nog beter» (Kamerstuk 32 620, nr. 171);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 15 juni 2016 met de beleidsreactie op IGZ-rapport «Het operationele proces in de cardiothoracale chirurgie» (Kamerstuk 31 765, nr. 210);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 7 juli 2016 over de substitutiemonitor – afsprakenmonitor 2016 (Kamerstuk 33 654, nr. 21);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 7 juli 2016 ter aanbieding van het IGZ-rapport «Het Resultaat Telt particuliere klinieken 2014» (Kamerstuk 34 300 XVI, nr. 167);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 4 oktober 2016 ter aanbieding van het onderzoeksrapport Taakherschikking en kostprijzen in de praktijk (Kamerstuk 29 689, nr. 778);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 25 oktober 2016 over psychosociale zorg bij ingrijpende aandoeningen (Kamerstuk 25 424, nr. 334);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 3 november 2016 over prijstransparantie in de ziekenhuiszorg (Kamerstukken 32 620 en 31 016, nr. 181);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 29 november 2016 over de subsidieregeling overgang integrale tarieven medisch specialistische zorg (Kamerstuk 29 248, nr. 296);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 15 november 2016 over de stand van zaken NZa-onderzoek wachttijdontwikkeling De Sionsberg (Kamerstuk 31 016, nr. 96);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 29 november 2016 ter aanbieding van het rapport: De medisch specialist en correct registreren, een onderzoek naar de beleving van medisch specialisten (Kamerstuk 29 248, nr. 299);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 8 december 2016 met de reactie op het bericht aflasten operaties Zuyderland-ziekenhuizen Limburg en de reactie op de commissiebrief lid Bergkamp om te onderzoeken of er knelpunten zijn in regio Amsterdam (Kamerstuk 33 578, nr. 35);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 14 december 2016 met de reactie op enquête SP-fractie: de ziekenhuisverpleegkundige aan het woord (Kamerstuk 29 282, nr. 264);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 30 september 2016 over de nieuwe ambulancehelikopter die vluchten uitvoert vanaf de Friese Waddeneilanden (Kamerstuk 34 550 XVI, nr. 8);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 18 januari 2017 over de subsidieregeling overgang integrale tarieven medisch specialistische zorg 2017–2019 (Kamerstuk 29 248, nr. 302);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 11 januari 2017 ter aanbieding van de antwoorden op vragen van de commissie over de voorhang verdaging toepas-

- sing macrobeheersinstrument (mbi) medisch specialistische zorg 2014 (29 248, nr. 301);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 22 december 2016 over de uitvoering nader gewijzigde motie van de leden Bruins Slot en Volp over witte vlekken in de eerstelijnsopvang voor kwetsbare ouderen (Kamerstuk 29 247, nr. 226);
 - de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 20 november 2015 met de reactie op het verzoek van het lid Bruins Slot, gedaan tijdens de regeling van werkzaamheden van 11 november 2015, over het bericht «Slotervaart verdiende miljoenen met het maken van heroïne» (Kamerstuk 24 077, nr. 359);
 - de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 8 maart 2016 ter aanbieding van de beantwoording vragen commissie over de reactie op verzoek van het lid Bruins Slot, gedaan tijdens de regeling van werkzaamheden van 11 november 2015, over het bericht «Slotervaart verdiende miljoenen met het maken van heroïne» (Kamerstuk 24 077, nr. 363);
 - de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 16 maart 2016 met nadere informatie naar aanleiding van de beantwoording van de vragen over het Slotervaart Ziekenhuis (Kamerstuk 24 077, nr. 365);
 - de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 7 februari 2017 ter aanbieding van de tussenrapportage TopZorg: een analyse van zeer specialistische zorg en wetenschappelijk onderzoek in drie niet-umc's (Kamerstuk 33 278, nr. 6);
 - de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 22 februari 2017 ter aanbieding van het IGZ-rapport «Het Resultaat Telt ziekenhuizen 2015» (Kamerstuk 31 765, nr. 264);
 - de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 22 februari 2017 ter aanbieding van het IGZ-rapport «Het Resultaat Telt particuliere klinieken 2015» (Kamerstuk 34 550 XVI, nr. 134);
 - de brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 31 maart 2017 over de toezegging Huntington (Kamerstuk 25 424, nr. 351);
 - de brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 31 maart 2017 over de stand van zaken protocolcentra (Kamerstuk 33 693, nr. 9);
 - de brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 13 april 2017 ter aanbieding van het afschrift brief aan de Nederlandse Zorgautoriteit over de onderschrijving van het mbi-omzetplafond voor de medisch-specialistische zorg voor het jaar 2014;
 - de brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 18 april 2017 ter aanbieding van het IGZ-rapport «Goed bestuur en veilige cultuur; vereisten voor goede zorg. Raad van bestuur UMC Utrecht teveel op afstand» (Kamerstuk 31 016, nr. 100);
 - de brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 18 april 2017 over het onderzoek EY inzake bevordering participatiemodel (Kamerstuk 32 012, nr. 42);
 - de brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 21 april 2017 over het onderhandelaarsakkoord medisch-specialistische zorg 2018 (Kamerstuk 29 248, nr. 303);

- de brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 31 mei 2017 over de marktscans Medisch Specialistische Zorg en Geestelijke Gezondheidszorg 2016 en Actieplan wachttijden zorg NZa (Kamerstukken 25 424 en 29 248, nr. 353);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 9 juni 2017 ter aanbieding van het adviesrapport werkgroep Psychosociale zorg bij ingrijpende somatische aandoeningen (Kamerstuk 25 424, nr. 355);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 8 juni 2017 over het hoofdlijnenakkoord medisch-specialistische zorg 2018 (Kamerstuk 29 248, nr. 304);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 15 juni 2017 over het bestuurlijk akkoord plan van aanpak ROBIJN (Kamerstuk 32 864, nr. 5);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 4 september 2017 ter aanbieding van het afschrift reactie op de brief van de Noordwest Ziekenhuisgroep (NWZ) over de aankondiging dat NWZ de Spoedeisende Hulp en acute verloskunde op locatie Den Helder sluit als het op 1 oktober aanstaande geen toezegging heeft dat het jaarlijks 9 miljoen euro extra ontvangt;
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 29 augustus 2017 inzake publicatie derde NZa-monitor integrale bekostiging medisch-specialistische zorg (Kamerstuk 29 248, nr. 307);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 6 juli 2017 over het advies implementatie intra-arteriële behandeling bij het acute herseninfarct van het Zorginstituut (Kamerstuk 29 689, nr. 841);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 5 juli 2017 over het verdiepend onderzoek NZa naar de wachttijden in de Medisch Specialistische Zorg (Kamerstukken 29 248 en 29 689, nr. 306);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 2 september 2014 over de regeling transitiegelden bij invoering integrale bekostiging medisch specialistische zorg (Kamerstuk 29 248, nr. 272);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 18 september 2014 ter aanbieding van het rapport Taakherschikking en kostprijzen, uitgevoerd door het Radboudumc (Kamerstuk 29 689, nr. 542);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 27 oktober 2015 met de reactie op het artikel in NRC Weekend d.d. 19 september 2015 «ACM wil dat tarieven ziekenhuizen openbaar worden» (Kamerstuk 29 248, nr. 289);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 29 april 2016 ter aanbieding van het afschrift van de brief aan de Nederlandse Zorgautoriteit over de wijze waarop wordt omgegaan met de overschrijding van het mbiomzetplafond voor de medisch-specialistische zorg voor het jaar 2013 (2016Z08888);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 4 juli 2016 over de stand van zaken integrale bekostiging en besturingsmodellen medisch specialistische zorg (msz) 2016 (Kamerstuk 32 012, nr. 39);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 15 juni 2017 met de reactie op het verzoek commissie op het Jaarverslag van het Waarborgfonds voor de Zorgsector

- met betrekking tot de kapitaallasten (Kamerstuk 34 550 XVI, nr. 142);**
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 6 december 2017 met de reactie op het verzoek commissie over de stand van zaken op de dossiers medisch specialistische zorg en ziekenhuiszorg (Kamerstuk 29 248, nr. 308);**
 - de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 7 december 2017 over de themaverkenningen Volksgezondheid Toekomstverkenning (VTV) 2018 van het RIVM (Kamerstuk 32 793, nr. 286);**
 - de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 20 maart 2018 met de reactie op het verzoek commissie inzake het bericht over zorgvastgoed «Functioneel zorgvastgoed is als Zwitsers zakmes» d.d. 2 februari 2018 en het achterliggende rapport (Kamerstuk 31 765, nr. 308).**

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: Post

Aanwezig zijn zes leden der Kamer, te weten: Van den Berg, Dijkma, Dik-Faber, Ellemeet, Lodders en Aukje de Vries,

en de heer Bruins, Minister voor Medische Zorg en Sport.

Aanvang 10.00 uur.

De voorzitter:

Goedemorgen allemaal. Hartelijk welkom bij de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport, waarin we vandaag het debat zullen voeren. Het is een verzameldebat over de medisch-specialistische zorg, de ziekenhuiszorg, kapitaallasten en de curatieve zorg. Ik heet de Minister voor Medische Zorg welkom en zijn ondersteuning uiteraard ook. Ook welkom aan de Kamerleden, aan de mensen op de publieke tribune en aan de mensen die het debat op een andere manier volgen. We hebben met elkaar afgesproken dat we een spreektijd hanteren van vijf minuten. Ik zou willen voorstellen om ons in de eerste termijn te beperken tot een tweetal interrupties. Voor ik het woord geef aan mevrouw Van den Berg, wil ik u nog mededelen dat mevrouw Pia Dijkstra zich ziek gemeld heeft voor dit algemeen overleg en dat mevrouw Dijkma tussen half twaalf en twaalf uur de vergadering mogelijk even moet verlaten. Zij heeft daarbij aangegeven dat er sowieso meegeluisterd wordt.

Mevrouw Dijkma (PvdA):

Klopt. Hij heet Michiel en hij is heel goed!

De voorzitter:

Goed. Ik stel voor van start te gaan. Ik geef graag als eerste het woord aan mevrouw Van den Berg. Zij spreekt namens de fractie van het CDA. Gaat uw gang.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Dank u wel, voorzitter. Ziekenhuiszorg in Nederland is van een hoog niveau. Wij vinden het van groot belang dat dat zo blijft, en dat in heel Nederland goede zorg beschikbaar, bereikbaar en betaalbaar blijft. Daarom willen we eerst toch eventjes spreken over de hoofdlijnenakkoorden. Daar hebben we één enkele vraag over. De hoofdlijnenakkoorden zijn namelijk cruciaal voor de betaalbaarheid, en de Minister moet zorgen dat er aan het einde van deze kabinetsperiode op het gebied van de zorg maximaal 8 miljard stijging is in plaats van de nu verwachte 10 miljard. Van de medisch-specialistische zorg zal daarbij een grote bijdrage worden gevraagd. Wij gaan daar dus binnenkort uitgebreider over spreken, maar ik zou nu alvast één vraag aan de Minister willen stellen. Is de Minister het met het CDA eens dat de hoofdlijnenakkoorden net als de afgelopen jaren een plafondafpraak moeten zijn, en dat er dus geen sprake zal zijn van een vaste aanspraak voor ziekenhuizen dan wel andere zorgaanbieders? Het artikel vanmorgen in Het Financieele Dagblad over VGZ sterkt ons in deze vraag.

Voorzitter. Zoals eerder gezegd vinden wij dat de zorg beschikbaar en bereikbaar moet blijven, ook, of misschien juist, in de regio. De Minister schrijft in zijn brief van december, die over de veranderingen in het zorglandschap ging, dat zorgaanbieders en -verzekeraars tijdig moeten anticiperen op de herschikking van het zorgaanbod, en dat gemeenten en inwoners daarbij betrokken moeten worden. Hoe gaat de Minister zorgen dat dat laatste gebeurt?

Nu we het toch over de regio hebben: verontrustend genoeg horen wij steeds vaker de roep om regionale afstemming en om een verplicht

volgbeleid voor verzekeraars in hun inkoopbeleid. Dat verzekeraars elkaars inkoopbeleid volgen als er goede ideeën zijn, vinden wij uitstekend en dat is ook logisch. Maar is de Minister het met mij eens dat dit geen regionale verplichting moet worden? Want dat zou wat ons betreft de dood in de pot zijn voor innovatie in de contractering.

Voorzitter. Gisteren hebben wij ook weer nieuwe rapporten gekregen van de inspectie IGJ, onder andere over de ziekenhuizen en klinieken. De kwaliteit van de zorg is zeer afhankelijk van goede infectiepreventie en hygiënische processen. Het blijkt dat daarin nog wel het een en ander te verbeteren valt, en dat men moeite heeft om elkaar aan te spreken. Er moet meer inzicht komen in het eigen functioneren en men zou meer van elkaar moeten leren. We vragen ons af waarom het niet lukt om hier stappen in te zetten. Wat kan de Minister entameren om dat te bereiken? Voorts is vorig jaar juni de werkgroep infectiepreventie opgeheven. Die stelde onder andere richtlijnen op en had ook een helpdesk. Het is voor het CDA niet helder hoe deze functies nu structureel worden geborgd en welke organisaties daarin een verantwoordelijkheid hebben. Als de Minister dat vandaag niet kan beantwoorden, zou hij er dan in ieder geval voor kunnen zorgen dat hij dat voor het AO Preventie duidelijk heeft?

Voorzitter. Als we het hebben over «kunnen leren van elkaar», willen we toch ook even aandacht vragen voor de voeding in ziekenhuizen. Uit een recente rapportage blijkt dat het voedingsconcept van Ziekenhuis Gelderse Vallei in Ede het meest overeenkomt met de optimale situatie. Dit ziekenhuis werkt intensief samen met de universiteit van Wageningen. Het blijkt dat goede voeding ook een positief effect heeft op verkorting van de ligtijden en leidt tot een sneller genezingsproces. We vroegen ons af of er misschien een nationale proeftuin van dit huidige project gemaakt kan worden in samenwerking met Wageningen en de ziekenhuizen die al heel dichtbij dat optimale concept komen.

Dan mijn laatste punt, voorzitter, namelijk transparantie. Vorige week bleek uit een rapport van het Centraal Planbureau dat er enorm grote verschillen zijn tussen de kostprijs en de contractprijs van de dbc's. Daar kan soms een factor drie tot factor zes tussen zitten. Klopt het dat de patiënt daardoor voor exact dezelfde behandeling in het ene ziekenhuis meer eigen risico kwijt is dan in het andere ziekenhuis? Deelt de Minister onze visie dat dat onwenselijk is? In november 2016 schreef de voorganger van de huidige Minister dat zij de Zorgautoriteit had gevraagd een gestructureerd traject te ontwerpen voor een stapsgewijze openbaarmaking van prijsgegevens. Hoe staat het hiermee, wanneer kunnen we de resultaten verwachten en wordt er dan ook een koppeling met de kwaliteit gemaakt?

Dank u wel, voorzitter.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan geef ik nu graag het woord aan mevrouw Ellemeet. Zij spreekt namens de fractie van GroenLinks. Gaat uw gang.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Dank u wel, voorzitter. Ook vandaag weer een heel breed debat over heel veel onderwerpen, waaronder de curatieve zorg en de ziekenhuiszorg. Ik wil graag beginnen met een onderwerp dat niet zo vaak aan de orde gesteld wordt in de context van curatieve zorg, namelijk leefstijlgeneeskunde. In het bijzonder wil ik het hebben over de resultaten van het onderzoek naar diabetes, genaamd Keer Diabetes2 Om. Dit onderzoek heeft aangetoond dat door de leefstijl te veranderen de medicatie kan worden verlaagd of zelfs volledig kan worden weggelaten, dus er is echt sprake van herstel. GroenLinks vindt dit een heel mooi onderzoek, een belangrijk resultaat en een hoopgevende ontwikkeling, eentje die wat mijn fractie betreft alle steun verdient en hoog op de politieke agenda gezet mag worden. Ik wil de Minister dan ook vragen hoe hij hiertegenover

staat. Wil hij deze combinatie van gezondheidswinst en kostenbesparing bevorderen, bijvoorbeeld door het op te nemen in de hoofdlijnenakkoorden? Ziet hij experimenteerimte voor «leefstijl op recept», zoals we ook «welzijn op recept» kennen? Is hij met GroenLinks van mening dat leefstijlgeneeskunde een belangrijker onderdeel zou moeten zijn van de medische opleidingen, en dat er ook ruim voldoende budget moet komen voor klinisch-medisch onderzoek hiernaar? Graag een reactie. We zien al goede initiatieven ontstaan, zoals de leefstijlcoaches bij CZ, maar ze zijn nog lastig te financieren. Dat zou wat mijn fractie betreft makkelijker moeten worden. Dan kan het namelijk ook makkelijker vergoed worden door de zorgverzekeraars. Ik hoor heel graag hoe de Minister deze veelbelovende innovatieve ontwikkeling wil bevorderen.

Voorzitter. Dan de positie van de medisch specialisten in het ziekenhuis. Willen we ook in ziekenhuizen de omslag maken van productie en productieprikkels naar gezondheidswinst, dan helpt het in loondienst brengen van medisch specialisten. Dat onderschrijft ook het regeerakkoord, maar tot mijn grote teleurstelling heeft in 2017 maar één medisch specialist gebruikgemaakt van een subsidieregeling om over te gaan naar loondienst. Eén! Dan kunnen we niet anders dan vaststellen dat deze regeling nu niet werkt. Ik vraag de Minister: hoe komt dat? Hoe gaat hij ervoor zorgen dat er wel gebruikgemaakt gaat worden van deze regeling, die tot 2019 blijft bestaan? Graag een reactie.

Voorzitter. Medisch specialisten hebben zich nu in groten getale georganiseerd in een medisch-specialistisch bedrijf. Dat leidt tot complexe verbanden. Ziekenhuizen sluiten met zorgverzekeraars een contract over de te verlenen zorg, en moeten vervolgens in hun eigen ziekenhuis een medisch-specialistisch bedrijf inhuren om die zorg daadwerkelijk te laten verlenen. Het is dus eigenlijk een bedrijf in een bedrijf. Dat betekent dat een directeur van een medisch-specialistisch bedrijf een eigen secretaresse heeft, een eigen controller heeft, een eigen administratie moet doen enzovoorts, enzovoorts. Hier zitten dus heel veel overheadkosten aan vast, die onnodig dubbel gemaakt worden en die niet gemaakt zouden hoeven worden als medisch specialisten in loondienst zouden zijn. Het is nu dus onnodig ingewikkeld en dat kost gewoon geld. Bovendien bemoeilijkt deze constructie de bestuurbaarheid van een ziekenhuis, waar ik het in een vorig debat met de Minister ook al over had.

Voorzitter, ik hoor de bel voor het begin van de plenaire vergadering afgaan. Die leidt misschien een beetje af. Ik wacht even met verdergaan.

De voorzitter:

Iedereen is weer bij de les. Mevrouw Ellemeet vervolgt haar betoog.

Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):

Ik was gebleven bij de bestuurbaarheid van ziekenhuizen en hoe het medisch-specialistisch bedrijf die bemoeilijkt. Meer dan de helft van de raden van toezicht van ziekenhuizen geeft aan dat het samenwerkingsmodel, de samenwerking met de msb's, de organisatie onnodig gecompliceerd heeft gemaakt. Daar komt nog bij dat medisch-specialistische bedrijven een productieprikkel hebben. De artsen die partner zijn van zo'n msb, verdienen immers geld als ze gaan behandelen. Wat GroenLinks betreft stappen we af van dit verdienmodel. Het is hoog tijd dat we de gezondheidswinst centraal stellen en niet de productie. Wat is de reactie van de Minister hierop? Wat is hij van plan met het medisch-specialistische bedrijf en hoe wil hij de perverse productieprikkels van ziekenhuizen aanpakken? Graag een reactie.

Voorzitter. De kwaliteit van zorg moet prominenter onderdeel gaan uitmaken van de contractering. Ik vraag in het bijzonder aandacht voor het belang van het oordeel van patiënten over kwaliteit. Dat oordeel is goed vast te stellen met PREMs en PROMs. Dat zijn in goed Engels Patient Reported Experience Measures en Patient Reported Outcome Measures.

Gelukkig gebeurt dit steeds vaker, maar het vraagt nu ook nog veel van zorgverleners. Zo hebben bijvoorbeeld de logopedisten aangegeven in een brief aan de verzekeraars dat het hun extra tijd kost en dat ze er geen vergoeding voor krijgen. Zou het daarom niet wenselijk zijn als alle aanbieders gebruikmaken van ZorgkaartNederland als standaard-PREM? Het is een mooi platform waarop kwaliteitsinformatie van en voor patiënten gedeeld wordt. De informatie is ook direct beschikbaar voor patiënten. Hoe meer kwaliteitsinformatie op één plek beschikbaar is voor zo veel mogelijk mensen, hoe beter het is. Graag een reactie daarop. Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan geef ik nu het woord aan mevrouw Dijkma, die spreekt namens de fractie van de Partij van de Arbeid. Gaat uw gang.

Mevrouw Dijkma (PvdA):

Voorzitter, hartelijk dank. Er zijn drie kwesties waar ik graag met de Minister over zou willen spreken. In navolging van de CDA-fractie allereerst een punt met betrekking tot de hoofdlijnenakkoorden. Ik vermoed zomaar dat de Minister midden in heel spannende onderhandelingen zit waar hij ongetwijfeld helemaal niets over zal willen loslaten. Dat begrijp ik ook. Maar al langere tijd is een debat noodzakelijk tussen het kabinet en de Kamer over de vraag hoe uiteindelijk de hoofdlijnenakkoorden uitgevoerd kunnen worden zonder dat die ten koste gaan van bijvoorbeeld de kwaliteit van de zorg. Het is nog niet eerder gelukt om de Minister te vragen zich toch nog eens uit te laten over datgene wat het CPB als bijsluiter bij het regeerakkoord heeft meegegeven aan de Kamer. In de analyse van oktober 2017 die het CPB gemaakt heeft, staat op pagina 25: «De intentie om hoofdlijnenakkoorden in combinatie met een macrobeheersingsinstrument af te sluiten, leidt in 2021 tot ombuigingen van 0,7 miljard euro in de ziekenhuiszorg (...)» Daarna volgen nog de ggz en de wijkverpleegkundige zorg. «Voor deze ombuigingen geldt dat lagere zorguitgaven – hier komt het beruchte zinnetje – leidt tot minder zorg of tot lagere kwaliteit van zorg.» Voor datzelfde waarschuwen de ziekenhuizen ons als Kamer. Zij zeggen: op het moment dat we deze stap zetten met dit regeerakkoord, is dit mogelijk de uitkomst. Zij zullen geloof ik 10% meer zorg moeten gaan verlenen in de komende jaren met vermoedelijk dezelfde middelen. De vraag is hoe de Minister erop gaat sturen dat dit niet gaat leiden tot bijvoorbeeld opnieuw het ontstaan van wachtlijsten dan wel tot vermindering van de kwaliteit.

De voorzitter:

Tot zover dit punt, mevrouw Dijkma? Mevrouw Van den Berg heeft namelijk een vraag aan u.

Mevrouw Dijkma (PvdA):

Ja.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Vanmorgen stonden er in Het Financieel Dagblad twee stukken van VGZ waaruit blijkt dat er zelfs betere zorg wordt geleverd tegen minder kosten. Ik zou graag van mevrouw Dijkma daarop een reflectie willen hebben. Het blijkt dat er ook andere keuzes gemaakt worden door in het gesprek meer tijd te besteden aan de patiënt.

Mevrouw Dijkma (PvdA):

Dat vind ik heel interessant, net zoals ik het interessant vind dat volgens mij diezelfde zorgverzekeraar in met name Zeeland een experiment heeft gedaan in de eerstelijnszorg. Daarbij werd met meer tijd voor huisartsen minder snel doorverwezen naar bijvoorbeeld ziekenhuiszorg. Ik ben het er

volstrekt mee eens dat er vermoedelijk nog best veel winst te boeken is door een andere investering te kiezen binnen de zorg. Daarom heb ik ook helemaal geen bezwaar tegen het instrument van de hoofdlijnenakkoorden, maar ik hoop wel dat ze nog meer dan ze deden sturen op inhoud. Een van de kritiekpunten van de Algemene Rekenkamer waar we eerder als Kamer mee te maken kregen, was dat in de vorige kabinetsperiode die hoofdlijnenakkoorden – om het maar even heel fout in «Het Financieele Dagblad-termen» te zeggen – een heel goed macrobeheersinstrument waren. Met andere woorden: geen cent te veel. Dat moest ook, gelet op de economische positie waarin we verkeerden. Maar wat eigenlijk onvoldoende uit de verf kwam, was een inhoudelijke sturing op de zorg, op zinnige zorg en op zorg op de juiste plek. En dat wordt een lastige opgave voor deze Minister. Daarom is het wel van belang om van hem toch een beetje te vernemen hoe hij in de wedstrijd zit. Dat mogen we vragen. En dat er meer kan, daar ben ik het zeer mee eens.

De voorzitter:

Afrondend, mevrouw Van den Berg. Ik zie dat dit niet nodig is, dat het antwoord van mevrouw Dijkma voor haar voldoende is. Dan vervolgt mevrouw Dijkma haar betoog.

Mevrouw Dijkma (PvdA):

Voorzitter, met andere woorden: hoe voorkomen we dat in deze periode, terwijl er wel geld is, er toch wachtlijsten ontstaan en de kwaliteit van zorg gaat verminderen? Dat is mijn eerste punt.

Mijn tweede punt gaat over de grote prijsverschillen in de ziekenhuiszorg. Ook het CPB wijst daarop. Uit een studie van het CPB blijkt dat er niet perse zo laag mogelijke prijzen zijn ontstaan sinds de marktwerking haar entree maakte. Ziekenhuizen kunnen hoge prijzen hanteren voor de ene behandeling en lage prijzen voor andere behandelingen. Er zijn heel veel verschillen. Dat leidt tot een aantal, in mijn ogen, kritische vragen die, naar ik hoop, ook de Minister zichzelf zou moeten stellen.

Dat is allereerst de vraag over de transparantie van het systeem, zowel op het punt van prijs als op het punt van de geleverde kwaliteit. De Patiëntenfederatie Nederland vraagt daar terecht om. Men vraagt: is het niet nodig dat we gewoon veel meer inzicht krijgen in de prijzen die ziekenhuizen rekenen en wat ze er precies voor leveren? Dat maakt namelijk ook dat we beter kunnen zien of het huidige systeem daadwerkelijk functioneert.

De tweede vraag is de volgende. Een aantal onderzoekers zegt dat je in principe naast die noodzakelijke transparantie zou moeten overwegen om in te grijpen. Dat kan door het hele systeem van de ziekenhuiszorg los te koppelen van het eigen risico, waarbij je aan consumenten een vaste eigen bijdrage voor de ziekenhuiszorg vraagt. Een andere, meer nucleaire optie is dat je ervoor kiest om direct in te grijpen, waarbij je als overheid uniforme productprijzen bij de inkoop van zorg van ziekenhuizen zou afdwingen. Dat is een vergaande stap, die heeft ook nadelen, maar ik zou daarop wel een reflectie van de Minister willen horen.

Mijn laatste punt betreft een actueel bericht over Menzis, die ziekenhuizen afrekent op het succes van de hartbehandeling. Dat klinkt eigenlijk heel mooi. Hoe beter die hartbehandeling, hoe beter de financiering. Maar terecht maakt met name de organisatie Hartpatiënten Nederland zich zorgen over deze nieuwe afspraak, omdat zij bang is dat zorgverzekeraars en ook ziekenhuizen hiermee risicomijdend gedrag gaan vertonen en meer complexe behandelingen niet langer voor hun rekening nemen. Dat laatste, voorzitter, zou een pervers effect zijn van zo'n afspraak. Ook daar hoor ik graag de reactie van de Minister op.

Dat was het voor de eerste termijn.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan geef ik nu het woord aan mevrouw De Vries die namens de fractie van de VVD spreekt.

Mevrouw **Aukje de Vries** (VVD):

Dank u wel, voorzitter. Het is een verzamel-AO met heel veel onderwerpen. Ik moest dus een beetje kiezen. Ik zal het niet meer gaan hebben over de stukken uit 2014. Dat lijkt me een beetje overbodig.

Ik kan me allereerst aansluiten bij de constatering van mevrouw Van den Berg dat wij gewoon goede ziekenhuiszorg hebben, maar dingen kunnen altijd nog beter. Daarom lijkt het misschien weleens alsof wij heel veel kritiek hebben en dingen willen aanpakken, maar ik denk dat dat vooropstaat en ook ons uitgangspunt is.

De VVD wil graag goede zorg op de juiste plek en, waar dat kan, zo dicht mogelijk bij de mensen. Het is, wat ons betreft, daarom ook belangrijk dat er een taakverschuiving zal plaatsvinden, en ook een verschuiving van de tweedelijns- naar de eerstelijnszorg. Voor de VVD geldt dan wel het principe «budget volgt zorg». Substitutie zal dus ook moeten leiden tot minder geld in de tweedelijnszorg en meer geld in de eerste lijn, want de druk op bijvoorbeeld de huisartsen is nu al enorm. We zien daar ook goede voorbeelden van in het land, maar we zijn wel benieuwd in hoeverre dit ook onderdeel gaat uitmaken van het hoofdlijnenakkoord waar de Minister op dit moment aan werkt. Het kan, wat ons betreft, niet zo zijn dat taken worden overgeheveld naar de eerstelijnszorg en dat de tweedelijnszorg de gecreëerde ruimte weer gaat opvullen met extra behandelingen. Mevrouw Van den Berg noemde zojuist ook al het voorbeeld van VGZ dat vanochtend in de krant stond. Er worden krimpafspraken gemaakt met ziekenhuizen. Medisch specialisten wordt ook gevraagd hoe de zorg beter kan, en dat kan dan ook tot minder zorgkosten leiden. Wij denken dat dat een heel goede ontwikkeling is. We zouden graag zien dat de hoofdlijnenakkoorden daar in ieder geval geen belemmeringen voor opwerpen. Het is namelijk wel hoe het systeem volgens ons moet gaan werken.

We willen graag de zorg dicht bij mensen organiseren. Dat betekent dus ook veel meer buiten de ziekenhuismuren. De kapitaallasten van het vastgoed van ziekenhuizen kunnen in sommige gevallen dan een knelpunt zijn. Welke mogelijkheden ziet de Minister om dit probleem op te lossen? Zijn er goede praktijkvoorbeelden voor bijvoorbeeld het ombouwen en afbouwen van vastgoed? Kan hierover meer informatie gedeeld worden, zodat die benut kan worden door andere partijen?

Dan de wachttijden in de zorg. In de medisch-specialistische zorg zijn er helaas voor sommige specialismen ook wachttijden. Het kan natuurlijk gebeuren dat er tijdelijk geen plek is, maar het is dan wel zaak dat er een passend en tijdig alternatief in de regio komt. Zorgverzekeraars moeten daarbij het middel van zorgbemiddeling inzetten om aan hun zorgplicht te voldoen. De Nederlandse Zorgautoriteit heeft een actieplan ontwikkeld, maar het is wat ons betreft zorgelijk dat partijen voor de oplossing met name naar elkaar wijzen. Ik ben wel benieuwd wat de Minister daarvan vindt. Welke mogelijkheden heeft de NZa om te handhaven op de wachttijden, zowel bij de zorgaanbieder als bij de zorgverzekeraar? Is dit ook al ingezet in de afgelopen jaren?

De NZa noemt de druk op de spoedeisende hulp en de verschuiving van planbare zorg naar acute zorg als een van de oorzaken voor de wachttijden. We hebben al eerder heel veel discussie gehad over ouderen die een ziekenhuisbed bezetten terwijl dat eigenlijk niet nodig is. Er wordt dan ook geld vrijgemaakt voor het eerstelijnsverblijf. Werkt dit nu ook beter? Kunnen de betrokken organisaties elkaar nu beter vinden? Dat was namelijk een van de problemen. Is er niet ook een tekort aan plekken in de geriatrische revalidatievoorziening? Wat ons betreft moet er voldoende zicht zijn op het aantal beschikbare plekken voor de vervolgzorg. We hebben het idee dat het zicht op de beschikbaarheid nog een beetje

ontbreekt, maar ook het zicht op de vraag en de behoefte. Je moet beter kunnen bekijken wat er in de toekomst nodig is. We zijn wel benieuwd wat de Minister daaraan gaat doen. Per 1 april moeten er regionaal dekkende netwerken voor coördinatiepunten zijn voor de eerstelijnsverblijven. De VVD ziet graag dat ook de geriatrische revalidatiezorg daar onderdeel van gaat uitmaken.

Dan de betaalbare zorg. Zorg moet betaald worden op basis van de kwaliteit van de zorg – mevrouw Ellemeet had het daar zojuist ook al over – een goede behandeling en tevredenheid na afloop van de behandeling, en dus niet alleen op basis van het aantal uren dat aan een behandeling is besteed. Het kabinet zet redelijk ambitieus in op het ontwikkelen van uitkomstindicatoren. Dat is natuurlijk heel goed, maar we moeten er ook wel iets mee doen. Hoe en wanneer gaat de Minister vervolgstappen zetten richting meer uitkomstbesteding? Dat zou bijvoorbeeld in de vorm van experimenten kunnen. Ik ben dus wat positiever over bijvoorbeeld het initiatief van Menzis, omdat ik denk dat hierbij ook nadrukkelijk gestuurd wordt op kwaliteit en verbetering van de kwaliteit.

Dan mijn laatste punt, iets wat mevrouw Ellemeet ook al heeft aangekaart, namelijk het pleidooi van een aantal topmedici voor meer aandacht voor leefstijlgeneeskunde. De onderzoeksresultaten over de omkeerbaarheid van diabetes type 2 zijn niet alleen goed, maar bieden ook zicht op medische en financiële winst. De VVD is altijd voor een aanpak die bewezen effectief is. De leefstijlgeneeskunde dringt nu nog onvoldoende door in het protocol en het curriculum van de geneeskunde. Ook herhaalonderzoek is een probleem. We zijn wel benieuwd hoe de Minister deze mogelijkheden in de toekomst toch verder vorm en inhoud wil geven.

Dank u wel, voorzitter.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan geef ik tot slot het woord aan mevrouw Dik-Faber. Zij spreekt namens de fractie van de ChristenUnie. Gaat uw gang.

Mevrouw Dik-Faber (ChristenUnie):

Dank u wel, voorzitter. In de komende vier jaar zullen de kosten van de geneeskundige zorg stijgen van 43 miljard naar 53 miljard. Daar wil mijn fractie zich niet bij neerleggen. De zorg dreigt op die manier onbetaalbaar te worden. Het is dan niet voldoende om te wijzen naar een hoofdlijnenakkoord over de medisch-specialistische zorg, want een opbrengst van 0,7 miljard, volgens het CPB, is dan slechts 7% minder meer, toch wel een druppel op de gloeiende plaat.

Volgens mijn fractie is er meer nodig. Vier punten. We moeten werk maken van de substitutie van de tweede naar de eerste lijn, zonder dat het gat in de tweede lijn meteen weer wordt opgevuld. We moeten voorkomen dat er onnodige zorg wordt geleverd. Samen beslissen moet veel breder een plek krijgen in de zorg. We moeten niet betalen voor behandelingen maar voor de uitkomst van goede zorg. Zorgverzekeraar VGZ, door anderen ook al genoemd, heeft hierin een gidsrol, en laat in verschillende ziekenhuizen zien dat het daadwerkelijk anders kan, met zinnige en daardoor betere zorg én een kostenbesparing. Hoe gaat de Minister ervoor zorgen dat de werkwijze van VGZ brede navolging krijgt? In het regeerakkoord zijn afspraken gemaakt over substitutie, advanced care planning en het voorkomen van onnodige zorg. Natuurlijk moet dat allemaal een plek krijgen in de hoofdlijnenakkoorden. De kostenstijging van 10 miljard is een absoluut plafond wat mijn fractie betreft en mag geen aanspraak worden. Vindt de Minister dat ook?

Voorzitter. In het hoofdlijnenakkoord over de medisch-specialistische zorg worden ook afspraken gemaakt over geneesmiddelen. Kan de Minister toezeggen dat hij in het akkoord resultaatafspraken wil maken over het gebruik van goedkopere generieke middelen en biosimilars?

Dan de medisch specialisten. In het regeerakkoord staat dat we gaan stimuleren dat medisch specialisten de stap maken naar het participatiemodel of loondienst. De praktijk lijkt echter weerbarstig. In 2015 waren er 449 medisch specialisten die van een subsidieregeling gebruik hebben gemaakt; in 2016 waren dat er 14 en in 2017 was dat er 1. Hoe wil de Minister hier beweging in krijgen?

Voorzitter. Net als de vorige Minister legt deze Minister veel verantwoordelijkheid neer bij het zorgveld. Tegelijkertijd schrijft hij dat basiszorg dichtbij mensen beschikbaar moet zijn en dat bij beslissingen die hierop invloed hebben, sprake moet zijn van een zorgvuldig proces met betrokkenheid van gemeenten en bewoners. Ergens valt ook het woord «regie». Dat zijn voor mij echt nieuwe woorden. Welke zorg moet volgens de Minister dicht bij mensen beschikbaar zijn en wat verstaat hij onder «dicht bij»? Vindt hij dat er in de situatie van bijvoorbeeld Woerden sprake is geweest van een zorgvuldig gezamenlijk proces waarbij inwoners voldoende betrokken zijn? Wie zou er volgens hem toezicht moeten houden op dit proces? Welke rol ziet de Minister voor zichzelf?

Voorzitter. Bij de begroting is een amendement van mij aangenomen over een multidisciplinaire netwerkrichtlijn voor een gezonde leefstijl en zelfmanagement bij kinderen met diabetes of prediabetes. Hoe staat het met de uitvoering daarvan? De resultaten van het programma Keer Diabetes2 Om laten zien dat een verandering van leefstijl helpt om medicatiegebruik te verminderen en zelfs om helemaal van de ziekte af te komen. Leefstijlgeneskunde werkt dus niet alleen preventief, maar ook curatief. Bij leefstijlziekten zou niet medicatie, maar leefstijlgeneskunde als eerste interventie moeten worden ingezet. In het regeerakkoord staan afspraken om leefstijlinterventies een plek te geven in de opleidingen en richtlijnen en om waar nodig nader onderzoek te doen. Hoe gaat de Minister dit uitvoeren? Gaat hij hierover ook afspraken maken in de hoofdlijnenakkoorden?

Voorzitter. Ik heb al vaak gesproken over goede voeding. Goede voeding in de zorg doet ertoe en kan een verschil maken door ziekteprogressie te remmen, de kwaliteit van leven te verhogen en medicatiegebruik te verminderen. Kortom, lagere zorgkosten en gezondheidswinst voor de patiënt. Na mijn motie over voedingsconcepten in ziekenhuizen en het rapport met de inventarisatie van voedingsconcepten is er veel in gang gezet. Het komt nu aan op structurele inbedding. Hoe wil de Minister ervoor zorgen dat goede voeding een plek krijgt in de hele zorgketen? Is de Minister al in gesprek met de opleidingen om voeding daar een betere plek te geven?

Voorzitter. Eerder heb ik schriftelijke vragen gesteld over de positie van de opleiding voor artsen internationale gezondheidszorg en tropengeneeskunde. Volgens de Minister worden deze artsen primair opgeleid voor het leveren van zorg in het buitenland en ziet hij daarom geen verantwoordelijkheid voor het behoud van het aantal opleidingsplekken, maar in de praktijk komt het merendeel van de AIGT'ers terug naar Nederland, waarbij ze hun opgedane kennis en kunde hier juist heel goed kunnen inzetten. Bovendien past financiering voor deze opleiding heel goed bij SDG3, Sustainable Development Goal 3, over gezondheid. Daarom wil ik de Minister vragen om samen met zijn collega van BuHa-OS nog eens goed te kijken hoe de financiering van deze opleiding toch kan worden behouden, bijvoorbeeld in het kader van het programma Global Health, waar VWS nu aan werkt.

Voorzitter, tot slot. Geneeskunde is soms genezen, vaak verlicht, altijd vertroosten: prachtige woorden uit het boek Slotcouplet van Sander de Hosson. Dat boek staat dan ook boven aan mijn lijstje. Sander de Hosson houdt een pleidooi voor onder andere meer palliatieve zorg in ziekenhuizen. Daar staan ook opmerkingen over in het regeerakkoord. Wil de Minister met een plan komen hoe hij de palliatieve zorg in ziekenhuizen naar een hoger niveau wil tillen?

Dank u wel.

De voorzitter:

Er is nog een vraag van mevrouw Ellemeet.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Ja, nog even terug naar het punt van de leefstijlgeneeskunde. Mevrouw Dik zegt terecht dat we goed onderzoek moeten doen naar de inzet daarvan. We zien nu in de praktijk dat er maar een heel beperkt budget is voor dat onderzoek. Je zou kunnen zeggen dat dit een typische vorm van marktfalen is, want je kan geen patent aanvragen op gezond eten of meer bewegen. Is mevrouw Dik het met GroenLinks eens dat het een verantwoordelijkheid van de overheid is om te zorgen voor voldoende onderzoeksbudget om leefstijlgeneeskunde echt een prominenter rol in onze zorg te geven?

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

Er staan in het regeerakkoord een aantal mooie zinnen over leefstijlinterventies. Er wordt gesproken over het in goede richtlijnen verankeren van leefstijlinterventies in de zorg. Er staat ook: waar nodig, moet er nader onderzoek worden gedaan. Volgens mij is er ook wel een budgetje aan gekoppeld in het regeerakkoord. Dat wil ik nog verder gaan uitzoeken. Ik heb niet ineens een grote zak met geld beschikbaar, maar ik zie wel het punt dat mevrouw Ellemeet aankaart. Volgens mij adresseert het regeerakkoord dit ook.

De voorzitter:

Afrondend, mevrouw Ellemeet.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Ik zou dit antwoord als «voorzichtig hoopvol» willen omschrijven. Volgens mij is de ChristenUnie het ermee eens dat dit een belangrijk onderwerp is. Dat betekent ook dat we keuzes moeten maken. Er is inderdaad een beperkt budget, maar het gaat om de vraag: wat geef je prioriteit? Ik hoop dat de ChristenUnie het met GroenLinks eens is dat leefstijlgeneeskunde echt hoger op de agenda moet en meer prioriteit moet krijgen en dat dit ook betekent dat we ruim voldoende onderzoeksbudget beschikbaar zullen moeten stellen.

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

De ChristenUnie is een ontzettend groot voorstander van leefstijlgeneeskunde. Niet voor niks heb ik een amendement ingediend op het punt van diabetes bij kinderen (34 775 XVI, nr. 54). We zien allemaal de resultaten ervan. Niet voor niks staan hier ook mooie woorden over in het regeerakkoord. Dus laten we gewoon kijken wat nodig is. Ik denk dat, als we maximaal inzetten op leefstijlgeneeskunde, dat uiteindelijk tot een aanzienlijke kostenbesparing kan leiden in de curatieve zorg. Dat is waar de ChristenUnie voor gaat: meer kwaliteit van leven en een kostenbesparing.

De voorzitter:

Dank u wel. U was al aan het einde van uw betoog.

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

Ja.

De voorzitter:

Dat betekent dat we aan het einde van de eerste termijn van de zijde van de Kamer zijn gekomen. Ik schors de vergadering tot kwart voor elf. Dan zal de Minister de beantwoording ter hand nemen.

De vergadering wordt van 10.32 uur tot 10.47 uur geschorst.

De voorzitter:

Ik heropen de vergadering. Aan de orde is het algemeen overleg medisch specialistische zorg/ziekenhuiszorg/kapitaallasten/curatieve zorg. Ik wil graag de Minister de gelegenheid geven voor de beantwoording in eerste termijn en met de leden afspreken een tweetal interrupties toe te staan. Het woord is aan de Minister. Ga uw gang.

Minister Bruins:

Voorzitter, dank u wel. Als u de titel van dit debat voorleest, is het eigenlijk best nog overzichtelijk, maar ik vond het een ongelofelijk dikke stapel met stukken. Hartelijk dank voor de selectie die u heeft gemaakt. Dat kadert althans in de eerste termijn het aantal te bespreken onderwerpen een beetje in. Ik hoop dat we gauw door de verzamel-AO's heen zijn, want dat is best lastig.

De voorzitter:

Omdat u het toch nog een keer noemt, Minister, zeg ik met name voor de luisteraars iets over de verzamel-AO's. Mevrouw De Vries refereerde al aan brieven uit 2014. Het is eigenlijk een instrument om de agenda enigszins op te schonen. Dus zodra dit algemeen overleg achter de rug is, zullen ze gewoon weer per thema geagendeerd worden. Ik denk dat iedereen het deelt dat we hier snel vanaf moeten zijn. Het woord is aan de Minister.

Minister Bruins:

Dank u wel. Ik zal graag de verschillende sprekers van vanochtend achtereenvolgens beantwoorden, dus niet per thema, maar per persoon. Ik begin graag bij de vragen die zijn gesteld door mevrouw Van den Berg. Misschien als prealabele opmerking: u heeft allemaal gezegd dat we eigenlijk goede ziekenhuiszorg hebben in Nederland. Die staat op een hoog peil, ook als je het internationaal vergelijkt. Dat is iets om te koesteren, om voor te strijden met zijn allen. Maar dat is als algemene opmerking denk ik wel relevant.

Dan heeft u eigenlijk allemaal, mevrouw Van den Berg als eerste, gesproken over de hoofdlijnakkoorden waarmee we aan de slag zijn. Het is best ingewikkeld, best complex, moeilijk om daar zo halverwege the making of de HLA's wat van te zeggen. Maar ik ben het wel eens met mevrouw Van den Berg en ook met anderen die dezelfde vraag hebben gesteld: HLA's moeten wel een plafondbesluit zijn. Dus ik voel mij gecommiteerd aan de afspraak in het regeerakkoord dat er 1,9 miljard minder meer beschikbaar is en dat dat ook zichtbaar moet zijn in de hoofdlijnakkoorden – het zullen er een handvol zijn – die ik hoop voor de zomer samen met de collega's aan u voor te leggen. Maar dan moet dat resultaat ook in geld zichtbaar zijn. Dus een plafondbesluit, ja.

Vervolgens stelde mevrouw Van den Berg een vraag over regionale afstemming, of eigenlijk het volgebeleid van verzekeraars. De ene verzekeraar maakt een afspraak. Moeten de andere dan volgen? En u voegde eraan toe, als dat zo zou zijn, dan zou dat innovatie kunnen belemmeren. Daarom heeft u, als ik het goed heb begrepen, niet de wens om in alle gevallen tot een heel strikt, dwangmatig volgebeleid te komen. Precies. Ik deel uw opvatting.

Dan de rapporten van de IGJ over de kwaliteit van de zorg. Er moet meer inzicht komen in het eigen functioneren van ziekenhuizen, maar ook van particuliere klinieken. Het laatste is niet genoemd, maar daar geldt denk ik hetzelfde voor. Ja, voorzitter, ik vind dit een heel belangrijk onderwerp. Ik zie ook dat ziekenhuizen werken aan transparantie. Ik zie dat dat ook een onderwerp van gesprek is tussen de inspectie aan de ene kant en ziekenhuizen aan de andere kant. Ik geloof dat alle partijen wel van

mening zijn dat openheid een voorwaarde is om te leren. Dat is weer noodzakelijk om de zorg te kunnen verbeteren. Dan gaat het dus niet alleen over dat wat goed gaat maar ook over dat wat niet gaat. Die lerende cultuur organiseer je niet met een wet of met een ochtend debat hier. Maar ik denk dat het permanent aandacht vragen is, u van uw kant, ik van de mijne, om die openheid te bevorderen.

We hebben de discussie gehad, en die roep ik in herinnering, over het NIVEL-rapport over vermijdbare sterfte. Ziekenhuizen hebben inzicht gegeven in hoe vaak een vermijdbaar sterftegeval bij hen voorkomt. Ik vind het echt goed dat men die kaarten niet voor de borst houdt en die informatie met elkaar deelt, niet alleen vanwege het aantal maar vanwege de achterliggende factoren. We hebben hier een lange weg te gaan. We zullen dus nog vaak het belang benadrukken van een open cultuur en van een lerende cultuur. Maar ik denk dat we ook op dit punt dezelfde opvatting toegedaan zijn, namelijk dat het leren van elkaar ongelofelijk belangrijk is. Op die manier praat ik er ook over met de inspectie.

De voorzitter:

Mevrouw Van den Berg heeft een vraag.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

In het rapport dat de inspectie heeft gepubliceerd, worden alleen de resultaten uit 2016 getoond en niet in een kolom erbij ook de resultaten uit 2015. Dus je kunt bijvoorbeeld geen trends zien, en er wordt helemaal geen informatie gegeven over de ziekenhuizen als zodanig. Ik begrijp dat het wel een enorm grote stap is om dit in één keer te doen. Maar is de Minister daarover wel in gesprek met de inspectie? Dat geldt ook voor de klinieken. Dat is zeer zeker een terecht punt, want daar waren nog meer opmerkingen over.

Minister Bruins:

Ja, hier ben ik inderdaad over in gesprek. Eigenlijk vind ik het nog belangrijker dat er ruimte is voor leren van elkaar dan dat ik alles weet. Ik vind wel dat de inspectie moet bevorderen dat ziekenhuizen onderling informatie met elkaar delen. Op die manier voer ik dat gesprek. Mevrouw Van den Berg stelde een vraag over de Werkgroep Infectie Preventie. Die werkgroep is opgeheven. Hoe wordt de nodige inzet nu geborgd? Tot vorig jaar was de Werkgroep Infectie Preventie verantwoordelijk voor het opstellen van richtlijnen op het terrein van infectiepreventie. De richtlijnen op het terrein van infectiepreventie zijn echter verouderd. In de loop der tijd waren het er te veel geworden. Ze konden daarom niet meer rekenen op draagvlak bij zorgprofessionals. Uw Kamer is in september 2017 geïnformeerd dat VWS met alle partijen ging kijken naar een nieuwe structuur voor de totstandkoming van deze richtlijnen en de financieringswijze. Daarop heeft die werkgroep zichzelf opgeheven, maar voor de zorginstellingen en het toezicht door de inspectie blijven de huidige richtlijnen van kracht. De hoofdlijn voor de nieuwe structuur is dat, zoals gebruikelijk in de zorg, de professionals zelf de verantwoordelijkheid nemen voor het ontwikkelen en beheren van de richtlijnen voor het domein waar zij over gaan. Maar er is ook iets van samenhang nodig. De Federatie Medisch Specialisten, de nieuw op te richten kwaliteitskoepel Langdurige Zorg en het RIVM-Centrum Infectieziektebestrijding vormen de kern van een nieuw samenwerkingsverband. Dat gebeurt onder leiding van de Federatie Medisch Specialisten. Wat ik nu zeg, zal ik in een brief voor de zomer wat uitgebreider toelichten. Dan over voeding en het mooie voorbeeld uit de Gelderse Vallei. Het belangrijkste kan ik u nazeggen, namelijk dat de Gelderse Vallei een heel mooi voorbeeld is als het gaat over de combinatie van goede voeding en zorg. U straalt dat uit. Wij stralen dat ook uit. Het is wel een voorbeeld waarvan ik mij afvraag hoe je daar navolging aan kunt geven. Ik zie niet zo

veel in het verplichten daarvan, maar je zou dat voorbeeld kunnen promoten. Ik hoop wel dat andere ziekenhuizen eenzelfde enthousiasme hiervoor creëren. De vraag is of dat dan moet leiden tot een proeftuin. Eigenlijk ben ik nog niet zover. Ik wil eerst eens eventjes kijken naar het animo van andere ziekenhuizen. Als het tot een proeftuin kan leiden, dan ben ik daar ook niet tegen.

Voorzitter. Dan de verandering in het zorglandschap. Hoe betrek je bewoners daarbij? Op verschillende manieren, bijvoorbeeld als er locatieprofielen voor ziekenhuizen wijzigen. De taken die in een ziekenhuis worden gedaan, staan beschreven in zo'n locatieprofiel. Als dat wijzigt, is het inmiddels een goed gebruik dat de omgeving – dus de gemeente en de bewoners van de omliggende wijken – daarbij wordt betrokken. Daar vragen wij ook altijd naar. «Wij» is in dit geval de inspectie, maar wij ook. Dat is mooi. Dat is wel een goed voorbeeld. Ik zie een soortgelijke ontwikkeling bij ROAZ, de Regionale Overleggen Acute Zorg. Als iets wijzigt in de acute zorg in een regio, dan betreft men daar toch vaak ook het gemeentebestuur bij. Dat vind ik een goede zaak.

Dan de transparantie, ook een vraag van mevrouw Van den Berg. Het rapport van het CPB wijst op verschillen in kost- of contractprijs. De vraag was wat ik daarvan vind. Het CPB noemt een aantal verklaringen voor prijsvariatie, bijvoorbeeld verschillen in kostprijsberekening door de ziekenhuizen, maar ook verschillen in de onderhandelingspositie of de onderhandelingskracht van ziekenhuizen aan de ene kant en verzekeraars aan de andere kant. Het CPB noemt meerdere voorbeelden. Ik wil de verantwoordelijkheid die zorgverzekeraars en ziekenhuizen hebben, ook graag daar laten. Ik vind het belangrijk dat zij die prijsonderhandelingen voeren. Daarnaast hecht ik er, mede namens u, aan dat patiënten en verzekerden goed inzicht hebben in ziekenhuistarieven. Mijn voorganger heeft de NZa verzocht om ervoor te zorgen dat het inzicht in die ziekenhuistarieven wordt vergroot. Daarover zijn wij in gesprek met de NZa en die gaat mij informeren over de stand van zaken in dezen. Dan zal ik u daar weer over informeren. Dus het belang van meer transparantie van tarieven deel ik. Hoever we zijn, hoop ik te lezen in de brief die ik van de NZa krijg.

De voorzitter:

Eerst nog een vraag van mevrouw Van den Berg en mevrouw Dijkma. Misschien is het ook goed om een termijn aan de brief te koppelen. Mevrouw Van den Berg.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Dank u wel, voorzitter. Voor dat tweede in ieder geval veel dank. Ik hoor graag wanneer we dat krijgen. Ik wil graag nog even terugkomen op die proeftuin, want dit geldt alleen voor de voeding in de ziekenhuizen. De andere collega's hadden het zelfs al veel breder over het belang van gezonde voeding in het algemeen. Ik vraag me toch af wat de Minister tegenhoudt. Waarom stimuleert hij dit niet toch wat? Je kan dat misschien niet afdwingen, maar je kan er wel meer ruimte voor maken.

Minister Bruins:

Ik wil daar graag in het kader van de leefstijlontwikkelingen aan de hand van andere vragen nog even op terugkomen. Ik dacht dat u het had over het kopiëren van het voorbeeld van Gelderse Vallei. Dat weet ik niet precies, maar het bevorderen van leefstijlontwikkeling zou ik wel graag willen. Ik kom daar zo meteen nog op terug.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Ik heb het dus inderdaad over de Gelderse Vallei, waar je dus zegt: dat ziekenhuis voldoet voor 90% aan het optimale van die hele checklist. Hoe

kan dat ook in andere ziekenhuizen gerealiseerd worden en wat kan de Minister daar actief aan doen? Dat zou ik toch graag willen weten.

Minister Bruins:

Mag ik die vraag heel even opsparen voor de tweede termijn? Dan kom ik daarop terug, want ik begrijp dat u die actieve rol van mij verlangt. Dan de vraag wanneer de brief inzake de transparantie over ziekenhuistarieven naar u toe komt. Eigenlijk wil ik die bij u hebben voordat de zomer aanvangt.

De voorzitter:

Voor de zomer, dank u wel. Dan een vraag van mevrouw Dijkma. Gaat uw gang.

Mevrouw Dijkma (PvdA):

De Minister zegt het heel vriendelijk, als het gaat om die grote prijsverschillen tussen de ziekenhuizen, maar als ik hem goed begrijp dan hoopt hij dat hij ons wat meer transparantie kan bieden. Maar daarmee is de kous eigenlijk af. Want hij begon zijn bijdrage met te zeggen: ik vind dat het verder een zaak is van de zorgverzekeraars en de ziekenhuizen, punt. Misschien ben ik te snel, dat zou kunnen, maar ik constateer daaruit dat hij geen rol voor zichzelf ziet weggelegd als bijvoorbeeld uit die transparantie zou blijken dat de gereguleerde zorg helemaal niet goed van de grond komt.

Minister Bruins:

Alles in stapjes. Ik ben nu op zoek naar die transparantie. Ik heb mevrouw Van den Berg daar een beetje voorzichtig geantwoord, omdat de NZa daar nu onderzoek naar doet en ik de uitkomsten daarvan nog niet heb. Maar met u allen hecht ik aan het hebben van inzicht in ziekenhuistarieven. Daarover geen misverstand. Als we dat inzicht hebben, kunnen we op basis daarvan weer vervolgstappen maken. Maar u moet mij even de tijd gunnen om eerst even te kijken naar de verklaring en naar de verschillen. Daar hoop ik van de NZa meer over te horen.

De voorzitter:

Afrondend mevrouw Dijkma.

Mevrouw Dijkma (PvdA):

Maar krijgen we dan van de NZa niet alleen inzicht in de prijs, maar ook in de kwaliteit die ervoor geleverd wordt? Want dat is een belangrijk punt dat ook door de Patiëntenfederatie naar voren wordt gebracht en dat maakt het ook mogelijk om op basis van een inhoudelijke vergelijking beter iets te zeggen over datgene wat die verschillen nou precies met zich meebrengen. Hoe compleet is dat plaatje, op basis waarvan we dan straks moeten besluiten of we er genoeg mee nemen? Ik gebruik even mijn termen, maar mijn huidige rol is dat ik iets minder voorzichtig ben dan de Minister.

Minister Bruins:

Ja, en die is dus een beetje voorzigtiger. Ik moet even precies zijn. Ik heb begrepen dat mijn voorganger bij de NZa die verschillen in tarieven heeft uitgevraagd. Dus dat is wat ik krijg van de NZa. Elke snippet die daar extra in staat over kwaliteit, is mij dierbaar. Als ik dat nu ga toevoegen, krijgt u die brief weer later en dat wil ik niet. Ik wil die informatie van de NZa graag hebben. Nogmaals, dat prijzen en tarieven hand in hand met elkaar gaan, betoogt de Patiëntenfederatie. Daar trekken we wel aan dezelfde kant van het touw. Dus ik moet eerst even die ene brief hebben en dan komt het thema prijs in relatie tot kwaliteit ongetwijfeld hier terug.

Voorzitter. Dan wil ik graag naar de beantwoording van de vragen van mevrouw Ellemeet van GroenLinks. Zij sprak over het onderzoek Keer diabetes om, een mooi voorbeeld van leefstijlgeneeskunde. Laat ik daar het volgende over zeggen. Ik zie een groot belang in preventie. Door een gezonde leefstijl kun je ziektes voorkomen. Wat mij betreft, als ik het zo mag uitdrukken: liever voorkomkunde dan geneeskunde. Veel chronische ziektes worden veroorzaakt door een ongezonde leefstijl: te veel eten, weinig bewegen, veel stress. Daarom zou ik graag zien dat er bij de behandeling van een ziekte aandacht is voor die gezonde leefstijl. Gelukkig besteden zorgprofessionals hier steeds meer aandacht aan. Dat heeft u ook gelezen en gehoord in de recente uitzending van Nieuwsuur en de artikelen in FD en Trouw. Leefstijl verdient naar mijn mening een plek in de gezondheidszorg. Zoals in het regeerakkoord opgenomen, vind ik dat de maatregelen die we nemen op het gebied van preventie wel bewezen effectief moeten zijn. We bevorderen dat bewezen effectieve interventies, waaronder voeding en leefstijlinterventies een plek krijgen in medische opleidingen en medische richtlijnen. Overigens staat al in diverse richtlijnen dat leefstijl een belangrijke rol speelt bij de behandeling van bepaalde ziektes. Zorgprofessionals zijn daar inmiddels al mee aan de slag. In de Zorgverzekeringswet kunnen zorgverzekeraars per 1 januari 2019 het programma gecombineerde leefstijlinterventie inkopen. Dat zal een impuls geven aan de inzet van de leefstijl in de behandeling. Tot slot. U weet dat we bij de voorbereiding van de hoofdlijnenakkoorden een taskforce aan het werk hebben. Daar krijg ik vrijdag de rapportage van. Ik denk dat leefstijl ook een thema is waar zij op ingaan. Langs die weg kan er dus aandacht voor zijn. Misschien heb ik daarmee meteen antwoord gegeven op de vraag van mevrouw Van den Berg over de Gelderse Vallei.

Voorzitter, ik kom op de medisch specialisten.

De voorzitter:

Voordat u verdergaat, heeft mevrouw Ellemeet een vraag over het vorige punt.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Goed om te horen dat dit onderwerp op de agenda staat als het gaat om de hoofdlijnenakkoorden. De Minister heeft het over preventie. Dat is een belangrijke insteek, maar het gaat bij de inzet van leefstijlgeneeskunde ook om de curatieve kant, dus het herstel van chronische ziekte. Ik neem aan dat de Minister het ook zo breed bedoelt. Ik heb ook een opmerking gemaakt over het onderzoek dat nodig is. Ik ben het eens met de Minister dat het bewezen effectief moet zijn. Tegelijkertijd zien we dat de markt, om het zo maar te zeggen, dit onderzoek nou niet echt oppakt. Je kunt nu eenmaal moeilijk, zoals ik net zei tegen mevrouw Dik, een patent aanvragen op gezond eten. Er ligt hier dus een heel natuurlijke rol voor de overheid om dit substantieel te financieren. Daar graag nog een reactie op van de Minister.

Minister Bruins:

Nou, over alles wat ik extra moet financieren sta ik op dit moment effekes niet echt te juichen. Ik moet eerst eens ervoor zorgen dat ik over de band van de hoofdlijnenakkoorden een bezuiniging effectueer. Ik moet deze vraag eventjes in beraad houden. Ik kom er in tweede termijn op terug, als mevrouw Ellemeet dat goedvindt of als de voorzitter dat goedvindt, mevrouw Ellemeet.

De voorzitter:

De voorzitter is als was in uw handen. Mevrouw Ellemeet, afrondend?

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Ja, afrondend.

De **voorzitter**:

Gaat uw gang.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Dank u wel. Dan wil ik de Minister voor de tweede termijn meegeven om ook mee te wegen dat de inzet op leefstijlgeneeskunde juist tot enorme kostenbesparingen kan leiden.

Minister **Bruins**:

Zekers.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

We weten uit onderzoek naar diabetes type 2 dat het leidt tot minder medicijngebruik. Soms moet je een voorinvestering doen om op de langere termijn een grote kostenbesparing te realiseren.

Minister **Bruins**:

Ja, ik deel die opvatting. Een gezonde leefstijl kan, als ik het zo mag uitdrukken, onnodig zorggebruik voorkomen. Maar hoe dan en wat dan en hoe je dat in een financieringssleutel zet, vergt nog even puzzelen. Ik weet niet of de taskforce Zorg Op de Juiste Plek daarvoor een handvat biedt, maar ik zou dat wel handig vinden, zonder dat ik daarmee meteen de opmerking heb gemaakt dat dit een thema is dat we in de hoofdlijnenakkoorden verpakken.

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

Ook een vraag op dit punt. De Minister refereerde al even aan het regeerakkoord, waarin wordt aangegeven dat leefstijlinterventies belangrijk zijn en dat ze een plek moeten krijgen in opleidingen en in richtlijnen. Mijn vraag is concreet: heeft de Minister contact met medisch specialisten en met opleidingsinstituten om uitvoering te geven aan deze zin in het regeerakkoord of op welke termijn wil hij hier dan uitvoering aan geven? Ik zou het heel fijn vinden als de Kamer hierover op enig moment wordt geïnformeerd.

Minister **Bruins**:

Dat contact is al gestart: we zijn al in gesprek met de specialisten op dit punt. Nu wil u natuurlijk weten wat daaruit komt en wanneer. Als ik nu eens zeg dat we u in het derde kwartaal, dus na de zomer, hierover informeren?

De **voorzitter**:

Afrondend mevrouw Dik-Faber.

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

Ik ben blij met deze toezegging. Ook fijn om te horen dat de gesprekken met de specialisten al zijn gestart. Het is goed om gesprekken met de specialisten te voeren en ook om ervoor te zorgen dat in de opleiding van die specialisten dit nadrukkelijk een plek krijgt. Het zou heel fijn zijn als we daarover geïnformeerd worden in het derde kwartaal.

Minister **Bruins**:

Dat is precies wat ik heb beoogd te zeggen.

Voorzitter, nu we toch bij de medisch specialisten zijn... Mevrouw Ellemeet heeft gevraagd hoe het kan dat in het kader van die subsidieregeling, waardoor specialisten makkelijker vanuit een vrijgevestigde situatie overstappen naar loondienst, het laatste jaar maar één aanvraag is ingediend. In 2015 waren het er veel, in 2016 wat minder en vorig jaar

maar één. Ik heb begrepen dat er inmiddels weer twee aanvragen zijn ingediend. Succesvol beleid dus: 100% groei.

(Hilariteit)

Minister Bruins:

De vraag van mevrouw Ellemeet is eigenlijk heel logisch. Het zijn allemaal individuele situaties. Waarom kies je als specialist al dan niet voor een bepaalde regeling? Ik heb wel een vermoeden, maar ik zou het wel zeker willen weten. Ik heb afgesproken dat we de regeling gaan evalueren. Die loopt nog dit jaar en volgend jaar. Dan willen we de regeling evalueren en weten we meer.

Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):

Dat lijkt me toch echt wat laat. Eén medisch specialist heeft afgelopen jaar aanspraak gedaan op de regeling. In het regeerakkoord staat dat we willen dat er meer medisch specialisten in loondienst komen. We gaan nu nog twee jaar hopen dat meer mensen van die regeling gebruikmaken en daarna gaan we de regeling evalueren. Ik zou de Minister toch willen manen om zich al eerder te bezinnen op effectievere manieren om medisch specialisten in loondienst te krijgen.

Minister Bruins:

Dat gaan wij ook wel doen. Het is niet zo dat we op onze handen gaan zitten. Maar de evaluatie van de regeling is voorzien na afloop van de regeling. Ik ben best bereid om het gesprek wat eerder te starten, dus al dit jaar.

Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):

Dat klinkt al beter, dus ik zou de Minister willen vragen om zo snel mogelijk het gesprek aan te gaan over hoe we deze regeling beter kunnen inzetten.

Minister Bruins:

Ik zeg toe dat ik dit jaar dit gesprek met de specialisten start. Ik begrijp uw belangstelling voor het onderwerp. Eerlijk gezegd deel ik die interesse. Ik zal het niet laten lieren tot het einde van het jaar.

Dan heeft mevrouw Ellemeet over de PREMs en PROMs, de experience measures en outcome measures, gevraagd of dat allemaal niet op één platform is te organiseren. Ik begrijp die wens, maar wij hebben op dit moment meerdere initiatieven waarbij informatie wordt verzameld. Eigenlijk is dat ook niet zo bezwaarlijk, omdat wij toewerken naar een standaardisering van verschillende datasets. We hebben daar eerder over gesproken aan de hand van het fenomeen MedMij. Dat wordt voorbereid door de Patiëntenfederatie. Ik ben daar erg enthousiast over. Als je het heel huiselijk zegt, is MedMij een soort iDEAL zoals we dat kennen voor ons betalingsverkeer, een set afspraken dus waardoor verschillende banken gemakkelijk bedragen over kunnen maken naar elkaar en de consument inzicht kunnen bieden, ongeacht de vraag bij welke bank hij bankiert. Iets dergelijks moet MedMij gaan worden. Dat verdraagt zich niet met nu een keuze maken om alle ballen te zetten op ZorgkaartNederland. We hebben meerdere initiatieven en verscheidene daarvan zijn goed. Ik wil de ruimte bieden aan meerdere initiatieven, omdat ik denk dat dat stimuleert om gegevens op een bruikbare manier bij de patiënten te krijgen.

Mevrouw Ellemeet vroeg ook naar het medisch-specialistische bedrijf. Dat is een bedrijf in een bedrijf. Is dat niet onnodig ingewikkeld? Wat mij betreft moet de discussie minder gaan over het governance-model en meer over de gelijkgerichtheid. Ook dat is een kreet uit het regeerakkoord: het gezamenlijke belang om de patiënt de best mogelijke zorg te bieden.

Voorzitter. Op dat punt van de gelijkgerichtheid in de zorg wil ik een onderzoek uitvoeren ten behoeve van de patiënt, maar ook volgend op de beweging naar zorg op de juiste plek. Dat onderzoek zal niet alleen focussen op gelijkgerichtheid in ziekenhuizen, maar ook breder in de zorg. Dan kom ik bij de vragen van mevrouw Dijkma over de hoofdlijnakkoorden. Hoe kunnen deze nou worden uitgevoerd? Hoe kun je met minder geld de kwaliteit op peil houden? Mede aangejaagd door de opmerkingen die de Rekenkamer daarover eerder maakte, namelijk dat de vorige reeks hoofdlijnakkoorden nogal financieel gedreven waren, zijn wij op zoek naar meer inhoudelijke afspraken. Daarvoor is de taskforce bedoeld: om ons ideeën aan te reiken. Wie zitten er in die taskforce? Dat zijn mensen vanuit de gemeenten, vanuit de instellingen, vanuit de verzekeraars, vanuit de wetenschap en vanuit het departement. Ik hoop echt dat die ons ideeën aanreiken. Het lastige bij die hoofdlijnakkoorden is dat je niet alle partijen in de zorg aan één tafel hebt, in één akkoord. Dat zou ook veel te veel zijn. Waarom is dat dan lastig? Omdat er te veel zijn, maar ook vanwege het volgende. Hoewel alle akkoorden even belangrijk zijn, is het akkoord over de medisch-specialistische zorg voor mij nu even heel belangrijk. Als we daar drukken op de tarieven en op de beschikbaarheid, doen we dat omdat we de transitie naar eerstelijnszorg en nullijnszorg op gang willen brengen en misschien gek gezegd ook naar de derdelijnszorg, omdat dat ook goedkoper kan zijn, maar ook omdat de kwaliteit daar misschien wel beter van wordt, omdat je voor sommige verrichtingen in heel gespecialiseerde ziekenhuizen heel gespecialiseerde behandelingen hebt. Voor die transitie van tweede lijn naar eerste lijn heb je meerdere akkoorden nodig. Dat is ingewikkeld. Ik zal dus voor een aantal van die akkoorden thema's uit het ene akkoord gebruiken voor het volgende akkoord. Die moeten inhoudelijk geladen zijn, anders gaat het akkoord niet vliegen. Daarom hebben we die taskforce, die hoop ik eind deze week van een uitkomst bevalt. Dan kan ik dat nog net meepikken in de hoofdlijnenakkoorden. Ik weet het niet, maar ik neem aan dat daar iets over nieuwe technologische mogelijkheden in zal staan, maar misschien ook iets over de toeloop in een ziekenhuis. Als we kunnen vermijden dat iemand naar het ziekenhuis moet, maar ook bij de fysiotherapeut terecht kan, dat soort thema's moet daarbij aan bod komen. Dus dat gaat veel verder dan de prijs, het gaat ook over de kwaliteit van de zorg: goede zorg op de juiste plek. Voorzitter, dit op dat punt.

De voorzitter:

Dat roept een vraag op bij mevrouw Dijkma.

Mevrouw Dijkma (PvdA):

Dat het een ongelooflijke, bijna gordiaanse knoop is waarover afspraken gemaakt moeten worden, begrijp ik allemaal wel. Ik heb er wel twee vragen over. Als die taskforce bevalt van een aanbeveling, wordt die dan onmiddellijk openbaar, of is dat pas na afloop van het sluiten van de akkoorden? Mijn tweede vraag gaat over de inzet van de Minister. Want ik snap heel goed dat hij niet kan zeggen: we staan nu hier en dit zijn de onderwerpen waarover ik het nog niet eens ben. Want dat moet nu eenmaal in de beslotenheid van het departement plaatsvinden. Het CPB waarschuwt voor verschraving van zorg en wachtlijsten. Is de inzet van de Minister aan die tafel om dát te voorkomen?

Minister Bruins:

Ja, natuurlijk. Het kunstje is, om het heel huiselijk uit te drukken, dat wij in de zorg, en dan specifiek in de curatieve zorg, in de komende jaren minder meer uitgeven, maar dat de kwaliteit ten minste op peil blijft. Dát is natuurlijk waar wij naar streven. Wachtlijsten voorkomen of reduceren vind ik een onderdeel van de kwaliteit. Daarom houden wij het ook heel precies bij. U kent het begrip treeknorm, namelijk een acceptabele

wachttijd van een week of vier; dat verschilt nog een beetje per behandeling. Wij houden heel goed bij welke daaronder en welke daarboven kunnen, wat daar dan de oorzaken van zijn, hoe je dat terug kunt dringen en of het in alle gevallen ook ten nadele is van de patiënt. Soms zegt een patiënt: ik kan wel binnen die vier weken worden geholpen, maar ik wil liever in dat en dat ziekenhuis worden geholpen. Dan val je buiten die termijn van vier weken. We proberen dit dus heel duidelijk te monitoren. Nogmaals, ik vind wachtlijsten reduceren en voorkomen onderdeel van de kwaliteit.

De voorzitter:

Afrondend, op de eerste vraag van mevrouw Dijkma.

Minister Bruins:

Dat rapport van de taskforce heeft uw interesse, begrijp ik? Dat kan ik mij voorstellen.

Mevrouw Dijkma (PvdA):

Ja, gek hè?

Minister Bruins:

Nee, het lijkt mij prima om dat openbaar te maken, maar u moet mij even de tijd geven. Mag ik het eerst even zelf lezen om te kijken wat erin staat en of dat nou iets is voor de onderhandelingen over die hoofdlijnenakkoorden? U krijgt het sowieso, maar het gaat meer over het moment waarop u het krijgt. Dus als ik denk dat het handig is voor mij om dat bij die hoofdlijnenakkoorden te gebruiken, mag ik het dan eerst nog een tijdje zelf houden? Maar u krijgt het in ieder geval voor de zomer. Is dat een mooi aanbod? Er gaat nog geen wave over tafel, zie ik.

De voorzitter:

Afrondend, mevrouw Dijkma.

Mevrouw Dijkma (PvdA):

Ik zit daar even over te twijfelen. Waarom? Omdat ik aan de ene kant natuurlijk begrijp dat, als er munitie in zit voor de Minister, hij die natuurlijk wil gebruiken. Maar aan de andere kant: als hij een onafhankelijke, want zo begrijp ik het, taskforce in het leven roept die hem van adviezen voorziet, dan snap ik niet zo goed waarom die adviezen geheim moeten blijven. Wat de Minister daar vervolgens mee gaat doen en dat hij geen beleidsreactie geeft op zo'n rapport totdat hij het akkoord heeft afgesloten, begrijp ik heel goed. Immers, daarmee zou hij «in het openbaar» gaan onderhandelen. Maar waarom zo'n rapport dan geheim zou moeten blijven, begrijp ik eigenlijk niet. Dus het korte antwoord op uw vraag is eigenlijk nee.

Minister Bruins:

En ik wil eigenlijk ook helemaal geen geheime rapporten hebben, want het gaat juist om een rapport in de ideevormende sfeer en dan wordt het beeld van zo'n rapport heel verkeerd. Ik vind het prima als dit losstaat van mijn reactie, mijn appreciatie. Maar dan moet u er ook niet mee gaan onderhandelen, zou ik willen zeggen.

Mevrouw Dijkma (PvdA):

Voorzitter, even voor de orde.

De voorzitter:

Voor de goede orde, ja, mevrouw Dijkma.

Mevrouw Dijkma (PvdA):

Als onderdeel van zijner majesteits meest loyale oppositie onderhandelen wij niet. Wij controleren het kabinet. Daarbij hoort dat wij op enig moment gewoon inzage krijgen in actuele stukken. Dit is dus niet bedoeld om te onderhandelen. Ik trek geen schoenen aan – ik weet dat dat een favoriet thema op uw departement is, schoenen – waar ik niet in pas in dit geval.

De voorzitter:

Goed. Volgens mij was de Minister helder in zijn toezegging. Het rapport wordt gedeeld met de Kamer en de reactie van de Minister volgt op een later moment.

Minister Bruins:

Ja, of u ziet de uitkomst in wat we ervan overgenomen hebben in hoofdlijnenakkoorden, dus dat komt goed.

Dan een volgende vraag van mevrouw Dijkema: wat vindt de Minister van de suggesties van het CPB in zijn publicatie over de prijsverschillen in de zorg? Dat gaat dus over het loskoppelen van de contractprijs en het bedrag dat patiënten aan eigen risico betalen. Dat is wel een interessant idee, maar het heeft ook bezwaren. Het kan leiden tot een lagere opbrengst van het eigen risico en dat kan weer leiden tot een hogere premie. U weet dat wij in dit regeerakkoord hebben afgesproken om het eigen risico op € 385 te fixeren. Dat is dus eigenlijk mijn reactie hierop. Ik heb het gelezen, ik heb er kennis van genomen en that's it. Verder heeft mevrouw Dijkema ook naar aanleiding van het CPB gevraagd of er prijsverschillen ontstaan. Daar heb ik in de richting van mevrouw Van den Berg eerder op geantwoord. Die vraag hoef ik dus niet te herhalen. Dan het punt van Menzis om ziekenhuizen niet langer te betalen voor hartinterventies die niet in één keer slagen, want dat is het voorbeeld van Menzis. Ik vind het een goede zaak als een zorgverzekeraar en zorgaanbieders afspraken maken over het vergoeden van kwalitatief goede zorg. Dat is ook de kern van de afspraken die Menzis heeft gemaakt met tien ziekenhuizen en de Nederlandse Hart Registratie over het betalen van dotterbehandelingen en bypassoperaties. In plaats van betalen voor productie worden de aanbieders beloond voor goed presteren. Dat stimuleert kwaliteitsverbetering. Dat vind ik een betere stimulans dan betalen voor volume. Dat is het ene punt. De vraag die daarachteraan kwam was: leidt dat tot risicoselectie of het risico op risicoselectie? In het voorbeeld van Menzis wordt expliciet aandacht gegeven aan het behandelen van patiënten met verschillende zorgzwaartes en de bijbehorende vergoeding. Een zwaardere patiënt heeft een minder goede verwachte uitkomst en vaak meer behandelkosten. Dat gebeurt in samenwerking met de zojuist genoemde Nederlandse Hart Registratie. Een geavanceerd rekenmodel van de Nederlandse Hart Registratie voorspelt op basis van patiëntkenmerken en dat is vervolgens de basis voor de vergoeding. Daarin zie ik een goede waarborg om te voorkomen dat er risicoselectie ontstaat. Tot zover de vragen die zijn gesteld door mevrouw Dijkema.

Dan kom ik bij de vragen die mevrouw De Vries van de VVD-fractie heeft gesteld. Allereerst het punt van goede zorg op de juiste plek. Taakverschuiving van de tweede en de eerste lijn is nodig, maar mevrouw De Vries merkte op dat we ook moeten voorkomen dat de tweede lijn weer volloopt met andere, nieuwe casussen en nieuwe patiënten. Daar denk ik ook zo over. Daarom denk ik ook dat er plafondafspraken nodig zijn. Daar werken we ook aan. Ik vind dat dat zichtbaar moet zijn als je straks het setje hoofdlijnenakkoorden in de hand hebt, dat je kunt zien dat ze gevijven – ik hoop dat het er vijf worden – leiden tot minder meer uitgaven.

Dan het punt van de kapitaallasten. Het zou kunnen dat met het verplaatsen van zorg uit het ziekenhuis naar bijvoorbeeld een eerste lijn of zorg thuis, niet meteen alle kosten voor het ziekenhuis verdwijnen. Voorbeeld: kapitaallasten. Ik denk dat dat een belangrijk onderdeel moet

zijn van het contracteringsproces tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder. Het gaat niet alleen over kijken naar één jaar, het gaat over meerdere jaren vooruitkijken. Dan kun je ook afspraken maken over het afbouwen van capaciteit. Bij een van de werkbezoeken, aan ziekenhuis Bernhoven, was ook een mooi voorbeeld zichtbaar van de afbouw van ziekenhuisproductie. Ik hoop dat het thema van die kapitaallasten ook onderdeel is van dat rapport van de taskforce. Ik denk dat ik daar dus duidelijker over kan zijn als ik dat rapport heb. Ik zie dat punt wel. Tegelijkertijd zou ik het liefst het probleem daar willen laten liggen waar het ook moet worden opgelost. Maar waar dat niet kan ... Nou, deze zin maak ik nu hier niet af!

Dan het punt van de leefstijlgeneeskunde. Ik denk dat ik daar in de beantwoording van mevrouw Ellemeet en mevrouw Van den Berg uitvoerig op in ben gegaan.

Dan het punt van de betaalbaarheid van de zorg, de uitkomstindicatoren, de uitkomstbepaling. Net als mevrouw De Vries ben ik van mening dat zo'n voorbeeld van Menzis over uitkomstbehandeling een goede ontwikkeling is. Ik juich zo'n voorbeeld toe. Dat het hier vanochtend ter sprake komt, vind ik ook heel prettig. Tegelijkertijd zou ik niet af willen van de huidige manier van betalingen met de dbc-structuur. Dat is ook wat ik al sinds 26 oktober, waar je ook de voeten onder tafel steekt, terug hoor: ga niet weer een nieuwe betaalstructuur organiseren; je kunt met de dbc-structuur in de hand ontwikkelingen zoals uitkomstbepaling prima vormgeven, dus zet niet die hele dbc-structuur op de kop. Dat was ik dus ook niet van plan.

Voorzitter. Ik kom op de druk op de spoedeisende hulp. Werkt het eerstelijnsverblijf beter nu er geld bij gekomen is? Zijn er voldoende plekken? Is er zicht op vraag en aanbod? Ik denk dat dit thema morgen in het AO over acute zorg ook nog aan bod komt. Omdat de vraag nu wordt gesteld, geef ik ook graag nu antwoord. Ik ben verheugd dat er inmiddels een vrijwel landelijk dekkend netwerk van regionale coördinatiepunten is. Bijna heel Nederland heeft per regio een verwijspunt. Het is 1 april geweest. Op 1 april zou het overal in Nederland geregeld zijn. Ik geloof dat er nog twee regio's zijn die nog niet een centraal nummer hebben geregeld. Dat is op 1 mei ook geregeld. Dan hebben we de beschikking over één goed verwijspunt per regio. Ik zeg het misschien iets te huiselijk, maar je belt als ziekenhuis daarheen als het vol ligt en je zoekt een bed in het eerstelijnsverblijf. Waar kan dat in de regio worden gevonden? Dan komt dat ene informatiepunt jou die informatie verschaffen. Dan ben je dus af van dat eindeloos rondbellen.

Voorzitter. Er was een vraag over de wachttijden in de medisch-specialistische zorg: is de handhaving door de NZa toereikend? Ik denk dat het begint bij het begin. Indien er sprake is van een wachtlijst, dan kan een patiënt dat melden bij zijn zorgverzekeraar. Dat is vrij onbekend, maar dat kun je heel goed doen. Je kunt je melden bij je zorgverzekeraar. Die kan vervolgens kijken hoe die zorgvraag kan worden beantwoord, bijvoorbeeld door bemiddeling naar een andere zorgaanbieder in een regio verderop. Dat is een praktische manier. Als die melding bij de zorgverzekeraar geen effect heeft, dan kan de patiënt zich melden bij de NZa. Die kan waar nodig handhavend optreden. Ik heb eens nagevraagd of dat grootschalig gebeurt. Ik heb mij laten vertellen dat het gaat om ongeveer 30 meldingen in het afgelopen jaar. Daar schrok ik nou weer niet heel erg van. Om compleet te zijn noem ik dat er nog een mogelijkheid is: als de verzekerde een klacht heeft over zijn verzekeraar, dan kan hij zich melden bij de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen. Dat is de route. Ik denk dat dit met elkaar voldoende handhavingkader biedt.

Mevrouw **Aukje de Vries** (VVD):

Ik heb nog een vraag over het vorige punt. Ik dacht dat de Minister met nog wat meer antwoorden zou komen, maar toen begon hij al met een

ander onderwerp. Het gaat over de regionale coördinatiepunten. Mooi dat die gerealiseerd zijn, maar dat gaat wel over de eerstelijnsverblijven. Het eerstelijnsverblijf is echter niet altijd per se de meest logische plek om de vervolgzorg te krijgen. Een geriatrische revalidatievoorziening zou dat ook kunnen zijn. Het zou volgens mij goed zijn als ook daar inzicht in komt en als we iets verder kijken, namelijk naar wat de vraag naar en de behoefte aan grz-plekken is. De signalen die ons bereiken, zijn dat er in totaal onvoldoende plekken zijn. Graag krijg ik ook daar nog een reactie van de Minister op.

Minister Bruins:

Mevrouw De Vries heeft gelijk. Sorry, dat was ik vergeten. Per 1 april, of per 1 mei, hebben we het coördinatiepunt voor het eerstelijnsverblijf. Maar de verbreding naar de geriatrische zorg willen we ook nog dit jaar geregeld hebben. Dan is de maatstaf dus: 1 januari 2019. In hetzelfde zorgpunt komt die verbreding naar de geriatrische revalidatiezorg, de grz.

De voorzitter:

Afrondend, mevrouw De Vries.

Mevrouw **Aukje de Vries** (VVD):

Inzicht in waar plekken zijn is prima, maar de vraag blijft: wat is de vraag, de behoefte, hoeveel plekken zijn er en matcht dat met elkaar? We hebben nu geïnvesteerd in de eerstelijnsverblijven, maar wellicht is er juist wel meer behoefte aan die geriatrische revalidatiezorgplekken. Is daar zicht op? Is de Minister bereid om dat uit te zoeken?

Minister Bruins:

Jazeker, want dat wil ik zelf ook weten. Ik ben echt heel blij dat we in belangrijke mate af zijn van dat rondbellen voor patiënten, wat oneerbiedig tegen u en mij weleens «leuren met patiënten» is genoemd, wanneer we die regionale coördinatiepunten hebben. Dat moet vervolgens worden verbreed, en ook het inzicht moet worden verbreed. Zo zitten die regionale coördinatiepunten soms bij een ziekenhuis maar soms ook bij een andersoortige instelling. Op de verschillende plaatsen in Nederland is de werkwijze op dat punt verschillend geworden. Daar moeten we mee verder. Mevrouw De Vries vraagt of we kunnen proberen om beter inzicht te krijgen in vraag en aanbod. Dat wil ik ook heel graag. Vraag me nu nog even niet precies naar het wat en hoe. Misschien weet ik dat morgen in het debat over dit punt. Maar ik deel de ambitie om van die regionale coördinatiefunctie een stevige functie te maken. Ik kom bij de vragen die mevrouw Dik-Faber heeft gesteld. U refereerde aan een voorbeeld van verzekeraar VGZ over zinnige zorg en het voorkomen van onnodige zorg. In de taskforce zitten allerlei ideeën over de juiste zorg op de juiste plek en over het voorkomen van onzinnige zorg. Ik denk dat dat een van de thema's moet worden in de hoofdlijnenakkoorden. Dat lijkt me een heel handige manier om breed inzicht te bieden in het voorkomen van onnodige zorg of in het geven van de juiste zorg op de juiste plek.

Op de vraag van mevrouw Van den Berg over het regeerakkoord en de budgettaire afspraken heb ik al antwoord gegeven. Het wordt de kunst voor de komende weken, maanden of in ieder geval voor de zomer om die 1,9 miljard te fixen in de hoofdlijnenakkoorden.

Er waren vragen over de internationale gezondheidszorg en de tropengeneeskunde. Daar zit ik een beetje mee, want ik heb geen signalen dat de kennis of de capaciteit op dit terrein tekortschiet. Ik heb eigenlijk ook niet de behoefte om opnieuw te kijken naar de financiering van de opleiding voor arts internationale gezondheidszorg en tropengeneeskunde. Zonder aan uitlokking te doen, zeg ik dat ik natuurlijk wel geïnteresseerd ben in de signalen die mevrouw Dik-Faber op dat punt heeft ontvangen en die mij

op andere gedachten zouden kunnen brengen. Ik vind wel dat het daar moet beginnen. Ik zoek naar feiten en cijfers op grond waarvan we toch weer opnieuw zouden moeten investeren in die opleiding. Voorshands ben ik dat eigenlijk niet van plan.

Over de palliatieve zorg wordt veel gesproken in KNMG-verband, die eigenaar is van het nieuwe kwaliteitskader voor de palliatieve zorg. Samen met het IKNL en de KNMG bezien we hoe we vanuit de aanvullende impuls voor de palliatieve zorg uit het regeerakkoord het beste kunnen bijdragen aan de implementatie van dat kwaliteitskader voor deze vorm van zorg. Het gaat daarbij bijvoorbeeld om het updaten van kwaliteitsrichtlijnen en het komen tot een zorgdossier. Deze plannen zijn nu nog niet gereed, maar ik wil u er graag voor de zomer over informeren. U heeft ook een vraag gesteld over het optreden tegen de kosten van dure geneesmiddelen. Die verzuchting hebben we hier al eens vaker gehad en die klonk uit meerdere monden, ook uit de mijne. Het gaat aan de ene kant om het hebben en behouden van de innovatie door de farmaceutische industrie, en die misschien waar nodig ook aanblazen, en aan de andere kant om het kunnen hanteren van redelijke prijzen. Ik pijnig mijn hersens. Ik kom met een reactie. Ik heb beloofd dat u die voor de zomer zult krijgen, of dit voorjaar. Maar dat komt bijna op hetzelfde neer, toch? Ik vind de licence to operate voor farmaceuten van ongelooflijk groot belang. Ik vind het ook belangrijk, net zo belangrijk, minstens net zo belangrijk, dat wij innovatieve medicijnen en behandelmethoden beschikbaar krijgen voor patiënten van morgen. Op dat dilemma kom ik nog terug.

Voorzitter. Over goede voeding hebben we het inmiddels gehad. Dan kom ik op de uitvoering van het amendement over een multidisciplinaire netwerkrichtlijn voor gezonde leefstijl en zelfmanagement bij kinderen met prediabetes. Daarover zijn we nu in gesprek met de Nederlandse Diabetes Federatie. Dat overleg is onderhanden. Als het is afgerond, meld ik mij bij u.

Voorzitter. Dan is er nog de heel open en ook wel mooie vraag van mevrouw Dik-Faber: welke zorg moet volgens u dichtbij beschikbaar zijn? Het liefst zou je willen dat iedereen zorg altijd beschikbaar heeft in zijn omgeving. De vraag is dan wat zijn omgeving moet hebben. Als u het mij persoonlijk vraagt, wil ik graag een huisarts dichtbij hebben, maar als hoog specialistische zorg – ik hoop dat ik er nooit een beroep op hoeft te doen – het beste is in Maastricht, reis ik met veel plezier naar Maastricht. Dan hoeft ik niet in mijn woonplaats Den Haag geholpen te worden. Dat is eigenlijk mijn opvatting op dat punt. Ik weet niet of dat ook de essentie is van de vraag van mevrouw Dik-Faber. Misschien bedoelt zij het heel anders of minder persoonlijk. Ik doe maar navraag.

Tot slot was er nog de vraag of ik kan toezeggen dat ik resultaatafspraken ga maken over het gebruik van goedkopere, generieke geneesmiddelen en biosimilars. Ja, dat soort afspraken zou ik dolgraag willen maken. Ik weet alleen niet of ik ze over de band van de hoofdlijnenakkoorden wil maken of dat apart wil doen. Ik ben daar nog niet uit. Ik weet niet zeker of het doenlijk is om dat thema met succes af te ronden in de hoofdlijnenakkoorden. Maar ik wil graag afspraken maken over goedkopere, generieke geneesmiddelen en biosimilars. Dit is misschien een beetje een onbevredigend antwoord, maar het is wel precies zoals ik erin zit. Ik heb dit thema aangedragen voor de hoofdlijnenakkoorden en het is onderwerp van gesprek, maar of het daarin ook een plek kan krijgen, is vers twee.

Voorzitter, tot zover.

De voorzitter:

Dank u wel. Dat roept nog een vraag op bij mevrouw Dik-Faber.

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

Ik neem de uitnodiging van de Minister aan om het punt van de zorg dichtbij nog wat toe te lichten. Ik zie dat we voor een aantal vormen van

zorg – denk aan geboortezorg bij bevallingen maar ook de aanrijtijden naar ziekenhuizen – normen hebben afgesproken met elkaar. Maar voor heel veel vormen van zorg zijn die normen er niet en dan is het eigenlijk aan de zorgverzekeraars in samenwerking met het zorgveld om ervoor te zorgen dat er voldoende basiszorg dicht bij mensen ingekocht wordt. In de vorige kabinetsperiode heb ik hierover ook al veel vragen gesteld, omdat ik tijdens werkbezoeken zag dat er bijvoorbeeld in de kop van Noord-Holland en Drenthe een opgaande beweging gaande is die ertoe leidt dat bepaalde vormen van basiszorg, zoals huisartsenzorg en fysiotherapie, niet meer zo dichtbij beschikbaar zijn als mensen zouden willen. Dat is ook inherent aan de bevolking in zo'n dunbevolkt gebied, maar er zijn geen normen voor afgesproken. De vorige Minister liet dat helemaal over aan het zorgveld. Ik vond het zo fijn om in de brief van deze Minister te lezen dat hij ziet dat daarin iets van regie nodig is en ook dat we over zorg dichtbij het gesprek moeten aangaan met de gemeenten en de bewoners. Dat gaf mij hoop dat deze Minister er net wat anders in zit. Daar zou ik graag een toelichting op willen.

Minister Bruins:

Ik vind het ook een taak primair van het zorgveld – je moet niet alles op je nek tillen – maar ik wil wel weten waarom bijvoorbeeld huisartsenplaatsen soms zo moeilijk te vervullen zijn. Dan vind ik het aan de ene kant juist om te verwijzen naar de zorgplicht van zorgverzekeraars, maar wil ik aan de andere kant wel weten waarom het in sommige plaatsen zo moeilijk is om in opvolging te voorzien. Dat heb ik ook zo besproken met in dit geval de Landelijke Huisartsen Vereniging. Dat heeft mijn interesse. Of daar een vorm van regie uit volgt, is weer vers twee, maar ik ga het onderzoek doen en als er maatregelen nodig zijn van de kant van het Rijk, moeten we die gaan bespreken met elkaar. Dus als ik het woord «regie» zo mag interpreteren, vind ik wel dat we daar niet bij wegkunnen. Het thema, en specifiek de huisartsenzorg, is door u allen in het afgelopen halfjaar al meermalen benoemd, dus het lijkt me niet handig om het alleen over te laten aan het zorgveld en het de rug toe te keren.

De voorzitter:

Afrondend, mevrouw Dik-Faber.

Mevrouw Dik-Faber (ChristenUnie):

Ik ben blij met deze woorden van de Minister. Ik hoop ook dat hij de Kamer zal informeren over het verloop van de gesprekken. Dit geldt niet alleen voor huisartsenzorg maar bijvoorbeeld ook voor fysiotherapie. Ik heb in de vorige kabinetsperiode samen met de Partij van de Arbeid een motie ingediend specifiek over basiszorg. Ik vraag de Minister om als hij de Kamer informeert, daarbij ook die aangenomen motie te betrekken.

Minister Bruins:

Nou moet ik even uitkijken dat ik niet te veel hooi op mijn vork neem. Wat ik u kan toezeggen, is dat ik u informeer over het onderzoek dat de LHV en wij samen gaan doen. Ik zal daar ook een beleidsappreciatie van mijn kant bij doen. Maar voor de rest moet ik even kijken. Dit gaat over huisartsenzorg en niet over andere vormen van basiszorg. Dus deze laat ik nog efkes hangen als u het goedvindt, maar de huisartsenzorg is wel een heel concreet punt. Ik weet ook niet of het in dezelfde mate voor fysiotherapie geldt, eerlijk gezegd. Mag ik deze olifant dus in hapjes eten?

De voorzitter:

Dank u wel. Daarmee zijn we aan het einde gekomen van de eerste termijn. Ik kijk of er bij de leden behoefte is aan een tweede termijn. Dat is het geval. Dan geef ik als eerste het woord aan mevrouw Van den Berg.

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

Dank u wel, voorzitter. In de eerste plaats zou ik de Minister willen bedanken voor zijn antwoorden en zeker ook voor zijn duidelijke statement dat er een plafondspraak gaat komen in de hoofdlijnenakkoorden en er dus geen sprake zal zijn van een vaste aanspraak voor zorgaanbieders, en ook geen volgplicht voor verzekeraars met betrekking tot het inkoopbeleid. Dat is in iedere regio aan de verzekeraar zelf. Verder zie ik uit naar de brief over de richtlijnen voor infectiepreventie en de transparantie van de ziekenhuisprijzen.

De Minister zou nog wel wat explicieter terugkomen op voedsel en voeding in het ziekenhuis zelf. De collega's hebben in het algemeen al het belang aangegeven van voeding voor curatieve zorg. Dat zou toch in ziekenhuizen als eerste opgepakt moeten worden. Daar krijg ik nog graag een antwoord op.

Ik begrijp dat de Minister zegt dat het belangrijkste niet zozeer is dat allerlei cijfers openbaar worden, maar dat ziekenhuizen van elkaar leren. Ik zou ervoor willen pleiten dat er dan wel zo veel mogelijk eenduidigheid komt, want je kan moeilijk appels met peren vergelijken. Ook pleit ik ervoor dat in de rapportages die wel publiek worden gemaakt, wat meer trends zichtbaar gemaakt worden.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan is het woord aan mevrouw Ellemeet.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Voorzitter, dank u wel. Ook van mijn kant dank aan de Minister en de ambtenaren voor de beantwoording van de vragen. Ik proef voorzichtig interesse en enthousiasme bij de Minister voor het verbeteren van de inzet van leefstijlgeneeskunde. Dat is mooi, maar tegelijkertijd zien we dat de goede voorbeelden nu echt nog te veel in de marge plaatsvinden. Er moet dus volle prioriteit gegeven worden aan dit onderwerp als we willen dat leefstijlgeneeskunde deels een alternatief kan zijn, bijvoorbeeld voor medicijnen. Dat maakt ons ook weer minder afhankelijk van die ingewikkelde farmaceutische industrie. Ik proef dus wel wat enthousiasme, maar het mag wat mij betreft nog wel wat meer worden. Ik overweeg dan ook een motie daarover in te dienen. Goed te horen dat de Minister al op kortere termijn de regeling voor loondiensten gaat evalueren. Met de antwoorden over de medisch specialistische bedrijven ben ik nog niet echt tevreden, want de Minister loopt daar eigenlijk omheen. Hij zegt: ik wil kijken naar de gelijkgerichtheid in de zorg. Dat ben ik met hem eens, maar als er vanwege de governance sprake is van ondoelmatige besteding van zorggeld... Governance is ook niet mijn hobby, maar als die veroorzaakt dat we het geld niet doelmatig besteden, vind ik dat daar wel naar gekeken moet worden en dat er wel onderzocht moet worden of die msb's dan wel zo verstandig zijn. Dus daar wil ik toch nog een uitgebreidere toelichting op van de Minister.

Ten slotte de PREM's. De Minister zegt naar standaardisering toe te willen en dat we dat traject al zijn ingegaan, maar hij haalt hier wel twee dingen door elkaar. MedMij gaat over het ontwikkelen van een standaard voor een persoonlijke gezondheidsomgeving, zodat mensen zelf hun gegevens kunnen delen met artsen. En PREM's en ZorgkaartNederland gaan over het bevorderen van inzicht in kwaliteit aan de hand van patiëntervaringen. Dus dat zijn twee wezenlijk verschillende dingen. Vandaar nogmaals mijn vraag: is het niet wenselijk om ZorgkaartNederland als standaard te introduceren voor die PREM's? Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel. Het woord is aan mevrouw Dijkma.

Mevrouw **Dijkma** (PvdA):

Voorzitter. Hartelijk dank aan de Minister voor zijn inbreng in eerste termijn. Allereerst op het punt van de hoofdlijnenakkoorden: goed dat het rapport van de taskforce op zeer korte termijn openbaar wordt. Dat is interessant voor de Kamer, omdat wij zelf natuurlijk ook nog een rondetafel zullen hebben over die hoofdlijnenakkoorden. Ik begrijp volkomen dat de beleidsreactie van de Minister dan pas komt ofwel nadat hij de hoofdlijnenakkoorden heeft afgesloten, ofwel dat die daarin besloten zullen zitten, als ik hem zo goed versta. Dat begrijp ik. Voor mijn fractie geldt dat wij die hoofdlijnenakkoorden ook echt zullen gaan beoordelen op de vraag of datgene waar het CPB voor waarschuwt – het ontstaan van verschraling van de zorg dan wel het verlengen van de wachtlijsten – ook echt voorkomen kan worden. Dan weet de Minister van welk kwaliteitskader wij uitgaan bij het bekijken van de resultaten. Mijn tweede punt betreft het rapport van het CPB over de grote verschillen in prijs in ziekenhuiszorg. Goed dat de NZa hopelijk inderdaad voor de zomer met een transparant rapport komt over de precieze verschillen. Ik hoop met de Minister dat dat dan ook inzichtelijk maakt of het wel of niet met kwaliteit te maken heeft. Net had ik al even een discussie met mevrouw Dik-Faber over bijvoorbeeld hoge medicijnkosten. De Minister is daar volgens mij goed mee bezig. Wij wachten op zijn reactie, ook op onze initiatiefnota. Ik zou één hartenkreet wel willen slaken, want ook nu weer wordt in het debat gezegd: we moeten er wel voor blijven zorgen dat farmaceuten hun medicijnen blijven ontwikkelen. Ik heb steeds meer het gevoel dat we vanuit de politiek bijna aan een soort Stockholmsyndroom gaan lijden in onze omgang met farmaceuten. Medicijnen zullen blijven worden ontwikkeld. Dat is niet de discussie. De discussie gaat over de vraag of we het maatschappelijk verantwoord vinden dat daarbij extreme winsten worden gemaakt, die de winsten in elke andere sector te buiten gaan. De laatste vraag die ik heb aan de Minister, geldt de zogenaamde wurgcontracten, althans zo noemen de patiëntenorganisaties het voorstel van Menzis op het punt van de hartbehandelingen. De Minister heeft veel vertrouwen in deze aanpak van Menzis, maar monitort hij dat dan ook? Ik zou graag willen weten of wij op enig moment de resultaten van deze aanpak kunnen zien. Kunnen wij dan ook zien dat het risico waar met name de patiëntenorganisaties op wijzen, namelijk dat complexe behandelingen als het ware worden weggedrukt, daadwerkelijk niet optreedt? Als dat mogelijk was, zou mij dat best wel gelukkig maken.

De voorzitter:

Dank u wel. Mevrouw De Vries.

Mevrouw Aukje de Vries (VVD):

Dank u wel, voorzitter. Dank voor de antwoorden. Ook mooi dat geregeld wordt dat inderdaad de coördinatiepunten niet alleen het eerstelijnsverblijf gaan coördineren maar ook de geriatrische revalidatievoorzieningen, en dat dit nog dit jaar gaat gebeuren. Ik denk dat dit een belangrijke stap is.

Ik heb nog twee punten. De leefstijlgeneeskunde. Het is duidelijk dat daar in de opleiding meer aandacht aan besteed gaat worden, dat daarover gesprekken lopen en dat daar ook in de richtlijnen meer aandacht voor is. Een punt dat nog een beetje onderbelicht is gebleven, is het herhaalonderzoek dat eigenlijk als een probleem wordt ervaren. Ik zou het goed vinden als de Minister er ook nog eens over na wilde denken wat we zouden kunnen doen om dat te stimuleren.

Het tweede punt betreft de hoofdlijnenakkoorden. «Een broedende kip moet je niet storen» is altijd een goed uitgangspunt, dus ik denk dat we ook hier niet moeten gaan zitten onderhandelen. Als ik kijk naar de reactie van de Minister op de uitkomstbepaling, maar ook naar Menzis, dan zeg ik: mooi voorbeeld. Dat is het ook, want het gaat gericht over kwaliteit.

Dat geldt ook voor bijvoorbeeld het VGZ-verhaal dat de zorgkosten met wel 15% omlaag zouden kunnen, zoals wordt aangegeven, en dat gaat over betaalbare zorg: dat zijn wat mij betreft kernelementen van de hoofdlijnenakkoorden. Dus ik zou het wel goed vinden dat niet alleen benoemd wordt dat er goede voorbeelden zijn, maar dat hij die ook meeneemt naar de onderhandelingstafel. Dank u wel, voorzitter.

De voorzitter:

Dank u wel. Tot slot mevrouw Dik-Faber.

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

Dank u wel, voorzitter, en dank aan de Minister voor de antwoorden. Ik gun hem graag dat hij de olifant in stukjes opeet, zoals hij zei, maar het punt blijft staan: wij hebben in Nederland eigenlijk geen definitie van wat nu basiszorg is en welke zorg dichtbij beschikbaar moet zijn en welke wat verder weg mag. Om te beginnen met de huisartsenzorg lijkt mij heel belangrijk, maar laten we daarna ook verder kijken.

Dank voor de toezegging op het gebied van de leefstijlgeneeskunde. Ik zie uit naar de brief in het derde kwartaal. De medisch specialisten: dank voor de toezegging om dit jaar al het gesprek aan te gaan. Betekent dat dan ook dat er wellicht volgend jaar al verbeteringen kunnen worden ingezet? Of ben ik dan te ambitieus? De CDA-fractie heeft ingestoken op voedingsconcepten in ziekenhuizen, maar volgens mij is daar al uitvoering aan gegeven met het rapport inventarisatie voedingsconcepten, waar ik de Minister graag nog op wil wijzen. Dit loopt allemaal. Er is afgelopen jaar ook nog gekeken hoe we dit beter kunnen borgen door de stuurgroep ondervoeding nog een extra impuls te geven met een amendement van VVD en ChristenUnie.

Ten aanzien van de arts internationale gezondheidszorg heeft de Minister gezegd: geef mij informatie. Daar ga ik voor zorgen.

Tot slot, voorzitter. Over het kwaliteitskader kwalitatieve zorg krijgen wij ook meer informatie. Daar ben ik blij mee. Mij valt op dat het, als we het hebben over kwalitatieve zorg, vaak gaat over hospices of verpleeghuizen, terwijl er ook nog zo veel te winnen is in de ziekenhuiszorg. Komt de Minister echt met een plan hoe de palliatieve zorg in ziekenhuizen op een hoger niveau kan komen of zit dat ook allemaal in het kwaliteitskader? Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel, dan zijn we daarmee aan het einde van de tweede termijn van de zijde van de Kamer gekomen en geef ik graag de Minister de gelegenheid voor de beantwoording van de vragen. Het woord is aan de Minister.

Minister Bruins:

Voorzitter. Ik heb één vraag van mevrouw Dik-Faber niet goed begrepen. Dat was de vraag of er volgend jaar al verbeteringen zichtbaar zijn. Ik heb het onderwerp van die verbeteringen gemist.

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

Ik ging ook heel snel. Het gaat over het in loondienst nemen van medisch specialisten. De Minister schetste dat de regeling dit jaar en volgend jaar loopt en dat er dan een evaluatie zal starten, maar hij gaf op een vraag van de collega van GroenLinks ook aan dat hij dit jaar al het gesprek aangaat. Dat is natuurlijk heel mooi. Ik hoop dat dat gesprek ook leidt tot verbeteringen volgend jaar al, maar misschien is dat te ambitieus.

De voorzitter:

Het punt is duidelijk, dank u wel. Dan geef ik nu het woord aan de Minister voor de beantwoording in tweede termijn. Gaat uw gang.

Minister Bruins:

Dank u wel, voorzitter. Allereerst op het punt van de voeding. Mevrouw Van der Berg, maar ook mevrouw Ellemeet en mevrouw De Vries hebben het allemaal gehad over voeding, leefstijlgeneeskunde en het promoten daarvan. Ik stel voor dat wij met Gelderse Vallei in gesprek gaan om te kijken of we hun voorbeeld – mag ik dat zo uitdrukken? – hoger kunnen laten vliegen. Als een proeftuin daarvoor een behulpzaam middel is, dan wil ik dat overwegen, maar ik wil eerst eventjes met Gelderse Vallei bekijken wat nou de beste aanpak is.

Dan het punt van het bevorderen van een gezonde leefstijl. Misschien heb ik het niet duidelijk genoeg gezegd, zeg ik nu in de richting van mevrouw Ellemeet, maar vanaf 1 januari 2019 zitten er mogelijkheden tot bevordering van die gezondere leefstijl in het verzekerpakket, de gecombineerde leefstijlinterventie. Dat lijkt mij een prima manier om dit onderwerp te promoten.

Dan het punt van de gelijkgerichtheid. Wat mij betreft zijn governancevragen zeer interessant, maar ik denk dat we echt moeten kijken naar het thema kwaliteit. De volumeprikkel in de bekostiging is dus niet alleen relevant voor de medisch-specialistische bedrijven, maar is in het algemeen belang voor de bekostiging van het ziekenhuis. Maar ik ben gecharmeerd van belonen op basis van kwaliteit. Dat zie ik echt als de toekomst. Zo wil ik de komende jaren eigenlijk ook aan de slag met het thema gelijkgerichtheid.

De voorzitter:

Ik sta één vraag toe. Gaat uw gang, mevrouw Ellemeet.

Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):

Ik ben daar helemaal niet tegen. Het lijkt me een hartstikke goed plan om daar werk van te gaan maken, maar mijn vraag is een andere. Ik krijg namelijk signalen dat msb leidt tot hogere overheadkosten. Dat is geld dat anders aan de zorg besteed zou kunnen worden. Mijn vraag is of de Minister onderzoek kan doen naar de doelmatigheid of ondoelmatigheid van zorggelden in deze governancestructuur.

Minister Bruins:

Ik dacht dat ik dat punt al had aangevoerd in de eerste termijn. Wij doen onderzoek naar die governancemodellen. Daarbij gaat het niet met name over de governancemodellen zelf maar over de doelmatigheid van die modellen. Dat punt gaan wij dus doen. Ik zeg «wij», maar wie doet dat onderzoek? Ik hoor nu dat wij dat doen.

De voorzitter:

Is dat voldoende, mevrouw Ellemeet?

Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):

Ja.

De voorzitter:

Gaat u verder.

Minister Bruins:

Dan het punt van de ZorgkaartNL. Ik wil eigenlijk niet één platform uitkiezen en zeggen dat iedereen zich op ZorgkaartNL moet richten. Er zijn verschillende initiatieven en ik vind het belangrijk dat die verschillende initiatieven voorlopig nog ruimte krijgen om naast elkaar te bestaan. Ik moet nog even terug naar mevrouw Van den Berg over het punt van transparantie van ziekenhuisinformatie. Ik realiseer me dat ik de vraag nog moet beantwoorden of je, als je niet per ziekenhuis de informatie kunt geven, wel iets van trends kunt laten zien. Dat is ook de manier waarop

we daar bijvoorbeeld met het NIVEL over hebben gesproken. Ik kan u dus niet die feitelijke informatie geven, maar ik begrijp uw behoefte en ik wil zoeken naar het zichtbaar maken van trends. Het antwoord is dus ja, en ik ga nog eventjes zoeken naar de manier waarop dat kan. Dat gaat dus over trends om meer transparant te maken aan wat er aan kwaliteit in een ziekenhuis zichtbaar is, waar het goed gaat maar vooral ook waar het niet goed gaat, en dat op zo'n manier dat er niet meteen sprake is van blaming and shaming, maar dat je er onderling iets van kunt leren. Dat staat voor mij voorop. Misschien kan dat dus via het jaarverslag van de inspectie of zo. Wij overleggen op dat punt met de inspectie.

Mevrouw Dijkma stelde een vraag over dure geneesmiddelen, met aan de ene kant de innovatie en aan de andere kant de extreme prijs.

Mevrouw Dijkma zegt dat die nieuwe medicijnen toch wel blijven komen. Daar ben ik nou weer net een klein beetje voorzichtiger over. Daarom probeer ik altijd beide thema's in één hand te benoemen: het belang van innovatie voor de patiënten van morgen en aan de andere kant de in sommige gevallen te hoge prijzen. Wij hebben nodig dat de industrie en ook universiteiten blijven nadenken over nieuwe medicijnen en dat zij die ook aanbieden op de markt in Nederland. In de reactie op de nota die u met enkele andere fracties heeft geschreven, zal ik dat punt ook markeren. Het is wel het één bij het ander. Dat maakt het er overigens niet makkelijker op.

Dan de vraag of ik het project van Menzis over dotteren monitor. Niet met een aparte monitor. U weet dat de NZa de toegankelijkheid van de zorg monitort en dat de inspectie monitort op de kwaliteit. Dat zullen we ook in dit geval doen, maar er is dus niet een aparte monitor, alstublieft niet.

De voorzitter:

Dat roept een vraag op bij mevrouw Dijkma.

Mevrouw **Dijkma** (PvdA):

Ja, mijn vraag is simpel: waarom eigenlijk niet? Want het is een ter discussie staand voorstel. Niet iedereen is ervan overtuigd dat het gaat werken. U bent dat wel; Menzis zelf is daar kennelijk ook van overtuigd. Zou het, ook om kritiek misschien te voorkomen, niet verstandig zijn om dit wél van dichtbij te gaan bekijken? Als het een succes is, wat ik op zich van harte hoop, weten we dat dan ook.

Minister Bruins:

We bekijken het van dichtbij. Ik vind echt dat we de NZa hebben voor het toezicht op de toegankelijkheid van de zorg. De IGJ hebben we voor de kwaliteit van de zorg. Wij kijken daar dus goed naar, maar om daar weer een aparte monitor voor te maken, vind ik nou net een beetje te ingewikkeld. Ongetwijfeld zal Menzis zelf weleens iets laten zien van de effecten. Als ik die informatie van Menzis krijg, ben ik graag bereid om die met u te delen, maar ik wil hier niet van overheidswege weer een aparte monitor voor bestellen.

De voorzitter:

Afrondend, mevrouw Dijkma.

Mevrouw **Dijkma** (PvdA):

Ik ben het daar niet mee eens. Aan de ene kant zegt u «we kijken ernaar» en aan de andere kant zegt u dat u dit niet apart gaat doen. Wat stelt «we kijken ernaar» dan voor, anders dan dat er meer in algemene zin altijd breed gemonitord wordt? Dat zegt straks dus helemaal niets over de individuele data van dit project. Behalve als er enorm veel kabaal ontstaat, kunnen we daar dus helemaal niks over zeggen.

Minister Bruins:

Ik was niet van plan om daar «maar naar te kijken». Ik wilde tot uitdrukking brengen dat wij instanties hebben die toezicht houden op de toegankelijkheid van zorg en op de kwaliteit van zorg. Dat geldt ook in dit geval. Ik vind inderdaad dat die toezichthouders alert mogen zijn, omdat het hier een nieuwe afspraak betreft, maar ik wil voorkomen dat we voor elk experimentje of elke nieuwe afspraak een aparte monitor bestellen. Dat lijkt me een beetje veel van het goede.

Voorzitter. Mevrouw De Vries vroeg of de Minister nog eens kan terugkomen op het herhaalonderzoek naar leefstijlgeneeskunde. U vroeg of ik daar nog eens naar kan kijken. Voor nu is het antwoord: ja, daar moet ik nog even naar kijken, maar ik heb echt een beetje hulp nodig bij de manier waarop ik dit wil doen. Dat doe ik dus graag schriftelijk.

Dan heb ik nog de vraag liggen over de capaciteit van de geriatrische revalidatiezorg. In november van dit jaar zal de NZa met een nieuwe Marktscan acute zorg komen. Ik heb de NZa gevraagd om daarin ook aandacht te besteden aan de toegang, niet alleen tot het eerstelijnsverblijf maar ook tot vervolgzorg in de breedte, waaronder die geriatrische revalidatiezorg. Dat thema komt dus apart terug in de marktscan, die eind dit jaar beschikbaar zal zijn.

Mevrouw Dik-Faber vroeg of zij optimistisch is als zij ervan uitgaat dat er volgend jaar al verbeteringen zichtbaar zijn naar aanleiding van de gesprekken die we met de specialisten voeren. Ik denk het wel. Dat lijkt mij snel, maar als er iets is, laat ik u dat weten. Over de palliatieve zorg zei u dat er ook veel gebeurt in ziekenhuizen. Dat is ook precies wat ik in mijn eerste termijn tot uitdrukking probeerde te brengen, namelijk dat dit niet weer iets apart is maar dat dit gebeurt in de context van het ziekenhuis.

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

Het is goed om te horen dat palliatieve zorg in de visie van de Minister niet alleen in hospices en verpleeghuizen een plek heeft maar nadrukkelijk ook in de ziekenhuiszorg. Ik denk dat we allemaal het boek van Sander de Hosson kennen; misschien hebben we het nog niet allemaal gelezen. Hij legt de vinger op het feit dat er juist in de ziekenhuizen nog zo veel te winnen is. Gaat dat nou vanzelf als we aan de slag gaan met dat kwaliteitskader palliatieve zorg of moet er niet toch een tandje bij, met even wat extra inzet vanuit het ministerie om dit wat beter op de agenda te krijgen?

Minister **Bruins**:

In de eerste termijn heb ik mevrouw Dik-Faber een brief toegezegd die voor de zomer over dit punt wordt geschreven. Laat mij dan daarin ook het thema meenemen van de palliatieve zorg, niet alleen in de hospices en de verpleeghuizen maar ook in de ziekenhuizen. Ik was van plan om daarop in te gaan; dat heb ik u toegezegd. Als ik de brief aan u heb gezonden, beoordeelt u dan maar of u dat voldoende vindt, maar het is uitdrukkelijk de bedoeling om het thema palliatieve zorg, ook in het ziekenhuis, in die brief aan bod te laten komen.

Tot zover, voorzitter.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Daarmee zijn we aan het einde gekomen van de tweede termijn. Ik neem graag een aantal toezeggingen met u door. De volgende toezeggingen zijn genoteerd. Dat zijn toezeggingen naar aanleiding waarvan we een brief of iets anders verwachten vanuit het ministerie.

- Voor de zomer komt er een brief met het plan van aanpak voor de infectiepreventie in ziekenhuizen.
- Voor de zomer komt er een brief over transparantie van ziekenhuistarieven naar aanleiding van NZa-onderzoek.
- Na de zomer, het derde kwartaal, wordt de Kamer nader geïnformeerd over de uitwerking van de leefstijlgeneeskunde.

- Het rapport van de taskforce wordt na het verschijnen naar de Kamer gestuurd.
- Voor de zomer wordt de Kamer geïnformeerd over het kwaliteitskader voor de palliatieve zorg.
- Over het onderzoek van de Landelijke Huisartsen Vereniging en het ministerie naar de basiszorg wordt de Kamer geïnformeerd.
- De geriatrische revalidatiezorg komt terug in de eerder toegezegde brief over de marktscan aan het einde van het jaar.

Dit zijn de door ons genoteerde toezeggingen. Mevrouw Ellemeet heeft een motie aangekondigd. Ik zie haar instemmend knikken. Dat betekent dat er een VAO wordt ingepland, met als eerste spreker mevrouw Ellemeet.

We zijn aan het einde gekomen van dit debat. Ik dank de Minister. Ik dank de ondersteuning en ik dank de Kamerleden voor hun bijdragen in dit debat. Ik dank de mensen op de publieke tribune voor hun belangstelling, maar dat geldt natuurlijk ook voor de mensen die dit debat op een andere manier gevolgd hebben.

Sluiting 12.12 uur.