

Vergaderjaar 2018–2019

**33 578**

**Eerstelijnszorg**

**Nr. 76**

## **VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG**

Vastgesteld 28 augustus 2019

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 3 juli 2019 overleg gevoerd met de heer Bruins, Minister voor Medische Zorg en Sport, over:

- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 29 mei 2018 inzake antwoorden op vragen commissie over aanvullende geneeskundige zorg voor kwetsbare groepen in de eerste lijn (Kamerstuk 33 578, nr. 54);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 16 januari 2018 inzake aanvullende geneeskundige zorg voor kwetsbare groepen in de eerste lijn (Kamerstuk 33 578, nr. 50);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 14 juni 2018 inzake evaluatie Vinex-regeling (Kamerstuk 33 578, nr. 55);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 29 juni 2018 inzake onderhandelaarsakkoord huisartsenzorg 2019–2022 (Kamerstuk 33 578, nr. 56);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 28 juni 2018 inzake kwaliteit en doorontwikkeling eerstelijnsverblijf (elv) (Kamerstuk 31 765, nr. 339);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 11 juli 2018 inzake bestuurlijk akkoord huisartsenzorg 2019–2022 (Kamerstuk 33 578, nr. 58);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 6 april 2018 inzake rapport van de Taskforce «de juiste zorg op de juiste plek» (Kamerstuk 29 689, nr. 896);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 6 juli 2018 inzake betaalbaarheid van de zorg (Kamerstuk 32 620, nr. 208);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 12 november 2018 inzake uitvoering van de gewijzigde motie van het lid Ellemeets c.s. over de gevolgen van contractering op de kwaliteit van paramedische zorg (Kamerstuk 35 000 XVI, nr. 91);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 10 december 2018 inzake antwoorden op vragen commissie**

- over de voorhang experiment resultaatbeloning en zorgvernieuwing eerstelijnsverblijf (Kamerstuk 31 765, nr. 355);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 16 oktober 2018 inzake voorhang experiment resultaatbeloning en zorgvernieuwing eerstelijnsverblijf (Kamerstuk 31 765, nr. 346);
  - de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 20 december 2018 inzake onderzoeksrapporten «Zorgland-schap en zorggebruik in een veranderende eerste lijn» en «Balans in vraag en aanbod huisartsenzorg» (Kamerstuk 33 578, nr. 60);
  - de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 18 december 2018 inzake wijziging tariefsoort eerstelijnsdiagnostiek (Kamerstuk 33 578, nr. 59);
  - de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 4 maart 2019 inzake antwoorden op vragen commissie over de wijziging tariefsoort eerstelijnsdiagnostiek (Kamerstuk 33 578, nr. 61);
  - de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 18 februari 2019 inzake herregistratie fysiotherapeuten, verloskundigen en verpleegkundigen in het BIG-register (Kamerstuk 29 282, nr. 351);
  - de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 17 april 2019 inzake NZa-monitor «Paramedische zorg, overzicht van de ontwikkelingen 2012–2018» (Kamerstukken 33 578 en 29689, nr. 62);
  - de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 16 mei 2019 inzake onderhandelaarsakkoord bestuurlijke afspraken paramedische zorg 2019–2022 (Kamerstuk 33 578, nr. 64);
  - de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 13 mei 2019 inzake rapport «Meer bewegen: doorverwijzing naar activiteiten door eerstelijnszorgverleners» (Kamerstuk 32 793, nr. 386);
  - de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 23 april 2019 inzake plan van aanpak voor balans in vraag en aanbod in de huisartsenzorg (Kamerstuk 33 578, nr. 63);
  - de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 27 mei 2019 inzake overheveling geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (Kamerstuk 33 578, nr. 65);
  - de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 29 mei 2019 inzake reactie op het verzoek van het lid Kuzu, gedaan tijdens de regeling van werkzaamheden van 14 mei 2019, over het bericht «Huisartsen gaan doorverwijzen naar drogist» (Kamerstuk 33 578, nr. 66);
  - de brief van Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 20 juni 2019 inzake bestuurlijke afspraken paramedische zorg 2019–2022 (Kamerstuk 33 578, nr. 67);
  - de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 25 juni 2019 inzake NZa-monitor contractering huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2019 (Kamerstuk 33 578, nr. 69);
  - de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 1 juli 2019 inzake reactie op verzoek commissie over de petitie van FNV Zorg en Welzijn inzake Betere vergoeding van wachtdiensten in de kraamzorg alsmede reactie op artikel Zorgvisie.nl d.d. 17 juni 2019 «Kraamzorg zit vast in vicieuze cirkel» (Kamerstuk 29 282, nr. 366).

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

De voorzitter van de commissie,  
Lodders

De griffier van de commissie,  
Post

**Voorzitter: Agema**  
**Griffier: Bakker**

Aanwezig zijn negen leden der Kamer, te weten: Agema, Van den Berg, Ellemeet, Van Gerven, Lodders, Ploumen, Raemakers, Arno Rutte en Sazias,

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

Aanvang 13.00 uur.

**De voorzitter:**

Goedemiddag. Het wordt als vanzelf heel rustig op de publieke tribune. Dat is een mooi moment om de vergadering te openen. Onze vaste voorzitter, mevrouw Lodders, is verhinderd wegens een plenair debat. De heer Van Otterloo, de ondervoorzitter en haar vervanger, is ook verhinderd. Daarom zal ik het debat voorzitten totdat mevrouw Lodders arriveert.

Het debat gaat over de eerstelijnszorg. Ik dank de Minister voor zijn komst. Rechts van mij zitten de Tweede Kamerleden. Dat zijn de heer Van Gerven van de SP, mevrouw Ploumen van de Partij van de Arbeid, mevrouw Ellemeet van GroenLinks, mevrouw Van den Berg van het CDA, mevrouw Sazias van 50PLUS en de heer Raemakers van D66. We hebben afgesproken om per fractie een spreektijd van vijf minuten te hanteren. De heer Arno Rutte van de VVD komt ook zojuist binnen. We spreken verder af dat er twee interrupties in tweevoud mogen worden gepleegd. U kunt dus in de eerste termijn van de Kamer en de regering acht keer het woord vragen.

Ik stel voor dat we gaan beginnen met de bijdrage van de heer Van Gerven van de SP.

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

Dank u wel, voorzitter. Vanmorgen was ik aanwezig bij een demonstratie van paramedici, van logopedisten, fysiotherapeuten, diëtisten, oefentherapeuten en ergotherapeuten. Ze wilden zorgen zonder zorgen. Een aantal van hen zit op de publieke tribune. Ik laat nog maar even het manifest zien. Wat willen zij? Zij willen een einde aan de verantwoordingsbureaucratie. Ze willen de autonomie terug naar de hulpverlener, ze willen de zorgverzekeraar de spreekkamer uit. Ze willen kostendekkende tarieven en zekerheid. En wat ze ook willen, is dat de zorg die nodig is, teruggebracht wordt in het basispakket. Dat zijn zeer treffende en zeer terechte eisen. Is de Minister bereid aan deze belangrijke eisen in de eerste lijn tegemoet te komen?

Dan de huisartsen. De druk op hen neemt toe. Ouderen wonen langer thuis, mensen worden sneller ontslagen uit het ziekenhuis en het eigen risico is een grote hinderpaal. De huisarts is hiervan uitgesloten, en juist daarom ligt er extra druk op hen. Ze worden verzocht extra handelingen te verrichten of praten soms de helft van hun consult over geld. Er is maar weinig tijd voor fatsoenlijke aandacht voor de patiënt. Proeven met langere consulten, waarbij het consult van tien naar vijftien minuten gemiddeld gaat, laten spectaculaire resultaten zien. Er wordt 25% minder doorverwezen naar de medisch-specialistische zorg, er worden 15% minder medicijnen voorgeschreven. Dat zijn aanzienlijke kostenbesparingen. Aan de andere kant is er sprake van meer patiënttevredenheid en een hoger werkplezier voor de huisartsen. Is de Minister bereid het vijftienminutenconsult tot norm te maken en de norm voor huisartsenpraktijken te verlagen naar 1.800 patiënten?

Dit past ook goed in het streven om de eerste lijn te versterken. We slaan dan drie vliegen in één klap. Ten eerste, het is beter voor de patiënt als je goed in de eerste lijn wordt geholpen; het is snel en vertrouwd. Ten

tweede, we besparen op onnodige kosten in de zorg. En ten derde, het vak van huisarts wordt bevredigender en aantrekkelijker als je de zorg kunt geven die nodig is. Dat geldt natuurlijk ook voor het ondersteunend personeel. Gaat de Minister ook harde afspraken maken met de zorgverzekeraars om de vijftienminutennorm in elke praktijk mogelijk te maken? En gaat de Minister er ook voor zorgen dat er meer huisartsen en meer ondersteunend personeel worden opgeleid?

Een volgend punt betreft de kraamverzorgenden. Zij houden zielsveel van hun werk. Maar tegenwoordig is de uitstroom hoog, en dat is zorgelijk. De Minister herkent de problemen, zoals de wachtdiensten, waarvoor de vergoeding niet kostendekkend is en organisaties die verlies lijden. Een verhoging van de tarieven komt er tot nu toe niet. Maar het is toch niet uit te leggen dat iemand die acht uur stand-by moet staan – acht uur! – daarvoor € 11 krijgt? Daarvan kun je onmogelijk je kinderopvang betalen. Zo wordt het ouders van jonge kinderen erg moeilijk gemaakt om hun intrede te doen of om in de sector te blijven. De meeste mensen die het beroep van kraamverzorger verlaten, zijn tussen de 20 en 34 jaar, terwijl dat juist de groep is die nodig is. Ik roep de Minister dan ook op om de tarieven aanzienlijk te verhogen, teneinde het ziekteverzuim en de leegloop in de kraamzorg een halt toe te roepen.

Dan het eigen risico. In 2016 stelde het Zorginstituut dat de specialist ouderengeneeskunde en de arts verstandelijk gehandicapten zich bedienen van hetzelfde professionele arsenaal als de huisartsen. Het Besluit zorgverzekering zegt dat het hier zorg betreft zoals huisartsen die plegen te bieden. De SP is van mening dat het dan ook niet meer dan logisch is om de specialist ouderengeneeskundige en de arts verstandelijk gehandicapten uit te sluiten van het eigen risico, zoals met de huisarts ook het geval is. De specialist ouderengeneeskunde vergroot de kwaliteit van leven van ouderen, en deze vorm van zorg voorkomt ook opnames en spoedopnames in het ziekenhuis. De specialist ouderengeneeskunde is steeds vaker met de huisarts en de wijkverpleegkundige onderdeel van het kernteam rondom de zorg voor kwetsbare ouderen thuis. Maar het eigen risico werkt helaas drempelverhogend. Als de huisarts een beroep wil doen op aanvullende zorg van de specialist ouderengeneeskunde, is de kans groot dat de ouderen de zorg afwijzen vanwege de kosten. Dat lijkt mij ongewenst. Dus graag een reactie van de Minister daarop.

De heer **Arno Rutte** (VVD):

Dat de SP niets ziet in het eigen risico is bekend. De SP zou het liefst het hele eigen risico afschaffen. Dat snap ik; daar zijn we het over oneens. Maar bij het inschakelen van een specialist ouderengeneeskunde hebben we het toch over heel oude, kwetsbare patiënten, vaak comorbide, vaak al veel zorg gebruikend? In welke gevallen is het dan zo dat deze patiënt het eigen risico niet of nog niet heeft volgemaakt?

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

Er zijn heel veel verschillende patiënten. Er zijn een aantal patiënten die het eigen risico niet hebben volgemaakt en daartegen aanlopen. Maar ik luister goed naar de vraag van de heer Rutte. Met zijn vraag erkent hij eigenlijk dat het eigen risico voor die groep niet aan de orde zou moeten zijn. Hij erkent dus wel degelijk dat het eigen risico een drempel kan opwerpen voor mensen om de zorg te krijgen die zij nodig hebben.

De heer **Arno Rutte** (VVD):

Dat is een bijzondere redenering. Nee, ik erken dat er mensen zijn die waarschijnlijk elk jaar hun eigen risico volmaken. Dat is zo. En dat is over het algemeen ook deze groep. Het is niet leuk als dat je overkomt, maar dat is wel de consequentie van het hebben van een eigen risico. Maar in welke gevallen denkt de heer Van Gerven dat het uitzonderen van de specialist ouderengeneeskunde daadwerkelijk een financieel voordeel zou

zijn voor de mensen die het hier betreft? Laat ik het dan zo maar formuleren.

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

Een financieel voordeel? Nee, het is natuurlijk geen financieel voordeel. Het gaat om de toegankelijkheid van de specialist ouderenzorg, waarvan wij erkennen dat die een belangrijke rol moet vervullen in de eerste lijn en waarvan wij ook zeggen dat die beter bereikbaar moet zijn. Dan is het toch raar en onrealistisch om bij iemand die 85 of 90 jaar is en zorg nodig heeft, er nog een eigen risico aan vast te plakken? Die mensen moeten geholpen worden en daar past gewoon geen drempel bij. Zelfs als je het idee hebt dat we een drempel moeten inbouwen omdat mensen onterecht zorg consumeren, dan nog geldt dat zeker niet voor deze categorie. Die mensen moeten gewoon drempelloos toegang hebben tot de zorg die ze nodig hebben.

De **voorzitter**:

Gaat u verder.

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

Voorzitter. Tot slot iets over de fysiotherapie. We hadden vorige week een bespreking met fysiotherapeuten. Ik kijk even naar mijn buurman Arno Rutte, die uiterst rechts zit, ook politiek gezien, die er ook bij aanwezig was. Dat is dan wel voor de kijkers links, maar hij is toch rechts. De VVD is toch rechts. En wat er van rechts komt, dat is niet altijd goed. Die moet je niet altijd voorrang verlenen, om het zo maar te zeggen. Die fysiotherapeuten kwamen met schrijnende verhalen. Ik beperk het nu even tot de groep COPD-patiënten, patiënten die het aan de longen hebben, waar de rek uit is, die heel moeilijk lucht kunnen krijgen. Zij gaven aan dat er allerlei tekentafeloplossingen zijn waarbij de patiënten worden opgedeeld in vier categorieën. In categorie 1 krijg je zo veel behandelingen, in categorie 2 krijg je er zo veel enzovoorts. Dan denk ik: wat is dit voor waanzin? Dat doen wij ook niet bij huisartsen als die zorg verlenen. Dan mogen ze ook zelf bepalen hoeveel zorg er nodig is. Zou het niet beter zijn – en dan kijk ik weer naar de Minister; aan de linkerkant gezeten – om deze patiëntengroep gewoon meer lucht te geven en te zeggen: we stoppen met dat maximeren van de behandelingen voor COPD-patiënten die fysiotherapie nodig hebben? Ik overweeg daarover een motie in te dienen. Dank u wel.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Dan geef ik nu het woord aan mevrouw Ploumen van de Partij van de Arbeid.

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):

Voorzitter, dank u wel. Dit heet het overleg eerstelijnszorg. Als je niet in de zorg zit, of hier aan deze tafel, weet je waarschijnlijk niet eens wat dit betekent. Ik wist dat een aantal jaren geleden ook niet. Maar het is eigenlijk heel simpel: eerstelijnszorg betreft gewoon de eerste mensen naar wie je toegaat als je iets mankeert. We lopen allemaal in de loop van ons leven butsen en deuken op. Ik heb zelf bijvoorbeeld een chronisch probleem met mijn stembanden. Zonder logopediste Sharon zou ik nog erger klinken. Het is niet haar schuld, maar echt de mijne. Ik heb een gebroken enkel gehad en een schouderband gescheurd. Zonder fysiotherapeut Sjaak zou ik mijn arm niet boven mijn hoofd kunnen houden en zou ik misschien niet meer kunnen lopen. Hoe erg is het dan dat juist die mensen, die zo goed voor ons zorgen, en die er ook voor zorgen dat andere plekken in de gezondheidszorg en kosten vermeden kunnen worden, vanochtend moesten protesteren omdat ze zo ontzettend lage

tarieven krijgen voor hun goede werk, dat ook nog eens gepaard gaat met bergen administratieve lasten?

Voorzitter. Er is een hoofdlijnenakkoord afgesloten. Maar eigenlijk gaat dit maar ten dele over de zaken waar het over moet gaan. Die lage tarieven zijn er niet in geadresseerd. De NZa spreekt over een gebrek aan kwaliteit. Ik denk dan: dan worden er natuurlijk meteen stapels protocollen ingezet. Logopediste Sharon en fysiotherapeut Sjaak kunnen hun werk zo wel doen. Daar vertrouw ik op. Mijn vraag aan de Minister is dus wat hij gaat doen om ervoor te zorgen dat mensen die zo goed voor ons zorgen ook loon naar werken krijgen.

Voorzitter. Dat geldt ook voor de mensen die in de kraamzorg werken. We weten allemaal: de eerste dagen nadat je bevallen bent, is het zo fijn om iemand bij je te hebben die je adviseert en die ervoor zorgt dat je niet helemaal overstuur raakt als zo'n baby'tje een paar uur achter elkaar huilt. Maar wat blijkt nu? Die kraamhulpen krijgen ook zo slecht betaald. Collega Van Gerven zei het al en ik sluit me daar gewoon bij aan. Net als vorig jaar dreigen er ook weer enorme tekorten te ontstaan in sommige regio's, in Amsterdam, Utrecht en Noord-Brabant. Dus we leven nu in een land waarin een ziekenhuisbestuurder zegt «ik kan niet voor 400 zwangere vrouwen op Urk een ziekenhuis openen» en waarin een Minister zegt «tja, ik vind die tekorten ook erg, maar ik kan niks doen aan die kraamzorg».

We worden dus eigenlijk wel een beetje in de steek gelaten als het gaat over de zorg waar we allemaal gewoon recht op hebben. Die zou gewoon op orde moeten zijn in een land dat de achttiende economie ter wereld is. Hoe gaat de Minister ervoor zorgen dat de kraamhulpen betere tarieven krijgen en dat ze een betere balans tussen werk en privé kunnen hebben? Erkent hij het werk dat ze doen, ook op het gebied van preventie? Zij zijn degenen die bij jonge gezinnen aan huis komen en kunnen signaleren.

Voorzitter. Dan de doktersassistenten. Nog zo'n groep. Zij doen hun werk in stilte, maar zonder hen zou het hele systeem platvallen. Ik heb laatst meegedraaid in een huisartsenpraktijk. Ik heb naast de doktersassistente gezeten. Zij krijgen op een gewone maandagochtend soms 400 telefoontjes. 400! En ze moeten dus zo beslissen wat het beste is voor die patiënt. Moet die de arts zien? Kan hij nog even thuis blijven? Kan ik advies geven? Er is een groot tekort aan doktersassistenten. Ze worden niet eens BIG-erkend. De Minister is ook niet van plan om dat te doen, ondanks herhaald aandringen. Maar is hij het niet met me eens dat die tekorten ook samenhangen met dat gebrek aan erkenning? Zou hij daar toch niet stappen in moeten nemen?

Voorzitter. Ik sluit me aan bij de vragen over de huisartsen van de heer Van Gerven. Ik wil nog drie heel korte vragen stellen. De eerste gaat over de substitutie van de tweede lijn naar de eerste lijn. Met andere woorden, hoe zorgen we ervoor dat de zorg dicht bij huis blijft en efficiënt is? Uit de voortgangsrapportage blijkt dat het nog niet zo erg opschiet. Wat gaat de Minister doen om dat wel in orde te maken? Het geld dat ervoor bestemd is, wordt nog niet eens uitgegeven. Er zouden meer eerstelijnsverblijfbedden komen. Er zijn nog steeds te weinig beschikbaar.

Dan mijn derde vraag. Er zijn steeds plannen om ervoor te zorgen dat er in een regio regionale afstemming is van de zorg. De NZa monitort dit en geeft informatie over wat er goed gaat en wat beter kan. Maar we weten eigenlijk nog steeds niet of die regionale afstemming ook echt gebeurt. Wat merken patiënten en al die mensen die in de zorg dag in, dag uit hun best doen voor ons, ervan?

Dank u wel, voorzitter.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Dan gaan we nu luisteren naar mevrouw Ellemeet van GroenLinks.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Dank u wel, voorzitter. Ik kwam vanochtend uit het station gelopen en dacht: o, ik moet ze vinden, die paramedici. Maar dat was niet zo heel moeilijk, want ik hoorde heel veel trommels, dus ik dacht: daar moet ik heen! Een aantal van de mensen daar, zien we nu hier, maar er waren er daar nog veel, veel meer. Ontzettend veel fysiotherapeuten, ergotherapeuten, diëtisten; noem ze allemaal maar op.

Jullie zijn allemaal naar Den Haag gekomen. Met een reden, want het gaat niet goed. Het gaat gewoon niet goed genoeg. Deze grote groep geweldige zorgverleners moet zijn werk doen onder omstandigheden die niet vol te houden zijn. Het is niet voor het eerst dat deze mensen naar Den Haag zijn gekomen en het is ook niet voor het eerst dat we het hier in de Kamer erover hebben. Bij de vorige begrotingsbehandeling van VWS heb ik al aangegeven dat de behandelindex fysiotherapeuten een doorn in het oog is. Iedere zorgverzekeraar vraagt net wat anders. Ook heb ik toen opgemerkt dat er nog steeds geen akkoord paramedische zorg was. Een aantal van die punten hebben we toen onder de aandacht gebracht en, eerlijk is eerlijk, er zijn stappen gezet. Dat zijn, denk ik, heel belangrijke stappen.

Maar zijn we er dan? Nee, dan zijn we er nog niet. Want we weten dat de tarieven nog altijd te laag zijn. Er wordt een kostprijsonderzoek verricht dat duidelijkheid moet geven hoeveel er betaald zou moeten worden. Het is echt ontzettend belangrijk dat dat onderzoek zo snel mogelijk afgerond wordt. Ik vraag de Minister dan ook of hij kan garanderen dat dat onderzoek ten minste voor het einde van dit jaar, en zo mogelijk sneller, afgerond wordt, zodat al deze mensen zo snel mogelijk een eerlijk tarief, een eerlijke beloning krijgen voor hun werk.

Voorzitter. Een ander probleem is de beperkte zorg in het basispakket. We hebben een heel systeem opgetuigd: het Zorginstituut moet kijken welke fysiotherapie en welke behandelingen in het basispakket mogen. Maar toch hoor ik terug uit de praktijk dat die methodiek niet goed aansluit op het echte werk. Ik vraag de Minister daarom: als dat nu de signalen zijn, als we zo'n ingewikkeld systeem hebben gebouwd en het Zorginstituut onmogelijke eisen stelt, moeten we dan niet nog een keer kritisch kijken naar die methodiek en naar dat systeem dat we hebben opgetuigd? Moet dat niet anders? Graag een reactie.

Een ander belangrijk punt voor al deze zorgverleners is natuurlijk dat zij hun werk willen doen en daarmee willen voorkomen dat mensen onnodig in het ziekenhuis terechtkomen; mevrouw Ploumen had het er al over. We noemen dit met een duur woord «substitutie». We zien echter dat dit nog veel te weinig van de grond komt. En eigenlijk weten we allemaal stiekem wel hoe dat komt: de ziekenhuizen zijn zó machtig en de zorgverzekeraars zo onmachtig als het die ziekenhuizen betreft, dat daar geen harde afspraken gemaakt worden. Wat gaat de Minister doen om echt te garanderen dat de zorg van het ziekenhuis naar de eerste lijn gaat, en om ervoor te zorgen dat het geld van de ziekenhuizen naar de eerste lijn gaat? Want het werk kan wel gedaan worden, maar daar moet dan ook geld tegenover staan. Graag een reactie.

De heer **Arno Rutte** (VVD):

Ik ben blij verheugd om dit betoog van mevrouw Ellemeet te horen, dus dat de reden dat die verschuiving niet op gang komt, daadwerkelijk te maken heeft met machtsposities binnen de tweede lijn, de ziekenhuizen. Ik zal daar zo meteen zelf ook het een en ander over zeggen. Maar als straks in september, oktober weer berichten naar buiten komen van ziekenhuizen die zeggen een schandalig slecht contract te krijgen van de zorgverzekeraar en dat zij toch zó veel moeten inleveren, wil mevrouw Ellemeet dan ook vooraan staan en zeggen «misschien is dat ook wel eens een keer tijd» in plaats van dan de schuld aan de verzekeraars te geven? Want dat zien we partijen te vaak doen.



Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Iedereen moet de zorg kunnen krijgen die hij nodig heeft, ook de ziekenhuiszorg die hij nodig heeft. Ik heb hier eerder al een oproep over gedaan aan de Minister, want ik vind het een taak voor de Minister om meer de regie te nemen op de vraag welke ziekenhuiszorg waar beschikbaar moet zijn. Vervolgens vind ik ook dat we moeten kijken hoe we zo veel mogelijk zorg uit het ziekenhuis en in de eerste lijn kunnen krijgen. Ik heb eerder een rondetafelbijeenkomst georganiseerd over fusies bij ziekenhuizen. Door die fusies zien we steeds grotere molochs, steeds grotere machtsbolwerken, wat gewoon een heel onwenselijke situatie is. Dus ik begrijp het punt van de heer Rutte. Ik denk dat het een terecht punt is en dat het soms te makkelijk is om altijd de schuld aan de zorgverzekeraars te geven. Als we met elkaar willen dat die zorg zo veel mogelijk in de eerste lijn plaatsvindt, verwacht ik wat van de zorgverzekeraars. Zij laten echter nog lang niet altijd zien wat we van hen verwachten. Het vraagt echter ook iets van de politiek. Ik denk dat dat een terecht punt is van de heer Rutte.

De **voorzitter**:

Gaat u verder.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Voorzitter. Dan kom ik bij de kraamverzorgenden; de twee collega's hebben er ook al het nodige over gezegd. Het is natuurlijk een hele rare situatie dat je als kraamverzorgende het je niet kunt veroorloven om je kinderen naar de kinderopvang te brengen, omdat je meer geld kwijt bent aan de kinderopvang dan je verdient met je werk. Je moet soms wachten, je weet niet altijd precies wanneer iemand gaat bevallen, maar er staat zo'n beperkte vergoeding tegenover die wachturen dat deze mensen gewoon niet uitkomen. Jonge vrouwen met een gezin bijvoorbeeld kunnen dit werk dus niet volhouden. De Minister heeft hier het nodige over geschreven in zijn brief. Hij schrijft eind 2020 met een onderzoek te zullen komen en in 2021 zouden dan de tarieven beter moeten. Dat klinkt mooi, maar het duurt wel heel erg lang. Wat gaat de Minister in de tussentijd doen voor deze groep? Want we dreigen gewoon heel waardevolle zorgverleners kwijt te raken en die komen dan ook niet meer zo snel terug.

Voorzitter. Ten slotte wil ik stilstaan bij een pleidooi van een huisarts op de opiniepagina van Trouw vandaag. Zij geeft aan dat het roer om moet. Dat hebben huisartsen al eerder geroepen, maar ze hebben nu nog een keer benadrukt waarom het echt anders moet. Wat zij zo mooi beschrijft, is dat zij zich echt zorgen maakt, vooral om kwetsbare groepen. Neem bijvoorbeeld kwetsbare ouderen die gewoon tussen wal en schip dreigen te raken. Voor wie we de zorg nog niet goed genoeg georganiseerd hebben. Dat heeft ermee te maken dat we niet in één regio of één wijk gewoon één budget hebben, om op die manier kunnen zeggen tegen de huisarts, het ziekenhuis en de wijkverpleging: organiseer met elkaar de zorg voor deze groep kwetsbare ouderen. En dit geldt natuurlijk net zozeer voor andere kwetsbare mensen, denk bijvoorbeeld aan jongeren. Een probleem is de mededinging; vanwege de marktwerking mogen we geen onderlinge afspraken maken over samenwerking. De ACM gaat een leidraad schrijven waarin zij uitwerkt hoe er samengewerkt mag worden. Kan de Minister zorgen dat juist deze kwetsbare groepen, bijvoorbeeld de doelgroep kwetsbare ouderen, goed worden meegenomen als er wordt gekeken waarover wel en niet afspraken gemaakt kunnen worden?

Dan mijn tweede en laatste vraag. Dit probleem heeft zowel te maken met samenwerken als met geld. De Minister zegt graag meer domeinoverstijgend te werken en te financieren. In zijn brief over De juiste zorg op de juiste plek geeft hij twee voorbeelden van regio's waar één budget is, of althans, waar er domeinoverstijgend wordt gefinancierd. Dat is wel nog

heel beperkt, omdat het gaat om één zorgverlener die voor bijvoorbeeld een kwetsbare oudere de zorg kan organiseren los van het geld. Staat de Minister ook open voor andere pilots en andere experimenten op het gebied van domeinoverstijgend financieren? Is het mogelijk om een wijkbudget toe te kennen voor bijvoorbeeld kwetsbare ouderen? Graag een reactie daarop.  
Dank u wel.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Dan is nu het woord aan mevrouw Van den Berg van het CDA.

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

Dank u wel, voorzitter. Bij de manifestatie van vanmorgen vond ik een heel mooie slogan «het beste medicijn is de zorg in de eerste lijn». Dat is ook de reden dat wij als CDA vorige week hebben voorgesteld dat er een onderzoek komt om de eerste twintig behandelingen van fysiotherapie weer in het basispakket op te nemen. We zijn daarom blij dat er een hoofdlijnenakkoord is afgesproken en dat er zowel naar de tarieven als naar de administratieve lastendruk wordt gekeken.

De collega's noemden het ook al: op bladzijde 5 staat dat de paramedische zorgverleners door regionaal samenwerken «zaken zoals inkoop efficiënter kunnen organiseren». Ik vroeg mij echt af of dit betekent dat men dus samen mag onderhandelen. Want nu moeten paramedici vaak bij het kruisje tekenen en de kraamzorg heeft ons vorige week nog laten zien wat dat betekent voor hen. Er komt dus een nieuwe aanbeveling, een richtlijn van de Autoriteit Consument & Markt, maar ik ben heel benieuwd naar de interpretatie hiervan.

Voorzitter. Wij hebben het vaker gezegd: zorg moet beschikbaar, betaalbaar en bereikbaar zijn. Ook die bereikbaarheid is juist een onderdeel van de kwaliteit van de zorg. De huisarts is daarbij echt de spin in het web. Terecht dus dat we kijken hoe we zo veel mogelijk zorg van de tweede lijn naar de eerste lijn kunnen brengen, dichterbij de patiënt, makkelijker toegankelijk. Maar nu krijgen wij zowel van de Landelijke Huisartsen Vereniging als ook uit het veld te horen dat zorgverzekeraars niet bereid zijn om de afspraken die misschien in 2017 al gemaakt waren voor 2019, open te breken. Dat betekent dat we dus gewoon een jaar verloren hebben met de uitwerking van het hoofdlijnenakkoord. Is de Minister bereid om daarover in gesprek te gaan met zorgverzekeraars? Voorzitter. We zijn blij met het voorstel dat de Minister ook een plan van aanpak maakt om de verwachte tekorten met betrekking tot huisartsen op te lossen. Ik kan daar in Zeeland over meepraten, zeg ik maar. Vreemd is wel dat er aan de ene kant dus een huisartsentekort is, maar dat aan de andere kant OCW te veel basisartsen opleidt. Wij waarderen het dat de Minister in een eerder overleg heeft aangegeven te zullen kijken naar het CDA-voorstel om meer punten te geven bij de selectie indien iemand bereid is om diverse jaren in de regio te gaan werken. Maar we willen graag weten of de Minister ook bereid is om met OCW te kijken hoe je met het totaalbudget tot een betere verdeling kunt komen.

Voorzitter. Een ander punt dat we van huisartsen horen, is dat de AVG nu eigenlijk gebruikt wordt als reden waarom een goede uitwisseling van gegevens niet meer mogelijk is. Ik krijg daar dramatische verhalen over van huisartsen, die zeggen: we hadden het allemaal goed geregeld met het ziekenhuis, met elkaar en met de huisartsenpost, maar nu hebben we daar een probleem. De Minister komt met wetgeving voor verplichting van eenduidige taal en eenduidige registratie, dus dat systemen met elkaar moeten kunnen communiceren. Maar komt er ook een verplichting voor aansluiting van het schakelpunt? Zou de Minister willen reageren op de AVG, dus de verordening voor gegevensbescherming?

Voorzitter. 700.000 jongeren groeien op met een chronische aandoening. Van het platform FNO horen we dat de huisarts voor veel van die jongeren

niet goed vindbaar is. Is de Minister bereid om samen met FNO een plan te maken en daarbij vooral ook te kijken, omdat het jongeren betreft, naar innovatieve mogelijkheden om die bereikbaarheid te vergroten?

Collega Ploumen heeft al de doktersassistenten genoemd. Wij vinden het ook jammer dat die 30.000 doktersassistenten niet betrokken zijn geweest bij het hoofdlijnenakkoord voor de huisartsenzorg. Ze zijn het eerste contactpunt bij de triage. Er dreigt een tekort, er zijn te weinig stageplaatsen. Is de Minister bereid om daarover in gesprek te gaan?

Voorzitter. Als een oudere in een eerstelijnsverblijfbed ligt, maar eigenlijk in een heel ander bed zou horen, namelijk een bed van de geriatrische verpleeghuiszorg, hebben we dus een probleem. Dat laatste bed biedt meer zorg en meer diagnostiek. Met name bij die dementerende ouderen voor wie diagnose en behandeling nog vastgesteld moeten worden, kan er ook meer zorg worden verleend op dat geriatrischverpleeghuisbed. Maar we krijgen uit het veld te horen dat het loskrijgen van de middelen bij de zorgverzekeraar niet altijd soepel gaat. Dan heb je dus een verkeerdebeddenproblematiek, waarbij aan de ene kant mensen te lang op een eerstelijnsbed blijven, omdat er geen adequate zorg voor ze is, en aan de andere kant mensen die dat bed goed zouden kunnen gebruiken, daar geen plek in kunnen krijgen. Herkent de Minister dit probleem? Wil hij met de zorgverzekeraars daar overleg over voeren?

Voorzitter. Mijn laatste punt. Volgens mij waren SP en CDA de enige die deelgenomen hebben aan het overleg over eerstelijnsdiagnostiek. In de brief van de Minister wordt aangegeven dat eerstelijnsdiagnostiek «slechts» 3% betreft van de medische zorg. Maar als ik even goed reken: we hebben bijna 50 miljard aan medische zorg, dus we praten hier toch over 1,5 miljard. Het CDA is er ongerust over dat de discussie die we net hebben gehad met de paramedici over tarieven, straks ook gaat gelden voor eerstelijnsdiagnostiek, dus dat er aan de ene kant monopolisten kunnen ontstaan en aan de andere kant heel veel leveranciers onder druk kunnen komen.

Dank u wel, voorzitter.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Meneer Van Gerven wil graag een vraag stellen. O, en mevrouw Ploumen ook. Was u niet eerder?

**Mevrouw Ploumen (PvdA):**

Dank u wel, zeg ik tegen de heer Van Gerven, dat ik eerst mag. Dank aan collega Van den Berg dat zij het ook opneemt voor de doktersassistenten. Zoals ik al zei, is dat een groep die onzichtbaar het goede werk doet. Is mevrouw Van den Berg het met mij eens dat het enorm zou schelen als de Minister tegemoet zou komen aan de wens om hen BIG-registratie te verlenen, dus een echt officiële erkenning? Zou zij daar eens op willen reageren?

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

Ik kon gisterenavond helaas niet bij de tweede termijn van het AO Arbeidsmarktbeleid in de zorg aanwezig zijn. Mijn collega Anne Kuik is daar geweest. Wat ik in ieder geval naar voren zou willen brengen op dit punt is het volgende. Volgens mij heeft mevrouw Ploumen eerder mondelinge vragen gesteld naar aanleiding van het geweld tegen doktersassistenten en heeft de Minister toen aangegeven dat hij met de beroepsgroep in gesprek zou gaan en daarbij ook zou praten over dat BIG-register. Dus ik ben daar nog steeds hoopvol over gestemd.

**Mevrouw Ploumen (PvdA):**

Ik wou dat ik het daarmee eens kon zijn, maar ik meen dat ik net een brief heb gekregen van de Minister, echt vandaag of gisteren, heel recent, waarin hij eigenlijk zegt: nee, dat gaan we niet doen. Dus, tja, dan zijn we

terug waar we waren. Ik kan me voorstellen dat mevrouw Van den Berg er nog even over wil nadenken, maar ik ben op grond van die brief minder hoopvol.

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

Mevrouw Ploumen brengt terecht naar voren dat opname in het BIG-register een teken is van erkenning voor veel beroepsgroepen. Dat is ook waarom we hebben gesproken over de operatieassistenten en over de anesthesieassistenten. We zien zelfs dat ouders kinderen stimuleren in de trant van: ga maar wat anders doen, want dan ben je BIG-geregistreerd. Dus die erkenning is enorm belangrijk. Ik heb wel van de Minister begrepen dat hij de vraag heeft gesteld aan ik geloof de Gezondheidsraad, nee, sorry aan het Zorginstituut, om breder te kijken naar het BIG-register. Ik zeg het misschien verkeerd; ik kom er straks op terug. Ik zou net als mevrouw Ploumen aangeeft, van harte willen betogen dat de Minister toch nog eens kijkt hoe we op een betere manier de erkenning van de beroepsgroep kunnen regelen. Nu zie je namelijk dat er op de arbeidsmarkt andere keuzes worden gemaakt, puur omdat men anders geen BIG-erkenning kan krijgen.

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

Mevrouw Van Toorenborg, een fractiegenoot van mevrouw Van den Berg, heeft ervoor gepleit toen het thema «slachtoffers van seksueel geweld» aan de orde was, om die groep uit te sluiten van het eigen risico waar het het sporenonderzoek betreft dat moet plaatsvinden. Anders zouden zij voor dat onderzoek hun eigen risico moeten aanspreken. Ik neem aan dat mevrouw Van den Berg achter haar collega staat en ook zegt dat we voor die groep geen eigen risico zouden moeten hanteren, omdat dat erg ongepast is. Vindt zij in het verlengde hiervan dan ook niet dat dit ook zou moeten gelden voor de specialist ouderengeneeskunde en de arts verstandelijk gehandicapten?

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

Ik vind dat toch wel echt twee verschillende zaken. Een vrouw die verkracht is en die in feite zou moeten betalen om het politiebewijs rond te krijgen, dat zou echt te gek voor woorden zijn. Dus terecht dat collega Van Toorenborg heeft gezegd dat hierop geen eigen risico van toepassing kan zijn. Wat betreft de ouderengeneeskunde: daar hebben wij vorige week ook een vraag over gesteld. De Minister heeft in zijn brief aangegeven dat het een vorm is van medisch-specialistische zorg en dat daarom dat eigen risico wél van toepassing is.

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

Ik heb in mijn betoog aangegeven dat juist de zorg van de specialist ouderengeneeskunde vergelijkbaar is met de huisartsenzorg en dat dat ook zo wordt weergegeven. We hebben de huisartsenzorg bewust uitgezonderd van het eigen risico, omdat we vinden dat daar geen drempel moet zijn. Ik heb niet voor niets de vergelijking gemaakt. Het is natuurlijk een ander onderwerp, want daar gaat het inderdaad over misdaad. Het gaat om een groep mensen die er niets aan kunnen doen en er niet om gevraagd hebben. In het geheel niet, als het gaat om bijvoorbeeld verkrachtingszaken. Maar een oudere patiënt of een verstandelijk gehandicapte vraagt ook niet zomaar om de zorg die nodig is. Die zorg is op een gegeven moment nodig. Zou het dan toch ook niet vanzelfsprekend zijn, uitgaande van de gedachte dat die twee beroepen steeds meer in de eerste lijn gaan opereren, om die ook vrij te stellen van het eigen risico, vanuit de gedachte: hoe sterker de eerste lijn, hoe beter de zorg en hoe minder de tweede lijn en andere lijnen nodig zijn?

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

De heer Van Gerven geeft aan dat mensen er niet voor gekozen hebben, dat ze erdoor worden overvallen. Maar dat geldt, denk ik, voor alle vormen van zorg die mensen nodig hebben. Ook iemand die kanker heeft of zijn botten heeft gebroken, zit in een situatie... Niemand vraagt om zorg. Daarom wil ik me toch houden aan wat de Minister eerder heeft aangegeven. Ik hoop wel dat de Minister heel goed blijft monitoren hoe de ontwikkeling is van die ouderengeneeskunde, zodat we dat in evaluaties naderhand mee kunnen nemen.

**De voorzitter:**

Dank u wel. O, mevrouw Ellemeet heeft ook nog een vraag.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Ik vroeg me af of mevrouw Van den Berg ook de signalen van fysiotherapeuten heeft gekregen dat het moeilijk is om door het Zorginstituut positief beoordeeld te worden voor toelating tot het basispakket. Er is dus een soort kloof tussen aan de ene kant de methodiek die gebruikt wordt door het Zorginstituut en aan de andere kant de praktijk van de fysiotherapie.

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

Er is een hoofdlijnenakkoord afgesproken. Daarin wordt ook gekeken naar regeldruk en tarieven. Ik heb toch de hoop dat deze onderwerpen meegenomen worden om tot een praktische oplossing te komen. In een ander verband – volgens mij ten aanzien van geneesmiddelen – hebben we ook gevraagd of dit bij deze problematiek de meest adequate manier is van het Zorginstituut om ergens naar te kijken. Ik heb er nu nog vertrouwen in dat de partijen er onderling uit zullen komen om het praktisch te regelen.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Regeldruk en tarieven zijn inderdaad belangrijke onderwerpen. Die staan ook terecht in dat akkoord. Maar dat is toch wat anders dan zeggen: dit is een goede behandeling; hiermee voorkomen we dat mensen bijvoorbeeld in het ziekenhuis terechtkomen. In zekere zin is dat dus preventie. Maar dan moet het ook toegelaten worden tot het basispakket. Dat gebeurt nu nog heel beperkt. We horen van de fysiotherapeuten dat het eigenlijk onbegrijpelijk is en dat ook internationaal onderzoek niet wordt meegenomen. Al het bewijs dat ze hebben, wordt niet serieus genomen door het Zorginstituut, of past niet in zijn methodiek. Zou het op dit specifieke punt niet wenselijk zijn om daarover het gesprek aan te gaan? Hebben we eigenlijk wel de goede methodiek, die aansluit bij de fysiotherapie?

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

Dat is precies de reden waarom wij vorige week het voorstel hebben gedaan om een onderzoek te laten doen naar die twintig eerste behandelingen voor chronisch patiënten. De zorgverzekeraars zeggen nu simpelweg: dat kost pak «m beet ongeveer 94 miljoen. Maar wij zeggen dat dit ook zorgkosten gaat voorkomen. Dat geeft mevrouw Ellemeet ook aan. Als je die behandelingen wel geeft, voorkom je ook heel veel zorgkosten. Dan is het dus de vraag welke methodiek het Zorginstituut gebruikt. Ik hoop dat men dit integraal oppakt. Als dat niet zo is, gaan we daar samen met mevrouw Ellemeet vragen over stellen, naar aanleiding van dat onderzoek.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Mevrouw Sazias van 50PLUS.

Mevrouw **Sazias** (50PLUS):

Dank u wel, voorzitter. 50PLUS maakt zich grote zorgen over de toegankelijkheid van de huisartsenzorg, vanwege het steeds groter wordende tekort daaraan. In het onderzoek Balans in vraag en aanbod huisartsenzorg wordt geconcludeerd dat er in veel arbeidsmarktregio's in de komende vijf, en zeker in de komende tien jaar, in toenemende mate knelpunten te verwachten zijn, enerzijds door een groeiende zorgvraag en anderzijds door een achterblijvend aanbod in de huisartsenzorg. In de oplossingsrichtingen die de Minister biedt, is er een plan van aanpak dat samen met de Landelijke Huisartsen Vereniging is gemaakt. Daarin staat onder andere te lezen – ik heb het ook nog ergens anders gelezen – dat hij huisartsen wil dwingen om zich ergens te vestigen. Ik ben heel benieuwd wat de Minister zich daarbij voorstelt, want hoe kun je dat doen?

Er is best weinig aandacht voor preventie. De Staatssecretaris van VWS doet er juist heel erg zijn best voor. Het is erg jammer dat het preventieakkoord is uitgesteld tot na de zomer. In hoeverre betreft deze Minister preventie in zijn beleid? Een preventieve maatregel die een huisarts bijvoorbeeld kan nemen is het doorverwijzen naar een gecombineerde leefstijlinterventie of naar diverse programma's die gericht zijn op bewegen. 50PLUS wil graag van de Minister weten of hij er zicht op heeft hoe dit in de praktijk door huisartsen wordt opgepakt. In hoeverre wordt er doorverwezen? Wordt van deze mogelijkheden al voldoende gebruikgemaakt? Uit het RIVM-rapport «Meer bewegen: doorverwijzing naar activiteiten door eerstelijnszorgverleners» blijkt dat huisartsen nog onvoldoende zicht hebben op alle mogelijkheden die er zijn om patiënten door te verwijzen. We weten allemaal dat bewegen goed is voor een heel ruim aanbod aan aandoeningen. Hoe gaat de Minister ervoor zorgen dat er per regio een duidelijk overzicht is van het lokale beweegaanbod en de mogelijkheden van gecombineerde leefstijlinterventies en, vooral, dat huisartsen hiervan op de hoogte zijn?

Voorzitter. Een andere belangrijke manier van preventief werken is de tijd die een huisarts aan een patiënt kan geven. De experimenten van consulten van vijftien minuten in plaats van tien zijn een groot succes. Er wordt beduidend minder doorverwezen naar de tweede lijn en er worden veel minder medicijnen voorgeschreven. En de huisarts heeft meer werkplezier en ervaart een lagere werkdruk. Dat is grote winst. Maar nu blijkt uit de Monitor Contractafspraken huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2019, van de Nederlandse Zorgautoriteit, dat de huisartsen de contracten die ze aangeboden krijgen van de zorgverzekeraars, als knellend ervaren. In plaats van over de zorg, gaan de discussies over tarieven en indexering. Zo worden de huisartsen onvoldoende in staat gesteld om meer tijd voor de patiënt uit te trekken. Dit was juist de doelstelling in het bestuurlijk akkoord voor de huisartsenzorg. Hoe wil de Minister deze averechtse uitwerking gaan rechtbreien?

Een langer consult en meer aandacht: dat zijn voordelen die de patiënt direct zal merken. Is de Minister – de heer Van Gerven vroeg het ook al – bereid om dit experiment regulier te maken, zodat elke huisarts in Nederland die vijftien minuten kan benutten voor een consult? Daarnaast constateert de Zorgautoriteit dat de ruimte die de contracten wel bieden om bijvoorbeeld aanvullend personeel aan te stellen, nog niet maximaal wordt benut. Hoe wil de Minister dit stimuleren?

Voorzitter. De organisatie van het eerstelijnsverblijf gaat gelukkig steeds beter, maar 50PLUS krijgt nog steeds signalen dat er in de praktijk nog te weinig eerstelijnsbedden beschikbaar zijn. Mevrouw Van den Berg haalde dat ook aan. Ik denk dat een van de redenen voor de knelpunten daar de wachtlijsten bij de verpleeghuizen zijn.

Voorzitter. Tot slot wil ik graag aansluiten bij wat de voorgaande sprekers hebben gezegd over de tarieven in de eerste lijn, bijvoorbeeld voor de kraamzorg, de fysiotherapie en andere. Deze mensen zijn zo belangrijk voor ons. Wij moeten hen beter en eerlijker waarderen. Ik vraag de

Minister dan ook om dit als urgent beleid sneller op te pakken en naar voren te halen.

Dank u wel.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Dan gaan we nu luisteren naar meneer Raemakers van D66.

**De heer Raemakers (D66):**

Voorzitter, dank u wel. Meer tijd, minder administratie, betere zorg: dat zijn volgens mij zaken die iedereen in de eerstelijnszorg wil. Een van de dingen die daarbij kan helpen is de juiste zorg op de juiste plaats. Als je dan bijvoorbeeld kijkt naar de huisartsenzorg, dan kan dit onder meer door de huisarts meer tijd per patiënt te bieden. Zo kan de huisarts rustig de tijd nemen voor iedere patiënt – dat is al vaker genoemd vandaag – en kunnen we onnodige doorverwijzingen naar het ziekenhuis voorkomen. Ik las in een artikel van de Volkskrant van een tijdje geleden dat huisartsen, samen met fysiotherapeuten en verpleegkundigen, gaan wandelen met patiënten in de wijk. Ze kunnen het dan direct over problemen hebben en kijken wat er allemaal misgaat, maar de patiënt is ook weer even aan de wandel, wat ook goed is. In Rotterdam en in Utrecht noemen ze dat: krachtige basiszorg. In het artikel van de Volkskrant staat ook dat er op dit moment heel veel pilots worden gedaan in de huisartsenzorg en dat de resultaten daarvan positief lijken. Ik vraag de Minister wanneer die pilots eens in één groot onderzoek bij elkaar worden gepakt. Wanneer gaan we beleid maken van al die lopende pilots in de eerstelijnszorg en de huisartsenzorg? Wanneer kan de Minister de belemmeringen die er nu zijn, wegnemen?

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

Ik denk dat we minder behoefte hebben aan onderzoek en meer aan uitvoering van het beleid dat we voorstaan. De huisartsen willen graag dat de reguliere norm vijftien minuten per consult wordt. Dat betekent ook dat de praktijknorm van 2.100 patiënten per fulltime werkende huisarts naar 1.800 zou moeten. Staat D66 daar ook achter? Vindt D66 dat de zorgverzekeraars dit maximaal zouden moeten bevorderen en alles moeten inzetten om dit tot de reguliere norm te maken?

**De heer Raemakers (D66):**

Dat is een goede vraag. Ik denk dat we de tijd van alleen maar pilots doen achter ons moeten laten en op een gegeven moment moeten zeggen: oké, wat gaan we nu voor de toekomst doen? Ik ben dus ook heel benieuwd hoe de Minister dat traject voor zich ziet. Bij deze concrete suggestie van de heer Van Gerven zie ik direct een probleem, namelijk dat we nu al een enorm tekort hebben aan huisartsen, doktersassistenten en praktijkondersteuners. Wanneer wij nu zouden zeggen dat er overal vijftien minuten moet worden genomen in plaats van tien minuten, komen we misschien in de knel. Ik kan dat niet precies overzien. Ik vind het wel een interesse vraag en ben benieuwd naar de reactie van de Minister. Het tweede grote punt, dat ik zo meteen nog meer zal toelichten, is dat wij een tekort hebben aan huisartsen. Er is dus geen quick fix, geen makkelijke oplossing, voorhanden.

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

Het willen gaat natuurlijk voor het kunnen. Ik spreek hier ook een beetje uit mijn eigen ervaring als oud-huisarts. Dat is alweer een tijd geleden, maar wij hadden vijftien minuten per consult en dat is echt een zegen. Je hebt tijd en ruimte voor patiënten en je voorkomt onnodige doorverwijzingen naar de tweede lijn. Daar zijn we het allemaal over eens. Dan wordt altijd gezegd: ja, maar er is een tekort. Maar je kunt meer huisartsen opleiden. Je kunt ook meer doktersassistenten opleiden. Je kunt meer

praktijkondersteuners opleiden. Het gaat natuurlijk om het geheel. Aan de andere kant constateren we dat er geld op de plank blijft liggen. Ook al gaan we uit van de akkoorden die zijn gesloten, er is onderbesteding, ook bij huisartsen. Zou het dan dus toch niet goed zijn als we de boodschap min of meer dwingend aan de zorgverzekeraars opleggen om zo snel mogelijk te streven naar een norm waarmee het mogelijk wordt dat een huisarts vijftien minuten aan een consult kan besteden?

De heer **Raemakers** (D66):

De heer Van Gerven zegt dat er geld op de plank blijft liggen, maar het gaat hier natuurlijk wel over mensen die het werk moeten doen. Je kunt niet zomaar een blik nieuwe medewerkers opentrekken. Je zult daarvoor echt een doordacht plan moeten hebben: hoe kunnen wij in de toekomst meer doktersassistenten, meer huisartsen et cetera opleiden? Ik zie overigens ook wel dat de regering daar, samen met bijvoorbeeld de LHV en andere partners, goed mee bezig is, maar volgens mij kunnen we niet zomaar zeggen dat we volgend jaar heel veel nieuwe medewerkers erbij hebben. Dan nog even naar het punt waarover we het volgens mij helemaal eens zijn, namelijk dat vijftien minuten natuurlijk beter is. Overal waar dit wordt ingezet, zie je dat er minder doorverwijzingen zijn. Ik noemde in een AO van een halfjaar geleden het voorbeeld van een huisartsenpraktijk in Afferden. De Minister is daar geweest en ikzelf ook. Dat zijn allemaal hele goede dingen. We moeten alleen kijken hoe we dat op een verstandige manier in beleid kunnen gieten. De Minister heeft daar veel meer tools voor dan wij als Kamerleden. Wel zou ik graag een tijdsplan willen afspreken. Wanneer gaan we de best practices omzetten in wet- en regelgeving?

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

De heer Raemakers zegt het niet alleen om geld, maar ook om mensen gaat en dat we meer mensen nodig hebben. Vanochtend bij de demonstratie sprak ik een fysiotherapeut, die al wat ouder was, die zei: het grote probleem is dat ik heel veel jonge collega's zie die net begonnen zijn en ermee willen stoppen. Na vijf of zes jaar zeggen deze mensen dat ze het niet meer volhouden, dat ze alleen maar bezig zijn met administratielasten en dat het tarief te laag is. Dat is natuurlijk een nog veel groter probleem. Hoe houden we de mensen vast die we al hebben? Als je dan hoort dat geld dat eigenlijk van de ziekenhuizen naar de eerste lijn zou moeten, niet doorkomt, dan hebben we wel een wezenlijk probleem te pakken. Ik vraag de heer Raemakers dus wat hij wil voorstellen om al die mensen vast te houden en voor hen het werk aantrekkelijk te maken. Hoe gaat hij daarvoor zorgen? Wat moet volgens hem de rol van de verzekeraars of van deze Minister zijn om ervoor te zorgen dat het geld uit de ziekenhuizen ook echt in de eerste lijn terechtkomt?

De heer **Raemakers** (D66):

Als het gaat over de fysiotherapie, herken ik het voorbeeld van mevrouw Ellemeet helemaal. Ik ken zelf een aantal fysiotherapeuten persoonlijk, dicht in mijn eigen kring, die ook aangeven dat ze veel administratie moeten aanleveren en zich onder druk voelen staan. Ik herken het signaal dat mevrouw Ellemeet noemt dus heel erg. Ik zie natuurlijk ook dat er een onderhandelaarsakkoord is afgesloten over de hele paramedische zorg voor de komende periode. Daarin lees ik dat er ook een kostenonderzoek komt naar fysiotherapie, oefentherapie, logopedie et cetera. Ik ben heel benieuwd wat dat uiteindelijk gaat opleveren. Dat is in mei met de branche afgesproken. De resultaten zullen een keer dit jaar komen, maar vandaag hebben we ze niet, lijkt me. Ik wil hier echt serieus naar kijken. Ik vind het met name zorgelijk dat jonge mensen die vijf jaar een opleiding hebben gedaan, na vier of vijf jaar al willen stoppen. Als we daar iets goeds voor kunnen bedenken zodat iedereen zijn beroep kan blijven



uitoefenen zoals hij dat wil, dan wil ik dat natuurlijk doen. Maar ik weet ook niet direct hoe.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

De heer Raemakers zegt eigenlijk dat papier geduldig is. Zo'n akkoord is mooi op papier, maar hoe gaan we ervoor zorgen dat we het ook echt voor elkaar krijgen? De tweede lijn is echt lastig. Hoe zorgen we er nou voor dat de fysiotherapeuten en andere paramedici hun werk kunnen doen om te voorkomen dat mensen onnodig in het ziekenhuis komen? Hoe zorgen we ervoor dat dat geld meegaat naar de eerste lijn? Op die specifieke vraag heb ik nog geen antwoord gehoord van de heer Raemakers.

De heer **Raemakers** (D66):

Volgens mij is dat wel een beetje de tendens die we met de hoofdlijnenakkoorden hebben ingezet, namelijk dat we inzetten op een flinke reductie van de groei van de kosten van de medisch-specialistische zorg en de groei in de eerste lijn iets minder afremmen dan in de tweede lijn. Volgens mij zit het dus ten dele in de hoofdlijnenakkoorden dat we meer in de eerste lijn kunnen doen. Het is alleen de vraag of dat genoeg is en of het op deze manier helpt. Eigenlijk zou je willen dat de besparing die je realiseert doordat je geen ziekenhuisdoorverwijzingen hebt, ten goede komt aan de eerste lijn. Dat hoeft niet per se de huisarts of fysiotherapeut te zijn. Het kan ook schuldenproblematiek betreffen: hoe kun je schulden in een wijk aanpakken? We weten dat ook dat gezondheidsproblemen kan voorkomen. Ik ben het er dus helemaal mee eens, maar ik heb nu niet de gouden oplossing. Als mevrouw Ellemeet die wel heeft, hoor ik dat heel graag.

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):

In aanvulling op wat de heer Raemakers net zei: natuurlijk zijn er geen gemakkelijke oplossingen, maar het helpt ook niet om voortdurend onderzoek te blijven doen. In feite zegt hij dat zelf ook. Voor de kraamzorg kan het probleem wel vrij eenvoudig worden verholpen. Als de tarieven omhooggaan, blijft het beroep aantrekkelijker voor heel veel mensen. In het beste geval, als de Minister genegen is om iets te doen, zou er dan iets van een tariefverhoging kunnen ingaan op 1 januari 2021. Dat is nog achttien maanden. Is de heer Raemakers het met me eens dat we de Minister moeten oproepen om a de tarieven te verhogen, want je hoeft echt geen onderzoek te doen om te weten dat die te laag zijn, en b de tarieven per ingang van 1 januari 2020 te verhogen?

De heer **Raemakers** (D66):

Ook dit geluid herken ik enorm. Ik ben een tijdje geleden op werkbezoek geweest bij de kraamverzorgenden in Zuid-Limburg, misschien wel bekend terrein voor mevrouw Ploumen.

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):

Zeker.

De heer **Raemakers** (D66):

Daar heb ik ook een indruk gekregen van hoe essentieel kraamzorg is in de eerste periode na de geboorte en wat voor ondersteuning er allemaal wordt geboden. Ik denk dat er ook daar kansen zijn om te kijken waar je echte gezondheidswinst kunt boeken, niet alleen voor de baby maar zelfs ook nog voor de ouders. Kraamzorg doet essentieel werk in die eerste dagen en soms eerste weken. Als de Minister het mogelijk acht om het sneller te doen dan die achttien maanden, dan zeg ik: dat wil ik heel graag. Ik weet niet waarom het zo lang moet duren. Dat is misschien een goede vraag om door te spelen naar de Minister: waarom duurt het zo lang?

Kunnen we daar niet eerder helderheid over krijgen? Ook vind ik dat mensen die in de kraamzorg werken, echt goed betaald moeten krijgen, zeker jonge mensen die ervoor kiezen. Dat vind ik belangrijk, ja.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Gaat u verder met uw betoog.

**De heer Raemakers (D66):**

Voorzitter. Dan nog één ding over pilots. In het AO van april vroeg ik de Minister naar pilots voor fysiotherapeuten inzake een rechtstreekse doorverwijzing naar een specialist. Ik zou graag van de Minister horen wat de voortgang op dit punt is.

Voorzitter. Dan ga ik over naar het probleem van het tekort aan huisartsen, praktijkondersteuners en doktersassistenten. Er liggen goede onderzoeken van NIVEL en Prismant. Er ligt een plan van aanpak van VWS en de LHV. Ik lees ook veel goede maatregelen. Maar als het gaat om het aantrekkelijker maken van de functie van de praktijkhouder, mis ik nog concrete maatregelen. Veel nieuwe huisartsen kiezen ervoor om te gaan waarnemen in plaats van een eigen praktijk te starten of over te nemen. Er wordt inmiddels gesproken van een waarnemersmarkt. Wat kan de Minister daar nou aan doen? Hoe zit het nou met de waarnemerstarieven? Kunnen die worden aangepast? Kunnen we ook zorgen dat alle huisartsen worden ingeroosterd voor avond-, nacht- en weekenddiensten? Als alleen de praktijkhouders dat moeten doen en de waarnemers niet, is er in feite een ongelijke situatie. De Minister kan daar natuurlijk niet alles in betekenen, maar kan hij er wel iets in betekenen?

Voorzitter. Een volgend punt is het onderzoek van de NFK, de Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties. Zij heeft onderzoek gedaan onder ruim 4.500 ex-kankerpatiënten. Een groot deel heeft behoefte aan ondersteuning door een huisarts of een gespecialiseerde verpleegkundige, maar toch krijgen ze die niet allemaal. D66 hecht grote waarde aan de keuzevrijheid van de patiënt en ook aan het samen beslissen. Dat moet natuurlijk met een specialist in het ziekenhuis gebeuren, bijvoorbeeld de oncoloog, maar uit het onderzoek van de NFK blijkt dat mensen vinden dat de huisarts een ondersteunende, coachende rol zou kunnen nemen. Zeven op de tien mensen vinden dat ook de huisarts bij kankerbehandelingen moet vragen of ze alle informatie over diagnose, behandelingen en gevolgen wel hebben begrepen. In de praktijk blijkt dat huisartsen dat maar in twee op de tien gevallen doen. Ik zie daar dus echt kansen om de zorg te verbeteren. Wat vindt de Minister van deze cijfers? Wat vindt de Minister van het onderzoek van de NFK? Kan hij in gesprek gaan met huisartsen, specialisten, verpleegkundig specialisten en natuurlijk de NFK zelf om te zorgen voor een verbetering?

Voorzitter. Ik ga naar mijn laatste punt: de rol van de gz-psycholoog bij de overheveling van de extramurale behandeling. Het gaat dan over iets wat niet kan worden vergoed op grond van de Wlz. Dat hebben we tot nu toe in een tijdelijke subsidieregeling gedaan. Nu gaan we het, althans gedeeltelijk, overbrengen naar de Zvw. Het gaat dan om de specialist ouderengeneeskunde en de arts voor verstandelijk gehandicapten. Mijn vragen betreffen het feit dat in 2020 alleen die twee worden overgeheveld en in 2021 pas de rest. Voor bijvoorbeeld mensen met niet-aangeboren hersenletsel neemt de gz-psycholoog, de gezondheidszorgpsycholoog, heel vaak de rol van regiebehandelaar op zich. Dat is heel belangrijk. Mensen met NAH hebben vaak te maken met gevolgen voor hun relatie, gezin en werk. Mijn collega Vera Bergkamp en ik stelden daar al eerder vragen over. De gz-psycholoog blijft voorlopig in de subsidieregeling zitten en gaat nog niet over naar de Zvw. Ik heb daarover twee vragen aan de Minister. Kan de Minister aangeven hoe hij de positie van de gz-psycholoog als regiebehandelaar gaat borgen in de programma's voor mensen met NAH? Kan de Minister ook daadwerkelijk garanderen dat in

2021 de rest van de extramurale behandelaars, dus ook de gz-psycholoog, overgaat naar de Zvw, zodat we zorgen voor een goede overgang?  
Dank u wel.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Dan is nu het woord aan de heer Arno Rutte van de VVD.

De heer **Arno Rutte** (VVD):

Voorzitter, dank u wel. Als je aan het eind zit, kun je je af en toe bij mensen aansluiten. Ik zit niet helemaal aan het eind; u komt zelf zo ook nog aan het woord.

Ik ben sinds oktober vorig jaar weer woordvoerder curatieve zorg. Ik heb daarvoor een uitstapje gemaakt en heb een jaartje het onderwerp veiligheid mogen doen. Daarvoor had ik ook altijd de curatieve zorg. Sinds oktober vorig jaar is de paramedie een van de werkterreinen waaraan ik met name veel aandacht heb besteed. Ik heb een aantal mensen ontvangen die nu in de zaal zitten. Of het nou fysiotherapeuten, diëtisten of logopedisten zijn, het zijn allemaal zeer bevoegen professionals die in hun vak tegen van alles en nog wat aanlopen. Ik ben ook op vele werkbezoeken geweest om te zien hoe de zorg wordt geleverd, hoe mensen met hun mooie vak bezig zijn en hoe zij zorgen dat patiënten, bijvoorbeeld chronische patiënten, op de rit kunnen blijven door een goede begeleiding van een fysiotherapeut en daarmee uit het ziekenhuis gehouden kunnen worden. De heer Van Gerven wees op de COPD-patiënten; mijn eigen moeder is COPD-patiënt. Ik hoor ook bij mijn collega's ongelofelijk veel steun en waardering voor het werk van paramedici, een waardering die er in het verleden wellicht nog onvoldoende is geweest.

De hele discussie die we hebben over de juiste zorg op de juiste plaats is geen technische discussie. Het gaat er daadwerkelijk over dat je een patiënt daar kunt behandelen waar hij het meeste baat heeft bij de behandeling. Dat is lang niet altijd in het ziekenhuis. Met name bij chronisch zieke patiënten moet je je ernstig afvragen of zij bij een arts in het ziekenhuis in de juiste handen zijn. Meestal moet je iemand langdurig begeleiden, zo dichtbij mogelijk, soms door een huisarts, soms vanuit het ziekenhuis maar dan met een stuk telezorg, maar vrijwel altijd met ondersteuning van paramedie. Ik moet concluderen dat de wijze waarop wij financieringssystemen rondom de paramedische zorg hebben georganiseerd, echt onvoldoende aansluit bij de uitdagingen van de toekomst en hoe we het zouden willen doen met elkaar. Het is nog heel erg een oud systeem met sessies en uurtje-factuurkje, soms in de basisverzekering en soms weer niet. De vragen die zijn gesteld over waarom dit zo moeilijk is, heb ik vorige week ook in een debat gesteld. De Minister heeft toen wel toegezegd dat hij het nader ging verhelderen. Ik sluit me daar graag bij aan, want de patiënt interesseert het natuurlijk niet hoe de factuur wordt betaald; hij wil gewoon goede zorg.

De uitdaging waar we wat mij betreft uit zouden moeten komen, is de volgende. In een ziekenhuis wordt iemand gediagnosticeerd. Daar heb je dbc's voor. Er wordt dan niet per handeling of per minuut betaald, maar er wordt gewoon een integraal tarief betaald voor het soort behandeling dat nodig is. Daar zou ik in de paramedische zorg uiteindelijk ook naartoe willen. Je zegt dan: dit is de indicatie, we sluiten daarvoor tarieven af en bij deze indicatie hoort dit tarief. Dat gebeurt ook steeds meer, gelukkig wel, maar het vraagt tegelijkertijd heel veel van de paramedici zelf. Er moeten heel veel data worden verzameld over de uitkomst van de behandeling et cetera. Dat gebeurt op heel veel plekken. Het is in verandering. Maar ik kan me heel goed voorstellen dat dit voor een individuele fysiotherapeut of logopedist een zware last is. Ik zou graag zien dat verzekeraars daar meer in ondersteunen en helpen, want het is echt een gemeenschappelijk belang dat we hieruit komen en dat we tot

een andere manier van financieren komen, die meer op resultaat gericht is. Als iemand chronisch ziek is, kun je natuurlijk niet zeggen dat hij helemaal geneest, maar ook daar kun je resultaten en heldere tarieven afspreken.

Ik vind het heel hoopvol dat er nu eindelijk een hoofdlijnenakkoord voor de paramedische zorg is. Daar staan louter goede dingen in. Dat is heel erg goed, maar de grote vraag is: hoe gaan we dat met elkaar daadwerkelijk doen? Daar is door meerdere collega's wat over gezegd. Hoe zorg je er nou voor dat de zorg integraal wordt aangepakt en het niet uitmaakt waar je dat doet, dat het voor een deel wordt losgelaten uit het ziekenhuis en kan landen bij een fysiotherapeut en dat daar dan ook een helder tarief voor is? De Minister kan misschien niet binnen een dag toveren dat het gebeurt, maar ik zou wel heel graag zien dat de vinger aan de pols wordt gehouden met partijen dat dit verplichtend is. Dit is niet vrijblijvend, maar het is echt verplichtend. We moeten de komende tijd ook echt voortgang zien. We moeten zien dat het beter wordt. Ik hoor heel graag van de Minister hoe hij dat kan doen.

Dat ten aanzien van de paramedie. Ik denk dat dit de belangrijkste stappen zijn om te zetten. O, ik krijg eerst een interruptie.

**Mevrouw Ploumen (PvdA):**

Ik zou het eigenlijk een aanmoediging willen noemen in plaats van een interruptie. Ik kan me heel goed voorstellen wat de heer Rutte beoogt. Ik kan me ook heel goed voorstellen dat dat een oplossing is voor veel van de problemen waartegen u, mensen in de zaal, wij en patiënten aanlopen. Mijn aanvullende vraag zou daarbij de volgende zijn. Een van de problemen die ik hoor en die ook de NZa signaleert, is het gebrek aan onderhandelingsmacht van de paramedie. Mijn vraag, die echt uit belangstelling voortkomt, is of de heer Rutte er ook al over heeft nagedacht hoe dat zou kunnen. Natuurlijk kan de Minister de verzekeraars gewoon een opdracht geven. Dat zou de kortste route zijn, maar dan gaat de Minister dadelijk zeggen: ja, maar mevrouw Ploumen weet dat dat niet zo werkt. En dan zeg ik: ja, jawel, want als er politieke wil is, kan het. Los daarvan: wat zijn de mogelijkheden die de heer Rutte ziet? Hoe zouden we dat samen kunnen exploreren?

**De heer Arno Rutte (VVD):**

Dit betreft een deel van mijn betoog waarvan ik dacht dat ik er geen tijd meer voor zou hebben. Nu krijg ik alsnog de kans om het te zeggen, dus dat is heel mooi. In het hoofdlijnenakkoord staat heel nadrukkelijk iets heel terecht: je moet paramedische aanbieders de kans geven om zich te organiseren. Het gaat dan niet alleen om het kunnen innemen van een onderhandelingspositie. Dat is ook belangrijk. We hebben altijd die verhalen gehoord dat je moet tekenen bij het kruisje. Ik snap wel dat de verzekeraar niet met iedere individuele kleine aanbieder kan onderhandelen, maar als die aanbieders zich te veel organiseren, zegt de ACM dat het niet mag. De ACM gaat een duiding doen. Ik hoop dat die er snel komt, want je moet je kunnen organiseren. Ik kan me ook voorstellen dat de ACM ergens een grens trekt en zegt: als iedereen in een regio zich aansluit, dan is er een regionaal kartel en dat gaat ons net te ver. Maar vertel dan hoe het wél kan. Dat is belangrijk. Maar dat gaat niet alleen over contractonderhandeling, maar ook over het regionaal organiseren van de zorg. Hoe stem je dat met elkaar af? Als ik een individuele fysiotherapeut ben en ik moet met een groot ziekenhuis in gesprek gaan, red ik dat ook niet. Ik moet mij dan dus kunnen organiseren. Dat is de ene kant: de ACM laat zien wat mag. Een andere vraag is hoe we dat voor elkaar krijgen en wie daarvoor betaalt. Ik kan mij voorstellen dat er middelen gevonden gaan worden – ik schud ze niet zomaar uit mijn mouw, maar je hebt ze wel nodig – om die organisatiekracht op gang te brengen. Het is in ons aller belang dat dat gebeurt.

De **voorzitter**:

Gaat u verder.

De heer **Arno Rutte** (VVD):

Fijn dat ik dat nog kon toevoegen, want ik denk dat mevrouw Ploumen en ik het daarover eens zijn.

Over de huisartsen is al veel gezegd. Iedereen die hier aan tafel zegt dat er overduidelijke aanwijzingen zijn – ik zeg het dan heel voorzichtig – dat een langer consult bij de huisartsen leidt tot betere uitkomsten, steun ik van harte. Ik geloof dat het zorgverzekeraar VGZ was die daarmee een heel grote pilot heeft gedraaid met hele goede resultaten. Ik kan me ook voorstellen dat je echt niet altijd een consult van een kwartier nodig hebt. Heel veel zorg bij de huisarts is eenvoudig, dus dan is het onzinnig om een kwartier te gaan praten, maar als het nodig is, moet die ruimte er gewoon makkelijk zijn. Tegelijkertijd hebben we een enorm probleem om voldoende medische professionals te vinden. Dat geldt ook voor andere professionals, maar het geldt specifiek voor huisartsen. Steeds meer regio's in dit land blijven verstoken van een huisarts op een bereisbare afstand. Ik heb zelf het geluk te wonen in een grote stad waar dat niet speelt. Ik woon ook in een provincie, Groningen, waar de verzekeraar op een of andere wonderbaarlijke wijze er nog steeds in slaagt om wel voldoende huisartsen te vinden, maar in Zeeland, in Friesland en op heel veel plekken is dat ingewikkeld.

Helaas is dat geen Nederlandse trend, maar een internationale trend. Vorige week las ik een stukje over de NHS in Groot-Brittannië, waar in allerhande buitengebieden de reisafstand richting huisartsen echt onaanvaardbaar hoog wordt omdat men de mensen niet meer kan vinden. Dat is het punt. In onze vergrijzende maatschappij krijgen we een chronisch tekort aan professionals, overal. Het is te makkelijk om te zeggen: we noemen een norm en dan halen we die wel. Het wordt steeds moeilijker om die mensen te vinden, dus we zullen ze zo goed mogelijk en zo slim mogelijk moeten inzetten. Op dat punt wil ik een lans breken voor thuisarts.nl, de geweldige website die is opgezet door het NHG, het Nederlands Huisartsen Genootschap, en er nu al voor zorgt dat maandelijks 2,5 miljoen mensen kunnen kijken: hé, wat zou ik kunnen hebben? 12% minder korte consulten, op dit moment al. Daar ligt wel een uitdaging om die schitterende slimme zorgoplossing van de huisartsen verder uit te bouwen. Dat moet meer gebeuren. Tot nu toe is het bijna een soort liefdewerk oud papier vanuit het NHG. Ik weet dat de Minister een heel warm hart heeft voor slimme zorgoplossingen. Wellicht zijn er her en der afspraken over hoe je, als je verder wilt komen met elkaar, een investering of hulp kunt krijgen. Misschien hebben de verzekeraars daar ideeën bij. Maar thuisarts.nl heeft echt een volgende stap nodig, bijvoorbeeld dat mensen aan zelftriage kunnen gaan doen.

**Voorzitter: Ladders**

De heer **Arno Rutte** (VVD):

Alleen als we dit soort oplossingen goed inzetten richting de toekomst, kunnen we een goede huisartsenzorg nu, maar ook over twintig jaar, blijven waarborgen.

Voorzitter, dank u wel.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Inmiddels is het voorzitterschap gewisseld. Ik dank mevrouw Agema voor het tijdelijk voorzitten en ik mag haar nu de gelegenheid geven om haar eigen inbreng in dit debat te leveren. Mevrouw Agema spreekt namens de fractie van de PVV.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Dank u wel, voorzitter. Dat was een perfecte timing! Huisarts Van der Veen in Zeeland is na 31 jaar gestopt met zijn praktijk. De werkdruk werd hem te veel. Hij gaat nog niet met pensioen, hij gaat op een laag pitje verder als waarnemer. Dit geeft aan dat het niet alleen jonge artsen zijn die liever waarnemer zijn dan praktijkhouder. Naast jongeren zijn het ook ouderen die in deeltijd willen werken of op vakantie willen kunnen gaan wanneer ze willen, en zo willen voorkomen dat ze een burn-out krijgen. Zoek de oplossing voor het huisartsenprobleem dus niet alleen in strengere regels of eisen aan de jongere generatie. Ze hebben allemaal, van jong tot oud, van man tot vrouw, last van een hoge werkdruk en van de hoge administratieve lasten.

Laten we er ook voor waken om waarnemers en praktijkhouders tegen elkaar op te zetten. Ze hebben elkaar nodig. Ik roep de Minister op te stoppen met maatregelen die de ene of de andere groep bevoordelen of benadelen. Waarom tellen bijvoorbeeld ANW-diensten – avond-, nacht- en weekenddiensten – niet evenveel mee voor herregistratie als dagdiensten? Waarom verplichten we degenen die graag alleen avond-, nacht- en weekenddiensten doen, om ook twee dagen per week in een dagdienst te werken? Het zijn dit soort kleine dingen, die misschien te klein gevonden worden voor een debat in de Tweede Kamer der Staten-Generaal, maar die juist in de praktijk zo veel ergernis opwekken en juist ook zo veel verlichting zouden kunnen geven. Het idee om huisartsen te dwingen zich ergens te vestigen, maakt het beroep volgens mij ook niet aantrekkelijk. En dat is toch wel wat we willen. Het moet aantrekkelijker worden, want we hebben er gewoon heel erg veel nodig, niet alleen vanwege de vergrijzing maar ook vanwege de overhevelingen.

Het takenpakket van de huisarts wordt dankzij politieke beslissingen steeds groter. Geen wonder dat de werkdruk zo stijgt! Het is niet moeilijk om de oorzaak van alle problemen aan te wijzen. Het is het tekort aan huisartsen in combinatie met het steeds omvangrijkere taakpakket dat we op hun bordje leggen. Ik noem ook de substitutie van de tweede naar de eerste lijn. We praten eigenlijk alweer zeker tien jaar over de wens van die substitutie, die maar niet van de grond komt. Eigenlijk is de oplossing heel makkelijk: vaste tarieven. De vrije tarieven opheffen en inruilen voor vaste tarieven die worden gesteld op het huisartsentarief. Nou, dan stoppen de ziekenhuizen heel snel met al die taken die ze nu nog doen! Het probleem is alleen dat die taken er dan inderdaad in één keer bijkomen op het bordje van de huisarts, waar we er al te weinig van hebben. Er moet dus nog wel een keertje goed nagedacht worden over de substitutie.

Het plan van aanpak voor de huisartsenzorg is vooral een papieren kunstwerk. Wat mij betreft, zijn er te weinig mijlpalen ingevuld. Het is bijzonder jammer dat er eigenlijk helemaal niets over het thema «verkleinen van de praktijkgrootte» staat. Waarom is er hierop geen concreet actieplan met meerdere mijlpalen, doelstellingen en monitoring? Wij hebben al eerder gepleit voor het verkleinen van de praktijknorm. De pilot Meer tijd voor de patiënt is succesvol – daar hebben we al een aantal leden over gehoord – niet alleen vanwege de hoge patiënttevredenheid maar ook vanwege minder doorverwijzingen, minder medicatie, meer werkplezier en een lagere werkdruk. Precies wat we willen! Maar op dit moment heeft slechts één zorgverzekeraar een module Meer tijd voor de patiënt. Er is tegelijkertijd sprake van een onderschrijding op het huisartsenkader. Kan de Minister dat uitleggen?

In het onderhandelingsakkoord staat dat er meer geld beschikbaar komt voor de huisartsenzorg en de multidisciplinaire zorg. Honderden miljoenen zelfs! Maar hoe worden deze besteed? Wie ziet daarop toe? Hoe voorkomen we dat die miljoenen straks worden toegevoegd aan weer een nieuwe onderschrijding, een meevaller?

Voorzitter. Ik sluit me aan bij de woorden van mijn collega's over de tarieven. Maar er moet mij wel wat van het hart. Wij hebben een paar weken geleden de Voorjaarsnota ontvangen. Er is 346.600.000 euro over

als het gaat om de eerstelijnszorg. Vindt de Minister het nou ook niet echt zuur dat dat geld is toegevoegd aan de algemene middelen, dat er 440 miljoen wordt uitgegeven aan klimaat, dat er 100 miljoen extra is voor asielzoekers, terwijl die 346 miljoen gewoon hartstikke nodig is om in de eerste lijn de tarieven te verhogen? Is dit structureel? Is deze meevaller structureel toegevoegd of is die eenmalig dit jaar toegevoegd, staat die volgende jaar als meevaller weer op de balans en kan die worden ingezet voor betere tarieven? Daarover graag meer duidelijkheid. Voorzitter. Ik ben aan het einde van mijn betoog.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Dan zijn we daarmee aan het einde gekomen van de eerste termijn van de zijde van de Kamer. De Minister heeft aangegeven dat hij vijf minuten nodig heeft om zich voor te bereiden om de beantwoording. Ik schors de vergadering tot kwart over twee.

De vergadering wordt van 14.10 uur tot 14.17 uur geschorst.

**De voorzitter:**

We gaan verder met het algemeen overleg over de eerstelijnszorg. We zijn toegekomen aan de beantwoording door de Minister van de vragen die in eerste termijn zijn gesteld.

Voordat ik de Minister het woord geef, merk ik op dat mevrouw Van den Berg de vergadering tijdens de regeling van werkzaamheden even zal verlaten. Ik heb de Minister gevraagd om daar in de beantwoording enigszins rekening mee te houden. Mochten de andere leden ook naar de regeling willen, dan zullen we kijken of we daar ook enigszins rekening mee kunnen houden. Ik stel voor om de vergadering niet te schorsen voor de beëdiging van een nieuwe collega, hoe spijtig ook. Maar anders lopen we uit de planning.

Ik wil met de leden afspreken dat zij een tweetal interrupties in tweeën mogen plegen. Dan geef ik nu graag het woord aan de Minister voor zijn beantwoording.

**Minister Bruins:**

Voorzitter. Ik zal eerst opmerkingen maken over datgene waar u allemaal over heeft gesproken: de paramedische zorg en het bestuurlijk akkoord. Vervolgens wil ik ingaan op de vragen die zijn gesteld. Dan begin ik met de vragen die zijn gesteld door mevrouw Van den Berg van het CDA. Als dat nog voor de regeling valt, dan is mevrouw Van den Berg in ieder geval aanwezig bij de beantwoording van haar eigen vragen. Eerst over de paramedische zorg. In het afgelopen jaar moest er wat water door de zee heen om te komen tot bestuurlijke afspraken. U weet dat de collega's De Jonge en Blokhuis en ik zeiden dat er vier hoofdlijnenakkoorden waren, en dat er eentje nog niet was. Dat was die vijfde, dat waren de bestuurlijke afspraken over paramedische zorg. Er moest echt heel wat heen en weer gepraat worden om alle partijen aan tafel te krijgen. En om het eens huiselijk te zeggen: de partijen die hier vandaag in de zaal vertegenwoordigd zijn – en dan bedoel ik niet aan deze kant van de tafel maar op de publieke tribune – die wilden wel. Maar niet alle partijen waren zo happig op het maken van die bestuurlijke afspraken. Ik ben wel blij dat dat is gebeurd. Dat vind ik dus een compliment aan de partijen die hun handtekening hebben gezet onder die bestuurlijke afspraken.

Waarom vind ik dat van belang? Omdat ik daarin de aandacht terugzie die ik vanmorgen ook hoorde. Ik heb stukjes meegekregen van Kamerleden die vanachter een toeter spraken, maar ik heb ook de opmerkingen gehoord die zijn gemaakt vanuit de verschillende paramedische sectoren. Dat zijn punten als het verminderen van de administratieve last, het verbeteren van de organisatiegraad en het verbeteren van de informatie

aan de patiënt. Maar dat zijn ook een paar dingen die nog wat concreter zijn, zoals de doorontwikkeling van de behandelindex naar een resultaat-index specifiek voor fysiotherapie, oefentherapie en logopedie. Er is ook het punt waarover hier is gesproken, maar wat ik ook van verschillende partijen aan de andere kant hoorde: heb nou dat gesprek over de tarieven! Dat vind ik echt een belangrijk punt. Ik vind het belangrijk dat de partijen, dus ook de verzekeraars en ook de verschillende koepelorganisaties uit de paramedische sector, serieus het gesprek aangaan over de tarieven voor 2020. Dus niet voor een latere datum, maar al voor 2020.

Is dat voldoende? Ik denk van niet. Ik denk dat er daarnaast ook nog moet worden gewerkt aan dat kostenonderzoek. Ik vind het weer van belang dat dat een gezamenlijk kostenonderzoek is. Het is dus niet iets of van de verzekeraars of vanuit de sector. Nee, het is een gezamenlijk onderzoek. Dat zal dit jaar wel af zijn. Dat is dan te laat voor de vaststelling van de tarieven voor 2020. Dat onderzoek, die resultaten leiden weer tot iets wat input is voor een jaar later. Maar nogmaals, het starten van de gesprekken over de tarieven is al bedoeld voor 2020. Dat is dus de eerste slag. En de tweede slag is dan dat we aan de hand van dat kostenonderzoek, dat gezamenlijke onderzoek, voor 2021 afspraken maken. Ik ben blij dat die bestuurlijke afspraken ook zo concreet zijn en dat daar eigenlijk dezelfde punten in zijn geadresseerd zoals die hier vanmiddag in deze zaal klinken. Zijn we er dan? Nee, ik denk dat ook vanuit VWS een bijdrage nodig is voor de paramedische sector. Dat is die 15 miljoen, die ook staat in de brief die ik daarover heb gestuurd. Ik vind het onder andere van belang – om dat punt er nog eens uit te halen – dat de organisatiegraad van de paramedische sector wordt versterkt. Ik denk dat we vooral de koepels en de organisaties zelf moeten laten spreken. Maar er is dus ook een financieel steuntje vanuit onze kant mogelijk, want ik denk dat dat helpt om die organisatiegraad te versterken. Dat klinkt dan een beetje abstract, maar dat is het allerminst. Op het moment dat elke individuele professional moet onderhandelen met een verzekeraar, wordt dat veel te ingewikkeld. Dat wordt dan tekenen bij het kruisje, heb ik vaak gehoord. Ik denk dat als je de organisatiegraad versterkt in die verschillende beroepsgroepen, je dan een steviger partij aan tafel hebt. Dan heb ik het niet over mondiger, want met de mondigheid zit het echt wel goed. Ik denk dus dat met name het punt van de organisatiegraad daar helpt.

Aan de andere kant zijn er de verzekeraars die zeggen dat de effectiviteit en de kwaliteit van de behandeling ook buiten kijf moeten staan, dat daar ook aandacht voor moet zijn. Laat ik eerlijk zijn, daar ben ik het ook mee eens. Ook daar moet aandacht voor zijn. Maar allebei is nodig. Het krijgt de aandacht, ook vanuit VWS, ook vanuit deze kant. Dus dan heb ik een opmerking gemaakt over de bijdrage van VWS. Ik ben ingegaan op het kostprijsonderzoek dat voorafgaat aan de vraag over de betaalbaarheid van de zorg. Ik denk dat daar concrete stappen zijn gemaakt die in lijn zijn met de behoefte. Nou, dat weet ik eigenlijk niet. Ik denk dat sommige partijen, zoals ik dat vanmorgen hoorde, eigenlijk zouden willen dat die afspraken nu worden gemaakt en dat het vandaag allemaal tot wasdom komt. Maar er moeten echt wel gesprekken worden gevoerd tussen de verschillende groepen die een handtekening hebben gezet. Ik weet echt zeker dat deze bestuurlijke afspraken een belangrijke stap vooruit zijn. Voorzitter. Omdat u allen hierover vragen hebt gesteld dacht ik: ik behandel deze vragen als eerste, met het oogmerk om al uw vragen over dit onderwerp te beantwoorden.

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

Ik heb een korte, toelichtende vraag. De Minister heeft het over de kostprijs. Bedoelt hij dan dat je gewoon in kaart brengt wat de kostprijs overal is of dat echt de opbouw van de kosten wordt onderzocht?

Minister **Bruins**:



Het is een kostenonderzoek dat zich richt op een kostprijsonderzoek in combinatie met een onderzoek naar de betaalbaarheid van de zorg, dus het is breder.

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):

Ik probeer toch even in alle scherpheid te begrijpen wat de Minister nou eigenlijk zegt. Zegt hij nu dat hij het eens is met de mensen die het beroep uitoefenen en met een groot deel van de Kamer dat de tarieven omhoog moeten per 2020? Dat is dan een voorlopige regeling in afwachting van het kostenonderzoek. Is dat wat hij eigenlijk zegt? Als het antwoord daarop «ja» is, wat gaat hij dan zelf doen om ervoor te zorgen dat dat ook werkelijkheid wordt?

Minister **Bruins**:

Dan mag ik het nog een keer zeggen, want ik heb mijn woorden zorgvuldig gekozen, net als mevrouw Ploumen natuurlijk. Ik heb gezegd dat partijen serieus het gesprek aangaan over de tarieven voor 2020. U weet dat er vrije tarieven gelden. Partijen zeggen nu dat zij het gesprek over de tarieven al voor 2020 serieus aangaan. Dat is zover als men op dit moment is. Ik vind dat een belangrijke stap voorwaarts, want dit is dus het gesprek dat wordt gevoerd voordat er een uitslag is van dat onderzoek. Dat onderzoek gaat over het inkoopbeleid voor 2021, maar het oogmerk is wel om dat eind dit jaar al af te ronden. Dan telt het niet meer mee voor 2020, want daar heb je een beetje meer tijd voor nodig, maar het oogmerk was om het dit jaar af te ronden. Dat is dus een halfjaar.

De **voorzitter**:

Afrondend, mevrouw Ploumen.

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):

Dan probeer ik het via de andere kant. Is de Minister het met me eens dat het ondenkbaar is dat dat overleg leidt tot lagere tarieven, integendeel, dat het moet leiden tot hogere tarieven per 1-1-2020?

Minister **Bruins**:

Ja, het zou mij verbazen als dat leidt tot lagere tarieven. Dan weet ik zeker dat we het Lange Voorhout moeiteloos volkrijgen.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Ik ga hier toch nog even op door. De Minister vindt het belangrijk dat er gesprekken worden gevoerd, maar ik zie hier heel veel gezichten en die gezichten spreken ook wel boekdelen. Men denkt: «Gesprekken? Leuk, gesprekken!» Tegelijkertijd wordt er ook naar de Minister gekeken. Mijn vraag is dus wat de Minister gaat doen. Hoe ziet de Minister zijn eigen rol in het bevorderen van de gewenste uitkomst van die gesprekken?

Minister **Bruins**:

De Minister was zo blij dat hij die bestuurlijke afspraken heeft kunnen maken. Daarbij wil ik vooral alle andere partijen dan wijzelf groot maken, omdat ik vind dat zij fantastisch werk hebben gedaan, inclusief de verzekeraars en alle koepelorganisaties die daar vreselijk hard aan hebben getrokken in de afgelopen periode. Mevrouw Ellemeet vraagt wat ik er zelf aan heb gedaan. Ik denk dat zonder hulp en steun vanuit het ministerie – laat ik het dan zo formuleren – die afspraken niet nu op tafel hadden gelegen. Ik wil dus ook mijn eigen licht niet onder de korenmaat zetten. Vervolgens zit er een hele hoop huiswerk in. Dit heten dan bestuurlijke afspraken, maar ze hebben een beetje het karakter van een hoofdlijnenakkoord. Ik vind het allemaal vrij precies geformuleerd. Ook hier zullen wij de voortgang bijhouden en monitoren.

**De voorzitter:**  
Afrondend, mevrouw Ellemeet.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):  
Volgens mij zegt niemand hier dat het niet goed is dat dat bestuurlijk akkoord er is. Dat is goed. Tegelijkertijd zeggen wij – dat zegt de Minister ook – dat we moeten kijken wat we al op de korte termijn kunnen doen. Daarom vindt hij het belangrijk dat er nu gesprekken worden gevoerd en dat we niet wachten op dat kostenonderzoek, waarmee we weer een jaar verder zijn voordat we afspraken maken over tarieven. Als de Minister dat belangrijk vindt, nog los van alle afspraken die er in dat akkoord staan, dan vraag ik hem nog een keer wat hij dan gaat doen om te zorgen dat deze gesprekken echt tot het gewenste resultaat leiden, namelijk betere tarieven op de korte termijn.

**Minister Bruins:**  
Die gesprekken worden dus gevoerd tussen andere partijen, hè? Het gesprek over tarieven wordt niet gevoerd met de Minister; dat moeten die partijen doen, zoals de verzekeraars...

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):  
Wat gaat u doen?

**Minister Bruins:**  
Dat heeft u nu al drie keer gevraagd. Ik heb ervoor gezorgd dat die partijen aan tafel komen en dat de gesprekken worden gevoerd. In de loop van de komende jaren heb ik natuurlijk nog verschillende malen contact, zowel met de koepelorganisaties die hier vandaag in de zaal vertegenwoordigd zijn alsook met de andere kant. Ik zal dus de vinger aan de pols houden dat die gesprekken worden gevoerd. Op de uitkomsten wil ik niet vooruitlopen, maar ik heb net gezegd dat een tariefverlaging mij zou verbazen.

De heer **Van Gerven** (SP):  
We worden hier toch niet echt vrolijk van. Dit is weer het bekende euvel bij de Minister: hij opereert als een procesmanager. Daar hebben we geen behoefte aan. Die zijn er al genoeg. Ik vraag de Minister dus heel concreet het volgende. Neem de kraamzorg. Daar dreigt leegloop en er gaan organisaties failliet. Er is een wachttijd voordat een vrouw gaat bevallen. Je moet dan acht uur wachten en dan krijg je € 11 wachtgeld. Vindt de Minister dat een acceptabel tarief?

**Minister Bruins:**  
Voorzitter, ik had u een soort spoorboekje voor mijn beantwoording gegeven. Volgens dat spoorboekje ga ik eerst spreken over de paramedie en daarna ga ik alle andere vragen beantwoorden. Kraamzorg valt niet onder de paramedie, dus ik kom later op dit punt terug. Nog even voor alle duidelijkheid: de gesprekken die moeten worden gevoerd over de tarieven, moeten worden gevoerd door de partijen die afspraken maken. Dat is niet de Minister, dus ik ben niet de onderhandelende partij. Ik kan de partijen bij elkaar brengen. Dat heb ik gedaan. Ik zal de voortgang bewaken. Ik heb de vraag zo precies mogelijk beantwoord, namelijk dat ik verwacht dat er niet pas in 2021 nieuwe tarieven komen, maar dat er al voor het komend jaar afspraken worden gemaakt en dat er serieuze gesprekken worden gevoerd over de tarieven. Dat vind ik van belang. Zoals altijd mag u in deze procesrol van mij verwachten dat ik de voortgang daarvan bewaak.

**De voorzitter:**  
Afrondend, de heer Van Gerven.

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

Het gaat om de uitkomst. Dat proces is allemaal prima, maar daar gaat het niet om. Het gaat om de uitkomst. De Minister kan toch niet met droge ogen beweren dat hij geen mening heeft of even niets weet over de kraamzorg? Ik mag aannemen dat hij dat toch wel heeft voorbereid voor dit debat, want dat lijkt me typisch eerstelijnszorg. Nogmaals, als partijen het water aan de lippen staat, kun je toch niet meer aankomen met «mogelijk hebben we in 2021 een oplossing»? Zo werkt dat toch niet? Kan de Minister dus concreet toezeggen dat hij, bijvoorbeeld op het terrein van de kraamzorg, met een oplossing komt voor het tarief voor kraamverzorgenden die moeten wachten, zodat dat beter beloofd wordt en zij niet omvallen? Kan de Minister gewoon zeggen dat hij dit gaat oplossen? Daar is hij tenslotte voor.

Minister **Bruins**:

Ik heb net al gezegd dat de Minister niet onderhandelt. Die rol heb ik niet, ook niet bij de eerstelijnszorg. De kraamzorg is geen partij bij die bestuurlijke afspraken. Dat heeft de heer Van Gerven ook kunnen lezen. Ik kom zo meteen op dat punt. Wat de tarieven betreft, denk ik dat ik een duidelijk antwoord heb gegeven wat ik verwacht voor 2020 en het jaar 2021. Dat gaat dan wel over de bestuurlijke afspraken, want zo is het afgesproken en daar ga ik ook aan werken.

Voorzitter. Ik denk dat ik daarmee heb voorzien in de vragen over de bestuurlijke afspraken paramedische zorg. Ik zeg na wat u allemaal heeft gezegd over het grote belang van alle professionals, of ze nou in de logopedie, de fysiotherapie of een van de andere disciplines werkzaam zijn. Ik vind dat er fantastisch werk wordt gedaan. Ik denk dat deze bestuurlijke afspraken een stap in de goede richting zijn. Ik ben de koepels erkentelijk voor het feit dat ze daar de afgelopen periode zoveel energie in hebben gestoken.

Voorzitter. Ik zie dat mevrouw Van den Berg naar de regeling van werkzaamheden is gegaan. Ik stel voor dat ik begin bij de heer Van Gerven en de vragen van mevrouw Van den Berg aan het eind beantwoord.

Ik begin met de vraag of de Minister bereid is om fysiotherapie toe te voegen aan het basispakket bij chronische aandoeningen. Fysiotherapie speelt een belangrijke rol bij het voorkómen en verminderen van klachten bij een chronische aandoening. Daarom krijgen mensen met een chronische aandoening op dit moment al hun behandeling bij de fysiotherapeut vanaf de 21ste behandeling vergoed. Aanvullend hierop loopt er op dit moment een programma bij het Zorginstituut, namelijk het Systeemadvies fysio- en oefentherapie. Indien een behandeling volgens de stand van de wetenschap bewezen effectief is en als er sprake is van substitutiewinst, kan het ZIN adviseren om een specifieke behandeling vanaf de eerste zitting op te nemen in de aanspraak. We hebben het daar vorige week ook over gehad. In de recent ondertekende bestuurlijke afspraken heb ik ruim zes ton beschikbaar gesteld om dat systeemadvies verder te brengen. In de afgelopen jaren heeft dit ertoe geleid dat een aantal behandelingen vanaf de eerste zitting worden vergoed: etalagebenen, artrose aan heup of knie en COPD, waarover de heer Van Gerven sprak. Momenteel is het ZIN bezig met de fysio- en oefentherapie bij lage rugklachten.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ik heb recentelijk bij een ander algemeen overleg een motie ingediend over 100 vormen van reuma waar 100 adviezen voor moeten komen van het Zorginstituut. De Minister heeft die motie ontraden. Ik vraag hem nu om dat nog eens te heroverwegen en er nog eens naar te kijken, want juist dit soort dingen zijn zo ergerlijk. Het financiële beslag is helemaal niet zo groot, maar er moeten 100 rapporten komen van het Zorginstituut. Mijn vraag is dus of hij daar nog eens naar wil kijken.

**Minister Bruins:**

Ik vind nou juist dat systeemadvies van het Zorginstituut zo handig omdat ik zie dat het een soort routekaart is, een soort behandelingsvolgorde waarbij via een vastgestelde werkwijze wordt gekeken of een bepaalde behandeling kan worden vergoed of al vanaf de eerste zitting kan worden vergoed. Ik wil dus eigenlijk vasthouden aan die werkwijze, waarover het Zorginstituut mij heeft geadviseerd.

**De voorzitter:**

Afrondend, mevrouw Agema.

**Mevrouw Agema (PVV):**

Ik zie daar eigenlijk toch een discrepantie. Reuma is een chronische ziekte, dus valt in de categorie waarover de Minister het nu heeft. Dan vraag ik hem om juist dat vast te pakken en niet 100 adviezen van het Zorginstituut af te wachten, en dan zegt hij: nee, nee. Ik vind dat wel jammer. Ik verzoek hem echt nogmaals om juist deze bulk op te pakken als het gaat om reuma.

**Minister Bruins:**

Er zijn inderdaad veel meer aandoeningen waarbij fysiotherapie mogelijk een opluchting, een steun, een verbetering van de kwaliteit van leven kan opleveren. In een eerder debat hebben we al gewisseld dat op basis van dat systeemadvies ook andere aandoeningen conform diezelfde route van het systeemadvies kunnen worden bekeken. Daar staat niets aan in de weg en het hoeft ook echt geen 100 rapporten op te leveren.

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

Ik heb in mijn betoog in eerste termijn aangegeven dat COPD-patiënten meer lucht verdienen en dat ze die lucht onder andere kunnen krijgen door een fysiotherapiebehandeling. Nu heeft het Zorginstituut in zijn wijsheid het volgende besloten. Behandelingen in het eerste jaar: groep A 5, groep B 27, groep C 70, groep D 70. In het volgende jaar: groep A 0, groep B 3, groep C 52, groep D 52. Dan vraag ik de Minister: wat is dit voor tekentafelwetenschap?

**Minister Bruins:**

Ik had net al gezegd dat COPD vanaf het begin van dit jaar vanaf de eerste behandeling wordt vergoed. Ik heb ook al gezegd dat ik vind dat fysio- en oefentherapie een belangrijke rol hebben bij het voorkómen en verminderen van klachten bij chronische aandoeningen. Ik heb ook al gezegd dat bij een chronische aandoening de therapie normaliter vanaf de 21ste behandeling wordt vergoed. Het is toch goed nieuws, zeg ik dan in de richting van de heer Van Gerven, dat het Zorginstituut kan adviseren om een specifieke behandeling vanaf de eerste behandeling op te nemen in de aanspraak. Natuurlijk moet het dan bewezen effectief zijn. Natuurlijk moet het dan helpen om de zorg te verplaatsen van het ziekenhuis naar de eerste lijn. Dat geldt voor de voorbeelden die ik u zojuist heb genoemd. De heer Van Gerven weet ook – laat ik maar duidelijk zijn – dat er een maximumaantal geldt voor deze behandelingen. Tot 2019 vond er in sommige gevallen een hoog aantal behandelingen per patiënt per jaar plaats zonder dat de effectiviteit en de werkzaamheid van die hoge aantallen behandelingen echt waren aangetoond. Vanaf 1 januari 2019 is er dan ook een maximumaantal behandelingen verbonden aan COPD, waarmee de behandeling nu dus doelmatiger wordt ingezet. Afhankelijk van de zwaarte van de COPD varieert het maximumaantal behandelingen van 5 tot 70 in het eerste behandeljaar en geldt voor de behandeljaren daarna een maximum van 3 tot 52 behandelingen per jaar. Deze aantallen zijn vastgesteld op basis van bewezen effectiviteit. Dat zal altijd het criterium blijven.

De **voorzitter**:

De heer Van Gerven, afrondend.

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

Misschien moet de Minister niet een tekst voorlezen, maar gewoon eens zijn hart laten spreken. Dat maximum van 52 is er gewoon gekomen omdat het rond gerekend moest worden. Het mocht niet meer kosten dan dit. Dat had niks te maken met wetenschap. Ik moet het hem nageven: het niet-vergoeden van de eerste twintig behandelingen bij COPD, dat moet eruit. Die mensen hebben gewoon recht op die fysiotherapie, op die hulp. Maar waarom zeg je dan niet gewoon het volgende? «Oké, dat is nodig. Dan laten we het aan de fysiotherapeut, samen met de patiënt en eventueel de specialist, om te kijken hoeveel behandelingen nodig zijn.» Dat zou dan toch in de rede liggen? Toevallig is dat ook de tweede eis die de fysiotherapeuten en anderen vanmorgen hebben gesteld. Breng die autonomie terug en haal al die tekentafelmensen en al die zorgverzekeraars ertussenuit; weg ermee. Geef de hulpverlener weer het recht om samen met de patiënt te bepalen welke zorg nodig is en zal worden gegeven.

Minister **Bruins**:

Nee, uw Kamer heeft nog niet zo lang geleden een motie aangenomen waarin staat dat de rol van het Zorginstituut zo belangrijk is. Hier volg ik dus ook de rol van het Zorginstituut.

De **voorzitter**:

Er is een tweede interruptie van mevrouw Ellemeet.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Ja, voorzitter, ik ga nu toch mijn tweede interruptie inzetten, want dit is te belangrijk om nu door te gaan naar het volgende onderwerp. Natuurlijk hebben we een instituut nodig dat reguleert. Natuurlijk moet er een kader zijn; ik denk dat iedereen dat begrijpt. Alleen hebben we nu te maken met een kader waarvan wij van de fysiotherapeuten zelf hebben gehoord dat – ik zeg het maar zoals het is – het nergens op slaat. We zien dat het goede gedrag wordt bestraft, dus het inzetten van goede, effectieve fysiotherapie en daarmee voorkomen dat mensen bijvoorbeeld in het ziekenhuis terechtkomen. Dan scoor je slecht op de criteria. Als je vaker in het ziekenhuis komt en het niet goed met je gaat omdat je niet de fysiotherapie krijgt die je nodig hebt, dan krijg je meer behandelingen. Dit is de wereld op z'n kop. Ik vraag de Minister dus om te luisteren naar de fysiotherapeuten en hun verhaal te horen. Ja, we hebben een kader nodig, maar het moet wel ergens op slaan. Het vertrekpunt moet zijn de ervaring en de kennis van de fysiotherapeuten zelf.

Minister **Bruins**:

Deze opmerking van mevrouw Ellemeet gaat eigenlijk over de rol van het Zorginstituut. Die vindt u allemaal, ik ook, van heel groot belang. Ik vind eigenlijk dat het Zorginstituut zich altijd, ook bij andere onderwerpen – onlangs hebben we het daarover gehad bij andere algemeen overleggen – opstelt als luisterend en bereidwillig om na te denken over hoe het zijn adviezen maakt. Dat geldt hier ook. Er worden uitgesproken gedaan als «het is tekentafelsystematiek» en «er zijn allerlei categorieën». Ja, het Zorginstituut is ook heel precies in zijn opvattingen en zijn adviezen. Ik ben er blij mee dat ze zo precies zijn. Als er nieuwe inzichten zijn of als het gaat om de werkwijze van het Zorginstituut, stelt het zich altijd bereidwillig op. Ik hecht eraan om dat te benadrukken, want het is geen tekentafel en er is geen afdeling kruisjes zetten. Er wordt echt goed geluisterd en de opvattingen van professionals zijn juist van belang. Het

Zorginstituut werkt daarmee en vindt dat ook voor de toekomst van belang. Ik hecht eraan om deze opmerking hier te maken.

**De voorzitter:**

Mevrouw Ellemeet, afrondend.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Er zit hier een hele beroepsgroep tegenover u, die het werk doet in de praktijk en die aangeeft dat het systeemadvies, dus het in het basispakket brengen van bewezen effectieve vormen van fysiotherapie, eerder zaken tegenhoudt. Internationaal onderzoek mag niet meegenomen worden. Er zitten hier mensen tegenover u die zeggen dat zij op basis van de getalletjes die de heer Van Gerven net noemde, hun patiënten niet meer de zorg kunnen bieden die ze nodig hebben. Dan gaat er toch iets niet goed? Dat moeten we dan toch gewoon durven erkennen? Dan zou de Minister toch zijn verantwoordelijkheid moeten nemen en zeggen dat hij deze mensen hoort? Natuurlijk doet het Zorginstituut zijn best, maar het gaat niet goed. Fysiotherapeuten en het Zorginstituut moeten met elkaar het gesprek gaan voeren, constructief, want het Zorginstituut moet zijn werk doen. Dat is niet makkelijk, maar er zitten hier mensen die vanuit de praktijk zeggen dat zoals het nu gaat, het niet goed genoeg is. Dan moet de Minister daar toch zijn verantwoordelijkheid in pakken?

**Minister Bruins:**

Dat is toch eigenlijk de rol die ik altijd en aldoor heb. Op het moment dat het systeemadvies zo werkt dat er nieuwe categorieën en aandoeningen worden behandeld en in het pakket komen vanaf de eerste behandeling, vindt iedereen het mooi en prachtig. Dan staat iedereen achter dat systeemadvies. Er is met vier voorbeelden gewerkt. Het Zorginstituut staat nu voor de vraag: zullen we ook andere aandoeningen volgens datzelfde systeemadvies bekijken? Ik ben daar voorstander van, maar ik vind het ook heel goed dat het Zorginstituut even terugkijkt naar hoe het dat de afgelopen jaren heeft gedaan. Inzichten van professionals kunnen en zullen daarbij altijd worden gebruikt. Die deur staat open bij het Zorginstituut. Als het zou helpen dat wij de driehoek maken, is daartoe ook altijd bereidheid. Het Zorginstituut is echt een kanjer van een instituut. Dat wil ik eigenlijk wel benoemd hebben.

**De voorzitter:**

Ik vraag de Minister om verder te gaan met de beantwoording.

**Minister Bruins:**

We waren gebleven bij de huisartsen, waarover de heer Van Gerven een vraag stelde. De druk neemt toe, ze hebben te weinig tijd voor de patiënt. Gaat de Minister het vijftienminutenconsult tot norm maken? Kan de praktijk naar 1.800 patiënten toe? De heer Van Gerven weet dat ik in het bestuurlijk akkoord, het huisartsenakkoord, extra financiële ruimte heb geboden om onder andere hierover afspraken te maken. Ik ken de pilots waaraan de heer Van Gerven refereert, waar geëxperimenteerd wordt met langere consulten en minder patiënten. En ik ken de goede resultaten daarvan. Situationeel moet echter altijd bekeken worden welke aanpak het beste is om meer tijd voor de patiënt te creëren. Deze maatregelen kunnen zowel binnen als buiten de huisartsenpraktijk vallen. Daar ga ik niet iets voor opleggen. In het bestuurlijk overleg over huisartsenzorg, dus het periodieke overleg wat ik heb aan de hand van de hoofdlijnenakkoorden, dat vorige week plaatsvond, is afgesproken dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders met elkaar in gesprek gaan om te bezien hoe meer tijd voor de patiënt, maar ook hoe het versterken van de organisatiekracht in de contractering voor komend jaar kunnen worden bevorderd.

De heer Van Gerven vroeg verder of er meer huisartsen en ondersteunend personeel worden opgeleid. Ik stel al jaren meer opleidingsplaatsen beschikbaar dan het Capaciteitsorgaan adviseert. In het bestuurlijk akkoord Huisartsenzorg is afgesproken om dat niet alleen dit jaar, maar ook volgend jaar te continueren. Dat is eigenlijk al zo sinds 2015. Sinds 2015 worden er ook daadwerkelijk meer plekken gevuld dan het Capaciteitsorgaan aan plekken adviseert. Er worden dus daadwerkelijk meer huisartsen opgeleid. Daarnaast wil ik kijken en met de partijen in gesprek gaan om taakherschikking beter te benutten. Bij het AO Arbeidsmarktbeleid hebben we het daar nog over gehad. Dat doe ik onder andere door een stimuleringssubsidie voor de inzet van de physician assistant en de verpleegkundig specialist in de huisartsenzorg. Zij kunnen immers de huisarts ontlasten door taken over te nemen. Ook de inzet van de praktijkmanager, die aansturende taken over kan nemen en de POH, die zich richt op preventie, monitoring en begeleiding, helpt. Dat zijn allemaal punten die de heer Van Gerven al kent uit het programma werken aan de zorg. Dus meer opleiden? Jazeker werpt dat zijn vruchten af. Er zijn inmiddels enkele duizenden physician assistants en verpleegkundig specialisten, en dat geldt ook voor de POH's. Er is tegenwoordig bijna geen praktijk meer zonder een POH. Die worden echt veel ingezet en ik denk dat dat ook heel goed is.

De heer Van Gerven stelde nog een vraag over de specialist ouderengeneeskunde. Hij stelde voor om die uit te sluiten van het eigen risico. Het is eigenlijk naadloos hetzelfde gesprek wat ik vorige week heb gevoerd met mevrouw Ellemet. Toen heb ik gezegd: de poortwachter is de huisarts, deze specialist zit achter de huisarts, dus die sluit ik niet uit van het eigen risico. Die mening ben ik, net als vorige week, nog steeds toegedaan. Gaat de Minister de tarieven in de kraamzorg verhogen? De NZa heeft aangegeven een kostenonderzoek naar de kraamzorg uit te zullen voeren. Op dit moment wordt er al gesproken met de veldpartijen om dat kostenonderzoek voor te bereiden. Afhankelijk van de uitkomsten van het kostenonderzoek bepaalt de NZa of de herijkte tarieven kraamzorg voor 1 juli volgend jaar kunnen worden vastgesteld. Dus die opmerking heb ik hier dan ook gemaakt.

**Mevrouw Ploumen (PvdA):**

Ik heb nog een vraag over de kraamzorg. Ik heb dezelfde vragen als de heer Van Gerven gesteld. Dat krijgt allemaal hopelijk vanaf 1 januari 2021 zijn beslag. Nu zijn er al, net als vorig jaar, grote tekorten in een aantal regio's. Kraamverzorgenden stoppen met het werk, iets wat bijna alle collega's zeiden. Dan zegt de Minister: er wordt onderzoek gedaan en volgend jaar kijken we verder, waarna de salariëring hopelijk per 1 januari 2021 omhoog gaat. Maar de Minister kan toch zelf ook ingrijpen als hij het met ons eens is dat dit een onwenselijke situatie is, zowel voor de kraamhulpen als voor de gezinnen die een baby'tje krijgen? Ik zou zo op de achterkant van een sigarendoosje kunnen uitrekenen hoeveel je bespaart aan preventie als je goede kraamhulpen bij een gezin kunt brengen. Dat kan de Minister toch ook uitrekenen? Waarom moet alles zo lang duren?

**Minister Bruins:**

Wat mij betreft hoeft het allemaal helemaal niet lang te duren, maar er zijn altijd partijen die verschillende wensen hebben. Dat geldt ook hier: de werkgevers en de werknemers. Er zijn verschillende belangen en verschillende partijen. Ik ben blij dat de NZa het kostenonderzoek kraamzorg gaat uitvoeren. Daar heb ik ook op aangestuurd. Ik vind het goed dat dat wordt gedaan. Daarnaast is er de arbeidskrachte, waarover wij heel regelmatig met allerlei verschillende categorieën spreken. Ik las hierin de verwijzing naar het algemeen overleg over de arbeidsmarkt, dat we uitgebreid hebben gevoerd in de afgelopen week. Het is dus het een

en het ander. We willen meer mensen in de zorg aan de slag krijgen en we willen kijken of er aanleiding is om de tarieven aan te passen. Ik zorg dat alle opmerkingen die hier worden gemaakt, ook over de wachturen, bij de NZa worden bezorgd.

**De voorzitter:**

Afrondend, mevrouw Ploumen.

**Mevrouw Ploumen (PvdA):**

Mag ik de Minister vragen om ook de uitspraak van de premier, dat de lonen omhoog moeten, mee te geven aan de NZa? Ik geloof dat de Minister-President niet bedoelde: over anderhalf jaar. Ik vind echt dat het tijd wordt om nu te investeren in de mensen in de publieke sector. De Minister kan dat. Hij kan echt een aanwijzing geven.

**Minister Bruins:**

Nu gaat het weer over een ander onderwerp. Ik heb het net gehad over de tarieven en over de arbeidsmarkt. Natuurlijk zijn er ook nog de onderhandelingen over een nieuwe cao. De kraamverzorgenden hebben mij verteld dat het thema van de wachtdienstregeling daar zeker een rol bij zal spelen, omdat het een aangelegen punt is voor de mensen die werken in de kraamzorg. Het is dus en-en-en.

**Mevrouw Szazias (50PLUS):**

Ik wil hier toch graag op reageren, vanwege de urgentie. U noemt het kostenonderzoek, maar wij kunnen toch duidelijk zijn als het om de kraamverzorgsters gaat? Zij geven alle baby's en alle mensen het belangrijkste begin in hun leven. Vaders en moeders leren van de kraamverzorgster hoe zij hun baby moeten verzorgen. Dat is zo ongelukkig belangrijk. Ik vind de volgorde een beetje raar. Ik zou het belang en de urgentie toch echt op de eerste plek zetten.

**Minister Bruins:**

Ik ben het met u eens. Het is belangrijk, want die baby'tjes zeggen na negen maanden: nu zijn wij toch echt aan de beurt. Tegelijkertijd: als er afspraken moeten worden gemaakt, dan moeten die op feiten en op onderzoek worden gebaseerd. Het is niet anders. Daarover heb ik u geïnformeerd in de brief die u nog deze week heeft gekregen. Ik wil graag reageren op die signalen, maar ik wil ook geen luchtballonnetjes verkopen. Daarom probeer ik precieze antwoorden te geven voor de verschillende partijen in de kraamzorg.

Voorzitter. Ik was gebleven bij de vragen die mevrouw Ploumen heeft gesteld. De eerste vraag was: hoe zorg je ervoor dat er voldoende wordt geïnvesteerd in de organisatie en de infrastructuur van de huisartsenzorg? In het bestuurlijk overleg huisartsenzorg van vorige week is afgesproken dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars met elkaar in gesprek gaan over het thema «meer tijd voor de patiënt» en over het thema «versterken van de organisatiegraad». Ze gaan kijken hoe dat al voor 2020 kan worden versterkt. Die inzet is gepleegd bij het hoofdlijnenakkoord. Die volg ik en die wil ik voor het komend jaar bewerkstelligen. Ik denk dat de organisatiegraad sterker kan zijn. Ik heb een voorbeeld uit de Haagse regio van afgelopen week. Ziekenhuisbestuurders, huisartsen en een aantal paramedici zijn bijeen geweest om te kijken hoe zij de samenwerking kunnen versterken, juist over de domeinen heen. Dat vind ik mooie initiatieven. Ik noem het voorbeeld van Den Haag omdat ik daar aanwezig was, maar er zijn er inmiddels heel veel. Een verwijzing naar de website van De juiste zorg op de juiste plek is hier op zijn plek. Dan het punt dat mevrouw Ploumen maakte over de substitutie van de tweede lijn door de eerste lijn. Hoe kun je die ontwikkeling versterken? Dat was een opmerking die later is gemaakt door mevrouw Ellemeet. We



hebben het hier vaker gezegd: het voorkomen van zorg in het ziekenhuis door betere vroegsignalering is natuurlijk heel prettig. Als een goed gesprek bij de huisarts of de fysiotherapeut kan voorkomen dat mensen naar het ziekenhuis moeten, dan helpt dat zeker. Innovatieve toepassingen – we hebben het weleens vaker gehad over beeldbellen en telemonitoring – kunnen ook helpen om de druk op de zorg in het ziekenhuis te verminderen of om de middelen in de wijkverpleging of de huisartsenzorg juist te versterken. Ik vind het belangrijk dat alle partijen die hun handtekening hebben gezet onder het hoofdlijnenakkoord zich werkelijk committeren aan deze beweging. Daarom probeer ik voorbeelden aan te geven in het voorbeeldenboek van De juiste zorg op de juiste plek.

Daarnaast probeer ik er via het sturen op middelen – iets meer voor de huisartsenzorg en iets minder voor de ziekenhuizen – voor te zorgen dat die gesprekken op gang blijven. Eén ding weet ik zeker: die afspraken komen heel goed op gang. Je ziet legio voorbeelden waarbij de huisarts meer in het ziekenhuis komt of de specialist uit het ziekenhuis vaker in de huisartsenpraktijk komt. Dat vind ik een heel goed idee. Dit zijn voorbeelden uit de curatieve zorg. Maar de curatieve zorg is natuurlijk breder. Ook het verbinden van de curatieve zorg aan Langer Thuis is bijvoorbeeld van groot belang. Collega De Jonge heeft net een rapportage gestuurd over Langer Thuis. Daarin wordt onder andere benoemd dat het netwerk tussen de huisarts en het sociaal domein, zoals gemeenten, de schuldhulpverlening en mogelijk andere functies, in een aantal plaatsen, vaak grotere plaatsen, goed tot stand komt, maar nog niet overal. Het is een verbinding tussen de domeinen Langer Thuis en de curatieve zorg. Dit zijn praktische manieren om die substitutie te bevorderen en te versterken.

Dan het tekort aan doktersassistenten omdat ze niet BIG-erkend zijn. Mevrouw Ploumen refereerde aan de mondelinge vragen die zij eerder heeft gesteld. Toen was het onderwerp met name agressie jegens doktersassistenten. Er is deze zomer nog overleg gaande tussen de beroepsgroep van doktersassistenten en VWS. Ik weet dat omdat ik dat gisteren heb gezegd in het andere overleg.

Wat betreft het punt van erkenning in de Wet BIG: laat ik vooropstellen dat zorgprofessionals die geen beschermde BIG-titel hebben, niet minder waardevol zijn voor de gezondheidszorg. Dat is in ieder geval mijn perspectief. Dat moet ik toch zeggen, omdat het een minderheid is van de zorgprofessionals die in het BIG-register is geregistreerd. Allen die dat niet zijn, vind ik net zo waardevol. Maar mijn waardering en erkenning voor deze zorgprofessionals zijn geen specifieke reden om het beroep in de Wet BIG op te nemen. Opname in de Wet BIG toets ik tot op heden steeds aan de daarvoor geldende criteria. Aan de andere kant kan in de zorg, bijvoorbeeld bij de beroepsgroep doktersassistenten, opname in de Wet BIG wel als erkenning voelen. Daarover heb ik eerder gezegd: het Zorginstituut kan een hernieuwd advies uitbrengen als het profiel van doktersassistent ingrijpend zou wijzigen. Dat is de afgelopen jaren niet het geval geweest, maar dat is een mogelijkheid. Daarnaast heb ik aan de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, de RVS, gevraagd om de komende maanden juist naar dit punt te kijken. Het gaat niet om de kwaliteit van de zorg, want die staat niet ter discussie. Wij vinden de doktersassistenten en het werk dat zij doen, van groot belang. Maar als een groep zorgprofessionals het voor de erkenning belangrijk vindt en dat zo in de praktijk ervaart, moeten we daar dan niet toch eens de vinger bij leggen? Dat is ongeveer de vraag die hier werd gesteld, onder anderen door mevrouw Ploumen. Ik heb aan de RVS advies gevraagd. Misschien wordt dat wel een kort advies. Dat weet ik eigenlijk niet precies. Dan het punt van de regionale...

**De voorzitter:**

Voordat u doorgaat is er een vraag van mevrouw Van den Berg.

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

Ik weet niet of het de vraag van mevrouw Ploumen is, die niet meer mag interrumperen, maar het gaat in ieder geval wel over de doktersassistente. De Minister zei ook dat het profiel van de doktersassistente niet gewijzigd is, terwijl ik juist begrijp dat wat gewijzigd is, is dat die triage aan de poort is. Men heeft dus wel zelf directe verantwoordelijkheid en eindbeslissing daaromtrent.

Minister **Bruins**:

Dat is dan natuurlijk steeds in tweeën. Is dat voldoende om te zeggen dat het profiel zodanig gewijzigd is dat het een opname in het BIG-register rechtvaardigt? Dat is de ene route. In de afgelopen jaren is dat niet gebeurd. U kwam net binnen, maar nogmaals, voor de waardering van de beroepsgroep maakt het mij niet uit. Ik waardeer ze hoog. Aan de andere kant maak ik dus die opmerking over de gevoelde erkenning, en dus ook de gemiste erkenning als je niet in het BIG-register staat. Ik heb de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving gevraagd om mij te adviseren hoe zij daartegen aankijken.

Dan over de regionale coördinatiefuncties voor eerstelijnsverblijf. De afgelopen maanden hebben ZN en ActiZ een nulmeting uitgevoerd naar de werking van de regionale coördinatiefuncties. Daaruit blijkt dat nu al 50% van de coördinatiefuncties voldoet aan de gestelde eisen voor eerstelijnsverblijf. Bovendien blijkt uit de nulmeting dat 90% van die functies al meer dan de zorg voor eerstelijnsverblijf coördineert. Mijn verwachting is dat de doorontwikkeling van zowel de functionaliteiten zelf als de verbreding naar andere zorgvormen, zoals Wlz-crisis en Wmo-spoed, wordt doorgezet. Dat begint er echt op te lijken. Er is nu in alle regio's in Nederland zo'n functie ingericht. Daar is ook een telefoonnummer voor beschikbaar. Die nulmeting is uitgevoerd door ZN en ActiZ. Over een tijdje ga ik hun om een nieuwe meting vragen, zodat die regionale coördinatiefuncties, waarover wij veel gesproken hebben, er zijn op het moment dat we ze nodig hebben.

Mevrouw Ploumen vroeg ook nog of er niet te weinig elv-bedden zijn. Moeten er meer komen? In 2018 hebben ruim 36.000 personen gebruikgemaakt van het eerstelijnsverblijf. Dat zijn er 3.000 meer dan het jaar ervoor. Uit de NZa-monitor die u heeft ontvangen, blijkt dat er geen signalen zijn dat er onvoldoende elv-capaciteit is ingekocht door de verzekeraars. In het kader van het hoofdlijnenakkoord wijkverpleging is extra geld beschikbaar gesteld, juist voor dat eerstelijnsverblijf. Het gaat om 20 miljoen extra dit jaar, oplopend tot 80 miljoen extra in 2022. Ondertussen heb ik ook hier de NZa gevraagd om te blijven nagaan of er voldoende capaciteit beschikbaar is. Ik verwacht daarvan volgend voorjaar een eerstvolgend beeld. Ook op dit punt dus een strakke planning en de vinger aan de pols.

Dat in de richting van mevrouw Ploumen.

Dan de vragen die zijn gesteld door mevrouw Ellemeet. Staat de Minister open voor andere experimenten op het gebied van domeinoverstijgend werken? De vraag van mevrouw Ellemeet ging over kwetsbare ouderen die belang hebben, als ik het zo mag zeggen, bij domeinoverschrijdend werken. Er zijn inmiddels een aantal goede voorbeelden van een dergelijke vorm van samenwerking. Ik denk dat zorgaanbieders, verzekeraars en gemeenten in de praktijk een heel eind kunnen komen met die samenwerking. Het heeft mijn interesse. Ik vind dat ze ook een plek moeten krijgen in De juiste zorg op de juiste plek. Er zijn voor zover mij bekend eigenlijk geen belemmeringen, bijvoorbeeld in de financiering. Als die wel worden ervaren, zou ik ze graag willen leren kennen. Er staat zorgverzekeraars, zorgkantoren en zorggemeenten in praktische zin heel weinig in de weg om die overstijgende samenwerking op te zoeken, en ik ben er een groot voorstander van, juist voor de doelgroep kwetsbare

ouderen. Het geldt niet voor hen alleen, want u heeft ook andere groepen genoemd, maar ik denk juist ook aan die kwetsbare ouderen. Dan over de paramedie. Dat hebben we uitvoerig besproken. Over de kraamzorg hebben we het inmiddels ook gehad. Dan kom ik op de leidraad van de ACM. Kan de Minister ervoor zorgen dat kwetsbare groepen worden meegenomen als er wordt gekeken naar de leidraad? Ja, ik denk het wel. Ik ga dat checken, maar dat lijkt me een goed idee. Die leidraad is immers bedoeld in het kader van De juiste zorg op de juiste plek. Het gaat dan over begeleiding die bij de samenwerkingsafpraak gegeven kan worden, voor zover niet strijdig met de Mededingingswet. Dat raakt altijd aan de grens van die domeinen. Hier las ik het vorige antwoord in: De juiste zorg op de juiste plek gaat in veel gevallen juist over kwetsbare ouderen. Ik zal dat punt expliciteren bij de ACM. Over de werkwijze van het Zorginstituut heb ik het inmiddels gehad. Ik verwacht dat ik hiermee de vragen van mevrouw Ellemeet heb beantwoord.

**De voorzitter:**

Er is nog een openstaande vraag, zie ik aan de gezichtsuitdrukking van mevrouw Ellemeet.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Die vraag ging over de substitutiewinst. Daar heeft de Minister wel iets over gezegd, maar is hij er niet specifiek op ingegaan.

**Minister Bruins:**

Ik dacht dat ik juist uitgebreid ingegaan was op het belang van substitutie. De budgetten bij twee hoofdlijnenakkoorden worden verminderd en die worden toegevoegd aan andere hoofdlijnenakkoorden. Daar verwachten wij goede voortgang van.

**De voorzitter:**

Nog een korte toelichting, mevrouw Ellemeet. En anders vraag ik u om dit in de tweede termijn te doen.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Mijn vraag was specifiek. Een antwoord over de hoofdlijnen is generiek. Maar mijn vraag ging juist over het voorbeeld van de fysiotherapeuten. Hoe zorg je ervoor dat de besparingen die gerealiseerd worden op basis van de hoofdlijnen, echt bij deze beroepsgroep terecht komen?

**Minister Bruins:**

Wij hebben al geconstateerd dat de budgetten voor de ziekenhuizen omlaaggaan. Sommige ziekenzorg hoeft niet meer in het ziekenhuis. Daarom bouwen we de groeiruimte voor de medisch-specialistische zorg af naar 0% in 2022. De eerste lijn groeit in de komende jaren met 3%. De groeiruimte is dus aan de ene kant verzekerd via de hoofdlijnenakkoorden en aan de andere kant is die eveneens via de hla's beknot. Dan de vragen van mevrouw Van den Berg. Zij had het over het plan van aanpak voor het tekort van de huisartsen. Worden er niet te veel basisartsen opgeleid? Kan dat niet een beetje minder? Het Capaciteitsorgaan heeft op verzoek van OCW een aantal scenario's rond een numerus fixus voor geneeskunde in beeld gebracht. Die zijn met de universiteiten en de NFU besproken. Partijen herkennen de toename van het aantal basisartsen, maar zien nog niet direct reden om de numerus fixus te verlagen. Het belangrijkste argument daarbij is dat er geen grote werkloosheid onder de basisartsen is en dat het lastig is om eenmaal ingeleverde plaatsen er in de toekomst weer bij te krijgen, mocht dat nodig zijn. Dat is wat ik wilde zeggen op dat punt, voorzitter.

Zouden de verzekeraars bereid zijn om meerjarencontracten met huisartsen open te breken? Wil de Minister daarover het gesprek aangaan met de verzekeraars? Ik heb een beetje een algemeen antwoord op die vragen. Partijen kunnen in het meerjarige contract voorwaarden hebben opgenomen waaronder een contract kan worden aangepast. Wordt aan die voorwaarden voldaan, dan kan het contract ook worden opengebroken. Ook als dergelijke bepalingen in het contract ontbreken, kan het contract natuurlijk wel worden aangepast. Maar dan moeten beide partijen het wel eens zijn over die aanpassing. Het voordeel van meerjarige contracten is dat ze partijen zekerheid geven. Ze kunnen op basis daarvan investeringen doen en hun organisatie en werkwijze aanpassen aan een situatie die voor een aantal jaren zal gelden. Daar zitten veel voordelen aan. Aan de andere kant kan een meerjarenafpraak ook ten koste gaan van de flexibiliteit en de mogelijkheid om goed in te spelen op veranderende omstandigheden. Het is dus altijd zoeken naar een balans tussen zekerheid en flexibiliteit. Dus de uitspraak «in zijn algemeenheid is de Minister bereid om met zorgverzekeraars in gesprek te gaan over het openbreken van contracten met huisartsen» is mij net een tikje te globaal.

Wilt u in gesprek gaan met de sector om het tekort aan stageplaatsen voor doktersassistenten aan te pakken? Zij spelen als eerste contact een belangrijke rol bij de triage. Ik ben graag bereid om dat gesprek te voeren. Ik zei net al in reactie op een vraag van mevrouw Ploumen dat er deze zomer nog overleg plaatsvindt tussen VWS en de Vereniging van Doktersassistenten. Dat gaat onder andere over agressie jegens doktersassistenten. Daar kan ik dit onderwerp wel bij nemen, dus dat zal ik doen. Dan het punt van de AVG, als ik de vraag goed heb begrepen: de AVG wordt gebruikt als tegenargument voor gegevensuitwisseling of eigenlijk voor niet-gegevensuitwisseling; is de AVG belemmerend? Dat is niet mijn beeld. Privacywetgeving stelt kaders aan informatiedeling. Het is natuurlijk niet gewenst dat er te makkelijk informatie wordt... Het moet niet te makkelijk worden om informatie te delen. Het is altijd het afwegen van goede zorg, preventie, kwaliteit van leven en privacy. Ik zie vooral veel belemmeringen doordat systemen niet met elkaar kunnen communiceren. Daarvan weet mevrouw Van den Berg dat ik nog voor de zomer kom met een brief die ingaat op de contouren om hier een wettelijke basis voor gegevensuitwisseling tussen professionals in de zorg zowel voor taal als voor techniek mogelijk te maken.

Komt er dan ook een verplichting voor het Landelijk Schakelpunt? Nee, dat is niet de bedoeling. Dat heb ik ook al eerder betoogd. De bedoeling is juist om een wettelijke basis voor uitwisseling te creëren, maar niet een verplichting voor het Landelijk Schakelpunt.

Op de BIG-registratie en de erkenning van het beroep dat je doet in de zorg ben ik inmiddels ingegaan. Op de eerstelijnsbedden ben ik ingegaan. Dan de chronische aandoening. Is de Minister bereid een plan te maken samen met de FNO, zodat deze jongeren contact met de huisarts kunnen hebben? Ja, die bereidheid heb ik, dus dat zal ik doen.

Zal de Minister het effect van het eigen risico voor de specialist ouderengeneeskunde en de AVG monitoren? Ik denk dat het lastig zal zijn om de exacte effecten van de overheveling te monitoren in relatie tot het verplicht eigen risico, maar ik kan wel onderzoeken of het percentage van patiënten die het eigen risico volledig opmaken, na de overheveling verandert. Dat percentage staat nu ongeveer op 97%.

Dan de ongerustheid over de tarieven, de discussie over de tarieven en de kans op monopolisten. Bij het NZa-tarievenonderzoek van afgelopen december over onder andere de eerstelijnsdiagnostiek heeft NZa een aantal randvoorwaarden onderzocht. Er is onder andere gekeken of ook bij vrije tarieven er vrij onderhandeld kan worden over prijs en kwaliteit. Vaak werd in de eerstelijnsdiagnostiek al onder de maximumprijs gecontracteerd. Ook is de contracteergraad hoog, waardoor verande-

ringen hierin door een vrij tarief niet waarschijnlijk lijken. Dat betekent dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders nu al samen goede afspraken kunnen maken zonder dat er een scheve machtsverhouding dan wel monopolistisch gedrag is, en er dus een gelijk speelveld voor onderhandelingen bestaat. Om hier zeker van te zijn zal de NZa de eerste jaren de ontwikkeling na de overheveling monitoren, zodat indien nodig passende maatregelen kunnen worden getroffen.

Daarmee hoop ik ook de vragen van mevrouw Van den Berg beantwoord te hebben, voorzitter.

**De voorzitter:**

Dat roept nog een vraag op bij mevrouw Van den Berg. Gaat uw gang.

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

Ik was helaas even weg en heb spijtig genoeg niet het antwoord van de Minister gehoord over het eerstelijnsverblijf. Daar wou ik dan maar graag deze interruptie voor gebruiken.

**Minister Bruins:**

Graag. Het ging over het eerstelijnsverblijf, met name een bed voor ouderen die een ander bed nodig hebben. Voor ouderen zou meer diagnostiek kunnen in geriatrische revalidatiezorg. Bij elv zou dat niet kunnen, omdat zorgverzekeraars dat dan niet zouden willen doen. Is de Minister bereid tot overleg met de zorgverzekeraars? Ook bij eerstelijnsverblijf is het mogelijk om goede diagnostiek uit te voeren. Sinds dit jaar heeft de NZa er juist een speciale experimentprestatie van gemaakt om dit mogelijk te maken. De zorgaanbieders en de zorgverzekeraar kunnen hier samen de noodzakelijke afspraken over maken, zodat de noodzakelijke diagnostiek kan worden gedaan. Inmiddels zijn twee verzekeraars al hiermee gestart. Als een zorgverzekeraar het niet wil, is het belangrijk dat de zorgaanbieder dat meldt bij de NZa.

Dan de vragen van mevrouw...

**De voorzitter:**

Is dat voldoende, mevrouw Van den Berg? Afrondend.

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

Ik begrijp dat de Minister zegt dat het eerstelijnsverblijfbed goedkoper is dan het geriatrischezorgbed. Ik begrijp van de Minister dat er al een eerstelijnsverblijfplusbed of zo in het experiment zit, maar dat het wel afhankelijk is van de zorgverzekeraar of men ervoor in aanmerking kan komen. Als dat dus niet lekker loopt, dan mag het bij de NZa worden gemeld?

**Minister Bruins:**

Exact. Ik zou het niet beter kunnen zeggen.

Dan de vragen van mevrouw Sazias van 50PLUS. Hoe zorgt u ervoor dat er een overzicht per regio komt van de mogelijkheden voor de GLI, de gezonde leefstijlinterventie? Wij hebben het even bekeken: medio mei waren er 382 unieke GLI-zorgverleners geregistreerd en er komen er elke dag bij. Wij hebben hier weleens de vraag gehad of het niet langzaam op gang komt. Het komt misschien wel langzaam op gang, maar het begint nu toch aardig te vloten met het aantal aanbieders. Alle zorgverzekeraars hebben zorggroepen gecontracteerd en de meeste hebben ook individuele zorgverleners. En in antwoord op de vraag van mevrouw Sazias: ik heb het RIVM gevraagd een interactieve kaart op te stellen waarop de GLI-aanbieders staan vermeld en welke zorgverzekeraars hen hebben gecontracteerd. Dus een interactieve kaart met de aanbieders en de zorgverzekeraars die daar een contractrelatie mee hebben.

Dan heeft mevrouw Sazias gevraagd of je huisartsen kunt dwingen om zich in een bepaalde regio te vestigen. Dat is niet de conclusie van het onderzoek Balans in vraag en aanbod in de huisartsenzorg, maar het is misschien wel een vraag die opkomt. Nee, dwingen kan niet. Er kan wel worden bekeken of huisartsen kunnen worden verleid om meer naar de regio te gaan. Dat is een ingewikkeld onderwerp; daar bestaan geen praktische maatregelen voor. Je kunt met tal van onderwerpen helpen. Ik had vanmorgen verzekeraars op bezoek. Zij geven aan dat zij bijvoorbeeld in de sfeer van een garantstelling bij overname van een praktijk of bij huisvesting een rol willen spelen. Ik vind dat heel interessant. Misschien kunnen wij een rol spelen bij het helpen organiseren van een praktijk met een praktijkmanager. Het is assistentie, het uitwisselen van goede voorbeelden. Daarover ben ik met de Landelijke Huisartsenvereniging in gesprek, maar een huisarts dwingen om zich in een bepaalde regio te vestigen behoort niet tot de mogelijkheden.

Wij hebben het uitgebreid gehad over de kraamzorg. Over de vijftienminuutennorm heb ik uitgebreid antwoord gegeven in de richting van de heer Van Gerven en ik hoop daarmee ook de vraag van mevrouw Sazias te hebben beantwoord.

Ik heb nog de opmerking liggen dat de contracten in de huisartsenzorg meer ruimte bieden voor aanvullende inzet van personeel, maar dat deze ruimte niet optimaal wordt benut. De vraag is wat ik daaraan kan doen. Ik ben een fan van het thema taakherschikking zoals wij dat in het AO Arbeidsmarkt in de zorg hebben besproken, waardoor je bijvoorbeeld meer ondersteunend personeel kunt inzetten of op een andere manier de spreken gaat organiseren. Ik verwacht ook echt dat vormen van e-health een oplossing kunnen bieden zodat het contact met de patiënt plaatsvindt via een beveiligde skypeverbinding of iets wat daarop lijkt. Wij verzamelen die voorbeelden en die komen dan op de website De juiste zorg op de juiste plek. Dat bespreken we dan ook weer met de zorgverzekeraars zodat bijvoorbeeld vraagstukken over taakherschikking en het inzetten van e-health niet onbesproken blijven in die relatie.

Ik hoop hiermee de vragen van mevrouw Sazias te hebben beantwoord.

Mevrouw **Sazias** (50PLUS):

Als ik de Minister zo hoor, is er ruim ingekocht bij de gecombineerde leefstijlinterventie, maar toch krijgen wij juist signalen uit het veld dat er te weinig is ingekocht. Ik kan dat helaas niet met cijfers onderbouwen, maar ik hoor dat toch echt uit het veld.

Het dwingen van huisartsen heb ik niet zelf verzonnen. Dit staat echt als actiepunt afgedrukt in uw eigen actieplan. Ik vond het ook al zo raar, dus vandaar dat ik daarnaar vraag. Ik heb het niet zelf verzonnen, maar het feit dat u nu zegt dat het niet kan, snap ik, want dat leek mij ook al.

Dan tot slot de vraag hoe je huisartsen kunt verleiden om zich ergens te vestigen. Er is een rapport dat adviseert om de Vinex-regelingen stop te zetten. Een van de actiepunten is ook om een financiële prikkel toe te voegen aan die verleiding. Misschien kan die Vinex-regeling worden omgebogen tot een soort vestigingsbonusregeling. Dat zou een mogelijke financiële prikkel kunnen zijn ter verleiding.

Minister **Bruins**:

Op dat laatste punt: er zijn verschillende mogelijkheden. Nogmaals, daarom bespreek ik dit met zorgverzekeraars. Ik heb dit vanochtend nog gedaan. Zij zijn aan zet en goede ideeën zijn altijd welkom. Ik merk dat verzekeraars zich ook wel uitspreken voor dat soort ideeën, of het nu pand of garantie is, maar het zijn verdergaande afspraken dan alleen de zorginkoop. Ik vind het heel goed dat zorgverzekeraars die inzet plegen. Dan de vraag of je een huisarts kunt dwingen. Het is niet uw wens, het is ook niet mijn wens en het staat ook niet in het rapport van de LHV, maar het komt uit een rapport van het NIVEL. Daarin is die suggestie gedaan,

maar er zijn weinig voorstanders voor te vinden, in ieder geval hier in deze zaal. Dit maakt het onderwerp niet minder interessant of minder indringend, maar wij zullen op zoek moeten naar andere voorbeelden.

**De voorzitter:**

Was u klaar met uw antwoord? Ja. Dan afrondend, mevrouw Sazias.

**Mevrouw Sazias (50PLUS):**

Afrondend. Dan zou ik toch graag een goede monitoring zien van die gecombineerde leefstijlinterventies. Er zijn 182 zorgverleners geregistreerd, maar dat zegt nog niks over de noodzaak, de hoeveelheid en het aantal doorverwijzingen door huisartsen. Daar zou ik graag een wat uitgebreidere reactie op krijgen, eventueel schriftelijk.

**Minister Bruins:**

Wij hebben hier al veel gesproken over die GLI. Die zit pas een halfjaar in het pakket en het is de wens om daar meer ervaring mee op te doen. Ik denk dat dit heel goed past in de preventiemonitor die de NZa maakt; dit zit bij collega Blokhuis. Wij zullen daar een hoofdstukje in opnemen over de ontwikkelingen, de progressie en de inzet van de GLI. Dat lijkt mij prima.

Dan in de richting van de heer Raemakers. Eerst de pilots voor fysiotherapeuten voor rechtstreekse doorverwijzing naar de specialist. U heeft dit punt al eerder gemaakt. Ik heb weer precies hetzelfde antwoord meegenomen, namelijk dat ik nog steeds positief tegenover dit soort initiatieven sta. Wettelijk zijn er geen belemmeringen voor rechtstreekse doorverwijzing van fysio naar specialist. Bij bepaalde aandoeningen en als de relaties lokaal goed zijn, kan het effectief zijn als de fysiotherapeut direct kan doorverwijzen naar de medisch specialist, want dan wordt een dan overbodig bezoek aan de huisarts voorkomen. Natuurlijk moeten hier wel goede afspraken aan ten basis liggen. Huisartsen moeten geïnformeerd blijven en zorginhoudelijk moet het verantwoord zijn. Ook de zorgverzekeraar moet betrokken zijn, want de zorgverzekeraar kan en moet immers de directe verwijzing toestaan. Verder geldt natuurlijk dat het vertrouwen tussen de betrokken partijen van groot belang is. Er zit dus weinig rem op en er zijn veel mogelijkheden. Dat was zo en dat is zo. Dan heb ik wel heel precies gezegd dat dit voor bepaalde aandoeningen geldt en dat het ook van groot belang is dat de relaties tussen de verschillende partijen goed zijn.

Dan het punt van de waarnemerstarieven. Wil je die aanpassen? Nee, die wil ik niet aanpassen. Op dit moment zijn de tarieven niet gereguleerd. Het aanpassen van de waarnemerstarieven is in de huidige krapte van de arbeidsmarkt niet stimulerend voor het opvullen van ANW-uren. De waarnemerstarieven worden bepaald door de huisartsen zelf. De beroepsgroep moet daarover zelf het gesprek aangaan en daar zelf afspraken over maken.

Is het thema dan helemaal bij u weg? Nee, want ik vind die waarnemerstarieven wel een belangrijk onderwerp, dus ik vraag er in mijn periodiek overleg met de Landelijke Huisartsen Vereniging wel aandacht voor.

**De heer Raemakers (D66):**

Hier heb ik wel een vraag over, want op 17 april 2019 is er een plan van aanpak opgesteld door de LHV, de huisartsen, maar ook door VWS. Er staat geschreven: door VWS en LHV. Dan ga ik even naar het hoofdstuk over de waarnemersmarkt. Daar staat: omdat de waarnemersmarkt en de ANW-zorg een terugkerend thema is, hebben de LHV, InEen en VWS naar aanleiding van het onderzoek gesproken over de toekomstige inrichting hiervan. In dit gesprek is geconcludeerd – dat is dus een gesprek waaraan VWS heeft deelgenomen – dat de bovengenoemde acties voor dit moment voldoende zijn en dat er dus geen nieuwe vervolgacties worden

gedaan op dit thema. Dus mijn vraag is eigenlijk: wat is er dan in dat gesprek tussen de huisartsen en VWS gewisseld wat maakt dat er in zijn totaliteit niks op die waarnemerstarieven gebeurt?

**Minister Bruins:**

Dit ligt natuurlijk heel erg gevoelig binnen de LHV, dat kunt u zich voorstellen. Dus die snappen dat ze dit onderwerp op hun bord hebben liggen, die denken daarover na op verschillende manieren, maar die hebben gezegd: we moeten eerst intern daarover nadenken voordat we daar met VWS afspraken over kunnen maken. Dus dat ligt bij hen op het bordje. Dat houdt die passage in.

**De voorzitter:**

Afrondend, de heer Raemakers.

**De heer Raemakers (D66):**

Dat kun je uit het plan van aanpak echt niet opmaken, want daar staat dat bovengenoemde acties voor dit moment voldoende zijn. Dus als ik het antwoord van de Minister hoor, dan zegt hij eigenlijk: het ligt gevoelig, maar ik wil er nader naar kijken. Ik snap dat het echt gevoelig ligt, maar ik zou hier ook wel een lans willen breken voor al die huisartsen die juist een praktijk hebben en die bijvoorbeeld gedwongen worden om ANW-diensten te doen. Avond, nacht, weekend, dat is natuurlijk veel zwaarder. Als je dan een waarnemer bent en je hebt die plicht niet, dan snap ik dat je het liever niet doet, maar het is wel oneerlijk ten opzichte van al die huisartsen die nu wél in die avonduren moeten werken. Ik snap echt dat de Minister niet morgen met een wet komt om dit te regelen, maar ik zou hem willen vragen of hij wel in gesprek kan blijven met de LHV om dit thema op de agenda te houden en probeert om hier een oplossing in te bereiken.

**Minister Bruins:**

Ja, maar daarom staat die tekst er ook: wij blijven in gesprek over die toekomstige inrichting. Dus jazeker, maar hier zit een volgorde in en dit is echt een ingewikkeld vraagstuk. U begrijpt dat wel natuurlijk, bij de twee categorieën die allebei lid zijn van de LHV. Daar is niet een-twee-drie een afspraak over te maken.

Dan het onderzoek van de NFK. Twee op de tien kankerpatiënten hebben een gesprek met de huisarts. Wat vindt de Minister van die cijfers? Is dat niet veel te weinig? Laat ik eerst gezegd hebben dat ik het van belang vind dat er een goed gesprek plaatsvindt tussen de huisarts en de patiënt over de behandeling, alle behandelingen, zeg ik dan maar hier. Binnen het programma Uitkomstgerichte zorg zet ik, samen met de partijen die hun handtekening hebben gezet onder het hoofdlijnenakkoord medisch-specialistische zorg in op meer samen beslissen. Het gaat dan om een campagne, een overzicht van keuzehulp, het verankeren van het samen beslissen in opleidingen en richtlijnen en ook het daarop aanpassen van zorgprocessen.

Voorzitter. Over het samen beslissen in de huisartsenpraktijk hebben we specifieke afspraken gemaakt in het hoofdlijnenakkoord huisartsenzorg. Daar zetten we dus op in, onder meer met Help de dokter met een goed gesprek en met de drie goede vragen die bij elk gesprek horen. Dus wat je wilt, is dat dat de patiënt de ruimte ervaart om dat gesprek ook met zijn huisarts te voeren. Soms begint hij misschien het gesprek bij de huisarts en zet hij het gesprek over zijn behandeling in het ziekenhuis voort. Dus het cijfer waar u naar verwijst, gaat over een duidelijke uitleg door artsen, die twee van de tien. Dat is met name cruciaal voor mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden. Binnen het programma Uitkomstgerichte zorg is aandacht voor mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden. Dat helpt mensen bijvoorbeeld als artsen vragen aan de patiënt om samen te



vatten wat er is besproken. Dat heet in de praktijk de terugvraagmethode. Dus hier geldt natuurlijk dat mensen in de zorg, zorgverleners onderling, veel van elkaar kunnen leren. Dus dat samen beslissen moet echt meer gaan vliegen de komende tijd.

Kan de Minister aangeven hoe hij de positie van de gz-psycholoog als regiebehandelaar in de behandelprogramma's borgt voor deze groep patiënten? Dit is een onderwerp van collega Blokhuis, maar ik ga proberen de vraag te beantwoorden. De huisarts of de medisch specialist stuurt een patiënt in voor het NAH-programma, het programma voor niet-aangeboren hersenletsel. De intake voor dat programma wordt gedaan door een gz-psycholoog, die bekijkt of behandeling zinvol is en, zo ja, welke behandelmodules moeten worden ingezet. Als er behandeld gaat worden, is hiervoor in 2020 nog een indicatiebesluit van CIZ nodig. De gz-psycholoog kan regiebehandelaar zijn. Patiënten met niet-aangeboren hersenletsel hoeven na het starten van de behandeling niet steeds terug naar de huisarts voor hulpvragen die tot deze behandeling behoren.

Over de tarieven in de kraamzorg hebben we het gehad. Ik ben er bijna, voorzitter. Ik maak het even af. Gaat de rest van de extramurale behandeling in 2021 echt over? De heer Raemakers weet dat mijn eerste voornemen was om alles in 2020 over te hevelen. Beroepsgroepen, zorgaanbieders en branchepartijen hebben daar ook hard aan gewerkt, maar dit bleek net een stap te ver. Het is wel mogelijk om de specialist ouderengeneeskunde en de AVG, arts verstandelijk gehandicapten, per 2020 in het basispakket te brengen. Ik vind het belangrijk dat SO en AVG de eerste lijn gaan versterken. Dat is in lijn met de afspraken die thuishoren in het programma Langer Thuis. Ik heb er vertrouwen in dat de rest per 2021 overgeheveld kan worden. Ik denk dat dit gaat lukken. Tot zover, voorzitter.

De heer **Raemakers** (D66):

Dank voor die toelichting over het niet-aangeboren hersenletsel. Maar ik zou toch ook even oog willen hebben voor de situatie als er na 1 januari 2020 iets gebeurt wat we niet voorzien. Stel je voor dat een vader van een jaar of 50, 60 niet-aangeboren hersenletsel krijgt. Diegene heeft bijvoorbeeld twee kinderen. Zij hebben te maken met een vader die ineens heel anders reageert op allerlei situaties. Zij willen hulp, bijvoorbeeld van die gz-psycholoog. Op dit moment zijn er een aantal programma's in Nederland waarin dat goed geborgd is. Stel dat we vanaf 1 januari 2020 signalen krijgen als: de gz-psycholoog bood die hulp in het gezin altijd op een integrale manier, maar hoewel we het op papier misschien allemaal goed uitgedacht hadden, blijkt deze verandering toch niet te werken. Kan de Minister toezeggen dat hij openstaat voor signalen als het anders gaat dan nu voorzien? Kan hij daarover in gesprek blijven met de instanties die de NAH-zorg bieden?

Minister **Bruins**:

Eerlijk gezegd heb ik moeite om de casus te volgen, maar als een dergelijke situatie zich voor zou doen, lijkt het mij goed om die signalen serieus te nemen en daarover in gesprek te gaan. Die toezegging wil ik wel doen. Dat lijkt mij goed.

De **voorzitter**:

Afrondend, meneer Raemakers.

De heer **Raemakers** (D66):

Het gaat met name om de integraliteit van zorg. Bij niet-aangeboren hersenletsel zijn ook andere personen betrokken. Ook zij moeten soms begeleiding krijgen.

Tot slot. De Minister is één vraag vergeten, dus die wil ik nu nog even stellen. De pilots van de fysiotherapie zijn mij duidelijk, maar ik heb ook nadrukkelijk de pilots genoemd in de huisartsenzorg. Die zijn er op verschillende plaatsen. Ik vroeg mij af of we er niet één grote metastudie van kunnen maken, waarbij we alle pilots bij elkaar voegen, waarna we als politiek echt een besluit nemen: dit is de best practice; zo gaan we het voortaan in Nederland doen.

**Minister Bruins:**

Ik dacht eigenlijk dat ik die vraag al had beantwoord in reactie op het betoog van de heer Van Gerven, namelijk dat dit door één verzekeraar nu wordt gedaan. Daar wordt een experiment mee gedaan. Er moet situationeel – dat woord heb ik geloof ik gebruikt – worden gekeken naar de resultaten van zo'n langer consult voor de patiënt. Ik wil de evaluatie eerst zien voordat ik daar nadere uitspraken over doe. Ik geloof dat u het zelf bent geweest die zei dat dit natuurlijk ook kostenconsequenties heeft. Ik denk dat we eerst meer over het effect van die proef moeten weten. We horen heel veel over de voordelen, maar ik denk dat het goed is dat we in zijn geheel iets meer leren over effecten van de langere consulten voor de patiënt.

Dan de vragen van de heer Rutte. Hoe gaat het verder met de bestuurlijke afspraken paramedische zorg? In de antwoorden op de vragen van mevrouw Ploumen over de besteding van de 15 miljoen ben ik hierop ingegaan. Over de voortgang heb ik twee opmerkingen gemaakt. Het is voor mij niet af als er een bestuurlijke afsprakenstel is gemaakt; die is het begin. Daarna zal ik een aantal malen door het jaar heen overleg hebben met de partijen die hun handtekening hebben gezet onder het bestuurlijk akkoord. Ik heb de NZa gevraagd om de voortgang te monitoren. Dat geldt voor alle hoofdlijnakkoorden. Ik zal dat ook voor dit akkoord doen. Het monitoren gebeurt één keer per jaar. Er worden een aantal onderzoeken gedaan – niet altijd door VWS, maar wel met interesse gevolgd door VWS – zoals het kostenonderzoek waar we het daarstraks over hebben gehad. Als de achtergrond van de vraag van de heer Rutte was «is het klaar voor de Minister», antwoord ik dat het juist het begin is. Ik denk dat het belangrijk is om de voortgang te volgen. Er komen natuurlijk altijd vraagstukken achter vandaan. Ook de toekomstige bekostiging, zoals de heer Rutte aangeeft, is een interessante doorkijk. Daar wil ik zeker aandacht voor hebben. Ik sta echt ervoor open om te kijken in de komende tijd of het wat minder uurtje-factuurtje kan zijn en wat meer integraal gericht op uitkomsten van zorg. Daar wil ik de goede manier van financiering bij zoeken. In dat soort ideeën ben ik echt zeer geïnteresseerd.

**De heer Arno Rutte (VVD):**

Die interesse delen we. Dat is mooi. De vraag is wel even hoe dat verder komt. Dit is zoals het gaat in de Nederlandse zorg. Het gebeurt her en der. Er zijn verzekeraars die dat op dbc-achtige wijze doen; de luisteraar is bij het horen daarvan allang afgehaakt. Het gaat om de manier van betalen. Bij de indicatie hoort dan zoveel geld in plaats van zoveel euro voor zoveel sessies. Het is dan gewoon een bedrag per indicatie. Er zijn verzekeraars die dat al doen. Andere doen dat nog niet. Hoe komt dat bij mekaar? Lopen er programma's of valt dit onder de bestuurlijke afspraak? Anders ben ik bang dat het een heel groot experimenteveld blijft. Ik heb niks tegen een experiment, maar er komt een moment waarop je denkt: dit moet meer body krijgen.

**Minister Bruins:**

Ik zit even te zoeken naar een haakje dat ik al heb. Ik denk dat het programma Uitkomstgerichte zorg daarvoor het beste is. Ik heb toegezegd dat ik u regelmatig over de voortgang op de hoogte houd. Bij uitkomstgerichte zorg zou uitkomstgerichte bekostiging heel goed horen. Ik neem

even de vrijheid om uit te zoeken wanneer de volgende rapportage is. Dan pak ik dit hierbij mee, als u dat goedvindt.

**De voorzitter:**

Afrondend, meneer Rutte.

**De heer Arno Rutte (VVD):**

Ik hoop dat ik de Minister goed begrijp. Er zijn heel veel fysiotherapeuten die op dit moment bakken met data bijhouden over die uitkomsten. Dat is een superontwikkeling overigens. Hoewel het heel bewerkelijk is, is het echt een goede ontwikkeling. Bij die uitkomst hoort uiteindelijk ook een helder tarief. Als we dat soort initiatieven waarin dat gebeurt, kunnen terugzien in deze rapportage en daar vervolgens een vliegwiel aan kunnen hangen waardoor het vaker gebeurt, dan ben ik daar heel gelukkig mee.

**Minister Bruins:**

Zo haken er dan een paar dingen in elkaar. We hebben dat kostenonderzoek, dat gaat leiden tot tariefafspraken. Wie weet worden die meer uitkomstgericht. Daarmee neem ik echt een voorschotje op de toekomst. Ik weet dat dus ook niet. Eerst moet ik even de partijen aan het werk laten. Maar ik vind het onderwerp zeer interessant. We moeten daar goed naar kijken. Laat ik die voortgang meenemen bij Uitkomstgerichte zorg. Dan heb ik nog twee vragen liggen van mevrouw Agema. De eerste gaat over de pilot Meer tijd voor de patiënt. Er is slechts één pilot met succesvolle afspraken met de verzekeraar. Kan de Minister uitleggen waarom dit niet voldoende van de grond komt? Had het niet moeten staan in het actieplan balans huisartsenzorg? Zoals ik eerder heb aangegeven, erken ik dat het belangrijk is dat huisartsen voldoende tijd hebben voor en met de patiënt. Ik heb in het bestuurlijk akkoord extra financiële ruimte geboden om hier afspraken over te maken. Ik ken de pilots waarin geëxperimenteerd wordt met langere consulten en minder patiënten. De mogelijkheden om dergelijke afspraken te maken, zijn er dus. Situationeel – dat is hetzelfde antwoord als in de richting van de heer Rutte – moet echter bekeken worden welke aanpak het beste past om meer tijd voor de patiënt te creëren. De maatregelen kunnen we dus zowel binnen als buiten de huisartsenpraktijk opleggen. In het bestuurlijk overleg huisartsenzorg van vorige week is afgesproken dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders met elkaar in gesprek gaan om te bezien hoe kan worden bevorderd dat er meer tijd is voor de patiënt en hoe de organisatiekracht in de contractering voor 2020 kan worden versterkt. Dat ten eerste. Daarnaast was er nog het punt van de onderschrijding in de eerste lijn. Mevrouw Agema noemde een bedrag van 346 miljoen euro en vroeg wat daarmee gebeurt. De onderschrijding in de eerste lijn is in 2018 zichtbaar. Dit is ruimte in het kader die verzekeraars kunnen uitgeven. Er kunnen redenen zijn, zoals doelmatigheid, waarom die ruimte niet wordt benut. Het geld blijft dan beschikbaar. De onderschrijding is dus incidenteel. In de verschillende hoofdlijnakkoorden is afgesproken om meer te investeren in de eerste lijn, bijvoorbeeld precies in het onderwerp waar we het over hebben: meer tijd voor de patiënt en meer budget om die organisatiekracht te versterken. Tot zover, voorzitter.

**Mevrouw Agema (PVV):**

Ik heb het niet over de jaarrekening 2018 maar over de meevaller in de Voorjaarsnota. Die is 1,8 miljard euro. Daar ging mijn vraag over. Daar heb ik die 346 miljoen vandaan. Dat geld is gecollecteerd voor zorg, maar dat wordt nu op een ander manier ingezet. Zo gaat er bijvoorbeeld 440 miljoen euro naar klimaat en 100 miljoen euro naar asielzoekers. Dan stel ik de vraag: hoe kan het zo zijn dat we in dit jaar te maken hebben met te krappe tarieven terwijl tegelijkertijd zo'n groot bedrag in de Voorjaarsnota

aan de schatkist wordt toegevoegd om uit te geven aan andere zaken? Het is immers gecollecteerd voor zorg en in de eerstelijnszorg zijn de tarieven dit jaar, dit lopende jaar, te krap.

**Minister Bruins:**

Het is toch niet anders dan het is. Die 346 miljoen valt terug in het EMU-saldo, dus we kunnen dat bedrag niet even omlabelen en gebruiken voor de hoofdlijnenakkoorden. Dit bedrag valt dus terug in het EMU-saldo. Aanpassing van die werkwijze zou betekenen dat we met de Minister van Financiën in gesprek moeten. Dat ga ik niet doen.

**De voorzitter:**

Afrondend, mevrouw Agema.

**Mevrouw Agema (PVV):**

Dat is precies wat ik aangeef. We hebben hier vandaag weer een volle tribune met mensen die zich de benen uit het lijf moeten werken voor zeer krappe tarieven. Dat is ook dit lopende jaar gaande. En dan wordt dit lopende jaar zo'n forse meevaller van 346 miljoen op de eerstelijnszorg toegevoegd aan de algemene middelen, het EMU-saldo. We hebben dat gecollecteerd voor zorg, maar het wordt nu uitgegeven aan onder andere klimaat en asielzoekers. Je kunt dat toch niet maken ten opzichte van de manifestatie die we vandaag hebben gezien en de mensen op de publieke tribune die echt voor een heel laag tarief werken? Op welk moment pas je als Minister van VWS de zaken zodanig aan dat die 346 miljoen niet verdwijnt uit de zorg?

**Minister Bruins:**

Hier hebben we eigenlijk een ramingsvraagstuk. Wij doen ons stinkende best om goed en precies te ramen, maar er kunnen overwegingen zijn vanuit doelmatigheid en vanuit de arbeidsmarkt dat dit geld niet allemaal wordt besteed. Dat is nu inderdaad 346 miljoen, zoals mevrouw Agema zegt. Het is wat het is. We willen allemaal dat het geld doelmatig wordt besteed. Een beter antwoord dan dit kan ik niet geven.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Heel kort, afrondend.

**Mevrouw Agema (PVV):**

Voorzitter, ik heb nog ruimte in mijn aantal interrupties. De Minister kan toch niet volhouden dat het hem gaat om doelmatigheid? Er is 1,8 miljard – weer! – te veel gecollecteerd voor zorg. Ieder jaar hebben we die enorme meevallers. Ieder jaar gebeurt dit weer. Bij de Voorjaarsnota zien we dat geld dat gecollecteerd is voor zorg aan andere zaken uitgegeven gaat worden, terwijl we in datzelfde jaar te maken hebben met tarieven die objectief veel te krap zijn. Mijn vraag aan de Minister is: hoe kan hij nou pas in 2020, 2021 met een oplossing komen terwijl in dit lopende jaar, 2019, dit gebeurt? De onderschijding is 1,8 miljard euro. Dat is krankzinnig veel geld, dat verzameld is voor zorg. Voor de eerste lijn gaat het om bijna 350 miljoen euro. En toch zijn er in dit lopende jaar te krappe tarieven.

**Minister Bruins:**

Ik zou toch willen zeggen: wij streven allemaal doelmatige besteding van geld na. We proberen precies te ramen. Als er dan een onderschijding ontstaat, valt die terug in het EMU-saldo. Het geld hoeft niet op. Dat wil ik toch wel op deze manier zeggen.

**Mevrouw Agema (PVV):**

Ik weet niet of ik mijn laatste interruptie nog mag inzetten, maar we mochten acht keer interrumpen, voorzitter. Dan zeg ik tegen de Minister: dan moet je het teruggeven in een lagere premie. Je gaat toch niet geld collecteren voor zorg om het vervolgens uit te geven aan andere zaken?

**De voorzitter:**

Afrondend de Minister. Ik stel voor om daarna over te gaan naar de tweede termijn.

**Minister Bruins:**

We zullen zien wat de premies van de komende jaren weer mee zullen brengen. Maar dit heeft een premiedrukkend effect. We denken dat de premie elk jaar stijgt, maar deze onderschrijding leidt ertoe dat er straks een minder hoge premiestijging zal zijn.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Ik zie de heer Rutte nog. U heeft nog een interruptie. Gaat uw gang.

**De heer Arno Rutte (VVD):**

Ik ga ervan uit dat de Minister klaar is met zijn beantwoording. Ik had nog wat vragen gesteld over digitale zorgvormen in de huisartsenzorg en in combinatie daarmee ook over voldoende huisartsen op de been kunnen houden. Ik heb een specifieke vraag over de doorontwikkeling van Thuisarts.nl. Ik heb gezien dat er gisteren een heel pakket aan informatie vrij is gekomen over de nieuwe bekostiging van nieuwe digitale zorg et cetera. Maar het lijkt alsof het vooral gaat om vormen van bekostiging van «ik wil gebruikmaken van» en «hoe kan ik afspraken maken om gebruik te maken van de nieuwe digitale zorg?». Zijn er ook ergens potjes, middelen, om een deel van de bekostiging vorm te kunnen geven van de volgende fase in zo'n platform als Thuisarts.nl, waardoor je bijvoorbeeld ook digitale triage kunt doen. Of zijn die er niet? Dan moet het op een andere manier gebeuren.

**Minister Bruins:**

Ja, maar dan moet ik even gaan graven in mijn hoofd. Volgens mij zijn er wel potjes voor de doorontwikkeling van dergelijke initiatieven als Thuisarts.nl. Mag ik die vraag in de tweede termijn beantwoorden?

**De voorzitter:**

Het lijkt me goed om dat in tweede termijn terug te laten komen. Dank u wel. Daarmee zijn we aan het einde van de eerste termijn van de zijde van het kabinet gekomen. Ik neem aan dat er behoefte is aan een tweede termijn. Dat is het geval. Dan geef ik graag als eerste het woord aan de heer Van Gerven voor zijn tweede termijn. Gaat uw gang.

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

Voorzitter. Ik moet zeggen dat de beantwoording van de Minister niet erg hoopvol stemt. Het geld klotst tegen de plinten. Mevrouw Agema heeft wat cijfers genoemd, maar we hebben het nog niet gehad over het begrotingsoverschot, dat boven de 10 miljard zit. We hebben het ook niet gehad over Defensie, waar dus wel geld wordt overgeheveld. Het kan dus wel, maar dan moet je het gewoon doen, zeg ik tegen de Minister. De Minister heeft niet het lef om geld te vragen, geld te reserveren, voor de zorg die nodig is. We gaan dat dus in een VAO voortzetten. Dat zal dan wel morgen plaatsvinden.

Maar ik wil toch ook nog even aan de Minister vragen of er niet iets heel wezenlijks verkeerd gaat. We hebben nu die vermaledijde Zorgverzekeringswet, dat marktstelsel. We zien dat de zorgverzekeraars in het begin nog heel bedeesd waren, maar dat ze steeds meer de macht naar zich toe

trekken. Ze leggen alle hulpverleners op de pijnbank als het gaat over de tarieven, als het gaat over wie de baas is in de zorg, dus over wie het voor het zeggen heeft, en als het gaat over welke zorg we leveren. Klopt dat, vraag ik de Minister.

Twee. Is er niet nog een tweede macht aan het ontstaan waar we eigenlijk steeds meer moeite mee krijgen, namelijk het Zorginstituut? Daar wordt dus steeds meer tekentafelwetenschap neergelegd. We hebben het net gehad over de beoordeling van het aantal behandelingen dat een COPD-patiënt mag hebben. Die is nergens op gebaseerd, op geen enkel wetenschappelijk onderzoek. Anders wil ik graag zien uit welk wetenschappelijk onderzoek die acht categorieën in twee jaar blijkt. Is het niet zo dat we eigenlijk moeten zeggen: laat de overheid, de politiek, de macht en de regie over de zorg weer terugpakken en die dan ook weer teruggeven aan de hulpverleners en de patiënt?

**De voorzitter:**

Dank u wel. Mevrouw Ploumen, uw tweede termijn.

**Mevrouw Ploumen (PvdA):**

Voorzitter. Veel van het ongenoegen dat ik zelf heb over de antwoorden van de Minister – volgens mij leeft dat ook wel iets breder, maar ik wil niemand woorden in de mond leggen – gaat natuurlijk inderdaad over de wens, die in ieder geval ik en collega Van Gerven hebben, dat de Minister veel meer regie voert over zijn eigen budget. We weten dat een Minister van Financiën, van welke partij en van welk kabinet dan ook, altijd gulzig is. Als je dus niet op tijd boven op je eigen geld gaat zitten – dat geld is niet van de Minister of van ons, maar van de mensen daar, van de patiënten – is het gewoon weg voordat je het in de gaten hebt. Wat neemt de Minister zich nu dus voor om volgend jaar anders en beter te doen nadat dit hem dit jaar overkomen is? Dat is mijn eerste vraag.

Mijn tweede vraag gaat over de gewenste uitkomsten van de gesprekken van de verschillende partijen. Wat mij betreft moeten die leiden tot hogere tarieven voor de paramedici die hier op de tribune zitten en vandaag helemaal niks hebben kunnen verdienen. Ja, laten we dat ook maar even zeggen. Wil de Minister nou gewoon uitspreken dat ook wat hem betreft de enige aanvaardbare uitkomst van die gesprekken is dat de tarieven omhooggaan? U hoeft alleen maar ja te zeggen. Datzelfde geldt voor de kraamhulpen per 2020.

Tot slot over de doktersassistenten. Dank aan de Minister dat hij advies heeft gevraagd aan de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving.

Wanneer verwacht hij dat advies?

Voorzitter. Tot slot zou ik de Minister toch ook nog willen meegeven dat de taak van de doktersassistenten echt wezenlijk is veranderd. Het profiel van die functie is wezenlijk veranderd. Ik kan hem functieprofielen toesturen die in vacatures staan van nu en van vijf en tien jaar geleden. Maar als hij het zelf even nagaat en als hij zelf contact opneemt met zijn huisartsenpraktijk, merkt hij dat de manier waarop de doktersassistente hem bevraagt over klachten echt wezenlijk is veranderd. Hij kan toch niet anders dan dat met mij en met – dat is nog belangrijker, veel belangrijker – de doktersassistentes eens zijn?

Dank u wel voor uw geduld, voorzitter.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Dan geef ik nu het woord aan mevrouw Ellemeet.

**Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):**

Voorzitter. «Het is niet anders dan het is», zegt de Minister, maar dat vind ik een hele treurige conclusie. Het moet anders dan het nu is, zou de Minister moeten zeggen. De markt van de zorg is vaak ideologisch: ben je voor of tegen marktwerking? Dat is allemaal leuk en aardig, maar vanuit

de praktijk zie je dat die markt knelt en dat die steeds meer gaat knellen naarmate we meer oudere mensen hebben en naarmate we minder personeel hebben. Je ziet dan gewoon dat we een probleem hebben. Dat probleem moet deels opgelost worden door betere tarieven. Deze Minister zegt: «Ik ga niet over die tarieven». Maar dat kan niet meer in deze tijd. De Minister moet over die tarieven gaan. Ik wil hem dus toch vragen wat hij daaraan gaat doen op de korte termijn. Wat gaat hij bijvoorbeeld doen voor de kraamzorg? Ik vroeg hem of hij met een tussenoplossing komt. Ik wil daar dus graag nog een antwoord op.

Voorzitter. We hadden het over substitutie van de tweede lijn naar de eerste lijn, maar ik wil daar toch op terugkomen. We zien dat het budget van de fysiotherapeuten al jaren gelijk is. We zien dus dat die substitutiewinst waarover we het hebben, niet bij de fysiotherapeuten terecht komt. Wat gaat de Minister daaraan doen? Hoe zorgt hij dat ook zij hun deel krijgen van het verplaatsen van de tweede lijn naar de eerste lijn?

Voorzitter, tot slot. We hadden het over domeinoverstijgende financiering. De Minister zegt: het kan allemaal al; je kan dus budgetjes bij elkaar leggen. Het kan misschien vanuit de werkelijkheid van het ministerie, maar in de praktijk zien we dat er wel degelijk allerlei obstakels zijn. Er zijn belangen en het is spannend om dingen anders te doen; wie gaat de eerste stap zetten en hoe ga je dat samen doen? In de praktijk blijkt het dus toch wat ingewikkelder. De Minister zegt zelf in zijn brief over De juiste zorg op de juiste plek dat hij bereid is om andere mogelijkheden te bekijken als daar behoefte aan is. Ik zou daar graag een actievere invulling van de Minister willen zien. Hij kan dus wachten totdat iemand bij hem aanklopt, maar ik zeg u dat kwetsbare ouderen gebaat zijn bij samenwerking. Ik verwacht dus dat de Minister het land ingaat en zegt: dit kan en ik ga jullie daarbij helpen. Heel graag daar nog een reactie op.

Dank u wel.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Dan geef ik het woord aan mevrouw Van den Berg.

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

Dank u wel, voorzitter. Ik dank de Minister voor de antwoorden, alhoewel ik niet over alles helemaal happy ben. Ik wilde er even twee punten uit halen. Niet alle, maar sommige verzekeraars zijn niet bereid om de contracten open te breken. De Minister zegt: dat is iets tussen het contract dat gemaakt is en de verzekeraar. Maar ik hoop toch dat de Minister bereid is om dat gewoon te agenderen. Een van de problemen betreft de administratieve lasten om dat te doen. Met alle nieuwe ontwikkelingen moet het volgens mij juist een mogelijkheid zijn dat je die administratieve lasten ook voor de zorgverzekeraars en voor beide partijen naar beneden brengt.

Voorzitter. Het tweede punt betreft de paramedici, waar we vandaag veel over gesproken hebben. Ik zie reikhalzend uit naar de richtlijn, de leidraad, van de Autoriteit Consument & Markt, maar ik wil toch ook graag nog even een pleidooi houden voor twee zaken. De Minister doet ook nog een onderzoek naar kosten en kostprijs. Eén ding is de tarieven verhogen, maar de andere kant is administratieve lasten ook echt naar beneden brengen, want dan is er gewoon meer tijd om het tarief door te rekenen. Ik vraag of de Minister ook dat expliciet wil agenderen. Als laatste puntje daarbij: geld hoort de patiënt te volgen. Als tweedelijnszorg stopt en het gaat naar eerstelijns, dan hoort de eerstelijns dat geld dus te ontvangen. Ik hoop dat ook deze drie punten nog meegenomen worden in de gesprekken die de Minister voert.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Dan geef ik het woord aan mevrouw Sazias voor haar tweede termijn. Gaat uw gang.

Mevrouw **Sazias** (50PLUS):

Dank u wel, voorzitter. Ik kan me de teleurstelling van eerdere sprekers over de beantwoording best goed voorstellen, want ook ik kreeg tijdens de beantwoording eigenlijk steeds het gevoel dat de Minister de verantwoordelijkheid ergens anders legt, namelijk bij de zorgverzekeraars. Hij zegt ook dat de beroepsgroepen zichzelf maar beter moeten organiseren. Ik zou zo hopen dat de Minister als systeemverantwoordelijke juist de urgentie veel sterker uitstraalt. Dit kunnen we zo toch niet gewoon maar laten? U bent daar wel degelijk verantwoordelijk voor. Ik zou dat dus ook zo graag terug willen zien. Het VAO is inmiddels al aangevraagd. Ik denk dat daar wel een paar moties zullen komen. Dat was het. Minister, kom op!

**De voorzitter:**

Dank u wel. Dan geef ik nu het woord aan de heer Raemakers. Gaat uw gang.

De heer **Raemakers** (D66):

Voorzitter, dank u wel. Hoe gaan we de eerstelijnszorg verbeteren? Volgens mij is dat de vraag die voorligt vandaag. Als het gaat over huisartsenzorg en de vele pilots die daar gedaan worden, merk ik dat het beeld bij de Minister en ook bij een aantal Kamerleden is dat op dit moment maar één zorgverzekeraar dat soort pilots zou doen. Als ik me bijvoorbeeld baseer op informatie uit de Volkskrant, zie ik naast VGZ ook Zilveren Kruis en CZ genoemd worden. Ik kan me zomaar voorstellen dat dat voor meer zorgverzekeraars geldt. Het probleem – ik citeer even een van de zorgverzekeraars – is: «Voeren wij krachtige basiszorg in een klap overal in, dan overstijgen we in één keer dat kader. Gevolg: iedereen wordt gekort.» De zorgverzekeraars zelf zeggen: op het moment dat we het breder zouden invoeren, worden we daar financieel voor gestraft. Ik zou de Minister dus toch willen vragen of hij in gesprek kan gaan met de zorgverzekeraars over dit probleem, of hij dat kan meenemen op zijn boodschappenlijstje.

Dan kom op het tweede punt. Dat gaat over de pilots bij de fysio. De Minister zegt dat de voortgang eigenlijk is dat hij hetzelfde antwoord geeft als de vorige keer. Inhoudelijk snap ik dat antwoord, maar de Minister heeft op 10 april gezegd: ik ga dit punt op het boodschappenlijstje van ons gesprek met de zorgverzekeraars meenemen. Als hij dan toch dat andere punt, dat over de huisartsen, al moet meenemen, kan hij ons dan ook een concrete datum geven waar het gaat over de fysiotherapeut en de mogelijkheden voor rechtstreekse doorverwijzing naar de specialist, waarmee we ook weer zorgkosten kunnen voorkomen? Wanneer gaat hij dat gesprek met de zorgverzekeraars voeren?

Dan het laatste punt. Dat gaat over niet-aangeboren hersenletsel. Ik noemde inderdaad een casus. Waarom is dat zo van belang? Ik noemde bijvoorbeeld een dochter van een vader die hersenletsel krijgt. Het gaat erover dat de gz-psycholoog bij NAH-programma's te allen tijde regiebehandelaar blijft. Dus als die dochter problemen ervaart omdat die vader ander gedrag heeft in het gezin, moet er niet tegen die dochter worden gezegd dat ze naar de huisarts of naar haar eigen psycholoog moet. Nee, ook de andere leden van het gezin moeten dan bij die gz-psycholoog terecht kunnen, want die is regiebehandelaar. Kan de Minister dat gewoon klip-en-klaar toezeggen?

Dank u wel.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Dan geef ik het woord aan de heer Rutte voor zijn tweede termijn.

De heer **Arno Rutte** (VVD):



Voorzitter. In de eerste plaats hartelijk dank aan de Minister dat hij de toekomstige noodzakelijke financiering en werkwijze in de paramedische zorg, die uitgaat van uitkomsten van zorg, die uitgaat van één tarief voor een specifieke behandeling, wil omarmen en meeneemt in het programma Uitkomstgerichte zorg. Daarmee is niet allemaal geregeld, maar gaan we wel op weg om daar uit te komen. Dat is nodig, want ook de organisatie van de zorg verandert helaas niet in een dag. Dat is onmogelijk, maar we moeten wel echt vooruit. Met een vergrijzende populatie wordt de paramedische zorg alleen maar belangrijker. Bewegen wordt steeds belangrijker en daarin hoort ook een andere en betere manier van financieren, gericht op uitkomsten. Dat zal ik aan alle kanten blijven steunen.

Wat ik niet steun – ik moet het toch even kwijt – is dat allemaal mensen net doen alsof de Minister de onderhandelaar is over de tarieven van de fysiotherapeuten. Dat is heel raar. We vragen ook niet van de Minister van Sociale Zaken om cao's af te sluiten buiten de overheid om. Dat is allemaal een beetje te makkelijk. En dan de Minister aanwrijven dat hij niks doet. U moet het zelf weten, maar ik doe daar niet aan mee. Het is echt mensen een rad voor ogen draaien. Wij gaan daar werkelijk niet over. Dan moet je fundamenteel naar een NHS-achtig stelsel toe waarin iedereen in dit land die in de zorg werkt in dienst is van de overheid. Dan moeten die mensen ook allemaal ambtenaar worden. En dat is niet zo. Dat zijn dus makkelijke gesprekken. We moeten niet net doen alsof dat zo is en de Minister aanwrijven dat hij niet over die tarieven gaat. Dat klopt gewoon werkelijk niet. Maar het blijft natuurlijk wel zo dat je met tarieven dingen moet doen. Daar moeten we ook druk op blijven zetten. Er moet ook een fair tarief komen. Daar zijn we het echt niet mee oneens, maar het is niet zo dat de Minister aan die touwtjes trekt en dat je hem kunt verwijten dat hij die cao-onderhandelingen niet goed heeft gevoerd. Hij gaat daar in die zin niet over. Hij heeft volgens mij wel gezegd wat hij kan doen. Laat duidelijk zijn dat het niet zozeer de markt is die knelt in zijn algemeen, maar de arbeidsmarkt knelt wel en die zal alleen maar meer gaan knellen de komende jaren. We zullen de zorg met elkaar anders en beter moeten organiseren en daarin krijgen de paramedici alleen maar een grotere en belangrijkere rol.

Dank u wel.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Er is een tweetal leden met vragen. De heer Van Gerven en dan mevrouw Sazias.

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

De Minister zal de heer Rutte wel dankbaar zijn dat hij hulp krijgt van hem. Ik denk dat de Minister het zelf wel afkan, of misschien ook niet. Dat gaan we dadelijk wel weer horen. Er blijft ontzettend veel geld over in de zorg. Dat blijft gewoon op de plank liggen. We constateren vandaag een hele hoop problemen. We constateren dat de tarieven bij de beroepsgroepen die hier vertegenwoordigd zijn en thuis meekijken niet op orde zijn. Nu wordt er de simpele vraag gesteld – eigenlijk niet meer dan dat – door de meesten hier aan de Minister om ervoor te zorgen – we geven hem wat tijd – dat er op 1 januari fatsoenlijke tarieven liggen. Dat kan. Ik ben voor een ander stelsel, zeker. Dit deugt niet en moet weg. We hebben een veel beter stelsel, het Nationaal ZorgFonds enzovoorts. De heer Rutte weet dat. Hij is daar niet voor en dat mag allemaal.

Binnen het huidige stelsel kan het allemaal, meneer Rutte. Maar dan moet je een Minister hebben die niet alleen maar het proces zit te beschrijven en zegt hoe anderen moeten werken, maar die zelf zijn handen laat wapperen en zegt: «Luister eens, het wordt opgelost. NZa, kom met die vaste tarieven, en luister, zorgverzekeraars, zorg dat die tarieven betaald worden en dat de kraamverzorgenden hun werk goed kunnen doen en dat

ze fatsoenlijk betaald worden, dat de fysiotherapeuten hun werk kunnen doen en dat de diëtisten hun werk kunnen doen.» Enzovoorts, meneer Rutte. Dat kan toch, of niet dan?

De heer **Arno Rutte** (VVD):

Nee, het kan niet. De heer van Gerven weet dat ook. Hij kan het wel zeggen, maar daarom is het nog niet waar. Daar wil ik het ook maar gewoon bij laten. De heer Van Gerven kijkt anders tegen zorg aan dan ik. Dat kan. Maar we hebben de zorg wel op een bepaalde manier georganiseerd. Daar zit heel veel waarde in. Het schuurt ook weleens. En op de wijze waarop we het hebben georganiseerd, is het niet deze Minister die over de tarieven gaat. Dat is simpelweg niet zo. En de heer Van Gerven weet dat ook.

Mevrouw **Sazias** (50PLUS):

De heer Rutte zegt dat het probleem is dat de arbeidsmarkt knelt. Ik neem aan dat hij daarmee bedoelt dat er te weinig mensen te vinden zijn. Maar denkt hij niet dat de abominabele vergoeding bijvoorbeeld in de kraamzorg er mede voor zorgt dat er geen mensen te vinden zijn?

De heer **Arno Rutte** (VVD):

Jazeker, tarieven maken uit. Het salaris maakt uit of mensen kiezen voor een bepaald beroep of niet. Zeker. Dus hebben verzekeraars daar ook een taak. Die hebben echt een taak om ervoor te zorgen dat ze hun zorgplicht kunnen blijven invullen. Los daarvan hebben we überhaupt richting toekomst een enorme uitdaging. Zelfs met hele geweldige tarieven, zelfs dan hebben we mensen tekort. Maar mevrouw Sazias heeft daar gelijk in. Daar hebben we binnen de Zorgverzekeringswet ook al afspraken over gemaakt. Die zorgplicht zal ook moeten worden nageleefd. Het is niet vrijblijvend.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Mevrouw Sazias, afrondend nog een korte vraag.

Mevrouw **Sazias** (50PLUS):

Afrondend. Ik ben blij dat de heer Rutte het ook zo ziet, dat dat toch een belangrijk element is. Dat zou de Minister ook in zijn actieplan moeten meenemen om ervoor te zorgen dat we meer personeel krijgen. De tarieven moeten dus ook omhoog.

De **voorzitter**:

Wil de heer Rutte daar nog op reageren?

De heer **Arno Rutte** (VVD):

Dat is een opinie van mevrouw Sazias. Die heb ik goed gehoord.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Dan geef ik tot slot het woord aan mevrouw Agema voor haar bijdrage in tweede termijn.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Voorzitter. Het klopt niet wat de Minister zegt. Hij zegt dat het geld dat nu te veel is opgehaald bij de Voorjaarsnota, tot een lagere premie leidt. Dat zou je bijvoorbeeld wel kunnen zeggen over de meevallers van de afgelopen zes jaar. Van 2013 tot 2018 zijn de zorgkosten met 9,9 miljard minder gestegen dan begroot. Je zou kunnen zeggen: dan zijn dus de zorgpremies ook met 10 miljard minder gestegen dan begroot. Daar heb ik ook nooit een punt van gemaakt. Ik erger me eraan dat er zo'n oplopende zorgkostenangst wordt gecreëerd die uiteindelijk niet bewaarheid is. Maar als het gaat om het lopende jaar – en dat was mijn

punt – dan is er dus wederom 1,8 miljard te veel gecollecteerd op zorg. En dat geld gaat dus ter demping van het EMU-saldo, en niet ter demping van de zorgpremie. Dat geld wordt dus, terwijl het opgehaald is voor de zorg, uitgegeven aan andere zaken: onder andere 440 miljoen voor het klimaat en 100 miljoen voor asielzoekers.

Daar stoor ik me aan, omdat we in datzelfde lopende jaar te maken hebben met tarieven die te krap zijn, die knellen. Mensen moeten echt voor te weinig geld in de benen komen. Dan vraag ik me dus af wanneer de Minister in dit lopende jaar op enig moment niet meer op zijn handen zit maar gewoon in actie komt. Wat kan hij nou doen om te voorkomen dat het weer gebeurt? Het is nu 3 juli. Wat kan hij doen om te voorkomen dat we in 2020 in deze vergaderzaal weer met hetzelfde verhaal zitten, met de beroepsgroepen op de tribune, knellende tarieven en geld over dat in de Voorjaarsnota ten goede komt aan het EMU-saldo en aan andere dingen wordt uitgegeven? Dat is toch een situatie die je als Minister niet mee wilt maken. Wat gaat hij doen om te bewerkstelligen dat dat voor 2020 niet gebeurt? Dat lijkt me een hele goede vraag.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Daarmee zijn we aan het einde gekomen van de tweede termijn van de zijde van de Kamer. Ik geef de Minister graag het woord voor de beantwoording in tweede termijn.

**Minister Bruins:**

Voorzitter, dank u wel. Het is jammer dat je in zo'n debat niet iedereen kunt overtuigen, maar ik ben toch blij dat we de bestuurlijke afspraak hebben gemaakt over paramedische zorg. Ik denk dat een actieve houding vanuit deze kant echt heeft geholpen om die afspraken te maken en dat dat een stap voorwaarts is.

De heer Van Gerven spreekt over een vermaledijd zorgstelsel. Ik ben dat niet met hem eens. Ik ben het ook niet met hem eens dat de zorgverzekeraars iedereen op de pijnbank leggen. Ik denk dat ook de zorgverzekeraars een belangrijke partij zijn bij de afspraken die wij maken. Die tekenen ook mee, naast vele anderen, bij de hoofdlijnenakkoorden. Daarin zit mijn werkagenda. Daarin zit ook mijn regierol voor dit jaar, volgend jaar en het jaar daarop. Dat was al het geval bij de andere hoofdlijnenakkoorden, en dat is ook zo bij dit hoofdlijnenakkoord. Dat de heer Van Gerven een ander zorgstelsel voorstaat, is geen geheim.

Misschien nog één opmerking over het Zorginstituut. Dat is onderdeel van de overheid. Het is een overheidsorganisatie. De heer Van Gerven doet een beetje alsof dat instituut een verlengde van de zorgverzekeraars is, maar het is een overheidsinstelling. En het is een instelling met een heel belangrijke taak. Tot zover mijn woorden in de richting van de heer Van Gerven.

Ik hoor het punt over de regie weleens vaker uit de mond van mevrouw Ploumen. Het zal trouwens ook wel niet de laatste keer zijn. Dus het zal ook niet de laatste keer zijn dat ik mijn antwoord daarop formuleer. Ik beschouw de hoofdlijnenakkoorden echt als acties die van mijn kant worden gepleegd om ervoor te zorgen dat wij afspraken maken én in de huisartsenzorg én in de medisch-specialistische zorg én in de paramedische zorg. Het is een grote opgave om ervoor te zorgen dat die zorg beschikbaar blijft. Ik denk dat het grootste probleem misschien niet eens de financiering is, maar dat dat de arbeidsmarkt betreft.

Ik houd van het stelsel zoals wij dat hebben in Nederland. Ik denk dat wij altijd bezig zullen zijn om al die private partijen binnen publieke kaders te laten werken. Ik heb dat ook al eens eerder gezegd. En die publieke kaders staan niet vast. Daarom discussiëren wij er ook elke keer over en passen wij regels aan. Dat leidt tot ander gedrag van de private partijen. Die actieve houding mag u van mij als voorbereider van wetgeving vragen. U mag dat ook van mij vragen als speler bij de hoofdlijnenakkoorden. Ik ben

heel blij dat wij hoofdlijnenakkoorden hebben die zo inhoudelijk zijn als deze lichte hoofdlijnenakkoorden is.  
Dan het punt van de hogere tarieven. Kan ik dat toezeggen? Nee, dat kan ik niet in eerste termijn en dat kan ik ook niet in tweede termijn. Het is niet mijn rol. Ik ben niet de contracterende partij. Ik moet daar maar duidelijk over zijn. Ik wil de zorgen wel adresseren. Daarom heb ik juist die bestuurlijke afspraken willen maken en daarom ben ik ook blij dat daar een handtekening onder staat. Dat geldt zowel voor de paramedische beroepsgroepen als voor de kraamhulpen waar mevrouw Ploumen een opmerking over maakte.

**De voorzitter:**

Was dit de beantwoording richting mevrouw Ploumen.

**Minister Bruins:**

Mevrouw Ploumen heeft nog gevraagd wanneer we het advies van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving over de doktersassistent zouden krijgen. Dat moet ik nog eventjes nagaan.  
Daarmee heb ik de vragen van mevrouw Ploumen beantwoord.

**Mevrouw Ploumen (PvdA):**

Die termijn houden we dan nog even tegoed. Ik maak toch even een samenvatting van wat de Minister heeft gezegd over de tarieven en hoe hij de positie van mensen die in de paramedische zorg werken, ziet. Hij is blij dat het akkoord er is. Dan zijn we, denk ik, allemaal. Hij acht het ondenkbaar dat de tarieven omlaaggaan. Hij deelt onze zorgen over de wijze waarop de beroepsgroep nu moet functioneren en erkent ook wel dat de kaders krap kunnen zijn. Dan kan ik toch gewoon concluderen dat de Minister het met me eens is dat de enige uitkomst van die gesprekken kan zijn dat de tarieven omhoog moeten? Anders neem je die zorgen ook niet zo serieus als de Minister wel zegt te doen. En dat geloof ik ook; laat dat duidelijk zijn. Hij hoeft het niet te bevestigen, maar volgens mij is dat de samenvatting van zijn woorden.

**Minister Bruins:**

De Minister maakt altijd graag zijn eigen samenvatting. Mijn samenvatting is dat ik heb gezien dat de partijen bij de bestuurlijke afspraken de gesprekken voor 2020 serieus willen aangaan. Dat vind ik fijn, dat vind ik een prettige constatering. En daarnaast hebben partijen gezegd: we gaan een kostenonderzoek doen met het oog op de tarieven van 2021. Dat vind ik bemoedigende uitspraken. Maar om nu uitspraken daarover te doen alsof ik zelf partij ben aan tafel... Ik hecht eraan om te benadrukken dat ik niet de partij aan tafel ben die de tariefafspraken maakt.

Ik hoor net dat we het advies van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving over de doktersassistent in het najaar van dit jaar verwachten.

Dan in de richting van mevrouw Ellemeet over de substitutie van de tweede lijn naar de eerste lijn, dus meer in de richting van de paramedie. Ik zei in eerste termijn al dat we bij de hoofdlijnenakkoorden hebben gedrukt op de budgetten van de medisch-specialistische zorg. Via het systeemadvies waar ik ook in eerste termijn over heb gesproken, kunnen we behandelingen vanaf de eerste sessie naar het basispakket brengen. Voor dat systeemadvies is geld beschikbaar gesteld in de bestuurlijke afspraken paramedie. Verzekeraars kunnen dus ook sturen in die zorg, naar de ziekenhuizen toe maar ook de andere kant op. Zij doen dat ook. Dat is bij claudicatio ook zo gebeurd. Dat is heel concreet. Bestuurlijke afspraken – hoofdlijnenakkoorden – en systeemadviesafspraken met geld belegd, leiden tot ander gedrag, tot substitutie en tot verplaatsing van zorg in de tweede lijn naar de eerste lijn.

Zij heeft voorts een vraag gesteld over de domeinoverstijgende samenwerking, vooral rond kwetsbare ouderen. Mevrouw Ellemeet zei: zet het nou niet alleen op papier, maar vertel het ook in de regio. Dat is precies wat wij doen, met bijeenkomsten in de regio's maar ook met het ter beschikking stellen van vouchers om partijen bij elkaar te brengen, om die goede voorbeelden aan te dragen en uit te wisselen. Ik denk dat dat een belangrijk punt is. Ik heb de rapportage over het programma Langer Thuis die collega De Jonge deze week naar de Kamer heeft gestuurd, die ook die domeinoverstijgende samenwerking mogelijk maakt, als voorbeeld genoemd.

Het punt van mevrouw Ellemeet over de knellende markt is precies het tarievenpunt waar ik net op ben ingegaan.

Voorzitter. Ik hoop daarmee de vragen van mevrouw Ellemeet te hebben beantwoord.

**Mevrouw Ellemeet** (GroenLinks):

Nog even over dat budget. Er is extra budget voor het systeemadvies. Is dat voor de aandoeningen die er nu al in zitten? Of is er ook nog echt perspectief op vergoeding van andere aandoeningen? Je wilt natuurlijk stimuleren dat er nog meer volledig vergoed zal worden.

**Minister Bruins:**

Het is juist voor die nieuwe mogelijke aandoeningen die onder dat systeemadvies kunnen worden gebracht.

Dan in de richting van mevrouw Van den Berg. Zij vroeg of ik het punt van de administratieve lasten voor paramedici wil adresseren bij de verzekeraars. Jazeker, dat doe ik. Het punt van de administratieve lasten en de organisatiekracht was een van de punten waar ik vanmiddag mee begon. Dat thema zal ik blijven adresseren, in de bestuurlijke afspraken maar ook zelf met het (Ont)Regel de Zorg-team. Wij hebben ook mensen op het ministerie om die regeldruk actief aan te pakken en te bekijken waar het minder kan en waar het minder moet.

Dan in de richting van mevrouw Szias.

**De voorzitter:**

Voordat u daartoe overgaat, is er nog een vraag van mevrouw Van den Berg.

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

Ik heb nog twee korte vragen. Ik had ook gevraagd om het openbreken van contracten bij de Landelijke Huisartsen Vereniging te agenderen. Voorts wil ik even doorvragen over dat systeemadvies. Ik heb daar ook vragen over gesteld. Ik vroeg me af of ik het nu verkeerd in mijn hoofd had en heb daarom even geappt. Dat onderzoek wordt per aandoening gedaan, en dan volgens mij ook nog in 2023 of in 2024. Het schiet, wat mij betreft, geen... Er zit niet echt tempo in, voorzitter. Laat ik het dan daarop houden. Vandaar ook ons voorstel vorige week bij het AO pakketzorg om het voor alle chronische aandoeningen te bekijken. Bij mijn weten is de hoeveelheid geld die beschikbaar is gesteld, ook beperkt. Dat is er gewoon als een soort pilot op gezet, en niet als een automatisme. Het is dus niet zo dat als we het daar besparen, het automatisch naar de eerste lijn gaat.

**Minister Bruins:**

Eerst over het openbreken van contracten. Ik heb daar in algemene zin iets over gezegd, omdat de vraag ook nogal algemeen geformuleerd was. Er zijn meerjarige contracten. Die kunnen worden opengebroken. Maar daarvoor heb je wel de instemming van beide kanten nodig. Ik moet dat dus echt preciezer hebben om daar een punt van te kunnen maken in de richting van de zorgverzekeraars.

Mevrouw Van den Berg gaat nog in op de werkwijze van het Zorginstituut bij het systeemadvies. Ik vind dat een praktische werkwijze. Als daar een vraag over is, wil ik daar graag naar kijken. Want niemand zit te wachten op vijf jaar studeren om dan in 2023 een nieuwe aandoening onder het verzekerd pakket te brengen. Dat is ook niet de manier waarop het de afgelopen jaren is gegaan. Er zijn in de afgelopen twee jaar drie – bijna vier – toevoegingen geweest in het pakket. De wens van mevrouw Van den Berg om het een beetje praktisch te houden, nu en in de toekomst, is ook mijn wens. Ik ben het op dat punt volmondig met haar eens. Voorzitter. Dan in de richting van mevrouw Sazias. Ze zei: Minister, kom op! Ik vind het juist een mooi appel in mijn richting. Het is ook precies wat ik wil doen, bijvoorbeeld met het maken van bestuurlijke afspraken. Ik moet de partijen bij elkaar brengen voor die bestuurlijke afspraken. Dat is mijn rol. Dat heeft bij bijvoorbeeld de bestuurlijke afspraken paramedische zorg wel even gekost voordat je al die partijen aan tafel krijgt. Maar ik ben echt tevreden over het feit dat deze set bestuurlijke afspraken nu is bereikt. En van hieruit gaan we weer verder. Het is mijn rol om de partijen bij elkaar te brengen en ervoor te zorgen dat de voortgang erin blijft zitten. U mag die rol van mij verwachten. Nogmaals, ik denk dat die bestuurlijke afspraken met deze inhoud er zonder een actieve rol vanuit VWS nu niet hadden gelegen.

In de richting van de heer Raemakers nog een paar punten. Hij heeft gesproken over de gz-psycholoog. Het gaat om medebehandeling, om het geven van advies aan mensen in de directe omgeving van de patiënt. Ik begrijp dat dat onderdeel is van het zorgpakket. Het inhoudelijke zorgprogramma blijft gelijk, ongeacht de vraag of dit uit een subsidieregeling of uit de Zvw komt. Ik meen hiermee een helder antwoord te hebben gegeven.

Dan de vraag: kan de Minister concreet aangeven wanneer hij de pilot rechtstreekse verwijzing bespreekt met de zorgverzekeraars? Dat doen we in het bestuurlijk overleg, in dit geval het bestuurlijk overleg paramedische zorg. Dat doen we nog deze zomer.

Hij vroeg voorts: kan de Minister aangeven waarom de pilots met betrekking tot krachtige basiszorg niet of niet voldoende worden opgeschaald naar regulier beleid? De pilots met betrekking tot krachtige basiszorg worden in de vier grote steden uitgevoerd in wijken met een achterstandsproblematiek. Ik ben ervan op de hoogte dat deze initiatieven moeizaam opgeschaald worden. Ik spreek op dit moment met de initiatiefnemers, de zorgverzekeraar – in dit geval is dat Zilveren Kruis – de zorgaanbieders en de NZa om te kijken wat er nodig is om dergelijke initiatieven verder te brengen. Uit het eerste overleg is gebleken dat het niet zozeer de bekostiging is, maar dat het veel meer gaat om het maken van de juiste afspraken. Dat zijn dus vragen als: wat is de rol van de huisarts? Maar ook: wat is de rol van de gemeente? En wie moet je dan hebben bij de gemeente? Is er iemand nodig van de GGD of iemand van schuldhulpverlening? Het zit in dat soort praktische vragen. Wij zullen de komende maanden, dus ook nog in het najaar, met de betreffende partijen spreken over een meer algemene werkwijze, een werkwijze die dus verder gaat dan de vier grote steden. Dan gaat het dus niet alleen om die krachtige basiszorg, maar dan gaat het meer om een integrale aanpak, ook voor andere wijken met achterstandszorg.

**De voorzitter:**

Dat was de beantwoording in de richting van de heer Raemakers?

**De heer Raemakers (D66):**

Kunnen we afspreken dat we voor de begroting een uitgewerkte update van de Minister krijgen over de pilots krachtige basiszorg en huisartsenzorg? Dan kunnen we die informatie bij de begroting betrekken om te

kijken wat we structureel moeten regelen. Is het mogelijk om die informatie voor de zomer te verstrekken?

**Minister Bruins:**

Ik begrijp de vraag. Ik weet niet of dat mogelijk is, maar ik ga een poging wagen. Het moet ook een beetje concreet blijven en het moet dus verder strekken dan de G4-gemeenten, die er al ervaring mee hebben. Andere gemeenten moeten dat dus ook willen. Dat is dus een beetje zoeken. Zal ik gewoon eens even kijken hoever ik kom?

De heer Rutte vroeg of er middelen zijn voor de volgende fase van Thuisarts.nl. We bekijken met het Nederlands Huisartsen Genootschap wat dan die volgende fase is. Dat moet dus verkend worden. Ik wil dan ook graag even weten welke financiën nodig zijn. Maar ik kijk er met een welwillend oog naar, in de zin dat Thuisarts.nl betekent dat heel veel mensen een antwoord krijgen dat ertoe leidt dat ze een consult aan de huisarts niet plegen maar hun informatie langs digitale weg verkrijgen. Ik zeg in de richting van mevrouw Agema nog een keer dat lagere zorguitgaven tot lagere premies – tot minder stijging van de premies – of tot een vergroting van de reserves bij verzekeraars in een lopend jaar leiden. Dat betekent dat in het jaar daarna in ieder geval een deel van die reserves weer wordt ingezet voor minder premiestijging. Zo werkt het al jaren, en ik ben daar eigenlijk wel heel tevreden over. Het zal altijd een kwestie zijn van of geld in de zorg doelmatig besteed wordt. Dat willen we allemaal. Dan kan het ook betekenen dat er geld resteert. Er is goed geraamd, maar er is toch sprake van onderschrijding. Ik vind dat ik u dat toch steeds moet blijven vertellen, omdat het te maken heeft met een doelmatige inzet van middelen.  
Voorzitter. Tot zover.

**Mevrouw Agema (PVV):**

De Minister zegt in wezen niet veel anders dan wat ik zeg, behalve dan de conclusie van de Minister dat er goed geraamd wordt. Maar dat is dus niet zo. Als je er in zes jaar 10 miljard euro naast zit, en er ook in dit lopende jaar weer 1,8 miljard euro naast zit, dan heb je gewoon niet goed geraamd. Ik vind wel dat dat echt beter moet gebeuren op VWS.

**Minister Bruins:**

Die 10 miljard is een optelsom van onderschrijdingen in een periode van een jaar of zes. Als je kijkt naar wat er is uitgegeven aan zorg in die periode van een jaar of zes, dan is dat een bedrag in de orde van grootte van 380 miljard. Als je dat afzet tegen die 10 miljard, is het maar een paar procent. Dan is het maar 1 of 2%. Het is wel ongelooflijk veel geld, maar het is een optelsom van zes jaar. Dan denk ik dat er juist heel goed wordt geraamd.

**Mevrouw Agema (PVV):**

Het gaat wel om structureel geld. Je kunt het geld dat uitgegeven is, niet zomaar optellen, en dat afzetten tegen het andere bedrag. Dat kan helemaal niet. Deze som is vast voorbereid, maar die gaat hartstikke mank. Het gaat erom dat er in de 25 jaren tot 2010 altijd te krap is geraamd op zorg. Toen waren er altijd overschrijdingen. Er zijn hier toen debatten geweest waarbij we elkaar de hersens insloegen om 10 miljoen, om de vraag waar dat vandaan zou moeten komen. En vanaf 2012 wordt er veel en veel te ruim geraamd op VWS. Dat is ergerlijk. Er wordt gedaan alsof de zorgkosten explosief stijgen terwijl dat in werkelijkheid dus helemaal niet zo is. Dat zie je nu dus ook weer in 2019. Ik erger me er kapot aan dat er weer 1,8 miljard euro, waarvan ons wordt voorgehouden dat het gecollecteerd wordt voor zorg, daar uiteindelijk gewoon niet aan uitgegeven wordt. Dus nogmaals, er zou beter geraamd moeten worden

op zorg. Dat is echt mijn kritiekpunt. Niet voortdurend maar doen alsof de kosten uit de pan rijzen als je iedere keer miljarden overhoudt!

**Minister Bruins:**

Wij werken in dit land allemaal met de ramingen van het CPB. Ik vind dat die goed hun werk doen. Ze doen hun best om de goede ramingen te maken. Aan mij de opdracht om niet meer uit te geven dan er beschikbaar is. Ik denk dat we een heel ander debat zouden voeren als er telkenmale overschrijdingen van het budget zouden zijn. Wij zullen op grond van doelmatigheid en ook op grond van de arbeidsmarkt altijd zien dat er sprake is van onderschrijdingen. Die moeten zo beperkt mogelijk blijven. Daar ben ik het helemaal mee eens.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Daarmee zijn wij gekomen aan het einde van de tweede termijn van dit algemeen overleg over de eerstelijnszorg.

Ik neem graag de toezeggingen met u door.

- Nog voor de zomer ontvangt de Kamer de contouren van een wettelijke basis voor elektronische gegevensuitwisseling in de zorg. Dat was al toegezegd aan de commissie.
- In de volgende preventiemonitor zal aandacht worden besteed aan de ontwikkeling van de gecombineerde leefstijlinterventies. Dat is een toezegging richting mevrouw Sazias.
- In de volgende rapportage over de uitkomstgerichte zorg zal ook worden ingegaan op de uitkomstgerichte bekostiging. Dat is een toezegging in de richting van de heer Rutte.
- Het advies van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving over het toekomstperspectief van BIG-registratie voor doktersassistenten zal in het najaar van dit jaar naar de Kamer worden gestuurd. Dat is een toezegging richting mevrouw Ploumen.
- Nog deze zomer wordt de rechtstreekse doorverwijzing door fysiotherapeuten in het bestuurlijk overleg besproken. Dat is een toezegging richting de heer Raemakers.
- Zo mogelijk wordt de Kamer nog voor de begrotingsbehandeling geïnformeerd over de krachtige basiszorg en de daaraan gerelateerde pilots. Dat is ook een toezegging in de richting van de heer Raemakers.

**Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):**

Misschien heb ik het gemist, maar de Minister heeft ook toegezegd dat hij kwetsbare doelgroepen, zoals kwetsbare ouderen, meeneemt in de leidraad. Is die toezegging genoemd?

**De voorzitter:**

We hebben die toezegging niet als zodanig genoemd. De toezegging wordt toegevoegd.

De heer Van Gerven heeft een VAO aangekondigd. Hij gaf al aan dat dat VAO nog voor de zomer zou moeten plaatsvinden. Dat VAO zal waarschijnlijk morgen ergens in de loop van de avond plaatsvinden. We volgen daarvoor de agenda.

Dan rest mij om in ieder geval de Minister en zijn ondersteuning van harte te bedanken voor de aanwezigheid en de inbreng in dit debat. Datzelfde geldt uiteraard voor de Kamerleden. Ik dank de mensen op de publieke tribune en de mensen die het debat op een andere manier thuis of elders hebben gevolgd, voor hun belangstelling. En ik dank uiteraard ook onze ondersteuning.

Sluiting 16.34 uur.