

Vergaderjaar 2020–2021

29 248

Invoering Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's)

Nr. 333

VERSLAG VAN EEN COMMISSIEDEBAT

Vastgesteld 10 september 2021

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 5 juli 2021 overleg gevoerd met mevrouw Van Ark, Minister voor Medische Zorg en Sport, over:

- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 2 december 2020 inzake reactie op verzoek commissie over de brief van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) met een oproep voor extra investeringen ziekenhuiszorg 2021 (Kamerstukken 31 016 en 29 248, nr. 298);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 18 december 2020 inzake voortgang kwartiermaker transgenerzorg (Kamerstuk 31 016, nr. 301);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 18 december 2020 inzake reactie op verzoek commissie over een afschrift van de brief aan Transvisie over transgenerzorg (Kamerstuk 31 016, nr. 300);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 6 januari 2021 inzake beleid ten aanzien van (expertisecentra voor) zeldzame aandoeningen (Kamerstuk 31 765, nr. 542);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 28 januari 2021 inzake monitor van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) over de inhoud van contracten in de medisch-specialistische zorg in 2019 (Kamerstuk 29 248, nr. 327);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 23 maart 2021 inzake onderzoeksagenda ME/CVS (Kamerstuk 34 170, nr. 20);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 23 april 2021 inzake Gezondheidsraadadvies over de Wet op bijzondere medische verrichtingen (WBMV) (Kamerstuk 33 693, nr. 12);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 30 april 2021 inzake stand van zaken op het gebied van de transgenerzorg (Kamerstuk 31 016, nr. 343);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 19 april 2021 inzake NZa-monitor acute zorg 2020 en drie**

NZa-monitors contractering 2021 (Kamerstukken 29 247 en 32 620, nr. 330);

- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 19 mei 2021 inzake advies van het Zorginstituut Nederland over moleculaire diagnostiek in de oncologie (Kamerstuk 31 765, nr. 562);**
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 26 mei 2021 inzake ondersteuning van de zorg tijdens de covidcrisis, herstel van zorgprofessionals en het inhalen van reguliere zorg (Kamerstukken 31 765 en 25 295, nr. 566);**
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 31 mei 2021 inzake reactie op verzoek commissie inzake het bericht «dat honderden longkankerpatiënten overlijden zonder dat ze de beste behandeling kregen» (Kamerstuk 31 765, nr. 567);**
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 2 juni 2021 inzake monitor medisch-specialistische zorg 2021 (Kamerstuk 29 248, nr. 328).**

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

De fungerend voorzitter van de commissie,
Agema

De griffier van de commissie,
Esmeijer

Voorzitter: Agema
Griffier: Heller

Aanwezig zijn tien leden der Kamer, te weten: Agema, Van den Berg, Bikker, Ellemeet, Hijink, Kuiken, Paulusma, Pouw-Verweij, Simons en Aukje de Vries,

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

Aanvang 14.31 uur.

De voorzitter:

Goedemiddag. Ik open dit commissiedebat dat wordt georganiseerd door de vaste Kamercommissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Dit commissiedebat gaat over medisch-specialistische zorg. Ik heet van harte welkom mijn collega's: mevrouw Van den Berg namens het CDA, meneer Hijink namens de SP, mevrouw Pouw-Verweij namens JA21, mevrouw Paulusma namens D66, mevrouw Ellemeet namens GroenLinks, mevrouw Bikker namens de ChristenUnie, mevrouw De Vries namens de VVD en mevrouw Simons namens BIJ1.

Bij dit commissiedebat hebben we afgesproken om een spreektijd aan te houden van vijf minuten per fractie. Ik stel voor acht woordmeldingen te doen in het hele debat, eerste en tweede termijn samen. U mag de woordmeldingen zelf samenvoegen tot interrupties in een-, twee- of drievoud, wat u zelf het beste uitkomt.

Mijn naam is Fleur Agema. Ik ben fungerend voorzitter van deze commissie. Ik heet de Minister voor Medische Zorg van harte welkom. Dan gaan we naar mevrouw Van den Berg.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Dank u wel, voorzitter. Ik had het al gezegd: als ik een beetje snottiger overkom, ik ben gewoon verkouden; ik heb me laten testen en ik heb geen corona, zodat dat duidelijk is.

Voorzitter. Het CDA wil, zoals bekend, dat zorg beschikbaar, bereikbaar en betaalbaar is. De juiste zorg op de juiste plek is daarbij essentieel. Ook de Monitor acute zorg van de Zorgautoriteit benadrukt nog eens het belang van beweging naar passende zorg en goede samenwerking. Het rapport van BDO Accountants over Ziekenhuizen 2020 stelt: om zorg in de toekomst betaalbaar te houden is een ingrijpende transformatie van de keten nodig. In de Monitor medisch-specialistische zorg meldt de Zorgautoriteit dat concrete inhoudelijke afspraken over De juiste zorg op de juiste plek nu vaak ontbreken. Wat gaat de Minister doen om de aanbevelingen die de NZa doet te realiseren? Meer inhoudelijke afspraken contractueel vastleggen?

De vorige keer bepleitte ik om planbare hoogcomplexere laagvolumezorg meer te concentreren om kennis en kunde te borgen. Er mag geen postcodezorg zijn door gebrek aan kennis. Natuurlijk kan behandeling met medicatie vaak wel in de eigen regio plaatsvinden. De Minister heeft op basis van dat CDA-verzoek op 6 januari een brief gestuurd, maar die gaat alleen over zeldzame ziektes. De Minister spreekt over het bundelen van kennis en kunde, en netwerkvorming, maar dat is niet per se hetzelfde als concentreren. De Minister schrijft verder dat het aan de medische professionals is om te bepalen voor welke zeldzame ziektebeelden deze concentratie vanuit medisch oogpunt gewenst is. Maar de Minister weet ook dat er belangen zijn. Vier ogen zijn beter dan twee. Waarom geen rol voor de Zorgautoriteit?

Het CDA wil die concentratie veel breder. In 2019 heb ik het voorbeeld van prostaatkanker genoemd en de vergelijking van de resultaten met betrekking tot incontinentie tussen Nederland en Hamburg. Kan de Minister in een brief voor het begrotingsdebat ingaan op de stand van

zaken in Nederland ten aanzien van dergelijke hoogcomplexere laagvolume-ingrepen? Verschillende universitaire ziekenhuizen werken hiervoor samen, maar welke nog niet?

Hetzelfde speelt bij de zorg voor patiënten met aangeboren hartafwijkingen. Is de Minister het met het CDA eens dat kwaliteitsregistraties bepalend moeten zijn en dat daarbij gekeken moet worden naar een breed palet van actuele en objectieve criteria? Het gaat niet enkel om het aantal patiënten of verrichtingen, maar ook om de effectiviteit en de complexiteit van de verrichtingen, de innovativiteit en de specialisatie van de aanwezige chirurgen. En natuurlijk om de patiënttevredenheid, waarbij de ervaringen van ouders bij kleine kinderen in dat geval ook van belang zijn. Voorzitter. In het debat over het pakket benoemde ik het al: er moet een lerende cultuur komen in plaats van dat iedereen alles doet op basis van eigen inzichten. Zorgverzekeraars moeten meer ruimte krijgen om daarop in te kopen. Sommige beroepsgroepen, zoals orthopedie, hebben die lerende cultuur al goed georganiseerd. Maar waar ieder medicijn een gebruiksaanwijzing heeft die publiekelijk inzichtelijk is, geldt dat niet voor medische protocollen, zoals de vader van een overleden zoon mij schreef. Waarom zijn deze niet meer toegankelijk? Graag een reactie van de Minister.

Het CDA is meer dan diep teleurgesteld dat er nog steeds geen reactie is op de vragen over het advies van de kwartiermaker governance van kwaliteitsregistraties die op 2 oktober 2020 zijn ingediend. In mei is er nog een herinnering aan de Minister gezonden. Graag een reactie.

Nu wordt 40% van de arbeidstijd besteed aan administratie, want er wordt driedubbel ingeklokt, onderzoeken worden dubbel gedaan en proceslijstjes worden afgevinkt. Van 40% naar 20% administratie bij de ziekenhuizen betekent een potentiële besparing van 3,6 miljard. We moeten de oorzaken aanpakken en niet de symptomen bestrijden. Is de Minister dat met het CDA eens? Graag een reactie.

Om de zorg betaalbaar te houden is het ook belangrijk behandeldagen et cetera waar mogelijk te verkorten door preventie. De Gelre ziekenhuizen hebben enige tijd geleden het initiatief voor gezonde voeding gelanceerd en nu is er Fit4Surgery bij het Radboudumc. Ook door digitale ondersteuning en anders werken kan preventief worden gewerkt, zoals bij hartmonitoring. Wat is de stand van de Stuurgroep Ondervoeding? Wordt er in een ziekenhuis een check gedaan voordat mensen naar huis worden gestuurd? Kan de Minister voor de begrotingsbehandeling een brief zenden over welke ziekenhuizen hybride zorg aanbieden, voor welk percentage, en welke ziekenhuizen nu aangesloten zijn bij het gezondevoeding-initiatief of het initiatief Fit4Surgery, en welke ziekenhuizen naar ondervoeding kijken?

Ten slotte, voorzitter. Het CDA bepleit al langer dat we meer zelfvoorzienend moeten worden in Europa. Corona heeft het belang daarvan nog eens benadrukt. Maar nu begrijpen we van medewerkers van de sociale dienst Vidar in Sittard die bij BAB-Medical FFP2-mondkapjes maken die voldoen aan alle eisen en niet duurder zijn dan Chinese mondkapjes, dat inkopers toch niet switchen omdat wisselen van leverancier extra werk is. Is de Minister bereid om via het Landelijk Consortium Hulpmiddelen in contact te treden met deze sociale dienst?

Dank u wel, voorzitter.

De voorzitter:

Dank u wel. Ik heet mevrouw Kuiken van harte welkom. Zij zal straks spreken namens de PvdA. Dan gaan we naar de heer Hijink van de SP.

De heer Hijink (SP):

Dank u wel, voorzitter. Het afgelopen jaar, of al bijna anderhalf jaar, hebben we een enorme druk gezien op de ziekenhuizen. Onze zorgverleners, verpleegkundigen en artsen hebben heel hard moeten werken om

iedereen met corona in de ziekenhuizen op te vangen. Ik denk dat voor iedereen geldt dat we ze daar heel dankbaar voor zijn.

Er ligt nu een hele nieuwe opdracht voor deze ziekenhuizen en dat is die enorme klus van de inhaalzorg, om alle operaties en behandelingen te gaan doen die het afgelopen jaar niet door konden gaan. Wat mij opvalt, is dat we soms wel erg gemakkelijk denken dat de verpleegkundigen en de artsen in de ziekenhuizen dat gewoon weer eventjes gaan oppakken, alsof er de afgelopen jaren niks is gebeurd. Uit de verhalen die wij horen, blijkt dat de werkdruk nog steeds enorm is, dat de overbelasting enorm is, dat het ziekteverzuim nog hoog is en dat de druk op de zorgverleners eigenlijk nog veel hoger is dan deze zou moeten zijn. Ik wil de Minister vragen hoe zij ermee omgaat dat we aan de ene kant die opdracht daar neerleggen, maar dat die overbelasting in de ziekenhuizen nog zo acuut aanwezig is. Wat kan zij voor de zorgverleners doen? Wat gaan wij doen als het gaat om beloning en waardering? We hebben dat hier al heel vaak besproken. We kunnen daar echt niet mee wachten. Die beloning moet omhoog, ook om te zorgen dat er veel meer collega's bij komen.

Voorzitter. We konden in de kranten ook lezen dat, terwijl de tekorten nog zo groot zijn, tegelijk tot duizend jonge specialisten niet aan het werk kunnen komen. Dat is toch bizar om te lezen? Aan de ene kant hebben we enorme tekorten. We hebben een lange wachtlijst aan operaties die nog uitgevoerd moeten worden. En tegelijk kunnen die specialisten niet aan het werk komen. Ik heb me lang afgevraagd hoe dat nou zou kunnen. Ik denk dat het veel te maken heeft met de gevestigde belangen die we in de ziekenhuizen zien, bij de medisch-specialistische bedrijven die natuurlijk helemaal niet zitten te wachten op extra artsen, omdat de salarissen aan de top dan omlaag zullen gaan. Er is door deze commissie een onderzoek gedaan over artsen in loondienst. Daaruit blijkt dat we, als we artsen in loondienst zouden doen, veel meer zorg kunnen verlenen, dat we veel meer artsen in dienst kunnen nemen, dat de productieprijken eruit gaan. Is de Minister bereid om die stap te gaan zetten? We hebben heel lang aangemodderd met allerlei programma's om mensen vrijwillig te laten overstappen, maar dat werkt allemaal niet. Volgens mij wordt het nu tijd om die stap te zetten en alle specialisten in loondienst onder te brengen. Het is een frustratie van de SP dat veel van dit soort debatten gaan over het slopen van zorg uit ziekenhuizen; afdelingen die dicht moeten of hele ziekenhuizen die gesloten moeten worden. Ook nu hebben we weer een lijstje van waar dit aan de hand is, bijvoorbeeld het ziekenhuis in Zutphen dat onder druk staat, tot grote schrik van de bevolking daar, omdat zij het heel belangrijk vinden dat ...

Voorzitter, is er iets? U kijkt me zo aan?

De voorzitter:

Mevrouw Van den Berg wil graag een vraag stellen over de artsen in loondienst.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Niet zozeer over de artsen in loondienst, want daar heeft de Kamer inderdaad een onderzoek naar laten doen. Even ter verduidelijking, want ik had dat punt ook, maar ik had geen tijd om er een vraag over te stellen. Meneer Hijink zegt dat de specialisten niet aan het werk komen. Wij hebben indicaties dat het basisartsen zijn die geen opleidingsplaats kunnen vinden en dat dat komt omdat er toch een verschuiving is van tweede naar eerste lijn, waardoor er minder artsen nodig zijn en de huidige artsen ook langer blijven werken, totdat ze ouder zijn. Het is niet zozeer een gebrek aan plekken voor specialisten maar een gebrek aan opleidingsplaatsen voor specialisten, begrepen wij, terwijl in 2021 de numerus fixus is losgelaten om maar zo veel mogelijk specialisten te kunnen krijgen.

De **voorzitter**:
En uw vraag is?

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

Mijn vraag is of ik meneer Hijink goed begrijp. Gaat het hem om mensen die al een specialistische opleiding hebben afgerond? Want ik heb juist de informatie gekregen dat mensen geen kans krijgen om die specialistische opleiding te doen.

De heer **Hijink** (SP):

Waar het mij om te doen is, is de groep van mensen die hun opleiding afgerond hebben en die vervolgens niet aan het werk komen. We lazen in de krant het voorbeeld van een arts, een specialist, die op dit moment bij de GGD vaccins aan het zetten is. Ja, superbelangrijk en goed, maar daarvoor is hij niet opgeleid, denk ik. Ik zou het heel goed vinden, zeker nu die artsen zo hard nodig zijn, dat ze op de juiste plek terechtkomen en dat de gevestigde belangen van andere specialisten in de ziekenhuizen, of in de bv's binnen die ziekenhuizen, niet bepalen wie wel of niet aan het werk komt. Ik denk dat wij er met z'n allen belang bij hebben dat deze mensen ingezet worden daar waar mensen nog zorg nodig hebben. Het mag niet zo zijn dat een andere club specialisten er misschien belang bij heeft om ze buiten de deur te houden. Of aan de andere kant – dat lees je ook – dat ziekenhuizen er juist belang bij hebben om mensen die de opleiding doen, het werk te laten doen, in plaats van de mensen die de opleiding afgerond hebben. Dat lijkt me allemaal de verkeerde prikkel. De mensen die een goede opleiding hebben gehad, moeten we ook inzetten.

De **voorzitter**:

Mevrouw Pouw-Verweij van JA21 wil ook nog een vraag stellen.

Mevrouw **Pouw-Verweij** (JA21):

De onderzoeken die tot nu zijn gedaan naar specialisten die in loondienst gaan, geven aan dat de productiviteit heel erg daalt. Of «heel erg», een daling tot 20%, zeg ik even uit mijn hoofd. Dan zouden er inderdaad meer specialisten aangenomen worden, maar dat is dan ook nodig, omdat de productiviteit van de specialisten in die werkvorm afneemt. Ik vraag me af wat u daarvan vindt. Als er meer artsen bij komen, is dat fijn voor de artsen die nu op de bank zitten, maar uiteindelijk gaat het toch met name om hoeveel patiënten er geholpen worden. Ik vroeg me af of u daarop kunt reflecteren.

De heer **Hijink** (SP):

Ik begrijp die suggestie nooit zo goed. Ze spreken elkaar ook tegen, want aan de andere kant hoor je ook het omgekeerde. Ik geloof dat de helft van de specialisten in loondienst is. Die zitten echt niet de hele dag op hun kont. Die zijn gewoon keihard aan het werk. Ik denk eerder dat het omgekeerde waar is, namelijk dat er, als specialisten niet in loondienst zijn, een prikkel is om meer te doen dan nodig is. Iedereen heeft het er hier altijd over dat we de zorgkosten moeten beheersen. Dit is nou zo'n maatregel om dat te kunnen doen. Wat zie je gebeuren als specialisten niet in loondienst zijn? Dan is er een prikkel om meer te doen. En dus worden er overbodige behandelingen aangeboden, worden er extra scans gemaakt die niet nodig zijn en wordt er meer gedaan dan strikt noodzakelijk is. Als we die prikkel eruit kunnen halen, denk ik dat dit alleen maar een extra, gunstig bijkomend effect is. Dat blijkt trouwens ook uit de onderzoeken die we zelf op verzoek van de commissie hebben laten doen.

De **voorzitter**:

Gaat u verder.

De heer **Hijink** (SP):

Voorzitter. Ik had het over het sluiten van ziekenhuizen, bijvoorbeeld in Zutphen, waar grote zorgen zijn over het voortbestaan van het ziekenhuis en van afdelingen in het ziekenhuis. Ik vind het echt doodzonde dat wij het iedere keer, zeker in deze tijd van corona, nog steeds moeten hebben over ziekenhuizen die worden gesloten of afdelingen die dicht dreigen te gaan. Wij hebben dat eerder gezien in de Achterhoek en in Drenthe. In Zeeland heeft het gespeeld. Bijna overal komt dit inmiddels voor. Voor de SP staat voorop dat kwaliteit van zorg ook gaat over nabijheid van zorg. Het is meer dan alleen «uw beste ziekenhuis staat verderop, richting Amsterdam», terwijl je in Limburg woont. Nee, goede zorg gaat ook over zorg in de buurt, zorg dichtbij.

Het is voor ziekenhuizen ook belangrijk dat er een breed aanbod van zorg is. Het is geen garage of zo. Er komen niet veel patiënten binnen bij wie je er één mankement uitvist waarna het klaar is. Nee, een patiënt is een mens, die soms meerdere problemen tegelijk heeft, meerdere behandelingen nodig heeft en meerdere specialismen moet zien. Het is gewoon goed en belangrijk dat dit in één ziekenhuis bij elkaar komt.

In Alkmaar speelt nu de discussie over het sluiten van de bijzondere tandheelkunde. Het zou doodzonde zijn als die verloren zou gaan. 2.000 patiënten worden daar per jaar gezien. Het zijn kwetsbare mensen. Het gaat om een kwetsbare groep patiënten, mensen die een verstandelijke beperking hebben, mensen die autisme hebben. Die zijn daar heel goed geholpen, omdat die elders bij de tandarts niet terechtkunnen. Die hele infrastructuur staat daar. Er wordt daar goed samengewerkt met andere specialismen binnen het ziekenhuis. En enkel omdat het ziekenhuis om financiële redenen de broekriem aan het aanhalen is, wordt zo'n afdeling overboord gekieperd. Er zit geen enkele medische logica onder. Er zit geen democratische zeggenschap onder. Het is louter gebaseerd op financiële belangen. Ik las een stuk over een jongeman van 25. Hij heet Tijn. Hij heeft een beperking. Hij heeft autisme. Zijn moeder maakt zich er grote zorgen over waar hij straks nog terecht kan. Ik vind echt dat we als Kamer maar ook als lokale politiek veel meer grip zouden moeten hebben op hoe we met dit soort dingen omgaan.

Ik ben mijn klokje vergeten, voorzitter. Hoelang heb ik nog? Anderhalve minuut? Kan dat?

Tot slot de fusie tussen het AMC en het VUmc in Amsterdam. Wij maken ons daar grote zorgen over, zeker nu er berichten verschijnen over het verdwijnen van de acute spoedeisende hulp op de locatie van het VUmc. Wij snappen dat niet. De SP begrijpt niet hoe zo'n belangrijke locatie voor de acute opvang van traumazorg gesloten kan worden. Het VUmc ligt heel dicht bij Schiphol. Het is een belangrijke spoedeisende post voor Amsterdam. Ik wil van de Minister weten hoe zij de spoedeisende zorg in Amsterdam garandeert. Die twee plekken moeten gaan fuseren. Alles moet straks geconcentreerd worden bij het AMC. Wij krijgen signalen dat dat uiteindelijk tot een daling van het aantal plekken op de spoedeisende hulp gaat leiden. Nog los van de kapitaalvernietiging die op die locatie gaat plaatsvinden en nog los van het verdwijnen van specialismen en expertise op die plek, maken wij ons zorgen over wat er gebeurt in het geval van een grote calamiteit, zoals bijvoorbeeld een aanslag of een vliegtuigcrash op Schiphol. Hoe voorkomen we dat de traumazorg in Amsterdam en omgeving verder achteruit kachelt, omdat deze ziekenhuizen samengaan en zomaar met één pennenstreek zo'n belangrijke afdeling sluiten?

Dank, voorzitter.

De **voorzitter**:

Mevrouw Pouw-Verweij.

Mevrouw **Pouw-Verweij** (JA21):

Dank u wel, voorzitter. Allereerst sluit ik mij aan bij het laatste gedeelte van de bijdrage van de heer Hijink over de fusie tussen VUmc en AMC. Dit is een heel belangrijk punt. Ik zou hierbij nog aan willen vullen dat mij ook ter ore is gekomen dat er, door de problemen die daar spelen, in de omgeving Groot-Amsterdam eigenlijk geen enkel traumacentrum meer is van de hoogste schaal. Dat kan ook problemen veroorzaken. Dat wil ik kort toevoegen.

Daarnaast: mijn bijdrage spreek ik uit mede namens de fractie van BBB. Nu acute vragen over het omgaan met de coronacrisis geleidelijk naar de achtergrond gaan, komt de ziekenhuiszorg in zicht. Ook daar is de urgentie hoog, maar kunnen we ons richten op urgente vragen die meer structureel van aard zijn. In deze bijdrage neem ik de twee brieven over de kwaliteit van zorg en de vraag om extra geld voor ziekenhuizen als leidraad.

Met de Minister voor Medische Zorg deel ik de bewondering voor de professionals in de zorg. De tomeloze inzet, het willen handelen vanuit beroepsethiek en de mentale veerkracht zijn zaken die bijdragen aan een zorgstelsel dat nog altijd van grote klasse is. We hebben het vaak over alles wat fout gaat en wat beter kan, en daarvoor moet ook oog zijn, maar we beginnen niet vanaf een nulpunt. Als we ons richten op de kwaliteit van ziekenhuiszorg, dan gaat het erom het goede te behouden en op die basis verder te bouwen.

Minister van Ark heeft haar brief over de kwaliteit van zorg en infectieziektebestrijding in vier paragrafen onderverdeeld. Paragraaf 1 richt zich op de groep patiënten die te maken hadden met de gevolgen van de covidpandemie. Het is een mooie gedachte om deze patiënten op de eerste plaats te zetten. Ik vraag me echter af hoe realistisch de plannen zijn om uitgestelde zorg in te halen. Welke knelpunten zijn voorzien bij het inhalen van uitgestelde zorg? Zijn er grote regionale verschillen? Zijn er inmiddels nieuwe inzichten in de gevolgen van uitgestelde ziekenhuiszorg? Denk hierbij bijvoorbeeld aan het aantal verwijzingen dat niet plaats heeft gevonden vanuit de eerste lijn naar de tweede lijn.

Paragraaf 2 gaat in op het faciliteren van de zorgsector. Terecht signaleert de Minister dat inzicht, regie en coördinatie van belang zijn. Ze schrijft: «We zullen het met elkaar moeten doen.» Zie ik het juist dat de rol die de Minister de overheid toebedeelt er vooral een is van het uitspreken van de verwachting dat de zorgsector de uitgesproken goede adviezen zal opvolgen?

Paragraaf 3 blikt vooruit naar zorgprofessionals en het opschalen en inhalen van reguliere zorg. De plannen schilderen een rooskleurige toekomst voor van fysiek en mentaal herstel, aandacht en betrokkenheid, flexibel opleiden en werkplezier. Maar we zijn het warme applaus nog niet vergeten, gevolgd door een zorgbonus die door de helft ging omdat het budget op was. Hoe is de Minister van plan om de voornemens in concrete actie om te zetten en de voortgang ervan te bewaken?

Vaststellen dat de zorg kampt met een groot personeelsgebrek is een kwestie van inventariseren. Aan de vier lijnen die de Minister benoemt om de zorg te faciliteren in de zoektocht naar personeel, zouden wij graag, als het inderdaad zinvol is, een vijfde lijn toegevoegd zien, die specifiek is gericht op het onderwijs om de instroom in de zorg te bevorderen. Is daarvoor een programmatische aanpak mogelijk met duidelijk omschreven doelstellingen en financiële randvoorwaarden, waarbij van meet af aan wordt vastgelegd hoe de monitoring en evaluatie zullen plaatsvinden? Wegen geplaveid met faciliterende voornemens leiden immers niet altijd naar de gewenste bestemming.

Paragraaf 4 beschrijft gedachten over toekomstbestendige zorg die beter is voorbereid op crisissituaties. Deze moet, schrijft de Minister, robuuster, stootvaster en flexibeler zijn, zodat we niet alleen de crisis van gisteren en vandaag aankunnen, maar vooral mogelijke crisissituaties die we nu niet kennen of kunnen bedenken, het hoofd kunnen bieden. Ik zou het niet

mooier of anders kunnen formuleren. Mijn fractie wil wel graag over deze nieuwe crisisstructuur in gesprek gaan. Biedt de verkenning, waarover de Minister de Kamer binnenkort gaat informeren, hiervoor het goede handvat? Is het mogelijk om de voornemens, plannen en acties die in deze brief staan beschreven, uit te zetten in een tijdpad, zodat de Kamer het overzicht houdt en in de loop van de tijd kan volgen wat de voortgang en de stand van zaken is? Het zou immers jammer zijn als een brief vol goede voornemens één keer in een commissiedebat wordt behandeld en dan naar het archief verdwijnt.

Dan stip ik nog de brief aan van de Minister die een reactie is op de oproep van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen voor extra investeringen in ziekenhuiszorg. Zorgverzekeraars en ziekenhuizen maken deze maand afspraken over de vergoeding van gedeerde inkomsten en meerkosten als gevolg van COVID-19 in 2020. De Minister is nog niet echt genegen om de portemonnee verder open te trekken dan dat ze al heeft gedaan. Als inkomsten dusdanig dalen en kosten stijgen dat zwaar getouwtrek over vergoedingen nodig is, zal de rekening linksom of rechtsom toch ergens worden neergelegd. Wat betekenen de afspraken voor de premies van de zorgpolissen? Anders dan de overheid hebben mensen immers geen keus dan de portemonnee wél open te trekken. Dat was een afsluitend punt van zorg. Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan is nu het woord aan mevrouw Simons van de fractie van BIJ1.

Mevrouw Simons (BIJ1):

Dank u wel, voorzitter. Dank aan de collega's die aandacht vragen voor andere agendapunten, maar ik richt me vandaag op de transgenderzorg. Daar is namelijk structurele verandering nodig. De knelpunten, misstanden en klachten die we vandaag horen, zijn niet nieuw maar spelen al decennialang. Dat maakt het des te schrijnender dat de ontwikkelingen richting decentralisatie nu pas op gang komen. Dat de wachttijden nog altijd zo lang zijn en dat het uitspreken van klachten voor zorgvragers haast onmogelijk is door het aanhoudende tekort van de keuzemogelijkheden. Dat er praktisch gezien nog altijd een monopolie bestaat op transgenderzorg en dat dit wordt versterkt door verzekeraars die het huidige, gecentraliseerde systeem van transitiezorg in stand houden. Dat systeem is nog steeds niet gestoeld op zelfbeschikking en op ervaringen van de zorgvragers zelf, maar op pathologiserende diagnoses die al dan niet moeten bepalen of iemand wel «trans genoeg» is en hoe die persoon dat mag uiten. De tijd dat wij als cisgenderpersonen kunnen pretenderen te weten wat transgenderpersonen nodig hebben, is echt allang voorbij. Het is de hoogste tijd dat we de regie van de transitiezorg in handen leggen van transgenderpersonen zelf.

Wat BIJ1 betreft begint dat bij het zelfbeschikkingsrecht van transgender mensen en de depathologisering van transidentiteiten. Transidentiteiten zijn geen psychische stoornissen, zoals de Kamer afgelopen februari onderschreef middels een aangenomen motie van mevrouw Bergkamp. Het feit dat de transgenderzorg nog altijd uitgaat van dergelijke stigmatiserende en achterhaalde classificaties zorgt voor onbevredigende zorgstandaarden, die op geen enkele manier recht doen aan de noden van de gemeenschap.

De demissionair Minister stelt in een van haar brieven dat het niet aan haar is om te bepalen wat de inhoud van professionele standaarden zou moeten zijn. Mijn vraag is waar zij dan wel kans ziet om stigmatiserende diagnoses niet langer bepalend te laten zijn in de toegang naar transitiezorg. En kan de demissionaire Minister verhelderen hoe ze invulling geeft aan het verzoek om de mogelijkheden met betrekking tot de depathologisering van genderincongruentie te verkennen? Welke partijen

heeft ze gevraagd aan te sluiten? Wie voeren de evaluaties uit? Hoe staat het met het onderzoek? Heeft zij al meer zicht op de gevraagde mogelijkheden? Kan ze die mogelijkheden toelichten en daarbij benoemen wat zowel het kabinet als de Kamer daarin kunnen betekenen?

Het belang van depathologisering ligt namelijk ook in de mogelijkheid tot verdere decentralisatie van de transgenderzorg, deels omdat we die zorg dan deels uit de derdelijns- naar de tweedelijnszorg kunnen halen, een eis die zowel door de transgendergemeenschap zelf als door chirurgen wordt onderschreven. De meeste transitiezorg is geen specialistisch werk en kan dus lokaal beschikbaar worden gesteld of worden uitbesteed. Een bezoek aan de chirurg is slechts een heel klein onderdeel van de transitiezorg. Door deze identiteiten niet langer te pathologiseren en de transgenderzorg tot tweedelijnszorg te maken, kunnen er meer transgenderzorgcentra gefaciliteerd worden, die uitgaan van de autonomie van de zorgvragers zelf. Centra waar zij de regie in handen hebben en op basis van strong informed consent besluiten kunnen nemen over hun eigen transitie. Centra waar genoeg tijd en persoonlijk contact met zorgverleners wordt geboden om een vertrouwensband op te bouwen en waar de diagnoses, toelatingsexamens en keuringen van psychologen en psychiaters niet langer een poortwachterende en beslissende rol vervullen in de toegang naar transgenderzorg, maar waar psychologische zorg voor, tijdens en na iemands transitie daadwerkelijk draait om iemands welzijn. Ik kom bijna tot mijn afronding. Mijn vraag aan de demissionaire Minister is: hoe gaat zij ervoor zorgen dat de levens, de belangen en de behoeften van de zorgvragers zelf centraal komen te staan in het systeem van transitiezorg? Kan zij in het verlengde daarvan verhelderen hoe het mogelijk is dat ervaringsdeskundigheid actief lijkt te worden geweerd uit de transgenderzorg, bijvoorbeeld in het VUmc, waardoor deze personen niet op de poli mogen werken? Ook al horen wij dat het VUmc zelf zegt dat daar helemaal geen sprake van is, krijgen wij toch die signalen. Hoe gaan wij dit nu tegen?

En dan tot slot. Nogmaals, het is de hoogste tijd dat we de regie van deze specifieke zorg in handen leggen van transgenderpersonen zelf. Zij weten zelf wat zij nodig hebben en hoe de zorg het beste aansluit op hun behoefte. Ik vraag bij dezen alvast een tweeminutendebat aan. Dank u wel, voorzitter.

De voorzitter:

Het aanvragen van een tweeminutendebat kan pas in tweede termijn. Meestal is dat de reden waarom iemand op die eerste stoel gaat zitten.

Mevrouw **Simons** (BIJ1):

Dan ga ik ervan uit dat mijn collega van het CDA het verstandige besluit neemt om in tweede termijn een tweeminutendebat aan te vragen.

De voorzitter:

Ja. Mevrouw Van den Berg.

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

Volgens mij is de reden waarom dat in de tweede termijn gebeurt dat we eerst kijken wat de antwoorden zijn van de Minister. Als we die toereikend vinden, doen we geen tweeminutendebat.

De voorzitter:

Maar de commissie voor VWS doet het meestal uiteindelijk toch wel. Maar het hoort wel op die manier.

Dan gaan we luisteren naar mevrouw De Vries, die spreekt namens de VVD.

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

Dank u wel, voorzitter. Allereerst de inhaalzorg. Collega Hijink sprak er zojuist ook al over. Het zorgpersoneel heeft het zwaar gehad. De druk door covid wordt wel minder, maar de druk op de zorg is zeker nog niet voorbij. Dat heeft gevolgen voor het zorgpersoneel, maar ook voor de patiënten die te maken hebben gehad met uitstel van zorg. Zij hebben daar pijn of ongemak van en onzekerheid, maar hebben eventueel ook niet kunnen werken. De planning is dat die uitgestelde zorg eind 2021 begin 2022 ingehaald moet zijn. De vraag is hoe realistisch dat is. Een aantal beroepsgroepen, zoals de anesthesiologen, geven al aan dat dat ingewikkeld wordt. Er waren berichten dat er twee keer zoveel uitgestelde operaties zouden zijn. Ik ben benieuwd hoe realistisch dat is. Een aantal ziekenhuizen kiest ervoor om gedurende de zomerperiode het personeel de ruimte te geven om vrij te nemen. Ik denk dat dat op zich heel goed is, maar ik vraag me wel af of dat in de planning is meegenomen. Ik denk dat het heel goed is dat ze op adem kunnen komen. Dan het continueren van de samenwerking tijdens de coronacrisis. Ik denk dat dat een goed element is. Ik maak me wel wat zorgen over de volgende periode. Ik ben benieuwd hoe de Minister daarnaar kijkt. Ik noem bijvoorbeeld de inzet van zelfstandige behandelcentra. Is er voldoende personeel beschikbaar en zijn er nog financiële belemmeringen? We hopen dat het zorgpersoneel goed betrokken wordt daarbij, maar ook de patiëntenorganisaties. We hebben het in het vorige debat al gehad over de monitoring door de NZa van onder andere de zorgbemiddeling, maar ook van inhaalzorg. De kritiek planbare zorg zou binnen zes weken ingehaald moeten zijn. Volgens mij zijn we wel zo'n beetje zo ver dat die termijn verstreken is. Ik ben benieuwd of dat inderdaad gehaald is. Dan hebben we door corona geleerd dat digitale zorg en zorg thuis belangrijke elementen kunnen zijn. We hopen dat we dat voor de toekomst kunnen vasthouden. Er werd gewerkt aan een impuls voor digitale en hybride zorginnovatie. De VVD wil graag weten hoe het daarmee staat. Dan de juiste zorg op de juiste plek. De medisch-specialistische zorg heeft daar in 2019 nog onvoldoende aan gedaan. De VVD wil graag weten waar de belemmeringen zitten. Zou een nieuwe betaaltitel onder verschuiving van medisch-specialistische zorg naar bijvoorbeeld de anderhalvelijnszorg dat kunnen stimuleren? Welke mogelijkheden ziet de Minister daartoe? Ik heb het net al even gehad over de digitale zorg, over een digitaal consult als de patiënt dat wil, maar ook over een behandeling thuis. Wij hopen dat dat in de toekomst voortgezet wordt. Er wordt gewerkt aan ketens van expertisecentra. Wij denken dat dat een goede ontwikkeling is. Voor hoogcomplexen en zeer specialistische zorg met vaak een laag volume is concentratie nodig. Maar de vraag is wel hoe het met de bekostiging van die expertiseconsulten zit. Als die complexe zorg bijvoorbeeld niet in Nederland geleverd wordt maar elders, hoe is die dan geregeld? Er was een voorbeeld van patiënten met een aangeboren hartafwijking. Daar wordt ook gestreefd naar concentratie. Wij gaan ervan uit dat de patiënten maar ook het zorgpersoneel daar nauw bij betrokken worden, want dat kan natuurlijk behoorlijke impact hebben op mensen. Over diagnostiek heb ik tijdens het commissiedebat over pakketbeheer al het nodige gezegd. We willen daar graag vaart mee maken. We zouden dat ook graag buiten de oncologie willen inzetten. We zouden sowieso meer aandacht voor personalised medicine en biomarkers willen hebben. We willen graag weten hoe er aan die elementen gewerkt wordt. Dan nog een paar laatste punten, als ik nog tijd heb. Over transgenderzorg is net ook al iets gezegd. We hebben informatie gekregen over dat er wel wat meer aandacht en een verschuiving naar de huisartsenzorg zou kunnen plaatsvinden, maar ook in de opleiding van psychologen. Ik ben benieuwd naar de reactie van de Minister daarop.

En dan de agenda voor ME/CVS. De ME Vereniging geeft aan dat daar geen draagvlak voor is. Dat vind ik heel jammer, want ik vind het belangrijk dat patiënten er een goed gevoel bij hebben dat we nu de goede dingen gaan doen. Ook graag daar een reactie op van de Minister. Dat waren mijn punten, voorzitter. Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan gaan we nu naar mevrouw Paulusma. Zij spreekt namens D66.

Mevrouw Paulusma (D66):

Dank u wel, voorzitter. Wij spreken vandaag over medisch-specialistische zorg, die wordt verleend door ziekenhuizen en door zelfstandige behandelcentra. Zorg die expertise nodig heeft en zorg die tijdens de afgelopen coronacrisis immens onder druk stond en nu even op adem kan, maar vooral moet komen. Dat is ook meteen het lastige dilemma, want veel zorg moet ingehaald worden. Heel veel collega's refereerden daar al aan. Veel patiënten wachten al lang en ik hoop dat hun perspectief goed wordt meegenomen in de plannen rondom de herstelzorg, waarbij het dus enorm balanceren zal zijn. Wat mij verbaast, is dat er nog onderzoek moet worden gedaan naar het zogenaamde stuwmeer van uitgestelde zorg. Waarom kunnen wij deze gegevens niet met één druk op de knop genereren? We hebben toch ook actuele wachttijdinformatie bij al onze ziekenhuizen?

Voorzitter. De medisch-specialistische zorg kent naast hardwerkend en, wat mij betreft, niet altijd genoeg gewaardeerd personeel in de ondersteuning, ook veel hoogopgeleide professionals zoals medisch-specialisten en verpleegkundigen. Deze professionals hebben net als al die mensen in de ondersteuning de afgelopen periode onder hoge druk gestaan en moesten in rap tempo op een andere manier zorg gaan verlenen. Mijn collega De Vries refereerde daar ook al aan: veel consulten werden digitaal, administratieve lasten waren opeens minder of bestonden niet meer. Zorg bleek ook thuis, bij de huisarts of in een kliniek te kunnen worden geboden. Uitstellen van zorg was vreselijk, maar leidde misschien ook wel tot zinniger zorg. Want wat moet er veel geleerd zijn in de afgelopen periode over hoe het ook anders kan. De Minister geeft aan dat er een evaluatietraject plaatsvindt van de afgelopen periode. Wat houdt dit precies in? Wie coördineert dit evaluatietraject? En is gepast gebruik van zorg daar een onderdeel van? Want het gaat patiënten er vooral om dat ze de juiste zorg krijgen en dat hoeft niet altijd zoals het vroeger ging.

Ik – en ik denk heel veel mensen met mij – zou het eeuwig zonde vinden als we terug zouden vallen in oude patronen. Laat ik er twee punten uitpakken. Blijven we na deze crisis in een regio inzicht houden in waar er op een ic nog een bed vrij is en waar er nog plek is op de spoedeisende hulp? Hoe houden we de consulten blijvend digitaal als het ook digitaal kan? Wat moet de politiek daarvoor doen? Moeten mensen niet gewoon het recht hebben op een digitaal consult waar dat kan?

Voorzitter. Ik blijf graag kansen zien. Bij mij is het glas altijd halfvol. Zo is de samenwerking die nog meer ontstaan is, om kippenvel van te krijgen. Ik was daar zelf ook deel van. Ik weet hoeveel energie dit heeft gegeven. Binnen de elf regio's zijn zorgverleners en zorgverzekeraars dichter bij elkaar gekomen. Het kan en mag gewoon in dit stelsel. Hoe zorgen wij ervoor dat we deze samenwerking continueren? Een belangrijke vraag blijft hierbij overeind staan. Wie heeft de regie? De Minister zegt in antwoord op mijn eerdere vragen: waar knelpunten ontstaan, wordt gezamenlijk gezocht naar een maatwerkoplossing. Wat is die dan? De Minister moet het toch met mij eens zijn dat er altijd iemand eindverantwoordelijk is.

Voorzitter. Ik wil graag nog wat zeggen over jonge specialisten. Volgens mij begonnen collega Hijink en mevrouw Van den Berg er ook al over. Stel je voor, je doet een opleiding van tien tot vijftien jaar. Een opleiding tot specialist is vooral ook vliegreuen maken en hard werken. Ik heb ze vaak zien rennen op de afdeling. Het ziekenhuis waar je wordt opgeleid, krijgt subsidie voor jou, ongeveer € 150.000. Het is stressvol. Jonge dokters werken gemiddeld negen uur per dag, een vijfde krijgt daarvoor betaald en 50% denkt er weleens aan om te stoppen. Als je dan klaar bent met je opleiding, kom je, als je pech hebt, in de WW terecht of ga je ander werk doen. Vandaag hoorden we dat dit in ieder geval op gaat voor 150 jonge specialisten, terwijl we ook een stukje meer hebben aan uitgestelde zorg. Medisch-specialisten zeggen: draai de geldkraan maar open. Maar de zorgconoom zegt: het opleiden is te lucratief geworden. Het zijn gesubsidieerde arbeidskrachten en zittende specialisten willen het salaris niet verdelen. Als ik dan zie dat de arbeidsmarkt verandert – want parttime is normaler – en er behoefte is aan meer mensen, vraag ik mij af waar het misgaat. Kiest de Minister de benadering van de zorgconoom of die van de zittende specialist? Waarom kan er aan de ene kant een te hoge werkdruk zijn en aan de andere kant werkloosheid? Hoe krijgen we de balans op de arbeidsmarkt beter onder controle? Daarnaast lees ik dat de NZa een kostenonderzoek doet naar de medische vervolgoopleidingen. Dat is in 2019 gestart en levert hele relevante informatie, ook voor dit debat. Wanneer is dit onderzoek afgerond?

Voorzitter. Dan nog een aantal korte vragen. Er is een motie ingediend met betrekking tot de zorgen vanuit het AYA Zorgnetwerk. Er wordt veel geïnvesteerd in psychologische nazorg, maar ik vraag mij af hoe het georganiseerd is voor deze specifieke groep van jonge patiënten met kanker.

Ik heb een vraag over tolken in de zorg. Daarover is veelvuldig gesproken in dit huis. Daar is heel veel onduidelijkheid over en dat geeft heel veel ongemak in de spreekkamer: wie moet ik nou bellen en waar kan ik terecht? We willen eigenlijk liever niet dat kinderen gaan tolken voor hun ouders. Ik ben benieuwd of de Minister hier wat licht op kan werpen. Ik sluit me volledig aan bij de woorden van mevrouw Simons over transgenderzorg.

Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel. Mevrouw Ellemeet heeft nog een vraag.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Ja, over een punt halverwege uw betoog, maar u ging rap door, dus ik heb even gewacht. Het ging over de regie: dat uiteindelijk iemand de regie moet hebben in de zorg. Ik vind het bij D66 altijd een beetje spannend waar ze precies staan als het gaat om die regievraag in de zorg, dus kunt u daar iets over vertellen? Hoe ziet u dat? Wie zou de regie in de zorg moeten hebben?

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Wat ik gemerkt heb in de afgelopen periode, toen ik werkte in zo'n samenwerkende regio, was dat men elkaar op de blauwe ogen vertrouwde. We kenden elkaar en werkten op basis van vertrouwen, maar dat is natuurlijk niet heel toekomstbestendig. Je moet dus ergens een partij aanwijzen die ook doorzettingsmacht heeft. Dat kan een zorgverzekeraar zijn die een zorgplicht heeft, maar dat kan misschien ook een andere partij zijn. Laten we het vooral regionaal organiseren. Wellicht ontstaat er zelfs wel verschil tussen regio's. Dat zou ook nog een scenario kunnen zijn waarover we het met elkaar zouden kunnen hebben. Maar ik zou zeggen: doe dit vooral met het veld, want daar liggen onwijs veel

kracht en innovatievermogen. Laten we het vooral niet hier organiseren en alleen maar hier bedenken.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Ik ben het er helemaal mee eens dat we dit zeker met het veld moeten doen. Mevrouw Paulusma gaf ook een voorbeeld: we hebben nu landelijk inzage in de ic-capaciteit en sommige dingen, de goede dingen die corona ons gebracht heeft, wil je niet opgeven; dat zou zonde zijn. Ik kan me voorstellen dat dan dus niet per se de verzekeraars die regierol moeten hebben, want daar zijn er meerdere van. Uiteindelijk wil je dat er in een regio één partij is die de regierol heeft. Kan mevrouw Paulusma dat misschien nog iets meer invullen?

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Dan ga ik toch een beetje de reflectie van daarnet herhalen. Ik kan mij voorstellen dat het in elke regio een andere partij is, omdat het zorgland-schap en de zorgvraag per regio verschillend kunnen zijn. Denk aan de afstand tot een zorgaanbieder of de concentratie van het specialisme. Ik wil daar heel graag over nadenken en tot een goede reflectie komen, maar ik kan nu helaas niet één partij aanwijzen. Daar wil ik wel graag over nadenken, wellicht wel met u.

De **voorzitter**:

Mevrouw Ellemeet nog? Nee. Mevrouw Simons heeft ook een vraag.

Mevrouw **Simons** (BIJ1):

Allereerst bedank ik mevrouw Paulusma voor haar uitgesproken steun. Ik weet dat D66 de transgenderzorg ook hoog op de agenda heeft staan. Ik wilde nog even inhaken op een eerder stukje van haar bijdrage, over het verlenen van digitale zorg of het inzetten van digitale hulpmiddelen. Dat is natuurlijk heel mooi als het gaat om efficiëntie. Tegelijkertijd merk ik als chronisch patiënt dat je digitaal wel van goeden huize moet komen om het allemaal bij te houden. Elke zorgverzekeraar heeft een eigen portal, evenals elk ziekenhuis, elke behandelaar, elke apotheek, enzovoort, enzovoort. U vraagt meerdere keren aandacht voor het digitale aspect. Ik ben dus benieuwd of D66 ook denkt dat het digitale aspect altijd complementair zou moeten zijn aan het uitgangspunt van zo veel mogelijk fysieke zorg. Want als we het aantal apps dat je tegenwoordig moet downloaden om aan je zorg te komen, niet beperken, vrees ik dat we ook weer een hele grote groep mensen uitsluiten.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Dat was een hele lange vraag. Ik denk dat we moeten zorgen dat onze ICT zo is ingericht dat patiënten deze problemen dus niet hebben. Dan kan het dus fysiek en digitaal zijn. Ik werkte in een regionaal ziekenhuis, waarin het digitale consult voor een heleboel patiënten juist een uitkomst was, omdat ze dan geen buskaartje hoefden te betalen of vervoer hoefden te regelen en omdat ze dan, zelfs voor een slechtnieuwsgesprek, gewoon bij hen thuis, in hun huispak, met de poes op schoot, samen met partner en kinderen, dat gesprek konden voeren. Er is dus ook een categorie patiënten voor wie dit heel goed kan werken. Ik zou het heel jammer vinden als we dit niet verder ontwikkelen omdat er zo veel ICT-gedoe is, want dan houden we dat ICT-gedoe eigenlijk in stand, terwijl een heleboel patiënten baat hebben bij een combinatie van of keuze tussen digitale en fysieke consulten.

Mevrouw **Simons** (BIJ1):

Ik kan me zo voorstellen dat we ons kunnen afvragen of het een rol voor de politiek is om ervoor te zorgen dat die stroomlijning er komt en dat er

middelen worden gealloceerd om zoiets te kunnen ontwikkelen. Tot nu toe is het de verantwoordelijkheid van elk medium op zich.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Het lijkt wel of mevrouw Simons ons verkiezingsprogramma gelezen heeft. Daarin houden wij een pleidooi voor een persoonlijke gezondheidsomgeving, waarvan wij denken dat dit een hele hoop gedoe gaat voorkomen waar u nu als patiënt, net als een heleboel andere mensen, tegenaan loopt. Het antwoord is dus ja.

De **voorzitter**:

Was u aan het einde gekomen van uw betoog?

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Ja.

De **voorzitter**:

Dan gaan we naar mevrouw Ellemeet. Ze spreekt namens GroenLinks.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Dank u wel, voorzitter. Ik kom net van een demonstratie van transgenderpersonen op het Plein voor de Tweede Kamer. Zij vragen aandacht voor hun zorg en voor het feit dat die zorg nog niet goed genoeg is. Ik hoorde indrukwekkende verhalen en ik ken die verhalen ook van dichterbij, uit mijn eigen omgeving. Ik wilde het voorbeeld geven van pubers. Als je als puber het gevoel hebt dat je niet in het goede lichaam zit en je wilt van jongetje naar meisje of van meisje naar jongen, om het zomaar even te zeggen, dan is het ongelofelijk belangrijk dat je de juiste hormoonbehandeling krijgt op het moment dat je lichaam nog niet is veranderd. Als je lichaam gaat veranderen en je staat op een wachtlijst – het kan ook voor pubers soms jarenlang duren – dan voltrekt zich iets waar je je echt heel erg ongelukkig mee voelt. Mijn vraag aan de Minister is: herkent zij het beeld dat er voor pubers en jongeren ook wachtlijsten zijn voor hormoonbehandelingen? En deelt zij het beeld van GroenLinks dat het juist om die reden heel waardevol kan zijn om die zorg ook bij de huisarts te beleggen? De huisarts zou de eerste persoon kunnen zijn met wie pubers in contact kunnen komen en die ze hun wens kunnen voorleggen. Als het dan gaat om complexe gevallen, kan de huisarts doorverwijzen naar specialisten. Graag een reactie daarop van de Minister. Niet alleen als het gaat om minderjarigen, maar ook als het gaat om volwassenen, denkt GroenLinks dat het een goed idee kan zijn om de huisarts eerder in te schakelen, zowel bij de zorg aan de voorkant als bij de nazorg. Ook daarop graag een reactie van de Minister.

Voorzitter. Dan een heel belangrijk punt dat niet alleen geldt voor transgenderzorg, maar meer in het algemeen. Je wilt eigenlijk altijd dat de mensen om wie het gaat, die de zorg moeten ondergaan, kunnen meedenken en kunnen meebeslissen. Wij krijgen signalen dat dit nog onvoldoende het geval is bij transgenderpersonen. Herkent de Minister dit beeld en wat wil zij doen om die inspraak en zeggenschap van de patiënten, de mensen om wie het gaat, te verstevigen?

Sommige mensen die transgenderzorg vragen en willen ondergaan, hebben ook behoefte aan goede psychologische ondersteuning. Ook daar zien we dat er soms een tekort is aan expertise of überhaupt een tekort aan mensen die deze zorg kunnen leveren. Mijn vraag aan de Minister is of zij dit beeld herkent en wat zij daaraan wil doen. Ziet zij mogelijkheden om de opleiding psychologie daarop aan te passen, om te kunnen voorzien in die zorgvraag?

Voorzitter. Ik ga over naar andere punten. Er stonden namelijk heel wat onderwerpen op de agenda. Een heel groot deel van de brief en van de rapporten ging over De juiste zorg op de juiste plek. Ik vertaal dat altijd

naar de zorg slimmer organiseren, zodat de patiënten en de mensen die in de zorg werken daar baat bij hebben. We zien dat dit gewoon nog niet loopt zoals we willen. Sterker nog, een kleine 30 miljoen van de transitiegelden is niet besteed. Wat wil de Minister hieraan gaan doen, op korte termijn, maar ook als het gaat om het sluiten van nieuwe contracten? De Minister geeft aan dat ze dat iets vindt voor het volgende kabinet, maar op dit moment worden de nieuwe contracten gesloten. Ik denk dat niemand in deze Kamer wil dat we deze ronde van contractering missen als het gaat om het doorzetten van deze beweging. Graag een reactie daarop van de Minister.

Ik vond het interessant in de monitoring van de NZa dat de NZa een punt maakt van artsen in loondienst en aangeeft dat het belangrijk is om gelijkgerichtheid te hebben van MSB's en ziekenhuisbestuurders. Dan kan het helpen als artsen in loondienst zijn, juist omdat dan die prikkel om meer productie te draaien, waar de heer Hijink het ook over had, komt te vervallen. De Minister geeft aan dat dit verder onderzocht moet worden, maar er is al heel veel onderzoek gedaan. Ik wil de Minister daarom vragen welke twijfels zij nu nog heeft. Waar twijfelt zij nog over om gewoon door te pakken?

Voorzitter. Over de complexe zorg, de moleculaire diagnostiek, heb ik ook nog wat vragen. De Minister geeft aan dat er geen financiële drempels zijn. Ik moest ook even uitzoeken wat het nou precies is, dus ik zal het even uitleggen voor de kijker thuis. Als je een uitgezaaide vorm van kanker hebt, is het belangrijk om de kern van die tumor te vinden en te weten welke behandeling je precies nodig hebt. Het maakt dus echt enorm uit of we deze diagnostiek kunnen inzetten voor patiënten. Sterker nog, heel veel mensen komen onnodig te overlijden als we dit niet inzetten. Zoals het er nu naar uit ziet, kan deze diagnostiek pas vanaf 2024 overal ingezet worden. Ik vraag de Minister wat zij kan doen om dit proces te versnellen. Volgens mij wil niemand dat we hier zo lang op moeten wachten.

Dan de complexe zorg en zeldzame aandoeningen. Om de zorg slimmer te organiseren willen we expertisecentra. Dan kunnen juist ook deze mensen beter en sneller geholpen worden. We zien nu dat voor 72% van de mensen met een zeldzame aandoening de gemiddelde wachttijd meer dan een jaar is voor ze überhaupt een diagnose krijgen. Daar zijn die expertisecentra zo belangrijk voor. Waarom komen deze nou niet van de grond? Waarom lukt dat nou niet om die expertisecentra op te zetten, terwijl we allemaal de juiste zorg op de juiste plek willen? Wat gaat de Minister doen om de oprichting hiervan te stimuleren?

Dat was het, voorzitter. Dank u wel.

De voorzitter:

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

Mevrouw Bikker (ChristenUnie):

Voorzitter, dank u wel. Ik weet niet hoe het u verging, maar ergens afgelopen week zag ik het plaatje van de verpleegkundigen in Assen die met elkaar de deur wegdroegen van de corona-afdeling in hun ziekenhuis. Wat was dat een iconisch beeld. Voor mijn gevoel werd een tijdperk afgesloten. Mensen die een jaar lang op hun tenen hebben gelopen en zo goed hebben gezorgd, maar ook zo veel verdriet en zo veel nood hebben meegemaakt, mochten juist daar die deur wegdragen. Wat mij betreft is dat een mijlpaal. Wat hopen we dat de ziekenhuizen niet weer zo op de proef worden gesteld.

Voorzitter. We kunnen nu vooruitkijken. Dat is mooi. Tegelijkertijd zien we dat dat spannend is, want op heel veel plekken zal inhaalzorg geleverd moeten worden en dat vraagt het nodige. Er is bovendien tijd nodig voor fysiek en mentaal herstel bij het zorgpersoneel, zowel omdat men zelf

mogelijk ziek is geweest als omdat men anderhalf jaar non-stop kei- en keihard gewerkt heeft. Daarom heb ik een paar vragen aan de Minister. NU'91 heeft gepeild hoeveel mensen van het personeel overbelast zijn. Kan er naar aanleiding van die peiling een raming worden gemaakt van de verwachte uitval en verminderde inzet van personeel, zodat dit ook meegenomen wordt in het herstelplan, de herstellzorg en de inhaalzorg? Als er meer mensen uitvallen dan gemiddeld, betekent dat namelijk dat we ons ook niet al te rijk moeten rekenen qua ziekenhuis capaciteit. Het klinkt technisch, maar het heeft gewoon heel veel te maken met de vraag wat dit uiteindelijk betekent voor patiënten. Kan aan patiënten duidelijk worden gemaakt wat zij wanneer kunnen verwachten? Heeft de Minister daarbij ook inzichtelijk welke mogelijkheden we ook nog hebben in het samenwerken, juist ook met zelfstandige klinieken? Zijn daar nog extra dingen te verwachten of is het uiterste al behaald? Ik vraag haar graag om inzicht daarin. Ik vraag ook of zij een update wil geven over hoeveel zorgprofessionals de hulp en ondersteuning weten te vinden bij het Steunpunt Coronazorgen of bij wat CNV heeft gelanceerd, Samen staan we sterker. Ik denk dat heel veel mensen in de zorg nu aanlopen tegen wat ze allemaal hebben meegemaakt in die achtbaan. Ik hoor die verhalen ook.

Voorzitter. Het tweede punt waarbij ik wil stilstaan is zeggenschap. De zeggenschap van zorgprofessionals over hun werk en professionaliteit is een belangrijk thema van deze Minister. Daarvoor mijn complimenten. Ik lees ook terug in deze brief dat dit in het herstelplan meer ruimte moet krijgen. De aanbevelingen van de SER op dit punt liegen er ook niet om: geef professionals de ruimte, meer scholing en begeleiding, minder regels en ook, ja, ja, meer salaris. Ik zou de Minister willen vragen hoe zij de komende tijd voor zich ziet, eigenlijk tot het najaar, ook in het licht van de Kameruitspraken die zijn gedaan. We hopen allemaal snel op een kabinet. Dan bedoel ik een missionair kabinet, want deze Minister zit er gewoon. Ook als er nog geen kabinet is, hoe ziet de Minister het dan voor zich? Het plan van werkgevers, werknemers en beroepsverenigingen om de professionele zeggenschap van verzorgenden en verpleegkundigen verder te vergroten kan op steun rekenen van de ChristenUnie. Mijn vraag zou zijn: met welke onderdelen van het plan kan de Minister nu al aan de slag en wat hoeft er wat haar betreft niet te wachten op een nieuw kabinet? Ik zou me zo kunnen voorstellen: de kennisdeling, het aanscherpen van de governancecode, de zorg voor de brancheorganisaties en de lokale realisatie van betere zeggenschap, en natuurlijk kijken hoe dit voortgaat. Krijgen de partijen de ruimte en de ondersteuning van de Minister om daarmee aan de slag te gaan?

Zeggenschap gaat ook over inspraak van patiënten. In dat licht vraag ik hoe het staat met de uitvoering van de motie van mijn voorganger, Carla Dik-Faber. Die motie vraagt wat er mogelijk is om burgers een stem te geven in besluitvorming over wijzigingen in het regionale zorglandschap en om daarbij ook de mogelijkheid van een regionale zorgraad te betrekken.

Voorzitter. Dan het punt ten aanzien van transgenderzorg. Meerdere collega's hebben daar al over gesproken. Ik heb trouwens de demonstratie bij het VUmc gezien en de stukken gelezen. Lange wachttijden zijn natuurlijk in elk medisch traject slopend, maar zeker hier is dat het geval, als het om zoiets essentieels gaat als je genderidentiteit. De zorgstandaard van de sector wordt onder andere geëvalueerd op de psychologische evaluatie als voorwaarde voor behandeling. Kan de Minister iets meer toelichten hoe die evaluatie is vormgegeven? En worden daarbij ook inzichten uit het buitenland betrokken? Ik krijg namelijk wisselende signalen over de vraag wat verstandig is qua behandeling en wat mensen helpt. En heeft de Minister de indruk dat een psychologische evaluatie een belangrijke factor is in de wachttijden? Of valt dat mee? Is er een correlatie

of causaliteit? Ik zou even willen zeggen: ja, er is een verband, maar het hoeft niet per se de oorzaak te zijn.

Voorzitter, dan kom ik op mijn laatste punt. Dat is de financiering van de ziekenhuiszorg. Ook in financieel opzicht komen we gelukkig weer in rustiger vaarwater, maar het is een hele opgave om de kosten op lange termijn in bedwang te houden. Ik denk dat dat echt wel kan, ondanks de vergrijzing en dure medicijnen, maar dan wel volgens de inhoudelijke lijn en gecombineerd met gezond financieel verstand, zou ik willen zeggen. Als ik de rapporten en brieven lees die nu op de agenda staan, dan zie ik financiële instrumenten, zoals medisch-specialisten in loondienst, andere manieren van bekostiging en hoofdlijnenakkoorden. Daarvan wordt gezegd dat die niet de omslag kunnen realiseren die nodig is om de zorg betaalbaar te houden. Dat de NZa bijvoorbeeld artsen in loondienst monitort, betekent nog niet dat ze de juiste prikkels hebben om echt anders te werken. Ik zie de inhoudelijke instrumenten, zoals meer zeggenschap, De juiste zorg op de juiste plek, passende zorg en substitutie. Daarvan wordt weer gezegd dat die bewegingen te langzaam gaan en dat die maatregelen nog te weinig effect hebben op de financiën.

Voorzitter. Voor de ChristenUnie is het en-en: én differentiëren in manieren van bekostigen, én meerjarige krimpcontracten in de ziekenhuiszorg als norm, én artsen in loondienst, én een cultuuromslag naar passende zorg in het ziekenhuis. Dan noem ik maar Bernhoven en de ziekenhuizen in Gorinchem, die laten zien dat het kan. Je kunt beide in elkaar laten grijpen en elkaar laten versterken.

Hoewel er veel op de formatietafel zal liggen, vraag ik de Minister toch om actie waar het kan. Daarover heb ik nog een paar korte vragen. Is de Minister bereid om in kaart te brengen wat het van ziekenhuizen en zorgverzekeraars vraagt om in bekostiging te differentiëren, zodat de bekostiging beter past bij het type zorg? Dat is bijvoorbeeld een consultatarief bij diagnostiek en bundelbekostiging voor planbare kritische zorg. Is de Minister daarnaast bereid om in kaart te brengen wat het van ziekenhuizen en zorgverzekeraars in de invoering en uitvoering vraagt om meerjarige contracten met elkaar te sluiten?

Voorzitter. Ten slotte zou ik willen vragen naar het faillissement van de MC IJsselmeerziekenhuizen. Daarover is een motie ingediend door mijn voorganger, Dik-Faber, en collega Kees van der Staaij, die echt ziet op de toekomst van zorg met passende financiering in Flevoland. Hoe staat het daarmee? Ik had dit onderwerp liever aangekondigd, maar ik kwam het pas later tegen in mijn stukken. Mocht de Minister het antwoord niet meteen paraat hebben, dan is het ook prima als er daarover een brief volgt.

De voorzitter:

Dank u wel. Mevrouw Van den Berg heeft nog een vraag.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Ik ben het eens met collega Bikker dat het en-en-en is. In de samenwerking is er een ingrijpende transformatie nodig, zoals BDO zei. Het onderwerp dat ik echter bij mevrouw Bikker mis, is de hele vermindering van de administratieve lasten. We zien nu dus dat 40% van de arbeidstijd aan administratie wordt besteed. Het CDA zegt: als je dat weet terug te brengen naar 20%, dan krijg je meer dan 3 miljard ruimte, effectief alleen al in de ziekenhuizen. Daardoor kun je de werkdruk verlagen en heb je ook geld over voor salarissen, innovaties en heel veel andere zaken. Wat is de mening van de ChristenUnie op dat punt?

Mevrouw Bikker (ChristenUnie):

Verrassing: wij zijn voor veel meer administratieve lasten! Nee, natuurlijk niet. Ik heb mevrouw Van den Berg goed gehoord en ik deel dat met haar. Het is alleen een worsteling om met deze enorme stapel stukken in vijf

minuten tot een betoog te komen met een aantal lijnen waarop ik de Minister in ieder geval heel graag zou willen horen. Maar wat is het belangrijk dat we de administratieve lasten omlaag brengen. Ook denk ik dat een hele hoop zaken niet geregistreerd hoeven te worden als we de zorgprofessionals de verantwoordelijkheid geven om dat medisch traject gewoon goed vorm te geven. Dat hebben we juist in het afgelopen jaar gezien. Dat is juist omdat de zorgprofessional heel goed weet wat er nodig is om goed voor de patiënt te zorgen. We zien heel graag dat daarin een verstandige vernieuwing tot stand wordt gebracht, alleen vraagt dat ook om moed en doorzettingskracht. We weten namelijk allemaal dat daar waar een regel wordt afgeschaft, er ook altijd mensen klaarstaan om drie nieuwe regels te verzinnen.

De voorzitter:

Mevrouw Kuiken, namens de PvdA.

Mevrouw Kuiken (PvdA):

Dank u wel, voorzitter. Heel veel dingen zijn al gezegd, dus ik zal proberen het kort te houden. Ik wil eerst maar even aanhaken bij wat mevrouw Ellemeert zei over die moleculaire diagnostiek die pas over twee jaar beschikbaar komt. Bij haar vraag hierover zou ik me willen aansluiten. Het is natuurlijk sowieso een voortdurende zoektocht. Hoe houd je de steeds stijgende uitgaven voor medicijnen in een klem? Hoe zorg je ervoor dat nieuwe medicijnen of behandelingen sneller op de markt komen? En hoe doe je dat op een manier waarbij het ook echt lonend is? Want ook in de uiteindelijke beoordeling van al die DNA-profielen zit een behoorlijk verschil in kwaliteit, en er is een verschil in kundigheid. En ook daar dreigt alweer een concurrentieslag te ontstaan. Is dat iets dat de Minister herkent? En hoe gaan we dat voorkomen?

Twee. Ik ben net ook even op het Plein geweest. Er was daar een vrolijke demonstratie, maar met een hele serieuze en een behoorlijke ondertoon. Ik heb zelf nog niet veel met transgenderzorg gedaan, maar ik loop al wel een paar jaar in de jeugdzorg mee. Ik zie daar toch heel veel kinderen en jongeren terugkomen met juist deze problematiek, omdat ze zich gevangen voelen zitten in hun lichaam en in een systeem waar ze zich niet mee identificeren. Dat doet me veel pijn en verdriet, want het geeft heel veel depressieklachten, verslavingsklachten en ontsporingklachten, terwijl dat niet nodig is. Ik heb zelf een dochter van 11. Die gaat nu de pubertijd in. Stel dat zij die zorg nodig zou hebben – dat lijkt overigens niet het geval te zijn – dan kun je daar geen drie jaar meer op wachten, want dan zijn er al zo veel stappen gezet in een lichaam die niet meer te veranderen vallen. De Minister zal dat erkennen. Maar dan is de vraag: hoe gaan we dit oplossen? Hoe gaan we ervoor zorgen dat die wachttijden omlaaggaan? En hoe zorgen we er ook voor dat niet iedereen weer voortdurend dat hoepeltje door moet? Het lijkt mij namelijk een beetje vreemd dat als je al een hele transitie hebt gedaan en je wilt als laatste bijvoorbeeld nog de adamsappel laten verwijderen, je weer diezelfde ronde door moet van een psycholoog en wat is het allemaal? Het is meer een keuring waar je weer doorheen moet. We moeten veel meer zeggen: «Je hebt bewust gekozen voor een traject, dan is het niet heel erg onlogisch dat je zo'n laatste stap ook zet, misschien een jaar of twee jaar nadat je een transitie bent ingegaan.» En vaak gebeurt zoiets nóg iets later, want dit zijn vaak van die afrondende ingrepen. Daarmee bagateliseer ik niks, maar ik probeer me er een beetje in te verplaatsen. Ik hoor graag een reactie van de Minister.

Voorzitter. Er zijn veel vragen gesteld over de herstellzorg. Ik maak me daar zorgen over, omdat ik denk dat de ambities hoog zijn. Ik denk dat het personeel nog steeds superoverbelast is en dat we dat niet moeten onderschatten. Bovendien ben ik er ook niet helemaal van overtuigd dat de patiënten niet geleden hebben onder de coronacrisis. Want er zijn toch

ook echt aantoonbaar minder oncologische operaties geweest. Er zijn toch ook meer artsen die aan de bel trekken omdat er bijvoorbeeld meer uitzaaiingen zijn dan nodig was geweest als mensen eerder aan de bel hadden getrokken. Ik maak me dus zorgen over de plannen. Ik maak me zorgen over de samenwerking die daarin betracht wordt, wat we in het vorige debat ook al aanhaalden. En ik maak me zorgen over het personeel, dat deze bulk toch weer moet verwerken. Dus ik herhaal dit maar weer. Daar los ik het niet mee op, maar ik denk echt dat het alle hens aan dek is. We moeten dit goed in de gaten blijven houden en we moeten kijken wat nodig is. En ik denk dat de NZa en VWS hierbij echt een rol moeten spelen. Zij moeten ingrijpen waar samenwerking niet vanzelfsprekend gaat, of waar het nodig is dat er stappen worden gezet.

Voorzitter. Ik had het al even over de dure geneesmiddelen, maar ook over de toelating van geneesmiddelen. En ik maak me wat zorgen over het Zorginstituut. Ik ben er nog niet helemaal diep ingedoken, maar mij bekruipt wel een beetje het gevoel dat men daar wellicht te weinig mensen heeft om alle taken die daar bij de mensen op het bordje liggen, op een goede manier te verwerken. Is dat een zorgpunt voor de toekomst? Ik hoor graag een reactie van de Minister.

De heer Hijink begon over de medisch specialisten in opleiding die na hun opleiding geen baan kunnen vinden. Mevrouw Van den Berg sloot daarop aan. Dat is natuurlijk eeuwig zonde, want er zijn tekorten en tegelijkertijd is er werkloosheid. Volgens mij zijn daar heel relevante vragen over gesteld. Op welke wijze kunnen we daar nou inzicht in krijgen? En hoe kunnen we dit probleem ook oplossen?

Voorzitter. Ik heb geen idee hoe het zit met mijn tijd, maar ik zou nog een laatste punt aan de orde willen stellen. Dat betreft het hoofdlijnenakkoord. Er is behoefte aan meer regionale samenwerking. Tegelijkertijd staan we natuurlijk voor de grote opgave om passende zorg te realiseren, maar de zorg ook betaalbaar te houden. De NZa zegt al dat er met zorgverzekeraars nog nauwelijks afspraken zijn gemaakt. De financiering daarvan laat nog veel vraagtekens zien. En de NZa constateert ook dat in de huidige bekostiging de financiële afspraken zijn gebaseerd op productie. Zij adviseert wederom afspraken te maken op basis van uitkomsten. Dat is, als ik me niet vergis, een wens die al veelvuldig hier in de Kamer is gedeeld, maar het blijft vaak bij voornemens en het komt niet tot uitvoering. Dan kun je zeggen: we wachten allemaal op een formatie. Maar ik weet niet hoe snel het met die formatie gaat. Dus ik vraag me toch af of het niet wenselijk is om al een paar stappen in die richting te zetten, omdat deze Minister dat kan. Ik hoor graag een reactie.

De **voorzitter**:

Dank u wel.

Ik draag het voorzitterschap tijdelijk over aan mevrouw Van den Berg.

Voorzitter: Van den Berg

De **voorzitter**:

Dank. Dan wil ik graag het woord geven aan mevrouw Agema. Zij spreekt namens de PVV.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Dank u wel. Laat ik beginnen met de meest recente cijfers. We hebben niet te maken met 140.000 uitgestelde operaties, maar het zijn er naar schatting 320.000. Dat is meer dan het dubbele, en dan weten we nog niet alles. Dat we deze uitgestelde operaties begin volgend jaar hebben ingehaald, is weliswaar de wens van de Minister, maar laten we bij de realiteit blijven: dit gaat nog jaren duren. De Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie gaf eerder al aan twee jaar nodig te hebben voor de 140.000, dus wat verandert er met deze nieuwe schatting, deze verdub-

beling van het aantal uitgestelde operaties, aan het beleid van de Minister? Dat is mijn eerste vraag, want haast is geboden en langer uitstel is onverantwoord.

Ik heb ook wat vragen over het beeld. Steeds zien wij schattingen die dan bijvoorbeeld uitgaan van maar twee ziekenhuizen of van vier veel voorkomende aandoeningen, maar we krijgen eigenlijk nooit het hele landelijke beeld. Ik heb daar eigenlijk wel behoefte aan. Ik wil graag weten hoe groot het drama dat corona heeft veroorzaakt nou eigenlijk is.

Voorzitter. We zien nu bijvoorbeeld al vaker patiënten met een uitgezaaid melanoom. Patiënten met een hart- of herseninfarct hebben vaker blijvende gezondheidsschade opgelopen. We zien meer darm- en borstkanker omdat het bevolkingsonderzoek was stilgelegd. En wat te denken van de situatie van nierpatiënten, nu 13% minder niertransplantaties zijn uitgevoerd? Ook wachten nog eens 12.000 mensen, vooral ouderen en kwetsbare patiënten, op een knie- of heupoperatie. En wat de conditie is van patiënten met een liesbreuk of van patiënten die wachten op een galblaasoperatie, weten we niet eens.

Inmiddels lopen de wachttijden voor de poliklinieken hard op. In februari 2021 hadden 7 van de 23 specialismen een hogere wachttijd voor de polikliniek dan de treeknorm. In mei waren dat er 11. Ik vraag de Minister wanneer dit weer in orde is. Gaat de Minister haar herstelplan aanpassen om langer uitstel te voorkomen? Draaien de operatiekamers ook weer in het weekend? Worden alle zelfstandige klinieken ingezet? Wordt er gebruikgemaakt van capaciteit in het buitenland? Worden de bevolkingsonderzoeken weer op volle kracht uitgevoerd? Waar blijven de broodnodige structurele loonsverhogingen voor zorgmedewerkers?

In aanvulling daarop: zijn de budgetplafonds van de zorgaanbieders al geschrapt, niet alleen voor dit jaar maar ook voor volgend jaar en voor zo lang de inhaalzorg duurt? En hoe zit het met de maximale toegestane groei van de ziekenhuizen? De volumegroei in 2022 mag 0% zijn. Hoe is het daarmee? Is het al geschrapt? Het lijkt me toch dat ziekenhuizen met heel veel kosten te maken krijgen, en dat deze 0% volumegroei in 2022 niet haalbaar is.

Voorzitter. Dat is ook het advies van de Raad van State. Zij zeggen: we moeten afstappen van sectorale hoofdlijnenakkoorden over een centrale financiële groeिनorm. Volg het op, zou ik de Minister willen zeggen. De Algemene Rekenkamer kwam ook met een goed advies, namelijk om te stoppen met het programma Zinnige Zorg. Ook in het vervolgprogramma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik ziet de Algemene Rekenkamer niets. Wij zien daar ook niet veel in. Stop met die focus op de kosten. Geef nu eens ruim baan aan het oordeel van de zorgprofessional en neem kwaliteit als toetsingskader in plaats van de kosten.

De coronacrisis heeft duidelijk aangetoond dat we geen vet meer op onze botten hebben, en dat is wel nodig. Er moet geïnvesteerd worden in personeel, in ic-capaciteit, in genees- en hulpmiddelen, in innovatie en in e-health, en er moeten vooral geen ziekenhuizen en spoedeisendehulp-posten meer worden gesloten. Ik las dat de intensive cares terug zijn naar de situatie van voor corona. Natuurlijk is het hartstikke goed dat de bedbezetting enorm terugloopt en er vandaag misschien zelfs minder dan 100 patiënten op de ic liggen – ik weet niet hoeveel het er vandaag zullen zijn – maar het baart me wel zorgen, want wat als er weer zo'n crisis opkomt? Wat als er weer een vleermuis door een Chinees in de wok gegooid wordt? Wat als we weer met zo'n crisis te maken krijgen? Waarom is de ic-capaciteit niet structureel opgehoogd? We zijn in de afgelopen tien jaar negentien ic's en zestien spoedeisendehulp-posten kwijtgeraakt. We raakten 842 ic-verpleegkundigen kwijt, en in het afgelopen jaar nog eens 100. Wanneer krijgen we deze mensen terug? Er moet toch meer mogelijk zijn dan opleiden? Hoe krijg je mensen die gedesillustioneerd zijn afgehaakt weer terug in het ziekenhuis, aan het intensiverebed?

Als laatste puntje noem ik het Bronovo. Stop met de sluiting van het Bronovoziekenhuis. Het is nog niet te laat. De sluiting staat gepland voor 2024. Gebruik het Bronovo als locatie om een zorgcrisisreserve op te richten, als buffer, als crisisopvang, voor opleiding en stageplaatsen, en om een vliegende ic-brigade in te stellen. We hebben niet alleen een hele berg aan uitgestelde zorg in te halen, maar we moeten ook beter voorbereid zijn op de toekomst en toekomstige crises.
Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Agema. Dan geef ik het voorzitterschap weer aan u terug.

Voorzitter: Agema

De voorzitter:

Dank u wel. Ik kijk even naar de Minister. Wegens een storing vraagt de Minister om een schorsing van een halfuur. Dat gaan wij honoreren. We schorsen tot 16.10 uur.

De vergadering wordt van 15.39 uur tot 16.26 uur geschorst.

De voorzitter:

De Minister is er klaar voor, dus ik heropen de vergadering. Het woord is aan de Minister.

Minister Van Ark:

Dank u wel, voorzitter. Dank ook aan uw leden voor hun vragen en opmerkingen over de onderwerpen die vandaag op de agenda staan. Die zijn ook van belang bij de vraagstukken waar we voor staan, vooruitkijkend, maar ook lerend van het afgelopen jaar. Er zijn veel vragen gesteld. Ik had mezelf voorgenomen om ze per fractie te beantwoorden. Dat heeft wel een beetje als nadeel dat degenen die als laatste dingen gezegd hebben ... Maar ik weet dat mevrouw Kuiken gewoon al haar interrupties op mij af gaat vuren. Laat ik even kort een paar woorden ter inleiding zeggen en dan overgaan tot de beantwoording van de vragen. Er zijn vandaag een aantal onderwerpen langsgesproken die echt ongelooflijk van belang zijn. Dan denk ik bijvoorbeeld aan de inhaalzorg. Die is van wezenlijk belang voor veel patiënten die het afgelopen jaar hebben meegemaakt dat hun operaties werden uitgesteld. Dat was dan wellicht medisch gezien wel acceptabel, maar heeft voor ongelooflijk veel leed gezorgd en in sommige gevallen ook voor verergering van de situatie waarvoor patiënten zich in eerste instantie hadden gemeld bij de artsen. Bij dat onderwerp zullen we vandaag aan de hand van de vragen uitgebreid stilstaan.

Dat is ook niet los te zien van het herstel van de mensen die in de zorg werken. Daar heb ik de afgelopen week ook heel veel werk voor verricht met de mensen op het departement en met de mensen in het veld. Ik heb in elk gesprek geprobeerd te benadrukken dat die twee eigenlijk niet los van elkaar gezien mogen worden, en zeker niet als het gaat om concurrerende vraagstukken. Want dat zou echt niet goed zijn. Je kan de zorg van patiënten alleen maar inhalen met mensen die voldoende hersteld zijn. Mensen die in de zorg werken en weten dat er nog heel veel patiënten wachten, hebben het veel moeilijker om te herstellen, gezien hun inzet voor de zorg.

Er is door verschillende Kamerleden een doorkijk gemaakt naar de toekomst toe. Ik denk dat we heel veel lessen kunnen leren en dat er ook echt nog heel veel evaluaties aankomen. Maar juist nu is al een aantal zaken toe te passen. Denk bijvoorbeeld aan de samenwerkingsverbanden die zijn ontstaan tijdens de coronacrisis. Ik ben het eens met mevrouw

Paulusma: we hoeven heel veel zaken niet grootscheeps vanaf een tekentafel te veranderen om datgene wat in het afgelopen jaar bereikt is door te zetten.

Voorzitter. Ik ga starten met de vragen van mevrouw Van den Berg. Zij kaartte een aantal belangrijke onderwerpen aan en refereerde aan eerdere inbrengen die ze had gedaan. Daar zit inderdaad een behoorlijk consistente lijn in en ook een duidelijke agenda, zo kan ik bevestigen. Als het gaat om De juiste zorg op de juiste plek, dan heb ik de woorden van mevrouw Van den Berg eigenlijk als volgt gehoord: we moeten er gas op zetten; het moet sneller. Uit de NZa-monitor waar zij aan refereerde, blijkt dat er in 2019 nog onvoldoende afspraken waren gemaakt over de inhoud van de contracten en het realiseren van De juiste zorg op de juiste plek. Ik ben het met haar eens: we moeten gas geven als het gaat om deze afspraken. Tegelijkertijd realiseren we ons ook dat je het niet overnight kan doen. Er gebeurt wel degelijk het nodige. Want een deel van de inhoudelijke afspraken wordt niet contractueel vastgelegd, bijvoorbeeld omdat dat als zeer tijdrovend en complex wordt gezien en omdat De juiste zorg op de juiste plek – dat is een onderwerp dat vaak in deze commissie naar voren komt – gezien wordt als iets wat je in vertrouwen met elkaar opbouwt. Als je alles gaat juridiseren en in contracten gaat zetten, dan is er ook de angst dat je die vertrouwensrelatie ondermijnt. Maar ik wil daar toch ook in de richting van mevrouw Van den Berg het nodige over zeggen, voor zij zou denken dat het een beetje een vrijblijvende boel gaat worden. Wij moedigen partijen wel degelijk aan om de transitieafspraken over De juiste zorg op de juiste plek zo veel mogelijk wel in contracten vast te leggen. We bespreken in de bestuurlijke overleggen ook de voortgang, met elkaar en met de hoofdlijnenakkoordpartijen. We kijken naar de ervaringen die zij met elkaar opdoen en we ondersteunen daar waar het nodig is. Ook in de richting van de zorgverzekeraars heeft de NZa een referentiekader voor De juiste zorg op de juiste plek ontwikkeld. Daar zijn ze over in gesprek. Dat gebeurt op het niveau van strategie en visie, de koppeling van de regioplannen en, heel concreet, de doorvertaling in het zorginkoopbeleid en contractuele afspraken.

Mevrouw Van den Berg vroeg naar de zeldzame ziektebeelden. Daarnaast zei zij: ik heb op 6 januari een brief gekregen, maar mijn vraag was eigenlijk breder dan waar het over ging in die brief, namelijk over zeldzame ziektes. Zij vroeg naar de verschillende belangen die er zijn, omdat ik had aangegeven dat het aan de medische professionals is om te bepalen op welke zeldzame ziektebeelden concentratie gewenst is. Ik ben het met haar eens dat er bij beslissingen over het concentreren van zorg ook andere dan alleen medische overwegingen een rol spelen. Vooral van belang is het belang van de patiënt en de kwaliteit van de zorg. Dat moet centraal staan in de beslissingen. Dat is dan ook de reden dat wij de patiëntenvereniging voor zeldzame en genetische aandoeningen, de VSOP, betrekken bij het beleid dat er is ten aanzien van het concentreren van de zorg en ook bij de erkenning van de expertisecentra. Later in zo'n proces kan de NZa in beeld komen en relevant zijn, bijvoorbeeld om ervoor te zorgen dat de bekostigingssystemen en de tariefstelling passend zijn.

Mevrouw Van den Berg vraagt of ik voor het begrotingsdebat een brief wil sturen over de hoogcomplexiteit laagvolume-ingrepen. Dat kan ik doen met de visie toekomst zorg voor zeldzaam en een reactie erop. Die kan ik in het najaar sturen aan de Kamer.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Ik hoor de Minister nu weer het woord «zeldzaam» zeggen, maar die brief gaat voor mij over meer dan alleen maar de zeldzame ziektes. Twee jaar geleden noemden wij het voorbeeld van prostaatkanker. Daar gaat het mij dus ook om. Je ziet dat de volumenorment nu van 100 naar 150 is gegaan, maar er zijn nog steeds redelijk veel plekken in Nederland waar wordt

geopereerd. In een land als Duitsland, waar het veel meer geconcentreerd is, is het percentage incontinentie aanmerkelijk lager. Het is voor ons dus echt breder dan alleen maar zeldzame ziektes: het gaat breed om hoogcomplexere laagvolumezorg.

Minister Van Ark:

Ik denk dat het goed is om daar uitgebreider bij stil te staan, temeer omdat het denk ik zeer terecht is wat mevrouw Van den Berg aangeeft. We hebben hier in de Kamer tegelijkertijd natuurlijk ook vaak discussies over de nabijheid van zorg en waar die zorg dan moet zijn. De heer Hijink zei zelfs: voor ons is de nabijheid van zorg ook onderdeel van de kwaliteit. Ik denk dus dat het goed is om dat te doen. Mijn voorstel is dat ik dat betrek bij die brief, zodat we niet alleen kijken naar de zeldzaamheid, maar überhaupt naar het vraagstuk van hoogcomplexere laagvolumezorg.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Over bereikbaarheid heeft de Raad voor Volksgezondheid & Samenleving op initiatief van het CDA nog een apart advies geschreven: Van deelbelangen naar gedeeld belang. Juist die bereikbaarheid is onderdeel van de kwaliteit, maar dat heeft met name betrekking op de acute zorg. Iedereen is blij dat wij een Antoni van Leeuwenhoekziekenhuis hebben, zodat je als je echt enorme ellende hebt met kanker, weet dat je dan zo'n hoogspecialistisch centrum hebt. Het gaat ons dus met name om het borgen van de planbare zorg. Ik heb in dat verband nooit iemand over het Antoni van Leeuwenhuisziekenhuis horen zeggen: dan moet ik daarvoor naar Amsterdam reizen. Men is gewoon blij dat men dan al die kennis en expertise daar bij elkaar heeft. Het gaat ons dus met name om de planbare zorg. Zeker ten aanzien van de acute zorg ben ik het helemaal met meneer Hijink eens: als een kind van de trap valt, moet je gewoon om de hoek terecht kunnen.

Minister Van Ark:

Over dat laatste zijn we het allemaal eens. Ik denk dat dat ook goed is. Ik noemde dit omdat er altijd een gebied is waarop de spanning ontstaat. Dit zijn inderdaad voorbeelden waar ik mij zeker achter schaar. Dat lijkt me ook heel erg goed. Zoals mevrouw Van den Berg zegt, gaat het om de planbare zorg. Er is een aantal ziektes waarbij ik geen overzicht heb dat inzicht biedt in welke UMC's en ziekenhuizen met elkaar samenwerken. Ik refereerde aan het onderzoek van de NFU over de toekomst van de zorg voor zeldzaam. Daar was mijn antwoord op gericht, maar mevrouw Van den Berg vraagt me om dat te verbreden naar de planbare zorg. Die visie zal ik naar de Kamer sturen met een reactie daarop. Daarbij betrek ik wat mevrouw Van den Berg zegt, namelijk dat het breder is.

Het lijkt me goed om in dit kader ook nog even iets aan te geven over de Europese referentienetwerken. Ik heb daar in de meest recente brief ook iets over gestuurd. Nederland speelt echt een grote rol in die netwerken, zeker als je kijkt naar de omvang van ons netwerk ten opzichte van een aantal Europese netwerken. Dat zijn er ongeveer 28 en daar spelen wij echt een grote rol in. Dat is ook iets om trots op te zijn.

Mevrouw Van den Berg stelde vragen over het advies van de kwartiermaker governance van kwaliteitsregistraties. Ik had dat van het weekend «in de tas», zoals dat heet. Ik had er nog een aantal vragen over en die ben ik nu aan het bespreken. Ik verwacht dat alles deze week aan de Kamer toe te kunnen sturen. Dat komt dus zo snel mogelijk. Ik hecht zeer aan zorgvuldigheid en daarom vind ik het ook van belang om goed de dwarsverbanden met andere dossiers te leggen. Maar de antwoorden komen deze week naar de Kamer.

In het kader van de kwaliteitsregistraties vraagt mevrouw Van den Berg om niet alleen te kijken naar de kwantiteit, maar ook naar een breed palet aan indicatoren. Dat lijkt me bij uitstek een belangrijke zaak. De kwaliteits-

registraties zijn vooral van belang om zicht te krijgen op de kwaliteit van de zorg. Dat is de basis voor leren en verbeteren. Het kan ook aan de basis liggen van concentratie. De voorwaarde is natuurlijk dat de kwaliteitsregistraties goed zijn en dat de beroepsgroep heeft beschreven aan welke eisen en criteria de zorg moet voldoen. Hier praten we ook over bijvoorbeeld minimale volumennormen.

De beroepsgroep van de zorg voor hartafwijkingen geeft aan dat de huidige registratie vrij beperkt is. Enkele Kamerleden vroegen daarnaar. Het gaat daarbij om de registratie van mortaliteit en complicaties. Daardoor is er onvoldoende inzicht in de kwaliteit van zorg. Om te kunnen leren en verbeteren heb je meer registratie nodig. Dat wil je doen op basis van de diagnoses die patiënten krijgen en ook op basis van de relevante uitkomsten voor de patiënt. Het is bij uitstek aan de mensen van de beroepsgroep om te bepalen wat zij voor de specifieke vorm van zorg van belang vinden om te registreren. Daarbij betrekken ze ook de patiënt, de zorgverzekeraar en de zorgaanbieders. Hier is het natuurlijk zoeken naar een balans, want je wilt registreren wat je nodig hebt, maar niet over-registreren, want dat werkt onnodige bureaucratie in de hand. Denk ook aan alle discussies die we hebben over administratieve lasten. Mevrouw Van den Berg stelde een retorische vraag over bureaucratie: moeten we de oorzaak van de administratieve lasten aanpakken en niet de symptomen? Daar ben ik het zeer mee eens. In het afgelopen jaar hebben we heel veel gedaan. Ik heb de Kamer eind vorig jaar daarover geïnformeerd. Ik denk dat we zeker stappen kunnen zetten. Daarvoor moeten we verder kijken dan de symptomen. Het gaat dan inderdaad om de oorzaken. Bovendien moet je, als je de spade een stuk dieper in de organisatie steekt, bekijken waar de bureaucratie steeds aangroeit. Dat levert natuurlijk geld op of beter gezegd: dat bespaart geld. Dat is van belang. Maar het belangrijkste is dat daarmee ook tijd vrijgespeeld wordt voor zorgverleners. Dat is ook een gemeenschappelijke drijfveer voor ons hier in de Kamer, want die tijd kunnen zorgverleners besteden aan mensen in plaats van aan computersystemen of aan dingen opschrijven. In dat kader stelde mevrouw Van den Berg haar vraag over de lerende cultuur. Waarom zijn de protocollen niet toegankelijk? De richtlijnen en de kwaliteitsstandaarden zijn een tripartiet bezit van de beroepsgroep, de patiënt en de verzekeraars. Die moeten openbaar zijn. Dat is ook een eis van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, zodat die toezicht kan houden. Zowel het Zorginstituut als de FMS houden hier registers van bij, dus het klopt niet dat ze niet openbaar zijn. Ik herken wel dat ze soms moeilijk vindbaar en moeilijk te begrijpen zijn, terwijl je als patiënt goed geïnformeerd wilt zijn om de juiste keuze te maken. Een goed voorbeeld van hoe het wel moet, vind ik de richtlijnen van de huisartsen. Via thuisarts.nl hebben ze alles inzichtelijk gemaakt. Daar vinden we ook steeds meer richtlijnen van medisch specialisten.

Vorige week, bij het commissiedebat over pakketbeheer, spraken we ook al over het initiatief Fit4Surgery, waarnaar mevrouw Van den Berg verwees. Zij vroeg welke ziekenhuizen die hybride zorg aanbieden. Voor zover ik weet, loopt Fit4Surgery alleen in het Radboudumc. Maar we zien in andere ziekenhuizen soortgelijke programma's. Ik heb alleen geen lijst met de verschillende programma's die in de verschillende ziekenhuizen worden aangeboden. Zoals ik vorige week tijdens het commissiedebat over pakketbeheer heb gezegd, is het van belang om met elkaar in de keten van preventie te bekijken welke gezondheidswinst werkt en welke niet. Ik vind het wel een heel mooi initiatief.

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

Ik wil nog even terugkomen op die protocollen. De Minister zegt dat de richtlijnen en de kwaliteitsstandaarden openbaar moeten zijn. Maar volgens mij hebben ziekenhuizen heel vaak nog interne protocollen, die ook nog per ziekenhuis kunnen verschillen. Dat verbaast mij, want ook

daar zou ik zeggen dat je samen in het kader van een lerende cultuur tot eenduidigheid moet kunnen komen. Daar zou ik wat meer openheid over willen hebben.

Minister Van Ark:

Dat zou ik even na moeten gaan, want dan gaat het bij mij een spade dieper. Ik kom daar in tweede termijn op terug, of ik zoek het nader uit.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Bij preventie geeft de Minister aan dat zij daar nu geen beeld van heeft. Het concrete verzoek dat we hebben gedaan, is of de Minister voor de begrotingshandeling op deze drie voorbeelden kan reageren. Voor preventie geldt dat voorkomen beter is dan genezen. Kunnen we én ten aanzien van Fit4Surgery én ten aanzien van het voedingsinitiatief én ten aanzien van de Stuurgroep Ondervoeding van de Minister voor de begrotingsbehandeling van 2022 een stand-van-zakenbrief over de ziekenhuizen krijgen?

Minister Van Ark:

Een dezer dagen komt sowieso het rapport van de Stuurgroep Ondervoeding naar de Kamer toe. Wij noemen dat op het departement de veegbrief, met alle toezeggingen en zaken die gevraagd zijn. Die komt er dus nog aan. Ik ben altijd zeer bereid om mevrouw Van den Berg ter wille te zijn, maar ik ben even op zoek naar de beste manier om dat te doen. Op heel veel plekken zien we initiatieven die dit principe ondersteunen. Ik heb geen standaardopsomming van verschillende initiatieven op het ministerie. Ik snap de beweging die mevrouw Van den Berg wil maken. Laat ik in tweede termijn met een voorstel komen hoe ik dit op een goede wijze kan doen. Want volgens mij willen we allemaal de kennis en de informatie hebben, maar ik moet even zoeken hoe ik dat werkbaar maak. Daar kom ik in tweede termijn dus even op terug.

Dan de vraag van mevrouw Van den Berg over mondmaskers die worden gemaakt en niet ingekocht. Die deed mijn SZW-hart sneller kloppen. Ik heb een tijdje geleden vanuit het ministerie gesprekken gevoerd over de beschikbaarheid van persoonlijke beschermingsmiddelen dichtbij, wat we echt van belang vinden. Ik zou heel graag vanuit dat kader en vanuit strategisch oogpunt met deze partijen in gesprek gaan over de mogelijkheid van productie dichtbij. Daarbij teken ik wel aan dat het LCH geen producten meer inkoopt omdat er genoeg op voorraad is. Wat we wel aan het doen zijn met de organisaties die nu persoonlijke beschermingsmiddelen in Nederland maken, is met hen kijken hoe zij in de reguliere zorginkoop een voet tussen de deur krijgen, doordat zij laten zien wat hun meerwaarde is, bijvoorbeeld qua duurzaamheid of qua inzetbaarheid van mensen met een afstand tot de arbeidsmarkt. Vanuit die hoedanigheid ga ik graag met hen in gesprek.

De voorzitter:

Uw zevende vraag.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Ja, dat weet ik, voorzitter. Maar ik wil de Minister alvast even bedanken. Want ik weet dat de mensen in Sittard meekijken en zeer blij zijn dat de Minister in ieder geval contact met ze gaat zoeken.

Minister Van Ark:

Voorzitter. Dan kom ik bij de vragen van de heer Hijink. Hij legde beide pijlers – zo noem ik het maar even – onder wat de komende periode broodnodig is. De inhaalzorg zette hij heel stevig neer. Ik denk dat het ook heel goed is dat hij dat op die manier deed. Hij zei: we hebben die inhaalzorg, maar de werkdruk is al zo hoog; waar staat de Minister nu en

wat kan ze doen? In mijn inleiding gaf ik al aan dat wat mij betreft het een niet zonder het ander kan. We hebben een enorme noodzaak om zorg in te halen. Tegelijkertijd kan je dat alleen maar doen als de mensen in de zorg, die de afgelopen anderhalf jaar zo hard aan de frontlinie hebben gestaan, hersteld zijn. Dat zijn ook geen tegenstrijdige belangen, want je kan de zorg niet inhalen met mensen die moe zijn. En mensen die weten dat er nog zo veel mensen zorg nodig hebben, herstellen niet goed.

Waar staan we nu? Eerlijk gezegd buitelen de cijfers weleens over ons heen vanuit de verschillende perspectieven die er zijn. Dat is precies ook de reden waarom wij aan de ziekenhuizen gevraagd hebben om in kaart te brengen wat bij hen de zorgvraag is. Ik sta er wat breder bij stil, omdat er veel vragen over zijn geweest. Wij kunnen niet met één druk op de knop zien wat de achterstand is. Dat lijkt gek, maar dat is ook ingegeven door het type operatie. Om een voorbeeld te geven: elk jaar worden 60.000 operaties uitgevoerd om buisjes te plaatsen. Die zijn afgelopen jaar niet uitgevoerd, omdat er geen operaties nodig waren. Vanwege die 1,5 meter waren er veel minder van dat soort operaties nodig. Aan de andere kant is misschien zwaardere zorg nodig – mevrouw Agema refereerde daaraan – omdat bijvoorbeeld melanomen in een verder stadium zijn. Je kan dus niet alleen maar op basis van de cijfers zeggen: zo is het. Daarom hebben we gevraagd aan de ziekenhuizen en de zorgverzekeraars om bij hen de zorgvraag in kaart te brengen. Dan hebben we dat half juli. Dan kunnen we vanaf september aan de slag met de inhaalzorg, met uitzondering van de categorie kritiek planbare zorg, die binnen zes weken ingehaald moet worden. Mevrouw De Vries vroeg ook hoe het daarmee staat. In heel veel ziekenhuizen zijn ze weer op peil. In een aantal ziekenhuizen lopen ze die inhaalzorg nog in voor die categorie, maar wel binnen de zes weken die daarvoor staat.

De voorzitter:

Mevrouw Paulusma. Of nee, maakt u eerst even uw zin af, want dan zit de vraag van mevrouw Paulusma er misschien wel in.

Minister Van Ark:

Oké. De heer Hijink vroeg: hoe ga je dat doen aan de kant van de mensen die werken in de zorg? Daarvan meen ik dat we dat niet vanuit het ministerie voor mensen kunnen bedenken, maar dat dat bij de beroepsgroepen zelf vandaan komt. Daarom hebben de medisch specialisten, dus de FMS, en de V&VN hun achterbannen gevraagd wat zij nodig hebben. Daar is heel veel uitgekomen. Dat verwerken zij op dit moment, maar dat wil ik ook betrekken bij het daadwerkelijke plan voor de inhaalzorg, dat dan naar verwachting vanaf september kan gaan beginnen. In dat plan zit de monitoring van de NZa om te kijken of we het ook halen. In het afgelopen jaar hebben we de samenwerking gezien, die ook door de crisis natuurlijk heel hard nodig was. Laat ik het zo zeggen: het zou zonde zijn als die samenwerking door de bestaande financiële prikkels en systemen geen doorgang meer zou vinden, want die samenwerking hebben we ook keihard nodig voor de inhaalzorg. Ieder voor zich redden we het niet. In samenwerking kunnen we dit redden. Dat is even het eerste antwoord op de vraag van de heer Hijink.

De voorzitter:

Meneer Hijink. O, sorry, mevrouw Paulusma was eerst.

Mevrouw Paulusma (D66):

Ik refereer even aan de laatste woorden van de Minister: het zou zo zonde zijn. Als we dat in gedachten houden en als we toch dit hele onderzoek moeten doen en allerlei dingen met elkaar moeten combineren omdat die knop blijkbaar niet bestaat, kunnen we dan ook niet kijken of alle uitgestelde zorg nog wel moet gebeuren in het ziekenhuis? Het zou

namelijk zonde zijn als we blijven doen wat we altijd deden, want in het kader van De juiste zorg op de juiste plek zit er wellicht een hele groep patiënten tussen die beter en sneller op een andere plek geholpen kan worden.

Minister Van Ark:

Dat vind ik juist het mooie van wat hier voorligt. Uiteindelijk gaan we dat in de regio's doen. Ik heb in mijn brieven veel focus gelegd op de ziekenhuizen, maar er staat ook dat dit geen plan is over de ziekenhuizen; zeker niet als het gaat om herstel van de mensen in de zorg, wat zorgbreed is, maar ook als je kijkt naar de samenwerking die is ontstaan. In de eerste golf lag iedereen met corona in het ziekenhuis, in de tweede en de derde golf konden heel veel mensen thuis verzorgd worden, met de kwaliteit van zorg die ook in ziekenhuizen werd geleverd. Dit zijn allemaal zaken die we betrekken bij de inhaalzorg. Daarom denk ik ook dat je het, als je het zou doen zoals je het altijd deed, niet redt. Ik sprak vorige week met Ernst Kuipers, die mij vertelde dat, als we patiënten niet waren gaan spreiden, we in het merendeel van de ROAZ-regio's op code zwart waren uitgekomen. Daar zijn we nu niet op uitgekomen, dankzij al die mensen die zo hard hebben gewerkt, maar ook omdat er is samengewerkt. Zo kijk ik ook naar de inhaalzorg. De ambitie geldt voor dit jaar, met een uitloop naar volgend jaar, omdat het echt van belang is voor mensen dat ze weten dat ze geholpen worden. Dat kan alleen door samenwerking. Of dat ook echt realistisch is, kan ik half juli zien, zeg ik alvast tegen mevrouw Agema, als we die plannen krijgen. Daar is natuurlijk wel alles op gericht. Dan weten we ook echt hoe realistisch dat is. Maar het is onze ambitie.

Mevrouw Paulusma (D66):

Nog een korte vervolgvraag. Die samenwerking waar we beiden met veel lof over spreken, kan alleen maar gestalte krijgen als de financiering daarvoor ruimte laat. Want anders gaan we alsnog doen wat we altijd deden, namelijk de behandeling in het ziekenhuis uitvoeren, omdat de dbc's nu eenmaal zo functioneren. Gaat in dat plan ook een andere vorm van financiering een grote rol spelen?

Minister Van Ark:

We hebben sowieso met de zorgverzekeraars afgesproken dat zij – zij zijn immers degenen die erop moeten letten dat iedereen de zorg krijgt die hij nodig heeft – de hele keten in de gaten houden. Als er ergens hiccups zijn, bijvoorbeeld in de relatie tussen zelfstandige behandelklinieken en de ziekenhuizen, om maar wat te noemen, zijn zij als eerste aan zet. Daarom zit de monitoring van de NZa erop, omdat ik zoals gezegd maandelijks alle cijfers wil hebben, zodat we in een vroegtijdig stadium kunnen zien of het ergens stopt of verder goed loopt. Dan kunnen we elkaar daarop aanspreken. We hebben ook afgesproken dat we de zorgbrede overleggen die we hebben, waar niet alleen de beroepsgroep en de zorgorganisaties, zowel in de cure als in de care, maar ook de zorgverzekeraars en de toezichthouder in zitten continueren, omdat we met z'n allen zeggen: de inhaalzorg is net zo belangrijk, net zo wezenlijk voor heel veel mensen als de coronazorg. Die samenwerking blijven we dus inderdaad op die manier continueren. Ik denk dat we daar lessen uit leren voor de toekomst. Maar dan is er ook nog ergens een formatie die zich daar ook over zal moeten uitspreken. Maar alles wordt er nu op gezet om de samenwerking te continueren.

Mevrouw Paulusma (D66):

Dit roept weer een vraag bij mij op, want ik kan mij voorstellen dat ziekenhuizen die rekening hebben gehouden met een bepaalde set behandelingen, dus ook begrotingstechnisch, misschien wat moeilijker te bewegen zijn naar het verplaatsen van zorg buiten de ziekenhuismuren.

Dan gaan we dus doen wat we altijd deden, als je afhankelijk bent van de financiën die de planning van behandelingen met zich meebrengt.

Minister Van Ark:

Hoe zeg ik dat? Sowieso gaat de patiënt in gesprek met degene die hem of haar de zorg verleent die volgens de planning de zorg zou zijn. Als iemand het graag sneller wil, dan kan via de zorgverzekeraar worden gekeken of het ergens anders sneller gaat. Deze samenwerking is er juist op gericht om datgene wat in de coronacrisis zo goed werkte, namelijk alle schouders eronder, door te zetten, juist voor de programmatische aanpak van de inhaalzorg. Ik denk eerlijk gezegd, gezien de hoeveelheid mensen waar we het over hebben – ook al hebben we de exacte cijfers nog niet – dat niemand in de zorg het komende jaar bang hoeft te zijn dat er te weinig werk is. Ik heb dus een positieve grondhouding, maar voor de zekerheid hebben we de NZa-monitoring.

De heer Hijink (SP):

Ik denk dat heel veel mensen het moeilijk vinden om te begrijpen dat we het aan de ene kant hebben over inhalen van zorg, dus dat we nog meer gaan vragen van de zorgverleners in ziekenhuis, en dat we tegelijk nu bij de academische ziekenhuizen zien dat er een staking dreigt, omdat we niet verder komen dan een loonsverhoging van 0%. Hoe denkt de Minister dat zorgverleners in ziekenhuis nog harder kunnen gaan lopen als zij zo weinig steun voelen, niet zozeer van de kant van de werkgever, maar ook vanuit de politiek hier? We praten al maanden over een hoger salaris en over meer waardering, maar dat komt er gewoon niet. Er dreigt nu in de academische ziekenhuizen een staking, terwijl we het hier hebben over het inhalen van zorg. Hoe ziet zij dat voor zich?

Minister Van Ark:

Ik denk dat heel veel belangrijke zaken op dit moment samenkomen in de ziekenhuizen. Dan gaat het om het herstellen van wat er de afgelopen anderhalf jaar is gebeurd en om allerlei aspecten uit het SER-rapport die juist van de werkvloer komen, bijvoorbeeld de waardering die er nodig is, de doorgroei, de zeggenschap en dat soort vraagstukken. Daar zitten ook vraagstukken in als de financiële waardering ten aanzien van de randvoorwaarden die de overheid stelt. Ik heb ook in antwoord op de motie van de heer Kwint over de arbeidsvoorwaarden aangegeven dat ik de komende maanden wil kijken wat ik wel kan doen, want ik heb steeds aangegeven wat de beperkingen zijn van de formatie, maar ik heb ook gezegd dat er een SER-rapport ligt dat ik zeer enthousiasmerend vind en waarvan ik ook graag ambassadeur wil zijn. Dat herhaal ik hier. Tegelijkertijd denk ik ook dat wij als overheid weliswaar deels zeggenschap hebben over de randvoorwaarden voor de cao-onderhandelingen, bijvoorbeeld door het vaststellen van de ova, maar dat de cao-onderhandelingen liggen op de plek waar werkgevers en werknemers met elkaar praten. Dat is wat er gebeurt als er in een ziekenhuis over gesproken wordt, dus ik wil daar ook niet te veel in treden, maar ik wil, in de verantwoordelijkheden die ik als overheid heb, wel mijn verantwoordelijkheid nemen.

De heer Hijink (SP):

Ik vind dit zo gemakkelijk. Als ik met 100 vrienden één kratje bier moet verdelen, dan wordt het een bijzonder schraal feestje. De overheid stelt de voorwaarden en stelt de financiën beschikbaar waar de zorgverleners het mee moeten doen. Als die voorwaarden er niet zijn, dan krijgen we dus dat er in de academische ziekenhuizen een staking dreigt omdat er blijkbaar te weinig budget is om een structurele loonsverhoging door te voeren. Als je aan de ene kant als Minister eist en verwacht – en iedereen verwacht dat – dat de zorgverleners de problemen wel weer gaan oplossen, dat in de ziekenhuizen de problemen wel weer worden

opgelost, dat die zorg ingehaald gaat worden en dat er weer harder gelopen gaat worden, dan vind ik dat je daarvoor ook de financiën beschikbaar moet stellen. Anders zijn dat hele applaus en al die mooie woorden gewoon hol en leeg. Die zijn dan gewoon niks waard.

Minister Van Ark:

We hebben juist ook aan de beroepsgroepen gevraagd wat zij nodig hebben voor het herstel, omdat ik het van belang vind dat mensen zelf aangeven wat zij nodig hebben. Daar is veel respons op gekomen. Daar ben ik heel erg blij mee, want dat betekent dat we met elkaar kunnen gaan kijken hoe we die ondersteuning kunnen doen. Er komen zaken voor die op het bordje van de overheid liggen. Kijk bijvoorbeeld naar de stageproblematiek. Daar moeten we een aantal zaken doen. Die stageproblematiek ligt ook deels op het bordje van de werkgevers. Zo zijn er veel meer thema's. Arbeidsvoorwaarden is er zeker een van. Ik steek daar ook mijn kop niet voor in het zand. Ik heb ook al vaak aangegeven, ook in plenaire debatten, dat wij met het beschikbaar stellen van ruim 1 miljard euro per jaar een bijdrage doen aan die salarisonderhandelingen en dat we voor de komende jaren tot 130 miljoen structureel geld in de begroting hebben neergezet voor problemen die ervaren worden op de werkvloer. Willen we meer? Ja. Heeft een deel van de Kamer ook bij moties aangegeven om dat af te dwingen? Ja. Liggen een aantal van die vraagstukken in de toekomst? Wat mij betreft, vanuit hoe ik als demissionair Minister mijn taakopvatting zie, is het een feit dat ik niet een structurele doorwerking in de begroting kan doen zonder dat ik daarvoor keuzes maak. Dat heb ik ook aan de Kamer meegegeven. Maar ik ben ondertussen wel bezig met wat we wél kunnen doen.

Mevrouw Aukje de Vries (VVD):

Over de inhaalzorg begrijp ik dat pas half juli duidelijk gaat worden wat de echte aantallen zullen zijn. Nou meende ik in de brief gelezen te hebben dat de planning is dat we eind 2021, begin 2022 de zorg ingehaald zouden hebben. Begrijp ik nu goed dat dat eigenlijk nog nergens op gebaseerd is en dat er pas medio juli echt duidelijkheid over kan komen?

Minister Van Ark:

We hadden natuurlijk vooral indicaties en ervaringen. Als je kijkt naar de wachtlijsten voor bepaalde typen zorg, vorig jaar na de eerste golf, en de mate waarin die zijn ingelopen, dan heb je beelden en indicaties. Vanuit de Patiëntenfederatie zijn cijfers gekomen. Vanuit de NZa zijn cijfers gekomen die bijvoorbeeld het verschil betreffen tussen het aantal doorverwijzingen in verschillende jaren. Er zijn cijfers gekomen over operatiekamers die zijn afgeschaald, met vermenigvuldigingen daarin. Zo hebben we heel veel indicaties. Dat is ook waarom je een soort groot plaatje kan maken met een ambitie, maar wel zegt: ik wil gewoon concreet weten wat dit betekent. Dat is de reden dat de ziekenhuizen en zorgverzekeraars half juli met hele concrete cijfers komen, want uiteindelijk is dat waar het gebeurt. Het gaat om het aantal operaties dat daar nog nodig is. En dan is de idee achter de gedachte van de beroepsgroepen dat er deze zomer echt tijd nodig is voor het herstel. Aan de planbare zorg wordt al gewerkt. Vanaf half juli kan ik aangeven wat een reële ambitie is om de inhaalzorg uit te kunnen voeren.

De voorzitter:

Gaat u verder.

Minister Van Ark:

De heer Hijink sprak over de gelijkgerichtheid van artsen. Hij noemde daarbij een aantal overwegingen. Ik heb een brief aan de Kamer gestuurd over het gericht op tafel leggen van volledige informatie. Ik heb verder

naar aanleiding van het rapport dat in opdracht van de Kamer is opgesteld om een ambtelijke verkenning van de landsadvocaat verzocht, zodat dit klaarligt en het aan een nieuw kabinet kan zijn om de verschillende aspecten zorgvuldig af te wegen. De heer Hijink zal dan zeggen: waarom heb je dat gedaan, we hebben als Kamer toch ook ons onderzoek gedaan? Maar de conclusies uit het rapport van AKD wijken af van wat eerder was opgenomen in Zorgkeuzes in Kaart. Er zijn eerder aanvullende onderzoeken en analyses uitgevoerd. Dat betekent dat er nu verschillende rapportages op tafel liggen met verschillende conclusies, die elkaar ook tegenspreken. Dergelijke rapporten worden gebruikt bij de voorbereiding voor een nieuw kabinet. Dat is de reden waarom ik heb verzocht om een ambtelijke verkenning om die verschillen te duiden. Ik hoor de verschillende fracties op dit onderwerp en ik heb gevolgd dat daarover hier een gesprek is geweest, maar het is niet meer aan mij om daarin stappen te zetten.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Ik heb hier een vraag over. Ik kan de Minister volgen dat er verschillende inzichten zijn en dat er een ambtelijke verkenning komt. Maar mijn vraag was echt aan de Minister gericht. Ik ben gewoon heel benieuwd waar uw twijfel zit. De Minister kan dan zeggen dat ze daar niet meer over gaat, maar wat zijn de afwegingen van de Minister?

Minister **Van Ark**:

Als u mij vraagt naar mijn persoonlijke mening: ik vind het altijd lastig als een onderwerp in een politiek debat van middel eigenlijk doel wordt. Zo ervaar ik de discussie, die ik nu een jaar voer. Dat vind ik eigenlijk best wel jammer, want volgens mij is een thema als dit niet intrinsiek goed of slecht, maar gaat het erom hoe je ermee omgaat. Als je bijvoorbeeld kijkt naar het ziekenhuis dat hier regelmatig wordt aangehaald, waar medisch specialisten in loondienst zijn gegaan, dan is daar ook sprake, heb ik begrepen, van een vorm van aandeelhouderschap. Is dat dan de volgende discussie? Waar het om gaat, is dat we geld voor de zorg naar de zorg willen laten gaan en de medisch specialisten geen verkeerde prikkels hebben om alleen maar knieën te opereren, ook al zijn er genoeg knieën geopereerd. En verder willen we ook nog een stukje deskundigheid en zeggenschap, ook vanuit medisch perspectief, in de ziekenhuizen. Dat vind ik een heel belangrijke discussie. Maar ik heb geen intrinsiek belang bij de ene of de andere route. Ik zou het ons toewensen – mag ik het dan zo zeggen – dat we in alle gesprekken die we voeren, ook in deze discussie, ook nog eens met elkaar zeggen: waar deden we het ook alweer voor? Is het dan een middel dat een doel op zich moet zijn? Ik weet ook wel dat dat soms het geval kan zijn. Of is dit iets wat we ook op andere manieren kunnen bereiken? Dat is mijn persoonlijke mening daarover.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Ik kan de Minister volgen dat het geen doel moet zijn, maar een middel. De vraag is: helpt dit middel om een bepaald doel te bereiken? Maar ik zou de vraag dan ook andersom willen stellen. We hoeven daar nu niet uit te komen, maar het zou mij serieus een lief ding waard zijn – ik volg dat, en we krijgen inderdaad allerlei berichten uit het veld dat het kan bijdragen aan het doel – als het dan ook geen taboe is voor de VVD. Deze debatten zijn ook bedoeld om dit soort discussies te voeren. Want ik deel eigenlijk wat de Minister zegt: het moet geen doel zijn om het niet te doen dan wel om het per se wel te doen. Volgens mij moeten we met open vizier kijken hoe we inderdaad dat doel bereiken. Dat betekent dat er bij geen enkele partij een taboe op zit om die discussie verder te krijgen.

Minister **Van Ark**:

Ik gaf mijn antwoord als Minister, dienend aan de Kamer. Zo mag u het ook lezen. Ik denk dat u de vraag over de VVD wellicht ook aan de VVD-woordvoerder kan stellen, maar laat ik ook zeggen waarom ik dit vind. Ik zit nu ongeveer een jaar op deze prachtige post. Dit soort discussies valt mij gewoon op. Het zou mooi zijn als we inderdaad zo'n gesprek kunnen voeren, maar ik ben het met mevrouw Ellemeet eens dat je gezamenlijk bereid moet zijn om naar alles te kijken. Vanuit mijn verantwoordelijkheid als Minister zeg ik dat ik dat wil doen. Hoe begin ik daarmee? In ieder geval door advies te vragen over wat er nu ligt, omdat ik graag dienstbaar wil zijn aan het proces dat er nu loopt. Ik heb conflicterende conclusies, dus daarom komt er dat vervolgonderzoek.

De voorzitter:

U was nog bij meneer Hijink.

Minister Van Ark:

Zeker, voorzitter. De heer Hijink stelde ook een vraag over acute spoedeisende hulp. Hij vroeg wat er gebeurt als er een ramp gebeurt. Vooropgesteld: als er ergens een ramp gebeurt, komt alles en iedereen overal vandaan. Maar de wezenlijke vraag is of als er iets gebeurt, en dat hoeft niet zozeer een nationale ramp te zijn, je tijdig en dichtbij de goede zorg kunt krijgen. We hebben de afspraken en de spelregels dat als je wijzigingen aanbrengt in het zorglandschap, je daarvoor de stappen moet doorlopen die in de concept-AMvB acute zorg staan. Sinds 2014 bestaat het plan om de SEH-zorg op beide locaties te concentreren. De combinatie ervan betekent dat ik het Amsterdam UMC heb gewezen op die concept-AMvB. Zij moeten dus ook die stappen doorlopen. Dat gaan ze ook doen. Voorlopig bieden ze de SEH-zorg op beide locaties aan. Als er wel zo'n ramp of een echt grote crisis is, wordt vanuit de regio gekeken waar patiënten worden opgevangen. Dan beperkt het zich ook niet meer tot een regio of ziekenhuizen in Amsterdam. Dat is precies het type samenwerking dat we ook in de covidcrisis hebben gezien.

De heer Hijink (SP):

Het punt is dat, als je de berichten mag geloven, de spoedeisende hulp op de locatie van het VUmc op termijn helemaal verdwijnt. Er blijft wel iets van spoedzorg over, maar de traumazorg gaat daar gewoon weg. Ik wil van de Minister de garantie hebben dat als dat gebeurt, wat niet zou moeten, we met de traumazorg in Amsterdam niet toegaan naar een situatie waarin we straks op de locatie van het AMC minder SEH-plekken hebben dan de beide ziekenhuizen nu samen hebben. Amsterdam is onze hoofdstad en grenst aan Schiphol. Daar wil je gewoon geen enkel risico lopen. Die garantie moet gewoon gegeven worden. Zo niet, dan moet de Minister daarop ingrijpen.

Minister Van Ark:

Ik ben nu toch al een beetje aan het biechten, lijkt het wel. Maar dan moet ik dit misschien ook maar zeggen. Ik hoor de heer Hijink iets zeggen waarvan ik weet dat het uit die betrokkenheid komt omdat mensen ongelooflijk veel met dit soort vraagstukken hebben. Mevrouw Van den Berg stelt ook regelmatig vragen over locaties waar wel of niet een discussie is over de toekomst van de zorg. Dat snap ik. Maar het gaat mij om de stelligheid waarmee steeds geponneerd wordt «dat gaat dus sluiten». De heer Hijink noemde ook dat het ziekenhuis in Zutphen wordt gesloten. Nou, dat is nogal wat voor een ziekenhuis dat vanuit verantwoordelijkheid voor de toekomstige ontwikkelingen aan het nadenken is over een toekomst in samenwerking met andere ziekenhuizen. Door de heer Hijink werden ook de ziekenhuizen in de Achterhoek, Drenthe en Zeeland genoemd. En nu noemde hij ook weer dit ziekenhuis. Ik heb aangegeven dat als er sprake is van een dergelijk voornemen, er gekeken

moet worden hoe we die zorg garanderen, maar dat dit nu nog niet aan de orde is omdat de SEH-zorg op beide locaties wordt aangeboden.

De heer **Hijink** (SP):

Van het ziekenhuis in Zutphen heb ik gezegd dat daar afdelingen dreigen te sluiten. Nou, dat is zo klaar als een klontje. Dat dreigt namelijk gewoon. Nota bene met mevrouw Van den Berg ben ik in de Achterhoek geweest in een zaal met 800 man, wat toen nog kon. Dat was daags voordat we hier het eerste coronadebat hadden. Reken maar dat daar hele grote zorgen waren over het sluiten van de ziekenhuizen of afdelingen binnen ziekenhuizen. Wij stellen dat hier iedere keer aan de orde omdat het erop lijkt dat niemand erover wil gaan. Iedere keer krijgen wij vanuit de bevolking, van artsen en patiënten, berichten over wat er met de zorg in zo'n regio gebeurt. En niemand is hierop aanspreekbaar. Als wij dat hier niet doen, dan gebeurt er dus helemaal niks en gaan die afdelingen gewoon dicht en die ziekenhuizen weg. Als wij dat niet doen, wie doet het dan wel, zou ik de Minister willen vragen. Daarom doen wij dat hier en daarom stip ik ook nu al de spoedeisende zorg in Amsterdam aan. Want nu speelt het en nu kunnen we er nog wat aan doen. Over een halfjaar hoor ik deze Minister, of misschien de volgende Minister, zeggen: nu is het te laat, want de bestuurders hebben het samen met de verzekeraars al besloten; nu kunnen we er niks meer aan doen. Daarom stellen we het nu aan de orde.

Minister **Van Ark**:

Ik waardeer het buitengewoon dat die vragen gesteld worden, want die worden gesteld omdat er zorgen zijn bij de mensen die er wonen. Dat vind ik per definitie al goed. Het is alleen niet zo dat niemand er iets om geeft. Ik heb gesprekken gevoerd met de directies en de raden van toezicht van de ziekenhuizen in de Achterhoek. Dat heb ik gedaan om ook met hen het gesprek aan te gaan, samen met de zorgverzekeraars, niet alleen over het hier en nu, maar ook over de toekomst. We hebben ook afgesproken om daar in het najaar verder over te spreken. Als het gaat om bijvoorbeeld de situatie die in Zutphen speelt, waar ik zelf ook signalen over krijg, zoeken we dat na. We hebben geleerd van voorgaande situaties dat we niet meer willen dat dingen ons overkomen of dat we niet kunnen sturen op dingen. Op een gegeven moment wordt gezegd: het is niet aan de orde of het gebeurt niet. Dat geldt zeker nu de houtskoolschets door de Kamer controversieel is verklaard. Daarom hebben we een pas op de plaats gemaakt wat betreft dit dossier. Het is niet aan mij, maar ik zou het zo fijn vinden als het geloofd wordt dat dit niet gaat gebeuren of nog niet gaat gebeuren. Als er überhaupt een keer plannen over zijn – we zullen immers moeten nadenken over de toekomst van de zorg – dan gaat dit kabinet dat niet meer doen. Ik heb zelfs de ambtelijke gesprekken daarover stopgezet omdat ik weet hoe gevoelig het ligt bij de Kamer. Maar er zal nagedacht moeten worden over de toekomst van de zorg. Dat doen we nu ook, want we hebben gevoelige ziekenhuizen en we hebben beschikbaarheidsbijdrages, maar we hebben nu ook al ambulances die op basis van de meldkamer doorrijden naar een volgend ziekenhuis omdat ze weten dat ze daar andere zorg geleverd krijgen dan in het ziekenhuis dat het meest dichtbij is en dat die zorg de beste is voor hun patiënt. Het zou dus ook goed zijn om op enig moment deze discussie met elkaar te voeren vanuit de gedachte die de heer Hijink altijd inbrengt, en daar prijs ik hem ook voor, namelijk dat de zorg zo dicht mogelijk bij mensen moet zijn. Maar daar hebben we ook afspraken over in dit land. Het is niet zo dat bij het eerste het beste gesprek dat gaat over samenwerking er direct al allerlei afdelingen gesloten worden.

De heer **Hijink** (SP):

De Minister bevestigt het eigenlijk zelf door te zeggen dat het nog niet gaat gebeuren en dat het voorlopig nog niet aan de hand is. Op de houtskoolschets is terecht heel veel kritiek, omdat die uitgaat van een verregaande concentratie van ziekenhuiszorg. Deze is nu tijdelijk stilgelegd. Ja, tijdelijk, tijdelijk, tijdelijk. Mensen zijn toch niet gek? Iedereen volgt toch deze debatten en ziet toch waar in grote lijnen het debat naartoe gaat? Dat is nog steeds het idee van schaalvergroting, het idee van streekziekenhuizen die wel dicht kunnen. Ik heb dit punt in voorgaande debatten ook al gemaakt. Een van de redenen waarom het zo moeilijk is om op veel plekken de juiste zorgverleners te vinden, is dat deze regering en voorgaande regeringen van veel van die streekziekenhuizen zinkende schepen heeft gemaakt. Niemand wil daarnaartoe. Als jij als specialist ergens naartoe gaat, wil je namelijk wel de zekerheid hebben dat je daar kunt blijven en dat je daar ook op de langere termijn werk hebt. Dat soort garanties moeten wij hier kunnen afspreken. Ik wil een Minister hebben die aanspreekbaar is op de nabijheid van zorg. Ik heb dat bij deze Minister, maar ook bij haar voorganger, helaas nogal gemist.

Minister Van Ark:

Nou, het zou een hele kwalijke zaak zijn als de discussie zo beperkt was. Deze discussie zullen we met elkaar moeten voeren. Kijk alleen al naar de demografische ontwikkeling en de ontwikkeling van de hoeveelheid mensen die kunnen werken in Nederland in de komende jaren. Als we die zaken bij elkaar optellen en we het landschap voor ons zien dat daaruit komt, dan zullen we daarover moeten nadenken. We zullen juist daarover moeten nadenken omdat we de kwaliteit van de zorg overeind moeten houden, niet alleen voor de mensen die na ons komen, maar ook voor de nabije toekomst. Als ik het politiek maak, wijs ik erop dat er in elk verkiezingsprogramma geld bij komt. Dus het is geen financieel verhaal meer. Het is ook een vraag hoe we dat het beste organiseren. Hoe organiseer je de zorg bijvoorbeeld in het volgende geval? Denk aan ziekenhuizen in gebieden waar krimp is, waardoor er te weinig mensen komen om iemand professioneel aan de gang te houden en iemand zegt: ik ga ergens anders solliciteren. Dat is niet eens een financieel verhaal, want dat heeft gewoon te maken met de hoeveelheid patiënten die er per dag op een SEH komen. Dat proces hebben we dus stilgelegd, maar daar zullen we met elkaar over moeten nadenken. Dat is niet zozeer financieel gedreven. Het heeft niks te maken met schaalvergrotingen, maar met kwaliteit van zorg en het spanningsveld dat mevrouw Van den Berg hier regelmatig neerlegt: hoe zorg je ervoor dat de zorg nabij én goed is? Dat is een vraagstuk waar toch op enig moment een uitspraak over gedaan zal moeten worden.

De heer Hijink (SP):

Dit is echt volstreekte onzin. In negen van de tien gevallen zijn het louter financiële afwegingen die maken dat bepaalde ziekenhuizen óf moeten verdwijnen óf dat afdelingen binnen de ziekenhuizen weg moeten. Ik heb zelf het voorbeeld genoemd van de bijzondere tandheelkunde in Alkmaar. Er was geen enkele medische reden waarom die daar opeens weg zou moeten. Dat was louter financieel gedreven. Het ziekenhuis moet inkrimpen en hoppatee, daar gaat gewoon een hele afdeling overboord waarvan 2.000 mensen afhankelijk zijn. Dat is louter financieel. Dat is bij andere ziekenhuizen ook zo. U noemde zelf ook Winterswijk-Doetinchem. Dat had alles te maken met de exorbitante nieuwbouw die daar gepleegd moest worden. Het was louter financieel gedreven. Het moet gaan over wat de bevolking wil. Wat wil de bevolking, wat willen de patiënten en wat willen de zorgverleners? Maar naar hen wordt niet geluisterd. Het is financieel, tussen bestuurders en zorgverzekeraars. Daar moeten we gewoon van af.

Minister Van Ark:

Ik denk dat wij hier anders naar kijken. Ik ontken niet dat er wel degelijk ook financiële belangen zijn. Ik vind het alleen ook aan mij, als stelselverantwoordelijke, om de checks-and-balances aan te brengen, want de kwaliteit is doorslaggevend. Dat vind ik. Ik vind het altijd goed als er situaties worden aangekaart waar zorgen over zijn of waar we naar moeten kijken. Maar ik zie ook heel mooie voorbeelden. Vorige week donderdag heb ik op de Oudedijk in Rotterdam een revalidatiecentrum mogen openen, dat onderdeel is van een Wlz-organisatie, een samenwerkingsverband met een ziekenhuis, waar voor de wijk poliklinische zorg wordt aangeboden op een manier die echt top of the bill is. Er staat een MRI-apparaat, en dat soort dingen gebeuren ook. Ik zal echt niet ontkennen – laat ik die brug dan proberen te slaan, zoals mevrouw Ellemeet dat net ook bij mij deed – dat er financieel gedreven ontwikkelingen zijn die niemand wil, waar we scherp op moeten zijn omdat ze anders gebeuren. Dat geef ik de heer Hijink direct toe. Maar de andere kant is ook – dat ga ik niet meer doen, want het voorstel is controversieel – dat we met eenzelfde blik moeten kijken hoe dan wel. Want als we het doen zoals we het deden, zou mijn oproep aan de Kamer zijn, wordt het heel lastig om het vol te houden. Er zijn heel veel mooie manieren om die ketensamenwerking vorm te geven: horizontaal, verticaal. Er liggen echt kansen. Volgens mij is het echt aan een nieuw kabinet om daarover afspraken te maken, want volhouden zoals het nu gaat kan zeker niet overal.

Voorzitter. Volgens mij had ik alle vragen van de heer Hijink beantwoord, ik denk alleen niet helemaal naar zijn tevredenheid.

De voorzitter:

Dat is uw lot.

Minister Van Ark:

Dat is mijn lot. Nee, dat is niet waar. Hij had nog een vraag gesteld over de jonge specialisten. Ik heb die signalen ook gezien. Ik zeg het maar eerlijk in de richting van de heer Hijink: ik ben er nog niet helemaal achter hoezo dan precies. Vanuit de Kamer worden vandaag verschillende verklaringen gegeven, van de werkdruk tot en met het niet aannemen omdat het tegen het belang van de zittende medisch specialisten is. Ik zie in ieder geval dat er meer dan voldoende zorgvraag is. Gelukkig zijn de officiële werkloosheidscijfers laag. Ik zou het echt wel van belang vinden dat we een goede analyse maken van wat er speelt. Het opleiden van medisch specialisten duurt natuurlijk lang, dus het is ook geen vraagstuk dat je van het ene op het andere moment hebt opgesteld. In 2022 krijgen we een nieuw ramingsadvies van het capaciteitsorgaan. Ik denk dat het aan hen is om daar met hun expertise een analyse van te maken en dat we met betrokken partijen kijken wat de rol van VWS zou kunnen zijn als het gaat om dit vraagstuk, dat echt wel complex is.

De voorzitter:

Uw zevende vraag.

De heer Hijink (SP):

Ik krijg graag een soort toezegging dat we in september daarover een brief krijgen met de conclusies van de Minister over de getallen die nu genoemd worden, van het aantal werkloze specialisten, maar ook het aantal specialisten dat klaarblijkelijk ander werk aan het doen is. Ik vraag dat, zodat we dat gewoon in een onderzoek kunnen zien: waar zijn die mensen naar toe gegaan en waarom kunnen ze niet terecht op de plekken waar we ze het liefst zouden zien?

Minister Van Ark:

Ik snap de vraag van de heer Hijink. Ik kom in tweede termijn terug op wat een goed moment kan zijn voor die brief. Hij zegt september, maar ik kijk even waarop ik aan kan haken.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

In vervolg op de collega aan de overkant: zou de Minister dan in tweede termijn of in een eventuele brief ook in kunnen gaan op de veranderende arbeidsmarkt? Want we leiden nu op, er zijn een heleboel jonge medisch specialisten die wellicht niet in het specialisme terecht kunnen waarvoor ze zijn opgeleid, terwijl we op andere plekken heel grote tekorten hebben. Ik ben benieuwd of de Minister daar positief tegenover staat.

Minister **Van Ark**:

Ja, ik zal in tweede termijn meenemen wat daarvoor een goed moment is. Want volgens mij hebben we regelmatig brieven over het arbeidsmarkt-beleid. Ik zal even op zoek gaan naar de systematiek daarvan, om het aan te kunnen geven.

Dan kom ik bij de vragen van mevrouw Pouw-Verweij, die aansloot bij de vragen over VUmc en AMC. Maar daarnaast wijdde ze haar inbreng aan vragen over de inhaalzorg, een van de belangrijkste onderwerpen als u het mij vraagt. Ze vroeg of er ook regionale verschillen zijn. We zien bij de samenwerking die er nu is, dat partijen afspraken met elkaar hebben gemaakt, ook regionaal, bijvoorbeeld om covidzorg te blijven spreiden als dat nodig is. In de eerste weken nadat de plannen over de inhaalzorg naar buiten zijn gekomen, is dat een beetje verworden tot: alle patiënten voor de inhaalzorg worden straks regionaal gespreid. Ik kan aangeven dat dat niet het geval is, maar we hebben wel gezegd: als het nodig is, zullen we covidpatiënten blijven spreiden. In de regio's zien we dat ze in die samenwerking over de band van de acutezorg, maar zeker ook met de andere partijen vanuit de wijkverpleging, vanuit de ggz, vanuit de gehandicaptenzorg, heel veel samenwerkingsverbanden hebben gemaakt.

Mevrouw **Simons** (BIJ1):

Dit roept een spontane vraag bij mij op over de verwachte longcovidpatiënten. Zitten die in datzelfde «nadenktraject» over hoe dat kan worden gestroomlijnd? Hebben we daar überhaupt cijfers, prognoses of iets dergelijks van?

Minister **Van Ark**:

Long covid is iets dat we pas sinds kort kennen. Er is nog veel onbekend. Voor de mensen die er nu mee te maken hebben, zijn de pakketafspraken verlengd, ook naar aanleiding van de motie-Marijnissen. Daarnaast is er onderzoek nodig; dat proef ik ook in de vraag van mevrouw Simons. Het RIVM vraagt aan iedereen die met corona te maken krijgt of ze willen meedoen aan een onderzoek. Daarnaast hebben wij ZonMw en de Long Alliantie gevraagd om met de beroepsgroepen te bekijken wat er nodig is. Voor de patiënten hebben wij ook C-support, omdat het niet alleen medische vragen zijn, maar ook vragen over hoe je met long covid op je werk omgaat. Ook voor werkgevers is er nog veel onbekendheid. Ook door mensen die zelf long covid hebben is vorige week een oproep gedaan: ondersteun ons meer, doe meer aan onderzoek. Dat is ook iets waar wij naar kijken.

Mevrouw Pouw-Verweij vroeg naar de termijn van de inhaalzorg. Ik heb in antwoord op eerdere vragen aangegeven dat het het streven is om dat in 2021 te doen met een uitloop in de eerste maanden van 2022. Hopelijk weten we half juli meer over de totale geschatte omvang. Die kunnen we dan in de planning zetten. Dat is een heel belangrijk moment.

Mevrouw Pouw-Verweij vroeg ook naar de concrete acties. Ik heb in mei een brief gestuurd waarin de afspraken van de NZa met de veldpartijen om de zorg in te halen zijn weergegeven. Ook het Kader passende

inhaalzorg MSZ is daarbij gevoegd. Daarin zijn alle acties en maatregelen opgesomd waarbij alle partijen de mogelijkheid in handen krijgen om die zorg te plannen. Denk heel concreet aan samenwerking tussen de ziekenhuizen en de zelfstandige behandelklinieken, maar ook aan de afstemming met de huisartsen. Hoe wissel je de informatie uit? Hoe monitor je dat? We willen straks allemaal weten hoe het ervoor staat. Mevrouw Pouw-Verweij refereerde aan de toekomstbestendige zorg. Dat deed zij ook in het meest recente coronadebat. Het is een zeer wezenlijk onderzoek dat aankomend jaar van belang is, maar ook verder in de tijd. In de inleiding gaf ik al aan dat we veel geleerd hebben over de crisisbestendigheid of, zo u wilt, de noodzaak tot crisisbestendigheid die onze gezondheidszorg heeft. We hebben gezien wat er kan als iedereen de schouders eronder zet. Het is goed om daarbij van elkaar te leren. Een van de lessen is de samenwerking waar we het zojuist ook over hadden, de spreiding van de covidpatiënten, de versterkte samenwerking tussen de sectoren en de regio's, en de vraag hoe je de zorg voorbereidt op een nieuwe crisis. Ik noemde dat flexibel en robuust. Dat lijkt een tegenstelling, maar je wilt een solide basis hebben van voldoende massa, voldoende structuur en voldoende organisaties. Ook wil je bijvoorbeeld via zorgreservisten flexibel mensen bijschakelen in de zorg. Veel politieke partijen hadden daarvoor plannen in hun verkiezingsprogramma's. Ook hiervoor geldt dat het vooral aan het nieuwe kabinet is, maar we zetten al wel bouwstenen klaar, omdat er geen tijd te verliezen valt. Denk daarbij bijvoorbeeld aan zoiets als de digitalisering in de zorg. Als patiënt en zorgverlener het er samen over eens zijn, kunnen we heel veel mooie initiatieven zien.

In een volgende covidbrief, maar niet die van deze week, zal ik wat dieper in kunnen gaan op toekomstbestendigheid door bijvoorbeeld zorgprofessionals tijdelijk in te zetten en door gebruiksrichtlijnen voor de persoonlijke beschermingsmiddelen beschikbaar te stellen. Dat zijn de bouwstenen die we klaar willen zetten en daarop kom ik dus in een volgende covidbrief terug. Eind augustus kan ik u verder informeren over de inrichting van de Nationale Zorgreserve.

Mevrouw Pouw-Verweij vraagt hoe dit doorwerkt in de premies van de zorgverzekeringen. De bedragen uit de begroting voor de coronabestrijding, bijvoorbeeld voor de zorgbonus, hebben geen effect op de zorgpremie. Op dit moment zijn de verzekeraars en de ziekenhuizen in kaart aan het brengen hoeveel zorg er is uitgevallen, hoeveel zorg er moet worden ingehaald en hoe snel dat kan. We weten op dit moment nog niet wat de coronagolf van dit voorjaar betekent voor de zorglasten van de verzekeraars. Vorig jaar zagen we dat er naast fors hogere kosten ook fors lagere kosten waren voor de zorg aan niet-coronapatiënten. Dat was zeker ook zo, omdat in de eerste golf eigenlijk alles behalve de acute zorg was gestopt. Er werd toen ook rekening gehouden met de continuïteitsbijdrage en we weten nog niet hoe dat dit jaar zit. Ik kan op dit moment dus ook niet zeggen of er in 2021 hogere of lagere lasten zijn voor de verzekeraars en dus ook niet wat het voor de premie aan gevolgen heeft. Maar u kunt ervan uitgaan dat wij ons best doen om daar zicht op te krijgen bij de begroting voor 2022, want dat is het reguliere moment om een indicatie te geven van de premie.

Mevrouw **Pouw-Verweij** (JA21):

Daar zou ik toch wel een klein voorschot op willen nemen. U zegt dat de kosten van de reguliere zorg wat lager waren en dat is logisch, omdat er heel veel uitgesteld is. Maar in de fase waarin we die uitgestelde zorg gaan inhalen, zullen de ziekenhuizen op een hogere capaciteit dan normaal moeten gaan draaien om meer zorg te kunnen leveren. Je zult dan ook zien dat de kosten zullen stijgen. Dat durf ik wel te zeggen en daarnaast hebben we nog de extra kosten voor de covidzorg van de golf van dit voorjaar. Het lijkt me daarom voor de hand liggend dat het

allemaal hoger zal zijn. Ik snap dat u de precieze bedragen nog niet weet, maar u weet toch, denk ik, wel een beetje welke kant het op zal gaan?

Minister Van Ark:

Daar wil ik nog geen voorschot op nemen. Ik verwijs wel naar de afspraken die we in 2020 hebben gemaakt met de zorgverzekeraars over de continuïteitsbijdragen. We hebben daarbij echt gekeken naar wat we kunnen doen in deze ongekende tijd. Ik vind een tijd van inhaalzorg ook een ongekende tijd, maar ik denk toch dat eerst de zorgverzekeraars en de zorgaanbieders met elkaar moeten bezien hoe het ervoor staat, wat er kan onder de huidige contractering en wat er eventueel bij moet. Dat moeten we afwachten, want daarna kunnen we bezien of en wat er überhaupt nodig is van de zijde van VWS. Maar laat ik het zo zeggen, in de diverse brieven over de samenwerkingsverbanden heb ik geprobeerd aan te geven dat eerst het reguliere proces zijn beloop moet hebben. Natuurlijk zijn we er ons van bewust dat het exceptionele tijden zijn, maar het moet wel stap voor stap.

Voorzitter. De laatste vraag van mevrouw Pouw-Verweij die ik heb genoteerd, luidt: hoe ziet de Minister de rol van de overheid? Schrijf ik in een brief gewoon op «gij zult» en «u zou» en gebeurt het dan ook? Dat zou natuurlijk fantastisch zijn, maar laat ik het zo zeggen: we hebben heel veel overleg. Er ligt verder een grote rol voor de organisaties zelf, maar op het moment dat het nodig is, bijvoorbeeld bij het opschalen van de ic, stellen we daarvoor een subsidie vast of gaan we met elkaar om de tafel om te spreken over het beleidskader voor de inhaalzorg. Ik denk dat dit traditiegetrouw heel erg vanuit de gezamenlijkheid wordt beleefd. Je zag wel bij bijvoorbeeld het beleidskader dat we maakten, wat we allemaal op de plank wilden laten liggen voor het geval we in fase 3 terecht zouden komen.

Op dat moment zie je dat het lastig is om één partij doorzettingsmacht te geven en dat zou een van de onderwerpen kunnen zijn bij bijvoorbeeld zo'n evaluatie. We hebben hier de afspraak gemaakt dat de voorzitter van het LNAZ een signaal zou geven en daarover contact zou hebben met de regionale voorzitter. Zo organiseer je het dan dus. Als je heel strikt gaat kijken naar wat je kan, bijvoorbeeld wanneer iemand zegt «ik doe het lekker niet», dan moet je die vraag stellen. Maar in het afgelopen jaar waren de noodzaak en de wil tot samenwerking zo groot dat die vraag zich niet heeft voorgedaan. Maar het ligt wel op tafel, mocht zich in de toekomst zo'n situatie voordoen.

Voorzitter. Ik ga naar de vragen van mevrouw Simons. Zij refereerde aan de gesprekken die zij buiten had met mensen die hun zorgen uiten over de transgenderzorg. Ik ben zelf ook even met hen in gesprek geweest en dat was heel indrukwekkend. Volgens mij hebben uw Kamerleden dat ook gedaan en wat mij daarbij in ieder geval persoonlijk raakte, was dat een van de mensen zei: nu krijg ik de vraag of ik eerst maar eens even make-up wil gaan dragen en rokken aan wil gaan doen, maar ik wil wanneer ik vrouw ben, helemaal geen make-up dragen of een rok aandoen. Dat soort reflecties zetten je toch ook wel weer even aan het nadenken. Dus ik vind het zeer terecht dat zij het grootste deel van haar bijdrage wijdt aan de transgenderzorg.

Ik kan in ieder geval aangeven dat we de signalen die buiten werden gewisseld over de onvrede over met name de rol van de psycholoog bij de indicatiestelling voor de somatische zorg en andere onderwerpen serieus nemen. Een van die onderwerpen is zeker de kwaliteit van de transgenderzorg. Al die onderwerpen hebben mij zeker bereikt, maar daarnaast bereiken ons ook signalen over wat er goed gaat. Die signalen hebben mij overigens ook al eerder via uw Kamer bereikt.

Hoe werkt het normaal gesproken? We hebben met elkaar een kwaliteitsrichtlijn afgesproken en die is opgesteld door de beroepsgroep, de zorgverzekeraars en de patiënten. Dat betekent dat ik als Minister niet in

de positie ben om te zeggen «gij zult». Ik zei dat net ook al tegen mevrouw Pouw-Verweij. Het is echt aan die drie partijen om met elkaar te bepalen wat goede zorg is. Ik heb hierover natuurlijk ook moties en oproepen van de Kamer gehad en daarom heb ik ZonMw gevraagd om een voorstel uit te werken voor een evaluatie van de huidige kwaliteitsstandaard voor somatische transgenderzorg. Daarbij heb ik gevraagd om specifiek aandacht te besteden aan de ontwikkelingen en de mogelijkheden rond het depathologiseren van genderincongruentie en om daarbij in ogenschouw te nemen de verschillende opties die in de motie van mevrouw Bergkamp zijn genoemd. Mevrouw Simons verwees daar ook naar. Dat gesprek tussen de patiëntenorganisaties, de zorgaanbieders en de zorgverzekeraars wordt nu gevoerd. Ik verwacht het voorstel van ZonMw na de zomer te krijgen en ik zal het dan ook aan de Kamer sturen, zodat u daarover geïnformeerd bent.

Mevrouw Simons vroeg hoe we ervoor zorgen dat de belangen van de zorgvragers centraal staan. Ik denk dat we dat kunnen doen door er in ieder geval voor te zorgen dat zij bij het bespreken en het maken van die kwaliteitsrichtlijnen een belangrijke rol hebben. Ze moeten echt onderdeel zijn van die driehoek. Maar er zijn ook nog andere manieren waarop je het belang van zorgvragers centraal kunt stellen. Een van die manieren is om mensen vanuit hun ervaringsdeskundigheid een plek te geven bij het verlenen van de zorg. Mijn gesprekspartners zijn de voorzitters van het kennis- en zorgcentrum voor genderdysforie van het Amsterdam UMC en het UMC Groningen. Zij geven aan dat zij het ook van groot belang vinden om ervaringsdeskundigen hun inbreng te laten doen. Een voorbeeld is dat op de genderpoli van het UMC Groningen coassistenten werken met een transgenderachtergrond en dat de genderpoli bij verschillende gelegenheden ook met patiënten samenwerkt. In het gendercentrum van het Amsterdam UMC hebben de afgelopen jaren meerdere mensen met ervaringsdeskundigheid gewerkt. Ze geven ook aan dat sinds vijf jaar bij vacatures ervaringsdeskundigheid een grote pre is. Ik heb helaas wel meegekregen dat nog nooit iemand met ervaringsdeskundigheid gesolliciteerd heeft.

Belangrijk ook in dit kader is het Steunpunt Gendervragen waar mensen terecht kunnen met vragen over het gebruik van zorg, maar waar ook gevraagd wordt om feedback aan het genderteam te geven, om daar vervolgens van te leren. Naast de cliëntenraad heeft het Amsterdam UMC ook een genderadviesraad. Dit is een formeel ingestelde groep ervaringsdeskundigen die gevraagd en ongevraagd advies geeft aan het gendercentrum. Als er bij organisaties ideeën leven om meer ervaringsdeskundigheid in te brengen, zou het mijn advies zijn om met deze gendercentra in gesprek te gaan.

Mevrouw **Simons** (BIJ1):

Ik ben nog wel benieuwd naar de rol en misschien ook wel de macht die zorgvragers zelf hebben. Want de geïnstitutionaliseerde vraagbaken – zo noem ik ze maar even heel oneerbiedig, vergeeft u mij – worden niet ervaren als zijnde de juiste spreekbuizen namens de mensen die ik in ieder geval spreek of die vandaag buiten waren. Ik vraag me toch altijd af hoe er zo'n discrepantie kan zijn, want als ik het antwoord van de Minister hoor, wordt er heel zorgvuldig omgegaan met het vergaren van informatie en het betrekken van ervaringsdeskundigheid. Ik maak me dan altijd een beetje zorgen hoe het kan dat er toch zo veel ontevredenheid wordt gevoeld. Zou dat misschien kunnen liggen in juist de organisaties, weliswaar vanuit ervaringsdeskundigheid, waarmee wordt samengewerkt?

Minister **Van Ark**:

Ik heb net buiten ook indrukwekkende gesprekken gevoerd en ik kan me veel voorstellen bij de problematiek die daar wordt geschetst. Als je kijkt

naar hoe we de zorg ontwikkelen, is het lastige dat je dat voor een groot deel geïnstitutionaliseerd doet. Ik denk dat het een hele grote winst is dat we in Nederland de kwaliteit van zorg laten bepalen door de driehoek van patiënten, zorgverleners, de beroepsgroep, en zorgverzekeraars. Wat ik vaak zeg tegen mensen die hun ervaringen willen inbrengen, is om te proberen om juist daar in gesprek te gaan. Dat is ook onderdeel geweest van de motie van mevrouw Bergkamp alsmede van het onderzoek dat we aan ZonMw hebben gevraagd, namelijk: hoe kunnen we over de vraagstukken die er leven, bijvoorbeeld de indicatiestelling, stappen zetten? Ik denk dat het goed is om als dat onderzoek na de zomer komt, de draad op te pakken en te kijken wat er ligt, en of mensen voldoende het gevoel hebben dat er naar hen is geluisterd. Dit ook al gegeven het feit dat we in Nederland in een situatie zitten waarin je geen zorg kunt afdwingen. Je kunt niet zeggen tegen een behandelaar dat je een bepaald type zorg eist. Je kan echter wel via de richtlijnen en via de kwaliteitsstandaarden deze ervaringen inbrengen. Het lijkt me goed om na de zomer te kijken wat er dan ligt en of dat wordt ervaren als een stap vooruit.

Mevrouw Simons (BIJ1):

Dan mijn laatste vraag over dit onderwerp. Kunnen we als dat onderzoek er is dan ook de vragen – het «manifest» is misschien een groot woord – vanuit bijvoorbeeld Trans Zorg Nu! ernaast leggen? Dan kunnen we kijken hoe die zich tot elkaar verhouden en allebei gelijk wegen in het komen tot vervolgstappen.

Minister Van Ark:

Ik vind dit wel een lastige vraag. Want in het onderzoek dat er is, worden patiënten al meegenomen. En ik zie regelmatig dat er ook binnen patiëntenverenigingen of ervaringsgroepen op een gegeven ogenblik mensen zijn die zeggen het er toch niet mee eens te zijn. Ik vind dat een groot goed, omdat ze dan op een andere manier zorg willen uiten of op een andere manier willen proberen om de zorg te verbeteren. Daarom zou mijn advies zijn om eerst te proberen aan te haken bij de partijen die ik al aangaf, die bij Amsterdam UMC zitten, de genderadviesraad. Probeer het eerst daar. Want bij het bepalen van de kwaliteit van de zorg laten wij niet een van de drie groepen zwaarder wegen. Ze moeten elkaar juist in balans houden.

Mevrouw Simons (BIJ1):

Het was zojuist toch niet mijn laatste inbreng, voorzitter. Wat lastig is voor de Minister en net zo goed voor een volksvertegenwoordiger, is om recht proberen te doen aan alle geluiden. Afgelopen week is er een demonstratie georganiseerd door transgenderzorgvragers die zich met name richtte tegen de VU, ook al zijn daar bekende chirurgen en andere zorgverleners die zij wel degelijk als partner, als ally, zien. Ik vind dit heel erg veelzeggend. Het maakt het ook lastig om er op voorhand van uit te gaan – we zullen het onderzoek moeten afwachten – dat de zorgvragers die deelnemen aan zo'n demonstratie of die hier vandaag op het Plein staan, zich vertegenwoordigd voelen door bestaande patiëntenorganisaties of andere allianties. Nou ja, goed, dat is een dilemma dat ik eigenlijk deel met de Minister, maar waarbij ik ook zoek naar een manier om hen toch genoeg te doen.

Minister Van Ark:

Dit dilemma herken ik volledig. Ook wij hebben onze driehoek waarin we belangen behartigd zien en belangen moeten afwegen; dat klopt. Mijn voorstel is tweërlei. Op grond van de motie-Bergkamp hebben we echt een flinke stap gezet om te kijken of we met name op het gebied van die depathologisering stappen kunnen zetten. Dat komt na de zomer. Dat zou aanleiding kunnen zijn – dat is aan uw Kamer om in overweging te nemen

– om de verschillende groepen te vragen hoe zij zich vertegenwoordigd voelen. Dat is een. Wat ik in ieder geval begreep, is dat het Amsterdam UMC ook gezegd heeft: wij willen heel graag met jullie in gesprek. Zij hebben ook van die demonstratie gehoord. Ik zou zeggen: doe dat, blijf in ieder geval met elkaar in gesprek. Tegen de jonge mensen die buiten stonden, heb ik net ook gezegd dat ik het ongelofelijk knap vind dat zij hier staan, dat zij hun verhaal vertellen, dat zij proberen om hun situatie beter te maken, ook voor de mensen die hier niet durven of kunnen staan, of die hier misschien hadden moeten staan, zoals ze zelf ook zeiden. Laat dat geluid horen, maar probeer ook om uiteindelijk weer bij elkaar aan tafel te komen. Dat zou mijn advies zijn.

Mevrouw **Kuiken** (PvdA):

Zoals ik al zei, ben ik wat nieuwer op dit onderwerp. Maar tegelijkertijd denk ik wel: het delen van bejegeningen en ervaringen, en ervaringsdeskundige zijn is goed, maar als je vervolgens aan het einde van de rit nog steeds opkijkt tegen een wachttijd van drie jaar, hebben we toch niet heel veel bereikt. Daar zit voor mij het spanningsveld. Ik snap alle boosheid richting VU, maar voor een deel werkt die natuurlijk ook gewoon volgens het geld dat beschikbaar is en de protocollen die er zijn afgesproken. Het vraagt dus wat meer dan alleen maar bejegening en daar ben ik nog een beetje naar op zoek. Er zitten kosten aan. Hoeveel mag je ervoor uittrekken, wat voor afspraken zijn erover gemaakt? Dat is één kant van het verhaal.

De andere kant is dat het onze samenleving ook heel veel kost als we het niet op een nette manier regelen. Want nogmaals, in de jeugdzorg kom ik heel veel mensen tegen met ... Mag ik het een «identiteitscrisis» noemen? Dat mag niet, want dat is het niet; ik moet nog een betere term verzinnen. Zij worstelen met ... Hoe zeg ik het netjes? Ik weet het niet; ik doe het dus onhandig. Excuses als ik mensen heb beledigd. Maar in ieder geval voelen zij dat er iets moet veranderen en willen zij die transitie in. Daarmee komen zij in een soort problemen die niets te maken hebben met een jeugdzorgprobleem, maar die te maken hebben met het feit dat ze te lang op een wachtlijst staan. Ik hoop dat ik mijn eigen fout nu een beetje netjes heb verwoord; ik zal mij er beter in verdiepen. Maar dit speelt volgens mij ook een rol. Erkent de Minister dat?

De **voorzitter**:

Niemand twijfelt aan uw intenties, mevrouw Kuiken.

Mevrouw **Kuiken** (PvdA):

Nee, maar ik moet nog een beetje bijleren.

Minister **Van Ark**:

Heel eerlijk: ik herken wat mevrouw Kuiken zegt. Ik ben ook altijd zo bang dat ik iets verkeerd zeg. Dat herken ik. Maar ik zie zeker de goede intenties. Dit vraagstuk gaat me zeer aan het hart. Ik heb me er ook echt helemaal in verdiept. In de afgelopen jaren hebben we, ook met de kwartiermaker, heel hard gewerkt aan het vergroten van de capaciteit. Dat is ook echt gelukt. Als je het vergelijkt met andere soorten zorg: in twee jaar tijd zal de capaciteit van psychologische zorg met 58% stijgen en het aanbod endocrinologische zorg met 133%. Dat is heel veel. Maar de andere kant is dat de vraag naar zorg nog harder is gestegen. Dat is ook een feit. We willen hier echt heel graag meters maken. Ik vind het ook echt knap dat ik u deze cijfers kan vertellen. Maar de zorgvraag is tussen 2019 en 2020 met 42% gestegen. Dat is wel waar we tegen aanlopen.

Wat is dan een heel grote hobbel? Dat is die psychologische zorg. Daarbij zijn de wachtlijsten enorm. Dat zijn lange trajecten. Daarom is dat onderzoek van ZonMw zo van belang. De mensen buiten zeiden het ook: de vraag of je genoeg support hebt om een moeilijk traject te doorstaan,

is één, maar langs een soort keuringsdienst moeten, zoals mevrouw Kuiken die noemde, is een andere. Daarom denk ik dat dit onderzoek van groot belang is. Als we wat met die psychologische zorg zouden kunnen doen, zou je iets kunnen wegnemen wat veel tijd in beslag neemt en eigenlijk, onaardig gezegd, een soort flessenhals in het proces is. De problemen zijn er. Ik had liever ook een andere boodschap gehad. Maar er is echt wel een enorme slag geslagen, die helaas niet heeft geleid tot kortere wachttijden.

Mevrouw Kuiken (PvdA):

Dan afrondend voor nu: het was meer mijn bedoeling om het nog even op scherp te zetten. Ik herken dat er stappen zijn gezet. Een ZonMw-onderzoek moet uiteindelijk leiden tot aanmerkelijke wachttijdvermindering, anders stapelen problemen zich per saldo alleen maar meer op. Het is ook niet per se de verwachting dat het in de komende jaren nog veel groter zal groeien, maar je hebt er natuurlijk ook alleen maar wat aan als je over een jaar of over twee jaar kunt zeggen dat de wachttijden aanmerkelijk zijn verminderd. Ik hoop dat we daar dan ook op gaan sturen en pas tevreden zijn als dat het geval is. Bejegening is één ding; ervaring is een ander ding. Maar met aanmerkelijk kortere wachttijden te maken hebben, is denk ik ontzettend belangrijk voor heel veel kinderen – want dat zijn het vaak – die in zo'n traject gaan. Het was dus meer even een afrondende bevestiging. Dank u wel, voorzitter.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan wil mevrouw Simons nog een vraag stellen. Het is uw zevende.

Mevrouw Simons (BIJ1):

De zevende alweer. Dank u wel, voorzitter. Ik sluit even aan bij wat mevrouw Kuiken zegt. Ik weet niet of het onderdeel is van het onderzoek dat eraan komt, maar mevrouw Kuiken wijst natuurlijk erg terecht op het feit dat bijvoorbeeld jeugdzorg nou net zo'n plek is waar veel van deze problemen zich voor de eerste keer openbaren. Dit is misschien voor een andere keer. Het is maar een opmerking bovenop een opmerking. Maar ik denk dat het toch goed is om ook te kijken naar hoe je die processen als het ware kunt samensmelten. Er zijn heel veel gevallen, vooral in de jeugdzorg, die eigenlijk ergens anders over gaan. Die worden inderdaad versterkt door lange wachttijden. Het gaat bijvoorbeeld ook over jonge mensen met anorexia en dergelijke. Ik weet niet waarom, maar ik voelde even de behoefte om het verhaal van mevrouw Kuiken te bevestigen en misschien alvast een voorschot te nemen op een denkrichting waarmee we in het vervolg op zoek kunnen naar het verkorten van die wachttijden, met name bij dat psychologische stukje. Dat is ook hetgeen waar veel zorgvragers zelf van zeggen dat er winst valt te behalen. Dank u, voorzitter.

Minister Van Ark:

Ik snap wat mevrouw Simons bedoelt: het zoeken van de dwarsverbanden. Maar het is niet een actiepoint dat ik nu even nog erbij kan nemen. Maar zo heb ik het ook niet begrepen.

Voorzitter. Ik kom bij de vraag van mevrouw De Vries, als het mag van u.

De voorzitter:

Zeker. De tijd vliegt wel. Dat zou ik heel even als ding willen meegeven.

Minister Van Ark:

Het goede nieuws is dat ik volgens mij een aantal onderwerpen aan het begin wat breder heb besproken. Ik zal zo veel mogelijk ernaar verwijzen. Dat is niks voor mij eigenlijk, hè. Ik zit er helemaal vol in.

Voorzitter. Mevrouw De Vries vroeg naar de uitgestelde zorg en de planning. Daar heb ik al op geantwoord. Ze had specifiek nog gevraagd of de kritiek planbare zorg nu al is ingehaald. Dat is voor een groot deel wel zo, gaf ik aan. Het percentage ziekenhuizen dat aangeeft kritiek planbare zorg volledig te leveren, is nu 87%. Dat betekent dat we bezig zijn met het aflossen van de hypotheek die we genomen hadden op de zorg. We zijn er nog niet helemaal, maar iedereen wordt in ieder geval binnen zes weken geholpen. Dat is het goede nieuws. Ik hoop dat we heel snel helemaal bij zijn.

Ik kom op de impuls voor digitale en hybride zorginnovatie. Daar vraagt mevrouw De Vries naar. Ik onderschrijf dat, want dat kan echt bijdragen aan alles wat we willen: betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit. Er lopen op dit moment gesprekken over die versnellingsimpuls met de zorgverzekeraars, de NZa, het Zorginstituut en de IGJ, maar ook met voorlopers onder zorgaanbieders, professionals en patiënten. De bedoeling is dat zij met elkaar een soort beweging vormen, zodat de versnelling van de digitalisering wordt vastgehouden na de coronacrisis en we, als die versnelling een verbetering zou kunnen zijn, niet terugvallen in het gedrag van daarvoor. Dat is ook het antwoord op de vraag hoe we de ervaringen met digitale zorg en zorg thuis vast kunnen houden.

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

Praten met elkaar is altijd mooi, maar ik vind het ook wel mooi als dat tot resultaat leidt. Is er iets van een planning te geven? Dat hoeft nu niet per se. Dat zou eventueel in een brief kunnen. Waar wordt aan gedacht? Want een impuls voor digitale en hybride zorginnovatie klinkt mooi en het is een beweging die we heel graag in willen zetten, maar wat gaat dat concreet inhouden?

Minister **Van Ark**:

Volgens mij ... Als het nog niet het antwoord is dat mevrouw De Vries zoekt, dan moet ze het even aangeven. Dan kan ik het in tweede termijn doen of anders in een brief. Maar volgens mij is dit bijvoorbeeld dat de NZa qua bekostiging hetzelfde geeft voor digitale als voor niet-digitale consulten, dat soort zaken. Als ze dat vraagt, dan kan ik kijken of ik dat in tweede termijn kan zeggen. Anders neem ik het eventueel op in een brief. Ik kom bij de vraag van mevrouw De Vries over diagnostiek. Dat punt deel ik. We hebben daar vorige week ook bij stilgestaan. Ik vind dat we meer in moeten zetten op de biomarkers en de personalized medicine. Het is zeker niet alleen geldend voor oncologie. Dat is wel de plek waar we, zeker in het begin, de meeste winst kunnen behalen, omdat we daar de meeste geneesmiddelen zien met biomarkers die beschikbaar zijn en ook nog meer in ontwikkeling zijn. Een deel van de stappen is weliswaar beperkt tot oncologie, maar een ander deel is breder. We kijken breed met de beroepsgroepen naar de organisatie van zorg bij de complexe diagnostiek. De netwerkstructuren zullen we dan ook gaan benutten voor niet-oncologische patiënten.

De bekostiging van de expertiseconsulten. Tussen de tweede en derde termijn kunnen ze op dit moment nog niet als losse betaaltitels gedeclareerd worden, maar ziekenhuizen kunnen hier wel onderling afspraken over maken. Op dit moment worden gesprekken gevoerd over het mogelijk maken van de expertiseconsulten door partijen onder regie van de NZa. Als mensen de grens over moeten, dan is de toegang tot hoogwaardige grensoverschrijdende zorg in de EU geregeld in de Richtlijn patiëntenrechten. Die gaat onder andere over de vergoeding van de zorg. Patiënten kunnen terecht bij het Nationaal Contactpunt grensoverschrijdende zorg voor meer informatie. Iedere lidstaat heeft zo'n contactpunt. Mevrouw De Vries had het over belemmeringen voor de juiste zorg op de juiste plek. Ik heb aangegeven in antwoord op mevrouw Van den Berg dat niet alles juridisch wordt vastgelegd, ook omdat het om vertrouwens-

specten gaat, maar de voortgang wordt wel degelijk in de bestaande bestuurlijke overleggen met de HLA-partijen besproken. Ik heb ook nog een vraag van mevrouw De Vries over de verschuiving van complexe medisch-specialistische zorg naar de anderhalvelijnszorg. Afgelopen tijd hebben we daar inderdaad een toename van gezien. De NZa heeft een mogelijk aparte betaaltitel onderzocht, het meekijkconsult, en geconcludeerd dat dit al mogelijk is binnen de ontwikkeling. Dan kunnen ziekenhuizen met huisartsen een afspraak maken hierover via het S3-segment van de huisarts. Mevrouw Paulusma knikt. Bijvoorbeeld in Twente, waar de plastisch chirurg bij de huisartsen kleine behandelingen uitvoert. Dat is winst voor de patiënt, want die hoeft dan niet naar het ziekenhuis te reizen.

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

Hoor ik nu de Minister zeggen dat er binnen het huidige systeem al een betaaltitel voor is? Of dat die niet nodig is? Dat is mij nog niet helemaal duidelijk.

Minister **Van Ark**:

Binnen de verschuiving naar de anderhalvelijnszorg is het mogelijk. Het is al mogelijk binnen de bekostiging. De zorgaanbieders en de verzekeraars hebben ook de mogelijkheid om een facultatieve prestatie aan te vragen. Die kan je dan bijvoorbeeld inzetten om telemonitoring declarabel te maken. Er zijn dus diverse mogelijkheden.

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

Ik denk dat de moeilijke-woordenbingo inmiddels weer vol is. Ik probeer even te begrijpen wat er gezegd wordt. Enerzijds wordt gerapporteerd dat de medisch-specialistische zorg in 2019 onvoldoende heeft gedaan om de juiste zorg op de juiste plek te krijgen. Ik ga ervan uit dat er bedoeld wordt op de beweging van medisch-specialistische zorg naar anderhalvelijnszorg. Anderzijds wordt er wel gezegd dat er al iets mogelijk is. Dan is de vraag: hoe vaak wordt er dan gebruik van gemaakt en is dat passend genoeg om uiteindelijk die beweging ook te faciliteren? Want daar ben ik eigenlijk naar op zoek. En hoe we dat vormgeven ... Nou, laten we zeggen dat de techniek me minder interesseert. Ik wil gewoon dat die mogelijkheid er is en dat het ook echt gaat gebeuren. De Minister had het over die facultatieve aanspraak en het S3-segment. Hoe gaat dat concreet gebeuren?

Minister **Van Ark**:

Ik vind dat een heel terechte vraag van mevrouw De Vries, die nu dus ook begrijpt waarom ik zo lang weg was tijdens de schorsing. Dit heb ik niet paraat. Ik ga dit dus even nazoeken. Ik vind het een hele terechte vraag. Ik kom er nog even op terug, hetzij aan het eind van de eerste termijn, hetzij in de tweede termijn.

Voorzitter. Mevrouw De Vries vroeg tot slot naar het draagvlak bij de patiëntenverenigingen voor de onderzoeksagenda ME/CVS. Het is een onderzoeksagenda die tot stand is gekomen in samenwerking met vier patiëntenorganisaties. Ik was heel blij dat zij ook echt hun waardering uitspraken voor de onderzoeksagenda. Er is 28,5 miljoen voor vrijgemaakt. Er is ook een vereniging die ervoor heeft gekozen om niet deel te nemen aan het gezamenlijke traject. Maar ik zou zeggen dat er groten-deels zeker draagvlak voor is.

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

Ja, dat begrijp ik. Het is natuurlijk mooi dat er bij andere organisaties wel draagvlak is. Maar de vraag is dan wel: waarom is er niet voldoende draagvlak bij deze club om zich hier ook achter te scharen?

Minister **Van Ark**:

Dat heb ik niet paraat. Ik moet dat even opdiepen.

De **voorzitter**:

Mevrouw De Vries heeft nog een andere vraag.

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

Nog even over de transgenderzorg, waar het net al eventjes over is gegaan. Er werd zonet wel over de kant van de psychologen gesproken. Daarbij ging het volgens mij ook over de opleidingen van de psychologen. Mevrouw Kuiken vroeg er volgens mij ook naar of je zaken niet al in de huisartsenzorg zou kunnen regelen, meer als eerste aanspreekpunt waar mensen terecht kunnen. Wellicht kunnen daar al een aantal zaken gestart worden. Mevrouw Ellemeet van GroenLinks had deze vraag ook. Hier mag u natuurlijk ook op ingaan als u bij de beantwoording van de vragen van mevrouw Ellemeet of mevrouw Kuiken komt.

Minister **Van Ark**:

Ik zal vast even vooruitlopen op die vraag. Decentralisatie is inderdaad een gewenste ontwikkeling, waarbij de huisarts het natuurlijk wel zelf moet willen, zoals mijn collega zojuist ook aangaf. We hebben een notitie gekregen van de kwartiermaker. Daarin wordt in praktische zin beschreven hoe een deel van het verplaatsen van de transgenderzorg naar de huisarts eruit kan komen te zien. Er wordt ook gekeken of dat middels e-learning zou kunnen worden gedaan. De kwartiermaker is ook in gesprek over verschillende initiatieven die hierop lopen. Ik gaf zojuist ook al aan dat er bijvoorbeeld bij de follow-up van een hormoonbehandeling overleg nodig is met de endocrinoloog. Mogelijk wil je die endocrinoloog ook in een perifeer ziekenhuis hebben. Er wordt nu naar allerlei varianten gekeken. Op dit moment is nazorg nog niet in de kwaliteitsstandaard opgenomen. Dat is onderdeel van de vraag die we hebben gesteld aan ZonMw. Mijn voorstel is dat ik ook een passage opneem over de manier waarop dat traject van decentralisatie loopt als ik de Kamer na de zomer ga informeren.

Voorzitter. Ik ga naar de vragen van mevrouw Paulusma. Ik heb er ook al een aantal van beantwoord in alle interrupties.

De **voorzitter**:

Mevrouw Ellemeet wil nog een vraag stellen over het voorgaande.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Nog even hierover. Want het past natuurlijk heel goed in de beweging die we breder willen inzetten, dus meer in die eerste lijn. Vanuit die eerste lijn kun je bijvoorbeeld makkelijker overleggen met een specialist. Ik neem dus aan dat de Minister dat op die manier ook onderzoekt, dus op welke manier juist zo'n huisarts kan overleggen met specialisten.

Minister **Van Ark**:

Dat klopt. Mevrouw Ellemeet formuleert het bondiger dan ik, dus daar zal ik van leren.

De vraag van mevrouw Paulusma over het genereren van gegevens met één druk op de knop heb ik beantwoord.

We hebben het ook al gehad over de toekomstbestendigheid van de zorg. Ik heb daarbij ook een tijdspad geschetst, dat ik in een volgende covidbrief en eind augustus in een brief over de Nationale Zorgreserve aan ga geven.

Mevrouw Paulusma vraagt ook naar het cijfermatig inzicht dat we nu hebben in de beschikbaarheid bij de ic's. Dat is goed bevallen, dus dat inzicht houden we. De ziekenhuizen hebben hun data beschikbaar gesteld via verschillende registratiesystemen. Dat optimaliseren we op dit

moment. Voorlopig heeft het Landelijk Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding nog steeds inzicht in de beschikbaarheid van de ic-zorg door het hele land.

Mevrouw Paulusma vraagt verder naar de tolken in de zorg. In Nederland zijn daar verschillende aanbieders voor. Het is een verantwoordelijkheid van de zorgverlener, zodat de zorgaanbieder zelf een keuze maakt. Er is een kwaliteitsnorm voor tolkgebruik in de zorg, waarin staat beschreven wie wanneer waar een tolk inzet. Ook deze norm wordt op dit moment omgezet in een kwaliteitsstandaard met ondersteuning van het Zorginstituut, om hier meer duidelijkheid over te geven.

Dan vraagt mevrouw Paulusma naar de bekostiging van de zorg voor AYA, adolescents en young adults, met kanker. Er zijn drie lijnen, waarover ook al een brief is gestuurd in 2019, namelijk de bekostiging van de reguliere kankerzorg, de bekostiging van de netwerken voor de AYA's, waarin een rol ligt voor de umc's want die hebben zich gespecialiseerd in de AYA-zorg, en een lijn ten aanzien van de arbocuratieve zorg, waarbij ik verwijs naar de reactie die we hebben gestuurd op de motie van D66, waarin VWS en SZW samenwerken. Dit omdat een deel van de arbocuratieve zorg bij de werkgever ligt, maar een aantal andere geneeskundige vraagstukken onder de Zorgverzekeringswet vallen.

Het NZa-kostenonderzoek naar de medische vervolgoopleidingen wordt naar verwachting medio 2022 afgerond.

Dan vraagt mevrouw Paulusma ook nog naar de evaluatie. Mijn collega, de Minister van VWS, is bezig met de grote coronabeleidsevaluatie. Officieel is het zijn portefeuille, wil ik daarmee zeggen. Er zijn diverse evaluaties. Er loopt een onderzoek van de Onderzoeksraad voor Veiligheid naar de aanpak van de coronacrisis. We hebben het rapport over het testen en het testbeleid van de IGJ. We hebben de evaluatie van de interne VWS-organisatie ten tijde van COVID-19. Deze wordt gemaakt door Berenschot. Het eindrapport van die laatste evaluatie verwacht ik na de zomer met uw Kamer te kunnen delen. Er is ook nog een onderzoek naar de afhandeling van de nertsencrisis en er is een onderzoek, dat a is afgerond, door de Algemene Rekenkamer naar testbeleid en -capaciteit. Zelf heb ik nog een onderzoek ingesteld naar aanleiding van de persoonlijke beschermingsmiddelen. Er lopen dus veel evaluaties en onderzoeken. In het debat van 24 juni zijn die ook besproken door mijn collega.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Dat was een hele indrukwekkende opsomming van allerlei onderzoeken die er liggen. Ik vraag mij af of u ook het onderzoek meeneemt waar u zelf om gevraagd hebt bij SiRM, over het gebruik van de juiste zorg op de juiste plek. Want ik ben bijzonder onder de indruk van de potentie die er ligt en die we eigenlijk laten liggen als het gaat om de juiste zorg op de juiste plek.

Minister **Van Ark**:

Zeker. Het eerdere rapport en het rapport dat zojuist verschenen is, heb ik naar de Kamer gestuurd. Ze zijn, denk ik, ook van belang als input voor de formatie. Wat opvalt zijn de enorme mogelijkheden maar ook wel de lange tijdplanningen die daarmee gemoeid zijn. Dit wordt dus zeker bij de toekomst betrokken.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Ik heb niet helemaal goed begrepen of de Minister klaar was met de beantwoording van mijn vraag. Als dat zo is, missen er nog twee dingen. Maar misschien is zij nog niet klaar.

De **voorzitter**:

Stelt u die vraag maar.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Omdat ik zo onder de indruk ben van de samenwerking in de regio, had ik de vraag gesteld wie daar volgens de Minister de regie in heeft. En ik stelde de vraag of, als het gaat om de jonge klaren en hun oproep en om de medisch specialisten en hun uren, de Minister kiest voor koffiedrinken met de zorgeconoom of koffiedrinken met de medisch specialist.

Minister **Van Ark**:

Op die laatste vraag heb ik geantwoord dat ik vind dat het capaciteitsorgaan in de analyse moet meenemen wat hier is gebeurd en dat moet betrekken bij het volgende advies. Ik had niet het gevoel dat mijn keuze beperkt was tot twee. Dit lijkt mij de goede richting. Ik zei al tegen de heer Hijink dat het best nog wel een vraag is wat hier nou precies aan de hand is.

Als het gaat om samenwerking in de regio, dan ligt het er ook een beetje aan op welk vraagstuk dat is. We hebben nu over de band van de coronacrisis gezien dat de voorzitters van de ROAZ'en sterk de regie hebben genomen op de acutezorg-as, overigens ook onder aanvoering van het LNAZ en altijd ook samen met de toezichthouders NZa en IGJ. Het is ook een beetje zoals ik aangaf in de richting van mevrouw Pouw-Verweij: het is de charme van ons stelsel van gezondheidszorg, maar in sommige crisissituaties ook wel de makke, dat er niet één iemand is die per se doorzettingsmacht heeft. Dit lijkt me dus bij uitstek ook een onderwerp dat we bij de evaluatie moeten betrekken.

Voorzitter. Ik ga naar de vragen van mevrouw Ellemeet. Zojuist heb ik op aangeven van mevrouw De Vries al de vraag behandeld over de huisartsen en de sterkere rol bij hormoontherapie. In aanvulling daarop zeg ik dat we wel heel veel aan het vragen zijn van de huisarts. Maar ik heb toegezegd om dat te betrekken bij het onderzoek.

Mevrouw Ellemeet vraagt naar wachtlijsten voor pubers. Ook in antwoord op mevrouw Kuiken zeg ik dat die wachtlijsten er helaas zijn en dat ze ook te lang zijn. Ik heb in de richting van mevrouw Kuiken ook aangegeven hoe het aanbod is gestegen, en gezegd dat ook de vraag is toegenomen. Ik heb ook gezegd dat we met de kwartiermaker, met de zorgaanbieders en met de zorgverzekeraars volop zullen moeten blijven inzetten op het verlagen van de wachttijden, zeker voor mensen in de puberleeftijd, omdat het dan zeer relevant is.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Ik heb daar een vraag over. Het is natuurlijk heel moeilijk om mensen te vergelijken en te bepalen hoe acuut een situatie is, maar ik heb toch de indruk dat het met name voor die pubers echt cruciaal is dat de wachtlijsten kort zijn. Mijn vraag aan de Minister is dus of er ook iets van een prioritering mogelijk is. Dat zijn natuurlijk hele nare vragen, maar aan de andere kant hebben we wel schaarste. Wordt daarover gesproken? Of zou het een idee zijn om daarover het gesprek te voeren?

Minister **Van Ark**:

Ik zou hier zelf onmogelijk een prioritering in kunnen aanbrengen. Ik kan me namelijk een indrukwekkend verhaal van een jong iemand voor de geest halen, maar ook zo'n verhaal van iemand op latere leeftijd. Dat vind ik dus heel lastig! Ik vind het echt een dilemma wat mevrouw Ellemeet schetst. Ik ga even na of dit een plek heeft in het onderzoek dat er nu ligt, want dat weet ik niet. Daar kom ik dan even op terug.

De **voorzitter**:

Uw zevende vraag, mevrouw Ellemeet.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Ik deel dat, want ik vind het ook een dilemma. Maar ik denk dan: je kan wegstappen van dilemma's of ze toch met elkaar bespreken. Er wordt mij nu ingefluisterd dat er in ziekenhuizen ook iets is van een ethisch beraad. Misschien kan dat meegenomen worden.

Minister Van Ark:

Ik neem het mee.

De vragen over psychologische ondersteuning en ervaringsdeskundigheid heb ik, meen ik, al meegenomen in de beantwoording van vragen van uw collega's.

Dan de transformatiegelden en De juiste zorg op de juiste plek. Die vragen zijn deels ook gesteld door CDA en VVD, meen ik. De transformatiegelden namen toe in 2020, maar zijn deels nog niet benut. Ik heb vanwege de demissionaire status geen beleidsmatige reactie gegeven op de monitor. Wat we wel doen, is beide partijen aanmoedigen om de transformatieafspraken zo veel mogelijk in contracten vast te leggen. Daarnaast heeft de NZa het referentiekader De juiste zorg op de juiste plek ontwikkeld in gesprek met de zorgverzekeraars. Dat kwam ook al in het gesprek met mevrouw Van den Berg aan de orde. En ultimo is er ook de doorwerking in de contractuele afspraken.

Over de artsen in loondienst hebben wij ook van gedachten gewisseld.

De vraag van mevrouw Ellemeet over de moleculaire diagnostiek is vorige week, meen ik, ook aan de orde geweest bij het AO Pakketbeheer. Het klopt dat hier niet een groot financieringsvraagstuk speelt, maar er spelen wel knelpunten in de bekostiging. Dat betekent dat ziekenhuizen nu aangeven dat zij de diagnostiek niet goed kunnen declareren, wat voor sommige ziekenhuizen een drempel is waardoor ze het minder toepassen dan andere ziekenhuizen. De NZa werkt hieraan en implementeert de aanpassingen per 1 januari 2023. Dat is natuurlijk best ver weg, dus in de tussentijd kunnen ziekenhuizen en verzekeraars op dbc-niveau tariefafspraken maken met elkaar over hoe ze de moleculaire diagnostiek gaan bekostigen. Dat zijn vrij onderhandelbare tarieven. Er is veel aandacht voor dit onderwerp, dus ik durf het vertrouwen uit te spreken dat zij eruit gaan komen.

Dan de vraag van mevrouw Ellemeet over de expertisecentra. Hoe gaan we stimuleren dat die ontstaan? Of was dat een vraag van mevrouw Van den Berg? Ja. Excuus. Er zijn nu 350 erkende expertisecentra. Een belangrijke prioriteit is niet zozeer het zorgen dat er meer komen, maar het zorgen dat je ze sneller kunt vinden. Dat is wel, zoals ik in de richting van mevrouw Van den Berg zei, het doel van de visie Toekomst zorg voor zeldzaam, die wordt opgesteld. Daarbij wordt ook samengewerkt met de patiëntenvereniging. Die visie is in het najaar klaar en die wil ik graag aan de Kamer sturen.

De voorzitter:

Uw laatste vraag, mevrouw Ellemeet.

Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):

Ik ga er maar even uit dat de Minister of haar departement erbovenop zit om te monitoren dat die knelpunten rond de bekostiging van de moleculaire diagnostiek worden opgelost. Mijn vraag gaat over de expertisecentra. De Minister zei in een bijzinnetje: het gaat er niet zozeer om dat we er meer krijgen, maar dat ze goed bereikbaar zijn. Maar wat ik begrijp, is dat die expertisecentra nog niet voorzien in de 7.000 verschillende zeldzame aandoeningen, en dat de expertise die je nodig hebt voor al die zeldzame aandoeningen wel ergens gebundeld moet zijn, om het zo maar te zeggen. Ik zeg niet dat er 7.000 expertisecentra moeten komen want dat zou een beetje raar zijn, maar ik vraag de Minister wel of zij kan inventari-

seren in welke zeldzame aandoeeningen die expertisecentra nog niet voorzien, en wat er dan nog extra nodig is.

Minister Van Ark:

Ik snap de vraag. Het zijn er inderdaad zo'n 7.000, en 1 miljoen mensen die ermee te maken hebben. We hebben natuurlijk ook het Europese netwerk waarmee we samenwerken. Ik ga kijken of ik dit uit kan zoeken en of ik op een rij kan zetten hoe het erbij staat.

Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):

Wanneer komt dat?

Minister Van Ark:

Dat ga ik even na en dat laat ik in tweede termijn weten.

Ik kom bij de vragen van mevrouw Bikker. Zij vraagt naar de ondersteuning aan zorgprofessionals. Ik herken in haar betoog zeer de behoefte aan mentale ondersteuning. Ik zou nu de halve coronabrief voor kunnen gaan lezen, waarin ik altijd schrijf over de initiatieven die we hebben, maar dat zal ik omwille van de tijd niet doen. We hebben diverse contactpunten en websites. Ik denk dat mevrouw Bikker herkent dat als je mensen in de zorg spreekt, die mensen zeggen: ik heb vooral héél veel aan mijn collega's en aan mijn eigen afdeling, en aan het feit dat we het met elkaar samen doen. Maar we hebben een heel supportprogramma eromheen.

Kan ik een raming maken van verwachte uitval en mindere inzet? Ook hierbij refereer ik aan de plannen die we half juli krijgen. We zien dat het ziekteverzuim in de ziekenhuizen voorzichtig afneemt. Voorzichtig, zeg ik erbij. In januari was het 6,6% en in mei was het 6%. We zien wel dat het een heel zware periode is geweest voor mensen. Dat zei de voorzitter van de V&VN ook toen ik haar aan de telefoon had over het onderzoek onder de achterban. Sommige mensen realiseren zich als ze het een tijdje wat rustiger krijgen, hoe zwaar het was, en krijgen het nog zwaarder. Anderen rusten uit en herstellen. Het is dus heel moeilijk om daar nu al een definitieve uitspraak over te doen, maar we houden zeker rekening met een hoger verzuim onder medewerkers in de zorg.

Met welke onderdelen voor meer zeggenschap zouden we nu al aan de slag kunnen gaan?

De voorzitter:

Mevrouw Bikker heeft een vraag over het vorige punt.

Mevrouw Bikker (ChristenUnie):

Ja, voordat we naar het volgende blokje gaan. Ik zie uit naar die brief van half juli. Dan heb ik ook alle tijd om de plannen die de Minister aankondigt zeer aandachtig te lezen. Ik zou haar wel willen vragen om daarin dan ook het patiëntperspectief echt te betrekken, zodat de mensen ook op dat punt weten wat ze moeten verwachten. Ik probeer de hele tijd heel aandachtig te luisteren, dus misschien heeft de Minister het tegen iemand anders gezegd en heb ik het gemist, maar ik dacht van niet. Ik hoop echt dat het patiëntperspectief betrokken wordt.

Minister Van Ark:

Ik knik uitbundig, want we hebben nadrukkelijk ook de Patiëntenfederatie erbij betrokken. Ook kan ik mevrouw Bikker verklappen dat we de eerste versie van de brief nog enorm hebben aangepast omdat vanuit de Patiëntenfederatie werd gezegd: maar dit, dit en dit is ook belangrijk voor patiënten. We doen dat dus zeker, ja.

Mevrouw Kuiken (PvdA):

Een punt van orde. Ik moet helaas even de zaal uit en u bent bijna bij mij. Volgens mij staat alleen de vraag over het Zorginstituut open. Het is een beetje vervelend om dat op te lezen als ik niet in de zaal ben, dus ik zou dat even laten liggen, maar ik moet nu echt even weg.

De **voorzitter**:

Of mag ze even de vraag pakken?

Mevrouw **Kuiken** (PvdA):

Dat mag, maar ik wilde niet inbreken. Ik kom nog wel terug.

De **voorzitter**:

U zit op de wip, maar u komt terug. Anders komt het wel in tweede termijn.

Mevrouw **Kuiken** (PvdA):

Ja, anders komt het wel in tweede termijn.

De **voorzitter**:

Ze heeft hem.

Mevrouw **Kuiken** (PvdA):

Doe maar dan.

Minister **Van Ark**:

Dat was de vraag over dure geneesmiddelen en of er te weinig mensen zijn bij het Zorginstituut. Er is een aantal vacatures. We zien in heel veel verkiezingsprogramma's de wens om daar meer taken neer te leggen. Het is heel specialistisch personeel dat dan gezocht wordt, dus het is een continu aandachtspunt. Als wij zeggen dat we meer verantwoordelijkheden bij het Zorginstituut moeten beleggen, vind ik dat we ook moeten wegen dat daar meer mensen naartoe moeten en dat er veel tijd voor de werving nodig is.

Mevrouw **Kuiken** (PvdA):

Als er een formatieakkoord ligt, neem ik aan dat de Minister die er dan zit – misschien is dat deze Minister – een analyse zal maken van wat al die behoeftes zijn, om dat ook te vertalen in personeel.

Minister **Van Ark**:

Volgens mij is het inderdaad wel gebruikelijk dat op het departement wordt gekeken naar wat er in het regeerakkoord staat en wat dat betekent.

Mevrouw **Kuiken** (PvdA):

Dan houden we even de vinger aan de pols. Dank u wel, voorzitter.

Mevrouw **Simons** (BIJ1):

Aangezien het nu toch al een klein beetje rommelt vanwege het vertrek van mevrouw Kuiken: ik moet ook de zaal verlaten, niet uit desinteresse, maar vanwege een andere verplichting. Dan kan collega Bikker zich eindelijk in de volle aandacht van de Minister wentelen.

De **voorzitter**:

Dank u wel. De Minister vervolgt haar betoog.

Minister **Van Ark**:

We waren bij de zeggenschap, een belangrijk onderwerp. Ik vind het vooral van belang wat de mensen die in het veld werken, er zelf van vinden. Er is een gezamenlijk plan opgesteld. Die partijen hebben gezegd dat zij eigenlijk zelf in the lead willen zijn, zelf het voortouw willen nemen.

Die zeggenschap hoort op de werkvloer thuis. Daarom willen ze dat ook zelf doen. Ze hebben ook aangegeven dat ze de onderdelen van het plan uitwerken, zowel in hun eigen branche als in hun eigen regio. Het voordeel daarvan is dat zij niet hoeven te wachten op een nieuw kabinet. Ik heb wel aangegeven dat ik het van groot belang vind om te kijken of het gebeurt. Het is een centraal thema dat men vervolgens in de branches en de regio's gaat doen. Dan is het risico dat het versnipperd. Dat hebben we uitgesproken en we hebben ook gekeken hoe je dit proces het beste kunt monitoren. Gelukkig hebben we een chief nursing officer bij VWS. Ik parkeer het niet, maar ik geef het door aan het kabinet, om te zeggen hoe je kan bijdragen aan meer zeggenschap. Ik vind het een mooie ontwikkeling dat de sector zegt het zelf te doen, maar daarmee moet het niet weglopen, dat klopt.

Over de zeggenschap voor de burger vroeg mevrouw Bikker naar de motie-Dik-Faber. Dit is ook altijd een belangrijk punt voor mevrouw Van den Berg. In de AMvB Acute zorg die naar de Kamer is gestuurd, is opgenomen dat burgers geconsulteerd worden als het gaat om het zorgaanbod. Er ligt een besluit klaar voor het volgende kabinet om een beslissing te nemen over het vervolgtraject.

Dan de vragen over transgenderzorg. Over de psychologische evaluatie hebben we het gehad. ZonMw kijkt breed wetenschappelijk wat de ontwikkelingen of de inzichten zijn in het buitenland en betreft die bij datgene wat na de zomer wordt opgeleverd.

Mevrouw **Bikker** (ChristenUnie):

Het ligt niet aan deze Minister, maar ik heb de ervaring met collega's dat ik dan niet zeker weet of dat een «ja» is op mijn vraag. Wordt het buitenland erbij betrokken of ziet dat brede onderzoek op allerlei aspecten? De achtergrond van mijn vraag is dat ik weet dat het United Kingdom, het Verenigd Koninkrijk altijd verder was op dit gebied. Daar heb je een enorme aanwas gezien van steeds jongere kinderen die eigenlijk ook die zorg nodig hadden. Men begint nu ook wetenschappelijk een beetje te twifelen of we op de goede weg zitten. Ik wil daar helemaal geen oordeel over geven, want ik ben geen deskundige, maar ik wil wel dat we op tijd lessen leren met elkaar, juist met het oog op kwetsbare adolescenten.

Minister **Van Ark**:

Als we vragen aan ZonMw om aan de slag te gaan, om dingen te onderzoeken, dan moeten zij bekijken wat ze relevant vinden. Ik herinner me dat door de fracties van de SP en de SGP in de Eerste Kamer is gevraagd naar buitenlands onderzoek. Misschien kan ik korthedshalve daaraan refereren. Ik heb de exacte inhoud niet meer helemaal paraat, maar de strekking was of wij zorgen hadden dat uit internationaal onderzoek zou blijken dat jongeren te jong dit traject in zouden gaan. Daarvan kon ik aangeven dat wij dat onderzoek niet herkenden. Dan de vraag van mevrouw Bikker over de differentiatie in de bekostiging. Zij vraagt ook naar het advies van de NZa en het Zorginstituut over passende zorg. Wij gaan samen met de NZa kijken welke adviezen we gaan opvolgen. In het advies over de bekostiging van de medisch-specialistische zorg zag de NZa contractering als het beste instrument hiervoor en niet via wijzigingen in het dbc-systeem. In die contracten kun je afspraken maken over de kwaliteit en uitkomsten binnen de huidige regelgeving. Bij de ontwikkeling van uitkomstgerichte zorg zetten we in op het delen van goede voorbeelden, om partijen verder te helpen om hiermee aan de slag te gaan.

Veel partijen zijn enthousiast over meerjarige contracten. Ik vind dat ook een goed middel, onder andere vanwege de beperking van de administratieve lasten. Maar er zijn ook belemmeringen als het gaat om meerjarige contracten, omdat je ook wel schotten kunt krijgen in de bekostiging tussen verschillende zorgsoorten of frictiekosten bij veranderingen. Er is

ook onderzoek naar gedaan. Het blijft wel een belangrijk instrument. Ik zie het gebruik van meerjarige contracten ook toenemen, zowel in de breedte, het aantal sectoren, als in de diepte, als je kijkt naar het aantal onderwerpen waarbij afspraken volgens meerjarige contracten worden gemaakt. Het lijkt mij een hele goede ontwikkeling. Ik sta er zeker voor open om daar verder over na te denken.

Over de zorg in Flevoland heb ik de Kamer op 24 juni bericht dat op alle punten van de agenda voor zorg in Flevoland acties zijn uitgezet. Via het voortgangsoverleg ben ik nog steeds betrokken bij de agenda voor de zorg in Flevoland. Dat zal na de zomer wederom plaatsvinden. Als mevrouw Bikker dat op prijs stelt, kan ik daarna een brief sturen met een update over de stand van zaken. Ik weet dat een collega van de heer Hijink, de heer Van Gerven, daar in het vorige overleg ook een belangrijk punt van maakte, dus ik ben zeker bereid om dat aan de Kamer toe te sturen.

Door mevrouw Bikker en mevrouw Agema is gevraagd naar het structureel ophogen van de ic-capaciteit. Dat is onderdeel van de toekomstige besluitvorming over de gezondheidszorg. Ik zal straks aan mevrouw Agema aangeven hoe dat gaat met dat ophogen en weer afschalen. Ik denk dat het voor de toekomst van belang is dat je een flexibele schil houdt, om snel op te schalen als dat nodig is. Je wilt niet dat het leegstaat als dat niet hoeft, maar wel dat het paraat is als het nodig is. Besluitvorming hierover is aan het nieuwe kabinet.

Dan de transformatie. En, en, en, zegt mevrouw Bikker, als het gaat om het adviesrapport over passende zorg. Daar ben ik het mee eens. Ja, het is aan een nieuw kabinet, maar we kijken wel hoe we een kwaliteitskader minder vrijblijvend kunnen vormgeven, om niet stil te staan totdat er nieuwe besluiten zijn genomen. Denk aan de vraag hoe een verzekeraar kan inkopen op passende zorg en hoe de IGJ kan toezien op passende zorg. De NZa doet verschillende verkenningen, ook over doorontwikkeling van de bekostiging, zodat je financiële prikkels krijgt die passende zorg bevorderen. Dat betekent dat een nieuw kabinet snel aan de slag kan gaan met besluitvorming hierover.

Voorzitter, dan kom ik bij de vragen van uzelf in de rol van woordvoerder. Mevrouw Agema vraagt naar de vele schattingen die we hebben gezien. Ik heb daar in diverse interruptiedebatten ook naar verwezen. We hebben al veel cijfers gezien, maar nu is het van belang dat we ook echt een totaalbeeld krijgen. Ik verwijs naar wat ik heb gezegd, dat we half juli meer inzicht krijgen in de omvang van de inhaalzorg en het tijdspad dat daarbij hoort. Mevrouw Agema vroeg ook naar de verschillen tussen de verschillende cijfers. Het getal van 320.000 is een bovengrens volgens de NZa, maar we weten nog niet helemaal welk deel van de operaties moet worden ingehaald. Ik verwijs naar wat ik zei over de 60.000 buisjes, maar dat geldt mogelijk ook voor zwaardere operaties.

Ik heb geen taboes om het herstelplan aan te passen als dat nodig is, maar het lijkt me wel goed om eerst af te wachten wat er in die plannen van half juli staat. Als er meer nodig is, kunnen we dat opnemen in het kader passende inhaalzorg medisch-specialistische zorg. Mevrouw Agema deed suggesties die ik ook bij de beroepsgroepen hoor, zoals operatiekamers in het weekend of de inzet van de zelfstandige behandelcentra. Mevrouw Agema vroeg hoe het zit met patiënten die blijvende gezondheidsschade oplopen. Ik denk dat het voor deze patiënten echt van belang is dat zij duidelijkheid krijgen wanneer zij aan de beurt zijn. Haar collega Wilders vroeg daar ook naar in de coronadebatten. Als we weten wat de inhaalzorg is, vanaf half juli, dan hebben we ook de afspraak gemaakt met de zorgverleners dat zij contact opnemen met hun patiënten over wat tot de mogelijkheden behoort en dan kunnen patiënten kijken wat eventueel sneller kan en daarover contact opnemen met de zorgverzekeraars. Mevrouw Agema vraagt naar de relatie tussen de inhaalzorg en 0% volumegroei in de hoofdlijnakkoorden. Dat blijft wel de basis voor 2022,

ook als pijler van toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg. Die afspraken blijven ongewijzigd, maar zo nodig maken we aanvullende afspraken, zoals we in de afgelopen periode ook hebben gedaan over de continuïteitsbijdrage inkomstenderving en over het vergoeden van meerkosten. We hebben afspraken gemaakt met ziekenhuizen en zorgverzekeraars over de vergoeding van de inhaalzorg. We hebben extra afspraken gemaakt over uitgaven aan inhaalzorg. Als er knelpunten worden geconstateerd voor 2022, gaan we daarover ook in overleg, dat wil ik hier ook uitspreken.

Voorzitter: Van den Berg

De voorzitter:

Ik neem even het voorzitterschap over, zodat mevrouw Agema haar interrupties kan plegen. Het woord is aan mevrouw Agema.

Mevrouw Agema (PVV):

Ik vind dit toch wel een heel teleurstellend antwoord. Het lijkt misschien vrij onschuldig: 0% volumegroei in 2022, maar het is natuurlijk wel de aanloop naar de forse problemen die we hebben gehad. Het is begonnen met oud-minister Schippers die de hoofdlijnenakkoorden in het leven heeft geroepen. Sindsdien houden wij elk jaar forse bedragen over bij de ziekenhuiszorg. Dat loopt in de miljarden. Dat wordt steeds verder uitgeknepen en verschaald. Dat is ook de reden waarom er in de voorbije jaren negentien ic's en vijftien afdelingspoedeisende hulp dicht gingen. Het moet steeds efficiënter. Het is ook tegennatuurlijk: alles groeit, alle kostenposten groeien, de salarissen groeien, we verwachten en willen steeds meer. Maar dan is die groei 0%. Iedereen snapt dat daar iets heel erg knelt. Wat wij niet willen, is dat een probleem wat er in de afgelopen tien jaar is geweest, voortgezet wordt in de toekomst. Die 0% groei zorgt straks voor nog meer verschraling. Ik hoor graag of de Minister die opvatting deelt en zo nee, waarom niet. Zo ja, dan moet die beperking van de volumegroei van tafel.

Minister Van Ark:

Er zit natuurlijk een heel verhaal achter die volumebeperking, omdat er ook een beweging in zit dat je zorg dichterbij of lager in de lijn hebt waar dat kan. Dat is de gedachte die erachter zit. Alleen 0% volume zegt natuurlijk vrij weinig. Dat kan je niet een-op-een relateren aan iets als een verschraling. In mijn antwoord gaf ik aan dat we meer zullen doen voor 2022 waar dat nodig is, en dat hebben we in het afgelopen jaar ook gedaan als het gaat om de inhaalzorg. Mijn inschatting is dat het niet nodig is om op voorhand te zeggen dat we van dat groeipercentage afstappen. Dat is niet nodig gebleken, omdat er bypasses gezet konden worden. Het is ook niet nodig. Bovendien zijn we nu ook bezig met de evaluatie van de hoofdlijnenakkoorden, om te kijken hoe we daar in de toekomst mee omgaan.

De voorzitter:

De Minister vervolgt haar betoog.

Minister Van Ark:

Mevrouw Agema vroeg waarom de ic-capaciteit niet structureel is opgehoogd. We zagen de afgelopen tijd een fluctuatie in het aantal ic-bedden; eerst opschaling en de afgelopen tijd een afschaling. Dat zijn ook bewegingen in het licht van het opschalingsplan van de ic-bedden die gericht zijn op de covidcrisis. Daarnaast hebben we afgesproken dat we in de toekomst structureel meer ic-capaciteit willen, maar er is nog geen besluitvorming geweest over hoe en hoeveel. Dat is aan een nieuw kabinet. Als je kijkt naar de aard van de gezondheidszorg in Nederland en

hoeveel ic-bedden we hebben, dan is dat eigenlijk vrij constant geweest in de afgelopen jaren, los van covid. Het is wellicht minder dan in de ons omringende landen, maar dat heeft er ook mee te maken dat geprobeerd wordt om de zorg zo veel mogelijk klinisch of thuis te verlenen. Maar we hebben wel geleerd, en daar heeft mevrouw Agema vaak pleidooien voor gehouden, dat we in de toekomst meer nodig zullen hebben dan we tot nu toe hebben gedaan.

Voor meer mensen aan het bed krijgen verwijs ik naar het programma CZO Flex Level dat we sinds 2018 hebben, om de werkpraktijk en flexibele opleidingsroutes beter op elkaar aan te laten sluiten. Ik verwijs naar wat in diverse rapporten staat, waaronder ook het SER-rapport, dat mensen zich ook tijdens een opleiding kunnen blijven ontwikkelen. We werken natuurlijk ook aan het plan voor de zorgreservisten, zodat mensen die de zorg uit zijn, wel beschikbaar blijven voor als dat nodig is.

Mevrouw Agema stelde nog een vraag over het Bronovoziekenhuis, dat een weekziekenhuis gaat worden. Mijn ambtsvoorganger heeft uw Kamer daarover al enkele malen geïnformeerd. Ik hoorde in de crisis inderdaad veel mensen zeggen: gebruik dat ziekenhuisgebouw nu. Door het ROAZ is onderzocht of je een apart noodhospitaal kan realiseren en daarbij is gekeken naar het Bronovo. Uiteindelijk heeft men in de regio geconcludeerd dat zo'n voorziening op deze locatie, maar ook elders in de regio, niet haalbaar is.

De voorzitter:

Mevrouw Agema heeft een interruptie.

Mevrouw Agema (PVV):

Ja, maar die analyse was voordat het overtuigende stuk van PwC kwam dat aerogene transmissie de belangrijkste vorm van transmissie is als het gaat om corona. Ik denk dat het goed is om zo'n evaluatie nog eens te doen, omdat je misschien toch beter een apart ziekenhuis kunt hebben bij een virus dat vooral de route van het inademen van elkaars adem neemt.

Minister Van Ark:

Ik vind dat absoluut een legitiem vraagstuk dat mevrouw Agema hier neerlegt, maar ik heb ook een aantal keren in de Kamer gezegd dat de organisatie van onze gezondheidszorg voortkomt uit wat de mensen in het veld aangeven. Zij hebben op een gegeven moment gezegd dat zij de covidzorg niet los willen zien van de reguliere zorg. Het is hele zware zorg. Het heeft ook te maken met de doorstroom van patiënten. In Nederland hebben we dus niet gekozen voor aparte ziekenhuizen. Dat is ook waarom het Bronovo wat dat betreft niet meer in beeld is gekomen.

De voorzitter:

Minister, u kunt doorgaan, zolang mevrouw Agema mij geen signaal geeft.

Minister Van Ark:

Ik ben heel goed gedrield door mevrouw Agema als voorzitter, dus ik kijk tegenwoordig of het mag, voorzitter.

De laatste vraag van mevrouw Agema ging over het programma Zinnige Zorg. Daarover hebben we het ook gehad in het commissiedebat Pakketbeheer. Er is ook een motie van mevrouw Agema om duidelijkheid te krijgen over de effectiviteit van de behandelingen, zodat je weet of zorg ook passend is. Dat vind ik een belangrijke motie. Ik heb natuurlijk de conclusies van de ARK gezien dat er nauwelijks winst was bij de implementatie van het programma Zinnige Zorg. Ik heb vorige week in het debat ook aangegeven dat de verantwoordelijkheid voor de implementatie bij alle partijen ligt; bij de overheid maar ook bij het veld. Om die reden heb ik er niet voor gekozen om het programma te beëindigen, maar

om het te herinrichten, juist om de winst te kunnen boeken die we met z'n allen nastreven.

De voorzitter:

Dan geef ik het voorzitterschap weer terug aan mevrouw Agema.

Voorzitter: Agema

De voorzitter:

Dank u wel. Ik stel voor even kort te schorsen voor een sanitaire stop en dan gaan we om 18.45 uur weer door.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

De voorzitter:

We gaan er even over nadenken wat onze leukste werkbezoeken waren van de commissie VWS. Die vertellen we dan later aan mevrouw Bikker. Ik begrijp dat er behoefte is aan een tweede termijn. Een aantal leden hebben zich inmiddels afgemeld: meneer Hijink, mevrouw Pouw-Verweij, mevrouw Simons. Mevrouw Kuiken komt later nog terug. Ik geef het woord aan mevrouw Van den Berg.

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

Dank u wel, voorzitter. Op de eerste plaats dank aan de Minister voor de antwoorden, de brieven die we krijgen en het contact dat de Minister met de sociale werkvoorziening Vidar gaat leggen. We krijgen in tweede termijn nog een antwoord op de protocolvragen. Maar in ieder geval zou ik graag een tweeminutendebat willen aanvragen. Wat de Minister zelf noemde «het gas moet erop bij de juiste zorg op de juiste plek», zou ik graag met een tweeminutendebat nog wat willen ondersteunen. Afgezien van de administratieve lastendruk, waarvan wij zeggen dat je er wat aan moet doen, en de hele verschuiving van tweede- naar eerstelijnszorg, zie je nu dat de Googles en Amazons van deze wereld ook met allerlei medische innovaties komen. Straks wordt ons goede zorgstelsel krijsend duur omdat dit soort grote bedrijven het voor een deel gaan overnemen. Dat willen we voorkomen. Daarom moeten we het heft in eigen handen blijven houden en het gas erop blijven houden.

Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel. Een tweeminutendebat is bij dezen aangevraagd door mevrouw Van den Berg. Ik neem aan dat dit nog voor het zomerreces moet plaatsvinden, inclusief stemmingen.

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

Dat zou wel fijn zijn, voorzitter.

De voorzitter:

Dan gaan we dat doorgeven aan de Griffie plenair. Het woord is aan mevrouw De Vries namens de VVD.

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

Dank u, voorzitter. Drie korte punten nog. Allereerst de inhaalzorg. Ik vind het wel een beetje frustrerend dat de Minister nu spreekt van beelden, indicaties en ambities als het gaat over de planning. Ik heb de planning zo gelezen als dat die een onderbouwd verhaal was om uiteindelijk eind 2021, begin 2022 die ook echt te gaan halen, maar ik begrijp dat die nog een beetje op drijfzand rust. Een planning is voor mij een harde deadline, maar dat blijkt het niet te zijn. Dat vind ik gewoon spijtig, want ik denk dat

dit onzekerheid geeft bij mensen. Ik hoop dat we dat zo snel mogelijk wel concreet kunnen maken.

Dan nog de impuls digitale en hybride zorginnovaties. Het is mooi dat het veld daarover in gesprek is, maar ik zou wel graag willen weten wanneer dat echt concreet klaar is.

Het laatste punt sluit een beetje aan bij wat mevrouw Van den Berg zei over de juiste zorg op de juiste plek, maar dan heel even specifiek over de meest specialistische zorg. Volgens mij wil iedereen het. Ik begrijp van de Minister dat het geld er ook is. Dan denk ik: waarom gebeurt het dan nog niet? Er zijn belemmeringen of dingen die nog niet goed ingeregeld zijn. Ik ben wel benieuwd of daar al iets over te zeggen is of dat we daar in elk geval naar kunnen kijken, zodat we dat ook kunnen oplossen.

Dank u wel, voorzitter.

De voorzitter:

Dan mevrouw Paulusma.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Dank, voorzitter. Ik ga iets doen wat ik bij alle voorgaande commissiedebatten vergeten ben: de Minister bedanken voor haar reactie.

Dank u wel.

De voorzitter:

Dan mevrouw Ellemeet.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Daar sluit ik me bij aan.

De voorzitter:

Dan mevrouw Bikker.

Mevrouw **Bikker** (ChristenUnie):

Dat doe ik ook. Het is ook zo fijn dat de Minister alle vragen beantwoordt. Echt waardering daarvoor.

De voorzitter:

Ook dank van mij namens mijn fractie. Heeft u nog behoefte aan een korte schorsing? Een paar minuutjes.

De vergadering wordt van 18.49 uur tot 18.55 uur geschorst.

De voorzitter:

Daar is de Minister weer. Ik heropen de vergadering voor de slotwoorden van de Minister.

Minister Van Ark:

Voorzitter, dank u wel. Ik had nog een vraag van de heer Hijink en mevrouw Paulusma over wanneer er een brief kan komen over de situatie rond werkloze medisch specialisten. We hebben het er nog even over gehad, maar het is best wel heel complex, dus mijn voorstel zou zijn dat ik u in het vierde kwartaal van het jaar per brief informeer over mijn beeld hiervan. De heer Hijink vroeg na de zomer, maar ik denk dat ik dat gewoon niet ga redden, dus ik zou zeggen Q4.

Mevrouw De Vries vroeg wat die facultatieve prestatie en dat meekijkconsult nou uiteindelijk opleveren. Zij zei dat het sneller moet, en mevrouw Van den Berg zei dat eigenlijk ook. Ik herken wat zij zeggen. Eigenlijk is alles er: het geld is er, de wil is er en toch willen we dat het minder vrijblijvend is. Je kan ook echt oprecht zeggen dat er geen aanvullende bekostiging nodig is voor de medisch-specialistische zorg. Ik verwijs ook naar het rapport dat deze week naar de Kamer is gestuurd,

waarin staat dat er nog heel veel te halen is, maar dat het echt heel lastig is. Het is echt een kwestie van lange adem. Wat zou je dan kunnen doen? Je kan dwingender zijn in het kwaliteitsbeleid, de juiste prikkels zetten in de bekostiging en het toezicht aanscherpen. Dat zijn een paar concrete stappen die je kan zetten, waar natuurlijk ook aan wordt gewerkt, maar het is niet per se zo dat er aanvullende bekostiging nodig is.

De versnellingsimpuls voor digitale hybride zorg loopt dit jaar. Innovatie stopt natuurlijk nooit. Ik zou mevrouw De Vries wel willen aanbieden dat we begin volgend jaar een brief sturen aan de Kamer over wat die impuls heeft opgeleverd, zodat zij zich kan buigen over de vraag of ze bepaalde innovaties wellicht op een hoger plan wil tillen. Dat is ook een belangrijk debat in deze commissie.

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

Begin volgend jaar, dat wil zeggen dat de impuls dan helemaal afgelopen is. Als je dat wil continueren omdat het iets goeds heeft opgeleverd, vind ik het een dusdanig belangrijk onderwerp dat ik niet wil dat er een gat gaat vallen. Ik ben een beetje zoekend of er op een ander moment een tussenrapportage of iets dergelijks zou kunnen komen, bijvoorbeeld voor de begrotingsbehandeling.

Minister **Van Ark**:

Volgens mij is er niet zozeer sprake van dat er een gat valt. Er is het samenwerkingsverband. Het loopt dit jaar, dus daarna kun je pas kijken wat het effect is. Laat ik het zo zeggen, ik heb nog niet vaak meegemaakt dat het niet lukt om iets te continueren als dat echt heel goed loopt. Maar goed, ik kan daar geen toezeggingen over doen. U kent mijn demissionaire status, daar refereer ik vaak genoeg aan. Ik zou zeggen: na dit jaar, want dan weten we ook wat eruit is gekomen.

Mevrouw Ellemeet ging in op een lastig dilemma als het gaat om diagnostiek en behandeling van genderincongruentie bij kinderen en adolescenten. Dat is echt anders dan bij volwassenen. Dat is ook een andere expertise. Het is wel zaak dat je voor alle verschillende leeftijds categorieën inzet op verlaging van de wachttijden, en daar is de verkenner ook mee bezig. Maar er is geen specifieke prioriteit voor het verkorten van de wachttijden voor pubers en adolescenten.

Dan had ik nog de vraag van mevrouw Ellemeet of de expertisecentra de behoefte aan zorg dekken. Daar zal ik op ingaan in de eerder toegezegde brief over de toekomstvisie op zorg voor zeldzame ziekten. Mevrouw Van den Berg had gevraagd om die brief voor de begrotingsbehandeling te ontvangen. Dat zal ik dus ook doen.

Mevrouw Van den Berg vroeg ook naar de interne protocollen. Die hebben ziekenhuizen inderdaad naast de richtlijnen, bijvoorbeeld voor brandveiligheid, maar ook hygiënevoorschriften voor het wassen van patiënten. Dat zijn logische protocollen om interne processen te regelen. Het kunnen er overigens wel meer dan duizend zijn per ziekenhuis. De inspectie gebruikt die ook voor het toezicht, als dat aan de orde is. In de richtlijnen zie je het «wat» en in de interne protocollen zie je het «hoe». Het is de vraag of dit de informatie is die een patiënt nodig heeft bij het kiezen van zorg. Ik zou zeggen dat de richtlijnen en de kwaliteitsstandaarden leidend zijn bij de beslissingen over de zorg. De protocollen zijn echt voor de medewerkers; hoe doe je dat dan. Wellicht is dat verhelderend.

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

Volgens mij mag ik nog één vraag stellen ...

De **voorzitter**:

Ja, gaat uw gang.

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

En daar maak ik graag gebruik van. Het verbaast mij wel dat blijkbaar meer dan 70 ziekenhuizen op 70 verschillende manieren bepalen hoe wij een patiënt moeten wassen of aan hygiëne moeten doen. Dat komt niet erg efficiënt op mij over. Maar ik heb begrepen dat het ook over behandelingen gaat. Ik weet niet of de Minister daar nog een keer schriftelijk op kan terugkomen, dat het dus breder is dan alleen maar hoe je iets goed schoonmaakt.

Minister Van Ark:

Misschien kan mevrouw Van den Berg dan ook buiten de uitzending om concrete signalen aangeven, want ik ben natuurlijk altijd bereid om dingen uit te zoeken. Graag.

Dan had ik nog één vraag over uit de eerste termijn van mevrouw Van den Berg. Die ging over informatie over lopende initiatieven op het terrein van leefstijlgeneeskunde. Ik had gezegd dat er een onderzoek naar de Kamer komt, maar de Kamer wordt deze week ook geïnformeerd door de Staatssecretaris over de stand van zaken bij de acties van het programma Preventie in het Zorgstelsel, waar het thema leefstijlgeneeskunde onderdeel van is. Daar staat ook het een en ander in over wat VWS doet. Wij beschikken overigens niet over een lijst van leefstijlinitiatieven binnen de ziekenhuizen, maar kennisuitwisseling wordt wel gestimuleerd via de website van De juiste zorg op de juiste plek.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan kom ik bij de toezeggingen aan de Kamer.

- De Minister stuurt de Kamer voor de begrotingsbehandeling een brief over de planbare «hoog complexe, laag volume»-zorg, in de richting van mevrouw Van den Berg.
- De Minister stuurt de Kamer een brief over het voorstel van ZonMw op basis van hun evaluatie van de kwaliteitsstandaard van genderzorg somatisch inclusief kabinetsreactie, in de richting van mevrouw Simons.
- De Minister zegt toe in de volgende covidbrief van half augustus in te gaan op toekomstbestendigheid van de zorg en de termijnen van de inhaalzorg.
- De Minister stuurt de Kamer voor de begrotingsbehandeling een brief waar een inventarisatie in staat in welke zeldzame aandoeningen expertisecentra momenteel niet voorzien en wat extra nodig is, in de richting van mevrouw Ellemet.
- De Minister stuurt na de zomer een brief met daarin een update over de stand van zaken van de zorg in Flevoland, in de richting van mevrouw Bikker.
- De Minister stuurt de Kamer een brief met daarin een analyse van arbeidsmarktkeuzes van jonge specialisten en over de veranderende arbeidsmarkt. De brief komt in het vierde kwartaal, in de richting van de heer Hijink.
- De Minister stuurt de Kamer begin volgend jaar een brief over de impuls digitale, hybride zorginnovatie en wat dat heeft opgeleverd, in de richting van mevrouw De Vries.

Dat was het?

Minister Van Ark:

Ja.

De voorzitter:

Dan komen we tot de afsluiting van het commissiedebat over de medisch-specialistische zorg. Ik dank de Minister voor haar beantwoording. Ik dank de ambtelijke ondersteuning. Ik dank de Kamerleden voor hun inbreng, de mensen die thuis hebben meegekeken, onze medewerkers, de Dienst Verslag en Redactie, de bodes en onze griffier.

Sluiting 19.04 uur.