

Vergaderjaar 2022–2023

**33 578**

**Eerstelijnszorg**

**Nr. 103**

## **VERSLAG VAN EEN COMMISSIEDEBAT**

Vastgesteld 22 augustus 2023

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 5 juli 2023 overleg gevoerd met mevrouw Helder, Minister voor Langdurige Zorg en Sport, en de heer Kuipers, Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, over:

- **de brief van de Minister voor Langdurige Zorg en Sport d.d. 23 december 2022 inzake reactie op verzoek commissie over de administratie binnen de eerstelijnszorg (Kamerstuk 33 578, nr. 91);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 25 januari 2023 inzake adviesrapport van Zorginstituut Nederland «Samen in beweging naar besluitvorming over een aanspraak op passende eerstelijns fysio- en oefentherapeutische zorg uit het basispakket» (Kamerstuk 29 689, nr. 1179);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 25 januari 2023 inzake ondertekening Integraal Zorgakkoord door de Landelijke Huisartsen Vereniging (Kamerstuk 31 765, nr. 705);**
- **de brief van de Minister voor Langdurige Zorg en Sport d.d. 7 maart 2023 inzake openbare jaarverantwoording eerstelijns-coalitie (Kamerstuk 33 578, nr. 92);**
- **de brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 24 april 2023 inzake onderzoeksrapport Bespreekbaar maken seksualiteit in de zorg (Kamerstuk 34 843, nr. 76);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 4 april 2023 inzake RVS-advies over de toekomst van de eerstelijnszorg (Kamerstuk 33 578, nr. 94);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 17 mei 2023 inzake versterking van de eerste lijn (Kamerstuk 33 578, nr. 95);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 1 juni 2023 inzake beleidsreactie op het adviesrapport van het zorginstituut over passende eerstelijns fysio- en oefentherapeutische zorg (Kamerstuk 29 689, nr. 1197);**
- **de brief van de Minister voor Langdurige Zorg en Sport d.d. 6 juni 2023 inzake antwoorden op vragen commissie over de**

- openbare jaarverantwoording eerstelijnscoalitie (Kamerstuk 33 578, nr. 92) (Kamerstuk 33 578, nr. 96);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 26 juni 2023 inzake marktwerking en kwaliteit van zorg in eerste lijn (Kamerstuk 33 578, nr. 99);**
  - **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 26 juni 2023 inzake beleidsreactie op RVS (Raad voor Volksgezondheid & Samenleving)-advies De basis op orde (Kamerstukken 33 578 en 31 765, nr. 98);**
  - **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 19 september 2022 inzake vrije tarieven cosmetische mondzorg (Kamerstuk 33 578, nr. 89);**
  - **de brief van de Minister voor Langdurige Zorg en Sport d.d. 7 juli 2022 inzake onderzoek tandheelkundige zorg voor Wlz-cliënten (Kamerstukken 33 578 en 34 104, nr. 88);**
  - **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 10 november 2022 inzake mondzorg jeugdigen, minima en kwetsbare ouderen (Kamerstuk 35 882, nr. 14);**
  - **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 22 november 2022 inzake proces oplossingsrichtingen tandartsentekorten (Kamerstuk 29 282, nr. 488);**
  - **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 13 december 2022 inzake reactie op verzoek commissie inzake bezwaar tegen tarieven mondzorg (Kamerstuk 29 689, nr. 1175).**

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

De voorzitter van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
Sport,  
Smals

De griffier van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
Sport,  
Esmeijer

**Voorzitter: Smals**  
**Griffier: Bakker**

Aanwezig zijn elf leden der Kamer, te weten: Agema, Van den Berg, Bushoff, Dijk, Drost, Ellemeet, Den Haan, Paulusma, Smals, Van der Staaij en Tielen,

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

Aanvang 13.00 uur.

**De voorzitter:**

Goedemiddag. Welkom allemaal bij het commissiedebat van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport over eerstelijnszorg. Welkom aan de mensen op de publieke tribune. Welkom aan alle collega's. Ik ga ze niet allemaal een voor een opnoemen, omwille van de tijd. Ook welkom aan de bewindspersonen en hun ondersteuning. We hebben een harde deadline. Om 17.00 uur moeten we klaar zijn. Dan beginnen er namelijk tweeminutendebatten. We zijn met best veel collega's, dus ik wil eigenlijk beginnen met vijf interrupties in totaal. Het gaat dan om interrupties op elkaar en op de bewindspersonen. Als er meer ruimte is en de interrupties kort gehouden worden, dan zal ik natuurlijk ook meer ruimte geven om interrupties te plegen. Dat ligt dus aan uzelf. Ik stel vier minuten spreektijd per fractie voor. Ik denk dat ik nu alles gezegd heb. Klopt dat? Ja? Mooi. Dan geef ik het woord aan mevrouw Ellemeet namens GroenLinks.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Voorzitter, dank u wel. De zorg staat onder heel grote druk. Als dat ergens het geval is, dan is het wel in de eerste lijn. Dat zijn mensen die thuis wonen en zorg nodig hebben, maar soms de huisarts en de thuiszorg niet kunnen bereiken. Het gaat om mensen die alleen zijn, die hulp hard nodig hebben en niet de zorg krijgen die zij nodig hebben.

Daarom ben ik zo blij dat hier twee bewindspersonen aanwezig zijn. Ik denk namelijk dat de Minister die zich vooral bezighoudt met de specialiserende zorg, soms – dat begrijp ik ergens ook, want dat is zijn achtergrond – geneigd is om te kijken naar de ziekenhuiszorg en heel graag van een 8 een 9 wil maken. Ik zou hem toch ook willen oproepen: leg alstublieft de focus meer op de eerste lijn. Daar zit namelijk de grote uitdaging. Ik vraag hem dan ook om daar zijn aandacht en tijd in te steken.

Als wij kijken naar de huisartsen, dan zien wij namelijk dat de problemen steeds groter worden. We hebben een tekort aan huisartsen. Huisartsen zeggen ook: luister naar ons; wij hebben de ervaring in de eerste lijn, in de huisartsenpraktijk, en het gaat niet goed genoeg. Een van de grote klachten van de huisartsen gaat over te veel bureaucratie. Ze moeten te veel formulieren invullen, eindeloos veel. Dat vraagt dus van ons, van de bewindspersonen maar ook van de Kamer, om nog eens kritisch te kijken naar wat wij van hen vragen. Om die reden zal ik samen met mijn collega van het CDA een voorstel doen om de jaarverantwoordingslasten terug te brengen.

Dan het interne toezicht. We vragen van hen om een interne toezicht-houder aan te stellen als de praktijk groter is dan 25 personen. Wij vragen om nog eens kritisch te kijken naar die regels. Is het echt wel nodig, vraag ik aan de bewindspersonen, om ook van huisartsen te vragen om een interne toezichthouder als zij meer dan 25 personen hebben? Zou het niet verstandiger zijn om dat limiet te zetten op 50 personen?

Voorzitter. De private equity. Daar maken we ons volgens mij allemaal zorgen om. Het kan niet zo zijn dat de huisartsenpraktijken gebruikt worden als een bron waaruit private equity kan putten, waar zij geld uit

willen trekken en door willen sluisen naar hun aandeelhouders. Ik vraag dan ook aan de bewindspersonen wat zij gaan doen om paal en perk te stellen aan die private equity. Ik vond de eisen die zorgverzekeraar DSW stelt een heel mooi voorbeeld. DSW zegt: huisartsen moeten fysiek aanwezig zijn in een praktijk, want anders sluiten wij geen contract. Ik zou aan de bewindspersonen willen vragen of zij dit ook een goede zaak vinden. Als dat het geval is, zouden zij dan aan de andere zorgverzekeraars kunnen voorstellen om dezelfde eis te stellen? Ik denk namelijk dat we alle zeilen bij moeten zetten om private equity in de zorg in te perken. Ook zijn er veel klachten over de regeling die nu getroffen wordt voor meer tijd voor de patiënt. Het kan natuurlijk niet zo zijn dat er nog steeds onzekerheid is over de financiering. Ik vraag ook daarbij aan de Minister: kunt u nog eens uitleggen welke afspraken er precies zijn gemaakt met de huisartsen? Hoe wordt er tegemoetgekomen aan hun eisen?

Voorzitter. Ik heb een uitgebreid gesprek gehad met Ester Bertholet. Zij is een specialist ouderengeneeskunde in Velp. Zij werkt vanuit de eerste lijn met medisch specialistische zorg ter ondersteuning van de huisartsen. Als er complexe patiënten zijn, die te ingewikkeld zijn voor de huisarts, dan springt zij bij. Dat doet ze met een internist. Dat doet ze met een geriater. Zij is zelf specialist ouderengeneeskunde. Zij doet dit al ontzettend goed. Zij doet dit al meer dan twaalf jaar. Zij is nog steeds afhankelijk van pilotfinanciering, van subsidies. Het gaat waarschijnlijk tot 1 januari 2025 duren voordat zij structurele financiering krijgt, terwijl nu al blijkt dat zij meer dan 7 ton per jaar bespaart aan kosten, omdat ouderen niet naar verpleeghuizen hoeven. Zij bespaart ook meer dan 2 ton aan kosten, omdat ouderen niet naar ziekenhuizen hoeven. Ik vraag dus ook aan de bewindspersonen: kunt u alstublieft kijken naar deze pilot en ervoor zorgen dat we hier structurele financiering voor bieden? Dit is namelijk precies wat we willen. We zien dat bureaucratische systemen iedere keer ...

**De voorzitter:**

Mevrouw Ellemeet, u bent dik over de vier minuten.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

... weer in de weg staan.

Dank u wel, voorzitter.

**De voorzitter:**

Dank u wel, mevrouw Ellemeet. Dan geef ik graag het woord aan mevrouw Van den Berg namens het CDA.

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

Dank u wel, voorzitter. Ik start even met het punt dat mevrouw Ellemeet ook maakt. 90% van de zorg is huisartsenzorg; dat is zorg in de eerste lijn. Wat ons betreft, zouden we daar veel meer aandacht voor moeten hebben. Overal staat die zorg onder druk, onder andere door hoge administratieve lasten. Mevrouw Ellemeet noemde al het initiatief van ons samen om wat aan de eerstejaarsverantwoording te doen; we willen dat bij amendement afschaffen.

Voorzitter. We willen graag een concrete toezegging van de Minister hebben dat hij de grens wil verleggen voor het organiseren van het interne toezicht. Als wij die toezegging niet krijgen, kan ik me voorstellen dat mevrouw Ellemeet en ik daar zomaar met een motie over gaan komen. De grens ligt nu bij 25. Er worden even sterke eisen gesteld aan die kleine organisaties als aan die grote organisaties. Waarom wordt de grens niet bij bijvoorbeeld 50 personen gelegd? Daarnaast vind ik het ook opvallend dat academische ziekenhuizen blijkbaar van dit soort toezicht zijn uitgezonderd. Daar heb ik ook graag een reactie op.

Voorzitter. In december 2020 publiceerde het CDA het Actieplan Huisartsentekort. Het is goed dat er meer opleidingsplaatsen komen en dat er beter wordt gekeken naar de verdeling over het land. De Minister komt ook nog met de leidraad voor het praktijkhouderschap, om dat te stimuleren. Komt de Minister dan ook met vaste tarieven, ook voor de waarnemers? Dat legt nu ook een enorme druk op die huisartsenpraktijken.

Voorzitter. Ook de huisvesting als zodanig is echt een kernprobleem aan het worden. Startende huisartsen kunnen alleen lenen tegen hele hoge kosten. Er zijn betere financieringsmogelijkheden nodig voor die beginnende huisartsen. Wat ons betreft zou een praktische oplossing zijn om iets als een waarborgfonds zorg ook voor de eerste lijn te hebben. Dat waarborgfonds garandeert voor geldgevers de betaling van rente en aflossingen. Is de Minister bereid hiernaar te kijken?

Voorzitter. Ik heb het volgende punt ook in een ander debat al genoemd. De Minister vindt dat de eerste lijn te versnipperd is en dat er meer samenwerking moet komen. Om deze reden is er alle steun van het CDA voor zorgcoördinatie: er moet eenduidig gewerkt worden, we moeten stoppen met vrijblijvendheid en eigen koninkrijkjes en er moet veel meer gewerkt worden vanuit de gemeenschappelijke backoffice. Ik heb altijd geleerd: think global, act local. Oftewel, kijk inderdaad naar het grote plaatje qua eenduidigheid van werken, maar implementeer het veel meer lokaal. Het is prima dat het Regionaal Overleg Acute Zorgketen een soort procesbewaker is en zorgt dat het overal gebeurt, maar wij vragen ons wel af waarom de Minister per se – ik zeg het toch maar – wil doorduwen dat die top-downbenadering van die zorgcoördinatie er is. Voor hoogcomplex, laagfrequente zorg is het prima om dat te concentreren, maar 95% van de telefoontjes zijn laagcomplex, hoogfrequent en kunnen makkelijk worden afgehandeld door zo'n veel meer regionaal samenwerkingsverband. We vinden dat ook haaks staan op de CDA-motie die is aangenomen over het bottom-up denken. Is de Minister bereid om bij de zorgcoördinatie in dat soort gevallen ook veel meer te kijken naar bijvoorbeeld beschikbaarheidsbijdragen voor de wijkverpleging en de thuiszorg? Want dat is nu al wel het geval bij bijvoorbeeld huisartsen en ggz-crisisdiensten.

Dan het laatste punt, voorzitter. Gister is het rapport verschenen van de SBOH, die werkgever is van eerstelijnsartsen in opleiding, zoals de huisarts, jeugdarts en arts maatschappij en gezondheid. Het rapport laat zien dat er enorme salarisverschillen zijn ...

**De voorzitter:**

Rondt u af, mevrouw Van den Berg?

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

Ja. Er zijn dus enorme salarisverschillen tussen die groepen en artsen in de ziekenhuizen. Is de Minister bereid om wat aan die scheve verdeling te doen?

Dank u wel.

**De voorzitter:**

Dank u wel, mevrouw Van den Berg. Dan geef ik het woord aan mevrouw Den Haan, Fractie Den Haan.

Mevrouw **Den Haan** (Fractie Den Haan):

Dank u wel, voorzitter. Ik zal eens kijken of ik u een beetje kan helpen door de dubbelingen eruit te halen. We hebben natuurlijk allemaal dezelfde informatie gekregen, dus ik hoor allerlei bekende dingen die ook ik mijn bijdrage staan. Net als mevrouw Ellemeet – het zal u niet verbazen – vind ook ik dat de eerstelijnszorg onder druk staat. Er is sprake van toenemende vergrijzing en toenemende personeelstekorten. Mij is het dan ook

volkomen duidelijk dat we de eerste lijn anders moeten gaan organiseren. Er liggen goede plannen op papier, maar papier is geduldig en het is denk ik heel belangrijk voor de uitvoering en de timing dat we daar heel zorgvuldig mee omgaan. Het veld loopt ook al op de tenen. Het lijkt mij goed als de Minister misschien iets kan schetsen over het proces van verandering en hoe dat begeleid gaat worden.

Voorzitter. Het aantal mensen met dementie zal de komende jaren ontzettend toenemen. Het is belangrijk dat we de zorg rondom mensen met dementie goed gaan en blijven regelen. De casemanager dementie heeft hier een hele belangrijke rol in. In de brief over de versterking vanuit de eerste lijn schrijft de Minister dat de wijkverpleging vanuit het kernteam in de wijk de schakel is naar de casemanager dementie. Mijn vraag is: zou het niet beter zijn om de casemanager dementie onderdeel te laten zijn van dat kernteam?

Voorzitter. De apothekers vervullen een hele belangrijke rol voor thuiswonende ouderen. Ze doen medicatiebeoordelingen, begeleiden mensen, zodat het makkelijker wordt om therapietrouw te zijn en ze kunnen helpen bij het afbouwen van medicatie als dat nodig is. Ik ben blij dat de Minister de farmaceutische zorg in de wijk wil versterken. Uit de gesprekken met het veld hoor ik dat het nog wel spannend is hoe de rol van de onlineapotheker verder uitgewerkt gaat worden. Kan de Minister daar iets over zeggen? Ik zie dat zorgverzekeraars er al reclame mee maken, maar hoe verhoudt de onlineapotheek zich tot de rol van de apotheker die hij of zij in de wijk speelt? En hoe gaat de Minister erop toezien dat de zorgverzekeraars de rol van de apotheker in de wijk ook echt gaan meenemen in hun beleid? Ik denk dat dat de komende jaren steeds belangrijker wordt.

In de eerdere debatten met Minister Helder heb ik het al weleens gehad over de kleinschalige zorgaanbieders, ook in de eerste lijn. Zij hebben minder capaciteit om subsidies aan te vragen en wetgeving heeft op kleine zorgaanbieders vaak meer impact. Collega's hiernaast hebben het al eerder aangegeven: het verplichtstellen van een intern toezichthouder is problematisch voor kleine organisaties. Ook mijn vraag is om dat op te schuiven naar 50 of 75 medewerkers.

Tot slot, voorzitter. Er zijn heel veel mooie plannen in de maak. Ik hoop heel erg dat er rekening wordt gehouden met de praktijk, met de mensen uit het veld en met het feit dat er een enorme cultuuromslag gemaakt moet worden. Dat wordt nog weleens vergeten, maar dat is denk ik echt heel erg belangrijk. We moeten een vinger aan de pols houden dat dat zorgvuldig gebeurt, dat we goed luisteren naar veldpartijen en dat we soms ook terug durven te gaan naar de tekentafel als dat echt nodig is en als de praktijk dat aangeeft. Een sterke en goed functionerende eerste lijn is ook heel erg belangrijk voor de rest van de keten.

Dank u wel.

**De voorzitter:**

Dank u wel, mevrouw Den Haan. Inderdaad mooi binnen de tijd. Dit was heel ruim, heel goed. U heeft de voorzitter erg geholpen. Mevrouw Paulusma, D66.

**Mevrouw Paulusma (D66):**

Dank, voorzitter. De eerste lijn, vaak in de wijk, is wat mij betreft de mooiste plek om te werken. Als wijkverpleegkundige leerde ik juist in de wijk wat patiëntgerichte zorg is, hoe je optimaal kunt samenwerken en hoe je af en toe, waar nodig, ook een beetje buiten de lijnen kunt kleuren. Die prachtige eerstelijnszorg in Nederland staat echter onder druk; dat was in mijn tijd al zo en is alleen maar toegenomen door de vergrijzing, door zorgvragen die complexer worden, maar ook door het tekort aan professionals.

Voorzitter. Voor een goede eerstelijnszorg is het belangrijk om ook de waarde ervan te erkennen, niet alleen in productie of geld, maar juist in

wat het betekent voor mensen. De Raad voor Volksgezondheid & Samenleving beschrijft deze waarde in De basis op orde wat mij betreft heel duidelijk: goede eerstelijnszorg gaat onder andere over een vertrouwensband, over persoonsgerichtheid, over samenhang. Het voorstel dat beide Ministers doen om te komen tot eerstelijnskernteams – ik suggereer toch een ander woord dan dit hele lange – sluit wat D66 betreft goed aan op die waarden; wij zijn dan ook enthousiast. Maar ons enthousiasme zou nog meer groeien als verpleegkundigen in deze teams een grote rol in gaan nemen, juist vanwege het wat D66 betreft terechte uitgangspunt van de RVS dat de eerstelijnszorg toegankelijk blijft door uit te gaan van de kracht van de samenleving en zo nodig professioneel te ondersteunen. Dit kan een verpleegkundige bij uitstek.

Voorzitter. Zorg die vanuit het verpleegkundig perspectief wordt georganiseerd, waarbij de verpleegkundige de regie heeft, wordt ook wel nurse-led zorg genoemd. De focus vanuit het verpleegkundig perspectief ligt hierbij op gezondheid in plaats van op ziekte. De kern van het verpleegkundige vak sluit ook naadloos aan op dat wat de NZa in 2020 al beschreef als «passende zorg». Uit onderzoek blijkt dat nurse-led zorg niet alleen leidt tot een verbetering van de patiënttevredenheid, maar ook tot minder doorverwijzingen naar specialistische zorg en meer regie van patiënten zelf. Daarnaast, en dat is ook niet onbelangrijk in een arbeidsmarkt waar verpleegkundigen vaak vertrekken door het gebrek aan regie, geeft nurse-led zorg – het woord zegt het al – de regie terug aan de verpleegkundigen. Wat D66 betreft geven we verpleegkundigen de regie in de wijk. Maak van die eerstelijnskernteams nurse-led teams, in het belang van de patiënt en de toegankelijkheid van de zorg. Graag een reactie van beide Ministers.

Daarnaast wil ik ook nu weer het belang van innovatie in de zorg benadrukken. Naast dit verpleegkundig leiderschap, is wat mij betreft digitalisering in de eerstelijnszorg ook een grote kans. Er zijn niet alleen kansen op het gebied van betere informatiedeling tussen professionals onderling, maar juist ook voor patiënten zelf. Vanuit D66 bestaat al langer de wens om tot één persoonlijke gezondheidsomgeving te komen. Ziet de Minister, of beide Ministers, mogelijkheden om juist nu er zo veel gaat veranderen in de eerste lijn, ook grotere stappen te zetten op het gebied van digitalisering en met name op het gebied van PGO's?

Tot slot, voorzitter. Bij het verminderen van de druk op de eerste lijn hoort ook dat we voldoende zorgprofessionals opleiden. Tijdens het debat over de acute zorg hebben wij al aandacht gevraagd voor de rol van physician assistants. Minister Kuipers zou dit doorgeleiden naar Minister Helder, want het veld geeft aan voldoende capaciteit te hebben om PA's op te leiden, maar het Ministerie van VWS lijkt hierin achter te lopen. Ditzelfde vernemen we als het gaat om verpleegkundig specialisten. We horen graag van Minister Helder of zij dit herkent, en dan vooral wat zij eraan gaat doen, want veranderingen in de zorg kosten tijd. Laten we het opleiden van de broodnodige verpleegkundigen hier niet door laten vertragen.

Dank u wel.

**De voorzitter:**

Dank u wel, mevrouw Paulusma. Dat was ook ruim binnen de tijd; dank u wel. Mevrouw Tielen, VVD.

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Dan heb ik misschien wel tijd over, hoor ik.

Voorzitter. Voor mensen die over het algemeen gezond zijn, heeft de gezondheidszorg een andere betekenis dan voor mensen die chronisch of ernstig ziek zijn. Wat voor bijna alle mensen hetzelfde is, is dat ze een huisarts hebben, dat ze naar de tandarts gaan en dat ze bij de apotheek hun geneesmiddelen ophalen. Iedereen wil erop kunnen rekenen dat ze

voor gewone gezondheidsproblemen terechtkunnen in de gewone zorg en dat die gewone zorg – ik noem het «basiszorg» – in de buurt is een bijna direct beschikbaar. Basiszorg is geen formeel begrip, maar eerstelijnszorg en basiszorg zijn wat mij betreft hetzelfde. Dat zijn gewone zorgvragen waarop in eerste instantie niet een heel complex antwoord nodig is: van ongerustheid over een vlekje op de huid tot verwarring over medicatie of een zere pols na een val van de fiets. Het is belangrijk dat we vooruitkijken naar hoe die basiszorg er vandaag en morgen uit gaat zien. Dat is beter dan blijven verlangen naar hoe het vroeger was. Ik pleit dan ook voor een verjongingskuur voor de basiszorg in een initiatiefnota die ik vandaag aan de kamer aanbied. Die zou ik graag zowel aan de Minister als aan de voorzitter aanbieden, maar ik zie de bode niet. De titel is En-en: een verjongingskuur voor de basiszorg. Ik doe in de nota een vijftal voorstellen voor hoe basiszorg voor iedereen toegankelijk en dichtbij blijft.

Voorzitter. Iedereen heeft basiszorg nodig, maar die ene mevrouw van 32 met twee jonge kinderen heeft heel andere behoeften en verwachtingen dan een 77-jarige weduwnaar met meerdere chronische aandoeningen. Uit onderzoek weten we dat er in Nederland grosso modo twee typen zorgvragers zijn. Bijna de helft van de mensen is lokaal georiënteerd. Zij zijn matig tevreden over hun eigen gezondheid. Ze hebben behoefte aan eenvoudige informatie en willen en kunnen niet te veel zelf kiezen. Ze zijn over het algemeen wat minder mobiel en ook minder bereid om te reizen voor zorg. De andere groep, ook bijna de helft, bestaat uit pragmatische mensen, die juist wel willen kiezen bij wie of waar ze hun zorg halen. Ze zoeken actief informatie over waar ze dat het beste kunnen doen. Ze hebben vertrouwen in technologie en hoge verwachtingen van zorgaanbieders. Mijn nota is gericht op beide groepen, want door de pragmatici met digitale en slimme oplossingen van zorg te voorzien, ontstaat ook weer ruimte voor contactzorg voor de eerste groep; en-en dus.

Ik heb de vijf maatregelen uitgebreid in de nota staan. Die gaan erover dat je altijd moet kunnen kiezen voor digitale ondersteuning van basiszorg dichtbij. De tweede is dat er in elke gemeente in ieder geval één basiszorgcontactpunt is. Dat kan bijvoorbeeld een app of een telefoonnummer zijn, maar daarachter is dan multidisciplinaire basiszorg beschikbaar voor alle typen zorg, welzijn en ondersteuning. De derde is dat samenwerking tussen ziekenhuizen voor met name spoedzorg heel belangrijk is. We hebben daar vorige week nog over gesproken. De volgende is dat je zelf aan de knoppen kunt zitten en je gezondheidsgegevens met één druk op de knop beschikbaar zijn in een persoonlijke gezondheidsomgeving – mevrouw Paulusma noemde het al – met telemonitoring, zelfmeting en meer. De laatste maatregel betreft simpele en slimme oplossingen onder de knop, innovaties die voor iedereen beschikbaar zijn, zoals bijvoorbeeld medicijnuitgiftepunten. Die maatregelen heb ik dus in de nota verwerkt. Ik geef die zo aan de bode.

In dit debat wil ik twee andere zaken bespreken, want ik ga de Minister natuurlijk om een reactie vragen op deze nota en we gaan er hopelijk ook nog wat uitgebreider over in debat. Nu wil ik het laten bij twee onderwerpen: huisvesting en preventie. Allereerst de huisvesting. Het is al jaren een groot probleem. De motie-Ellemeet/Kuiken is afgelopen najaar aangenomen. Ik zag dat we daar in het najaar meer over horen, maar ik zou eigenlijk nu al meer willen horen van de Minister over hoe het loopt met de afspraken die hij maakt met onder andere gemeentes om huisvesting te creëren en te bestemmen. Daarbij zou ik ook willen horen in hoeverre daar ruimte is voor zowel huisartsenpraktijken als multidisciplinaire gezondheidscentra. Ik zie uw hand naar de knop gaan, dus ik ga heel snel praten.

Dan nog preventie. Ik wil er drie beroepsgroepen uit halen. Mevrouw Den Haan sprak al over apothekers. Pakken apothekers voldoende hun



preventieve rol wat betreft medicijnen? Hoe gaat die versterkt worden? De jeugdgezondheidszorg ...

**De voorzitter:**

Komt u tot een eind?

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Ja. De jeugdgezondheidszorg moet de basis zijn van preventie voor kinderen en gezinnen. Maar ik zie dat de vaccinatiegraad daalt en daarmee de consultatiebureaucontacten en ...

**De voorzitter:**

U moet echt afronden.

Mevrouw **Tielen** (VVD):

... ik wil graag van de Minister weten hoe hij ervoor zorgt dat de jeugdgezondheidszorg een gezondere plek heeft in de preventie.

**De voorzitter:**

Dank u wel, mevrouw Tielen. De reactie van de Minister gaat natuurlijk officieel via de pv, maar dan weet de Minister alvast dat dat verzoek er waarschijnlijk aankomt. Die kan dus alvast gaan schrijven.

Ik geef graag het woord aan meneer Van der Staaij namens de SGP.

**De heer Van der Staaij** (SGP):

Dank u wel, voorzitter. Het is vanmiddag al in verschillende toonaarden bezongen dat die eerste lijn ongelofelijk belangrijk is. Die is het fundament van ons zorgstelsel. Daar moet je heel zuinig op zijn. Je moet dat koesteren. Je moet dus ook een scherp oog hebben voor scheurtjes en barsten in dat fundament. Die druk – dat is ook al benoemd – is natuurlijk heel fors.

De Raad voor Volksgezondheid en Samenleving heeft nog een advies uitgebracht: De basis op orde. Het kabinet heeft daar een uitvoerige reactie op gegeven, maar ik wil op twee punten vragen wat het kabinet verder concreet met dit advies wil gaan doen. Het gaat om het betrekken van de samenleving. Het tweede punt dat ik wil benoemen, is dat het efficiencydenken voor de korte termijn niet mag domineren, en dat er ook oog moet zijn voor juist het optimaliseren van de maatschappelijke waarde. Ik vond dat zelf wel belangrijke punten. Het was overigens ook leerzaam wat er benoemd werd in het advies. Het hoge vertrouwen dat er eigenlijk vaak in de eerstelijnszorg is, kan soms ook wel weer een beetje het probleem geven dat we wat onrealistische verwachtingen kunnen hebben. Niet alle verwachtingen qua bereikbaarheid, tijdigheid, snelheid en kwaliteit kunnen waargemaakt worden. Als het gaat om de vraag wat je aan innovatie en verbeteringen in de praktijk kunt waarmaken, blijft het dus ook steeds kiezen in schaarste.

Voorzitter. De Minister ziet een belangrijke rol voor een kernteam in de wijk. Hoe verhoudt zo'n team zich tot het sociaal wijkteam? Vindt de Minister dat de specialist ouderengeneeskunde ook onderdeel uit moet maken van het kernteam? Wat betreft de meer regionale benadering vinden wij het belangrijk dat er voldoende vrijheid blijft bestaan. Het moet ook aansluiten bij de lokale en regionale structuur, en geen blauwdruk vanuit Den Haag worden. Graag ook een reactie van de Minister op dat punt.

De belangrijkste reden voor huisartsen om toch voor het Integraal Zorgakkoord te stemmen, was de afspraak dat er meer geld voor meer tijd voor de patiënt zou komen. Mijn korte vraag is of de Minister kan garanderen dat hieraan niet gemorrelt wordt. Ik bemerk een zekere ongerustheid dat het toch allemaal weer langer gaat duren en ingewikkelder is.

In sommige gemeenten kunnen mensen geen vaste huisarts meer vinden. Welke acties onderneemt de Minister om toegankelijkheid van de huisartsenzorg te waarborgen?

Een ander concreet punt is de zorg voor ouderen met een volledig pakket thuis. Het gaat om intensieve dementiezorg of intensieve verzorging en verpleging. Ik begrijp dat de specialist ouderengeneeskunde hierbij niet ondersteunt, maar dat de huisarts dit moet gaan doen. Dat is een fikse extra belasting. Klopt dit? Waarom hebben verpleeghuispatiënten thuis opeens geen recht meer op een specialist ouderengeneeskunde?

Voorzitter. Dan een heel specifiek punt waar ik toch ook graag even de aandacht op wil vestigen, omdat er maar niet echt schot in lijkt te komen: de tandartsenzorg in Zeeland. Dat speelt al jaren en jaren. In de brief over het capaciteitsplan komt de Minister met wat maatregelen, maar dat zet, met alle respect, toch te weinig zoden aan de dijk. Er is een concreet plan voor een nieuwe opleidingslocatie tandheelkunde in Rotterdam. Is de Minister bereid om zich hier sterk voor te gaan maken? Zou dat nou niet juist echt kunnen gaan helpen?

Voorzitter, tot slot. Het is niet het minste punt. Anderen begonnen er mee: de regeldruk. Die is ook in de eerstelijnszorg enorm. Ik sluit me dus graag aan bij de punten van onder andere GroenLinks en CDA wat betreft de jaarverantwoordingsplicht en bij het pleidooi om verandering aan te brengen in de regels rond de interne onafhankelijke toezichthouder waar meer dan 25 zorgverleners werkzaam zijn.

Ook zou ik nog willen vragen om heel goed te kijken naar regels die juist een onevenredige belasting opleveren voor kleinschalige zorgaanbieders. Dank u wel, voorzitter.

**De voorzitter:**

Dank u wel, meneer Van der Staaij. Dan geef ik graag het woord aan de heer Dijk namens de SP.

**De heer Dijk (SP):**

Dank u wel, voorzitter. Elk onderzoek toont aan dat een zorgsysteem met een goed georganiseerde eerste lijn leidt tot een beter afgestemde zorg voor de patiënt, dat deze zorg ook nog eens goedkoper is en dat deze zorg leidt tot betere gezondheidsuitkomsten. Dit is dus winst voor de mens en voor de samenleving.

De eerste lijn staat echter – dat heb ik al veel gehoord – flink onder druk. De afgelopen decennia zijn er dan ook, met name voor huisartsen, heel veel taken bij gekomen, zoals verschillende controles en de zorg voor steeds langer thuis wonende ouderen. Op zich is dat niet erg. Op zich is dat goed. De huisartsenpraktijken kunnen dit ook goed leveren. De trend is echter dat steeds meer zorg voor chronische patiënten met aandoeeningen op het bordje van huisartsen terecht komt. Ook dat hoeft niet perse erg te zijn. Alleen, dit staat wel op gespannen voet met het financieringssysteem. Veel ziekenhuizen hebben namelijk de neiging om de zorg terug te duwen naar de huisartsen. Het financieringsmodel is daar echter niet op gericht. Ziekenhuizen worden immers betaald per handeling en huisartsen niet. Dit maakt het vrijwel onhoudbaar. Is de Minister met de SP van mening dat we dit financieringssysteem moeten wijzigen en, zo ja, hoe wil hij dat doen?

Voor goede eerstelijnszorg – ik hoorde het net ook al een aantal keer voorbijkomen – is het cruciaal dat een huisarts als zorgverlener zijn of haar patiënt en omgeving ook goed kent. Het gaat dus om het opbouwen van een band met een patiënt en een gemeenschap. Doordat huisartsenpraktijken steeds grotere, professionelere en meer taken krijgen en omdat individuele huisartsen moeten onderhandelen met verzekeraars, willen steeds meer jongere huisartsen gaan waarnemen in plaats van fulltime praktijkhouder te worden. Als waarnemer heb je natuurlijk veel grotere administratieve lasten en werkgeverstaken en een praktijkorganisatie die

je op orde moet houden. Dat staat ook op gespannen voet met het opbouwen van een band met een patiënt en een gemeenschap. Is de Minister met de SP van mening dat we het makkelijker moeten maken voor jonge huisartsen om praktijkhouder te worden en, zo ja, hoe wil hij dat gaan doen?

Ik kan hier alle beroepsgroepen langsgaan en overal een analyse van geven. Ik heb echter vier minuten. Volgens mij ben ik nu al op de helft daarvan, terwijl ik nog negen punten heb. Ik heb namelijk negen concrete voorstellen. Ik zal de helft dus nu doen en de andere helft in mijn tweede termijn.

Eén. Voer een stop in voor overname van huisartsenpraktijken door commerciële bloedzuigers zoals private-equitybeleggers. Het is een bedreiging voor de huisartsenzorg. Het belemmert overnames van praktijken door jonge huisartsen. Deze bloedzuigers komen namelijk alleen maar voor de winst.

Twee. Maak het makkelijker voor jonge huisartsen om praktijkhouder te worden. Ontneem hen de administratielast en het onderhandelen, bijvoorbeeld door middel van een districtenhuisartsenvereniging, met aan het hoofd een directeur die alle praktische zaken regelt. Dit systeem bestond ooit in ons land, dus dat kan.

Drie. Verbied goodwill bij overnames. In het verleden was goodwill bij overnames ook niet toegestaan. Het is dus mogelijk.

Vier. Pak het ruimtegebrek van nieuwe huisartsenpraktijken aan. Beloon gemeenten als zij plekken voor huisartsenpraktijken in buurten en dorpen dicht bij mensen beschikbaar stellen, zodat huisartsen – ik zei het net ook al – een sterke band met de patiënt, de wijkverpleegkundige en de gemeenschap kunnen opbouwen.

Vijf. Zorg voor meer geld voor meer tijd voor de patiënt bij huisartsen. Voeg dan ook echt daad bij het woord. Dit is afgesproken bij de totstandkoming van het Integraal Zorgakkoord. Kom die afspraak dan ook gewoon na.

Zes. Voeg fysiotherapie toe aan het basispakket en voer een cao voor fysiotherapeuten in. Versterk de positie van jonge fysiotherapeuten. Dat maakt het beroep aantrekkelijker. Dat lost een toenemend tekort aan fysiotherapeuten op.

Zeven. Versterk de positie van logopedisten. Ook hier zien we een hoge werkdruk en een relatief lage beloning tegenover staan. De kosten voor zelfstandige logopedisten zijn namelijk hoger dan de gemiddelde tarieven die zorgverzekeraars willen betalen. Dat leidt ertoe dat logopedisten afhaken en ander werk gaan doen. Dat patroon zien we op heel veel andere plekken ook. Daardoor groeien wachtlijsten. Daardoor nemen de problemen voor mensen en kinderen toe.

Ik zie u kijken, voorzitter. Ik doe nu nummer acht nog even, en dan doe ik nummer negen bij mijn tweede termijn.

Acht. Voeg mondzorg toe aan het basispakket en maak genoeg geld vrij voor het opleiden van meer tandartsen. Ik heb hierbij staan: bijvoorbeeld voor een regio zoals Zeeland. Nu worden te veel tandartsen vanuit het buitenland gehaald, omdat dat nodig is. Ga dus echt opleiden. Ga niet op het minimale zitten. Dan kunnen we de achterstand inlopen.

**De voorzitter:**

Dank u wel, meneer Dijk. U heeft er nog twee tegoed, volgens mij. Nee? Eentje zelfs? Die is voor de tweede termijn.

Het woord is aan meneer Drost namens de ChristenUnie.

**De heer Drost** (ChristenUnie):

Wel spannend dit. Dit is echt een cliffhanger. Ik hoor meneer Dijk zeggen dat de laatste het mooist is. Ik ben benieuwd.

Dank u, voorzitter. De sterke basiszorg bij de huisarts, de wijkverpleging, de fysio en de tandarts is uniek voor Nederland. Die moeten we koesteren.

De Raad voor Volksgezondheid & Samenleving schetst dit kernachtig. «De waarden die essentieel zijn voor de eerstelijnszorg zijn continuïteit, persoonsgerichtheid, integraliteit, samenhang en wijkgerichtheid.» Die waarden staan nu zwaar onder druk. Als we nog toekomst willen bieden aan onze huisartsen en de rest van de eerstelijnszorg en, nog belangrijker, laagdrempelige zorg kunnen geven en ontvangen, dan moeten we gewaagde stappen durven zetten. We hebben daarvoor ook een aantal adviezen liggen.

De eerstelijnszorg staat het dichtst bij de samenleving. Is de Minister het ermee eens dat als hij zijn visie op de eerstelijnszorg verder uitwerkt, het basale uitgangspunt de samenleving moet zijn, en niet zozeer de efficiency in de zorg? Dus als er grote veranderingen nodig zijn die misschien de zorguitgaven doen stijgen maar grote voordelen voor de rest van de samenleving met zich brengen, moet hij die ook op tafel durven leggen. Ik denk bijvoorbeeld aan de uitbreiding van het basispakket of andere manieren van financieren. Soms ligt het antwoord op zorgvragen in het sociaal domein, soms liggen het antwoord op vragen in het sociaal domein juist bij de zorg.

Voorzitter. De RVS adviseert in het rapport Met de stroom mee om eerstelijnszorg niet in concurrentie in te kopen en aan te bieden, zodat bijvoorbeeld een leidende zorgverzekeraar in de regio samen met de relevante zorgaanbieders afspraken kan maken die goed passen bij die regio. De Minister komt nog met een reactie op het rapport, maar hij is ook bezig met de visie op de eerstelijnszorg. Hoe serieus weegt hij dit advies van de RVS?

Voorzitter. Ik zoek naar concrete stappen die het voor de eerstelijnszorg nu al beter kunnen maken. Het kabinet houdt zich met zijn reactie op het rapport De basis op orde namelijk nog erg op de vlakte, terwijl het rapport voldoende handvatten biedt om ook nu al een en ander te veranderen. Maar de Minister schuift dit allemaal door als input voor zijn visie. Ik noem bijvoorbeeld het wijkgericht werken met specifieke aandacht voor kwetsbare groepen. Een vast team met verschillende specialisaties, zoals medisch, sociaal en verzorgend, is dan cruciaal. Welke inzet kan de Minister nu al op dit vlak plegen voor bijvoorbeeld de meest kwetsbare wijken? Kan hij vanwege het grote belang in zulke wijken meer ruimte bieden om eerstelijnszorg te huisvesten, bijvoorbeeld met een renteloze lening of compensatie voor een lager uurtarief?

Voorzitter. Een volgend punt is de mondzorg voor minima. De Minister is aan het verkennen hoe hij mondzorg kan verbeteren om kinderen uit financieel kwetsbare gezinnen beter te bereiken en of er voor minima ook meer nodig is. Een van de kortetermijnvoorstellen van de werkgroep is het versterken van informele mondzorgnetwerken in focusgebieden om daarmee de meest kwetsbare mensen met acute mondzorgproblematiek te helpen. Hoe kijkt de Minister naar dit voorstel?

Voorzitter, tot slot. Mijn oproep aan deze Minister zou zijn: ga uit van de kracht van de samenleving en ondersteun zo nodig professioneel. Het vierde uitgangspunt van de RVS over de toekomst van de eerstelijnszorg is mij wat dat betreft uit het hart gegrepen. Zonder burgerinitiatieven, ontmoetingsplekken en krachtige gemeenschappen kunnen we oneindig investeren in de eerstelijnszorg, maar bereiken we niet wat we willen. Voorzitter. Ik sluit me aan bij de vraag van mevrouw Van den Berg over de regiocoördinatie. Ik had daar zelf ook wat vragen over, maar die stelde zij eigenlijk ook wel heel goed.

Dank u wel.

**De voorzitter:**

Dank u wel, meneer Drost. Er is nog een vraag van mevrouw Paulusma.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Ik sla even aan op dat laatste. Ik hoorde het mevrouw Van den Berg ook al zeggen. We hebben daar in het debat over de spoedeisende hulp ook al over van gedachten gewisseld. Het bezwaar dat de heer Drost nu ook heeft, is dat die zorgcoördinatiecentra van bovenaf worden opgelegd. Ik had in dat debat een heel dik pakket papier bij me over pilots in de praktijk, waarin regio's en initiatieven die samenwerken juist een pleidooi houden om dit wel te organiseren. De heer Drost sluit aan bij de vragen van mevrouw Van den Berg. Ik ben benieuwd wat hij daar dan van vindt. Het is immers de vraag vanuit het veld, en hij is dat nu aan het omdraaien.

De heer **Drost** (ChristenUnie):

Dank voor de vraag. Wij hebben hier inderdaad zo'n twee weken geleden in een plenair debat over de acute zorg over gesproken. Ik krijg ook andere signalen en ik probeer die serieus te nemen. Die gaan vooral over het personeelsbeleid. Ik noem bijvoorbeeld de vraag: welke mensen werken zo meteen in die coördinatiecentra en in hoeverre worden die weggetrokken bij de huisartsen? Oftewel: zijn we met personeel aan het schuiven? In hoeverre heeft dat effect op het personeelsbeleid bij huisartsen, en dan ook een negatief effect? Daar maak ik me dus zorgen over. Ik schaar me achter de bezwaren die ik ook uit de sector hoor en ik leg die dan hier op tafel. Ik weet ook dat er andere geluiden kunnen zijn, maar ik ben geneigd om serieus naar dat soort signalen te kijken. Ik vind dat we die dan op z'n minst kunnen bespreken. Ik hoop dat de Minister daar ook iets over kan zeggen.

De **voorzitter**:

Dank u wel, meneer Drost. Dan gaan we naar de heer Bushoff namens de PvdA.

De heer **Bushoff** (PvdA):

Dank u wel, voorzitter. Volgens mij maken mijn collega's met hun inbreng al heel duidelijk hoe belangrijk de eerstelijnszorg is. Zij maken duidelijk hoe belangrijk de basiszorg is. Dat zijn de huisarts, de tandarts en een goede toegang tot die voorzieningen. De heer Van der Staaij zei het wel mooi: dat vormt misschien wel het fundament van ons gezondheidsstelsel, van ons zorgstelsel. Je moet dus ook oog hebben voor bedreigingen van buitenaf voor dat fundament van ons zorgstelsel.

Er is één punt dat ik in ieder geval echt wat langer wil uitlichten: de huisartsenzorg die op dit moment vercommercialiseert en private-equitypartijen die zich daarin mengen. De gevolgen daarvan zijn eigenlijk best wel desastreus. Keer op keer zien wij voorbeelden van praktijken die worden opgekocht door gewoon durfkapitalisten, door buitenlandse investeerders met een winst oogmerk. Het gevolg daarvan is dat huisartsenpraktijken vaak slecht bereikbaar zijn voor patiënten, dat zelfs de spoedlijn niet altijd meer bereikbaar is, dat de werksfeer in die praktijken verziekt is, dat huisartsen daarom stoppen bij die praktijken en dat patiënten niet meer naar de huisarts toe kunnen. Dus dat fundament van goede toegang tot de huisarts staat enorm onder druk door die private-equitypartijen die zich mengen in onze huisartsenzorg. Ik zou willen vragen of de Minister het eigenlijk eens is met de PvdA dat we ten principale niet moeten willen dat onze huisartsenzorg vercommercialiseert. Ik heb deze Minister ook horen zeggen: we willen misschien kijken of we maatregelen moeten treffen, of we daartegen iets moeten doen. Ik ben blij dat de Minister in ieder geval bereid is om te kijken of hij iets wil doen, maar voor de PvdA is ernaar kijken onvoldoende. Nu is echt actie nodig.

Voorzitter. Ik ben benieuwd hoe de Minister kijkt naar het op korte termijn instellen van een verbod op het verkopen van goodwill. Daar heeft de Minister al uitspraken over gedaan. Op welke termijn onderneemt hij actie op dit punt? Ook ben ik benieuwd of de Minister bereid is om naar

aanvullende maatregelen te kijken die het moeilijker, zo niet onmogelijk, maken voor commerciële partijen om zich te mengen in onze huisartsenzorg. Je zou bijvoorbeeld kunnen denken aan het verplicht stellen van een patiënthouderschap. Dat is nu vaak niet het geval bij commerciële praktijken, maar dat maakt het wel moeilijker voor die commerciële praktijken om de zorg te leveren die ze nu leveren. Is de Minister bereid om naar dat soort specifieke maatregelen te kijken om er maar voor te zorgen dat het moeilijker wordt voor commerciële partijen om zich in onze huisartsenzorg te mengen? Het moge duidelijk zijn, wat de PvdA betreft moet onze huisartsenzorg geen markt zijn, waar het gaat om winst. Het moet gaan om het welzijn van patiënten.

Voorzitter. Gelet op de beperkte spreektijd, die u volgens mij streng bewaakt, ga ik door naar een ander punt dat ik cruciaal vind en dat de laatste tijd al vaker aan bod is gekomen in debatten, namelijk de mondzorg en de toegang daartoe. We zien dat heel veel mensen op dit moment moeite hebben om de eindjes aan elkaar te knopen. Daardoor gaan mensen zorg mijden, omdat ze bang zijn voor een hoge rekening. Ze mijden de tandarts. Dat is een groot probleem, omdat dat tot heel veel meer gezondheidsproblemen leidt voor mensen. Erkent de Minister dat financiële problemen wel degelijk voor veel mensen de belangrijkste reden zijn om niet naar de tandarts te gaan? Zo ja, moeten we dan niet op korte termijn met een soort noodplan komen om mensen met gebitsproblemen die geen geld hebben toch te helpen? Is de Minister bereid – in het vorige debat ging het daar ook over, maar daar kwam niet een heldere toezegging op – om heel concreet inzichtelijk te maken wat het oplevert als we mondzorg onderbrengen in het basispakket, een soort kostenbatenanalyse, zodat we een zuivere en goede afweging kunnen maken of we dat wel of niet willen als politiek?

De **voorzitter**:

Dat was het?

De heer **Bushoff** (PvdA):

Het liefst zie ik natuurlijk dat we ...

De **voorzitter**:

Laatste zin.

De heer **Bushoff** (PvdA):

... mondzorg in het basispakket opnemen, maar als dat niet op korte termijn lukt, denk ik dat het wel zuiver is als op korte termijn heel helder en inzichtelijk wordt wat het oplevert als we mondzorg onderbrengen in het basispakket. Dan kunnen we de afweging goed maken. Kan de Minister dat concreet toezeggen?

De **voorzitter**:

Dank u wel, meneer Bushoff. Er is nog een vraag van meneer Drost.

De heer **Drost** (ChristenUnie):

Ik zit net te bedenken dat ik bij interruptie aan meneer Dijk had moeten vragen wat zijn negende punt was, maar dat ben ik vergeten. Ik heb wel een vraag aan de PvdA-fractie. Ik voel mee met zijn suggestie om te komen tot een noodplan in afwachting van een structurelere oplossing. Heeft de PvdA-fractie ook ideeën over wat er in dat noodplan moet staan?

De heer **Bushoff** (PvdA):

Zeker. Hoelang krijg ik de tijd om daarover uit te weiden?

De **voorzitter**:

Maximaal een minuut.

De heer **Bushoff** (PvdA):

O, maximaal een minuut. Eén. Mensen die op bijvoorbeeld 140% van het sociaal minimum zitten – later vandaag zal ik met een motie hierover komen – en die gebitsproblemen hebben, laten we gratis naar de tandarts gaan. In ieder geval eenmalig zorgen we voor een fix van hun gebit, zodat ze weer een gezond gebit hebben. Daarmee voorkomen we grotere gezondheidsproblemen op de langere termijn en kunnen ze weer meedoen aan het sociale leven. Ik denk dat het best wel zinvol is om dat te doen. Het kan ook. De Tandartsdag in Rotterdam laat zien dat het kan en dat het heel zinvol is. Er komen ook veel mensen op af. Dat zou in een notendop het voorstel van de Partij van de Arbeid zijn. Als u daarin geïnteresseerd bent, hoop ik dat u mee tekent met het voorstel dat ik later vandaag naar u toestuur.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Dan geef ik graag het woord aan mevrouw Agema namens de PVV.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Dank u wel, voorzitter. Vorig jaar spraken we tijdens dit debat over meer tijd voor de patiënt, de arbeidsmarkt en de aanpak van de administratietijd. Vandaag is het same old same old en vanavond staan we weer met z'n allen dezelfde moties in te dienen als vorig jaar. Intussen lossen de Ministers de problemen niet op, maar verergeren ze de problemen. De inbreng van vanmiddag over de capaciteitsramingen voor zorgprofessionals en opleidingsplaatsen is hier een voorbeeld van. In hemelsnaam, waarom heb je een capaciteitsorgaan als je niet de intentie hebt de mensen die we straks nodig hebben ook daadwerkelijk op te leiden? We zitten met tekorten aan zo'n beetje alles: huisartsen, tandartsen, psychologen, verpleegkundigen, specialisten, alles. Wordt er een inhaalslag gemaakt? Nee hoor. De zorg-Titanic vaart recht op de ijsschots af en de Ministers spelen een vrolijk deuntje op het dek: IZA, IZA, IZA. Inmiddels krijgen de huisartsen voor 2025 niet het houvast dat was beloofd, terwijl de Minister beweert dat hij de gemaakte afspraken zal volgen. Hoe zit dat, vraag ik de Minister.

Voorzitter. Onze huisartsenzorg staat op klappen. Duizenden mensen hebben door grote tekorten aan huisartsen geen huisarts en dus ook geen toegang tot zorg. Er is een tekort aan praktijkruimtes of deze worden door commerciële bedrijven opgekocht, waardoor de kwaliteit hard achteruitloopt, met name de bereikbaarheid. De administratietijd is enorm en er worden niet eens genoeg nieuwe huisartsen opgeleid. Tegen de regering zeg ik: laat vorig jaar vooral netto 200.000 extra immigranten toe tot ons land, want zij hebben vast geen huisarts nodig of ze zijn allemaal huisarts, yeah right.

De thuiszorg moet het sluiten van de verzorgingshuizen opvangen, maar de personeelstekorten gaan inmiddels door het dak en het beleid van de regering maakt dat erger. Daarenboven komt het uiterst domme beleid van de op handen zijnde invoering van de cliëntprofielen. In 2006 vond Jos de Blok met zijn Buurtzorg Nederland het wiel uit voor de thuiszorg. Inmiddels zijn er bijna 1.000 zelfsturende teams in het land en is De Blok vijf keer werkgever van het jaar geworden. De cliënten zijn met een dikke 9 ook uitermate tevreden. Bovendien is de werkwijze van Buurtzorg Nederland veel goedkoper met één tarief. We hebben het per cliënt over 104 gedeclareerde uren ten opzichte van 164 gedeclareerde uren. Waarom? Twee derde van de medewerkers van Buurtzorg Nederland is wijkverpleegkundige, ten opzichte van een op elf bij de reguliere thuiszorgorganisaties. De administratietijd is bij Buurtzorg Nederland minimaal. Er is dus meer tijd voor de patiënt en er zijn minder personeelstekorten. Wat doet de Minister? Zij rolt niet de werkwijze van Buurtzorg Nederland uit, maar voert cliëntprofielen in en sloopt daarmee de hele

thuiszorg. Hoe dom of slecht kun je zijn? Thuiszorgorganisaties moet je de mogelijkheid geven om, wanneer ze minder uren zorg geven, dit te kunnen toevoegen aan hun bedrijfsresultaat. Zorgaanbieders krijgen de mogelijkheid om naar eigen inzicht, dus niet op basis van kwaliteit of voortgang, minder uren zorg te leveren.

**De voorzitter:**

Er is een vraag van meneer Dijk.

**De heer Dijk (SP):**

U beschrijft buurtzorg als een vrij simpele en efficiënte manier om thuiszorg te leveren, omdat er weinig administratiedruk is, het minder geld kost en hoge tevredenheid oplevert. Ik hoor hier naast mij en om mij heen allemaal steun in woord voor zo'n manier om wijkverpleging of thuiszorg te organiseren. Hoe denkt u dat het komt dat dit niet gebeurt?

**Mevrouw Agema (PVV):**

Ik denk dat u de vraag aan de Minister moet stellen, want zij heeft de plannen over draagkracht, draaglast en de cliëntprofielen naar de Kamer gestuurd. Het experiment dat gehouden is, geeft dus thuiszorgorganisaties de mogelijkheid om naar eigen inzicht uren te declareren, dus niet op basis van kwaliteit of voortgang van het traject met de gezondheid van de cliënt. Daarom zie je dus dat de organisaties die hebben meegedaan aan de pilot rode cijfers hadden en daarna ineens positieve cijfers. De Minister zegt dan: nou, de deelnemers aan het experiment waren zó positief. Ja, dat is wat je krijgt als je niet werkt op de wijze van Buurtzorg Nederland, met één gemiddeld tarief en als je overal wijkverpleegkundigen naartoe stuurt in plaats van steeds iemand anders, de ene keer een verpleegkundige en de volgende keer een verzorgende. Dat is een hele dure manier van werken. De Minister wil het verankeren in cliëntprofielen. Het is ontzettend dom – en ik vind het ook heel slecht – dat ons belastinggeld dat wij geven aan de thuiszorg straks gaat naar het bedrijfsresultaat van thuiszorgorganisaties die heel omslachtig werken.

**De voorzitter:**

Gaat u verder.

**Mevrouw Agema (PVV):**

Ik hoef volgens mij niet overtuigd te worden, maar de mensen aan uw rechterkant wel.

**De voorzitter:**

Gaat u verder met ...

**Mevrouw Agema (PVV):**

Ondertussen is het een trein die doordendert en straks is alles kapot.

**De voorzitter:**

Gaat u ...

**Mevrouw Agema (PVV):**

Mijn ervaring is wel, in al die jaren dat ik hier mocht zitten, dat als iets kapot is in de zorg, het daarna niet meer te maken is.

**De voorzitter:**

Gaat u verder met uw betoog.

**Mevrouw Agema (PVV):**

Ten slotte, voorzitter, de mondzorg. Ik was laatst bij een garage en had daar een leuk onderonsje met een monteur. Hij leek heel erg verlegen en



was wat in zichzelf. We maakten een paar grappen. Op een gegeven moment maakten we een grote grap en moesten we allebei heel hard lachen. En ik schrok me echt een hoedje, want hij had helemaal geen tanden en kiezen in zijn mond. Hij was gewoon van mijn leeftijd. Het raakte me zo dat in ons land de zorg zo in verval is dat een jongen van in de 40 zonder tanden in zijn mond loopt. Ik dorst hem niet eens te vragen waarom. Hij had nog niet eens een kunstgebit. Hij liep gewoon zonder tanden en kiezen. En dát gebeurt in Nederland. Dat is het verval dat dit kabinet al jaren ingezet heeft. Dat is niet mijn Nederland. Ik wil een Nederland waarin mensen gewoon weer tanden in hun mond hebben. Ik wil bijvoorbeeld ook dat een opa in het verpleeghuis geen rotte tanden heeft, zodat hij gewoon nog een kusje krijgt van zijn kleinkind. Dát is mijn Nederland. Ik wil graag dat deze bewindspersonen stoppen met de afbraak van de zorg.

**De voorzitter:**

Dank u wel, mevrouw Agema. Dan komen we aan het eind van de eerste termijn van de zijde van de Kamer. Ik wil graag schorsen tot 14.10 uur. Dat geeft ook de gelegenheid om te stemmen, hoop ik, voor degenen die dat moeten doen. Om 14.10 uur zien we elkaar terug.

De vergadering wordt van 13.46 uur tot 14.13 uur geschorst.

**De voorzitter:**

Goedemiddag. We gaan verder met het commissiedebat over de eerstelijnszorg. De Ministers zijn beiden terug. Hetzelfde geldt voor de ondersteuning. Minister Kuipers zal beginnen met de beantwoording van de vragen. Zoals afgesproken, heeft u allemaal vijf interrupties in totaal. Ik ga even kijken hoe het loopt. Volgens mij liggen we goed op schema. Ik hou echter vooralsnog vast aan vijf.

Minister Kuipers zal vertellen in welke blokjes hij de beantwoording verdeeld heeft. Zo doen we het namelijk altijd. Het woord is aan de Minister.

**Minister Kuipers:**

Dank u wel, voorzitter. Ik begin met het laatste, met de blokjes. Ik zal na mijn inleiding beginnen met visie op de eerstelijnszorg. Daaronder vallen een aantal heel brede vragen, die aansluiten op de visie. Daarna adresseer ik de vragen met betrekking tot huisartsen. Dan heb ik een blokje paramedisch. Vervolgens heb ik een blokje mondzorg. Ten slotte heb ik nog een enkele vraag over «overig». Die gaan specifiek over zorgcoördinatie en PGO. Dat is een heel klein mapje.

**De voorzitter:**

Misschien kan Minister Helder ook even aangeven welke blokjes zij heeft.

**Minister Kuipers:**

Dat lijkt me goed.

**Minister Helder:**

Ik zal beginnen met een korte inleiding. Dan heb ik een blokje rondom de administratieve lasten en het interne toezicht. Ten slotte heb ik een aantal vragen over de wijken en de specialist ouderengeneeskunde. Ik heb dus twee blokjes.

**De voorzitter:**

Oké, bedankt.

Het woord is aan Minister Kuipers.

**Minister Kuipers:**

Dank u wel, voorzitter. Het is al benoemd: de eerstelijnszorg is de ruggengraat van de Nederlandse zorg. Niet alleen hier, maar ook uit internationale vergelijkingen blijkt dat een goed zorgstelsel begint bij een sterke eerste lijn, in de volle breedte. De eerstelijnszorg in Nederland staat echter onder druk. Er wordt meer gevraagd van de eerstelijnszorg dan jaren geleden. Er wordt ook andere zorg gevraagd. Steeds meer tweedelijnszorg kan plaatsvinden in de eerste lijn. De tweede en de eerste lijn worden daarmee steeds meer verweven met elkaar. De technologie van de zorg en de complexiteit van de zorgvragen in de eerste lijn nemen toe. Dat vraagt ook om andere organisatievormen. Daardoor werken we samen toe naar een eerstelijnszorg die blijvend beschikbaar en toegankelijk is voor iedereen. Dat doen we door de eerste lijn te versterken. Dat is ook nodig om de ambities uit het programma WOZO en het IZA waar te maken.

Het versterken van de eerste lijn is niet eenvoudig. Er is niet één simpele oplossing om de druk op de eerste lijn te verlagen. We werken daarom op dit moment intensief met veertien betrokken landelijke partijen aan een brede visie op de eerstelijnszorg 2030. Deze visie gaat onder meer over het beter samenwerken en organiseren en het optimaal benutten van de beschikbare personele capaciteiten. Daarbij gaat het om capaciteit van huisartsen, wijkverpleegkundigen, paramedici, apothekers, specialisten ouderengeneeskunde en artsen verstandelijk gehandicapten, in samenwerking met sociale wijkteams en sociaal werkers. In mei heb ik u geïnformeerd over de stand van zaken van dit visietraject in een brief over de brede eerstelijnszorg. Er wordt door partijen hard gewerkt aan die visie. Ik heb er vertrouwen in dat er een ambitieuze visie zal liggen in het najaar, samen met een plan van aanpak om ook daadwerkelijk de benodigde stappen te kunnen zetten.

**De voorzitter:**

Er is een vraag van mevrouw Agema. Wilt u die vraag nu stellen, mevrouw Agema, of aan het eind van de inleiding? Aan het eind van de inleiding? Oké.

Gaat u verder Minister.

**Minister Kuipers:**

In het Integraal Zorgakkoord zijn al enkele uitgangspunten benoemd die belangrijk zijn in deze visie. Ook heeft de RVS recent een advies opgeleverd dat erg waardevol is in de verdere totstandkoming van de visie. Dat werd door een aantal Kamerleden al benoemd. Hierop heeft u recent onze reactie ontvangen. We onderschrijven de waarden en de functies uit het RVS-advies De basis op orde.

Mijn collega-Minister Helder en ik hechten eraan dat de visie in ieder geval uitwerking geeft aan de volgende punten. Ten eerste. Niet alles kan meer. Keuzes zijn nodig, omdat de vraag naar zorg oneindig is en het aanbod niet. Dit vraagt ook iets van de samenleving. Ten tweede. We onderschrijven de waarden en de functies uit het RVS-advies. De eerste lijn draagt verantwoordelijkheid voor haar populatie. Ten derde. Op wijkniveau moet een eerstelijnskernteam met een niet-vrijblijvende opdracht aan de slag, als herkenbaar en aanspreekbaar punt in de wijk. Ten vierde. Personele capaciteit wordt optimaal ingezet. Dit vraagt onder meer om een andere invulling van de poortwachtersrol en het regiebehandelaarschap. Tot slot. Op regioniveau organiseert de eerste lijn zich sterk en gemandateerd, waardoor één aanspreekpunt ontstaat en het wijkniveau gefaciliteerd wordt.

Voorzitter. Het toekomstbestendig organiseren van de eerste lijn vraagt van alle partijen verandering, ook van ons als Ministers. We zullen waar nodig keuzes niet uit de weg gaan en partijen de nodige kaders in wet- en regelgeving bieden, inclusief passende bekostiging. Naast het uitwerken van de visie op de eerste lijn hebben we in het IZA en het programma

WOZO een groot aantal concrete afspraken gemaakt om per direct te beginnen met de versterking van de eerste lijn. De uitvoering hiervan loopt volop. Zo werken we aan meer tijd voor de patiënt bij de huisarts, onderzoeken we hoe we tot een passende aanspraak voor fysio- en oefentherapie kunnen komen en werken we aan een versterking van de samenwerking tussen onder anderen huisartsen en apothekers binnen de extramurale farmaceutische zorg. Tot zover mijn inleiding, voorzitter.

**Mevrouw Agema (PVV):**

Nou, een inleiding die tot heel veel zorg leidt, voorzitter. Ik schrik heel erg als de Minister hier gewoon keihard aftrapt met: «Huisartsenzorg? Ja, niet alles kan meer. Poortwachtersfunctie? Mwah, die houdt op te bestaan.» Waarom is het zo dat wij te maken hebben met twee Ministers die problemen niet oplossen, maar verergeren? In Nederland zijn er al duizenden mensen die geen huisarts hebben en daarmee geen toegang hebben tot tweedelijnszorg. De poortwachtersfunctie wordt daarmee niet uitgevoerd en het recht op zorg wordt ondermijnd. Kan de Minister uitleggen hoe hij dit oplost in plaats van afbreekt?

**Minister Kuipers:**

Ik dank mevrouw Agema voor deze vraag, want dit zijn precies de issues, en de punten die ik zojuist benoemde, zijn de oplossingen. Op het moment dat er geen toegang is tot de eerstelijnszorg, zijn patiënten veelal gedwongen zorg te zoeken in de tweede of de derde lijn, ook als het gaat om issues die veel beter opgevangen kunnen worden in de eerste lijn. Die is voor een patiënt beter, veelal dichter bij huis en kwalitatief beter, en soms zelfs aan huis. Dat is wat je nastreeft. Dat betekent niet dat ik de poortwachtersfunctie afbreek. Nee, die verbreed ik. Dat raakt precies aan het punt dat mevrouw Paulusma ook inbracht. Laten we nou veel breder kijken, ook naar de rol van heel veel andere, zeer professionele medewerkers in de eerstelijnszorg, onder wie bijvoorbeeld wijkverpleegkundigen en verpleegkundigen in een eerstelijnspraktijk. Zij hebben ook een poortwachtersfunctie. Laten we ook kijken naar de rol van apothekers, die een poortwachtersfunctie kunnen vervullen. Laten we kijken naar de rol van fysiotherapeuten, die dat kunnen. Dat is wat ik zeg: niet het afbreken van de poortwachtersfunctie, maar het verbreden en versterken van de poortwachtersfunctie.

**Mevrouw Agema (PVV):**

De Minister zegt een heleboel, maar het was nog niet het begin van een antwoord op mijn vraag. De vraag is eigenlijk heel concreet. Op dit moment zijn er duizenden Nederlanders die geen huisarts hebben. Zij hebben daardoor geen toegang tot zorg. De huisarts is de poortwachter. Zij hebben daardoor geen toegang tot tweedelijnszorg. Die mensen zullen op dit moment maar druk op de borst hebben of een knobbeltje voelen. Wat gebeurt er dan met die mensen? De Minister komt met een of ander rookgordijn of zwetsverhaal: ik ga de poortwachtersfunctie verbreden. Nee. Hoe geeft hij op dit moment invulling aan het recht op zorg van deze mensen? En hoe realiseert hij de poortwachtersfunctie voor de mensen die op dit moment niet eens een huisarts hebben?

**Minister Kuipers:**

Mevrouw Agema en ik zeggen precies hetzelfde, alleen met een klein verschil van nuance. Als mensen geen huisarts hebben, dan is dat een serieus probleem. Dat onderschrijf ik helemaal. Dat is ook wat ik mevrouw Agema hoor zeggen. Dat wil niet zeggen dat ze daardoor geen toegang hebben tot zorg. Alleen, mensen zijn dan helaas in veel gevallen gedwongen om toegang te zoeken tot bijvoorbeeld spoedzorg, zich te melden bij een huisartsenpost of zich te melden bij een spoedeisende

hulp, ook in de gevallen waarin ze eigenlijk veel beter af zijn met zorg die zij direct, rechtstreeks, kunnen krijgen in hun lokale eerstelijnspraktijk, waar een huisarts aanwezig is, waar een verpleegkundige aanwezig is en waar eventueel een fysiotherapeut, een wijkverpleegkundige en anderen aanwezig zijn.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Deze regering heeft wel een capaciteitsorgaan, maar volgt de adviezen van dat capaciteitsorgaan al jaren niet op, waardoor er te weinig huisartsen worden opgeleid. Daardoor creëert de regering een systeem waarin mensen geen huisarts hebben. Ik vind het goed dat die mensen, als zij druk op de borst hebben of ergens een knobbeltje voelen, dan maar naar de huisartsenpost of naar de spoedpost gaan. Maar ik vroeg aan de Minister hoe hij dat tekort oplost, hoe hij voor die mensen het recht op zorg invult. Ik hoor hem alleen maar praten over een verdere aanpak. Hij zegt: ja, niet alles kan meer. Zeg dan wat niet meer kan. Hij zegt: ik ga de poortwachtersfunctie verbreden. Hoe dan? Die mensen hebben geen huisarts, en in Nederland mag je helemaal niet direct de cardioloog bellen. Vanwege die poortwachtersfunctie mag je helemaal niet direct de afdeling oncologie of welke afdeling dan ook bellen. Die mensen gaan dus naar de spoedpost, want zij hebben geen huisarts. Hoe lost de Minister dit acute probleem van duizenden Nederlanders nu acuut op?

Minister **Kuipers**:

Allereerst wil ik voor patiënten die in de ongelukkige situatie zijn dat ze een knobbeltje in hun borst voelen of pijn op de borst hebben, wel heel duidelijk het juiste beeld neerzetten. Op het moment dat mensen – met of zonder huisarts, al dan niet ingezetene, als toerist of om een andere reden aanwezig in Nederland – acute klachten hebben zoals pijn op de borst of iets anders, kunnen zij voor zorg terecht bij de huisartsenpost, bij de spoedeisende hulp of anderszins. Bij pijn op de borst kunnen dat zo nodig ook 112 en de ambulance zijn. Laten we dat heel duidelijk schetsen, zodat mensen niet in een kramp schieten en denken «ik heb iets, maar ik heb geen huisarts en dus mag ik ook niks». Dat is één.

Dan het tweede. Is er geen acute spoed in die zin dat zorg binnen een minuut of een halfuur geregeld moet worden, maar is wel haast geboden, zoals bij een knobbeltje in de borst of een andere afwijking, dan kunnen mensen bij spoed bij elke huisarts terecht. Laten we dat ook heel duidelijk benoemen. Alleen, het is dan niet hun eigen huisarts. En ja, ze kunnen ook bij een huisartsenpost terecht en ze kunnen ook bij de spoedeisende hulp terecht. Alleen, het is niet wat je wilt. Je wilt dat iedereen een eigen huisarts heeft. Ik kom er straks nog uitgebreid op terug, maar daarop zetten wij op tal van manieren in. Een van die punten, die mevrouw Agema benoemt, is de opleiding. Dit jaar en komend jaar breiden wij de opleiding voor huisartsen opnieuw uit. Dat hebben we in de afgelopen jaren ook al gedaan, maar een groot probleem is zorgen voor voldoende instroom in die opleiding.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

De Minister constateert terecht dat de huisartsen het zwaar hebben en cruciaal zijn in de eerste lijn. Voor een deel zullen we dat op moeten lossen door dat vak aantrekkelijker te maken. Nou, daar gaan we het zo over hebben. Voor een deel zullen we ook moeten kijken hoe we die huisartsen beter kunnen ondersteunen; dat hoorde ik de Minister ook wel zeggen. Beter ondersteunen kan onder andere door de fysiotherapeuten en anderen beter in positie te brengen, maar dat kan ook, aanvullend, door medisch specialisten huisartsen te laten ondersteunen door hun in de eerste lijn een rol te geven. Ik had het over Ester Bertholet. Zij is zo'n specialist. Zij werkt in een groep met een internist en een geriater. Mijn vraag gaat over het volgende, en wat mij betreft, zou dat een plek moeten

hebben in die visie. Hoe zorgen we er nou voor dat we goede voorbeelden van die ondersteuning door medisch specialisten sneller een structurele plek geven in dat zorglandschap? Ik kon wel met mijn hoofd op tafel bonken toen ik van haar hoorde dat zij al twaalf jaar bewezen goed werkt en de cijfers heeft, maar dat het waarschijnlijk nog tot 1 januari 2025 duurt voordat ze een structurele financiering krijgt. Dit is één voorbeeld. Ik ben ook langs geweest bij het Medisch Spectrum Twente. Daar zeggen reumatologen: nou, wij wilden heel graag werken in de eerste lijn, maar we kregen de financiering niet rond, dus we hebben ons maar weer teruggetrokken in het ziekenhuis.

**De voorzitter:**

Kunt u uw vraag iets korter en bondiger stellen?

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Soms zijn dingen zo belangrijk dat je iets meer woorden nodig hebt.

**De voorzitter:**

Dat snap ik, maar toch. Ik time de interrupties. Ik probeer ze binnen één minuut te houden, zoals ik al eerder heb gezegd. Dus vandaar. De Minister.

**Minister Kuipers:**

Allereerst: het voorbeeld dat mevrouw Ellemeet noemt, is een ontzettend belangrijk voorbeeld. Er zijn meer vergelijkbare voorbeelden. Soms kennen ze al een heel lange geschiedenis. Ik noem bijvoorbeeld de rol van apothekers. Op sommige plekken in Nederland zijn deze personen ook al in de eerste lijn een direct aanspreekpunt voor begeleiding bij en adviezen over medicatiegebruik. Dat klinkt ogenschijnlijk simpel, maar voor veel patiënten kan multimediatie bijvoorbeeld op hogere leeftijd tot veel problemen leiden: dosering, aanpassing van dosering, bijwerkingen, onderlinge interacties et cetera. Dat is een tweede voorbeeld, en zo zijn er nog meer. In vele afgelopen jaren hebben we, denk ik, te lang vastgehouden aan de rol van de huisarts als de ene centrale porter, de spil in de eerste lijn, van waaruit alle anderen ... Wat we in dat traject nou juist beogen met de strategische visie – ik noemde het, met veertien partners – is nagaan hoe we de rol van de huisarts kunnen versterken, natuurlijk, terwijl we daarbij ook oog hebben voor al die andere initiatieven die vaak zichzelf al heel erg lang bewezen hebben, in de verbetering van kwaliteit, in de verbetering van de toegankelijkheid, in een vermindering van de noodzaak van patiënten om zorg te vragen op een andere plek, een plek waar die zorg eigenlijk niet het eerst geadresseerd moet worden. Het is dus een onderdeel van die strategische visie. Dat specifieke voorbeeld zal er één zijn, maar naar mijn verwachting zullen er de nodige andere zijn. Ik benoemde één andere, namelijk de farmaceutische zorg.

Ik ga even specifiek in op het ene voorbeeld dat mevrouw Ellemeet noemde, waarbij al zo lang wordt gezocht naar financiering. Precies om de reden die mevrouw Ellemeet aangeeft, is de Nederlandse Zorgautoriteit bezig met het uitwerken van structurele financiering. Dat vergt wel tijd en afstemming met verschillende veldpartijen zoals zorgverzekeraars en Verenso. Het structureel maken zou op zijn vroegst kunnen op 1 januari 2015. Tot die tijd kan MESO aanspraken maken en continueren via de huidige afspraken.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Ik zou nu echt bijna met mijn hoofd op de tafel bonken. Zes jaar geleden hadden we het in debatten hier al over Ester Bertholet en dit goede voorbeeld. Minister De Jonge ging er op bezoek en toen werd er al gezegd: hartstikke mooi, dit heeft de toekomst. Het duurt te lang. Het duurt te lang totdat we het systeem aanpassen op wat we nodig hebben.

Twaalf jaar is deze vrouw al met anderen al bezig om huisartsen te ondersteunen. En aan haar wordt nota bene gevraagd: organiseer een controlegroep; zorg dat je ook beeld hebt van patiënten die geen toegang hebben tot jouw zorg, want dan kunnen we het vergelijken en bekijken wat het verschil in kwaliteit is. Dit is de wereld op z'n kop! Als mensen in de zorg het goede doen, moeten wij hen ondersteunen. Doe dat sneller, vraag ik. Doe dat sneller. We hebben de tijd niet meer. Die hadden we al niet en die hebben we nu helemaal niet meer met al die ouderen die goede zorg nodig hebben in de wijk. Dit is dus echt een klemmend verzoek aan de Minister om te versnellen. Waarom duurt het nog tot 1 januari 2025? Omdat deze mevrouw, deze arts, nog door allemaal hoepels van kwaliteitscriteria van de NZa moet springen, terwijl ze al twaalf jaar bewijst dat ze per jaar ongeveer een miljard aan kosten bespaart door het anders te doen. Dit kan gewoon niet zo.

**Minister Kuipers:**

Zonder op de cijfers in te gaan, zal het niet een miljard zijn. Het zal waarschijnlijk een miljoen zijn.

**Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):**

Excuses, een miljoen.

**Minister Kuipers:**

Maar dat doet niks af aan de inzet. Laten we het eerst eens zonder financieel perspectief bekijken, gewoon kijken naar de kwaliteit voor de patiënt. Of het gaat om een besparing of meerkosten, daar komen we straks nog op, maar als het gaat over de kwaliteit voor een patiënt, moet je er serieus naar kijken.

Ik ben het er dus ook mee eens dat het gecontinueerd moet worden en dat je ook moet kijken naar een verbreding. Maar – ik heb enige tijd geleden met u een verantwoordingsdebat gevoerd – we zitten er tegelijkertijd ook simpelweg mee dat er goede regelgeving en prestatieafspraken onder moeten liggen. Dus voor de betreffende inzet en ook voor andere, vergelijkbare initiatieven wordt de bekostiging gecontinueerd. Er wordt gewerkt aan een structurele bekostiging. Daar is een eenduidige prestatieafpraak voor nodig die bruikbaar moet zijn voor landelijke implementatie. Nu onder hoge druk op basis hiervan zeggen «dan moet de NZa maar versneld iets doen» en vervolgens een reëel risico lopen dat we moeten zeggen «sorry, maar het was toch niet helemaal het goede», daar hebben de betreffende persoon en haar patiënten niks aan, maar het brede zorgveld in Nederland ook niet.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Mevrouw Ellemeet, nog een interruptie?

**Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):**

Ja, want ik ben het hier gewoon niet mee eens. De Minister heeft het over onder hoge druk versnellen. Maar deze goede praktijk werkt al twaalf jaar. «Onder hoge druk versnellen»: hebben we dan voortaan dertien jaar nodig als er weer een goed initiatief is voordat we structurele financiering hebben? Hetzelfde hebben we gezien bij de WijkKliniek in Amsterdam Zuidoost, die acute zorg buiten het ziekenhuis organiseert voor kwetsbare ouderen. Ook daar zagen we dat de volledige bewijslast bij het initiatief werd gelegd. Dan moest jij als succesvol initiatief laten zien dat jij kon wat ergens anders niet kon. Mijn punt is dat je dit niet kunt vragen van zorgverleners die het goede doen. Ik vraag dus aan de Minister het volgende. Als we zien dat een specialist ouderengeneeskunde of een organisatie ergens de zorg slimmer en beter organiseert en daarmee ook nog eens geld bespaart, dan kan het toch niet zo zijn dat we alle bewijslast neerleggen bij die initiatiefnemer? Dan zal het toch het ministerie moeten

zijn dat zegt: «Dit is mooi. Wij gaan kijken of we dit inderdaad zo kunnen organiseren dat het op andere plekken ook waardevol is»? Dus ik vraag: versnel en neem een deel van het werk uit handen van die zorgverleners die nu al hun nek uitsteken en het goede doen.

**Minister Kuipers:**

Mevrouw Ellemeet en ik zijn het eens over de beweging en zijn het niet eens over versnellen. We zijn het aan het versnellen. Ik accepteer volledig de opmerking dat dit al heel lang bestaat. Ik heb echter ook aangegeven dat we heel lang echt in de modus hebben gezeten dat de huisarts hét fundament van de eerste lijn was. Alles was daaromheen georganiseerd. Vanwege alle situaties die we hebben en de uitdagingen nu en in de toekomst, zullen we nu toch moeten kijken naar een bredere invulling. Dat betekent dat er inderdaad daarnaar wordt gekeken en dat de financiering wordt gecontinueerd; de NZa is bezig. Maar voor versnellen, als in «per 1 januari 2024 invoeren met een structurele bekostiging in het hele land» zou het nu al klaar moeten zijn en dat is niet. En dat ga ik ook niet onder hoge druk erdoorheen drukken.

**De voorzitter:**

Een na laatste interruptie, mevrouw Ellemeet. Nee? Iedereen heeft er vijf, u ook. Ik geeft eerst wel het woord aan de heer Dijk voor een vraag, dan kunt u nadenken of u nog wilt interrumpen.

**De heer Dijk (SP):**

Ik sloeg een beetje aan op de inleiding. Iedereen in deze tafel benadrukt het belang van goede, sterke eerstelijnszorg. De Minister begon zijn inleiding met het bevestigen hiervan – hij heeft eigenlijk precies dezelfde boodschap – om er vervolgens direct achteraan te zeggen dat niet alles kan. Dan is mijn simpele vraag «hoezo niet?» en «leg eens uit?»

**Minister Kuipers:**

Dat antwoord is heel simpel: omdat we de mensen niet hebben. We hebben ze niet. De vraag is in het verleden langzaam verder gegroeid. Dat gaf u ook precies aan: de eerste lijn staat enorm onder druk. Dat is zo, de vraag neemt toe. We zien al situaties waarin mensen geen tandarts of huisarts kunnen krijgen of waar de wijkzorg onder druk staat. Overall worden mensen gevraagd, maar we hebben ze niet. Dat is precies de reden geweest dat we onder andere bij het Integraal Zorgakkoord ook de Nederlandse gemeenten betrokken hebben. Een deel van de vragen die nu in de zorg moeten worden geadresseerd, komen namelijk niet primair voort uit zorg maar liggen eigenlijk op andere plekken. Dan gaat het bijvoorbeeld over het toegang hebben tot huisvesting, tot een huis, schuldenproblematiek, onderwijsproblematiek et cetera. Veel van de gevolgen daarvan komen terecht in de zorg, maar zouden eigenlijk op andere plekken geadresseerd moeten worden, waar dat veel beter past en veel beter op zijn plek is. Dan praten we ook over preventie.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Ja, meneer Dijk?

**De heer Dijk (SP):**

Dit bevestigt mijn beeld helaas. U zegt dat de eerstelijnszorg zó ontzettend belangrijk is, dat het het fundament is. Vervolgens lezen we dat er in al die beroepsgroepen tekorten zijn; de Minister zei het zojuist zelf. Al die beroepsgroepen zeggen dat de maatregelen die nu voorliggen, tekortschieten en dat de opleidingsplekken tekortschieten; Zeeland werd al genoemd. Dit alles bevestigt het beeld dat heel veel mensen die in de zorg werken, hebben, namelijk dat er onvoldoende gedaan wordt. Het verhaal dat u aan het begin van uw inleiding hield, dat de eerstelijnszorg het

fundament is van onze zorg, is verwaarloosbaar als u vervolgens in uw derde zin zegt dat niet alles kan. Hier had een Minister moeten zitten die zegt: die eerstelijnszorg is zó ontzettend belangrijk dat we volle bak gaan investeren in fysiotherapeuten, huisartsen, tandartsen, wijkverpleegkundigen. Maar dat doet u gewoon onvoldoende. Dus ik snap de onrust in de samenleving en al de brieven van beroepsverenigingen ontzettend goed, want u komt met halve maatregelen terwijl u zegt dat de eerste lijn het allerbelangrijkste is voor de zorg. Dat bevestigt het beeld. Dan is mijn vraag aan u: u leest die brieven ook ... De Minister leest die brieven ook. Ik ben dan wel heel erg benieuwd naar alle antwoorden die zo meteen komen op de vragen die zijn gesteld over de verschillende beroepsgroepen.

**De voorzitter:**

Dank u wel, meneer Dijk. En dank aan de collega's dat zij de heer Dijk erop wezen dat er via de voorzitter wordt gesproken.

**Minister Kuipers:**

Ik hoor met name een vraag over de verschillende beroepsgroepen. Zoals aangegeven, kom ik daar zo meteen op terug. Laat ik nu alvast één punt noemen. Ik verwijs naar het gerenommeerd instituut de WRR; de heer Dijk kent het. De WRR heeft een rapport geschreven waarin de ontwikkelingen in de personele capaciteit in de zorg in de afgelopen vele jaren worden beschreven en ook een toekomstprojectie wordt gegeven van wat er gebeurt als we op dezelfde voet doorgaan. De WRR geeft in dat kader aan dat we een sociaal-maatschappelijke en een personele uitdaging hebben, dat op dit moment in Nederland een op de zes mensen met een baan in de zorg werkt en dat als we dit tempo volhouden, wij in 2030 een op de vijf en in 2040 een op de vier mensen nodig hebben. Dit terwijl er op heel veel andere plekken in de maatschappij ook veel mensen gevraagd worden.

Voorzitter. Dat brengt mij bij de beantwoording van de vragen in dit blok over visie in den brede.

Allereerst een vraag van de heer Drost. Is de Minister het ermee eens dat de visie vanuit het belang van de samenleving moet worden gemaakt? Als er veranderingen nodig zijn die misschien de zorguitgaven doen stijgen, gaat de Minister die dan niet uit de weg? Ik vind dat in de visie moet worden beschreven hoe de eerste lijn in de toekomst gaat bieden wat de samenleving nodig heeft. Tegelijkertijd moeten we ook in dialoog met de samenleving over de toenemende krapte in de zorg. Niet elke vraag moet en kan beantwoord worden door de zorg. We betrekken burgers actief bij het opstellen van een visie op de eerste lijn, onder meer door een burgerplatform te organiseren. Om het samenlevingsperspectief er goed bij te betrekken, heb ik de RVS gevraagd om zijn advies vanuit dit perspectief te geven. Zoals Minister Helder en ik in onze beleidsreactie op het RVS-advies hebben aangegeven, zullen wij moeilijke keuzes niet schuwen als ze nodig blijken te zijn. Ik blijf ook benadrukken dat we bereid zijn om aanpassingen te doen in bekostiging, in regelgeving, in financiering of in afspraken.

**De voorzitter:**

Er is een reactie van meneer Drost.

**De heer Drost (ChristenUnie):**

Dank voor de beantwoording. Ik ben het er helemaal mee eens dat we hier met elkaar aan tafel het eerlijke verhaal aan de samenleving moeten vertellen. Maar ik kijk het liefst ook even naar onszelf, naar het ministerie en naar het systeem. Daar zitten wij hier ook voor. Het debat dat de Minister met mevrouw Ellemeet had vond ik eigenlijk wel illustratief. Ik snap de beantwoording van de Minister wel, maar daarmee komen we



terecht in het volledige stelsel waar we tegen aanlopen. Er zijn mensen die in de praktijk met goede ideeën bezig zijn en die dan letterlijk voelen wat wij hier aan tafel ook voelen. Zij lopen tegen een muur aan van misschien allemaal hele begrijpelijke regels, maar die opgeteld een enorm systeem vormen waar je niet doorheen komt. Als de Minister bezig is met die visie, in hoeverre gaan wij dan ook kritisch naar onze eigen positie kijken en gaan wij proberen ruimte te scheppen voor dit soort initiatieven, die enorm waardevol zijn? Hoe gaan we dat doen in de visievorming?

**Minister Kuipers:**

U ziet mij grijzen als respons. Dat is bedoeld als blijk van herkenning. Ja, het is zo. Tussen droom en daad ... Dat betekent dat je helderheid aan de voorkant moet scheppen. Wat dat betreft ben ik blij met de vragen en het aandringen van mevrouw Ellemeet. Tegelijkertijd wil ik daar waar je als overheid anders in een onmogelijke positie komt, aangeven wat er wél kan. Anders heb ik volgend jaar weer een heel ander debat met u, waarop u mij terecht aanspreekt. Ik zou dan bepaalde zaken ondernemen zonder dat die goed binnen regels en kaders passen. Dat is de situatie. We zullen straks nog komen te spreken over meer tijd voor de patiënt. Er zijn veel onderwerpen waar je moet blijven uitleggen. Op het moment dat zo'n visie er ligt, moeten we gezamenlijk het gesprek voeren. En dat moeten we ook faciliteren. Minister Helder zal straks bijvoorbeeld nog ingaan op de vragen die gesteld zijn over verantwoording en administratieve druk.

**De voorzitter:**

Meneer Drost, nog een vraag?

**De heer Drost (ChristenUnie):**

Nee. Ik bewaar het nog even.

**De voorzitter:**

Minister, gaat u verder met uw beantwoording.

**Minister Kuipers:**

Voorzitter. De heer Van der Staaij vroeg naar een regionale benadering. Is er voldoende vrijheid om aan te sluiten bij de regionale structuren zonder blauwdruk uit Den Haag? Het regionaal organiseren van de eerste lijn is een voorwaarde voor een sterke eerstelijnszorg. Dat is in lijn met hoe ik de vraag van de heer Van der Staaij interpreteer. Ik vind het belangrijk dat er voor regionale partijen ruimte blijft om dit in te vullen op basis van de regionale context. Tegelijkertijd wil ik weg bij het principe van duizend bloemen bloeien. Regionale organisatie kan niet langer in alle gevallen vrijblijvend zijn. In de visie zullen wij een set van niet-vrijblijvende eisen stellen aan een opdracht voor regionale eerstelijnsorganisaties.

Daarbinnen zal er ruimte zijn voor zo veel mogelijk maatwerk.

De heer Drost vroeg hoe serieus de Minister het RVS-advies Met de stroom mee weegt om eerstelijnszorg niet in concurrentie in te kopen en aan te bieden. Het RVS-advies geeft een aantal overwegingen die ik serieus zal bezien. Zoals ik eerder heb aangegeven, kom ik daar na de zomer op terug met een kabinetsreactie op het advies. Wat ik al wel kan zeggen, is dat ik de beweging naar minder fragmentatie en meer samenwerking in de eerste lijn zeer ondersteun. Die beweging is ook de kern van de bredere afspraken die wij met veldpartijen hebben gemaakt in de verschillende akkoorden. Ik zal die beweging dus ook meenemen in mijn visie op de eerste lijn.

Dat sluit aan bij de vraag van de heer Van der Staaij naar wat het kabinet doet met het RVS-advies. De samenleving moet er breed bij worden betrokken. Het efficiencydenken en de korte termijn mogen niet domineren. Er moet worden geoptimaliseerd voor maatschappelijke waarden. Zoals aangegeven nemen we de uitgangspunten zeer serieus.

Wat ons betreft vormen die de basis voor de visie. Samen met partijen werken we in de visie verder uit hoe we in de eerste lijn meer kunnen focussen op de maatschappelijke meerwaarde van de eerste lijn. Dat vraagt ook iets van de eerste lijn en van de maatschappij. Vandaar ook het breed betrekken daarbij.

Voorzitter. Dan was er een vraag van mevrouw Van den Berg over het rapport van de SBOH over arbeidsvoorwaarden van aio's en anios'en van buiten en binnen het ziekenhuis en over verschillen in basissalaris. Wij achten alle artsen van belang voor de zorgvraag van nu en de toekomst. Dat is ook zichtbaar in de beweging naar de voorkant, de eerste lijn, die blijkt uit de afspraken zoals gemaakt in het Integraal Zorgakkoord en het WOZO. Ik ben me ervan bewust dat arbeidsvoorwaarden een van de factoren is die een rol kan spelen bij de keuze van basisartsen voor een vervolgopleiding. Daarom is het ook goed dat de SBOH heeft laten onderzoeken welke verschillen er op dit vlak zijn. Maar ik hecht er wel aan om te benoemen dat beloning primair iets is tussen werkgever en werknemer. Ik ben geen partij aan een cao-tafel en wil en mag me daar op basis van verdragen ook niet mee bemoeien. SBOH heeft mij gisteren gevraagd om extra financiering naar aanleiding van dit onderzoek. Ik ga dit onderzoek bekijken en verwacht uw Kamer na het zomerreces nader te kunnen informeren.

Voorzitter. Mevrouw Tielen vroeg hoe ik de preventieve rol van apothekers bij medicatie wil versterken. Ik gaf al aan dat apothekers naar mijn mening een belangrijke positie in de eerste lijn hebben. De farmaceutische zorg die zij kunnen bieden, kan breder worden benut. Daarom maken apothekers deel uit van de partijen waarmee we die visie op de eerste lijn ontwikkelen. Daarbovenop werk ik met het veld aan een visie en werkafspraken gericht op het optimaliseren van de farmaceutische zorg.

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

Ik kom nog even terug op het punt van de SBOH. De Minister zegt dat arbeidsvoorwaarden aan de werkgevers- en werknemersvertegenwoordiging is. Dat ben ik in beginsel helemaal met hem eens. Alleen, hier zien we dat die ziekenhuiskant heel veel meer geld heeft, doordat die voor de mensen die in opleiding zijn, vaak ook nog twee ton kan declareren bij een zorgverzekeraar. Ik zeg altijd: kan niet ligt op het kerkhof en wil niet ligt ernaast. Dus mijn vraag aan de Minister is: wat kunnen we wel doen? Is hij bereid om, als hij hiernaar gaat kijken, die scheve verdeling aan te pakken en ervoor te zorgen dat er een andere balans komt? Want op deze manier gaat het nooit goed komen. Daarnaast hebben de witte jassen al de overhand in de opleiding zelf.

Minister **Kuipers**:

Allereerst, het rapport is net binnengekomen. Ik heb het nog niet eens gelezen. Ik wil daar dan ook niet in een antwoord op vooruitlopen. Ten tweede, zeg ik zonder enig waardeoordeel, weet ik wel dat als het gaat om een vergelijking tussen inkomens of inkomsten in de zorg, het altijd verstandig is om echt een integraal langetermijnperspectief erbij te betrekken. Ik heb te vaak meegemaakt dat er wordt gefocust op één specifiek aspect, het basisinkomen in dit geval, maar andere aspecten niet worden meegenomen en er uiteindelijk toch een heel ander plaatje uitkomt. Dus ik wil eerst de gelegenheid hebben om het rapport te lezen voordat ik daar uitspraken over doe.

De **voorzitter**:

Gaat u verder met uw beantwoording.

Minister **Kuipers**:

Voorzitter. Mevrouw Den Haan zei dat er veel op papier staat over de visie eerste lijn en vroeg hoe het veranderproces er verder gaat uitzien. In

combinatie met de visie zal in het najaar een plan van aanpak worden opgesteld. In dat plan zal ook worden opgenomen hoe we met elkaar een verandering implementeren. Dat moeten we doen met alle betrokkenen: professionals, beleidsmakers en burgers. Die verandering is niet van de ene op de andere dag gebeurd. Ik geloof dat mevrouw Den Haan dat ook benoemde. Dat vergt een langetermijnaanpak. Vandaar dat we bewust hebben gekozen voor de insteek: durf ook een langetermijnperspectief te hebben, waarbij we daarna wel terug kunnen redeneren naar wat op heel korte termijn kan en naar wat in 2026, 2028 en 2030 kan, bij wijze van spreken. Ik weet niet of dat de tijdsindeling zal worden; ik loop er even op vooruit. Maar kijk dus ook naar de lange termijn. Een plan van aanpak zal de route schetsen tot en met 2026.

Voorzitter. Mevrouw Den Haan vroeg ook hoe de opkomst van de online apotheker zich verhoudt tot de apotheker in de wijk en hoe ik toezie op de zorgverlening in dezen. De verwachting is dat de vraag naar farmaceutische zorg de komende jaren alleen maar verder gaat toenemen. Dat betekent dat we zowel online farmaceutische zorg als apothekers in de wijk nodig zullen hebben: online waar het kan en dicht bij in de wijk waar het nodig is. Ik ben met alle partijen, ook apothekers en zorgverzekeraars, in gesprek over een visieontwikkeling voor extramurale farmaceutische zorgtrajecten. Daarbij verwacht ik van de verzekeraars dat zij passende farmaceutische zorg inkopen die aansluit bij de verschillende behoeftes. In lijn met wat mevrouw Den Haan en sommige andere Kamerleden bij eerdere debatten weleens aangegeven hebben, denk ik dat er echt een belangrijke meerwaarde in zit om de adviserende rol van de stads- of dorpsapotheker te versterken en dus ook de poortfunctie. Waar dat vraagt om een andere wijze van financiering zullen we daarnaar moeten kijken. Dat sluit ook aan bij de vraag die de heer Drost zojuist terecht stelde.

Voorzitter. Mevrouw Paulusma stelde dat de druk op de eerste lijn hoog is en vroeg hoe we die kunnen verminderen. Is er voldoende capaciteit om zorgprofessionals op te leiden of blijven we daarin achter? We moeten een en ander ook doen, want veranderen kost tijd; niet vertragen. Dat ging ook over de physician assistant. Ik vind het van belang om de druk op de eerste lijn te verminderen. Ook de physician assistant kan een rol spelen om de druk op een zorgketen te verlichten. Samen met de Minister van OCW heb ik er daarom voor gekozen om deze opleidingsplaatsen op de kortst mogelijke termijn te verhogen tot het niveau dat het Capaciteitsorgaan ons adviseert, rekening houdend met de beschikbare plaatsen en de middelen die daarvoor nodig zijn. Vanaf het studiejaar 2025–2026 wordt in twee jaar, dus gefaseerd, toe gewerkt naar het voorkeursadvies van het Capaciteitsorgaan.

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Was dit het kopje visie en breed plan van aanpak?

Minister **Kuipers**:

Ja.

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Dan heb ik nog twee vragen als het mag, voorzitter. Ik hoorde de Minister zeggen: digitaal waar het kan. Ik gaf in mijn bijdrage aan dat er grofweg twee groepen Nederlanders zijn met zorgvragen: de ene groep doet het het liefst niet digitaal, de andere het liefst wel. Kan de Minister dat meenemen, alsook de afweging dat digitaal zorgverleners lucht en ruimte geeft, zodat ze meer tijd fysiek aan dingen kunnen besteden?

Minister **Kuipers**:

Ja, dat nemen we graag mee, overigens ook breder in de zorg. Ik deel helemaal met mevrouw Tielen dat dat belangrijk is. Laten we opnieuw eerst even kijken vanuit het perspectief van een burger. Mevrouw Tielen

benoemde het al: we zijn tegenwoordig voor onze dienstverlening op ontzettend veel plekken met een hoge mate van tevredenheid zeer gewend om veel zaken digitaal te regelen. In de zorg blijven we daarin naar verhouding achter, terwijl met inzet van digitale middelen de zorg op heel veel manieren kwalitatief verbeterd kan worden, mensen autonomer kunnen zijn en de zorg dichterbij kan, waarbij er nog steeds de mogelijkheid is om wel degelijk het contact te hebben, dat in de zorg altijd om terechte redenen bovenaan staat.

Dat geldt ook in de eerstelijnszorg. Als ik één voorbeeld mag noemen: ik ben geruime tijd geleden op bezoek geweest in Barger-Compascuum, een dorp in het oosten van Drenthe, waar de huisarts met pensioen ging. Daar was in eerste instantie geen opvolger, maar dat werd door de regionale huisartsen ingevuld. Daarbij is ook direct ingezet op versterking van de digitale ondersteuning van de eerste lijn voor de hele bevolking. Dat betekende niet dat er geen huisarts meer in het dorp was. Nee, er was een huisarts en een verpleegkundige, maar er werden ook heel veel mogelijkheden geboden om online en op afstand contact te zoeken, zelf in het eerstelijnsdossier te kijken en daar zelf data aan toe te voegen. Voor mensen met chronische aandoeningen werd, waar dat relevant was, vanuit de huisarts een weegschaal of een bloeddrukmeter verstrekt, waarvan de meetwaarden direct in het elektronisch patiëntendossier kwamen. Dat is één voorbeeld van één praktijk, maar ik vond dat zeer indrukwekkend.

**De voorzitter:**

Dan had mevrouw Tielen nog een tweede vraag.

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Ja. De Minister ging al in op de apothekersrol bij preventie, maar over de jeugdgezondheidszorg heb ik nog niets gehoord, ook niet in zijn rijtje. Mijn zorg is met name dat de vaccinatiegraad daalt, waardoor het contact met jeugdgezondheidszorg minder wordt, maar ik vind ook dat de positie van jeugdgezondheidszorg in de preventie, in de eerste lijn, nog veel groter kan. Is de Minister bereid dat mee te nemen in zijn visie?

**Minister Kuipers:**

Ja, we zijn bereid dat mee te nemen. Op de rest komt collega Helder zo meteen terug.

**De voorzitter:**

Gaat u verder met de beantwoording, alstublieft. Dat was het eerste blokje. Dan gaan we naar het blokje huisartsen.

**Minister Kuipers:**

Voorzitter. Huisartsenzorg in Nederland is uniek. Die vormt een onmisbare schakel in ons zorgsysteem en in de eerste lijn, maar de huisarts staat voor grote uitdagingen. Patiënten zijn op naam ingeschreven. Daar heeft de huisarts een verantwoordelijkheid voor. Ik zie en wij zien dat het steeds meer moeite kost om huisartsenzorg toegankelijk te houden. Het is al benoemd, maar op sommige plekken kunnen mensen zich al niet meer inschrijven bij een huisarts en het lukt praktijkhouders ook niet altijd om opvolgers te vinden. Los daarvan ervaren huisartsen een hoge werkdruk. Tegelijkertijd hebben we in Nederland meer huisartsen dan ooit. Er zijn anderhalf keer zo veel huisartsen als in het jaar 2000. De gemiddelde praktijk is kleiner geworden. We zien echter een grote toename van het aantal waarnemers en een afname van het aantal praktijkhouders. Daardoor stijgt ook de druk op de praktijkhouders. Het liep zojuist in het debat wat door elkaar heen, maar het zijn natuurlijk juist de praktijkhouders waar werkgeverschap, verantwoording en andere zaken bij elkaar komen. Dat betekent dat hoewel we extra huisartsen opleiden, dat niet de

enige oplossing is. We moeten ook kijken naar onderliggende problematiek. Hoe willen jonge huisartsen dokteren? Hoe maken we het vak aantrekkelijker? Hoe verbeteren we de samenwerking met andere zorgverleners, zodat patiënten sneller op de juiste plek komen? Laat ik even naar het voorbeeld gaan dat mevrouw Paulusma noemde ten aanzien van de wijkverpleegkundigen. Ik denk dat zowel voor een huisarts als voor een patiënt geldt dat hij of zij een geluksvogel is als er gewerkt kan worden in een team waar een verpleegkundige ook in de lead is en een fysiotherapeut en anderen. Ik bedoel geluksvogel in de zin van dat je dan optimale zorg hebt. Ik bedoel het niet in termen van dat het heel uniek is, zeer uitzonderlijk, maar dat het optimale zorg is. Dat is ook een vraag en het zijn opmerkingen en input die we van jonge huisartsen en huisartsen in opleiding terugkrijgen.

Een deel van de vragen gaat over de visie op de eerste lijn – daar heb ik al het een en ander over genoemd – maar het gaat ook over toekomstbestendige huisartsenzorg. Samen met huisartsen, huisartsenorganisaties, de LHV en InEen, en de zorgverzekeraars heb ik concrete afspraken gemaakt over het verminderen van de druk op de huisartsenzorg. Ik verwijs dan ook naar het Integraal Zorgakkoord. Ik zie dat dit nu al tot concrete resultaten leidt. Ik zal er zo dadelijk op terugkomen, maar we schalen Meer Tijd Voor de Patiënt landelijk op. Vanwege het belang hiervan zet ik met partijen in op twee sporen: snelle opschaling binnen de huidige bekostiging en structurele borging door aanpassing van de bekostiging. Dat is conform de afspraken in het IZA. Voor een snelle opschaling zijn zorgverzekeraars sinds enkele maanden gestart met de contractering van Meer Tijd Voor de Patiënt. Vanaf deze maand kan al 50% van de huisartsen gebruikmaken van Meer Tijd Voor de Patiënt. Dat loopt gefaseerd op. In het najaar komt er 25% bij en vanaf 1 januari '24 is het 100%. Ik vind het van belang dat de betreffende organisaties op dat moment de aandacht steken in het verbeteren van de kwaliteit van zorg. Dat brengt mij bij de vragen. De heer Drost vroeg: welke inzet kan de Minister nu al doen voor bijvoorbeeld de meest kwetsbare wijken? In de visie op de eerste lijn zullen we beschrijven hoe we de eerste lijn zo organiseren dat juist kwetsbare groepen de eerstelijnszorg krijgen die nodig is, maar vooruitlopend daarop zetten we al op verschillende acties in. Ik benoemde Meer Tijd Voor de Patiënt en we werken ook samen met het veld aan de implementatie van de door het veld opgestelde handreiking voor zorg aan thuiswonende kwetsbare ouderen. Ook krijgen huisartsenpraktijken nu al een hoger inschrijftarief wanneer zijn gevestigd zijn in achterstandswijken.

De heer Van der Staaij had een vraag over dat er geen vaste huisartsen meer zijn in sommige gemeenten. Welke acties onderneemt de Minister? Ik gaf al aan dat we stevig investeren in de eerstelijnszorg. Dat richt zich op meer opleiden, op het verstevigen van de financiële basis en op Meer Tijd Voor de Patiënt, maar ook op die visie en kijken hoe we in de toekomst anders kunnen gaan werken om aan de zorgvraag te voldoen. Daarbij hebben we in het Integraal Zorgakkoord die landelijke opschaling en financiering van Meer Tijd Voor de Patiënt afgesproken en een andere organisatie van de avond-, nacht- en weekendzorg, waar ook hogere tarieven voor zijn ingevoerd. Dat verlaagt de druk op de praktijkhoudende huisartsen. Regionale implementatie vindt nu plaats. Daarnaast gaat het over afspraken over huisvesting van huisartsen, betere gegevensuitwisseling, minder regeldruk en betere samenwerking met aanpalende domeinen.

De heer Drost vroeg: is de Minister van mening dat we het voor de jonge huisartsen gemakkelijker moeten maken om praktijkhouder te worden? Ik ben het geheel – sorry, het was de heer Dijk; excuus – met de heer Dijk eens dat het belangrijk is voor beginnende huisartsen om praktijkhouder te kunnen worden en om een praktijk te beginnen of over te nemen. Zorgverzekeraars hebben al de mogelijkheid om maatwerkafspraken te

maken voor de ondersteuning bij de opstart van nulpraktijken. Zo kunnen bijvoorbeeld opstartkosten gefinancierd worden. Desondanks zie ik dat in sommige gevallen de drempel naar het praktijkhouderschap te hoog is, ook door huisvestingsproblematiek. Ik ben daar doorlopend over in gesprek met partijen, waaronder de LHV, de vereniging van huisartsen in opleiding en huisartsenopleiders, en ik voer ook het gesprek met de Vereniging van Nederlandse Gemeenten. Daarnaast ga ik onderzoeken welke beleidsopties er zijn om de drempel naar het praktijkhouderschap te verlagen. Daarin zal ik ook de huisvesting en de mogelijkheden van een startkapitaal of subsidie voor startende huisartsen meenemen. Ik zal uw Kamer hierover in het laatste kwartaal van dit jaar informeren.

**De voorzitter:**

Voor de begroting?

**Minister Kuipers:**

Daar kom ik zo op terug. Ik kijk even. Een terechte vraag.

Mevrouw Tielen vroeg naar de huisvesting van huisartsen en verwees naar de motie-Ellemeet/Kuiken. Hoe gaan de afspraken met de gemeenten? Ik benoemde zojuist al iets. In een landelijke werkgroep met de LHV, InEen, de VNG, ZN, de NZa en BZK beschrijven we de rollen van alle partijen en de oplossingsrichtingen. Daarbij is zowel landelijk als regionaal van alle partijen wat nodig. De motie ging over in gesprek gaan met de gemeenten. Dat doen we zeer nadrukkelijk. We hebben de VNG er nadrukkelijk bij betrokken en ik zie dat gemeenten op sommige plekken al een rol pakken in het oplossen. Een voorbeeld dat ik wil noemen is de gemeente Rotterdam, waar huisartsen terecht kunnen bij een specifiek team, een huisvestingsteam. Dat is een samenwerking tussen de gemeente, de LHV-afdeling Rotterdam en Zilveren Kruis als vertegenwoordiger van de verzekeraars. Een handreiking over de huisvestingsproblematiek zal ook in het laatste kwartaal verschijnen. In die handreiking worden ook de rollen van de verschillende partijen en de oplossingen beschreven. Ik zal u daar in het laatste kwartaal over informeren.

Mevrouw Van den Berg vroeg: komt de Minister met vaste tarieven voor waarnemers in de huisartsenzorg? In het algemeen – ik zei het al – zet ik in op de aantrekkelijkheid van het praktijkhouderschap in de huisartsenzorg. Een flexibele schil met waarnemers is ook belangrijk om daar waar nodig gaten te kunnen dichten. Ik vind het belangrijk dat voor dezelfde taken en verantwoordelijkheden ook dezelfde beloning wordt geboden. Dat is ook de kern van de nieuwe organisatie voor de ANW-zorg die partijen samen implementeren. In dat kader onderzoek ik met betrokken partijen of het nodig is om de doorverkoop van diensten aan zzp'ers te reguleren, zodat deze diensten niet tegen een hoger tarief worden verkocht dan de maximumtarieven van de NZa. Na de zomer zal ik uw Kamer hierover verder informeren.

Dan vroeg mevrouw Van den Berg naar de huisvesting: is de Minister bereid om te kijken naar een waarborgfonds zorg? Ik noemde al een aantal punten. Geld kan inderdaad ook een rol spelen in de huisvestingsproblematiek, bijvoorbeeld omdat huren te hoog zijn. Daarom ben ik met die landelijke werkgroep ook in gesprek over financiering. Ik ben bereid om het punt van een waarborgfonds hierin mee te nemen.

Mevrouw Ellemeet verwees naar de situatie van DSW, die eist dat huisartsen fysiek aanwezig in de praktijk en anders geen contract afsluit. Zij vroeg of wij dit een goede zaak vinden en of wij bereid zijn om alle verzekeraars te vragen om deze eis te stellen. Zoals gezegd, moet elke aanbieder van huisartsenzorg zich houden aan wetten, regels en richtlijnen rondom kwaliteit en toegankelijkheid. Ik verwacht dat zorgverzekeraars en regionale huisartsenorganisaties zich actief inzetten om de toegankelijkheid van de huisartsenzorg in elke regio nu en in de toekomst

te borgen. Ik vind het goed dat DSW zoekt naar een manier om deze rol te pakken en ik volg dit met veel belangstelling.

**De voorzitter:**

Hebt u nog veel vragen?

**Minister Kuipers:**

Ik heb nog een hele stapel huisartsenvragen, voorzitter.

**De voorzitter:**

Er is nog vraag van de heer Van der Staij en van mevrouw Van den Berg en wellicht de heer Drost. Of wachten we tot het einde van het blokje? Vindt u dat goed, einde van blokje? Ja. Gaat u vooral verder, Minister. Aan het einde van het blokje hebben we nog een paar vragen.

**Minister Kuipers:**

De heer Dijk vroeg: wilt u de districtsverenigingen van huisartsen opnieuw invoeren. Zoals de RVS ook schrijft – ik wil niet twee keer in dezelfde fout vervallen, met de verkeerde namen noemen – willen we in de eerste lijn toe naar een sterke regionale ondersteuning voor de eerste lijn op wijkniveau. Het belangrijkste is dat de organisaties dan ook ten dienste staan van zorgverleners. We zullen in een visie opschrijven wat de minimale opdracht voor deze regionale organisaties zal zijn. Wat mij betreft zijn deze organisaties voor de brede eerste lijn en beperken zij zich dus niet tot de huisartsenzorg.

Voorzitter. De heer Drost had een vraag over zorgcoördinatie en het wegtrekken van personeel bij de huisartsen. Bij de inrichting van zorgcoördinatie staat toegankelijkheid van zorg voorop, het beter bereikbaar zijn voor burgers, voor patiënten, maar ook het ontlasten van professionals in de zorg, waaronder de eerstelijnsmedewerkers. Daarbij gaat het dus ook om het door samenwerking efficiënter en doelmatiger gebruikmaken van de schaarse arbeidsmarktcapaciteit. Door de inzet van digitale zelftriage en multidisciplinaire telefonische triage kunnen beide worden gerealiseerd. Juist voor meldingen die niet als multidisciplinair herkend worden en die nu door de huisartsenpost moeten worden opgelost, kan dit meerwaarde bieden, zoals resultaten van pilots laten zien. Het betekent dat er geen aparte telefonische triage meer nodig is voor de hap, maar dat die gezamenlijk wordt gedaan met bijvoorbeeld de ambulancezorg, de acute wijkverpleging en de acute ggz. Medewerkers worden dus niet weggetrokken, maar voortaan in multidisciplinair verband ingezet.

Voorzitter. Mevrouw Ellemeet vroeg wat de Minister gaat doen om paal en perk te stellen aan private equity. We zien inderdaad dat er verschillende partijen opkomen die inspelen op de tekorten aan praktijkhouders. Elke aanbieder van huisartsenzorg moet zich houden aan wetten, regels en richtlijnen; ik noemde dat al. De IGJ en NZa zien hierop toe. Naast een lopend toezicht voeren de NZa en de IGJ ook een onderzoek uit naar ketenvorming in de huisartsenzorg. Daarnaast verken ik nu al de mogelijkheid om de NZa de bevoegdheid te geven om overnames door specifieke aanbieders te verbieden wanneer toezichthouders op basis van signalen onderzoek doen naar deze aanbieder.

De heer Dijk had een vraag over de financiering. Huisartsen doen steeds meer, maar de financiering is daar niet op ingericht. Ze worden niet betaald per handeling. Is de Minister het ermee eens dat het financieringssysteem moet wijzigen? Ik ben het geheel eens met de heer Dijk dat de bekostiging in de huisartsenzorg ondertussen complex is. Het is een combinatie van populatiebekostiging via inschrijftarieven en bekostiging per verrichting, en in aanvulling daarop soms ook nog bekostiging voor specifieke activiteiten, zie bijvoorbeeld de griepvaccinatie in het najaar. Huisartsen worden dus mede betaald per handeling. Dat is bedoeld om de

voordelen van beide modellen te benutten en ongewenste prikkels te voorkomen.

De Nederlandse Zorgautoriteit kijkt doorlopend hoe deze bekostiging zo goed mogelijk kan bijdragen aan de doelstellingen en wensen in de huisartsenzorg. In een recent overleg dat wij hadden met de partijen, inclusief de NZa en de verzekeraars, hebben we mede naar aanleiding van Meer Tijd Voor de Patiënt gezegd en nog een keer geconstateerd dat het verstandig is om ook naar de toekomst toe gewoon even integraal naar de financiering van de huisartsenzorg te kijken. Dat is niet een voorzet in de trant van «dat gaan we veranderen», maar wel de constatering dat het complex is en dat het verstandig is om het nog een keer goed tegen het licht te houden.

Voorzitter. Mevrouw Ellemeet vroeg: «Het kan niet zijn dat er onzekerheid is over de financiering van Meer Tijd Voor de Patiënt. Kunt u nog eens uitleggen welke afspraken er gemaakt zijn?» Dat wil ik van harte. Ten behoeve van de opschaling voor Meer Tijd Voor de Patiënt gebeuren er nu twee dingen, zoals afgesproken in het Integraal Zorgakkoord; ik noemde het al. Ten eerste een snelle opschaling via de ruimte die de bekostiging nu al biedt. Het goede nieuws is dat dit gebeurt; praktijken schrijven in en het daarvoor beschikbare budget wordt daadwerkelijk volledig benut. Dat is goed. Ten tweede structurele borging in de bekostiging. Daarvoor staat de NZa aan de lat. Veldpartijen hebben afspraken gemaakt over de opschaling met zo min mogelijk verantwoording en administratie. Ik zei al dat dit voorspoedig verloopt. Per 1 januari 2024 kunnen alle praktijken van deze afspraken gebruikmaken. Dat komt in de afspraken neer op ongeveer € 12 per ingeschreven verzekerde per jaar, dus ongeveer € 25.000 per normpraktijk boven op het bestaande budget. Dat is een totaalbedrag van 75 miljoen euro landelijk, zoals de cijfers van het Zorginstituut ook bevestigen.

De NZa heeft de afgelopen maand advies uitgebracht over de structurele bekostiging, zoals wij ze gevraagd hadden, zoals ook was afgesproken in het Integraal Zorgakkoord en zoals dat ook hoort in de standaardpraktijk. Ik kan mij goed vinden in het advies. Daarin kiest de NZa voor zorgvuldigheid boven snelheid en wil zij de huidige contractering niet verstoren. Zij heeft als volgt geadviseerd. De per dit jaar ingezette implementatie niet doorkruisen maar gewoon volop continueren en ook per 2024 zo laten doorlopen. Immers, per 1 januari 2024 begint de laatste 25%. Laat het dus per 2024 nog doorlopen en laat de structurele bekostiging per 2025 ingaan. Dus gewoon spendering van het daarvoor beschikbare budget. Ik noemde dat al. Het goede nieuws is dat het tot nu toe gewoon benut wordt. Dit betekent het structureel bekostigen van Meer Tijd Voor de Patiënt op een nog nader uit te werken manier via segment 1 waar dit onder basiszorg valt en daarnaast het realiseren van bekostiging voor de ondersteuning van de huisarts en de regionale samenwerking. Die regionale samenwerking zit ook letterlijk in de definitie van de Landelijke Huisartsen Vereniging voor Meer Tijd Voor de Patiënt. Zoals de regels zijn, zou dat dan via segment 2 zijn. Tot slot betekent het ook ruimte maken voor vergoeding van níét structurele kosten en daarvoor aanvullende maatwerkafspraken maken. Dat valt dan zoals altijd in segment 3. Het sluit aan bij bestaande bekostigingsstructuren. Ik vind het belangrijk dat alleen de strikt noodzakelijke verantwoording wordt gevraagd.

Dit sluit aan bij de vraag van mevrouw Agema waarom ik de afspraken voor Meer Tijd Voor de Patiënt niet nakom. Ik heb zojuist uitgelegd wat de stappen zijn. Daarmee kom ik de afspraken zoals vastgelegd in het Integraal Zorgakkoord volledig na.

Dit sluit ook aan bij de vraag van de heer Dijk: hoe komt de Minister de afspraken over Meer Tijd Voor de Patiënt na? Ik benoemde dat al: snelle opschaling, zorgen dat de praktijken toegang hebben en dat het daarvoor beschikbare geld benut wordt, en werken aan structurele borging in de bekostiging met elk van de facetten die daarvoor van belang zijn.



Dit sluit ook aan bij de vraag van de heer Van der Staaij: wordt er niet gemorreld aan Meer Tijd Voor de Patiënt? Zoals ik al uitlegde, wordt daar niet aan gemorreld. Het budget wordt gebruikt, alle praktijken krijgen in 2023 toegang tot 1 januari 2024 en dat loopt daarna door, inclusief de volledige bekostiging die daarvoor is. Dat is ook de inzet voor de NZa daarna. Zij moet alleen voor de bekostiging kijken naar de verschillende componenten. Als het gaat om een individuele actie, een-op-een, kan het in segment 1. Als het gaat om regio en samenwerking kan het in segment 2. Daar waar het gaat om incidentele kosten, maatwerkafspraken, valt het in segment 3.

Dan komen we bij de een na laatste vraag in dit blokje. Dat is de vraag van de heren Dijk en Bushoff wat ik ga doen om goodwill te verbieden. VWS heeft in 2015 uitgebreid onderzoek laten verrichten naar de mogelijkheden om goodwillbepalingen wettelijk te verbieden. Uit dat onderzoek kwam naar voren dat alle vormen van inmenging via een wettelijke regeling door de overheid zouden leiden tot een inbreuk op het eigendomsrecht van de huisarts. Echter ben ik net als de beroepsgroepen in de huisartsenzorg en de zorgverzekeraars tegen het betalen van goodwill, omdat dat toetredingsdrempels opwerpt voor jonge huisartsen.

We hebben het in eerdere debatten al benoemd, maar laat ik nogmaals benoemen dat met het Goodwillfonds tussen 1987 en 2002 de goodwill deels met publieke middelen eenmalig is afgekocht en dat er sinds 1973 een verplichte pensioenregeling voor huisartsen is via de Stichting Pensioenfonds voor Huisartsen. Ik vind het ook om die redenen eens te meer ongewenst dat het vragen en betalen van goodwill zich nu weer voordoet. Ik doe dus ook langs deze weg echt een moreel appel op huisartsen om geen goodwill te vragen en om zonder die goodwillvraag bij bijvoorbeeld pensionering of vertrek in het regionale team het gesprek te voeren over de versterking en overdracht van de praktijk. Ik heb dit eerder benoemd, maar wil het hier graag herhalen. Omdat dat deze situatie niet langer gezien is, kunnen wij dus ook niet uitsluiten – ik zeg nadrukkelijk dat ik het niet kán uitsluiten; ik heb er geen individuele casuïstiek voor, maar ik kan het niet uitsluiten – dat we nu of in de nabije toekomst in een situatie terecht komen waarin een huisarts destijds een praktijk heeft kunnen overnemen zonder goodwill maar nu bij vertrek wel goodwill vangt. Dat is absoluut niet de bedoeling, vandaar mijn appel. Ik kan ook zeggen dat we er uiteraard nog een keer naar kijken. We hebben het destijds in 2015 al onderzocht, maar het is verstandig om je daar niet bij neer te leggen, maar nog een keer te kijken of er nog haakjes aan zitten.

Voorzitter. Ik kom nog even terug op de vraag over kijken naar huisvesting. Ik krijg nu door van mijn ondersteuning dat het helaas echt niet lukt voor de begrotingsbehandeling en dat het dus in Q4 is. Dat betekent dat ik het moet meenemen bij de voorjaarsbesluitvorming in mei 2024.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Ik heb nog wat vragen gezien. Meneer Drost wellicht? Nee. Meneer Van der Staaij? Ja.

**De heer Van der Staaij (SGP):**

Even een heel praktische vraag, juist in onze rol als volksvertegenwoordiger. Als mensen geen huisarts kunnen vinden, zeg ik braaf: daar heeft de zorgverzekeraar ook een rol in, want die heeft een zorgplicht. Maar stel, je hebt overal naartoe gebeld, maar kunt nergens terecht. Dan ga je naar de zorgverzekeraar. Die zegt «ik ga mijn best doen», maar als een praktijk vol zit, is dat een reden om te weigeren. Dan hebben we de NZa nog, die houdt toezicht op de zorgverzekeraars en monitort. Maar die meneer Jansen die al vijf telefoontjes heeft gepleegd, komt daar niet verder mee.

Wat is eigenlijk de praktische route voor mensen om aan een huisarts te komen als zij die niet hebben?

**Minister Kuipers:**

Die praktische route is er helaas niet. Het voorbeeld dat u geeft van al die telefoontjes, is de praktijk en die is niet eenvoudig te doorbreken. Ik ga er eerst even op in vanuit het perspectief van de betreffende burger en patiënt. Als je een chronische aandoening hebt, medicatie gebruikt, jonge kinderen hebt voor wie je af en toe een zorgvraag hebt, bijvoorbeeld omdat ze koorts hebben, wil je absoluut een huisarts hebben. Ik gaf al de mogelijkheid aan dat in een acute situatie of bij niet-acute situaties mensen in een praktijk terecht kunnen voor een consult. Die mogelijkheid is er. Maar vanuit het perspectief van de praktijken die in zo'n regio zitten en die in sommige gevallen iedere dag meerdere keren met zo'n situatie geconfronteerd worden, is het onmogelijk om die patiënten over te nemen. Reden te meer dus om in te zetten op het stimuleren dat praktijken overgenomen worden of gevormd worden en dat er geen goodwill gevraagd wordt.

Ik hoorde onlangs van een casus waarbij het regionaal huisartsenteam tegen iemand die met pensioen ging, zei: wij zijn bereid om te zorgen dat er gezocht wordt naar een kandidaat om jouw praktijk over te nemen en in de regio door te laten gaan. Maar die huisarts koos uiteindelijk toch voor een andere route, namelijk om de praktijk te verkopen aan een private partij. Daarmee kom ik even terug op een vraag van zojuist. Ik weet natuurlijk niet wat ooit de situatie is geweest van deze ene huisarts. Maar dit is er wel een voorbeeld van dat het echt een kwestie is van teamwerk en een moreel appel op de huisartsen. Daarnaast voeren wij het gesprek met jonge huisartsen over de vraag wat voor hen de barrières zijn om in te stappen in een praktijk en hoe wij die barrières zo veel mogelijk kunnen wegnemen. Want het percentage huisartsen dat er is, is genoemd, maar het percentage huisartsen zonder praktijk is enorm gestegen, zoals u weet. Daarmee zitten we nu ongeveer op fiftyfifty. Een lang antwoord, voorzitter, maar het is dan ook een serieus probleem.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Ik wil u vragen om de antwoorden beknopt te houden omwille van de tijd. Meneer Van der Staaij heeft nog een vraag.

**De heer Van der Staaij (SGP):**

Toch hierop voortbordurend. Nogmaals, ik snap hoe het stelsel in elkaar zit en ik zie ook dat de Minister hier serieus mee aan de gang wil. Maar tegelijkertijd, als je weer teruggaat naar de problemen waar mensen tegen aanlopen, hebben zij het gevoel dat ze in een doolhof terecht komen waar ze niet meer uit kunnen komen. Dat zou je zo graag anders willen. Dan blijft bij mij toch de vraag hangen waar je terechtkunt. Wie gaat jou echt helpen als je zorg wel nodig hebt, maar gewoon de weg niet vindt?

**De voorzitter:**

Een bondig antwoord.

**Minister Kuipers:**

Wie kan jou helpen? Je vindt de weg niet? Allereerst, heel vervelend, maar neem toch contact op met de zorgverzekeraar. Die kan het in de regio bekijken. Maar dan kan het wel zo zijn dat die een praktijk vindt in een andere wijk of in een ander dorp; u kent die situatie. Ten tweede is dit precies de reden waarom wij de regio's gevraagd hebben om een regiobeeld te maken, inclusief een prognose voor de komende jaren, om daar echt op te schakelen in gezamenlijkheid. Dit is niet een oplossing voor per direct. Per direct is het advies om contact op te nemen met een verzekeraar.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Dan zag ik dat mevrouw Van den Berg een vraag heeft.

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

Dank dat de Minister als hij de handleiding voor praktijkhouderschap aantrekkelijker maakt, ook gaat kijken naar een waarborgfonds voor huisvesting, waar het CDA om heeft gevraagd.

De Minister zei heel kort iets te willen doen opdat avond-, nacht- en weekenddiensten niet worden doorverkocht aan waarnemers. De Minister zei dat je een flexibele schil nodig hebt. Ja, dat is voor «piek en ziek». Dat is misschien 10%, terwijl we nu zien dat dat een veel hoger percentage is geworden. Is de Minister ook bereid om te zeggen dat de NZa voor die waarnemers tarieven gaat maken? Die zouden onder het praktijkhouderschap moeten liggen. Men zou dus ook niet gedwongen moeten zijn om daarboven te zitten, want daar wordt natuurlijk toch weer een plus op betaald.

**Minister Kuipers:**

Die NZa-tarieven zijn er. Dat was ook een afspraak in het Integraal Zorgakkoord. Die zijn ook flink opgeplust in het Integraal Zorgakkoord, maar wel met de afspraak en opnieuw het appel dat dat dan ook de maximale tarieven zijn. Dat is de situatie. Alleen, als men zich daar in de praktijk niet aan houdt, dan is dat opnieuw het gesprek. Dat kan soms een kwestie van vraag en aanbod zijn, waarbij mensen zo lang kunnen wachten dat de nood zo hoog is dat ze zich alsnog vlak van tevoren kunnen laten inhuren. Die situatie willen we niet. We willen dat er maximale tarieven zijn en dat dat dan ook het maximale tarief is, gewoon hét tarief, ook voor kerstavond, ook voor oudejaarsavond.

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

Ik zit dan toch even te kijken. Wij hebben op andere terreinen in onze samenleving een toezichthouder die kan ingrijpen als er prijsafspraken zijn gemaakt. Waar kan men zich melden als men zich onder druk gezet voelt? Als we afspreken dat het maximumtarief voor een waarnemer x, y of z is, maar er in de praktijk helemaal niks mee gebeurt, ja dan ... Ik heb vaak gezegd: wetten zonder werking zijn waardeloos.

**Minister Kuipers:**

Ik wil niet direct zeggen dat iedereen zich kan melden bij de NZa, maar we willen graag het volgende meenemen, ook in een gesprek met de LHV. We willen feedback horen. We zijn nu enige tijd bezig. We hebben die ANW-tarieven dit jaar ingevoerd. Hoe loopt het nu? Wat zijn de signalen? Wordt daar inderdaad zeer sporadisch een keer van afgeweken om zeer moverende redenen? Maar als het veel structureler is, dan moeten we kijken wat we daaraan kunnen doen.

**De voorzitter:**

Dan had ik meneer Dijk gezien met een vraag. Niet meer? Mevrouw Tielen.

**Mevrouw Tielen (VVD):**

Ik zat even te twijfelen, want de Minister ging best wel in op Meer Tijd Voor de Patiënt. Volgens mij is daar vanavond ook een tweeminutendebat over, dus ik dacht: ga ik het hier vragen of daar? Ik ga het toch even hier doen en misschien kom ik er vanavond nog op terug. Ik hoor wat de Minister zegt. Dat lees ik ook in zijn brief en in het verslag van het schriftelijk overleg. Maar als ik dan weer de brief van de huisartsen lees, heb ik het idee dat de Minister en de huisartsen langs elkaar heen praten. Mijn vraag is of de Minister dat herkent en hoe hij ervoor kan zorgen dat er wel communicatie is met elkaar. Als dat nu niet lukt, dan ga ik dat

vanavond in de zaal met de blauwe zetels ook nog maar een keer proberen.

**Minister Kuipers:**

Ik herken helemaal dat de geluiden verschillend zijn. Ik gaf zonet een uitleg. Misschien ben ik heel onduidelijk, maar volgens mij is die klip-en-klaar en is het ook klip-en-klaar hoe we het ooit afgesproken hebben in het Integraal Zorgakkoord. Er is een budget. Dat zou versneld in 2023 beschikbaar worden gesteld. Dat gebeurt. We monitoren of er uitputting is. Dat gebeurt. Er is uitputting. Fantastisch. Verzekeraars zitten er ook actief bovenop om partijen te contracteren. Wij willen geen onrust, dus wij zetten dat ook in '24 met hetzelfde budget op dezelfde manier door. En ja, je moet dan ook zorgen voor een structurele bekostiging. Daar is ook naar gevraagd. Dan krijg ik terecht de vraag: komt de Minister daar niet op terug? Nee, hij komt er niet op terug, verzekeraars ook niet. Die willen dit ook. Dat betekent dat je diezelfde financiering ook structureel inregelt.

We doen dat volgens de wijze die daarbij past: een-op-eenconsulten in segment 1, voor regionale organisaties segment 2 en voor incidenteel segment 3. Bij incidenteel was het verzoek destijds ook of wij ook de incidentele inregelkosten wilden vergoeden. Daarvan hebben wij gezegd: natuurlijk willen wij dat; dat gaan we ook doen. Maar we zullen ook met z'n allen constateren dat incidentele kosten incidentele kosten zijn. Daar past ook een incidentele vergoeding bij. Als u mij vraagt wat precies de verhouding zal worden, dan moet ik daar niet op vooruitlopen, maar de verwachting is dat het overgrote deel segment 1 zal zijn. Daar zit direct de meeste tijd. Een kleiner deel zal in segment 2 zijn. En incidenteel is gewoon een incidentele vergoeding van kosten. Op het moment dat die kosten er niet meer zijn, is de vergoeding ook over.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Omwille van de tijd ben ik een beetje aan het drukken. Meneer Bushoff.

**De heer Bushoff (PvdA):**

Ik wil toch even terug naar de vercommercialisering van onze huisartsenzorg en de nadelige gevolgen daarvan. De Minister gaf aan dat hij wil kijken of het mogelijk is om partijen die nu onderzocht worden omdat daar klachten over zijn, te verbieden om in de tussentijd nog andere praktijken over te nemen. Dat is heel erg noodzakelijk en heel erg wenselijk, dus dat juich ik van harte toe. Maar ik denk dat het nodig is om nog wat verder te gaan en structureel te borgen dat commerciële partijen zich minder makkelijk in onze huisartsenzorg kunnen mengen. Deelt de Minister dat met de PvdA?

**Minister Kuipers:**

Zoals we zojuist al aangaven, is onze visie dat we de eerste lijn voor de toekomst moeten versterken. Dat vraagt de inzet, betrokkenheid en samenwerking van heel veel verschillende partijen. We hebben zojuist bij een aantal stilgestaan en we komen daar zo nog verder op. Als je dat doet, dan moet je nadrukkelijk ook nadenken over de vorm waarin je dat invult. Dat vraagt dus ook die visie. Ondertussen zien we dat er op allerlei plekken geen huisartsen te krijgen zijn en dat private partijen instappen. Ik heb die visie nog niet, dus ik vind het te vroeg om helemaal te concluderen dat dat de beweging in de weg staat die we voor ogen hebben. Ik zie wel dat patiënten op tal van plekken geen huisarts kunnen krijgen en dat huisartsen die vertrekken, geen opvolger kunnen krijgen. Dat betekent dat je breder na moet denken om het voor mensen die nu geen praktijk hebben, aantrekkelijker te maken om daarin te stappen. Anders moet je zoeken naar alternatieven. Daar moeten we de mogelijkheid van private

partijen bij in gedachten houden, maar we zouden ook kunnen nadenken over invulling door grotere, regionale zorgorganisaties.

De heer **Bushoff** (PvdA):

Ik wil daar toch nog even op doorgaan. De Minister zegt eigenlijk: ik ga nog een visie maken, dus ik kan nu nog niet definitief zeggen of ik private partijen in onze huisartsenzorg wenselijk vind of niet. Alleen zien we op dit moment dat private partijen met een winst oogmerk zich erin mengen en dat die winst behalen door minder goede zorg te leveren. De Minister is het toch in ieder geval met de PvdA erover eens dat dat onwenselijk is?

Minister **Kuipers**:

Ik deel dat, maar ik wil het beeld dat het over hele grote aantallen gaat – ik had ergens de exacte aantallen, maar ik heb ze zo niet bij de hand – iets nuanceren. Dat is niet zo. Dat betekent wel dat je nu nadrukkelijk moet nadenken hoe gewenst of onwenselijk dat is. Daar zijn we actief mee bezig, maar we zullen ook echt even moeten nadenken over de manier waarop we dat willen adresseren. Het klinkt wat gek, maar je moet daar wel even goed over nadenken en ook kijken wat de mogelijkheden zijn.

De heer **Bushoff** (PvdA):

Tot slot op dit punt. Ik ben benieuwd wanneer de Minister met die visie komt, maar als hij daarmee komt, wil hij daar dan in ieder geval ook in opnemen wat voor extra regels wij zouden kunnen stellen om te voorkomen dat je door kwalitatief mindere zorg meer winst behaalt? De Minister gaf net aan dat net als de PvdA onwenselijk te vinden. Dat gebeurt nu wel, dus dan moeten we nu met aanvullende regels komen om dat onmogelijk te maken. Is de Minister bereid om die aanvullende set regels ook in die visie mee te nemen en daar binnenkort over aan de Kamer te rapporteren?

De **voorzitter**:

En wanneer die visie komt, vroeg u.

Minister **Kuipers**:

Nee, die stap gaat even te snel. Ik geef heel duidelijk aan welke richting wij idealiter voor ogen hebben, maar we moeten wel even kijken wat er kan. Maar vooropstaat dat de eerste lijn versterkt moet worden en dat burgers toegang moeten hebben tot eerstelijnszorg, waaronder tot een huisarts. Dat staat voorop. Dat moet idealiter ingevuld worden in wijkteams, kernteams, in een regionale organisatie. Als wij ondanks alle gesprekken, alle aantrekkelijkheid en het drukken op goodwill et cetera niet in staat zijn om mensen te verleiden om de overstap te maken van zzp'er naar zo'n organisatie, of dat nou in loondienst is of als praktijkhouder, dan moeten we nadenken over hoe we dat op andere manieren invullen. Dan is private equity, private partijen, een oplossing. Maar u hoort mij nadrukkelijk zeggen dat ik ook bereid ben om erover na te denken om grote regionale zorgorganisaties te vragen om dat in te vullen en dan een positie te creëren waarbij mensen in loondienst zijn. Maar het begint bij het belang van een burger. We moeten niet gelijk alles afstrepen en vervolgens zeggen: ik heb geen alternatief; dit ene had ik al afgestreept. Het volgende zeg ik even voor uw idee. Ik heb de exacte aantallen namelijk niet. Op dit moment gaat het qua aantallen huisartsenpraktijken om minder dan 1% van het totaal. Daarmee zeg ik niet dat het geen issue is. Het is zeker een issue. Het is belangrijk om hierover te praten. We moeten echter ook even nadenken wat de alternatieven zijn.

De **voorzitter**:

Het is belangrijk om erover te praten, maar dan wel kort en bondig.

De heer **Bushoff** (PvdA):

Ik snap dat de Minister zegt dat we erover praten. De Minister zegt dat we even goed moeten nadenken hoe we hiermee omgaan. Wat is dan de uitkomst van dat nadenkproces? Wanneer kunnen we die verwachten? Is het niet logisch om in ieder geval in dat nadenkproces af te wegen of nadere regels nodig zijn om dit aan banden te leggen? Zou de Minister dat in ieder geval willen meenemen? Zou de Minister als hij niet voornemens is om nadere regels te stellen, willen aangeven waarom hij dat niet nodig vindt?

Minister **Kuipers**:

Opnieuw zeg ik: het moet stap voor stap. Ik snap wel wat de heer Bushoff doet. Hij doet al haasje-over voordat ik überhaupt de eerste sprong genomen heb. U krijgt de visie, inclusief een verder plan van aanpak, voor het eind van dit jaar. Als dat erop uit zou komen dat we een beweging willen maken om overname door private partijen te verminderen om moverende redenen, dan moeten we ook kijken op welke manieren dat kan. We moeten echter niet eerst kijken op welke manieren dat kan, terwijl het besluit nog niet genomen is dat dat de richting is die we in moeten gaan.

De heer **Dijk** (SP):

Ik vind het pijnlijk om weer zo'n naïeve gedachte van privatisering te horen. Eenmaal verkocht is het namelijk niet meer terug te krijgen. U kunt het nu hebben over 1%. Nivel zegt dat het ergens tussen de 45 en de 230 ligt. Dat vind ik ook bijzonder. Er is dus gewoon slecht zicht op. Mijn vraag aan de Minister is waarom hij het niet omdraait. Waarom stopt hij de overnames van de sprinkhaankapitalisten niet gewoon? Stop daar gewoon nu mee. Ga dit onderzoeken. Kom daarna met een rapport aan het einde van het jaar. Dan gaan we in ieder geval niet stijgen naar 3%, 4% of 5%. Dat doen die jongens namelijk. Die pompen er snel geld in en halen dat dan weer terug. Mijn vraag is dus vooral waarom de Minister daar nu geen stop op zet. Waarom onderzoekt u het niet? Waarom komt u niet aan het eind van het jaar met een mooie visie op waarom dit een heel slecht idee is?

De **voorzitter**:

We praten via de voorzitter. Het woord is aan de Minister.

Minister **Kuipers**:

Laten we allereerst even kijken waar het echt om gaat. Daar zijn de heer Dijk en ik het geheel over eens. Het gaat erom dat mensen toegang hebben tot kwalitatief goede eerstelijnszorg. We zijn het er ook over eens dat een huisarts daar een zeer belangrijke rol in speelt. Het is dus ondenkbaar dat bij een kwalitatief goede eerstelijnszorg geen huisarts hoort. Het is breder dan dat, maar het is ondenkbaar dat er geen huisarts bij hoort. Als patiënten, burgers, geen toegang hebben tot een huisarts – wij horen dat op veel plekken – dan is het niet onbegrijpelijk dat daar partijen instappen. De vraag of we dat onaantrekkelijk vinden, is een onderdeel van de discussie, maar dan moet er wel een alternatief zijn. Hetzelfde antwoord gaf ik zojuist aan de heer Bushoff. Het is niet zo dat we het ene schrappen, terwijl vooropstaat dat er geen alternatieven zijn voor sommige mensen. Er zitten dus veel aspecten aan. Ik heb er al een heel stel benoemd. Maar het is wel even in deze volgorde.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Ik wil u vragen om de andere vragen met gezwinde spoed te beantwoorden.

Minister **Kuipers**:

Voorzitter. Dat brengt mij bij de vragen over paramedische aspecten. Allereerst vroeg de heer Dijk om fysiotherapie in het basispakket te voegen. Hij vroeg ook om een cao voor fysiotherapie. Ik doorloop op dit moment een constructief proces met de partijen om de aanspraak per 2025 aan te passen. Partijen ontwikkelen daarbij een kwaliteitskader en gaan in gesprek over wat volgens hen onder de aanspraak moet vallen. De NZa adviseert over de bekostiging en er komt een budgetimpactanalyse. Over de inrichting van de aanspraak zal het Zorginstituut naar verwachting eind dit jaar adviseren. Het verbeteren van de positie van fysio- en oefentherapie in het stelsel kan partijen meer ruimte geven, ook voor het afsluiten van een cao.

De heer Dijk vroeg ook om een versterkte positie voor de logopedisten. Logopedisten spelen een belangrijke rol in de eerste lijn, ook in relatie tot de tweede lijn. In het IZA is gezamenlijk afgesproken dat het aantrekkelijk moet zijn en blijven om in de zorg te werken. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders moeten in ons stelsel samen afspraken maken over de toekomst van logopedie en de tarieven daarvan. Ik hoor dat vele, relatief kleine aanbieders niet goed in gesprek komen met zorgverzekeraars. Ik heb met de IZA-partijen en de ACM verkend of aanbieders gezamenlijk kunnen optrekken in het contracteerproces. Er zijn best veel mogelijkheden, zolang het in het belang van patiënten is. In heel veel gevallen is het evident dat het in het belang van patiënten is. Een voorwaarde is dan dat het gericht is op een zorginhoudelijk doel dat wordt ondersteund door zowel aanbieders en een verzekeraar of verzekeraars als vertegenwoordigers van patiënten. Ik informeer de partijen hierover en faciliteer de dialoog tussen hen.

Tot zover dit blokje, voorzitter.

**De voorzitter:**

Gaat u verder.

**Minister Kuipers:**

Dat brengt mij bij het blokje over de mondzorg. Zoals al genoemd, raakt dat aan een debat dat we zeer recent gehad hebben.

Ik begin allereerst met de vraag van de heer Bushoff of ik erken dat mensen de mondzorg om financiële redenen mijden. Hij vroeg: wil de Minister een noodplan hiervoor maken en concreet inzichtelijk maken wat de kosten en baten zijn van mondzorg in het basispakket? De Kamer heeft vorige week de voortgangsrapportage ontvangen over het onderzoek naar de aard van de problematiek en de eventuele oplossingsrichtingen. Op basis van een literatuurstudie van het ACTA zou circa 3% van de Nederlanders de mondzorg mijden om financiële redenen. Mijdingsproblematiek speelde in redelijk vergelijkbare mate 30 jaar geleden ook of was destijds zelfs hoger dan dat. Ik heb dat in het debat ook al gezegd.

Dat laat onverlet dat we eventueel passende maatregelen kunnen treffen. Het zal altijd vragen om een mix van pragmatische kortetermijnoplossingen en meer structurele oplossingen. Die worden in de komende maanden uitgewerkt. Onderdeel hiervan is een analyse van de aanspraak op mondzorg in het kader van passende zorg en de mogelijkheden om deze te optimaliseren. Er worden verschillende opties in beeld gebracht. De uitkomsten van deze analyse kunnen bijdragen aan te maken keuzes door een volgend kabinet. Ik informeer uw Kamer eind dit jaar over de voortgang en zal dan bekijken of op de korte termijn passende maatregelen genomen kunnen en dienen te worden.

De heer Dijk vroeg: wilt u zich inzetten om meer tandartsen op te leiden? De urgentie om zo snel mogelijk meer tandartsen op te leiden, is hoog. Daarom heb ik met de Minister van OCW opvolging gegeven aan een advies van het Capaciteitsorgaan. We gaan naar het invullen van ten minste 345 opleidingsplaatsen. Om dat te bewerkstelligen is het allereerst nodig dat de opleiding wordt verkort van zes tot vijf jaar. Dat levert ruimte

op om meer opleidingsplaatsen beschikbaar te hebben. Die duur was in het verleden in Nederland ook zo en in het buitenland, in de ons omringende landen, is die voor een deel ook zo. Mensen met een vijfjarige opleiding in het buitenland kunnen direct aan de slag in Nederland. Onze aanname is dat de mensen die hier in Nederland in vijf jaar opgeleid worden op dezelfde manier direct aan de slag kunnen. Daarmee zijn we er nog niet en dat betekent dat we het aantal opleidingsplaatsen tandheelkunde verder verhogen en dekken, ook in lijn met het advies van het Capaciteitsorgaan, door de plaatsen geneeskunde beperkt te verlagen. De heer Drost vroeg hoe ik kijk naar het voorstel van de samenwerkende partijen om de informele mondzorgnetwerken in focusgebieden te versterken. Dat is een van de maatregelen die genoemd staan in de voortgangsrapportage over mondzorg voor mensen die mondzorg om financiële redenen mijden. Uw Kamer heeft deze voortgangsrapportage vorige week ontvangen. De maatregelen worden de komende maanden verder uitgewerkt, zoals ik al zei. Ik vind het te vroeg om er nu iets over te zeggen, maar ik informeer uw Kamer eind dit jaar over de voortgang en zal dan bekijken of passende maatregelen genomen dienen te worden en kunnen worden.

De heer Van der Staaij vroeg: bent u bereid om een eigen tandartsopleiding in Rotterdam te onderzoeken of te bevorderen? Het korte antwoord is: ik heb al aangegeven dat we de opleiding tandheelkunde uitbreiden en Rotterdam is aan zet, uiteraard samen met de andere opleidingen. Ik deel helemaal de constatering dat het tekort regionaal groot is en dat er al heel lang gesproken wordt over tekorten in Zeeland. Rotterdam spreekt allang over de mogelijkheid om te starten en Rotterdam is aan zet. Wij breiden de opleiding uit en zij kunnen aan de slag.

Ik heb nog één vraag van mevrouw Agema. Excuus, het lag hier dubbel. Zij zei: de afbraak van de mondzorg, dat kan toch niet? De mondzorg in Nederland is goed en bereikt het overgrote deel van de bevolking. Er is echter een toename van mensen die mondzorg mijden om financiële redenen. Ik ben samen met het Ministerie van SZW bezig om bij gemeenten, verzekeraars en beroepsgroepen in beeld te krijgen welke opties er zijn. Ik benoemde dat al. Zo wordt vanaf 1 januari gestart met een betaaltitel voor de mondzorgcoach bij het aanbieden van jeugdgezondheidszorg. Dit is juist gericht op het bereiken van financieel kwetsbare gezinnen. Ik wilde er daarbij ook graag op wijzen – dat heb ik bij een vorig debat ook gedaan – dat een bezoek aan de tandarts voor jeugdigen vergoed wordt, maar dat de overheid niet alle gebitsproblemen kan voorkomen. De dagelijkse verzorging van het gebit bepaalt uiteindelijk de gezondheid van de mond. Roken en drinken hebben daar bijvoorbeeld ook een grote invloed op.

Tot zover dit blokje, voorzitter.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Ik heb wat vragen gezien. Als eerste is het woord aan mevrouw Tielen en daarna aan de heer Van der Staaij, mevrouw Agema en de heer Bushoff. Maar als eerste mevrouw Tielen.

**Mevrouw Tielen (VVD):**

Ik kom nog even terug op de aanpak van tekorten bij de tandartsen. Mijn collega Van den Hil heeft zich daar hard voor gemaakt, dus ik heb beloofd dat ook nog even na te vragen. Er worden nu vanuit het ministerie heel veel goede dingen gedaan. Zeeland is genoemd, maar er zijn nog een paar tekortregio's. Op wat voor termijn kunnen mensen in die tekortregio's nou gaan merken dat er goede dingen worden gedaan?

**Minister Kuipers:**

Het opleiden van tandartsen kost zoveel jaar. Op het moment dat je de instroom verhoogt, dan ben je idealiter vijf jaar verder en als de opleiding



is zoals die nu is, ben je zes jaar verder voordat een betreffende tandarts uit de opleiding stroomt. Dat staat los van wat tandartsen ook in stages en cetera kunnen doen. Dit kost dus veel tijd.

**De voorzitter:**

Uw laatste vraag, mevrouw Tielen.

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Dat is jammer, vooral omdat ik me nu net verslikte. Zijn er nog kortetermijnmogelijkheden om die tekortregio's van tandartszorg te voorzien?

**De voorzitter:**

U wordt er helemaal emotioneel van, hoor ik.

Minister **Kuipers:**

Wat zowel de regio's zelf als de verzekeraars allang op allerlei manieren proberen, is onder andere instroom vanuit het buitenland. Op zich zijn dat kwalitatief goede tandartsen en een behoorlijk deel van hen verblijft ook lange tijd in Nederland. Maar je wilt gewoon toch zelfvoorzienend zijn. Het is dus vaak maatwerk, op veel manieren. Zo is dat al lange tijd. Wat betekent dat dan voor regio's? Ik zeg het even heel kort door de bocht, maar de gesprekken tussen de faculteiten over hoe je het invult als er uitbreiding is lopen allang. Ik benoem dat nu maar heel erg: die faculteiten zijn aan zet. Rotterdam is aan zet. Vul het in.

De heer **Van der Staaij** (SGP):

Over de tekorten in Zeeland zegt de Minister dat Rotterdam aan zet is, maar zou het niet kunnen helpen als de Minister zich daar ook actief voor inzet, juist met het oog op het belang van deze regio? Misschien zeggen die opleidingen anders wel dat een andere plek wel handig is of dat het voor hen toch niet zo aantrekkelijk is, terwijl hier nadrukkelijk ook de bereikbaarheid van de regio in het geding is.

Minister **Kuipers:**

Het gaat, zoals bij u bekend, om een academische opleiding. De Minister van OCW is daarvoor verantwoordelijk. We trekken hier nauw samen in op. Als ik uw pleidooi zo mag interpreteren dat er moet worden gezorgd voor een regionale verdeling, dan wil ik dat van harte doorgeven aan de Minister van OCW. Daar hebben wij de afgelopen anderhalf jaar veelvuldig onderling en met de betrokken partijen het gesprek over gevoerd.

**De voorzitter:**

Mevrouw Agema? Nee, laat maar? Meneer Bushoff. Dit is wel uw laatste vraag, meneer Bushoff.

De heer **Bushoff** (PvdA):

Ja, daar was ik al bang voor. Het aangrijpende verhaal dat mevrouw Agema net hield, maar ook de verhalen in het zwartboek van Dokters van de Wereld en FNV over mensen die uit geldgebrek de tandarts mijden in combinatie met de cijfers die de Minister zelf noemt, laten zien dat er echt een probleem is. De Minister erkent dat ook. Vervolgens zegt hij: ik ben bezig met het Ministerie van Sociale Zaken om te kijken wat we op korte termijn kunnen doen. Hoor ik daar impliciet ook de toezegging in – die zou ik dan graag expliciet willen – dat de Minister nu nog niet weet wat hij gaat doen, maar dat hij in ieder geval actie gaat ondernemen om ervoor te zorgen dat mensen met weinig geld op korte termijn wel naar tandarts gaan?

Minister **Kuipers:**

Ik ben bang dat ik hetzelfde antwoord moet geven aan de heer Bushoff als bij een vorig debat. Dat antwoord is dat ik die stap nog niet zet. Bij het vorige debat verzocht de heer Bushoff dat. Toen heb ik nee gezegd. Dat antwoord herhaal ik nu, helaas. Misschien is het wel belangrijk om daarbij te benoemen dat er veel aspecten zijn. Wij focussen op veel momenten in de zorg logischerwijs op het oplossen van issues als er een probleem is, maar preventie is ook een ontzettend belangrijk aspect. Preventie begint ook bij goede mondzorg. De Staatssecretaris is hier niet aanwezig, maar wat mensen zich veelal niet realiseren is dat roken een ontzettend belangrijke oorzaak is van een slechte toestand van het gebit en de mond. Veel mensen beginnen op jeugdige leeftijd te roken en gaan daarmee door. Als die mensen 40-plus zijn, hebben ze vaak al 20 jaren achter de rug en zijn de gevolgen dan al te zien. Dus preventie is ook een belangrijk aspect.

**De voorzitter:**

Volgens mij kunnen we naar het blokje...

Mevrouw **Agema** (PVV):

Dan heb je toch ook gewoon tanden in je mond?

**De voorzitter:**

Wilt u nog interrumpen? Ja? U heeft nog twee vragen, mevrouw Agema.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ik hoor de Minister nu twee keer zeggen: als je rookt of weet ik veel wat... Maar vroeger had je in Nederland dan toch gewoon tanden in je mond of een kunstgebit? De Minister kan lachen, maar ik heb het over verval, het verval van onze zorg. Ik hoor mijn collega zeggen dat er hele straten zijn in Nederland waar niemand meer tanden in zijn mond heeft en ook geen kunstgebit. Wij komen toch uit een tijd dat opa's en oma's netjes werden aangekleed in het verpleeghuis en daar dan keurig met hun gebit zaten? Wat vindt de Minister daar nou van? Hoe zou het moeten zijn volgens hem? En wat gaat hij daaraan doen?

**Minister Kuipers:**

Wat ik eraan ga doen, heb ik zojuist al benoemd. Hoe het zou moeten zijn, is dat mensen een gezond gebit in een gezonde mond hebben. Wat ik daar zojuist in het antwoord bij aangaf, is dat dat ook iets betekent in termen van preventie. Ik noemde de Staatssecretaris om daarbij de effecten van bijvoorbeeld roken te benoemen, omdat dat een hele belangrijke factor is voor een slechte kwaliteit van mond en gebit.

**De voorzitter:**

Volgens mij kunt u naar het blokje overig. Een heel kort blokje, geloof ik.

**Minister Kuipers:**

Twee resterende vragen, voorzitter. Mevrouw Van den Berg vraagt: waarom wil de Minister het top-down organiseren van zorgcoördinatie erdoor duwen? Het zwaartepunt van de implementatie ligt bij een regio. Binnen de kaders zijn partijen in ROAZ-regio's vrij om zorgcoördinatie in te richten zoals zij passend vinden in de regionale context en bestaande initiatieven. Tegelijkertijd is een bepaalde uniformiteit van belang om zaken als bekostiging op landelijk niveau goed te kunnen regelen. Het advies over zorgcoördinatie is door partijen opgesteld en heb ik groten-deels overgenomen. Voor de onderwerpen waar het advies geen uitsluitsel over gaf, heb ik, zoals door partijen verzocht, keuzes gemaakt en landelijke kaders geschetst in mijn brief van 12 mei.

Mevrouw Paulusma vroeg naar PGO en eerste lijn. Ik deel geheel de mening en de input van mevrouw Paulusma dat het zinnig is voor versterking van de eerste lijn en verbetering van de kwaliteit van zorg als we de uitrol van PGO versnellen. Daar zijn we allang mee bezig, maar als je kijkt naar het tempo, dan gaat het te langzaam. Dat betekent dat ik recent overleg heb gehad met verschillende partijen, niet alleen vanuit VWS maar ook voor de verzekeraars en andere partijen. Ik merk dat dat ongemak over de voortgang gedeeld wordt en dat het ook echt anders moet. Het overleg wordt gecontinueerd in de zomer. U hoort na de zomer snel van mij wat de opties zijn.

**De voorzitter:**

Mevrouw Van den Berg nog een vraag?

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

Ja. De Minister zegt dat hij wil dat er uniforme werkwijzen komen. Ik heb eerder gezegd dat ik dat aan alle kanten begrijp. Maar zegt hij daarmee ook expliciet: ik wil het niet top-down organiseren, maar het kan bottom-up vanuit de regio's worden opgebouwd? Dat een ROAZ bewaakt dat het overal aanwezig is, vind ik natuurlijk. Maar hoorde ik de Minister net zeggen dat er aangesloten kan worden bij regionale initiatieven? Dat wil ik graag nog even bevestigd krijgen.

**Minister Kuipers:**

Zeker, daar waar ze passen binnen de kaders. Als ik een voorbeeld mag geven. De pilots van zorgcoördinatie laten juist zien dat zorgcoördinatie optimaal werkt als het een breed palet aan partners betreft, als dat bijvoorbeeld niet alleen maar het lokale wijkteam is, of alleen maar de ggz, of alleen maar de geboortezorg, of alleen maar de meldkamer met de ambulance. Als je dat doet, heb je ook een zekere schaalgrootte nodig. Wij organiseren het per ROAZ. Ik spreek de ROAZ'en daar ook op aan, maar als een ROAZ zeer omvangrijk is en er verschillende zijn, dan mag je het ook in een wat kleinere regio organiseren. Als je alleen al kijkt naar een eerstvolgende stap, dan kom je al snel op de omvang van een veiligheidsregio. Maar het moet niet in een wijkverband of een dorpsverband, want dan heb je niet de meerwaarde van het betrekken van al die partners. Maar wij verstaan niet onder zorgcoördinatie als partijen zeggen: «Zorgcoördinatie? Dat komt goed uit; wij hebben als lokaal team voor onze wijk al een bellijst.» Dat is ook niet wat voorkomt uit die pilot. Dat was ook een punt van discussie na de evaluatie en het advies van al die betrokken partijen, zoals voorgezeten door het Landelijk Netwerk Acute Zorg.

**De voorzitter:**

Dan komen we aan het eind van de beantwoording door Minister Kuipers en krijgen we nu de antwoorden van Minister Helder. O, nee. Er is nog één vraag voor Minister Kuipers van mevrouw Paulusma.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Ja. Ik weet niet zeker of Minister Kuipers dat doet. Ik dacht even dat de antwoorden over verpleegkundigen misschien in het blokje overig zaten, maar wellicht worden die door Minister Helder beantwoord. Mijn vraag ging over nurse-led zorg.

**De voorzitter:**

Ze komen eraan. Geduld. Minister Helder gaat heel snel antwoorden, heb ik gehoord.

**Minister Helder:**

Minister Helder gaat nurse-led heel snel beantwoorden. Daarom, voorzitter, beperk ik mijn inleiding tot de woorden dat we hier inderdaad met z'n tweeën zitten.

Er is al heel veel gewisseld over het belang van een effectieve eerste lijn, die goed samenwerkt, niet alleen in de eigen kernteams maar ook over de domeinen heen, die goed afgestemde zorg en behandeling levert en die niet alleen bijdraagt aan gezondheid, maar ook aan kwaliteit van leven. Uit het feit dat we hier samen zitten, mag spreken dat we hier ook echt samen op werken.

Voorzitter. Ik heb twee blokjes. Het eerste blokje gaat over de vragen over de jaarverantwoording. Ik ga even een lang antwoord geven, maar daarin neem ik alle vragen mee die gesteld zijn. Ik begin ermee dat het uitgangspunt dat we publiek geld moeten verantwoorden wel belangrijk is. Dat gaat niet alleen om fraudebestrijding, maar ook om zicht – dat kwam hier ook aan de orde – op ontwikkelingen als private equity, winstuitkeringen die exceptioneel zijn in de zorg en de financiële gezondheid van zorgaanbieders en daarmee ook de continuïteit van zorg. Dat de uitvoering daarvan zo eenvoudig mogelijk is, vind ik ook belangrijk. De zorgen over de uitvoerbaarheid bij de eerstelijnsparitair en een deel van de Kamer ken ik natuurlijk. Naar aanleiding daarvan heb ik al veel stappen gezet om die regeling eenvoudiger te maken. We hebben vorig jaar ook een zogenaamd «onderhandelingsakkoord» met de eerstelijnscoalitie daarin bereikt, maar helaas blijkt dat dat onvoldoende is.

Dat kleine zorgaanbieders zich openbaar verantwoorden, is op zich niet nieuw. De wijkverpleging moest dat bijvoorbeeld al onder de WTZi doen. Voor de kleine zorgaanbieders hebben we geprobeerd de modellen te vereenvoudigen en de last tot een minimum terug te brengen. Ik constateer opnieuw – dat is net ook in de vragen aan de orde gekomen – dat meerdere eerstelijnszorgaanbieders dit jaar aan de ene kant wel de jaarverantwoording indienen, maar dat er ook een heleboel zijn die zeggen dat het lastig is en dat ze er enorm tegenop zien. Dat de administratieve last op zich doenlijk is, daarin voel ik me gesterkt door de objectieve berekeningen die daarover zijn gemaakt. Ik zie dus ook dat veel zorgaanbieders het inleveren, maar ik heb ook toegezegd om oog te hebben voor de last die wel degelijk gevoeld wordt door een aantal aanbieders die dit nu voor het eerst moeten doen. Ik zal een commissie in het leven roepen die mij zal adviseren over de uitvoering van de jaarverantwoording.

Tegelijk wil ik mijn ogen en oren op dit moment niet sluiten voor de nieuwe geluiden die er zijn. Ik snap het gevoel dat er veel op de eerstelijnszorgaanbieders afkomt. Ik vind het belangrijk dat hun aandacht echt uitgaat naar de brede opgave die er op dit moment is. Die brede opgave gaat zich ook vertalen in een visie op de eerste lijn die aan het einde van het jaar uit het IZA-traject komt. Daarom zou ik graag wat rust willen brengen in het proces en wil ik me hardmaken voor een pauzeknop, zoals ik het maar heb genoemd, voor de aanbieders voor die dit jaar de jaarverantwoording per 1 januari nieuw is, om die verplichting met twee jaar uit te stellen. Ik ga daarover in gesprek met de NZa. Deze aanbieders krijgen op die manier extra tijd om dat op een passende manier in te regelen. Dan kan de ontwikkeling van de visie op de organisatie van de eerste lijn daarin meegenomen worden, want die is nog lang niet af. Dat gaat dit halfjaar gebeuren.

Concreet betekent dit voornemen dat de eerste verplichte aanlevering voor deze groep van aanbieders pas over twee jaar is. Dat betreft dan de verantwoording over het boekjaar 2024. Tegelijkertijd moedig ik wel iedereen die dit kan en wil aan om dat vooral te blijven doen. Het levert ook bruikbare informatie op. We kunnen op die manier ook ervaring opdoen. Ik wil toch die pauzeknop indrukken om de rust in het proces terug te brengen hierover en vooral om het uit te stellen naar het moment dat we veel meer zicht op die organisatie van de eerste lijn hebben en het

dan weer op te pakken. Daar moet ik wel bij vermelden dat ik om die pauzeknop in de regelgeving vast te leggen, die in een besluit moet uitwerken. Dat zal denk ik niet tijdig gereed zijn voor de verplichting over het boekjaar '22. Ik ga dus aan de slag om te kijken hoe ik dat in afwachting van dat besluit pragmatisch kan vormgeven. Dat is het enige dat nog hangt. Het voornemen om te werken aan een pauze van twee jaar wil ik hierbij uitspreken als een toezegging.

Oké. Dan een aantal vragen die gesteld werden over het intern toezicht, of de grens kan worden verlegd van 25 naar 50 medewerkers. Met de toepassing van het Uitvoeringsbesluit Wtza is het instellen van onafhankelijk intern toezicht inderdaad verplicht voor eerstelijnszorgaanbieders met meer dan 25 zorgverleners. Het is goed om te beseffen dat dat intern onafhankelijk toezicht niet hetzelfde is als een volledige raad van toezicht. Het gaat om eenmaal per jaar schriftelijk een verklaring afleggen. Voor die grens is aangesloten bij de Wet medezeggenschap cliënten zorg, die ook de grens van 25 zorgverleners kent voor het instellen van een cliëntenraad. We wilden daarmee juist de kleinere zorgaanbieders uitsluiten van die verplichting. Over het veranderen van die grens naar 50 wil ik niet overhaast besluiten. Ik wil daar op terugkomen in de brief over de invoeringstoets van de Wtza die ik nog moet sturen. Die wordt na de zomer gestuurd en daarin zal ik hier nog expliciet op terugkomen.

Er was de vraag van mevrouw Van den Berg of de umc's zijn uitgezonderd van het intern toezicht. Dat klopt technisch gezien, want op grond van het Uitvoeringsbesluit Wtza zijn de academische ziekenhuizen inderdaad uitgezonderd. De reden daarvan is dat de bestuursstructuur van de academische ziekenhuizen al geregeld is in de Wet op het hoger onderwijs en wetenschappelijk onderzoek. Daardoor is ook het toezicht op het beleid van de academische ziekenhuizen geborgd. Dus technisch heeft u gelijk, maar het is anders geregeld.

Dat waren de vragen over het intern toezicht en over de jaarverantwoording.

**De voorzitter:**

Mevrouw Van den Berg, een vraag.

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

Dit is mijn laatste interruptie, volgens mij.

**De voorzitter:**

Ja, inderdaad.

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

Ik dacht: ik moet er nog wel een bewaren. Ik ben in ieder geval blij met de pauzeknop voor de jaarverplichting, maar daarmee is die nog niet van tafel. Ik ga met mevrouw Ellemeet denk ik toch door, maar dat gaan we buiten deze vergadering wel even bespreken. Iemand moet dus schriftelijk één keer per jaar iets zeggen. Dan zeg ik: is dat dan niet simpeler te organiseren? Wij krijgen hier echt enorm veel vragen over. Het kan ook betekenen dat straks ongeveer iedereen toezichthouder moet zijn en dat bevordert ook niet de kwaliteit van het toezicht, als er te veel zijn. Ik zit dus even te zoeken. Ik ben in ieder geval blij dat de Minister erop gaat terugkomen in de brief over de Wtza-toets. Mevrouw Ellemeet en ik hebben nog samen in het werkgroepje van de commissie gezeten. Ik neem aan dat wij dat dan royaal voor de begroting aangeleverd krijgen.

**Minister Helder:**

Als «royaal voor de begroting» na het zomerreces is, dan kan ik daarmee instemmen. Even terug naar de proportionaliteit van het intern toezicht voor die kleine aanbieders en wat daar precies bedoeld wordt. In dat toezicht zoals bedoeld in de Wtza zijn twee dingen geregeld: de onafhan-

kelijkheid van de toezichthouder en het ten minste eenmaal per jaar schriftelijk informeren van de toezichthouder over een aantal zaken. Dat is de proportionaliteit, die er destijds mede in is gekomen door amendementen van de Kamer. Ik denk dat er wat verwarring is over wat dat precies betekent. Ik ben het met u eens dat je als je toezicht houdt, dat goed moet doen en dat het dan ook echt onafhankelijk moet zijn. Hier is destijds volgens mij juist gepoogd om een proportionele uitvoering daaraan te geven. Ik denk dat we daarnaar moeten zoeken. Het tweede is, eigenlijk in het verlengde van wat ik zei over de jaarverantwoording, dat we nu toch mogelijk met een nieuwe visie op de bredere eerste lijn naar een veranderde situatie toegroeien. Ik wil dus eigenlijk eerst die visie afwachten en dan weer even kijken wat het betekent. Ik snap dat u daar met mevrouw Ellemeet ook over doordenkt en doorpraat, maar ik vind het zelf verstandig om eerst daarop te wachten en dan weer even te kijken hoe we op die situatie deze discussie kunnen voortzetten.

**De voorzitter:**

Gaat u verder met de beantwoording, alstublieft.

**Minister Helder:**

Voorzitter. Dan het tweede, tevens laatste, mapje. Dat zijn een aantal vragen door elkaar heen, onder andere over de SO en het kernteam in de wijk. Mevrouw Den Haan en ook de heer Van der Staaij vroeg hoe het team zich verhoudt tot en hoe ik kijk naar de specialist ouderengeneeskunde in het team. Er is tot nu toe nog niet een vaste samenstelling van het kernteam bekend. Daar wordt juist in die visievorming over gesproken. Er is wel gezegd dat dat kernteam ten minste moet bestaan uit de huisarts, de wijkverpleegkundige en de apotheker. Daar is zeker ook ruimte om een goede verbinding met het sociaal domein te maken. Er is zeker ook ruimte om daar waar opportuun de verbinding met de specialist ouderengeneeskunde te maken. Ik kan me ook voorstellen dat er maatwerk mogelijk is, omdat het natuurlijk, zoals collega Kuipers ook al zei, om de hele populatie van de huisarts gaat, dus dat er ook nog een soort differentiatie is in de samenstelling van het kernteam afhankelijk van het onderwerp waar zij over spreken.

Mevrouw Paulusma had een vraag over nurse-led. Ik denk dat dat inderdaad een goed aandachtspunt is in de visie. Dat zullen we zeker meegeven. Hetzelfde geldt voor een goede positie van de casemanager dementie. De vraag is of de wijkverpleegkundige dan vervolgens de casemanager dementie inlicht over wat er besproken is in het kernteam of dat die casemanager dementie veel eerder tijdelijk of voor die beraadslagingen meedoet in kernteam. Ik denk dat dat twee punten zijn die we ook in de visievorming gaan meegeven. Ik vind het vooral belangrijk dat zorgverleners die in die wijk zorg verlenen elkaar goed kunnen vinden en erop aanspreekbaar zijn, maar ook kijken naar een goede en effectieve manier van met elkaar dat multidisciplinair overleg voeren.

Dan de vraag van de heer Van der Staaij over het volledig pakket thuis en de ondersteuning daarin van de specialist ouderengeneeskunde. Het klopt dat de huisarts als eerste aan de lat staat met de regie voor het volledig pakket thuis en dat wanneer de zorg onder de Wlz moet gebeuren de specialist ouderengeneeskunde daarbij aansluit. Zowel zorgverzekeraars als zorgkantoren hebben daarin een zorgplicht. Ik herken zeker de signalen over de complexiteit als het gaat om de zorglevering tussen huisarts en specialist ouderengeneeskunde en ook over de beschikbaarheid, van zowel huisartsen als van specialisten ouderengeneeskunde. Daar is net al veel over gezegd. In het verlengde van het WOZO-programma zijn we met de betrokken veldpartijen bezig om af te spreken hoe we tot niet-vrijblijvende afspraken kunnen komen, die dan ook 24/7 de beschikbaarheid van de zogenaamde medisch-generalistische zorg regelen. Dat gaat over de Wlz-cliënten thuis, in die geclusterde woonvorm of in een

instelling regionaal, hoe we dat kunnen borgen met elkaar. Die visievorming loopt eigenlijk separaat naast de visievorming op de eerste lijn, om ook daar te komen tot niet-vrijblijvende afspraken. Dat traject loopt dus ook. Ik zal u daarover informeren zodra dat kan. Dat zal ik waarschijnlijk doen in de stand-van-zakenbrief over het WOZO, het programma Woning, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen. Ik heb net een brief gestuurd deze week, maar na de zomer komt er natuurlijk weer een stand-van-zakenbrief en daar ga ik dit in meenemen.

Dan de vraag van mevrouw Den Haan over de rol van de zorgverzekeraar, met name met betrekking tot de wijkverpleging. Ik ben bekend met de discussies die bestaan over de verzekeraars en de indicierend wijkverpleegkundigen. Ze hebben beide natuurlijk een andere rol. De rol van de zorgverzekeraar is ook om de doelmatigheid te bewaken. Er lijkt ook sprake te zijn van een zekere praktijkvariatie in de indicatiestellingen. Daar wordt aan gewerkt. Er wordt gekeken hoe we nou die praktijkvariatie kunnen voorkomen en hoe het indicatieproces kan verbeteren, zodat je minder van deze discussies hebt. Daarnaast wordt gewerkt in den brede aan verbetering in de contractering, zeker ook in de wijkverpleging. Daarvoor zijn onder andere in het IZA een aantal extra afspraken gemaakt over het wijkverplegingsfonds en ook over de contracteerruimte.

Dan de vraag van mevrouw Van den Berg of ik bereid ben om te kijken naar de beschikbaarheidsbijdrage voor de wijkverpleging, zoals voor de huisartsen en de crisis-ggz. Het gaat dan volgens mij om de prestatie «onplanbare nachtzorg». Die is per 1 januari '22 ingeregeld. Zorgverzekeraars en aanbieders kunnen afspraken maken voor de acute wijkverpleging, gewoon langs de contracteerlijn. In het huidige stelsel van inkoop tot zorgverzekeraar is daar dus financiële ruimte voor. Ik denk dat daarmee een beschikbaarheidsbijdrage niet aan de orde is, maar wij gaan wel goed de vinger aan de pols houden. Ik zal goed de vinger aan de pols houden bij de daadwerkelijke inkoop van de zorgverzekeraars. Dat is ook echt wat we in het Integraal Zorgakkoord hebben afgesproken, dus sowieso meer contracteerruimte, maar ook hoe die contractering zich vertaalt in daadwerkelijke contractering in de wijkverpleging en hoe die wordt ingekocht.

Voorzitter. Ik zei al dat het een beetje van alles door elkaar is in dit laatste blokje. Ik heb een vraag over de voorkeursadviezen van het Capaciteitsorgaan. Minister Kuipers heeft daar al het een en ander over gezegd. Laat ik nog het volgen van het advies over de gz-psycholoog toevoegen. Daar is om een andere reden afgeweken van het voorkeursadvies. Er was in een voorgaande periode al extra opgeleid; er wordt nu weer extra opgeleid: 16% extra. Maar er is ook een inhoudelijke discussie met het veld over het belang van de taakherschikking waarbij ook de masterpsycholoog een belangrijke bijdrage levert aan de zorg. Die inhoudelijke beweging van die taakherschikking of functiedifferentiatie is meegewogen bij het advies om het aantal opleidingsplaatsen op dit moment niet verder op te hogen, anders dan de ophoging van die 16% die wel is ingezet.

Dan de vraag van mevrouw Paulusma. Ik kom eigenlijk weer terug op het verpleegkundig perspectief. Zij zei ook dat zelfsturende teams tot meer tevredenheid leiden. Mevrouw Agema heeft dat ook gezegd. Als ik zo snel naar het antwoord kijk, dan is dat wat ik al over nurse-led geantwoord heb. Dan kom ik bij het tweede deel van de vraag, wat ook de vraag was van mevrouw Agema. Waarom wordt de werkwijze van Buurtzorg niet verder ondersteund? Daarbij wordt er gewerkt met een integraal tarief, waar de zorg voor geleverd wordt, en waarbij we sturen op uitkomsten. Dat is juist wat we doen met het experiment bekostiging, op basis van cliëntprofielen. Het juist de bedoeling dat er één integraal tarief komt. Ik heb deze discussie al vaker met mevrouw Agema gehad. Het is nog een experiment en de mate waarin we op uitkomsten gaan sturen wordt nog verder doorontwikkeld. Ik ben het helemaal met u eens dat Buurtzorg een goed werkende organisatie heeft. Zowel cliënten als werknemers scoren

hoog op tevredenheid; dat bereiken ze onder andere door het werken met zelfsturende teams. Dat concept wordt ook door andere aanbieders overgenomen. Zij hebben dat het verst doorgevoerd.

Het geldt voor alle wijkverpleegkundigen dat we met elkaar moeten doorgroeien naar een echte brede eerste lijn. Daarbij is niet alleen de wijkverpleging in het kernteam goed georganiseerd, maar ook de coördinatie van zorg voor heel complexe problemen, samen met de andere zorgverleners in de wijk. Ik denk dat we allemaal aan het begin staan van dat verder doorontwikkelen van het hele concept van hoe we de wijkverpleging in de toekomst gaan inrichten. En de cliëntprofielen gaan ons daar naar mijn mening bij helpen, juist omdat we voor dat integrale tarief kiezen.

**De voorzitter:**

Waren dat alle vragen? Nee, hoor ik. Dan kan ik beter ... Ik zag eerst mevrouw Paulusma en daarna mevrouw Agema.

**Minister Helder:**

Ik heb er nog twee.

**De voorzitter:**

We maken eerst de beantwoording van de vragen af.

**Minister Helder:**

De vraag over de jeugdgezondheidszorg en de gezondere plekken in de preventie. De jeugdgezondheidszorg ligt natuurlijk bij de Staatssecretaris. De uitvoerders kunnen zeker een grotere rol spelen in de hele preventieketen voor de jeugd, dan ze nu al doen in opdracht van de gemeente. Dat vraagt van gemeenten wel dat ze bij het uitwerken van hun visie op de preventieketen voor het kind in dat lokale domein ook kijken naar de additionele rol die de uitvoerders kunnen spelen, naast de rol die ze hebben bij het uitvoeren van het basispakket jeugdgezondheidszorg. Dat kan bijvoorbeeld door ze in te zetten in een breed wijkteam. Dat kan ook door een team mentaal op school, of een regierol in de ketenaanpak overgewicht, of als uitvoerder van een interventie in het kader van Kansrijke Start. U hoort aan mijn antwoorden dat ik hier natuurlijk de antwoorden van de Staatssecretaris geef. Hij heeft daar zeker aandacht voor.

De laatste is de vraag van mevrouw Paulusma. Zij vroeg ons beiden om te reflecteren op innovatie en de PGO. Daar heeft mijn collega net al iets over gezegd. Laat mij nog een keertje aangeven dat niet alleen die digitale omgeving, die ene PGO, belangrijk is om er te komen. Wij beiden vinden ook dat het echt sneller moet. Daarnaast kunnen we natuurlijk nog heel veel doen als het gaat om goed gebruik van digitalisering in de eerste lijn; mevrouw Tielen gaf daar een aantal voorzetjes voor. Het gaat ons ook helpen als we de innovatie daar een plek geven, zoals mevrouw Tielen zei. Het is en-en, zoals mevrouw Paulusma ook vaak aangeeft. We zullen en-en moeten doen; dat is mijn reflectie daarop.

**De voorzitter:**

Ik zag in ieder geval een vraag van mevrouw Paulusma.

**Mevrouw Paulusma (D66):**

Ik kom terug op het punt rondom nurse-led zorg. Dat gaat namelijk niet over zelfsturende teams. Nurse-led zorg betekent echt dat de verpleegkundige de toko runt, om het even heel plat te zeggen, met daaruit voortvloeiend hele positieve resultaten als het gaat om minder doorverwijzing, meer regie op je eigen gezondheid en meer preventie. We zien in Nederland een aantal goede voorbeelden en vooral ook in Amerika. Ik denk dat het juist tijd is om in die eerste lijn ook zo'n grote stap te zetten.



Wellicht kan dat niet in één keer, maar ziet de Minister wel ruimte om te experimenteren op een aantal plekken? Ik denk namelijk echt dat we onszelf wat ontnemen als we dit niet aandurven vanuit dit verpleegkundig perspectief.

**Minister Helder:**

Ik ben het volledig eens met mevrouw Paulusma dat we dat moeten doen en dat we dit ook moeten meegeven in de ontwikkeling van de visie op de eerste lijn. Ik denk dat er ook zeker ruimte is voor experimenten. Bij de ontwikkeling in de huisartspraktijken in de afgelopen tien jaar zie je natuurlijk hele goede voorbeelden van de praktijkverpleegkundige die ook daar al heel veel doet. Dat geldt overigens ook voor de physician assistant en de verpleegkundig specialist. Ik ben daar dus een warm voorstander van. Ik denk dat we dat goed moeten meenemen. Juist daarom hebben we gezegd dat het een brede ontwikkeling is van de visie op de eerste lijn. Maar we moeten zeker de toegevoegde waarde van dat verpleegkundig perspectief goed daarin gebruiken. Daar ben ik het volledig mee eens, dus daar gaan we mee aan de slag.

**Mevrouw Agema (PVV):**

Laat de Minister echt geen rookgordijn optrekken en doen alsof de cliëntprofielen waar zij mee bezig is ook maar iets te maken hebben met de werkwijze van Buurtzorg Nederland. Dat is echt heel kwalijk. De cliëntprofielen gaan niet over één tarief. Die gaan niet over de werkwijze van Buurtzorg Nederland. Buurtzorg Nederland is ook niet betrokken. Buurtzorg Nederland is buitengesloten van de pilots en de experimenten, en kan zich hier ook helemaal niet in vinden. Het meest kwalijke vind ik dat de Minister nu een bom gaat leggen onder de thuiszorg. Het systeem van Buurtzorg Nederland is gebaseerd op kwaliteit en voortgang. Daarom zijn hun prestaties zo goed en daarom zijn die cliënten zo tevreden. Maar uiteindelijk gaat de Minister deze verschrikkelijke werkwijze ook verlangen van Buurtzorg Nederland, waar nu een derde van de wijkverpleegkundigen werkt. Die 1.000 Buurtzorgteams die nu actief zijn in Nederland, zijn allemaal wijkverpleegkundigen die in de loop van de jaren zijn weggelucht bij al die andere organisaties. Kan de Minister dus niet langer dit soort nare rookgordijnen opwerpen? Als zij daadwerkelijk wil beweren dat de werkwijze van Buurtzorg Nederland überhaupt hierop lijkt, dan vraag ik haar ook om de organisatie te betrekken in dit hele proces.

**Minister Helder:**

Wij staan er zeer voor open dat Buurtzorg ook hierover meespreekt. We spreken ook vaak met Buurtzorg. In de beantwoording van de vragen zei ik dat het integraal tarief waar mevrouw Agema het ook over had, juist de bedoeling is van dit experiment. Dat willen we juist bewerkstelligen met die cliëntprofielen. De tweede observatie die ik op tafel heb gelegd is dat er zeker in het model van Buurtzorg hele aantrekkelijke elementen zitten. Dat vind ik ook. Dat vindt iedereen. Die worden ook overgenomen. De derde observatie is dat we met het oog op de toekomst, de toename van de enorme complexiteit in die thuisituatie en ook de hele verandering van de eerste lijn met elkaar die nieuwe eerste lijn zullen moeten vormen. Dat vraagt om samenwerking, met Buurtzorg, maar ook met de hele wijkverpleging en de andere eerstelijnsparitien. Dat is juist iets wat we aan het ontwikkelen zijn. Wat mij betreft is dat geen rookgordijn, maar gewoon een constatering van de manier waarop we nu bezig zijn met die visieontwikkeling.

**De voorzitter:**

Mevrouw Agema, u bent door uw vragen heen, maar we hebben wel een tweede termijn. Daar wou ik ook naartoe gaan.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Dat weet de Minister ook, hè. Laten we wel wezen: dat weet de Minister ook.

De **voorzitter**:

Ja, maar ... Eerst mevrouw Ellemeet.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Want ze geeft echt een belabberd antwoord.

De **voorzitter**:

Eerst is mevrouw Ellemeet, want zij heeft nog een vraag. O, ze heeft nog twee vragen. Mevrouw Ellemeet.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Ik wil even terug naar de vraag die de heer Van der Staaij stelde over de inzet van de specialist oudergeneeskunde als er een Wlz-indicatie is. Ik had het over het voorbeeld van specialisten die in de eerste lijn de huisarts ondersteunen. Het mooie is dat die echt de zorg overnemen. Ze doen zes maanden behandeling en ze doen ook aan kennisoverdracht richting de wijkverpleegkundige of de fysio. Ze werken in Velp, en ik heb begrepen dat ze ook in Zoetermeer, Tiel en Rotterdam op die manier zijn gaan werken. Ik begrijp van hen dat zij niet kunnen helpen als een patiënt een Wlz-indicatie heeft. Dat is natuurlijk zonde, want dat zijn vaak complexe patiënten waardoor de huisarts ook wat met de handen in het haar zit. Zou de Minister deze barrière kunnen wegnemen?

Minister **Helder**:

Wij hebben daar volgens mij beiden al iets over gezegd. Wij hebben aangegeven dat het kijken hoe we daar iets aan zouden kunnen doen, onder onze aandacht is. Want de toegevoegde waarde van de specialist oudergeneeskunde is echt heel duidelijk. Er is al wel sprake van het in consultfunctie ondersteunen van de huisarts in zijn of haar regierol. Tegelijkertijd vraagt de Wlz gewoon dat er in de thuissituatie behandeld wordt. Dus ja, ik zie daar zeker iets in. Het is nog niet zo eenvoudig om dat op te lossen, maar het is zeker iets waar we aan werken. Voor de vraag wanneer we daar concreet iets meer over zouden kunnen zeggen, moet ik even naar de ondersteuning kijken. Wij komen daar nog op terug.

De **voorzitter**:

Mevrouw Ellemeet, nog een laatste vraag?

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Ja. De Minister wil graag dat er integraler gewerkt wordt, dus dat ook dat sociaal domein erbij betrokken wordt. Dat gebeurt deels al op sommige plekken. We zien af en toe voorbeelden waarbij de wijkverpleegkundige ook de indicatie kan geven over het sociaal domein, dus dat er sprake is van integraal handelen. Volgens mij gebeurt dat in pilots. Dit sluit ook een beetje aan bij de nurse-led aanpak. Daarbij geef je de wijkverpleegkundige dus een regierol in de wijk geeft. Het zou natuurlijk heel handig zijn als je daar het sociaal domein ook bij kunt betrekken. Zou de Minister dit ook breder mogelijk willen maken, dus dat een wijkverpleegkundige ook de indicatie kan geven over het sociaal domein? Want dan hebben we het écht over een integrale aanpak.

Minister **Helder**:

Ik moet voor het antwoord op deze vraag even naar mijn ambtenaren kijken. Dit kan namelijk deels al. Tegelijkertijd moeten we natuurlijk in de hele ontwikkeling van de eerste lijn ervoor zorgen dat we niet alles naar de zorg toe trekken. Er moet ook juist ruimte zijn voor het sociaal domein,

want daar zijn met de decentralisatie juist die wijkteams voor opgezet. Ik denk dat het de kunst is om de balans daarin te behouden en met elkaar te bekijken waar sprake kan zijn van een toegevoegde waarde. Ik ben het er wel mee eens dat we de wijkverpleegkundige een positie geven in de indicatiestelling, maar we moeten daarbij natuurlijk wel de balans in het oog houden.

**De voorzitter:**

Dan kijk ik verder naar links. Ik zie geen handen meer en kom tot de conclusie dat de beantwoording van de vragen in eerste termijn afgerond is. Dan gaan we naar de tweede termijn. Daarin hanteren we een spreektijd van anderhalve minuut per fractie. Ik geef als eerste het woord aan mevrouw Ellemeet namens GroenLinks.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Dank, voorzitter. Ik vrees dat we na dit debat de problemen in de eerste lijn nog niet hebben opgelost, alhoewel er aan alle kanten natuurlijk hard gewerkt wordt. Mijn zorg zit 'm erin dat we snel én zorgvuldig zullen moeten handelen om de problemen aan te kunnen. Als ik het heb over het voorbeeld van Ester Bertholet, die met specialisten in de wijk werkt – en dat gebeurt nu ook in Tiel, Rotterdam en Zoetermeer – dan zegt de Minister: ik kan het niet versnellen, want we moeten het zorgvuldig doen. Dit is een best practice, een goed voorbeeld, dat al twaalf jaar draait. Ik ben gewoon niet tevreden genoeg met het antwoord van de Minister. Ik denk dat we meer urgentie moeten uitstralen, ook richting de Zorgautoriteit, om dit natuurlijk zorgvuldig maar ook sneller te doen. Want als dit een voorbode is van hoe wij goede voorbeelden breder gaan implementeren, dan zijn we dus nog weer twaalf jaar verder voordat we breed in Nederland kunnen profiteren van goede voorbeelden in de wijk. Dus dit wil ik de Minister meegeven.

Voorzitter. Ik zou beide bewindspersonen ook willen vragen of zij bereid zijn om een bezoekje af te leggen aan Velp, aan Ester Bertholet en haar team. Ik denk net als de WijkKliniek, dat het goed is als zij dit gesprek met de mensen uit de praktijk aangaan.

Voorzitter, moet ik al afronden? Ja? Oké, ik rond af. Ik wil een tweeminutendebat aanvragen. Wij gaan ons beraden op wat te doen met de jaarverantwoording en het interne toezicht op de eerste lijn.

Dank u wel.

**De voorzitter:**

Dank u wel, mevrouw Ellemeet. Dan nog wel een vraag van mij over het tweeminutendebat. Dat wordt dan pas na het reces gehouden.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Ja.

**De voorzitter:**

Oké. Prima. Het woord is aan mevrouw Van den Berg namens het CDA.

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

Dank u wel, voorzitter. Dank aan de bewindslieden en de ondersteuning voor de antwoorden. In 2020 heeft het CDA het huisartsenplan uitgevaardigd, waarin ook aandacht werd gevraagd voor de huisvesting. Ik ben blij dat de Minister in ieder geval in zijn rapportage zal terugkomen op de mogelijkheid van een huisvestingsfonds.

Het is natuurlijk ook fijn dat Minister Helder de pauzeknop indrukt voor de jaarverantwoording. Ik ga ervan uit dat 2022 praktisch opgelost gaat worden. Maar wat ook mevrouw Ellemeet al zei: het is wat ons betreft nog niet van tafel. Ik vraag me af of de Minister ook bereid is om de pauzeknop in te drukken voor dat toezicht. Huisartsenpraktijken die willen gaan

samenwerken, zeggen: wij zitten met heel veel parttimers, dus wij zitten heel snel op dit aantal van 25. Daarmee wordt eigenlijk verhinderd dat wij in collegialiteit in wat grotere praktijken met elkaar kunnen samenwerken, met bijvoorbeeld 40 parttimers. Krijgen wij daar nog een toezegging over? Voorzitter. Ik heb toch nog wel zorgen over de opleiding van de artsen buiten het ziekenhuis en over de zorgcoördinatie. Ik ben dus blij dat mevrouw Ellemeet een tweeminutendebat heeft aangevraagd.

**De voorzitter:**

Dank u wel, mevrouw Van den Berg. Dan zou mevrouw Den Haan aan de beurt zijn, maar die is eventjes weg. Ik geef eerst mevrouw Paulusma het woord. Als mevrouw Den Haan terugkomt, geef ik haar alsnog de kans om in tweede termijn te spreken.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Dank, voorzitter. Ook dank aan de beide Ministers en hun team voor de beantwoording. Ik ben erg blij dat Minister Kuipers onze urgentie en zorg deelt over de PGO. Ik kijk dus enorm uit naar de brief die na het zomerreces zal komen.

Ik ben ook blij met de toezegging van Minister Helder om het mogelijk te maken om te experimenteren met nurse-led zorg in de eerste lijn. Het is altijd heel goed om blij te worden van toezeggingen, maar het moet dan niet verdwijnen in een hoge stapel papieren over deze ontwikkeling. Ik ben benieuwd of de Minister wellicht op dat specifieke punt de Kamer ook zou kunnen informeren.

Dank u wel.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Dan mevrouw Tielen namens de VVD.

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Dank, voorzitter. Dit is een heel groot onderwerp. Dat zag je ook wel terug in het debat. We gingen van grote visies naar kleine casussen en alles ertussenin. Dat maakt het nog steeds een waardevol debat, maar dat doet mij ook wel uitkijken naar de visie, het plan van aanpak, waar de Ministers na het zomerreces mee komen. Ik hoop dat ik daar ook een aantal dingen in terugzie, die we ook al hebben neergelegd. De Minister reageerde daar positief op. Het gaat om beleid vanuit de patiënt gedacht. Of nee, geen patiënt maar zorgvrager. Het is vanuit de zorgvrager gedacht. Lang niet iedereen die zorg vraagt, is natuurlijk patiënt. Daar kijk ik dus naar uit. Het betrekken van de rol van de jeugdgezondheidszorg daarbij lijkt mij heel verstandig. Verder heb ik geen aanvullende vragen. Ik ben nu dus korter dan in de eerste termijn.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Het woord is aan de heer Van der Staaij van de SGP.

De heer **Van der Staaij** (SGP):

Dank u wel, voorzitter. Dank aan de Ministers voor de beantwoording. Er is inderdaad heel veel langsgesproken, maar dat is ook wel heel begrijpelijk omdat de eerstelijnszorg zo'n ontzettend essentiële rol in het totale zorgstelsel vervult. Ik realiseerde me tijdens dit debat nog weer eens dat het antwoord op noodkreten als «help, ik heb geen huisarts» of «help, er zijn te weinig tandartsen hier in Zeeland», vaak best heel ingewikkeld is. Het is ingewikkeld bij wie je nou moet zijn voor oplossingen, omdat zo veel partijen hun eigen stukje verantwoordelijkheid in het totaal hebben. Ik bedank de bewindslieden overigens voor de toezegging met betrekking tot de tandarts- en mondzorg in Zeeland. De opleiding in Rotterdam kan daarbij helpen. Er is nog wel iets waarover ik zit te puzzelen. Als er ergens in dit geheel gaten vallen, als er ergens praktische problemen rijzen, hoe

kan er dan op een zo snel mogelijke manier verantwoordelijkheid genomen worden om die problemen ook te lossen? Misschien kan dat in die visie ook nog naar voren komen?

Misschien tot slot hierover. Dit vind ik ook een mooi voorbeeld: we vinden het eigenlijk al heel normaal dat de provincie Zeeland aan de bel trekt over de tandarts, terwijl de provincie eigenlijk helemaal geen formele rol hierin heeft, maar die voelt zich wel verantwoordelijk voor haar inwoners, dus die komt daarmee. Het vraagt dus steeds dat je niet zozeer nadenkt over de vraag wie er precies over gaat – dat versnipperd dan weer over alles heen – maar wel over wie de verantwoordelijkheid neemt om de problemen zo snel mogelijk op te lossen.

Voorzitter, dat wilde ik nog kwijt in de tweede termijn.

**De voorzitter:**

Dank u wel, meneer Van der Staaij. Meneer Dijk, SP.

**De heer Dijk (SP):**

Dank u wel, voorzitter. De huidige staat van de eerstelijnszorg komt niet uit de lucht vallen. We zien een enorm hoge werkdruk. We zien een administratieve last. We zien het eigenlijk in de hele zorg. We zagen de afgelopen jaren een grote schaalvergroting maar ook een vercommercialisering. Die vercommercialisering en de reacties daarop van de Minister en het kabinet vind ik tekenend voor het gebrek aan beweging om die trend te keren. Dan gaat het over goodwill, oftewel jezelf uiteindelijk gewoon verrijken. Dan wordt er gezegd: we moeten een moreel appel gaan doen. Dan gaat het over private equity, wat gewoon echt roofkapitalisten zijn, die een systeem waarin een tekort is ontstaan, gewoon misbruiken om daar vervolgens voor niet werkende aandeelhouders winsten uit te gaan plukken. Daar wordt geen pauzeknop voor ingedrukt. Pas later komt er een visie. Zet daar nou alsjeblieft een pauzeknop op.

Tot slot had ik nog punt negen. Daar wou ik deze vergadering ook mee afsluiten. U hoort mijn kritiek, maar bij kritiek hoort ook altijd een mogelijk alternatief. Ik zal deze zomer gaan werken aan een initiatiefnota om de kwaliteit van het werk in de zorg te gaan verbeteren. Daarover ben ik heel veel gesprekken met mensen aan het voeren. Eenieder die daar goede ideeën over heeft, is bij mij van harte welkom als ze maar niet liberaal zijn.

**De voorzitter:**

Dank u wel, meneer Dijk. Dan geef ik graag het woord aan de heer Drost, ChristenUnie.

**De heer Drost (ChristenUnie):**

De ideeën moeten niet liberaal zijn, zegt mijn collega. Ik vroeg hem of de mensen ook niet liberaal mochten zijn. Dat mag wel.

**De heer Dijk (SP):**

Dat wordt wel lastig.

**De heer Drost (ChristenUnie):**

Liberaal mensen met sociale ideeën worden gezocht.

**De heer Dijk (SP):**

Laat duizend bloemen bloeien, toch? Dat heb ik al drie keer gehoord hier.

**De heer Drost (ChristenUnie):**

Christelijk-sociaal; ik neem uw oproep ter harte. Ik ga erover nadenken. Voorzitter. Mijn tweede termijn. De conclusie die ik uit dit debat trek, is dat het vooral wachten is op de visie die nu wordt ontwikkeld op de eerstelijnszorg. Beide Ministers geven aan dat er hard wordt gewerkt. Wij willen zien dat die visie zich aanpast aan de veranderende wereld. Mensen willen

op een andere manier werken en staan op een andere manier in het leven dan 30, 40 jaar geleden. Dat brengt enorme uitdagingen. Ik zou het van lief vinden getuigen als we ook naar onze eigen systemen durven te kijken en met baanbrekende oplossingen durven te komen, als dat nodig is ten minste, en dat we dat ook met elkaar onderbouwen.

Ik zou dat voorbeeld van die private equity eens willen beetpakken, dat mijn buurman ook noemt. Het gaat er niet alleen om om op een bepaalde plek zorg georganiseerd te krijgen. We willen dat die zorg voldoet aan de waarden die de Minister ook zegt te omarmen. Dan gaat het om wijkgericht werken, om continuïteit en om die persoonsgerichte manier van werken. Als we die private-equitypartijen willen aanpakken, doe het dan op deze manier. Zorg dat ze zich aan die waarden conformeren. Als er mensen geld willen steken in de zorg, is dat niet altijd fout, maar laat ze dat doen op de manier zoals wij dat willen. Dat soort bewegingen zou ik wel in die visie willen zien. Mijn concrete vraag aan de Minister is: gaat hij dat ook op die manier doen?

Voorzitter, als ik nog één punt mag maken ...

**De voorzitter:**

Heel kort. Heel kort. Heel kort.

**De heer Drost** (ChristenUnie):

... over de informele tandzorg in de wijk. De Minister zegt naar kortetermijnoplossingen te zoeken, maar het zoeken zelf kost al een aantal maanden. Dat vond ik niet heel bevredigend, dus ik ga nog nadenken over hoe ik daarop ga reageren. Wellicht doe ik dat in het tweeminutendebat, dat nog komt.

Dank u wel.

**De voorzitter:**

Dank u wel, meneer Drost. Ik zag mevrouw Den Haan binnenkomen. Wilt u nog een tweede termijn? O, meneer Dijk heeft een interruptie. Excuus. Als mevrouw Den Haan haar microfoon wil uitzetten. Ja, dank u wel. Meneer Dijk.

**De heer Dijk** (SP):

Toch even over dat private equity. De ChristenUnie moet toch ook gewoon zien dat dit mensen zijn waarvan de belangen totaal haaks staan op goede zorg? Dit is geen investering die ten goede komt aan de goede zaak. Dit zijn investeringen die ons systeem uithollen. Het verbaast mij eigenlijk een beetje dat u dezelfde liberale reactie geeft als de Minister door te zeggen: als we maar de voorwaarden creëren dat ze het wel goed doen. Nee, dit zijn mensen die de randjes ervan afsnoepen. Ze zullen altijd de grenzen van de regels opzoeken om de winsten te maximaliseren. Daar bent u het toch mee eens? Daarom moet je dit toch gewoon niet willen?

**De heer Drost** (ChristenUnie):

Ik ga mee met meneer Dijk waar het gaat om partijen die bewust in gaten springen om geld te verdienen. Alleen, ik zat me voor te stellen dat ik misschien wel huisarts zou willen worden. Dat is niet waar, maar stel je voor. Stel dat ik een praktijk wil beginnen en daar geld voor nodig heb. Dan moet ik naar mensen toe die mij geld willen lenen. Volgens mij heet dat ook private equity; ik weet dat niet helemaal zeker. Maar volgens mij moeten we er niet onwelwillend tegenover staan dat mensen daarin willen investeren. Een huisarts investeert zelf ook. Maar ik heb gezegd dat dat dan wel volgens de waarden moet die wij met elkaar hebben opgeschreven: continuïteit, in de wijk en persoonsgericht. Dus het moet niet zo zijn dat er zzp'ers eenmalig de wijk worden ingestuurd en de volgende maand weer andere. Dat wil ik ook niet. Het gaat mij uiteindelijk om de waarden die wij met elkaar in de eerstelijnszorg willen borgen.

De **voorzitter**:

Dan zie ik ook nog een hand van mevrouw Van den Berg. U bent eigenlijk al door uw vragen heen.

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

Ik dacht: tweede termijn, nieuwe kansen.

De **voorzitter**:

Het kan wel.

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

Heel kort dan. Ik steun namelijk het betoog van de heer Dijk. Private equity staat wat mij betreft haaks op de waarde dat je je moet bekommeren om de volksgezondheid. Daar hebben wij samen in oktober ook een motie over ingediend. Dus ik zou toch nog eens een oproep willen doen aan meneer Drost. Volgens mij is dit niet mogelijk. Daarom hebben wij de Minister ook gevraagd naar andere financieringsmogelijkheden.

De heer **Drost** (ChristenUnie):

Ik zit hier helemaal niet te pleiten voor private equity in de zorg. Helemaal niet. Ik heb aan de Minister gevraagd om te handelen in lijn met wat hij zei, namelijk: ik omarm die waarden. Ik zie dat de investeringen vanuit private equity daar heel vaak haaks op staan. Ik heb gezegd dat dat geborgd moet zijn. Dus ik denk niet dat we heel ver van elkaar af staan, maar ik blijf bij wat ik zei.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Dan mevrouw Den Haan voor de tweede termijn.

Mevrouw **Den Haan** (Fractie Den Haan):

Voorzitter. Ik had een aantal vragen gesteld aan de Ministers. Die zijn heel helder beantwoord, dus dat is voldoende.

De **voorzitter**:

Dank u wel, mevrouw Den Haan. Meneer Bushoff, PvdA.

De heer **Bushoff** (PvdA):

Dank u wel, voorzitter. Steeds meer mensen mijden mondzorg vanwege geldgebrek. De Minister erkent dat. De Minister erkent ook dat dat een groeiend probleem is. Hij geeft aan bezig te zijn met het Ministerie van Sociale Zaken om te kijken wat voor maatregelen genomen kunnen worden om dat probleem te tackelen, om ervoor te zorgen dat mensen met weinig geld en gebitsproblemen wel geholpen worden. Maar als ik dan vraag of de Minister, terwijl hij dat probleem erkent en op dit moment maatregelen onderzoekt, ook bereid is om uiteindelijk daadwerkelijk maatregelen te nemen, wil hij dat nog niet toezeggen. Dat vind ik heel gek. Ik vind dat dat wel zou moeten. Sterker nog, het staat ook haaks op de redentie van de Minister over private-equitypartijen. Daar zit een hele grote tegenstrijdigheid in de beantwoording van de Minister. Want op dat punt zegt de Minister: ik ga op dit moment helemaal geen maatregelen onderzoeken om private-equitypartijen aan banden te kunnen leggen bij onze huisartsenzorg; ik wil dat pas doen als ik besloten heb dat ik dat nodig vind. Bij de mondzorg hanteert de Minister een andere volgorde en bij private-equitypartijen in de huisartsenzorg zegt de Minister eerst dat besluit genomen te willen hebben. Mijn vraag aan de Minister is eigenlijk vrij simpel: welke van de twee werkwijzen hanteert hij nou?

De **voorzitter**:

Dank u wel, meneer Bushoff. Dan geef ik graag het woord aan mevrouw Agema, PVV.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Voorzitter. Dit is een bijzonder teleurstellend debat. We hebben hier als Kamer hele grote problemen aangekaart in de huisartsenzorg, mondzorg en thuiszorg. Daar landt helemaal niets van aan de overkant. Dat is bijzonder pijnlijk. Het is een soort van doordenderende trein die richting afgrond rijdt, en dat wij hier ook nog zijn, maakt helemaal niets uit. Dan kom je uiteindelijk terecht bij bizarre conclusies. Zo zegt de Minister dat die tien cliëntprofielen toch echt hetzelfde zijn als één tarief. Het is van een gekkigheid die je je bijna niet meer voor kan stellen. Als het gaat om de werkwijze van die 1.000 zelfstandige teams van maximaal 8 verpleegkundigen, dan werken zij in een wijk. Daar komt iemand in zorg. Dan maakt het niet uit of die persoon alleen verzorging nodig heeft of verpleging. Of iemand nou de benen afgedroogd krijgt omdat hij geopereerd is of dat iemand stomazorg nodig heeft, is voor die hoogopgeleide verpleegkundige hetzelfde. Vervolgens wordt daar één gemiddeld tarief voor gerekend. Al heb je twee tarieven ... Maar de Minister gaat zelfs voor tien tarieven. Dan krijg je dus de situatie dat er steeds verschillende mensen rondgestuurd moeten gaan worden. Dat maakt de zorg zo duur. Dan krijg je managers. Dan krijg je administratie. Dan krijg je alles wat je niet wil.

Dat is wat de Minister aan het doen is. Daar wind ik me over op, want we zitten hier toch met z'n allen om de zorg beter te maken? Maar ik krijg steeds meer het gevoel dat dat aan de overkant helemaal niet het geval is. Goed, de Minister voor Langdurige Zorg en Sport geeft aan dat ze nog wel met Buurtzorg Nederland wil gaan praten. Ik hoop dat ze dat ook gaat doen. Alles wat in de zorg kapotgemaakt is, komt nooit meer terug.

**De voorzitter:**

Komt u tot een afronding?

Mevrouw **Agema** (PVV):

Mijn vraag aan de Minister is of zij wil toezeggen dat zij Buurtzorg Nederland bij het verdere proces zal betrekken.

**De voorzitter:**

Dank u wel, mevrouw Agema. Dat is het einde van de tweede termijn van de zijde van de Kamer. Ik kijk naar rechts. We gaan gelijk door. Dan geef ik graag het woord aan Minister Kuipers.

**Minister Kuipers:**

Dank u wel, voorzitter. Dank aan de Kamerleden voor het debat en alle vragen. Ik heb in tweede termijn een aantal vragen dan wel aansporingen gehoord. Mevrouw Ellemeet spoorde mij ertoe aan om met de Zorgautoriteit te bekijken wat er nog sneller kan. Voor het specifieke voorbeeld kan dat helaas niet sneller. Ik wil toch graag wijzen op wat de NZa op dit moment doet aan tal van activiteiten. We hebben er hier al een paar benoemd, maar dat loopt ook op allerlei andere terreinen. Ze zijn zeer actief bezig. Dat is ook de rol, de sterkere rol die ze moeten pakken in het Zorgakkoord.

**De voorzitter:**

Ook mevrouw Ellemeet was al door haar interrupties heen. Maar omdat we toch nog een beetje tijd hebben, sta ik haar toe om nog een vraag te stellen.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Dat is fijn. Ik vind het jammer dat het in dit geval niet sneller kan. Maar goed, daar kan ik nu niets aan veranderen. Ik benoemde in mijn inbreng een aantal goede voorbeelden. De WijkKliniek in Zuidoost is een mooi voorbeeld voor die acute zorg buiten het ziekenhuis. Daar zijn de



bewindspersonen ook geweest. En ik noem ook dit voorbeeld. Je ziet dat daarbij aan de initiatiefnemers gevraagd wordt om aan te tonen dat het opschaalbaar is. Dus de bewijslast ligt dan bij die initiatiefnemers. Bij de WijkKliniek waren het mensen die dat in hun vrije tijd gingen organiseren, om aan te tonen dat het opschaalbaar was. Hetzelfde geldt voor dit initiatief. Kan de Minister niet kijken of we niet zouden kunnen leren van die voorbeelden? Kunnen we sommige dingen in de toekomst anders doen, zodat het dus ook sneller kan en we ook niet soms bijna het onmogelijke vragen van zorgverleners?

**Minister Kuipers:**

Het antwoord daarop is: dat kan van harte. Dat kunnen we ook meenemen naar het overleg aan de IZA-tafel, zoals dat zo mooi heet. Dat is hier eigenlijk ook precies voor bedoeld. Hoe kunnen we versnellen en wat is nou pragmatisch? Laten we er ook gewoon op een pragmatische manier naar kijken. Dat geldt voor dit voorbeeld en ook voor andere. Dus ik wil dat graag meenemen en ik wil het voorbeeld daar ook wel benoemen. De WijkKliniek is een ander voorbeeld. Ik noemde nog een ander voorbeeld met een versterking van de eerstelijnsrol. Er zijn prachtige voorbeelden, onder andere in Leidsche Rijn, ten aanzien van de apothekers. En zo zijn er heel veel verschillende voorbeelden te noemen. Dus als ik dat op die manier mag doen, dan doe ik dat van harte.

Mevrouw Tielen deed nog een aansporing over het tijdstip waarop de visie op de eerste lijn verschijnt. Mevrouw Tielen zei: na de zomer. Ik hecht eraan om even opnieuw te herhalen dat dat inderdaad na de zomer is, maar dan wel aan het eind van het jaar, zoals ook al eerder besproken is. De heer Van der Staaij stelde een vraag over het oplossen van praktische problemen in de provincie Zeeland. Waar moeten we nou terecht? De primaire rol zit allereerst bij de zorgverzekeraar. Dat moeten we gewoon benoemen. En zo zien zij het ook. De zorgverzekeraar is immers de speler die ons als burger vertegenwoordigt en moet zorgen voor voldoende capaciteit en voldoende kwaliteit, en dat uiteindelijk ook tegen een acceptabele prijs. Die heeft een spilfunctie en die wil dat zowel in de eerste lijn als op andere plekken doen. We hebben eerder ook weleens stilgestaan bij wachtlijsten in bijvoorbeeld de tweedelijnszorg.

Wij zien de initiatiefnota van de heer Dijk graag tegemoet.

De heer Drost zei in het kader van de visie dat de eerstelijnszorg zich moet aanpassen aan de maatschappij van vandaag. Ik zeg het nu even mijn woorden. Ja, dat is inderdaad nadrukkelijk de opdracht. Daarmee moeten we ook vooruitkijken. Ik benoemde al 2030.

De heer Bushoff vroeg: welke werkwijze hanteert de Minister? Hij keek daarbij naar mondzorg en naar private equity. Dat zijn twee verschillende onderwerpen. De werkwijze is: eerst een analyse en dan een eventuele aanpak.

Voorzitter, tot zover.

**De voorzitter:**

Ja, meneer Bushoff?

**De heer Bushoff (PvdA):**

Het is niet flauw bedoeld, maar op het moment dat het over mondzorg gaat, gaan we eerst kijken welke maatregelen genomen kunnen worden en beslissen we daarna pas of we die ook nemen. En als ik vraag: kan dat dan ook bij private-equitypartijen in de huisartsenzorg? Dan zegt de Minister: nee, dat ga ik niet doen; ik wil eerst het besluit hebben. Dus waarom kan het bij de mondzorgproblematiek wel en bij de problematiek rondom private-equitypartijen in de huisartsenzorg niet?

**Minister Kuipers:**

In beide gevallen gaat het om een analyse. Ten aanzien van de mondzorg verwijs ik naar het vorige debat én het huidige debat. Daarin heb ik al uitgebreid stilgestaan bij wat de situatie in het verleden was, toen de mondzorg nog in het pakket zat, en wat de situatie op dit moment is, en wat de mogelijke oorzaken zijn. Daar moeten we rustig bij stilstaan.

De heer **Bushoff** (PvdA):

Voorzitter, nog kort als het mag, want dat was niet mijn vraag. Het gaat even niet om het punt dat we van mening verschillen over mondzorg. Het gaat erom dat de Minister aangeeft bij mondzorg: «Ik ben nu maatregelen aan het inventariseren die we kunnen nemen, die we zouden kunnen nemen om het probleem te tackelen. Ik heb nog niet besloten of ik dat ga doen, maar ik ben die maatregelen al wel aan het inventariseren.» Precies dat vraag ik ook op het punt van commerciële huisartsenpraktijken: inventariseren welke maatregelen je zou kunnen nemen. Op dat punt zegt de Minister dan: nee, dat wil ik niet doen, want ik wil eerst dat besluit hebben.

Minister **Kuipers**:

Dan komen we even terug op het debat van zojuist, want ik werd eigenlijk al gevraagd om een uitspraak te doen over de te nemen maatregelen. Daarvan heb ik gezegd: nee, dan wil ik eerst de analyse hebben. Ik wil geen deuren sluiten voordat ik heel zeker weet dat ik bepaalde ruimte niet toch nodig heb. Voor elk van de situaties zit je wat dat betreft misschien in een andere fase. Het is precies zoals ik het zojuist al besproken heb.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Dan Minister Helder.

Minister **Helder**:

Dank u wel, voorzitter. Over wat mevrouw Van den Berg zei over het toezicht: ik snap het probleem en ook waar ze op doelt. Ik zal dat meenemen in mijn brief na de zomer, kan ik haar toezeggen. Ja, het wordt heel spannend. Het wordt een heel spannende zomer.

Dan de vraag van mevrouw Paulusma over de nurse-led experimenten. Dat ga ik meegeven in het visietraject voor de eerste lijn, om te kijken of het daar een plek in kan krijgen. En anders, zo kan ik toezeggen, gaan we op een andere manier kijken of we dat een plek kunnen geven. Dus ook dat is een toezegging.

Mevrouw Van den Berg zei in een bijzin: ik ga ervan uit dat 2022 dus goedkomt bij de pauzeknop voor de jaarverantwoording. Ik ben het aan het onderzoeken. Ik kan geen garantie geven. Ik kom daar dus ook in dezelfde brief op terug. Omdat het onderzoek nog loopt, kan ik daar nu geen garantie over geven.

Dan de laatste, de vraag of eigenlijk opmerking van mevrouw Agema. Ik kan haar vertellen dat de NZa de input van Buurtzorg zeker meeneemt in de verdere doorontwikkeling. Nog eenmaal het tarief. Het wordt een integraal tarief, dus niet per cliëntprofiel. De cliëntprofielen zijn de basis voor het gesprek over de contractering om juist te komen tot het integrale vrije tarief. Dat is de bedoeling.

Dat waren volgens mij de vragen aan mij.

De **voorzitter**:

Oké. Dank u wel. Dan zijn we aan het eind gekomen van de tweede termijn van de zijde van de regering. Er is in ieder geval een tweeminuten-debat aangevraagd met als eerste spreker mevrouw Ellemeet. Dat gaat na het reces gebeuren. Dan is er een aantal toezeggingen.

- De Minister van VWS stuurt de Kamer na het zomerreces een reactie op het vergelijkingsonderzoek van de SBOH naar salarissen en andere

arbeidsvoorwaarden, naar aanleiding van een opmerking van mevrouw Van den Berg.

- In het laatste kwartaal van 2023 ontvangt de Kamer van de Minister van VWS de handreiking huisvestingsproblematiek huisartsenzorg.
- Na de zomer informeert de Minister van VWS de Kamer over de doorverkoop van diensten aan zzp'ers.
- De Minister van VWS informeert de Kamer na de zomer over de uitkomsten van de gesprekken over de mogelijkheden van versnelling van de inzet van persoonlijke gezondheidsomgevingen, naar aanleiding van een vraag van mevrouw Paulusma.
- De Minister voor LZS zal in de brief over de invoeringstoets voor de Wet toetreding zorgaanbieders specifiek ingaan op de grens voor een interne toezichthouder. Deze brief wordt na het zomerreces en voor de begrotingsbehandeling aan de Kamer gestuurd. Dit naar opmerkingen en vragen van mevrouw Van den Berg en mevrouw Ellemeet.
- De Minister voor LZS zal de Kamer in de volgende voortgangsrapportage over het programma WOZO informeren over de niet-vrijblijvende afspraken met veldpartijen over de 24/7-beschikbaarheid van medisch-generalistische zorg. Deze brief wordt na de zomer aan de Kamer gestuurd.

Minister **Helder**:

Dat komt in de volgende voortgangsbrief, in het najaar.

De **voorzitter**:

Ja.

- De Minister voor Langdurige Zorg en Sport zal de Kamer schriftelijk informeren over de ontwikkelingen rondom nurse-led zorg in het visietraject eerste lijn.

Dat wordt meegenomen in de visie en anders anders, hoor ik. Het was een vraag van mevrouw Paulusma.

Ik heb nog een paar opmerkingen en dan geef ik u nog even het woord, mevrouw Ellemeet.

De Minister van VWS heeft gesproken over de visie en het plan van aanpak voor de eerste lijn en over een kabinetsreactie op het rapport van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving. Deze zaken waren reeds schriftelijk én in eerdere commissiedebatten toegezegd. Hetzelfde geldt voor de informatie over vorderingen rondom vermindering van het mijden van mondzorg om financiële redenen.

Dat gezegd hebbende, wil ik weten of er nog vragen of opmerkingen zijn. We gaan natuurlijk niet opnieuw het debat aan. Mevrouw Ellemeet heeft nog een vraag, zie ik.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Ja, ik heb nog een vraag. De Minister zei namelijk dat de Nederlandse Zorgautoriteit onderzoekt hoe overname door bepaalde financiers verboden kan worden als er negatieve signalen zijn. Dat wordt nu dus onderzocht. Wanneer worden wij daarover geïnformeerd?

De **voorzitter**:

Na het reces, hoor ik. Het is natuurlijk altijd na het reces, want het is bijna reces. Morgen gaat namelijk niet meer lukken. Einde jaar, hoor ik, dus parallel aan de visie. Dan zag ik nog een vraag, klopt dat? Nee? Oké. De Ministers en de ambtenaren wijzen mij nog op de nota van mevrouw Tielen. Dat gaat via ...

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Ik had eigenlijk gehoopt op een toezegging van de Minister dat er een kabinetsreactie op komt. De voorzitter zei echter al dat het anders moet.

Maar als de Minister wil toezeggen dat er een kabinetsreactie op komt, dan vind ik dat heel mooi.

De **voorzitter**:

Goed. Ik denk dat de Minister de reactie al aan het schrijven is.

Dan wil ik de collega's hartelijk danken voor hun inbreng in het debat.

Over een kwartier à twintig minuten begint het tweeminutendebat op het gebied van VWS. Hartelijk dank aan beide Ministers en hun ondersteuning. Zij kunnen dus nog even door. Hartelijk dank aan de mensen die gekeken hebben, op de publieke tribune en thuis. Hartelijk dank aan de griffie en alle andere ondersteuning.

Sluiting 16.44 uur.