

Tweede Kamer, E-health/Slimme Zorg

VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Concept

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 7 november 2019 overleg gevoerd met de heer Bruins, minister voor Medische Zorg en Sport, over:

- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 17 januari 2019 inzake stimuleringsregeling E-health Thuis (SET) (27529, nr. 168);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 4 december 2018 inzake de e-health monitor 2018 (27529, nr. 165);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 18 februari 2019 inzake e-healthweek 2019 (27529, nr. 171);**
- **de brief van de minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 26 april 2019 inzake NIVEL-rapport: "Veilige toepassing van complexe medische technologie thuis, een verkennend onderzoek naar de praktijk" (23235, nr. 180);**
- **de brief van de minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 26 april 2019 inzake visie op medische technologie (MedTech) (32805, nr. 82);**
- **de brief van de minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 1 juli 2019 inzake reactie op verzoek commissie over het advies van de Raad Volksgezondheid & Samenleving 'Waarde(n)volle zorgtechnologie. Een verkennend advies over de kansen en risico's van kunstmatige intelligentie in de zorg' (27529, nr. 186);**
- **de brief van de minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 1 juli 2019 inzake NZa-Wegwijzer bekostiging digitale zorg 2020 (27529, nr. 185);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 19 juni 2019 inzake voortgangsrapportage Innovatie & Zorgvernieuwing (27529, nr. 184);**
- **de brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 11 juli 2019 inzake evaluatie subsidieregeling anonieme e-mental health (27529, nr. 188);**
- **de brief van de minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 5 juli 2019 inzake e-health tender 2019 (27529, nr. 187).**

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

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

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

Voorzitter: Veldman
Griffier: Bakker

Aanwezig zijn vier leden der Kamer, te weten: Agema, Van den Berg, Hijink en Veldman,

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

Aanvang 10.02 uur.

De voorzitter:

Goedemorgen, we zijn met een vertraging van twee minuten toe aan de start van het algemeen overleg E-health/Slimme Zorg van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Ik heet aan mijn rechterkant de minister voor Medische Zorg welkom, verder de aanwezige Kamerleden, de mensen op de tribune en de mensen die dit op een andere plek live volgen.

We hebben drie sprekers van de zijde van de Kamer. U ziet dat wij een voorzitter of ondervoorzitter ontberen, dus ik zal zelf zowel voorzitten als aan het eind van de rit het woord voeren. Laten we van start gaan met mevrouw Van den Berg namens het CDA.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Dank u wel, voorzitter. E-health, slimme zorg en daarmee anders werken zijn cruciaal om de zorg bereikbaar, beschikbaar en betaalbaar te houden. In de documenten die we voor dit AO hebben ontvangen, lezen we dat zorgverleners enthousiast zijn over e-health, maar dan met name spreken over het elektronisch patiëntendossier. De gegevensuitwisseling moet beter, ofwel de huidige falende ICT-systemen. We hebben daar recentelijk in een AO over gesproken. De inspecteur-generaal van de IGJ, mevrouw Van Diemen, uitte haar zorgen maandag jongstleden nog eens een keer in Skipr. Maar het CDA wil vandaag spreken over de echte e-health: anders werken met behulp van innovaties. Helaas zien we daarvan nog weinig ontwikkelingen. In de eHealth-monitor die onlangs is gepresenteerd, wordt aangegeven dat het aanbod groter is dan de vraag en het gebruik. Zorgverleners merken nog te vaak dat de techniek niet altijd goed meewerkt. En ze merken dat e-health niet altijd goed is ingebed in de zorgpraktijk. In dat geval leidt e-health eerder tot een toename dan een afname van de werkdruk. Dit kan niet de bedoeling zijn.

Voorzitter. Het is goed dat de overheid in haar visie op medische technologie een rol voor zichzelf ziet. Het CDA vindt die ook hard nodig, gezien de beperktheid van het gebruik van nieuwe middelen en het anders werken. Wat gaat de minister doen om dat te ontwikkelen? De minister zet in zijn visie in op het product, maar volgens het CDA amper op anders werken en/of opleiden. Er is 90 miljoen euro beschikbaar voor 280 projecten. Er is een congres met 1.500 mensen en een landelijke e-healthdag met 270 evenementen. Dat is versnippering en geen focus. Er werken 1,2 miljoen mensen in de zorg en de minister beschrijft de acties van Zorg van Nu, maar die zijn gericht op bestuurders en op degenen die al belangstelling hebben, de kopgroep. Hoe gaat de minister zorgen dat allen die in de zorg werken, het peloton, adequaat geïnformeerd en geschoold gaan worden en dat men afscheid neemt van oude werkmethodes? Dankzij technologische ontwikkelingen kan er veel meer ook thuis worden gedaan. Het blijkt echter dat er alleen maar voor thuisbeademing een landelijke veldnorm is, maar niet voor andere complexe processen. Welke gaat de minister daarin opnemen? Wordt er bij

het verplaatsen van zorg ook bekeken of de zorg in de totale keten effectiever wordt? Want dat wordt toch beoogd met De Juiste Zorg op de Juiste Plek? Hoe gaat de minister borgen dat projecten landelijk worden geëvalueerd om te voorkomen dat er duizend bloemen bloeien en hoe gaat hij zorgen voor opschaling?

Voorzitter. Naast de opleiding en zorgen voor een gedeelde eenzijdige visie gaat e-health alleen werken indien zorggebruikers het aantrekkelijk vinden, bijvoorbeeld doordat ze met nieuwe innovaties meer gebruikersgemak ervaren. Zo leerde ik op een werkbezoek bij een ggz-instelling dat er voor bepaalde klachten ook digitale hulp was voor cliënten via e-learning en videoconsulten. Artsen twijfelden nog, maar 70% van de cliënten blijkt enthousiast, omdat men veel flexibeler is qua afspraak, tijd bespaart en zelf meer regie kan hebben. Recentelijk organiseerde het CDA Zeeland een avond over digitalisering. Het belang van verleiden werd benadrukt. De patiënt/cliënt moet het aantrekkelijk vinden. Als voorbeelden werden het zelf scannen van boodschappen bij supermarkten genoemd en een website van een bekende vliegmaatschappij. Waarom worden die zo veel gebruikt? Omdat ze beide erop gericht zijn om het voor de gebruiker makkelijker te maken. Wat gaat de minister doen om die aanpak ook in de zorg te stimuleren?

Tot slot, voorzitter. Digitale toegankelijkheid moet een belangrijk aandachtspunt voor de ontwikkelaars blijven. Wat gaat de minister doen om e-health ook toegankelijk te maken voor mensen met geen of weinig digitale vaardigheden of mensen die beperkt zijn?

Dank u wel, voorzitter.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan geef ik het woord aan de heer Hijink namens de Socialistische Partij.

De heer Hijink (SP):

Dank voorzitter. In de monitor die deze week verscheen, hebben wij kunnen lezen of e-health de torenhoge verwachtingen aan het waarmaken is. Ik moet zeggen dat de plaatjes in dat rapport er beter uitzien dan de resultaten. Van de doelen die de vorige minister, Schippers, met e-health had, lijkt nog weinig terecht te komen. Weinig mensen maken gebruik van de mogelijkheden tot inzage in hun gegevens. Telemonitoring komt onder huisartsen en verpleegkundigen in de ouderenzorg niet van de grond. Het merendeel van de patiënten geeft aan bepaalde waarden zelf helemaal niet te willen meten. Ik vraag de minister om zijn reactie op deze uitkomsten. Vindt hij dat e-health op dit moment voldoende toevoegt voor patiënten? Of lijkt de ontwikkeling ervan soms een doel op zich te zijn? Kan de minister aangeven of onlinecontact of contact via een app ook daadwerkelijk leidt tot minder fysieke werkdruk voor zorgverleners? Of kloppen de signalen die wij ook krijgen dat laagdrempelig onlinecontact juist voor meer vragen en dus extra werk en werkdruk zorgt? Dat vind ik een logische redenering, omdat het voor mensen heel makkelijk is om even de huisarts te appen, terwijl ze er anders niet langs zouden gaan. In die zin kan het juist ook extra werk opleveren. Herkent de minister dat? Hoe voorkomt hij dat er een tweedeling ontstaat tussen mensen die heel handig met die technologie overweg kunnen en mensen voor wie dat niet geldt? Is de minister het met de SP eens dat techniek belangrijk is, maar nooit een vervanging kan worden voor menselijk contact voor mensen die daaraan de voorkeur geven? Is de minister het ook met de SP eens dat op het gebied van ICT andere zaken eigenlijk prioriteit zouden moeten hebben? Wij lezen de verhalen van verpleegkundigen die uitgebreid koffie kunnen gaan halen in de tijd dat de computer aan het opstarten is zodat ze in een

dossier kunnen kijken. Bekend zijn ook de verhalen van het gebruik van de fax in de zorg en het overtikken van uitgeprinte pdf-bestanden. Deelt de minister de mening van deze verpleegkundigen dat eerst de basis op orde moet zijn voordat miljarden worden weggegooid aan hippe apps en apparaatjes?

Vorige maand hebben wij gesproken over de PGO, de persoonlijke gezondheidsomgeving. De minister stelde dat het hem logisch lijkt dat mensen deze apps zelf gaan betalen. Het lijkt hem geen goed plan dat patiënten dit via de zorgverzekeraar vergoed gaan krijgen. Heeft de minister zelf een duidelijk idee over het doel van deze PGO's? Het ministerie heeft miljoenen uitgetrokken voor de ontwikkeling ervan. Er is een uitgebreid systeem opgetuigd om ervoor te zorgen dat dat veilig is en dat er geen commerciële uitbating van PGO's kan plaatsvinden. Daarmee wekt de minister de indruk dat de inzet van een PGO een publiek doel dient, dat die de zorg beter maakt en dat het contact tussen zorgverleners en de patiënten erdoor verbetert. Dat zijn hele legitieme doelen, die ook een verklaring kunnen zijn voor het subsidiëren van dat soort dingen. Maar de minister stelde ook in het vorige debat dat mensen daar uiteindelijk zelf voor moeten gaan betalen en dat het geen onderdeel van de zorgverzekering wordt. Daarmee wek je juist weer de indruk dat een PGO een soort gadget is, iets wat leuk is voor de heb maar geen publiek gezondheidsdoel dient. Als dat het geval is, is mijn vraag aan de minister waarom hij daar dan miljoenen aan overheidssubsidie in pompt. Is het niet zo dat je moet kiezen? Óf PGO's maken de zorg beter, zijn belangrijk voor met name de zorg voor chronisch zieken, horen dus eigenlijk bij de inrichting van goede zorg, en dienen collectief gefinancierd worden óf PGO's hebben geen medisch nut en het gaat enkel om een app die mensen wel of niet kunnen aanschaffen omdat het leuk of handig is. Als het dit laatste is, waarom blijft de minister daar dan miljoenen aan overheidsgeld in pompen als hij niet van plan is om het een serieus onderdeel te maken van de medische zorg voor chronisch zieken en andere patiënten? Graag een reactie op dat punt.

Dat was het, voorzitter.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan is het woord aan mevrouw Agema namens de PVV.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Dank u wel, voorzitter.

De voorzitter:

Ik stel voor dat we even wachten, want deze bel duurt een minuut.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

Mevrouw **Agema** (PVV):

E-health is de toepassing van zowel digitale informatie als communicatie om de gezondheid en de gezondheidszorg te ondersteunen en/of te verbeteren. Dat is de onlangs vernieuwde definitie van e-health door Nictiz. Het is een heel brede definitie en daar ben ik blij mee. In de praktijk blijkt echter dat e-health vooral wordt geciteerd als het erom gaat om mensen langer zelfstandig thuis te laten wonen. Check maar eens wat er bij ZonMw onder het kopje "e-health" staat: kwetsbare ouderen houden regie met de inzet van e-health, slimme ICT-oplossingen voor ouderen, virtuele assistent laat ouderen langer thuis wonen, samen ICT-oplossingen voor ouderen ontwikkelen en vermarkten.

En neem de eHealth-monitor. Daarin staat centraal: online inzage, zelfmanagement, begeleiding op afstand, gegevensuitwisseling. Het NIVEL voegt er een bijlage aan toe met vijf initiatieven voor slimme zorg thuis. Vanwaar deze eenzijdige focus op de thuissituatie? Onze Kameragenda van vandaag opent zelfs met de Stimuleringsregeling e-health thuis. Niet dat ik tegen dit soort ontwikkelingen ben — met de kanttekening dat we zorg mensenwerk vinden en dat e-health dit mensenwerk moet ondersteunen en niet vervangen — maar ik mis de inzet van e-health bij bijvoorbeeld patiëntveiligheid. Ik mis de inzet van videowaarneming bij complexe procedures. Ik mis de verdere ontwikkeling van de zwarte doos in de operatiekamer en het monitoren van handenwassen. Kortom, ik mis de inzet van e-health bij het verbeteren van de gezondheidszorg en de patiëntveiligheid in ziekenhuizen en instellingen. Is de minister het ten minste met mij eens dat e-health kan bijdragen aan patiëntveiligheid? Zo ja, waaruit blijkt dat dan? Welke initiatieven lopen hierop? Wordt er nagedacht over een stimuleringsregeling e-health in de ok?

Uit de eHealth-monitor blijkt verder dat zorgverleners over het algemeen enthousiaster zijn over de inzet van e-health dan patiënten. Zelfs chronische patiënten blijven achter. Dat is niet zo vreemd als je ziet dat maar 1% van de ondervraagde zorggebruikers de mogelijkheid heeft om op afstand een gesprek te voeren met de zorgverlener via een beeldscherm of tablet. Dat is bedroevend weinig, zeker als je ziet dat ruim 20% van de mensen aangeeft dit wel te willen. Het lijkt mij dat vraag en aanbod hier nogal mank lopen. Het gaat ook om de financiering. Het levert altijd nog meer geld op om de specialist of de huisarts persoonlijk te bezoeken dan dat er een consult via een beeld plaatsvindt. Als je dat soort dingen wilt stimuleren, zul je ook daar iets mee moeten doen. Ik vraag de minister om daarop in te gaan.

Als vraag en aanbod beter afgestemd worden, zullen patiënten vanzelf enthousiaster worden. Verder lijkt e-health vooral te gaan over apps. Er zijn er al 350.000 te vinden in de smartphonestores. Daarvan is het onmogelijk om bij te houden welke wel of niet betrouwbaar zijn. Tegen de tijd dat er één onderzocht is, zijn er alweer tien bijgekomen en is de eerste alweer verouderd. We lopen continu achter de feiten aan. Ook als een app is onderzocht en zelfs een certificaat krijgt, kan het nog misgaan. Zo is er een anticonceptie-app op de markt die beweert een veilig alternatief te zijn voor de pil, zonder de veelgenoemde bijwerkingen als stemmingswisselingen, verminderd libido en gewichtstoename. Volgens Zweeds onderzoek wordt de app echter geassocieerd met 5% tot 10% ongewenste zwangerschappen. Ik denk dat er beter algemeen gecommuniceerd kan worden dat ze wellicht een leuke gadget zijn, maar medisch gezien onbetrouwbaar, tenzij je ze gebruikt in overleg met de arts en je de instructies over het gebruik begrepen hebt. Kan de minister hier een rol in spelen?

De voorzitter:

Dank u wel. Dan wil ik vragen of mevrouw Van den Berg het voorzitterschap even kan overnemen, zodat ik mijn eigen bijdrage kan leveren.

Voorzitter: Van den Berg

De voorzitter:

Dan geef ik nu graag het woord aan meneer Veldman van de VVD.

De heer Veldman (VVD):

Ik begon mijn bijdrage aan de begrotingsbehandeling vorige week met het voorbeeld

van Mercy Virtual in Missouri waar 900 mensen werken en waar nul patiënten liggen. Alles wordt op afstand gemonitord. Alhoewel ik deze week in de krant de kop las dat het Rijnstate Ziekenhuis in Arnhem van 750 naar 450.000 bedden wil, ergo op afstand thuis, heb ik niet de indruk dat we in Nederland al zover zijn als in Missouri en dat we nog heel wat meters moeten maken. Dat is jammer, want digitale innovatie is geen keuze maar een must om niet alleen de groeiende zorgbehoefte in een steeds krappere arbeidsmarkt te kunnen opvangen, maar ook om de kwaliteit van de zorg voor patiënten te garanderen.

Voorzitter. Er zijn best wel wat remmende factoren, beperkte investeringsruimte bijvoorbeeld, maar ook tegengestelde bekostigingsprikkel die een andere manier van werken ontmoedigen, beperkte klantdruk waardoor er geen sterke innovatieprikkel van uitgaat en geringe samenwerking waardoor de fragmentatie van patiëntgegevens moeilijk op te lossen is. Over dat laatste hebben we recent gesproken in het AO Gegevensuitwisseling. Het is goed dat de minister met een wet komt om een aantal zaken te standaardiseren. Maar juist die beperkte investeringsruimte maakt dat het zaak is om goede keuzen te maken. Daarbij moeten we steeds cruciale vragen stellen: is een idee gewenst? Is het haalbaar? Is het levensvatbaar? Door de beperkte investeringsruimte worden de eerste en de laatste vraag nog weleens omgewisseld. De laatste vraag gaat over levensvatbaarheid, ofwel: wil iemand ervoor betalen? Als je daarmee begint, smoor je innovatie in de kiem.

Voorzitter. De stap naar 2.0 vraagt iets van alle spelers in het veld: zorgaanbieders, zorgverzekeraars, patiënten en de overheid. Om met die laatste te beginnen: voor een deel pakt de minister de regie al op met zijn standaardiseringswet. Maar is er niet meer nodig om succesvolle digitale innovaties op te schalen en uit te rollen? Moeten we zorgverzekeraars bijvoorbeeld aanmoedigen om langjarige afspraken te maken zoals CZ en het Zuyderland Medisch Centrum in Parkstad Limburg hebben gedaan? Kunnen individuele huisartsen of kleine praktijken de slag wel maken of moet daar actief ondersteuning voor komen? Kortom, hoe gaan we verder? Dat is een vraag aan de minister uiteraard.

Dan een opmerking over de aanpassing van de zorgprocessen zelf. Duidelijk is dat we aan de vooravond staan van het op een andere manier inrichten van zorg, waarbij we ook een deel van de controle uit handen geven en overlaten aan bijvoorbeeld algoritmes. Dit vergt het formuleren van standaarden, normen én het installeren van toezicht. In zijn brief bij het rapport Veilige toepassing van complexe medische technologie thuis heeft de minister aangekondigd om samen met de IGJ en veldpartijen een bijeenkomst te organiseren om te bekijken hoe veldnormen ontwikkeld kunnen worden. Ik ben erg benieuwd naar de voortgang van deze bijeenkomst. Ik ben ook benieuwd hoe en met welke partijen de juiste randvoorwaarden en veldnormen ontwikkeld kunnen worden om digitale toepassingen binnen zorginstellingen te bevorderen.

Voorzitter. Er bestaan diverse pilots en initiatieven die slimme zorg in de thuisomgeving willen bevorderen. Er bestaan gelukkig ook mogelijkheden om daar waar het nodig is, slimme zorg te introduceren. Een concreet voorbeeld daarvan is de SET-regeling, de Stimuleringsregeling E-health Thuis. Er is voor drie jaar geld vrijgemaakt om e-health thuis te stimuleren. Voor 2019 is hiervoor 28 miljoen euro beschikbaar. Op 10 september jongstleden was 7% daarvan toegekend en 29% nog in behandeling. Dat betekent dus dat ruim de helft, 64% van het budget, nog vrij was. Ik wil van de minister weten hoe het

kan dat dit geld nog niet besteed is, terwijl er volgens onder andere de eHealth-monitor wel behoefte is aan allerlei ontwikkelingen. Zijn de eisen die worden gesteld, wel redelijk? Mag het beschikbare geld wel aan de juiste dingen worden besteed? Is de minister voornemens om naar de criteria te kijken voor de twee jaar die nog gaan komen om zo het beschikbare geld zo optimaal mogelijk te benutten?

Dan een laatste opmerking. Mijn voorganger op deze portefeuille, de heer Rutte, heeft in februari van dit jaar samen met collega Dik-Faber een motie ingediend die opriep om Flevoland, waar door het faillissement van het IJsselmeerziekenhuis de urgentie wordt gevoeld om het zorgaanbod te vernieuwen en toekomstbestendig te maken, koploper te laten worden in slimme zorg thuis. Kan de minister aangeven hoe het staat met de uitwerking van deze motie?

De voorzitter:

Er is een interruptie van meneer Hijink, meneer Veldman.

De heer Hijink (SP):

Ja, die gaat over de situatie in Flevoland. Ik vind het wrang dat de VVD op deze manier deze provincie benadert. Aan de ene kant wordt noodzakelijke zorg uit een hele provincie weggehaald, gaan spoedeisende hulpafdelingen dicht en verdwijnt de verloskunde en aan de andere kant presenteert de VVD, als een soort goedmakertje, e-health en slimme zorg aan huis. Doe je daarmee de mensen in Flevoland niet enorm tekort? Is het niet heel wrang dat je juist op het moment waarop zo veel mensen kwaad zijn over wat er is gebeurd in de provincie, met een voorstel komt om het dan maar digitaal en aan huis te gaan doen?

De heer Veldman (VVD):

Ik vind het altijd heel knap dat de SP over een soort magisch blikje beschikt waaruit mensen tevoorschijn komen die het werk komen doen zodra je op een knopje drukt. Helaas hebben we moeten zien dat er in Flevoland een aantal uitdagingen liggen en dat er rondom het IJsselmeerziekenhuis een aantal dingen niet goed zijn gegaan. Gelukkig zien we dat er heel goed met elkaar wordt samengewerkt om de zorg die nodig is, maximaal te bieden. En ja, er liggen nog best een aantal uitdagingen. En ja, het beeld dat is geschetst en de stappen die nu gezet worden, zijn bemoedigend en goed. Kortom, je mag met keuzes die gemaakt worden, nog steeds naar de toekomst blijven kijken. Wij hebben samen met anderen in de Kamer de minister opgeroepen om die regio, die zo onder druk staat maar waar goede stappen worden gezet, bij uitstek de eerste regio te laten zijn waar met alle partijen samen wordt gekeken naar mogelijkheden om alle nieuwe digitale innovaties die er zijn, daar uit te rollen als veelomvattend experiment. Als het in Flevoland op een goede manier lukt, kunnen we dat ook in andere gebieden toepassen. In andere gebieden zoals Zeeland en Groningen staat er enorme druk op de beschikbaarheid van personeel. Vandaar dat ik in mijn bijdrage al zei dat het geen keuze is om digitaal te innoveren, maar een must.

De heer Hijink (SP):

Ik maak een vergelijking. Vorige week in de begrotingsbehandeling hebben wij met de VVD gedebatteerd over de enorme tekorten op de arbeidsmarkt, maar ook over de 70.000 tot 80.000 zorgverleners die in de vorige periode onder verantwoordelijkheid van de VVD zijn ontslagen. Toen was het voorstel van de VVD: jammer dat dat zo gebeurd is, maar robots moeten het werk maar gaan doen. Dit is eigenlijk hetzelfde verhaal. Er wordt een enorm gat geslagen in de beschikbare zorg in een hele provincie en dan stelt

de VVD voor om een pleister op een gapende wond te plakken: weet u wat, dan mag u het thuis met wat slimme zorg en ICT gaan oplappen. Ik vind dat je daarmee patiënten en zorgverleners in de provincie tekortdoet. Ik vind het wrang dat de VVD uitgerekend met dit soort voorstellen komt voor Flevoland, waar de zorgen over de beschikbaarheid van zorg, acute zorg en acute verloskunde zo groot zijn. Ik vind dat je mensen niet serieus neemt als je dan zegt: hier hebt u wat zorg thuis. Dit is geen vraag, maar een verwijt richting de VVD. Ik vind het geen pas geven dat je op zo'n manier met de mensen in Flevoland omgaat.

De heer **Veldman** (VVD):

Ik hoor niet echt een vraag, maar misschien mag ik de oproep aan de heer Hijink doen om gewoon eens met patiënten in gesprek te gaan. Patiënten die eerder uit het ziekenhuis weg kunnen, omdat hun herstel voor een deel thuis gemonitord kan worden. Patiënten die niet naar het ziekenhuis hoeven, omdat hun controle via beeldmonitoring plaats kan vinden. Ouders die geen vrij hoeven te nemen van het werk om met hun kind naar het ziekenhuis te gaan, omdat het kind thuis of op school gemonitord kan worden. Er zijn nog heel veel andere toepassingen mogelijk. De SP stond recent vooraan toen het ging om de vraag om sensoren voor patiënten met diabetes type 1 in het pakket op te nemen. De vraag daarbij is niet of het in het pakket mag, maar of de behandelaar zijn behandelmethode zal aanpassen. Dit zijn allemaal slimme oplossingen. Dit zijn allemaal digitale innovaties die volgens mij onze zorg beter maken. Ik roep de SP op om eens met patiënten in gesprek te gaan.

De **voorzitter**:

Meneer Hijink heeft nog één korte vraag.

De heer **Hijink** (SP):

Ik laat mij natuurlijk niet het verwijt maken alsof wij tegen dit soort vormen van innovatie zouden zijn. Ik ben daar erg voor. Laten wij dat dan ook doen op al die plekken in Nederland waar daar behoefte aan is. Ik maak er bezwaar tegen dat de VVD eerst met de botte bijl zorg wegbezuinigt in één specifieke provincie en dan als lapmiddel komt aanzetten met e-health, slimme zorg en "doet u het maar thuis". Daar maak ik bezwaar tegen. Inderdaad, wij zijn voor allerlei vormen van slimme zorg en allerlei manieren om mensen zover te krijgen dat ze niet naar het ziekenhuis hoeven of dat ze eerder terug naar huis kunnen. Allemaal prima. Ik maak er alleen bezwaar tegen dat ze als lapmiddel en als goedmakertje worden ingezet in een provincie als Flevoland, waar zulke grote zorgen bestaan over de beschikbaarheid van acute zorg.

De **voorzitter**:

Meneer Veldman, afrondend.

De heer **Veldman** (VVD):

Ja, afrondend. Goed om te horen dat de SP uiteindelijk wel degelijk digitale innovaties omarmt en dat de SP graag wil dat patiënten er ook gebruik van kunnen maken. Voor het overige wijs ik de heer Hijink erop dat in de negen jaar sinds de VVD in 2010 toetrad tot het kabinet, 15 miljard euro meer aan de zorg is uitgegeven dan in 2010. De stijging van het budget ten opzichte van 2010 is 15 miljard, dus van bezuinigen in de zorg is in die zin helemaal geen sprake.

De **voorzitter**:

Als er verder geen interrupties meer zijn, geef ik het voorzitterschap terug aan meneer

Veldman.

Voorzitter: Veldman

De **voorzitter**:

Ik kijk even naar de minister en hoor dat hij een paar minuten nodig heeft.

De vergadering wordt van 10.26 uur tot 10.31 uur geschorst.

De **voorzitter**:

Ik geef graag het woord aan de minister voor Medische Zorg.

Minister **Bruins**:

Voorzitter, dank u wel. Ik wil graag een paar inleidende opmerkingen maken en daarna de vragen beantwoorden die gesteld zijn van de zijde van de Kamer.

Allereerst de kersverse eHealth-monitor, die wij u in het weekend hebben toegestuurd. Mijn conclusie is dat je daarin zou kunnen lezen dat e-health van een "nice to have" steeds meer een "need to have" wordt. Het is een belangrijk onderdeel van de zorg geworden. Dat gaat niet sprongsgewijs, maar stapsgewijs. Een aantal van u heeft gezegd dat het u niet hard genoeg gaat, maar ik kan u verzekeren: we hebben al wat gerechten op tafel gezet en we zien dat er ook nog een hele hoop in de keuken wordt klaargemaakt.

In een vorige ronde hebben we weleens gesproken over het voorbeeld van beeldbellen. Dat vind ik een mooi voorbeeld, hoewel het niet het beste voorbeeld uit de eHealth-monitor is, omdat het gebruik daarvan wordt ingehaald door andere vormen van zorg op afstand. Het mooie aan zoiets als beeldbellen is dat in dit geval een groep chronische patiënten uit het oosten van het land aldoor in verbinding met zorg is. Dat is prettig ten opzichte van een situatie waarin je steeds moet bellen met een dokter of contact moet opnemen met het ziekenhuis. Als je een chronisch patiënt bent en je kunt contact leggen via beeldbellen, dan ben je aldoor in de buurt van zorg. Ik stel mij voor dat die patiënten daar een soort zekerheid en een soort vertrouwen aan ontleen. Dat zijn ook de patiëntervaringen die ik van mensen uit het oosten van het land hoor.

Het gaat natuurlijk niet alleen over beeldbellen. Het gaat ook over de slimme pleister en over tools waarmee je gezondheidswaarden kunt bijhouden. Het dwaaldetectiehorloge is hier weleens langsgeslagen. Camerahulp is weleens langsgeslagen. Ik vind het mooi dat gaandeweg ook effectenmetingen beschikbaar komen, zoals de cijfers van telemonitoringdienst de HartWacht. We hebben het eerder daarover gehad. De resultaten bij 500 gebruikers van die HartWacht zijn dat het aantal verpleegdagen is gedaald met 40%, dat het aantal ambulanceritten is gedaald met 30% en dat het aantal SEH-bezoeken zelfs is gedaald met 70%. Ik vind dat positieve ontwikkelingen. Ik denk dat de patiënt er steeds meer om zal vragen. Dat is ook wat ik hoor van bijvoorbeeld de patiëntenverenigingen en van de Patiëntenfederatie.

Aan e-health zit nog een ander groot voordeel, namelijk dat het allerlei dubbel werk en miscommunicatie kan voorkomen. Dat onderwerp hebben we een paar weken geleden besproken als het gaat over gegevensuitwisseling: niet meer alles drie keer inkloppen en ervoor zorgen dat de gegevens beschikbaar zijn op het moment dat het nodig is. Daar zie ik dus een hele positieve kant voor de medewerkers in de zorg. E-health komt in die

zin ook tegemoet aan noodzakelijkheden als snelle en makkelijke gegevensuitwisseling. Maar er moet nog wel wat water naar de zee stromen.

Dat zijn de voordelen van e-health. Er is natuurlijk ook nog iets als een noodzakelijkheid voor e-health, namelijk het betaalbaar en organiseerbaar houden van zorg. Daarvoor is weer nodig dat het tempo van e-health omhoog gaat en dat het meer en vaker wordt ingevoerd. Ik denk dat het bespreken van e-health met veldpartijen als zorginstellingen en zorgverzekeraars, inclusief de goede voorbeelden die zijn genoemd, bijdraagt om te bekijken waar het beter, sneller en meer kan.

Maar misschien moet ik ook een opmerking maken die een beetje aan de kant staat van bijvoorbeeld de bestuurders van grote zorginstellingen, waar misschien wel iets van een handelingsverlegenheid zit. Misschien was het eerst nodig om een aantal successen en ervaringen te horen, om vervolgens hierover afspraken voor langere perioden tussen een ziekenhuis en een zorgverzekeraar te kunnen maken. Ik weet niet of u de artikelen over bijvoorbeeld Zuyderland, een ziekenhuis in het zuiden van het land, heeft gelezen. Ik vind dat een fantastisch voorbeeld van een contract dat ik tegelijkertijd een partnerschapsrelatie noem, waarin een verzekeraar en een ziekenhuis voor tien jaar afspraken maken. Ja, dán kun je met elkaar ontwikkelingen in gang zetten. Dan weet je als verzekeraar dat je op het ziekenhuis kan rekenen en omgekeerd. Dit is één voorbeeld, maar ik las van de week nog een voorbeeld: Rijnstate, dat volgens mij ook door de heer Veldman werd genoemd. Ik denk we dergelijke langjarige afspraken en voorbeelden steeds vaker zullen gaan zien en dat dat bijdraagt aan een stevige basis onder dat "need to have" van e-health. Dat was mijn tweede punt.

Dan de rol die ik hierin voor mijzelf zie. Die is drieërlei. Eén: de slecht werkende IT-systemen zijn nog steeds een knelpunt. Dat blijkt ook uit de monitor. Ik vind dat we daaraan moeten werken. Dat zullen we onder andere doen met de wetgeving over gegevensuitwisseling, die ik u voor het komend jaar in het vooruitzicht heb gesteld. Ik denk dat dat een belangrijke steun zal zijn. Dat is de eerste rol.

De tweede rol is wat ik dan maar huiselijk "het scheiden van kaf en koren" noem. Ik sluit daarmee aan bij de motie-Veldman en het amendement-Van den Berg: hoe kunnen we zorgen dat we de effectieve toepassingen leren kennen, en dat we die uitdragen en verder brengen?

Ten derde denk ik dat er een actieve rol vanuit de overheid nodig is om het gebruik van e-health te stimuleren met raad en daad. Een aantal van u is hier bij de vragen op ingegaan. Zowel voor het scheiden van kaf en koren als voor het met raad en daad terzijde staan, is volgens mij actieve hulp vanuit de rijksoverheid nodig.

Van het scheiden van kaf en koren wil ik twee voorbeelden noemen. Het National eHealth Living Lab, het NeLL, is daarvan een goed voorbeeld. Ik zie dat als een keuzehulp om in de veelheid van gezondheidsapps aan te geven welke het best zijn, welke het best bruikbaar zijn en hoe we meer daarvoor kunnen kiezen. Ik denk dus dat die keuzehulp van het NeLL een voorbeeld is van hoe we kaf en koren kunnen helpen scheiden. Voor medische technologie geldt op een heel andere manier iets soortgelijks bij Hii-Holland, het Health Innovation Initiative Holland. Daarin worden met steun van de overheid partijen bij elkaar gebracht om te kijken welke innovaties kansrijk naar de markt kunnen worden gebracht. Daar gaat dus een trechterende werking van uit. Dat zijn voorbeelden die helpen om kaf en koren te scheiden.

Dat geldt ook voor de kant van de bekostiging. Ik geloof dat het mevrouw Agema was die daar een punt van maakte. Voor wat betreft de mogelijkheden voor partijen om e-health gefinancierd te krijgen, kun je daarop beter een beroep doen aan de hand van de Wegwijzer bekostiging digitale zorg die de NZa voor volgend jaar heeft gemaakt. Nu is de zorg in dbc's en DOT's vaak vergoedbaar, maar zorg op afstand wordt ook vergoedbaar. Daarvoor heeft de NZa zo'n wegwijzer gemaakt. Dat beschouw ik als een voorbeeld van het veld ondersteunen met raad en daad.

De voorzitter:

Er is een interruptie van de heer Hijink.

Minister Bruins:

Dit waren mijn inleidende opmerkingen en dan kom ik zo meteen bij de vragen.

De voorzitter:

Precies. De heer Hijink komt op het goede moment.

De heer Hijink (SP):

Mooi, voorzitter. Ik heb een vraag over dat laatste punt. Het risico bestaat natuurlijk dat je naast alle bestaande financieringsstromen nog weer iets heel nieuws gaat optuigen voor allerlei vormen van zorg op afstand. Mijn vraag aan de minister is of het niet veel logischer is om af te stappen van dat verrichtingenstelsel. Ik bedoel dat wij die dbc's gewoon in de prullenbak gooien en naar een andere vorm van financiering van zorg gaan. Dan krijgt een specifieke handeling niet meer een specifieke prijs, maar kan de zorgverlenende instelling gewoon kiezen wat de beste manier is om iets te doen, zonder dat je op zoek gaat naar welke handeling het best betaald wordt.

Minister Bruins:

Ik ben een glad voorstander van een meer op uitkomst gerichte bekostiging. Ik heb dat ook omstandig betoogd bij de begrotingsbehandeling. Ik vind dat we die kant op moeten. Ik ga morgen kijken bij het Antonius Ziekenhuis, waar dat samen beslissen en dat kijken naar de uitkomst van de behandeling ... Het gaat erom de verrichtingen niet te benadrukken. Ik vind inderdaad dat juist het benadrukken van de uitkomsten een vertaling in de bekostiging moet krijgen. Jazeker. Maar zover zijn we nu nog niet. Dat is een kwestie van veel stappen maken en ik vind dat e-health daarop niet moet wachten. Als wij hier bespreken dat e-health een bijdrage kan leveren aan goede en aan betaalbare zorg, dan denk ik dat het ook nu van belang is. Daarom zei ik dat zo'n wegwijzer van de NZa voor 2020 kan helpen om duidelijkheid te geven over wat er al kan worden bekostigd. Ik zie op dit punt een handelingsverlegenheid bij zorgpartijen en die wil ik graag wegnemen. Ik zie het als een rol voor de overheid om daarin helderheid te schetsen.

De voorzitter:

De heer Hijink heeft een vervolgvraag.

De heer Hijink (SP):

Dan gaat de minister toch iets optuigen naast een systeem dat we al hebben. Ik ken voorbeelden uit de ggz, waar zorgverleners een voicemail inspreken omdat ze dan een telefonisch consult kunnen boeken. Dat type productiedenken voorkomt dat allerlei andere slimme oplossingen om het contact met de patiënt te leggen, worden doorgezet.

Volgens mij is de hele dbc-systematiek juist een enorme barrière om tot slimmere zorg over te gaan. Als wij die slimmere zorg allemaal zo belangrijk vinden, kun je volgens mij het een niet zonder het ander doen. Ik vind het heel vreemd dat die dbc-systematiek nog steeds heilig is, terwijl er op allerlei manieren wordt gewerkt aan langjarige contracten, naar uitkomsten wordt gekeken en op sommige punten populatiebekostiging wordt ingevoerd. Ik snap niet waarom de minister daar niet van afstapt.

Minister Bruins:

Die systematiek is allerminst heilig, want ik heb zojuist in de richting van de heer Hijink betoogd dat ik vind dat die uitkomstbekostiging gestimuleerd moet worden. Dat zie ik als een wenkend perspectief. Maar dat is niet zomaar overnight geregeld, want het is ook een proces van jaren geweest om te komen tot de dbc-systematiek en de DOT-systematiek. Ik wil de boel niet in het slot gooien omdat ik vind dat de ontwikkelingen rond e-health de komende jaren een vliegende start moeten kunnen blijven maken. Ik denk dus dat zo'n wegwijzer helpt in de bekostigingsmethode, en daarom ben ik daar een voorstander van. We moeten niet afwachten of iets heilig verklaren; dat past sowieso niet zo heel precies als het om dit soort onderwerpen gaat. We moeten met e-health slagen maken, en dus ook in de financiering.

De voorzitter:

Ook mevrouw Agema heeft een vraag.

Mevrouw Agema (PVV):

Ik hoor de minister zeggen dat wij — of hij, of het — er nog niet aan toe zijn om iets te doen aan die tarieven, maar dan zitten we hier echt helemaal voor Piet Snot. Ik zou door willen gaan op waar meneer Hijink al mee begon. Als het meer oplevert om een patiënt naar het ziekenhuis te halen of naar de huisartsenpost toe te laten komen — "ik wil u toch even zien" — dan is er gewoon sprake van winstmaximalisatie. Daarin hebben artsen, specialisten en huisartsen eigenlijk nog maar weinig bewegingsruimte. Het gaat om de omzet en die moet gemaximaliseerd worden. Zolang de minister niet bereid is om iets aan die tarieven te doen of dat in gang te zetten, is e-health gewoon voor spek en bonen. Realiseert de minister zich dat?

Minister Bruins:

Ik hoor die woorden nu al een paar keer gebruiken: dat het iets extra's is, of dat het een bonus is. Ik zie e-health als iets noodzakelijks en als iets belangrijks. Daarom gebruik ik de woorden dat we niet meer bij het station "nice to have" zijn, maar dat het een "need to have" is. Ik vind dat daar in de sfeer van de bekostiging dan ook ruimte voor moet zijn. Als dan wordt gevraagd wat de rol is die de overheid kan vervullen, dan denk ik dat zo'n wegwijzer een behulpzaam middel is. Is dan het laatste woord over de thans bestaande systematiek gezegd? Ik heb net in antwoord op de heer Hijink gezegd dat ik vind dat dat niet het geval is, dus dat gesprek zullen we zeker voortzetten.

De voorzitter:

Heeft u een vervolgvraag, mevrouw Agema?

Mevrouw Agema (PVV):

We behandelen hier dit onderwerp echt voor spek en bonen als er niet echt op heel korte termijn heel concreet iets gebeurt met de tarieven. Ik probeerde het de minister zojuist al uit te leggen: in de wereld hierbuiten geldt alleen maar winstmaximalisatie. Als het simpelweg meer oplevert om de patiënt naar de specialist of naar de huisarts toe te

halen, dan is dat wat er gebeurt. Is de minister bereid om het veranderen van die tarieven een prioriteit te maken? Want als je een doorbraak wilt krijgen, kun je wat dat betreft niet op je handen blijven zitten. Het moet gewoon het meeste opleveren om een belafsprak te maken. Of laten we zeggen: het moet minimaal hetzelfde opleveren. Maar niet minder, want dan laat iedereen gewoon zijn patiënten komen.

Minister Bruins:

Het komt wel vaker voor dat mevrouw Agema en ik het niet helemaal eens zijn. Ik geloof niet dat het buiten de deur zo is dat iedereen in de zorg werkt aan winstmaximalisatie. Als ik naar mijn huisarts kijk, geloof ik niet dat daar iemand bezig is om de winst te maximaliseren. Dat soort beelden werp ik verre van mij. We hebben het hier vandaag over e-health. Zorgverzekeraars en ziekenhuizen kunnen ook met de bestaande DOT's afspraken maken, dus "we zitten hier niet voor Piet Snot"; om de woorden van mevrouw Agema even te herhalen. Tenminste, ik vind dat dat niet zo is.

De voorzitter:

Een tweede interruptie van mevrouw Agema.

Mevrouw Agema (PVV):

Hoor ik hier nou echt de minister voor Medische Zorg zeggen dat in de zorg winstmaximalisatie niet aan de orde is? Komt hij weleens buiten? Komt hij weleens buiten deze muren? Het is aan de orde van de dag! Als je naar een specialist in een ziekenhuis gaat, dan wijst hij op een gebouw naast het ziekenhuis dat net zo groot is als het ziekenhuis en waar alleen maar administratieve medewerkers zitten die hem op de vingers tikken als hij niet genoeg schrijft. Zo gaat het in de zorg! Dat is het gevolg van die dbc-systematiek. Alleen dat wat het meest oplevert, wordt gedaan. Als het meer oplevert om een patiënt te laten komen, dan moet een patiënt komen. Maar als het net zoveel oplevert als overgaan op beeldbellen, dan hebben we een doorbraak. Als de minister dat niet eens wil zien, zitten we hier echt voor Piet Snot, voorzitter.

Minister Bruins:

De vorige opmerking van mevrouw Agema was dat hier buiten de deur al die zorgverleners in de zorg gebruikmaken van het idee van winstmaximalisatie. Dat werp ik verre van mij, want ik weet dat heel veel mensen in de zorg, de tienduizenden mensen die in de zorg werken als zorgprofessionals, huisartsen, fysiotherapeuten, logopedisten, ergotherapeuten, heel hard werken en dat ze helemaal niet op zoek zijn naar winstmaximalisatie. Ik zou me de ogen uit de kop schamen als we daarover spreken alsof het allemaal maar winstmaximalisatie is. Dat is één.

Twee. Ik vind dat wij vandaag bezig zijn met het onderwerp e-health. Ik betoog dat ook bij e-health een goede financiering hoort. Daarvoor is zo'n wegwijzer van de NZa volgens mij een praktisch initiatief en een praktisch bruikbaar hulpmiddel. Het lijkt me heel nuttig om dat te gebruiken.

De voorzitter:

Mevrouw Agema, een korte vervolgvraag.

Mevrouw Agema (PVV):

Ik vind het echt ongelofelijk om te constateren dat de minister voor Medische Zorg denkt dat winstmaximalisatie niet de grote drijfveer is in de curatieve zorg. Het is verbijsterend, want hij zit al twee jaar op die post. Als het gaat om de dbc-systematiek en het

financieringsstelsel zoals we dat hebben, moet hij toch weten dat alles draait om winstmaximalisatie en om de vraag welke verrichting waar uitgevoerd het meest oplevert? Al die specialisten, huisartsen en noem maar op, worden daartoe gewoon uitgeknepen. Het is echt verbijsterend, voorzitter.

De voorzitter:
En uw vraag is?

Mevrouw Agema (PVV):
Mijn vraag heb ik eigenlijk al drie keer gesteld. Hoe is het mogelijk dat de minister dat niet inziet? Hoe is het mogelijk dat hij niet snapt dat hij toch echt iets aan de tarieven zal moeten doen, als hij over wil gaan op e-health en dat een kans wil geven. Als het nu meer oplevert om een patiënt iedere keer naar het ziekenhuis of naar de huisarts te laten komen, of als dat niet hetzelfde oplevert als beeldbellen, dan komt e-health nooit van de grond. Dan zitten we hier echt voor spek en bonen over e-health te praten.

Minister Bruins:
Laat ik zeggen dat ik het beeld van de uitgeknepen specialist niet helemaal, of helemaal niet, herken. Zojuist heb ik al gezegd dat ik vind dat we veel meer naar uitkomstgerichte zorg moeten gaan en daar ook onze bekostiging op moeten aanpassen. We bespreken dat thema vandaag niet, maar het is wel heel belangrijk dat we dat samen beslissen. Ik vind dat we voor dat onderwerp nog een heleboel huiswerk te doen hebben. Daarover hebben we vorige week bij de begrotingsbehandeling uitvoerig uitgewisseld. De bestaande financieringssysteem is dus niet heilig. Daar moeten we naar kijken. Maar we kunnen het nu niet oplossen, ook niet aan de hand van e-health.

Voorzitter, ik heb een aantal vragen ...

De voorzitter:
Voor u verdergaat, is er een interruptiebehoefte bij mevrouw Van den Berg.

Mevrouw Van den Berg (CDA):
Tijdens de begrotingsbehandeling is inderdaad die uitkomstensystematiek aan de orde geweest. We constateerden ook dat er nog veel zorg vergoed wordt waarvan niet bewezen is dat die effectief is, zoals de kijkoperaties bij knieën. De minister geeft in zijn documenten aan dat het de vraag is hoe je het echt opgeschaald krijgt en hoe je afscheid neemt van oude werkmethodes. Het lijkt mij dan dat je in de financiering iets toch anders moet doen, om wat meer op te leggen dat er van oude werkmethodes afscheid genomen wordt. Daarop zou ik graag een reflectie van de minister willen.

Minister Bruins:
Even over die niet bewezen effectieve zorg. Daarbij hebben we inderdaad uitgebreid stilgestaan bij de begrotingsbehandeling. Dat is een ongelofelijk interessant traject. Iedereen die voor de eerste keer hoort dat er zorg is die niet bewezen effectief is, trekt toch de wenkbrauwen omhoog. Eigenlijk willen we dat er alleen maar sprake is van effectieve zorg. Daarom heb ik het initiatief tot dat programma genomen.

Nu over het opschalen van bewezen effectieve e-health. Ik denk dat de langjarige contractering die ik net noemde in het voorbeeld van Zuyderland, helpt om bepaalde keuzes te maken. Daarbij kan tussen zorgverzekeraar en instelling worden gezegd: dit gaan wij doen en dat betekent dus ook dat wij andere dingen niet doen. Dat is het

keuzemechanisme. Bij de begroting hebben we het gehad over de vergelijking met de Campina-melkmachine en de melkbussen: de melkbussen eruit en de melkmachine erin. In zo'n langjarige afspraak kunnen dit ziekenhuis en die zorgverzekeraar, gezamenlijk in een soort partnerschap, die ontwikkeling inzetten. Ik vind dat een hele goede ontwikkeling en daarom noemde ik het voorbeeld. Dat zal niet overal in een keer navolging krijgen, maar ik weet eigenlijk wel zeker dat die langjarige contracten straks meer regel dan uitzondering worden. Dat helpt om keuzes te maken, namelijk: welke toepassingen van e-health kies je? En daarmee dan ook: welke kies je niet?

De voorzitter:

Een korte vervolgvraag, mevrouw Van den Berg.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

De melkbussen eruit en de melkmachine erin. Dat is denk ik een goede vergelijking. Maar de minister noemt met het Zuyderland Ziekenhuis één voorbeeld en dat is maar een van de tientallen ziekenhuizen die wij hebben. Hoe wordt nu geborgd dat dergelijke initiatieven echt opgeschaald gaan worden, zodat er niet in één ziekenhuis maar gewoon integraal afscheid wordt genomen van oudere werkmethoden?

Minister Bruins:

Die vraag is in z'n algemeenheid heel moeilijk te beantwoorden. Ik heb net Zuyderland en Rijnstate genoemd, omdat dat recente voorbeelden zijn. Die voorbeelden stonden afgelopen week geloof ik beschreven op de websites van Zorgvisie en Skipr. Maar van de werkwijze om tot langjarige contracten te komen, zijn er inmiddels tientallen voorbeelden. Dat is niet meer een enkeling. Ik noemde zojuist de handelingsverlegenheid van een bestuurder in de zorg om e-health onderdeel van de dagelijkse praktijk te maken. Ook e-health als onderdeel van de dagelijkse praktijk wordt meer regel dan uitzondering. Ik heb gesproken met de opstellers van de eHealth-monitor en zij zien dat ook in de praktijk. Tegelijkertijd leggen zij er wel de vinger op dat het voor bestuurders in de zorg door de veelheid van ontwikkelingen niet makkelijk is. Ook zij zijn aan het zoeken en vragen zich af wat voor hen de beste voorbeelden zijn. Die proberen we als overheid dan weer op een rijtje te zetten, bijvoorbeeld op de website De Juiste Zorg op de Juiste Plek.

Deze keuzes worden dus jaar op jaar gemaakt. Je kunt niet zeggen: over twee jaar zijn oude methoden afgeschaft. Want wat zijn dan die oude methoden en voor welke keuzen kom je te staan als je iets wilt opnemen in een langjarig contract? Het is dus moeilijk om daar een algemeen antwoord op te geven. Wat ik probeer te zeggen is: e-health is mainstream geworden, langjarige contracten worden meer regel dan uitzondering en dat is zeer behulpzaam, en de handelingsverlegenheid van bestuurders is er echt zo langzamerhand wel vanaf. Dat vind ik pluspunten. Die haal ik uit die eHealth-monitor.

De voorzitter:

Ik stel voor dat u verdergaat met de beantwoording van de individuele vragen van de leden.

Minister Bruins:

Dan begin ik bij mevrouw Van den Berg, voorzitter. Zij vroeg naar de rol van de overheid bij de medische technologie. Die rol heb ik zojuist benoemd.

Dan de vraag over koplopers en peloton bij het adequaat informeren over e-health-

toepassingen. Mevrouw Van den Berg haalde het programma Zorg van Nu aan en stelde de vraag of dat niet vooral door bestuurders, voorlopers en bekeerlingen wordt gebruikt. Nee, de bedoeling van dat programma is juist om het peloton mee te nemen, namelijk degenen die nog onbekend zijn met digitale mogelijkheden en juist ook burgers, de hele kleine zorgpartijen of zelfstandig werkenden, en studenten. Juist die groepen willen we betrekken met Zorg van Nu. Dat gaat eigenlijk best goed. Als je ziet dat we via socialmediakanalen heel veel posts krijgen, en dat het bij Zorg van Nu horende informatieteam inmiddels 50.000 gesprekken heeft gevoerd met patiënten, mantelzorgers en zorgverleners op allerlei locaties in het land, dan denk ik dat het programma juist op het peloton is gericht en niet op de kopgroep, als ik het zo mag uitdrukken.

Dan de richtlijnontwikkeling op het gebied van e-health, waarover mevrouw Van den Berg een vraag heeft gesteld. Het moeilijke van richtlijnen is dat ze vanuit het veld moeten komen. Het zijn veldafspraken. Je ziet dan dat het bij de ene beroepsgroep sneller gaat dan bij de andere. Er zijn bijvoorbeeld voor telebegeleiding bij hartfalen samenwerkingsafspraken gekomen. Ook voor telerevalidatie is een veldnorm of een richtlijnachtige afspraak gemaakt. Je kunt zeggen dat de situatie in een aantal van die gevallen zover was dat je tot zo'n op schrift gestelde veldnorm kon komen, zoals bij hartrevalidatie. Daar is natuurlijk een zekere rijpheid voor nodig. In veel gevallen moet een e-health-toepassing zich eerst uitkristalliseren, voordat je tot een richtlijn kunt komen waarvan je kunt zeggen dat het de codificatie is van het gebruik van die e-health-toepassing. Ik denk dus dat het in sommige gevallen al mogelijk is om een richtlijn te maken, en ik gaf daarvan een paar voorbeelden. Maar in veel gevallen is de situatie nog niet rijp om te komen tot een norm of richtlijn waarin e-health is verankerd. Dat klinkt een beetje waarschuwend en dat is het misschien ook wel.

Wordt er bij het verplaatsen van zorg ook gekeken of de zorg in de totale keten effectiever wordt? Want dat is toch wat De Juiste Zorg op De Juiste Plek beoogt? Jazeker. Eigenlijk vind ik dat effectieve zorg langs twee lijnen gemeten moet worden. De kwaliteit van de zorg of datgene wat de patiënt eraan heeft, staat voor mij steeds voorop, en voor u ook. Zo beginnen we vandaag ook dit gesprek over e-health: wat heeft de patiënt eraan en wat zijn de voordelen? Als het daarnaast iets oplevert, in financiële zin en omdat het soms prettiger werken is voor de professional, dan vind ik dat ook goede pluspunten die horen bij het inzetten van e-health. Wat we met De Juiste Zorg op De Juiste Plek willen bereiken is effectievere zorg voor de patiënt en ten genoegen van de patiënt, met als onderdeel daarvan het inzetten van e-health.

Dan het punt van de duizend bloemen die bloeien. Ik heb daar zonet in mijn inleiding iets over gezegd. Zo'n initiatief als NeLL of Hii-Holland zie ik als een methode om te zorgen dat in de praktijk krachtige initiatieven worden gesteund en meer worden gebruikt, dat daar de aandacht naar uitgaat en dat daarmee minder of geen aandacht overblijft voor andere toepassingen. Ik vind zo'n keuzehulp en het Hii-Holland Initiative voorbeelden die zullen gaan werken als een soort trechter of zeef om keuzes te bepalen.

Wat gaat de minister doen om communicatie rond e-health op te schalen en mensen ertoe te verleiden? Ik denk dat Zorg van Nu, het programma dat ik u zojuist beschreef, daarvoor behulpzaam kan zijn.

De laatste vraag van mevrouw Van den Berg. Ik denk dat wij nog een extra slag moeten maken voor specifieke gebruikersgroepen, zoals ouderen die weinig ervaring hebben

met digitale zorg. Er is een groep ouderen die nog steeds weinig ervaring heeft met digitalisering. Via de ouderenbonden wordt daaraan bijzondere aandacht gegeven, bijvoorbeeld met e-health-bijeenkomsten. Dat is een goede manier. We moeten volgens mij ook extra aandacht geven aan laaggeletterden. Dat doen we via de Alliantie Digitaal Samenleven. Ik denk dat er in de communicatie zo nog veel aandacht nodig is om e-health een stap verder te brengen. Ik benadruk deze groepen vanuit patiëntenopzicht, omdat ik de betrokkenheid van patiënten, patiëntenverenigingen en de Patiëntenfederatie belangrijk vind bij de ontwikkeling van zo'n keuzehulp als NeLL. Daarbij wordt steeds de stem van de patiënt gehoord, en ook steeds duidelijker. Daarom ben ik blij dat patiënten meedoen met en betrokken zijn bij zo'n initiatief als dat National eHealth Living Lab.

Voorzitter, tot zover de vragen van mevrouw Van den Berg.

De voorzitter:

Zij heeft toch nog een vraag. Mevrouw Van den Berg.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Ik wil graag nog even nader ingaan op dat Hii-Holland Initiative in combinatie met wat wij hebben aangegeven, namelijk dat het pas echt gaat leven als ook de gebruiker het voordeel ervan ziet. In hoeverre wordt er gekeken naar uitkomstregistraties van de keuzes die door Hii-Holland worden gemaakt? In hoeverre zijn patiënten leidend om tot die keuzes te komen?

Minister Bruins:

Misschien is het goed om aan te geven dat Hii-Holland nog in de steigers staat en in voorbereiding is. U heeft een visie op MedTech ontvangen. Ik wil die ombouwen en concretiseren tot een MedTech-agenda. Die krijgt u in het eerste kwartaal van komend jaar en daarbij wil ik ook ingaan op de betrokkenheid van patiënten bij het Hii-Holland Initiative. Ik wil ook kijken hoe je resultaten kunt monitoren, want dat kan in zichzelf weer een stimulans zijn om voor bepaalde e-healthtoepassingen te kiezen in de sfeer van medische technologie. Dat is best nog ingewikkeld, want de keuze moet wat mij betreft vooral liggen bij patiënten en zorgaanbieders, maar ook bij ontwikkelaars om te kijken wat de beste kansen zijn. Het moet niet een soort overheidszeef zijn waarbij de overheid kiest: dit initiatief mag wel doorgaan en dat niet. Die innovatieve kant vind ik wel heel erg van belang. Daarbij wil ik dus nader stilstaan bij mijn MedTech-agenda. Ik zal dat punt uitwerken en dan ook aangeven hoe we de voortgang daarvan zien, dus de monitor bewaken.

De voorzitter:

Er is een vervolgvraag van mevrouw Van den Berg.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

De minister zegt dat hij bewust wil gaan kijken naar de uitkomstenkoppeling. Mag ik daaruit concluderen dat het project van professor Sjoerd Repping bij het Zorginstituut daar dan ook aan gekoppeld wordt?

Minister Bruins:

Repping en zijn commissie zijn aangehaakt bij het maken van de MedTech-agenda 2020, dus op die vraag kan ik bevestigend antwoorden.

De voorzitter:

Gaat u verder.

Minister Bruins:

Dan kom ik bij de vraag van de heer Hijink. De heer Hijink zei: we zijn er nog niet met de eHealth-monitor. Ik heb daar net wat positievere woorden voor gekozen. Dat vind ik ook belangrijk, want ik zie e-health als iets wat echt toegevoegde waarde in de zorg biedt. Ik vind dus ook dat we daar zwaar op moeten inzetten. Dat alle resultaten in de afgelopen jaren nog onvoldoende zijn: zo kun je er naar kijken. Je kunt ook zeggen: stapsgewijs groeit het gebruik van allerlei e-healthtoepassingen. Dat vind ik de goede kant van de ontwikkeling. Dit dus nog als reactie op de monitor, want daar vroeg de heer Hijink naar.

Over dat er meer moet worden ingekocht aan slimme zorg heb ik het zojuist gehad in het debat met de heer Hijink naar aanleiding van de vragen van mevrouw Van den Berg.

Ook een vraag van de heer Hijink was de volgende. Het onlinecontact levert minder fysieke werkdruk op voor zorgverleners, maar kan het makkelijker vragen door de burger of patiënt ook leiden tot meer werkdruk? Als ik het goed heb, was dat de vraag van de heer Hijink. Ja, het kan inderdaad leiden tot meer vragen vanuit de patiënten. Daarover zullen we dan ook wel weer het gesprek hebben.

Je moet e-health ook niet idealiseren. Wat ik belangrijk vind — ik haal toch het eerste voorbeeld dat ik vanochtend noemde even terug — is dat een patiënt, een burger, een chronische patiënt, in contact is met zijn zorgverlener. Dat hij dan een keer extra contact legt met de verpleegkundige, met de arts of met het ziekenhuis: ik denk dat dat goed is. Ik denk dat we dat voordeel voorop moeten zetten. Maar ik wil met e-health ook bijvoorbeeld de administratievelastendruk verminderen, zodat de zorgprofessional meer tijd krijgt om te doen waar hij goed in is en wat hij ook leuk vindt, namelijk zorg verlenen aan mensen in plaats van gegevens inkloppen. Dus het risico van meer zorg verlenen zit er natuurlijk in, maar er zit vooral iets goeds in e-health, en tegelijkertijd proberen we bijvoorbeeld de administratievelastendruk te verminderen.

De heer Hijink (SP):

Ik zie ook zeker de voordelen wel. Ik weet me te herinneren dat hier al jaren geleden de discussie gevoerd werd over de totalbodyscan. Je gaat één keer per jaar door de scan, een supermooi en handig toeltje. Daar rolt dan allemaal informatie uit waarvan zorgverleners vervolgens zeggen: het is zinloos, het is nutteloos en het verhoogt juist de druk op de zorg. Ik heb het al een paar keer gezegd: ik ben niet tegen dit soort technologie. Ik vind alleen wel dat je er kritisch naar moet blijven kijken. Het aanbod van allerlei middelen, of het nu gaat om appen met je huisarts of totalbodyscans of andere middelen, kan de zorg juist ook heel veel duurder en inefficiënter maken. Dat wil niet zeggen dat je het niet moet doen. Maar ik vraag de minister om dit punt in zijn toekomstige visies mee te nemen. Ik vraag hem er voorzichtig mee te zijn en niet te zeggen: we laten alles maar toe; laten we alles maar doen, ook die bodyscans bijvoorbeeld, want het bestaat en dus is het goed. Dat is niet automatisch zo. Hoe zorg je er nu voor dat e-health daar waar het ingezet wordt, niet leidt tot onzinnige vormen van zorg of onnodige consulten bij een specialist, omdat iemand een keer in Duitsland door een scan is geweest?

Minister Bruins:

Ik denk dat de heer Hijink en ik het er wel over eens zijn dat we e-health niet moeten

idealiseren. Menselijk contact — ik geloof dat dat de woorden waren die de heer Hijink zelf gebruikte — tussen burger en zorgprofessional blijft van heel groot belang. Tegelijkertijd, als door huisarts.nl 12% van de consulten wordt afgevangen — laat ik wat zeggen — vind ik dat ook een hele mooie ontwikkeling. Maar ik ga het zeker niet idealiseren. Dat hoort u mij vanochtend ook niet zeggen. Ik vind wel dat we toe moeten naar een logischer gebruik van e-health, maar het is het een bij het ander, en niet het een in plaats van het ander.

Ik heb nog een paar vragen van de heer Hijink. Hij had een vraag over de basis op orde. Dat ging toch vooral over gegevensuitwisseling en het eindeloos overtypen van gegevens. Tijdens het AO over gegevensuitwisseling maakte ik de opmerking dat ik wil dat er een einde komt aan het eindeloos overtypen. Niet alleen omdat het veel tijd kost, maar ook omdat het miscommunicatie in de hand kan werken, omdat het foutgevoelig is. Ik wil met het wetsvoorstel over digitale gegevensuitwisseling bereiken dat overtypen niet nodig is. Er zit dus ook een belangrijk voordeel voor de professional in. Ik denk ook dat het eerste voordeel voor de patiënt is. De patiënt hoeft maar één keer zijn verhaal te doen en weet dat in een noodsituatie zijn gegevens beschikbaar zijn, zodat de arts bij een operatie de beschikking heeft over de juiste gegevens. Maar de basis op orde in de zin van "zullen we daar eerst aan werken en dan e-health maar op een laag pitje zetten?" kunnen we ons niet veroorloven. Dus daarom is het ook hierbij: het een bij het ander.

Dan kom ik bij het volgende punt. Wie handig is met technologie, profiteert straks van e-healthtoepassingen en wie niet handig is met technologie profiteert niet. Zoals ik net heb gezegd in antwoord op mevrouw Van den Berg, denk ik dat het bevorderen van digitale vaardigheden voor iedereen goed is, dus ook voor mensen die minder makkelijk toegang hebben tot e-health. Ik noemde als voorbeelden een bepaalde groep oudere mensen, maar ook mensen die bijvoorbeeld het lezen en schrijven niet machtig zijn. Daar moeten we extra op inzetten. Want je wilt natuurlijk dat voor ons allemaal een goed gebruik van e-healthtoepassingen is weggelegd en dat we daarin geen keuzes maken voor een bepaalde of beperkte groep van mensen in ons land.

Voorzitter. Dan kom ik bij het punt over het duidelijke doel rond PGO's, persoonlijke gezondheidsomgevingen. Mijn oogmerk daarbij is dat het waardevol is als burgers beschikken over hun eigen gezondheidsgegevens. Ik denk niet dat alle Nederlanders daar tegelijkertijd en vanaf morgen belangstelling voor hebben. Maar ik denk dat er een groep Nederlanders is die dat wel heeft. Ik denk dat vooral mensen met meerdere chronische aandoeningen, dus vooral chronische patiënten die in contact staan met veel zorgprofessionals, het prettig vinden om de gegevens over henzelf te hebben en beschikbaar te kunnen stellen aan de zorgpartijen met wie zij die willen delen. Het oogmerk is dus om de patiënt steviger in zijn informatiepositie te brengen. Dat is, denk ik, een belangrijk doel van de PGO's. Daar werken we dan ook naartoe. Ik verwacht eigenlijk dat als we een jaar verder zijn, er een orde van grootte van 100.000 mensen is die gebruikmaken van een PGO, althans van een PGO dat voldoet aan de MedMij-standaarden. Als we zover zijn, zou ik dat al een mooi resultaat vinden; niet om daar te stoppen, maar om daar door te gaan. Ik zie dus de komende maanden echt het gebruik van PGO's toenemen. Het is nu al aan het groeien en ik verwacht dus dat we het komend jaar die eerste 100.000 mensen met een PGO kunnen begroeten.

De heer **Hijink** (SP):

Mijn vraag ging natuurlijk vooral over wie er uiteindelijk voor gaat betalen. Ik ben het met

de minister eens als hij zegt dat dit met name voor chronisch zieken en mensen met een beperking heel interessant kan zijn en dat het andere is dat je altijd de data van al je zorgverleners in één app hebt. Alleen zie ik dat als een belangrijk onderdeel van het zorgproces. Die app voegt klaarblijkelijk iets toe aan de gezondheid van de patiënt en aan het zorgproces tussen de zorgverleners onderling en tussen de zorgverleners en de patiënt. Dan zou ik zeggen dat zo'n app dus eigenlijk betaald hoort te worden vanuit de Zorgverzekeringswet of op een andere manier. Want we weten allemaal dat chronisch zieken ook de eersten zullen zijn om af te haken, als ze zelf moeten gaan betalen. Ze hebben namelijk al torenhoge zorgkosten en ze hebben vaak überhaupt het geld niet om dit soort dingen aan te schaffen. Dus dan vraag ik, nog een keer, het volgende aan de minister. Als het zo is dat het een publiek doel dient, en als het zo is dat het belangrijk is voor de gezondheid van deze mensen dat ze zo'n app hebben, is hij dan ook bereid om dat voor deze mensen te financieren? Of zegt hij: nee, het is echt iets individueels en het is leuk voor de heb, dus je betaalt het zelf maar? Ik vind echt dat hij daarover duidelijkheid moet geven. Als dat laatste namelijk het geval is, vind ik dat we daar als overheid niet tientallen miljoenen euro's in moeten pompen. Laat de markt het dan maar zelf betalen.

Minister Bruins:

Aan die vraag was ik nog niet toegekomen. Laten we eerst vaststellen dat we een subsidieregeling hebben afgesproken. Ik wil die subsidieregeling en de daarbij behorende periode ... Ik heb in eerste instantie gezegd: tot en met 2020, maar met de mogelijkheid om dit met nog een paar jaar te verlengen. Dat kan in ieder geval de financiële barrière — zo die er is — wegnemen. Dan kunnen we kijken of mensen inderdaad behoefte hebben aan het verzamelen van gegevens. Dat is mijn aanname. Ik heb u ook aangegeven dat ik denk dat een bepaalde groep daarvoor het eerst belangstelling heeft, namelijk de groep chronische patiënten, en dat is een groeiende groep in Nederland.

Over de financiering. Er zijn ruwweg een paar smaken. Die ben ik op dit moment op een rijtje aan het zetten en aan het uitwerken. Je zou kunnen zeggen: het is een financiering via de Zorgverzekeringswet en je noemt het "een verrichting". Je zou ook kunnen zeggen: het is een financiering via de Zorgverzekeringswet en je noemt het een hulpmiddel. Dus dan betaal je via de premie. Dat zou je kunnen zeggen. Je kunt ook zeggen: dit is een overheidskeuze; het is een gebruikersregeling die voor iedereen open moet staan en moet daarom bij de overheid horen. Dat is de keuze waar de heer Hijink het meest voor voelt. In beide gevallen betaalt natuurlijk de burger: of aan de ene kant via zijn premie, of aan de andere kant via zijn belastingcenten. Ik ben de verschillende varianten aan het uitwerken. Daarop kom ik bij u terug, samen met de eerste resultaten over het gebruik van die PGO's. Dat wil ik komend jaar al doen. We hadden al gezegd dat er in ieder geval voor de periode tot en met 2020 een subsidieregeling is, met de mogelijkheid om die nog met twee jaar te verlengen. Dus we hebben nog eventjes om die keuze te maken. Maar ik weet zeker dat het resultaat moet zijn dat er aan een PGO een behoefte vastzit voor een individuele burger.

De voorzitter:

Een korte vervolgvraag van de heer Hijink, want u zit inmiddels aan de vijf interrupties.

De heer Hijink (SP):

Ja, maar we missen heel veel sprekers, dus we kunnen wel wat ... Ik wil het even heel precies maken. De minister zegt nu eigenlijk het volgende. De logische optie is

financiering via de Zorgverzekeringswet en dan betaalt de burger via de premie of via de overheid, zoals we bijvoorbeeld ook de apps hebben die voor de Belastingdienst gelden en — wat heb je nog meer? — DigiD-toestanden. Dat laatste is wat anders, want dan betaal je het eigenlijk alsnog collectief. Dan betalen we gezamenlijk voor die mensen die een PGO gebruiken. Er zijn nu ook mensen die apps van de Belastingdienst niet gebruiken. Daar betalen we via de belastingen wel voor. De minister sluit dus uit dat er iets uitrolt waarin de specifieke gebruiker individueel gaat betalen voor de app, zijn PGO, als hij die gaat gebruiken. De minister sluit dus uit dat als ik chronisch ziek ben en zo'n app wil gebruiken, ik als individuele gebruiker daar een bepaald bedrag voor ga betalen. Die weg sluit hij af.

Minister Bruins:

Nee, dat ga ik zeker niet uitsluiten. Ik heb gezegd dat ik een aantal varianten op een rijtje wil zetten en dat daar een paar hoofdstromen in zitten. De ene is binnen de Zvw en de andere is buiten de Zvw, namelijk als een overheidsregeling. Dus die twee hoofdroutes zie ik. Die ben ik aan het uitwerken en daarop kom ik bij u terug. Ik vind het mooi dat de heer Hijink hier een punt van maakt, want dat betekent dat ook de heer Hijink van mening is dat de PGO alles in zich heeft om een succes te worden. Dat vind ik winst, want daarover is de heer Hijink in eerdere debatten weleens voorzichtiger geweest.

De voorzitter:

Dit is een vorm van uitlokking. De heer Hijink krijgt dus even de ruimte om te reageren.

De heer Hijink (SP):

Dat is een beetje flauw. Ik heb natuurlijk nooit gezegd dat ik tegen dit soort initiatieven ben. Ik zie alleen heel veel haken en ogen en ik heb ook wel bezwaren geuit tegen de manier waarop dit is aangepakt. Maar ik heb er helemaal geen bezwaren tegen dat mensen inzicht krijgen in hun data. Dat wil ik hier toch maar benadrukken.

Minister Bruins:

Daar ben ik blij om.

Er zijn vragen gesteld door mevrouw Agema en de heer Veldman.

De eerste vraag van mevrouw Agema was of e-health kan bijdragen aan patiëntveiligheid. Ze zei dat ze allemaal voorbeelden ziet van e-healthtoepassingen thuis, maar zo weinig van e-healthtoepassingen in bijvoorbeeld een ziekenhuisomgeving. Natuurlijk zijn die voorbeelden er ook in een ziekenhuisomgeving. Er zijn vele mogelijkheden van e-healthtoepassingen in het ziekenhuis, zoals de e-healthvariant van de zwarte doos op de ok, valdetectie of medicatiecontrole. Dat in reactie op de eerste vraag van mevrouw Agema.

Dan het punt dat het nu meer geld oplevert om de specialist te bezoeken. Dat is eigenlijk weer de vraag naar de financiering van e-healthtoepassingen. Daarop heb ik zojuist antwoord gegeven via de vraag van mevrouw Van den Berg. De Wegwijzer bekostiging digitale zorg kan een hulpmiddel zijn om te laten zien dat er ook in het geval van e-healthtoepassingen financiering mogelijk is. Ik denk dat dat helpt. Ik verwijs hier nog maar eens naar de twee ziekenhuizen die langjarige afspraken hebben gemaakt met hun verzekeraar. Dat is volgens mij de beste manier om tractie te organiseren om e-health breder toepassing te laten krijgen.

Dan de derde en laatste vraag die mevrouw Agema stelde. Wat ga ik eraan doen om voor burgers zeker te stellen dat zij vertrouwen hebben in de gezondheidsapps? Het initiatief om die keuzehulp te maken, kan daaraan een belangrijke bijdrage leveren. Je zou het NeLL kunnen zien als een wegwijzer voor gezondheidsapps. Daar werken allerlei verschillende partijen in samen, waaronder de Patiëntenfederatie en de GGD's. Het Nationaal eHealth Living Lab heeft de voortrekkersrol. Dat is een deel van het LUMC. Zorgverzekeraars doen daaraan mee, maar ook gemeenten. Dat kan verzekeren dat betrouwbare gezondheidsapps gemeengoed worden en dat burgers daarop kunnen vertrouwen. Dat in de richting van mevrouw Agema.

Dan tot slot in de richting van de heer Veldman. Opschalen is het grote thema in het eerste deel van het betoog van de heer Veldman. Daar ben ik het zeer mee eens. Als je in drie woorden moet zeggen hoe het opschalen van e-health het best gaat slagen, denk ik dat "meerjarencontracting" daarbij enorm gaat helpen, omdat we dan voorbij de handelingsverlegenheid van bestuurders van zorginstellingen zijn. Daar zet ik zwaar op in. Ik ga de eHealth-monitor bespreken met de partijen van de hoofdlijnenakkoorden, dus ook met de verzekeraars. Dit als voorbeeld van stappen die we nog moeten zetten. Dat ten eerste.

Dan de veilige toepassing van MedTech thuis. Meneer Veldman refereerde aan het rapport Veilige toepassingen van complexe medische technologie thuis. Ik heb eerder betoogd dat veilige toepassingen van groot belang zijn. Veldpartijen zijn bezig met veldnormen. Ik heb daar een aantal voorbeelden van gegeven. Maar het is ook zo dat elk onderwerp dat je aanraakt, weer nieuwe werkzaamheden oplevert. Aan de hand van de rapportages hebben allerlei veldpartijen samen gesproken over het definiëren van veilige toepassing van MedTech thuis. Wat is veilig? Wat zijn de risico's? Het resultaat van de eerste bijeenkomst was dat men behoefte heeft aan een definitie van "veilig" en "risico's". Daar gaat het inmiddels geplande vervolgesprek over. Veilige toepassing van MedTech thuis klinkt zo makkelijk en praktisch, maar het is echt nog een hele hoop werk om het te concretiseren, te definiëren, op schrift te stellen en het dan gemeengoed te maken. Dat op dat punt.

Dan de Stimuleringsregeling E-health Thuis. De heer Veldman zei dat nog niet het hele budget uitgeput is. Dat heb ik ook geconstateerd. Van het beschikbare budget voor dit jaar is ongeveer 50% aangevraagd. Misschien was de regeling te ingewikkeld. Daarom vraag ik hulptroepen om praktische steun te bieden. Maar ik wil nog naar wat anders kijken, namelijk of de regeling kan worden aangepast, zodat het beschikbare budget ook ten goede komt aan slimme zorg thuis. De regeling moet ook voor ziekenhuisverplaatste zorg beschikbaar zijn. Het is dus een verbreding van de regeling, waardoor de uitputting van het budget volgens mij beter verloopt. Niet dat dat een doel op zich is.

Voorzitter. Tot slot over het koploper laten zijn van Flevoland. In het debat dat de heer Veldman met de heer Hijink voerde, was het alsof het een soort douceurtje, een soort pleister plakken was voor het ziekenhuis in Flevoland. Zo is daar in de rapportage van de toekomstverkenner niet over gesproken. Het is juist een kernwaarde geworden om te kijken hoe e-health een belangrijke rol kan spelen in de zorg — mag ik dat dan één keer "zorg 2.0" noemen? — van het ziekenhuis in Lelystad. Dat kan enorme nieuwe energie geven na de geweldige deceptie dat het ziekenhuis failliet is gegaan. Daar balen mensen nog steeds elke dag van, om het eens huiselijk te zeggen. We willen een dergelijk plompverloren faillissement niet meer meemaken. De kracht is nu om te

zeggen: wat is nu de nieuwe stap? Daar zijn vele, menselijke, initiatieven voor, maar e-health kan een grote bijdrage leveren. Dat is de manier waarop de toekomstverkenner het in zijn rapportage heeft beschreven. Ik vind dat een hele nuttige en krachtige aanpak. Is het nu al uitgekristalliseerd? Nee. Het ziekenhuis is ermee bezig. Als er meer over te vertellen is, vertel ik u daar graag meer over, maar het punt is een van de belangrijke onderdelen van het rapport dat de toekomstverkenner aldaar heeft opgeleverd.

Voorzitter. Tot zover mijn vragen in eerste termijn.

De voorzitter:

Dank aan de minister. Ik kijk in de richting van de leden of er behoefte is aan een tweede termijn. Daar hebben we ruim de tijd voor. Die tijd gaan we natuurlijk niet ruim nemen, want er zijn nog meer dingen te doen in de wereld. Ik constateer dat er behoefte is aan een tweede termijn. Ik stel voor dat mevrouw Van den Berg begint. Het woord is aan mevrouw Van den Berg.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Dank u wel, voorzitter. In ieder geval dank aan de minister voor de beantwoording van de vragen, maar het CDA heeft toch nog wel zorgen over de hele ontwikkeling van e-health. Zoals ik aan het begin aangaf, is e-health voor ons cruciaal om de zorg ook in de toekomst beschikbaar, betaalbaar en bereikbaar te houden. We maken ons met name nog veel zorgen over de duizend bloemen en de te geringe opschaling. We willen daarom in ieder geval graag een VAO aanvragen. De minister zei net dat het Health Innovation Initiative Holland nog in de steigers staat, maar dat hij bereid is om de Patiëntenfederatie erbij te betrekken en ook de uitkomstengerichtheid te bevorderen. Kan de minister ons daarover in januari 2020 een brief sturen?

De voorzitter:

Dank u wel. Het woord is aan de heer Hijink.

De heer Hijink (SP):

Dank, voorzitter. Ik vind het toch vreemd dat het lijkt alsof e-health op het hele ministerie als een soort apart project wordt behandeld. Dat verbaast mij. Dat is ook een beetje de discussie die mevrouw Agema en ikzelf met de minister hebben gevoerd. We hebben het gehad over het verrichtingenstelsel in de zorg. Een handeling heeft een bepaalde prijs. Het komt wel degelijk voor dat er binnen de zorg gestuurd wordt op zo veel mogelijk handelingen voor een zo hoog mogelijke prijs om maar financieel overeind te kunnen blijven. Als je wilt dat het een succes wordt, zul je toch ook naar het verrichtingenstelsel moeten kijken, zodat je niet meer voor een bepaalde handeling gaat betalen, maar zodat er gekeken wordt naar wat de beste manier is om het totaal te kunnen uitvoeren. Ik zou de minister willen vragen om niet per se nu maar ook in het vervolg beter te kijken of het een onderdeel van de hele zorg moet zijn, in plaats van dat we het iedere keer met aparte subsidiepotjes organiseren.

Dan nog de PGO's, de digitale gezondheidsomgevingen. We hebben het er eerder over gehad: moet er niet een vorm komen van een basis-PGO? Er bestaan bijvoorbeeld apps voor de Belastingdienst, DigiD en de rijksoverheid. Ligt het niet voor de hand dat er ook zoiets komt waarin de meest basale inzage in je patiëntengegevens geleverd kan worden? Wil de minister daarnaar kijken? Ik weet het niet helemaal zeker meer, maar als ik het me goed herinner, is er in het vorige debat een brief aangekondigd over de

financiering van de PGO's. Ik zou heel graag willen dat in die brief de verschillende scenario's op een rijtje worden gezet. Wat zijn de opties? Wat zijn de voor- en nadelen van de verschillende opties? Dan kunnen we daar op een fatsoenlijke manier over discussiëren.

Dank u.

De voorzitter:

Dank u wel. Mevrouw Agema.

Mevrouw Agema (PVV):

Dank u wel, voorzitter. We hebben het kort gehad over e-health, de zwarte doos en de ok's. De minister zegt dat eraan gewerkt wordt. Ik heb de indruk dat het toch wel een beetje ondergesneeuwd raakt bij de e-health die gericht is op mensen thuis. De minister heeft een complete blinde vlek wat de e-consults betreft, als hij denkt dat hij daarvoor niet naar het financieringssysteem hoeft te kijken. Als je meer e-consults wilt, moet je ervoor zorgen dat dat financieel aantrekkelijk is, want anders gebeurt het gewoon niet. Als de minister zegt dat hij er nog niet aan toe is om ernaar te kijken of dat er onvoldoende relatie is tussen die twee, dan komt het dus echt nooit van de grond. Ik word er een beetje moedeloos van dat we twee ministers hebben die voortdurend wijzen op de onorganiseerbaarheid van de zorg en de vergrijzingspiek. Je moet nu spijkers met koppen slaan, wil je de organiseerbaarheid van de zorg de komende twintig jaar regelen en organiseren. Je moet er met je neus bovenop zitten, op die financiële prikkels en het erachter komen hoe het precies zit waarom zaken niet van de grond komen. Dat gevoel voor urgentie is onvoldoende aanwezig bij de minister.

De voorzitter:

Dank u wel. Ik kijk mevrouw Van den Berg even aan, want ik wilde zelf nog een paar dingen zeggen.

Voorzitter: Van den Berg

De heer Veldman (VVD):

Dank aan de minister voor de beantwoording van de ook door mij gestelde vragen. In zijn beantwoording over de veilige toepassing verwees de minister naar de veldnormen en zei hij dat die door het veld worden opgesteld. Dat is begrijpelijk. Dat is niet anders dan de richtlijnen waarmee gewerkt wordt. Maar de vraag die dat bij mij oproept, is: zien we daar voldoende snelheid in? We zien namelijk ook qua richtlijnen dat niet altijd de slag van 1.0 naar 2.0 wordt gemaakt, of dat er artsen zijn die toch nog aan oude richtlijnen vasthouden. Welke mogelijkheden ziet de minister om hier meer vaart achter te zetten? Kan er een rol weggelegd zijn voor de zorgverzekeraars om daar strenger op toe te zien of andersoortige afspraken over te maken, juist ook in die meerjarige afspraken, zodat op enig moment de 1.0-oplossing gewoon niet meer verzekerd wordt en zodat de 2.0-oplossing, als die er is, ook wordt toegepast?

Voorzitter: Veldman

De voorzitter:

Het woord is aan de minister.

Minister Bruins:

Voorzitter, dank. In de richting van mevrouw Van den Berg over het Hii-Holland Initiative: ik zei al dat patiënten worden betrokken. Dat kan ik zeggen, omdat het Hii-Holland Initiative dit jaar is gestart. De eerste stappen zijn dus al gezet. Er zit ook een patiëntenvertegenwoordiging aan tafel. Als er behoefte aan is om dat even op papier te zetten, kan ik dat nog wat preciezer doen, maar ik kan mevrouw Van den Berg in die zin geruststellen, want de patiënt zit aan tafel.

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

Het gaat ons om de patiënt, maar ook om de hele uitkomstgerichtheid van de projecten en hoe dat is ingericht.

Minister **Bruins**:

Dat is een van de kerndoelstellingen van het Hii-Holland Initiative in zichzelf. Er blijven nog steeds heel veel bloemen bloeien, ook in de e-health. Daar zit iets goeds aan. Dat moeten we ook niet weggooien. Het is heel prettig dat er veel innovatie is. Dat het beeldbellen niet zo'n grote vlucht heeft genomen ... Laat ik het bij mezelf houden: ik dacht vorig jaar rond deze tijd. Dat komt omdat er andere telemonitoringtoepassingen komen die beter voldoen. Dat kan, en dat zal misschien altijd wel zo zijn, maar de uitkomstgerichtheid is een van de kernonderdelen van het Hii-Holland Initiative. Mevrouw Van den Berg vroeg een brief, dus ik laat het u weten. Dan kan ik misschien nog iets meer vertellen over het Hii-Holland Initiative tot zover en wat er op stapel staat voor het komend jaar. Dat in de richting van mevrouw Van den Berg.

Dan meneer Hijink, over dat e-health aandoet alsof het een soort speciaal programma is binnen het ministerie. Nee, eigenlijk niet. Het is wel zo dat er dedicated mensen aan het onderwerp werken, maar dat geldt voor alle onderwerpen binnen de VWS-portefeuille. We proberen het juist niet als iets specifiek te omschrijven, in de zin dat het helemaal losgezongen is van de rest van de organisatie. E-health maakt gewoon deel uit van alle hoofdlijnakoorden die we hebben gesloten. We willen het juist als iets reguliers. Het is niet iets nebenbei's. Het wordt steeds meer vast onderdeel van bedrijfsvoering, van de zorg, van de kwaliteit van de zorg, van het patiëntenbelang, van de patiëntenbehoefte, van de patiëntveiligheid. Het is dus steeds meer mainstream en niet meer een los project.

Er was nog een opmerking over de aparte subsidiepotjes. Is het dan toch niet te veel georganiseerd? Ik ben er groot voorstander van dat als we als overheid vinden dat we een extra stimulans moeten aanreiken, we juist een heel specifiek subsidiepotje moeten maken, en niet iets groots en algemeen, als dat kan. Als voorbeeld wil ik de VIP-programma's noemen. Die worden sterk gesubsidieerd vanuit de rijksoverheid. Ik vind het van groot belang dat elke sector zijn gegevenshuishouding op orde brengt. Dus in die zin is het een apart subsidiepotje, maar juist dedicated voor dat onderwerp om het doel te bereiken, namelijk dat de gegevens op orde zijn, opdat ze op een digitale wijze uitwisselbaar zijn.

Het laatste punt dat de heer Hijink noemde, is of er een PGO komt vanuit de overheid, vergelijkbaar met DigiD. Nee, die route gaan we niet op. Er zijn inmiddels immers een stuk of acht of negen PGO's, die kunnen rekenen op flink veel aandacht vanuit patiënten. Ik voel er niet voor om daarnaast nog een PGO te maken vanuit de overheid. Wat we belangrijk vinden, is dat de PGO's die op de markt komen, de kwaliteitsstandaard dragen van MedMij, dus dat ze voldoen aan een stelsel van afspraken. Het klinkt een beetje technisch, maar waar het in de kern om gaat, is dat de

gegevens veilig zijn en dat ze er voor jou als burger, als patiënt, zijn, en niet voor andere mensen. Er worden vanuit de overheid gestimuleerde en geregelde afspraken gemaakt over kwaliteit en standaards, maar er komt daarnaast geen PGO vanuit de overheid.

De laatste vraag van de heer Hijink was of ik de verschillende mogelijkheden kon uitwerken om tot financiering te komen van de PGO's. Ik maakte daar in mijn eerste termijn een soort hoofdroute van, maar ik was inderdaad van plan om dat uit te werken en u daar komend jaar een preciezer beeld van te schetsen, aan de hand van de eerste resultaten over het gebruik van MedMij en de PGO's die daarmee samenhangen. Dat kun je rustig "scenario's" noemen.

De heer **Hijink** (SP):

Als er een wettelijk recht komt op inzage in je medisch dossier, dan moet voor zo'n wettelijk recht toch mensen de mogelijkheid worden geboden? In die zin vind ik de vergelijking met inzage bij de Belastingdienst en bij de gemeentelijke toestanden en zo ... Daar wordt allemaal in voorzien. Daar betalen we natuurlijk collectief voor. Maar als er een wettelijk recht is, kan dat wettelijk recht toch niet worden afgesneden door private partijen iets te laten aanbieden, waar dan mogelijk ook nog een betaling tegenover staat? Daar hoort dan toch eigenlijk in voorzien te worden?

Minister **Bruins**:

We moeten twee dingen niet door elkaar halen. Het recht op inzage in je eigen dossier is er nu al. Het recht om daar een digitaal afschrift van te krijgen, wordt volgend jaar juli gecreëerd. Maar de PGO's gaan natuurlijk veel breder. Dat gaat over veel meer informatie. Dat is het punt waar we over spreken: moet er naast de bestaande PGO's ook eentje door de overheid worden ontwikkeld? Dan zeg ik: nee, dat moeten we niet doen. Daar hebben we de MedMij-standaarden voor. Daar zie je een actieve rol van de rijksoverheid én de Patiëntenfederatie; ere wie ere toekomt. Ik ga geen overheids-PGO maken. Dat was ik niet van plan. Het recht op inzage in je eigen gegevens bestaat al. Medio volgend jaar moet het voor iedereen in werking zijn dat dat ook op digitale wijze kan.

De **voorzitter**:

Gaat u verder.

Minister **Bruins**:

Mevrouw Agema zei dat je bij e-healthtoepassingen ook moet kijken naar de financiering van de zorg en dat je die twee dingen niet los van elkaar kunt bekijken. E-health hoeft niet te wachten, en kan ook niet wachten, op nieuwe financieringswijzen. Dat is ook niet nodig, want ook met de huidige systematiek kunnen e-healthtoepassingen al vergoed worden. Daarenboven heb ik gezegd dat de NZa die wegwijzer heeft gemaakt. Dat is een handig en praktisch hulpmiddel om het gebruik van e-health in de praktijk komend jaar te stimuleren.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ik heb op geen enkel moment gepleit voor een andere financieringssystematiek. Ik heb erop gewezen dat als je binnen de huidige financieringssystematiek niet de accenten verlegt en er niet voor zorgt dat bijvoorbeeld een beeldconsult net zoveel oplevert als een consult waarbij iemand fysiek in de spreekkamer komt, dat hele e-consult niet van de grond komt. Ik heb het gewoon over de huidige systematiek zoals die is.

Minister Bruins:

Daar zou allicht een misverstand kunnen ontstaan. Als een verzekeraar wat ziet in een e-healthconsult, kunnen daar nu al afspraken over worden gemaakt. Er staat geen systeem in de weg. Afspraken kunnen in de praktijk gewoon worden gemaakt.

Mevrouw Agema (PVV):

Dat zeg ik toch. Maar de minister zei in de eerste termijn dat hij daar nog niet aan toe was.

Minister Bruins:

Laat ik dan maar concluderen dat we er op dezelfde manier over denken. We hoeven niet te wachten. Waar we het over hadden, was het stimuleren van het gebruik van e-health en dat daarvoor die wegwijzer behulpzaam was.

De voorzitter:

Het zou toch mooi zijn als u het met elkaar eens bent.

Minister Bruins:

Dat zou best mooi zijn.

De voorzitter:

Gaat u verder.

Minister Bruins:

Ik heb nog een vraag liggen van de zijde van de VVD-fractie of er voldoende snelheid kan worden betracht bij het maken van richtlijnen waarin de veiligheid wordt benoemd. Ik heb in de eerste termijn benadrukt dat er in sommige gevallen al een vorm van rijpheid is die toestaat dat je die veldnorm op papier zet. En in sommige gevallen is die rijpheid voor de richtlijn nog niet aanwezig. De concrete vraag van de heer Veldman was of ik de verzekeraars kan oproepen om daar een actievere houding in aan te nemen. Jazeker, dat kan ik doen. Ik zat zelfs nog aan iets anders te denken. Ik zou het Zorginstituut kunnen vragen om op een rijtje te zetten welke veldnormen met e-healthtoepassingen we al hebben, zodat we, als we dat overzicht komend jaar krijgen, van daaruit verder kunnen en zodat we zicht hebben op de ontwikkelingen en aan de hand van een inzicht dat het Zorginstituut dan moet bieden, kunnen zeggen of het snel genoeg gaat of dat het in de pijn zit en we de vorderingen kunnen meten.

Tot zover, voorzitter.

De voorzitter:

Dank u wel. We zijn aan het einde gekomen van dit algemeen overleg. We kunnen in ieder geval noteren dat mevrouw Van den Berg namens het CDA een VAO heeft aangevraagd. Ik weet niet of mevrouw Van den Berg nog een toelichting kan geven in welke richting zij dan denkt, want dat is wel gebruikelijk.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Dat is volgens mij wel nieuw, dat we dat moeten doen. Ik heb in mijn inleiding aangegeven dat voor ons e-health cruciaal is om de zorg beschikbaar, bereikbaar en betaalbaar te houden, en dat wij ons dus zorgen maken over het gebrek aan opschaling en die duizend bloemen, en ook de opleiding van alle mensen die in de zorg werken.

De voorzitter:

Oké. Naast het feit dat u heeft waargenomen, heeft de minister allerlei zaken meegegeven waarmee hij aan de slag gaat. Hij heeft ook een aantal toezeggingen gedaan, waarbij er terugmelding plaatsvindt aan de Kamer. Het zijn er vier. Ik neem ze even met u door.

- De eerste toezegging is dat de Kamer in het eerste kwartaal van 2020 de agenda MedTech ontvangt.
- In januari ontvangt de Kamer een brief over de betrokkenheid van patiënten bij het Health Innovation Initiative Holland, het Hii-Holland, waarin zal worden ingegaan op de monitoring van de uitkomstgerichtheid van de projecten. Dat was de tweede toezegging.
- De derde is dat de Kamer komend jaar de eerste resultaten ontvangt van het gebruik van persoonlijke gezondheidsomgevingen, de PGO's, waarbij zal worden ingegaan op de verschillende varianten van de wijze van vergoeding van PGO's.
- De vierde toezegging is dat aan het Zorginstituut de lijst van reeds ontwikkelde veldnormen gevraagd zal worden, die in 2020 met de Kamer gedeeld zal worden.

Daarmee zijn we aan het einde gekomen van dit algemeen overleg. Ik dank de leden, de minister voor zijn aanwezigheid en de beantwoording van alle vragen, en de mensen die dit AO op de tribune en elders hebben gevolgd.

Sluiting 11.44 uur.