

Vergaderjaar 2017–2018

29 689

Herziening Zorgstelsel

Nr. 932

VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Vastgesteld 12 juli 2018

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 27 juni 2018 overleg gevoerd met de heer Bruins, Minister voor Medische Zorg en Sport, over:

- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 29 mei 2018 inzake antwoorden op vragen commissie over de toezending standpunten voorwaardelijke toelating tot het basispakket van de Zorgverzekeringswet (Kamerstuk 29 689, nr. 908);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 14 maart 2018 inzake toezending standpunten voorwaardelijke toelating tot het basispakket van de Zorgverzekeringswet (Kamerstuk 29 689, nr. 891);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 21 mei 2018 inzake subsidieregeling Veelbelovende Zorg Sneller bij de Patiënt (Kamerstukken 29 689 en 32 620, nr. 905);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 13 juni 2018 inzake ontwerpbesluit houdende wijziging van het Besluit Zorgverzekering in verband met de vereveningsbijdrage voor het kalenderjaar 2019 (Kamerstuk 29 689, nr. 912);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 1 juni 2018 inzake basispakket Zorgverzekeringswet (Zvw) 2019 (Kamerstuk 29 689, nr. 909);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 1 juni 2018 inzake ontwerpbesluit houdende wijziging van het Besluit zorgverzekering in verband met het zorgpakket Zvw 2019 (Kamerstuk 29 689, nr. 910);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 19 juni 2018 inzake reactie op verzoek commissie over een lijst met alle geneesmiddelen, vitamines en mineralen die uit het pakket zullen verdwijnen (Kamerstuk 29 689, nr. 916);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 19 juni 2018 inzake voorwaardelijke toelating tot het basispakket 2019 (Kamerstuk 29 689, nr. 915);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg d.d. 20 juni 2018 inzake antwoorden op vragen commissie over de voorhang**

invoering maximumtarieven Gecombineerde Leefstijlinterventie (GLI) (Kamerstuk 32 793, nr. 314).

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

De voorzitter van de commissie,
Lodders

De griffier van de commissie,
Post

Voorzitter: Lodders
Griffier: Post

Aanwezig zijn acht leden der Kamer, te weten: Agema, Van den Berg, Pia Dijkstra, Ellemeet, Van Gerven, Van Kooten-Arissen, Lodders en Ploumen,

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

Aanvang 13.31 uur.

De voorzitter:

Goedemiddag. Allemaal hartelijk welkom bij de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport. We hebben vanmiddag met elkaar een debat over het pakketbeheer. Ik heet de Minister voor Medische Zorg en – zo zal ik er maar even bij zeggen – Sport van harte welkom, en uiteraard ook zijn ondersteuning. Ik heet de Kamerleden welkom. Ik kan me voorstellen dat er straks nog een aantal Kamerleden binnen komen lopen, omdat er voor hen nu andere verplichtingen zijn. Mevrouw Ellemeet heeft aangegeven dat zij om 14.30 uur deze vergadering moet verlaten. Zij is dan bij dezen geëxcuseerd. Een medewerker van haar luistert mee, zo heb ik begrepen. Daarnaast heet ik u allen in de zaal uiteraard van harte welkom, en zeker ook de mensen die dit debat op een andere manier volgen.

We hebben dit AO Pakketbeheer tot uiterlijk 17.30 uur gepland. Voor de eerste termijn stel ik voor een spreektijd per Kamerlid van vijf minuten en maximaal twee korte interrupties, zodat er voldoende tijd zal zijn om het debat met de Minister aan te kunnen gaan.

Ik geef als eerste graag het woord aan de heer Van Gerven, die spreekt namens de fractie van de SP. Ga uw gang.

De heer Van Gerven (SP):

Dank u wel, voorzitter. Hebben wij hier een boekhouder voor ons zitten, waarvoor de getallen en het geld regeren, of hebben wij hier een Minister van Volksgezondheid, die staat voor zijn patiënten? Wij denken dat het de boekhouder is. De Minister heeft de mond vol van de aanpak van de stapeling van de zorgkosten. Maar wat heeft dat voor effect als je daar niet de juiste acties aan verbindt? Dit kabinet houdt het hoge eigen risico van € 385 in stand en accepteert daarnaast eigen bijdragen voor geneesmiddelen van maximaal € 250. En last but not least draagt het kabinet ook nog eens bij aan de stapeling van zorgkosten door zware paracetamol, vitaminen en mineralen uit het pakket te halen. Dat lijkt een onschuldige maatregel, maar dit treft een grote groep chronisch zieken en ouderen, honderdduizenden mensen. Het schrijnende is dat deze mensen al vastzitten aan een torenhoog eigen risico van € 385. Daarnaast hebben ze in het slechtste geval dus ook nog te maken met een eigen bijdrage voor medicijnen van € 250. Daarmee zit je al op € 635 per jaar. En als het aan deze Minister ligt, komen hier nog eens extra kosten bij die kunnen oplopen tot € 80 per jaar of zelfs meer.

De Minister heeft gekeken of deze middelen, althans gedeeltelijk, in het pakket kunnen blijven voor patiënten die langdurig van deze geneesmiddelen gebruikmaken. Dit wordt niet gedaan, omdat er zo te weinig bespaard kan worden. Het is wel een erg makkelijke manier om 40 miljoen op te halen, over de ruggen van chronisch zieken en ouderen. Mijn oproep aan de Minister is dan ook: doe het niet! Deze operatie treft veel mensen, terwijl er relatief weinig mee bespaard wordt. 40 miljoen zou het moeten opleveren. Dat moeten we toch makkelijk bij elkaar kunnen vinden. Ik heb wel een suggestie. Zo is 40 miljoen eenveertigste van wat we jaarlijks als cadeautje aan buitenlandse aandeelhouders gaan weggeven, 1,6 miljard, door het afschaffen van de dividendbelasting. Dus één jaar doorgaan met die dividendbelasting levert 40 jaar medicijnen op voor deze mensen. Ik

wil hiermee aangeven dat dit dus gewoon een politieke keuze is. Het zal geen verrassing zijn dat er, wat de SP betreft, een andere keuze wordt gemaakt: voor de chronisch zieken, niet voor buitenlandse aandeelhouders. Soms kan het leven heel verrassend eenvoudig zijn, zo wil ik de Minister nog eens meegeven. Stop met dat boekhouden en word een Minister van Volksgezondheid!

Dan de fysiotherapie. Laatst hadden we hier een zaal vol met fysiotherapeuten. Zij zitten in de problemen omdat de tarieven te laag zijn en ze door de behandelindex worden belemmerd in het leveren van goede zorg. Een andere kwestie is de voorwaardelijke toetreding van fysiotherapie bij verschillende vormen van reuma. Nu wordt er per reumasoort een apart onderzoekstraject voor voorwaardelijke toetreding ingezet. Kan dit nu niet anders, Minister? Zo gaat het namelijk nog heel lang duren voordat ernstig zieke mensen de behandeling krijgen die ze nodig hebben. En wat is dat toch voor idioterie dat er bijvoorbeeld twintig behandelingen worden vergoed bij COPD, een longziekte, maar dat aan de andere kant het aantal behandelingen waarvoor fysiotherapie wordt vergoed, wordt gemaximeerd? Ook hier wordt weer gekozen voor de oplossing van de boekhouder, terwijl in dit geval de ernstig zieke patiënten de rekening betalen. Het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie, het Longfonds en anderen wijzen hier ook op: minder fysiotherapie leidt tot meer kans op onnodige exacerbatie van de longaandoening en tot schade voor de ernstig zieke longpatiënt. Wat de SP betreft is de oplossing wederom een hele simpele: laat de fysiotherapie weer toe tot het basispakket. Dan regelen we dat de fysiotherapeuten kostendekkende tarieven krijgen, en de patiënten de zorg die ze nodig hebben. Dan zijn we af van al die zinloze bureaucratie. Dus: is de Minister een boekhouder, of wil hij als Minister van Volksgezondheid de geschiedenis in?

Afrondend, voorzitter. We kregen een brief van de Vereniging Afbouwmedicatie: «constaterende, dat bij te abrupt stoppen van medicatie zoals antidepressiva, antipsychotica en slaap- en kalmeringsmiddelen ernstige ontwenningverschijnselen kunnen ontstaan; dat daarom het tempo van afbouw aan moet sluiten bij de individuele situatie van de patiënt; dat de standaardrichtlijnen van geregistreerde medicatie hiervoor geen oplossing bieden; dat voor het verantwoord afbouwen van deze medicatie magistrale bereiding bij de apotheker cruciaal is; dat deze magistrale bereiding niet door alle zorgverzekeraars wordt vergoed; roepen de leden van de vaste commissie voor VWS op, de Minister van Medische Zorg Bruno Bruins hiervan op de hoogte te brengen en actie te ondernemen; en wensen u veel wijsheid toe bij het debat.»

Minister **Bruins**:

«U» dus.

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

Ja, maar dat geldt zeker óók voor de Minister. De vraag is eigenlijk of de Minister dit wil oplossen. Want dit is toch heel eenvoudig op te lossen. Hij komt de verzekeraars namelijk nog weleens tegen, af en toe.

Dank u wel, voorzitter.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Dan geef ik nu graag het woord aan mevrouw Ploumen. Dit is de eerste keer dat ik u tref in deze commissie, dus van harte welkom.

Mevrouw Ploumen spreekt namens de fractie van de Partij van de Arbeid. Ga uw gang.

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):

Dank u wel, voorzitter. Het is een genoegen om u hier in deze rol te zien. Mijn eerste verzoek aan de Minister gaat over Fampyra. MS-patiënten die het medicijn Fampyra gebruiken, zijn inmiddels ten einde raad. Dat

hebben we kunnen zien in het tv-programma Radar, een paar maanden geleden, maar ik kan het ook lezen in de berichten die zij mij sturen. Want elke dag merken zij dat dit middel hen echt helpt: ze kunnen ineens weer beter lopen en hebben meer energie. Dat is echt; dat zit niet tussen hun oren. Ze kunnen door Fampyra meer meedoen. Dat betekent heel erg veel voor hen. Resultaten die zij met jarenlange fysiotherapie niet hebben kunnen bereiken, kunnen ze nu wel bereiken met Fampyra. Ook neurologen zien dat Fampyra echt werkt bij hun patiënten, en getuigen daar ook van. Het besluit van de Minister om Fampyra niet langer beschikbaar te stellen, vind ik dan ook onbegrijpelijk. In antwoorden op vragen van collega's schrijft hij dat Fampyra – en ik citeer – «niet pakketwaardig» is. Ik zet daartegenover: het is wel ménswaardig om dit middel te verstrekken. Tot het einde van het jaar wordt Fampyra door de fabrikant kosteloos aangeboden, maar hoe moet het daarna verder? Mijn fractie wil dat Fampyra voor de patiënten die daar baat bij hebben, gewoon beschikbaar blijft via het basispakket. De Minister heeft hier tot nu toe afwijzend op gereageerd. Ik vind dat zijn antwoorden op de schriftelijke vragen die door verschillende fracties hier aan tafel zijn gesteld, niet overtuigen. Ik heb daarom twee vragen aan hem. Eén: de onderzoeksresultaten laten bij groepen patiënten wel degelijk positieve effect zien. Ook lopen er nog allerlei onderzoeken. Is de Minister bereid om – om maar even in de medische terminologie te blijven – een second opinion te laten uitvoeren, waarin alles nog eens onder de loep wordt genomen en in samenhang wordt beoordeeld? We hebben het allemaal kunnen zien: het The Lancetonderzoek geeft een heel ander beeld dan andere onderzoeken. Mijn tweede vraag: waarom kan of wil de Minister niet met ons delen in welke andere landen Fampyra op dit moment wordt vergoed? Zijn voorganger, Edith Schippers, deed dat in 2014 in antwoord op Kamervragen van collega Klever van de PVV wel. Zou hij bereid zijn, zo vraag ik hem, om alsnog een actueel overzicht te geven van de landen waar Fampyra in het pakket zit, en ook van wat daar de bevindingen zijn? Voorzitter, mijn tweede punt; collega Van Gerven sprak er ook al over. Het gaat over het schrappen van een aantal middelen uit het basispakket: paracetamol en foliumzuur, onder andere. Het kabinet kiest ervoor om die middelen uit het basispakket te halen, maar dit zijn geneesmiddelen waar patiënten overduidelijk veel baat bij hebben. Je ziet dat dit gaat om een relatief klein bedrag dat in het totaal van de VWS-begroting wordt bespaard, maar het heeft heel grote gevolgen voor mensen, vaak chronische patiënten die het sowieso al moeilijk hebben door de kosten die zij moeten betalen aan gezondheidszorg. De vereniging van reumatologen wijst erop dat er een belangrijk risico voor medicatieveiligheid ontstaat als foliumzuur uit het basispakket gaat. Dat kan toch niet de bedoeling zijn? Ik weet bijna zeker dat de Minister dat ook onwenselijk zou vinden.

Een kleine kanttekening bij wat het kabinet aangeeft wat betreft de consequenties voor patiënten. Het kabinet zegt: het kost de patiënt slechts enkele euro's per maand. Dat beeld behoeft echt nuancering. Ik wou de Minister graag meegeven dat dit maar voor een beperkt deel van de patiënten klopt. Ik haal even de getallen erbij: voor een groep gebruikers, zo'n 100.000 mensen, zouden de kosten zelfs kunnen oplopen tot meer dan € 150 per jaar. Dat is echt veel geld. 40 miljoen euro bezuiniging uit het basispakket moet dan dus worden opgebracht door de mensen die de geneesmiddelen nodig hebben, waaronder ook veel mensen die dat geld helemaal niet kunnen missen. Ik sluit mij aan bij alles wat mijn collega Van Gerven daarover gezegd heeft.

Voorzitter, mijn laatste punt. Door de toevoeging van de geïntegreerde leefstijlinterventie in het basispakket komen er meer en nieuwe mogelijkheden voor preventie. Dat juicht de PvdA-fractie natuurlijk toe. Er moet wel een echt geïntegreerde aanpak komen met alle relevante partijen, zodat de juiste mensen bereikt worden. Daarom de volgende korte vraag

aan de Minister: hoe verhoudt het toevoegen van die geïntegreerde leefstijlinterventie zich tot het nog af te sluiten hoofdlijnenakkoord preventie, waar nu aan gewerkt wordt? Worden patiëntenorganisaties erbij betrokken? De zorgverzekeraars laten weten dat het RIVM-register nog niet operationeel is. Wat ons betreft zou dat wel moeten. Hoe staat het daarmee? Dat was mijn laatste vraag aan de Minister.

De voorzitter:

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

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Dank u wel, voorzitter. We hebben het vandaag over het pakket. Het basispakket is ontzettend belangrijk voor de toegankelijkheid van de zorg. Het zorgt er namelijk voor dat iedereen gebruik kan maken van de basisvoorzieningen, ongeacht wat je verdient. Ik denk dat dat een heel groot goed is. Eigenlijk vinden we dat vanzelfsprekend, maar we kunnen best af en toe benadrukken hoe belangrijk en in zekere zin ook bijzonder dat is. Dat neemt niet weg dat we daartegenover een eigen risico van € 385 hebben gesteld. Daarmee hebben we weer een drempel opgeworpen die juist voor mensen die het financieel wat lastiger hebben tot grote problemen kan leiden. We weten dat mensen ook om die reden zorg mijden, dus dat wilde ik allereerst vermeld hebben. Ik sluit mij aan bij wat de heer Van Gerven daarover zei. Het is een vanzelfsprekendheid waar wij, mijn fractie en ik, ons niet bij neerleggen. Uiteindelijk moeten we daarvan af.

Dat gezegd hebbende wil ik graag een aantal onderwerpen bespreken. Ik wil graag beginnen met een punt dat ik vorig jaar al heb gemaakt, maar dat ook dit jaar nog belangrijk en noodzakelijk blijft. Het gaat over de informatievoorziening over verzekeringen. Die blijft voor sommige mensen nog steeds te ingewikkeld. Hoe werkt zo'n zorgverzekering? Hoe werkt een aanvullende zorgverzekering? Waarvoor gelden het eigen risico en de eigen betalingen? Het is gewoon ingewikkeld voor veel mensen. Dat maakt de zorg dus ook minder toegankelijk. Mijn collega Lisa Westerveld heeft in een debat over laaggeletterdheid al aangegeven dat laaggeletterden veel moeite hebben met de communicatie van zorgverzekeraars. Dat moet en kan ook beter. Ziet de Minister hierin een rol voor zichzelf weggelegd?

Ik heb in april vorig jaar samen met mijn voormalige CDA-collega Keijzer een motie ingediend over het intensiveren van de informatievoorziening over het eigen risico. Dat is al best een hele tijd geleden, maar er is nog geen reactie op gekomen. Of ik heb iets over het hoofd gezien en dan hoor ik dat graag van de Minister. Hij knikt, meteen antwoord. Soms gaat het heel snel. Graag nog even een toelichting daarop.

Dan het punt over paracetamol en verschillende vitaminen en mineralen die niet meer in het basispakket zitten. Het Zorginstituut gaf al in 2016 aan dat dit negatieve gevolgen zou kunnen hebben voor de therapietrouw van met name oudere patiënten. Hoe wordt nu gemonitord wat de gevolgen zijn van deze beslissing? Hoe onderzoeken we of mensen geen zorg zullen mijden of juist duurdere alternatieven gaan gebruiken? Deze beslissing kan namelijk ook leiden tot een stapeling van zorgkosten. Als we nu al zien dat ouderen tussen de € 70 en € 90 per jaar gebruiken aan paracetamol, dan betekent dat weer extra zorgkosten die zich opstapelen. Voor de vitaminen en mineralen kan dit volgens het Reumafonds voor meer dan 100.000 mensen meer dan € 150 per jaar zijn. Dat is echt een hele grote groep. Voor deze groep mensen zijn de zorgkosten al hoog. Zo heeft het Nibud al in 2017 geconcludeerd dat chronische patiënten vaak 20% van hun inkomen kwijt zijn aan zorgkosten, terwijl een gemiddelde Nederlander maar 4% tot 6% kwijt is aan zorg.

Daarnaast waarschuwt het Zorginstituut ervoor dat door het schrappen van de vitamines en mineralen duurdere vervangers zullen worden gebruikt. Deze vervangende middelen zijn niet alleen duurder, maar vaak ook zwaarder. Hoe verhoudt zich dat dan met de ambitie van de Minister om niet alles te medicaliseren of, zoals in het regeerakkoord staat, het voorkomen van onnodige zorg? Graag een reactie daarop. Is er geen mogelijkheid om deze zelfzorgmiddelen wel te vergoeden voor mensen die deze middelen in combinatie gebruiken met de medicatie voor een chronische aandoening?

Ik wilde het uiteraard ook hebben over leefstijlgeneeskunde. Zoals de Minister weet, ben ik een groot voorstander van leefstijlgeneeskunde. Ik ben blij dat de gecombineerde leefstijlinterventie in het basispakket zit. Dat is een belangrijke eerste stap in onze visie op de zorg. We moeten onszelf leren om ons te richten op gezondheid en niet alleen op ziekte. Maar om de uitvoering van de GLI optimaal te benutten, heb ik wel nog wat opmerkingen en wat aanmoedigen voor de Minister. Zoals de Minister ook heeft aangegeven in zijn brief, kwam er eerder geen aanbod tot stand van zorgaanbieders die de gecombineerde leefstijlinterventie aanbieden. Nu is er een addendum opgesteld en is er een pilot uitgevoerd om deze beleidsregel kenbaarder te maken. Zijn er na de pilot nog knelpunten geconstateerd die we kunnen aanpakken om de beleidsregel bekender te maken?

Behalve bij de zorgaanbieders moet de regeling ook voldoende bekend zijn bij de mensen die er gebruik van kunnen maken. Mevrouw Ploumen had het daar ook over. Hoe is de Minister van plan om hen voor te lichten over de leefstijlinterventie en de leefstijlcoaches? Hoe worden de patiëntenorganisaties erbij betrokken? Spelen zij ook een rol bij het monitoren van de maatschappelijke baten?

Dan mijn laatste vraag op dit punt. Zorgverzekeraars kunnen alleen leefstijlinterventies vergoeden die geregistreerd zijn in het RIVM-register, maar ik heb begrepen dat dat register nog niet operationeel is. Kan er nog voor 1 juli helderheid komen over dat register? Kan de Minister garanderen dat dit register voor 1 juli operationeel is?

Ten slotte ...

De voorzitter:

Gaat u afronden?

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Ik ga afronden. Ik wilde nog heel kort stilstaan bij de afbouwmedicatie, de taperingstrips, heel belangrijk voor mensen die af willen van hun antidepressiva. Ook daar moeten we ontmedicaliseren; geen medicijnen gebruiken waar dat niet nodig is. We moeten mensen daarbij helpen. Ziet de Minister daarbij een rol voor zichzelf weggelegd?

Ik sluit mij aan bij de vragen en opmerkingen van mevrouw Ploumen over Fampyra.

De voorzitter:

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

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

Dank u wel, voorzitter. Patiënten willen natuurlijk graag dat alle zorg vergoed wordt wanneer zij ziek zijn of zorg nodig hebben. Gelukkig kennen we in Nederland een breed basispakket – ik denk dat we daar trots op mogen zijn – waar heel veel nieuwe vergoedingen voor geneesmiddelen, behandelingen en technieken automatisch of na een advies van het Zorginstituut instromen.

Daarnaast staan we ook wel voor een uitdaging om de zorg betaalbaar te houden. Dat vraagt soms om keuzes te maken. Vorige week hebben wij

nog een petitie aangeboden gekregen van het Burgerforum «Keuzes in de zorg», Draagvlak voor lastige keuzes. Een aantal burgers is aan de slag gegaan om te kijken hoe zij die keuzes zouden maken. Men begrijpt dat die keuzes gemaakt moeten worden en in zijn algemeenheid is er ook wel draagvlak voor de aanpak die we hiervoor in Nederland hebben. Dan kom ik direct bij het basispakket. De VVD steunt de voorstellen voor het basispakket 2019. Er zit een aantal positieve zaken in wat ons betreft, zoals de oefentherapie voor COPD en de gecombineerde leefstijlinterventies. Het is natuurlijk nooit leuk als behandelingen of geneesmiddelen opeens niet meer vergoed worden. Als het gaat om die vitamines, mineralen en paracetamol – een paar van mijn collega’s spraken er ook al over – wil de VVD wel dat er een goede monitoring plaatsvindt. Hoe gaat het met het gebruik van deze middelen na de pakketuitname? Welk effect heeft het op de behandeling van bijvoorbeeld chronisch zieken? Gaan artsen nu niet ineens onnodig zwaardere medicatie voorschrijven? En kijk ook naar de therapietrouw. Ik wil graag een toezegging van de Minister dat hij dat de komende tijd goed gaat monitoren en dat terugkoppelt naar de Tweede Kamer.

De voorzitter:

Voordat u verdergaat, een vraag van mevrouw Ellemeet.

Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):

Wie eerst? Ik denk dat we ongeveer hetzelfde punt gaan maken. De VVD stelt vragen, maar vraagt ook naar de bekende weg, waarvan we de uitkomst al weten. We weten namelijk al dat het voor een hele grote groep mensen, honderdduizenden mensen, tot extra kosten gaat leiden, tot € 150 meer per jaar. Dat zijn mensen die vaak al hun hele eigen risico moeten gebruiken. Mijn vraag aan mevrouw De Vries is of het niet juist belangrijk is om nu geen wijzigingen in het pakket aan te brengen waarvan we weten dat we kwetsbare groepen mensen gaan opzadelen met financiële en ook gezondheidsproblemen.

Mevrouw Aukje de Vries (VVD):

Ik ben niet zo stellig als mevrouw Ellemeet, die al weet wat de uitkomst daarvan zal zijn. Ik vind het noodzakelijk dat we gaan monitoren wat de gevolgen van de pakketuitname zullen zijn. Ik ben er wel van overtuigd dat we keuzes moeten maken. Dit komt niet zomaar uit de lucht vallen. Er is een rapport van het Zorginstituut, dat hiernaar heeft gekeken en dat dit ook ten opzichte van de andere middelen binnen het pakket heeft bekeken. Dan komen wij tot de conclusie dat we die beslissing nu wel moeten nemen, maar wel met die goede monitoring.

Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):

Deze kwetsbare groepen of patiënten met een chronische ziekte hebben heel weinig aan een goede monitoring. Die moeten gewoon nu de garantie hebben dat zij de financiering rond kunnen blijven krijgen voor paracetamol en die andere medicijnen. Juist die kwetsbare groepen brengen we nu in de problemen. Mijn vraag aan mevrouw De Vries is of we voor de groepen chronische patiënten waarvan we weten dat dit negatief voor hen gaat uitpakken, niet een uitzondering moeten maken op deze beslissing.

Mevrouw Aukje de Vries (VVD):

Zoals ik net al aangaf, weet mevrouw Ellemeet een aantal dingen al heel zeker. Ik denk dat je dat niet eerder kan beoordelen dan wanneer we dat in de praktijk goed monitoren. Ik vind het wel belangrijk dat bij de apothekers – ik heb direct een vraag richting de Minister daarover – en de artsen het belang van de combinatie van dit soort middelen wordt benadrukt en dat men daarover goed in gesprek gaat met de patiënt. Hoe

gaat de Minister ervoor zorgen dat dat op een goede manier gaat gebeuren en dat dat ook wordt bevorderd bij de artsen en de apothekers?

De voorzitter:

Dank u wel.

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):

Ik sluit me natuurlijk aan bij de vragen van mevrouw Ellemeet, maar ik wou toch ook nog iets vragen aan mevrouw De Vries. Zij zegt: we willen in de praktijk zien hoe het uitpakt. Ik zou haar het volgende willen voorhouden. De praktijk toont dat het middel Fampyra bij een aantal patiënten, een significante groep, effectief is. Daar is dus gemonitord en daar is een conclusie getrokken. En de Minister zegt: het is niet pakketwaardig. Ik zeg: het is wel menswaardig om het te verstrekken. Is zij het met mij eens dat het toch goed zou zijn om samen de Minister te vragen om Fampyra in het pakket te houden, nu na monitoring gebleken is dat het effectief is?

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

Als je de ervaring hebt dat een middel bij je werkt, dan is het natuurlijk vreselijk als de beslissing wordt genomen dat het niet meer vergoed gaat worden. Maar ik denk dat hier van tevoren ook wel een heel gedegen afweging is gemaakt. Ook hierbij is er een onderzoek geweest om te kijken wat de effectiviteit is ten opzichte van de bestaande aangeboden therapieën. Er zijn ook afspraken gemaakt over de voorwaarden waaraan voldaan zou moeten worden, wilde het uiteindelijk definitief in het pakket instromen. Ik ben dus niet bereid om op dit moment te zeggen: we laten het nu instromen in het pakket. Mochten er nieuwe testresultaten zijn, waardoor opnieuw een beoordeling kan plaatsvinden door het Zorginstituut, dan moeten we daar natuurlijk altijd weer naar willen kijken, maar op dit moment helaas niet.

De voorzitter:

Afrondend, mevrouw Ploumen.

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):

Dank aan de collega. Ik heb een verzoek gedaan om een second opinion, omdat wij toch wel voldoende resultaten zien uit verschillende onderzoeken waar we nog eens een reflectie op zouden willen hebben. Dat is dus eigenlijk nog even twee stappen terug in de richting van mevrouw De Vries; zo zou ik het willen definiëren. Zou ik aan haar mogen vragen of ze erover na zou willen denken of ze zo'n verzoek om een second opinion aan de Minister zou kunnen steunen?

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

Dat vind ik een hele ingewikkelde, omdat Fampyra natuurlijk niet voor de eerste keer beoordeeld is. In 2002, zeg ik zo even uit mijn hoofd, is er ook een beoordeling van Fampyra geweest. Toen is het Zorginstituut tot dezelfde conclusie gekomen. Ik denk dat er dan ook echt eerst nadere gegevens nodig zijn voordat we daar weer naar gaan kijken en het Zorginstituut daar weer naar laten kijken.

Dan ga ik over naar het zittend vervoer. Daar is wat discussie over, want het is een tijdelijke regeling. De vraag is of dat niet onduidelijk is voor de patiënt. Er zijn vrij veel wisselingen in korte tijd. Hoe zit het nu eigenlijk? Wie maakt er nu straks wel aanspraak op? Want in een groot aantal gevallen zal een patiënt ook wel gewoon zelfstandig naar een dergelijke afspraak toe kunnen. We zijn benieuwd hoe de Minister dat gewogen heeft in zijn afweging. Dan kom ik ook bij de toekomstige regeling. Daar gaat de Minister nog nader advies over laten vragen. De VVD wil graag dat er inzicht komt in de gevolgen voor de huidige groep patiënten die het

vervoer vergoed krijgen, maar ook die voor de toekomstige groep. Ik krijg het idee dat de Minister dat alleen voor één optie zou willen gaan doen, maar dat zou wat ons betreft voor de beide onderzochte opties gedaan moeten worden. Verder zijn we benieuwd hoe de patiëntenorganisaties hierbij betrokken worden, want dat vinden wij wel belangrijk in dit traject. Daar enigszins aan gerelateerd: we zien dat er in de zorg toch steeds meer centralisatie en concentratie van hoogspecialistische zorg plaatsvindt. Het vervoer daarnaartoe wordt nu in een aantal gevallen wel vergoed, maar sommige behandelingen worden maar op enkele plekken of zelfs maar op één plek in Nederland aangeboden. Dan zijn de afstanden soms te groot, zeker als je langere tijd dagelijkse behandelingen moet hebben. We zouden de Minister willen vragen om te kijken naar een oplossing voor die problematiek. We zouden bijvoorbeeld kunnen voorstellen om het Zorginstituut daar een onderzoek naar te laten doen. Maar wellicht zijn er ook andere praktische oplossingen mogelijk. Daar krijgen wij dus graag een reactie op van de Minister. Wij zouden daar in ieder geval voor 1 januari 2019 graag wat meer zicht op willen hebben.

Dan nog een aantal andere, wat lossere onderwerpen. De heer Van Gerven van de SP sprak zonet ook al over fysiotherapie voor reuma. Daarvan worden een aantal varianten in een voorlopige toelatingsprocedure geplaatst, maar er zijn er natuurlijk heel veel meer. Hoe kunnen we dat onderzoek naar de effectiviteit van fysiotherapie voor reuma versnellen? Een aantal andere collega's had het ook al over de afbouwmedicatie van specifieke antidepressiva met behulp van bijvoorbeeld taperingstrips, ook met het oog op vergoeding. Dat document van het Zorginstituut werd in mei 2018 verwacht. Wanneer komt dat? Hoe gaat de financiering van de werving van stamceldonoren er in de toekomst uitzien?

Mijn laatste punt gaat over de innovatieregeling die de Minister heeft voorgesteld. Het is goed dat daarbij ook de innovatieve kleine bedrijven betrokken zijn, maar we vinden het wel belangrijk dat ook gekeken wordt of dat in de praktijk gaat werken. We vragen dus of de Minister daar na een of twee jaar naar zou willen kijken. We zouden graag zien dat we in ieder geval ook wat tempo maken met de nieuwe regeling die er voor de geneesmiddelen zou moeten komen, want die is hard nodig wat ons betreft.

Dank u wel, voorzitter.

De voorzitter:

Ik gaf u iets te vroeg het seintje; excuus. Ik hoop dat u klaar was met uw vragen. Dan geef ik nu het woord aan mevrouw Dijkstra. Mevrouw Dijkstra spreekt namens de fractie van D66. Gaat uw gang.

Mevrouw Pia Dijkstra (D66):

Dank u wel, voorzitter. Wij hebben het over wat wel wordt vergoed in het basispakket en wat niet. Dat is onze discussie vandaag. Dan ligt heel vaak de nadruk op wat er niet of niet meer vergoed wordt. Dat is begrijpelijk, maar ook weer niet helemaal terecht. Want laten we ons ook realiseren dat in Nederland het overgrote deel van de zorg wordt vergoed vanuit de basisverzekering; de noodzakelijke zorg, die voor iedereen evenveel kost, ongeacht welke dure behandeling je nodig hebt. Dat vind ik iets om trots op te zijn.

Dat neemt niet weg dat wij ook heel moeilijke keuzes moeten maken. Oneindig toevoegen aan het pakket is onmogelijk en ook niet wenselijk. Mijn buurvrouw had het al even over het Burgerforum Keuzes in de zorg. Ik heb het vorige week bij het geneesmiddelenoverleg ook al even genoemd. Het is toch interessant om te zien dat ook deze mensen, van wie het merendeel voorafgaand eigenlijk vond dat alles moet worden vergoed, nadat ze het er veel met elkaar over hadden gehad en goed geïnformeerd raakten over wat er allemaal aan keuzes gemaakt moet

worden, concludeerden dat het maken van keuzes nou eenmaal financieel nodig is. Daar staan wij natuurlijk ook voor. We hebben het vandaag bijvoorbeeld over het advies van het Zorginstituut om vitaminen, mineralen en paracetamol, die in het algemeen niet duur zijn, niet collectief te vergoeden, ook omdat er een gelijkwaardige of bijna gelijkwaardige variant bij de drogist of de supermarkt te koop is, en daar bovendien minder kost. Daar wil ik de Minister nog wel even over horen. Hoe komt het nou dat dat verschil in kosten er is? Daarnaast sluit ook ik ... O, sorry, er is nog een vraag. Dan wacht ik even.

De voorzitter:

Ja, voordat u verdergaat is er eerst een vraag van de heer Van Gerven en dan een van mevrouw Agema.

De heer Van Gerven (SP):

Dat er in de politiek keuzes gemaakt moeten worden, is duidelijk. Daar zitten we hier voor. Maar is het niet zo dat de coalitie de verkeerde keuze maakt? Ik heb al aangegeven dat die 40 miljoen die bezuinigd wordt een veertigste is van wat de dividendbelasting opbrengt. Maar in de zorg zelf was er het afgelopen jaar 2,6 miljard over. Moeten we dus niet een andere keuze maken? Dat wil ik voorleggen aan mevrouw Dijkstra van de D66-fractie, met name met betrekking tot die paracetamol, vitaminen en mineralen die genoemd zijn. Het Nederlands Huisartsen Genootschap geeft nadrukkelijk aan dat het ook geldt voor foliumzuur, dat van belang is voor neuraalbuiseffecten bij kinderen, voor kalktabletten, die van belang zijn om fracturen te voorkomen, en ga zo maar verder. Is dat dan niet penny wise, pound foolish? Dat zou ik willen vragen aan de D66-fractie.

Mevrouw Pia Dijkstra (D66):

Als ik dat vond, dan zou ik dat nu gezegd hebben. Dat mag duidelijk zijn. Ik noem het met opzet lastige keuzes, want ik zou ook heel graag alles willen vergoeden. Ik zou ook heel graag de keuze willen kunnen maken om dit allemaal te doen, om dure geneesmiddelen te vergoeden, alle zorg te geven, ook al weten we soms niet of het effectief is, en alles te doen wat er maar mogelijk is. Dat kan niet. Dan kijk je waar je de keuzes legt. Wij willen ook die fysiotherapie voor COPD. Dat komt in het pakket; daar kom ik zo meteen op. We willen ook de gecombineerde leefstijlinterventies. Dat vinden we heel belangrijk. We moeten dus keuzes maken. En we hebben natuurlijk beperkte middelen, want het geld waar de heer Van Gerven het over heeft, die 1,4 of 1,6 miljard, is door iedereen in de oppositie al aan andere dingen uitgegeven. Wij hebben ons te houden aan het budget dat beschikbaar is voor VWS. Dat is al een heel groot budget. We willen ook niet dat dat de pan uit groeit. We willen het kunnen blijven opbrengen met elkaar, om die toegankelijkheid van de zorg ook vol te houden.

De voorzitter:

Afrondend, de heer Van Gerven.

De heer Van Gerven (SP):

Dit is echt flauwekul. U wilt die keuze niet maken, maar het is heel eenvoudig. Ik heb gezegd: 2,6 miljard over op de zorg, op het geneesmiddelendossier ook honderden miljoenen over. Dus u had ook een andere keuze kunnen maken. Maar wilt u nou eens ingaan op wat de professionals zeggen, op wat de huisartsen zeggen, die het elke dag meemaken? Zij zeggen: het leidt tot therapieontrouw; juist de kwetsbare chronisch zieke mensen zullen afzien van noodzakelijke geneesmiddelenzorg. Dat die middelen effectief zijn, staat niet ter discussie. Daar is iedereen het over eens. Denk even aan Hoogervorst, elf jaar of langer geleden, toen ook hij medicijnen uit het pakket haalde. Dat is toen ook voor een groot gedeelte teruggedraaid. Moeten we niet gewoon zeggen: dit doen we niet,

we gaan die mensen echt goede zorg bieden? Want uiteindelijk is goede zorg de beste zorg en de meest goedkope vorm van zorg die er is.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):

Als ik even door had kunnen gaan met mijn inbreng, had de heer Van Gerven kunnen horen dat ik de Minister speciaal vraag om monitoring, bijvoorbeeld van therapietrouw of -ontrouw, substitutie of hogere kosten in een ander domein, mee te nemen. Dat vind ik belangrijk. Maar ik vind het ook belangrijk dat als mensen bepaalde medicijnen krijgen waarbij bijvoorbeeld foliumzuur belangrijk is – we hebben het in een ander verband ook over maagzuurremmers gehad – de arts wel aangeeft wat het belang daarvan is voor de patiënt. Voor degenen die het niet kunnen opbrengen hebben we nou juist de regelingen in de gemeenten om mensen bij te staan. Ik denk dat het heel erg belangrijk is om die heel goed uit te dragen, zodat mensen weten dat ze er een beroep op kunnen doen als ze als chronisch patiënt daarmee te maken krijgen. Ik heb hier al vaker om gevraagd. Maar als we keuzes moeten maken, volg ik toch het advies van het Zorginstituut.

De **voorzitter**:

U gaat verder.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):

Goed, voorzitter. Ik heb al een voorschot genomen op de monitoring, die ik belangrijk vind. De Minister heeft ook gezegd te gaan monitoren. Mijn vraag is wanneer hij daarmee begint. Neemt hij inderdaad de onderwerpen daarin mee die ik genoemd heb?

Voorzitter. De Minister kiest ervoor om ook een aantal zaken aan het pakket toe te voegen: vergoeding vanaf de eerste behandeling bij COPD, een gecombineerde leefstijlinterventie en een uitbreiding van het zittend ziekenvervoer. Dat vindt D66 belangrijk. Maar we hebben er ook vragen over. Voor COPD wordt het aantal behandelingen gemaximeerd. Hebben wij inzicht in de groep die nu meer behandelingen krijgt dan die maximering? Over GLI, de gecombineerde leefstijlinterventie, is aangegeven dat alleen bewezen effectieve interventies worden geregistreerd en opgenomen in het RIVM-register. Wanneer is dat register gereed? Ik sluit mij wat dat betreft aan bij de vragen van mevrouw Ellemeet.

Wat betreft het zittend ziekenvervoer wordt er nog geen definitieve keuze gemaakt. Er wordt eerst nader onderzoek gedaan naar de effecten voor de huidige patiëntengroepen, omdat die nog onvoldoende in kaart zijn gebracht. Zullen in overleg met patiëntenorganisaties ook de financiële consequenties voor de verschillende doelgroepen in kaart gebracht worden? De zorgverzekeraars hebben opgemerkt dat het nu al uitbreiden van het ziekenvervoer, zodat ook consulten, controles en onderzoeken die onderdeel zijn van de primaire behandeling worden vergoed, tot onduidelijkheid zal leiden. Mijn vraag aan de Minister is of het klopt dat deze uitbreiding juist onderdeel is van de beide opties die het Zorginstituut heeft gegeven. Zal het begrip «behandeling» dus ruimer worden opgevat, ongeacht de definitieve keuze?

Voorzitter. Dan stelt de Minister voor om de huidige regeling betreffende de voorwaardelijke pakkettoelating aan te passen en op korte termijn te vervangen. De nieuwe regeling moet zorg sneller bij patiënt brengen en de aanvraagprocedures eenvoudiger maken. Kleine, innovatieve bedrijven moeten op deze manier gemakkelijker mee kunnen doen. Zij kunnen tijdens het proces ook begeleiding krijgen. Dat klinkt goed, maar een van de maatregelen om het onderzoek te bespoedigen is de zorg alleen aanbieden aan patiënten die noodzakelijk zijn voor het onderzoek. Betekent dit dat die behandeling dan niet zorgbreed beschikbaar komt? Komt op die manier voor een groot deel van de patiënten die zorg dan niet juist later beschikbaar?

De Zorgverzekeraars Nederland, «ZN» zal ik ze afkorten, schreef over de huidige regeling dat ze het als een uitvoeringsprobleem zien dat verzekerden met vergelijkbare zorgvragen soms wel en soms niet de zorg vergoed krijgen, afhankelijk van deelname aan het onderzoek. ZN ziet dit als rechtsongelijkheid. Mijn vraag aan de Minister is of de nieuwe regeling dit wel oplost. Wanneer is die nieuwe regeling klaar? Is het handig dat de aanvragen nu nog volgens de oude regels gaan, als die gaan veranderen? Ik kijk even naar de lichaamstaal van de voorzitter. Ik heb nog één zinnetje. Hoe wordt geborgd, zo vraag ik de Minister, dat de patiënten in het onderzoek een representatieve afspiegeling zijn en er dus ook naar de werking bij vrouwen wordt gekeken? Graag een reactie. Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel. Er is nog een vraag van mevrouw Ploumen.

Mevrouw Ploumen (PvdA):

Dank aan de collega dat ze de aandacht vestigt op het feit dat aandoeningen bij vrouwen vaak later gediagnosticeerd worden. Heel goed dat zij daar aandacht voor vraagt. Ik wil haar de vraag voorleggen die ik ook de collega van de VVD voorlegde. Zij weet dat er verschillende onderzoeken zijn naar de effectiviteit van Fampyra. Die geven ook verschillende resultaten te zien. De praktijk wijst uit dat er een vrij grote groep patiënten is die veel baat bij dit middel heeft. Dat vinden de artsen van die patiënten ook. Kan mevrouw Dijkstra zich aansluiten bij mijn vraag aan de Minister om nog eens een second opinion te doen, ten behoeve van die patiënten?

Mevrouw Pia Dijkstra (D66):

Ik kan me die vraag van mevrouw Ploumen heel erg goed voorstellen. Het enige is dat ik in het advies van het Zorginstituut hierover gelezen heb dat als zich nieuwe feiten voordoen, want dit blijft gemonitord worden, dit zou kunnen leiden tot een nieuwe beoordeling. Ik zie dat als een vorm van second opinion. Ik ben wel benieuwd hoe de Minister reageert, want in feite – mevrouw De Vries gaf dit ook al aan – is er al eerder naar de werking van Fampyra gekeken. Nu is dat weer gebeurd. Ik vind het heel ingewikkeld dat er in de beroepsgroep en in de patiëntengroep verschillende ervaringen zijn. Het Zorginstituut raadpleegt natuurlijk de zorgprofessionals, de medisch-specialisten en de wetenschappers die hiermee bezig zijn, evenals de patiëntengroepen, en moet uiteindelijk tot een afweging komen. Maar ik deel helemaal het ongemak daarover. Daarom heb ik bij het AO Geneesmiddelen de Minister gevraagd of de systematiek die het Zorginstituut hanteert wel deugt. De Minister zei dat dat zeker zo is en dat dat Zorginstituut hier allemaal rekening mee houdt. Maar ik ben ook benieuwd wat het antwoord is op uw vraag.

Mevrouw Ploumen (PvdA):

Mevrouw Dijkstra weet het misschien wel, maar voor de zekerheid nog even het volgende. Bij Fampyra is het ook nog eens zo dat de effectiviteit zich vrij snel manifesteert. Binnen een beperkt aantal weken weten patiënt en arts dus of het wel of niet werkt. Dat zet de effectiviteitsvraag in een ander licht dan bij sommige andere medicijnen. Ik wacht ook graag het antwoord van de Minister af. Wellicht dat we dan gezamenlijk aan een oproep toe kunnen komen. Misschien om nieuwe feiten te verzamelen – patiënten zouden getuigenissen aan ons kunnen sturen – maar wellicht kan de Minister ook andere suggesties doen.

De voorzitter:

Dank u wel. Ik heb niet echt een vraag gehoord.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):

Ik heb ook geen vraag gehoord, maar zoals gezegd, hoor ook ik graag het antwoord van de Minister. Tegelijkertijd zit ik ook in die spagaat: we hebben er een adviesorgaan voor, wij kunnen als politici niet oordelen over de geneeskundige kanten van de zaak; we zijn geen medici. Maar ook ik ben benieuwd naar het antwoord van de Minister. Dan kunnen we verder kijken.

Dank u wel.

De **voorzitter**:

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

Mevrouw Van den Berg spreekt namens de fractie van het CDA. Gaat uw gang.

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

Dank u wel, voorzitter. We hebben een overleg vandaag over het verzekerde pakket in Nederland. We hebben gelukkig een uitgebreide basisverzekering, maar toch komen er soms toevoegingen of dingen die eraf worden gehaald. Dat heeft een groot effect op zieke mensen. Dat betekent dus ook een grote verantwoordelijkheid voor hen die dat moeten beoordelen, zoals het Zorginstituut, dat advies geeft. Deze keer gaan de vitamines eruit, maar de geïntegreerde leefstijlinterventie komt in het pakket.

Wij hebben nog enkele vragen aan de Minister op basis van de adviezen van het Zorginstituut. Ten eerste willen wij graag weten of er overleg is geweest met ouderenorganisaties, patiëntenverenigingen en apothekers over het laten vervallen van de vergoeding van vitamines. Dit temeer daar de Minister aangeeft dat de effectiviteit van deze middelen niet ter discussie staat. Ik zou graag willen aansluiten bij het verzoek van mijn collega's en de Minister willen vragen of hij de effecten gaat monitoren, dus substitutie, therapietrouw en dergelijke zaken. Blijft de Minister die onderzoeken?

De **voorzitter**:

Voordat u verdergaat, is er een vraag van de heer Van Gerven.

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

Ja, voorzitter. Mevrouw Van den Berg gaf aan dat er bij de pakketdiscussie eigenlijk een soort systematiek gevolgd wordt, zeker deels, namelijk dat er pas iets nieuws in kan komen als er iets uitgaat. Is dat niet een rare boekhoudkundige denkwijze? Als het effectief en goed is, hoort het thuis in het pakket. Zou dat niet gewoon het uitgangspunt moeten zijn als we het hebben over pakketmaatregelen?

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

Ik zou graag willen aansluiten bij wat mijn collega's hebben gezegd. We zouden het liefst gewoon alles willen vergoeden: nieuwe geneesmiddelen, alle nieuwe behandelingen en alles wat er mogelijk is, uiteraard als het bewezen effectief is. We zeggen altijd dat we de zorg bereikbaar, beschikbaar, maar ook betaalbaar moeten houden. Als we dat laatste niet doen, verdwijnt de solidariteit uit het systeem. Dat is voor ons een heel grote zorg. Om die solidariteit tussen mensen te behouden, zeggen we toch dat we daarin soms keuzes moeten durven maken.

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

Dat is toch een hele rare opmerking van mevrouw Van den Berg? Ik zeg dit via de voorzitter. U heeft het over betaalbaarheid. Het effect is juist dat het voor honderdduizenden chronisch zieken en gehandicapten minder betaalbaar wordt. U stapelt zorgkosten. Met name uw voormalige collega mevrouw Keijzer heeft er keer op keer op gehamerd dat we af moeten van

de stapeling van de zorgkosten. Wat u doet, is dit toevoegen juist voor de groep mensen die deze medicijnen om medische redenen nodig heeft, zoals ik net al heb geschetst. Dat is ook nog eens bij medicijnen waarvan het effect vaststaat. Die zijn al tientallen jaren bewezen effectief. Zou hier dan niet naar gekeken moeten worden? Het geld ligt voor het oprapen. Ik heb de voorbeelden genoemd. Er is 2,6 miljard over op zorg. Als we een veertigste deel van de dividendbelasting inzetten, zijn we uit de brand. Waarom kiest het CDA nou niet de kant van de patiënt in dezen, en van de betaalbaarheid en kwaliteit van de zorg, maar loopt het achter een boekhoudkundige redenering aan die ten koste gaat van honderdduizenden patiënten?

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

Volgens ons is het uitgangspunt altijd geweest dat in het pakket die dingen moeten zitten, die mensen helemaal niet kunnen dragen. Natuurlijk hebben we daar altijd discussie over. We hebben in het regeerakkoord natuurlijk ook afspraken gemaakt over de stapelingen, juist om stapeling te voorkomen. We zien aan de andere kant dat er nu meer fysiotherapie komt voor COPD-patiënten. We zien dat het ziekenvervoer wordt uitgebreid. De gecombineerde leefstijlinterventie vinden we ook heel belangrijk. Er moeten moeilijke keuzes gemaakt worden, maar nogmaals, we moeten daar keuzes in durven maken, ook om de solidariteit te behouden.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Ik heb een vraag in aansluiting op deze discussie. Mevrouw Van den Berg geeft aan dat we zouden moeten monitoren wat de gevolgen zijn, maar we kunnen een groot deel van die gevolgen al op voorhand in kaart brengen. We weten dat ouderen en chronisch zieken intensief gebruikmaken van paracetamol, vitaminen en mineralen. We weten welk prijskaartje er voor hen aan hangt en we weten dat dat een substantieel bedrag is. Dus juist voor de groep die al veel andere zorgkosten heeft, komt dit er nog eens bovenop. Is mevrouw Van den Berg het dan niet met mij eens dat we die groep afzonderlijk moeten behandelen en dat we moeten kijken voor welke groep mensen, chronisch zieken en ouderen, het schrappen van paracetamol, vitaminen en mineralen uit het basispakket leidt tot extra zorgkosten die zij moeilijk kunnen dragen? Moeten we voor hen niet een uitzondering op deze maatregel maken?

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

Dat is precies de reden waarom wij dus graag willen dat de Minister monitort wat de effecten zijn van deze maatregel.

De **voorzitter**:

Afrondend, mevrouw Ellemeet.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Ik val in herhaling, ben ik bang. Mevrouw Van den Berg heeft het over het monitoren van de effecten. We weten al wat de effecten voor deze groepen gaan zijn. We weten al dat deze mensen jaarlijks € 150 kwijt zijn aan vitaminen en mineralen en dat ze tussen de € 70 en € 90 kwijt zijn aan paracetamol. We hebben de cijfers al. We kunnen de berekening nu al maken. We weten dat we die groepen confronteren met een financieel probleem. Is mevrouw Van den Berg het dan niet eens met de partijlijn die tijdens het vorige kabinet door het CDA gevolgd werd, namelijk dat we de stapeling van zorgkosten moeten tegengaan? Dit is een kwetsbare groep. Moeten we dan niet nu in actie komen in plaats van achteraf gaan huilen dat we deze mensen met een probleem hebben opgezadeld?

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

Ik val misschien ook in herhaling bij wat mevrouw Ellemeet naar voren brengt. Nogmaals, op andere dossiers hebben wij terdege afspraken gemaakt om de stapeling van zorgkosten te voorkomen. We zien natuurlijk ook een enorm prijsverschil, juist met betrekking tot vitamines, tussen wat er in de supermarkt verkrijgbaar is en wat er nu bij de drogist wordt verstrekt. Wij vinden het belangrijk dat wordt gekeken of de therapietrouw blijft en wat voor effecten er gaan optreden. Dat is de reden waarom we de Minister uitdrukkelijk om een monitor vragen.

De **voorzitter**:

U vervolgt uw betoog.

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

Dank u wel, voorzitter. Ik was bij: voorkomen is beter dan genezen. De nieuwe gecombineerde leefstijlinterventie beoogt dat mensen die een probleem hebben met overgewicht en wellicht ook al bijkomende ziektes hebben, zoals diabetes, dit weten om te draaien. Het is bijzonder dat een dergelijke preventieve aanpak in het basispakket komt. Het CDA waardeert dat zeer. Over de organisatie van de GLI hebben we al uitgebreid schriftelijk overleg gevoerd met de Minister.

Aanvullend daarop begrijpen we dat er afspraken zijn gemaakt tussen het ministerie en de zorgverzekeraars om verzekerden te beschermen tegen pseudozorg. Aansluitend op de afspraak in het regeerakkoord worden bewezen effectieve interventies geregistreerd bij het RIVM. Onze vraag is of er helderheid zal zijn over deze interventies door het RIVM voor 1 juli aanstaande. Kan de Minister aangeven hoe goede voorlichting over de leefstijlinterventie gerealiseerd wordt en hoe patiëntenorganisaties daarbij betrokken gaan worden, ook bij het monitoren van de maatschappelijke baten van deze interventie?

Ik heb al eerder gezegd dat veel patiënten willen stoppen met geneesmiddelen, zoals de antidepressiva die zij gebruiken. We kregen een rapport van de Vereniging Afbouwmedicatie waaruit blijkt dat zorgverzekeraars dit slechts beperkt vergoeden. Hoe kijkt de Minister aan tegen het verzoek om afbouwmedicatie in de toekomst in het pakket op te nemen?

Wat er wel of niet vergoed wordt, is voor veel mensen moeilijk te begrijpen. Er zijn 2,5 miljoen laaggeletterden in Nederland. Is de Minister bereid om samen met patiëntenverenigingen te kijken hoe de voorlichting en de informatie verbeterd kunnen worden?

Dan de brief van de Minister over de subsidieregeling Veelbelovende Zorg Sneller bij de Patiënt. Deze is met name gericht op de moeilijkheden bij productontwikkeling en markttoelating. De weg naar innovatie wordt daardoor uitgesteld, waardoor mogelijke nieuwe uitvindingen later bij de patiënten komen. Is de Minister bereid om met brancheorganisaties zoals Nefemed te kijken hoe de marktintroductie door samenwerking effectiever kan worden? Daarnaast blijkt dat het generieke kwaliteitskader hulpmiddelen, dat al enige tijd geleden is afgesproken en bijvoorbeeld gaat over incontinentiematerialen en diabetesondersteuning, nog steeds niet wordt geïmplementeerd door de verzekeraars bij de zorginkoop. Patiënten krijgen hierdoor niet voldoende ondersteuning. Is de Minister bereid om daarover in gesprek te gaan met de verzekeraars?

Op de agenda stond ook een brief over de risicoverevening. Kan de Minister uitleggen waarom hij het criterium «verpleging en verzorging gebruikersgroepen» vervangt door het criterium «meerjarige hoge kosten verpleging en verzorging» waarbij verzekerden worden ingedeeld op basis van de som van de kosten in de afgelopen drie jaar, en dat terwijl de voorspellende werking van t-3 minder goed is dan de voorspellende werking van t-1? Wat doet de Minister om vooraf tot een betere risicoverdeling te komen? Nu er ex-post niet meer wordt verrekend en het vooraf

niet goed is berekend, kan dat leiden tot vermindering van acceptatie van bepaalde patiëntengroepen, zoals chronisch zieken. Tijdens het algemeen overleg van 1 februari heb ik de Minister gevraagd naar pakketduiding en de evaluatie van de zorgadviestrajecten. Op 19 juni heeft de Minister de Kamer daarover geïnformeerd, maar de evaluatie zelf niet meegezonden. Zou hij dat alstublieft alsnog kunnen doen? Ten slotte. Vorige week is het manifest Keuzes in de zorg aangeboden. Wat gaat de Minister daarmee doen? Gaat hij de criteria betrekken bij de voorbereiding voor 2020? Dank u wel, voorzitter.

De voorzitter:

Dank u wel. Ik geef nu graag het woord aan mevrouw Van Kooten-Arissen. Zij spreekt namens de fractie van de Partij voor de Dieren.

Mevrouw **Van Kooten-Arissen** (PvdD):

Voorzitter, dank u wel. In Nederland hebben circa 610.000 mensen astma, een ziekte waartegen geen remedie bestaat, alleen symptoombestrijding. In 2017 had maar liefst 48,7% van de Nederlanders overgewicht. Hulp bij overgewicht komt in het basispakket, zo kopten de kranten een aantal dagen geleden. Dat is goed nieuws, want het aantal jongeren met overgewicht neemt al jaren gestaag toe. In 2017 kregen 17.423 vrouwen de diagnose borstkanker. De verwachting is dat dit de komende jaren gaat stijgen naar zo'n 20.000 vrouwen.

Voorzitter. Waar wil ik naartoe? Ik wil toe naar preventie, preventie door borstvoeding. Niet alleen eerdergenoemde voorbeelden worden gekoppeld aan borstvoeding, maar ook maag- en darminfecties, middenoorontsteking en luchtweginfecties bij pasgeboren kinderen en bij de moeder diabetes type 2, artritis en een verhoogde bloeddruk. Het geven van borstvoeding is dus niet alleen belangrijk voor het kind, maar ook voor de moeder. Internationale studies tonen bijvoorbeeld aan dat moedermelk kan helpen om de astmacijfers bij kinderen met maar liefst 40% te verlagen. Onderzoekers, waaronder professor Johnson, zeggen dat er geen twijfel is dat moedermelk een vaccin zonder bijeffecten is tegen een aantal ernstige ziektes.

In 2016 ontwikkelde York Health Economics Consortium 's werelds eerste economische model voor premature baby's en moedermelk. Dit consortium geeft aan dat door borstvoeding te geven aan een jaarlijkse populatie van premature baby's in het Verenigd Koninkrijk de rechtstreekse kosten zouden dalen met 30,1 miljoen pond. Nu ligt het percentage moeders dat borstvoeding geeft in het Verenigd Koninkrijk nog iets lager dan in Nederland, met zo'n 1%, maar dit zou betekenen dat ook in Nederland nog steeds ongeveer 34 miljoen euro bespaard kan worden op de zorgkosten. Dat moet dit VVD-kabinet toch zeker aanspreken.

Keith Hansen, vicevoorzitter voor human development bij de Wereldbank, stelt dat het geven van borstvoeding wereldwijd jaarlijks 800.000 kinderen en zo'n 20.000 moeders het leven zou kunnen redden. Hij stelt: als borstvoeding nog niet zou bestaan, zou de persoon die het vandaag de dag uitvindt een dubbele Nobelprijs verdienen, voor Geneeskunde en voor Economie. Daarmee zegt hij eigenlijk dat alle moeders die borstvoeding kunnen geven, een Nobelprijs verdienen.

In Europa is het percentage vrouwen dat borstvoeding geeft zeer verschillend. Hongarije is verreweg koploper. In de jaren negentig bungelde dit land nog onderaan met 18,2%, maar Hongarije is doorgeschoten naar 96% in 2015. Mijn vraag aan de Minister is: hoe heeft men dat voor elkaar gekregen en wat kunnen wij daarvan in Nederland leren? Dat veel vrouwen beseffen dat moedermelk belangrijk is voor hun pasgeboren baby, blijkt uit het percentage moeders dat borstvoeding geeft aan zuigelingen. In Nederland is dat in de eerste 48 uur zo'n 80%.

Daarna neemt dat percentage schrikbarend af, tot 47% na drie maanden. Na zes maanden geeft nog 39% van de moeders borstvoeding. Een lichtpuntje: meer baby's van 3 tot 6 maanden krijgen borstvoeding ten opzichte van voorgaande jaren, maar – een grote «maar» – in Nederland is het percentage zuigelingen dat borstvoeding krijgt ronduit laag in vergelijking tot andere Europese landen. In de internationale vergelijking bungelt Nederland ergens onderaan. Hoe wil de Minister dit percentage omhoog krijgen, gezien de duizelingwekkende belangen van borstvoeding voor het kind, niet alleen voor een pasgeboren baby'tje maar ook vanwege de doorwerking van al het goede dat borstvoeding te bieden heeft in het verdere leven?

De voorzitter:

Een vraag van mevrouw Dijkstra.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):

Ik luister met veel belangstelling naar dit verhaal, en het kan komen doordat ik maar heel weinig geslapen heb dat ik het niet helemaal begrijp, maar ik probeer even het verband te zoeken met de discussie over het pakket en de stukken die op de agenda staan. Wij hebben ons hier niet op voorbereid, om het even zacht te zeggen.

Mevrouw **Van Kooten-Arissen** (PvdD):

Dank voor de vraag. Ik begrijp dat dit niet op de agenda stond, maar we hebben het hier over het basispakket en over wat wel en niet vergoed wordt. Hulp bij borstvoeding geven, de lactatiedeskundige en advies zitten niet in het basispakket. Daar wilde ik naartoe: ik zou die heel graag in het basispakket willen hebben, juist vanwege het niet te onderschatten belang voor de baby en voor de moeder.

De voorzitter:

Afrondend, mevrouw Dijkstra.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):

Ik dank mevrouw Arissen, of Van Kooten-Arissen, moet ik tegenwoordig zeggen, voor de toelichting. Ik luister met belangstelling verder.

Mevrouw **Van Kooten-Arissen** (PvdD):

Voorzitter. Verschillende factoren spelen mee. De redenen om met borstvoeding te stoppen zijn terug te brengen tot drie hoofdoorzaken. De eerste is het gebrek aan begeleiding door zorgverleners. Helaas is lactatiekundige hulp niet in het basispakket opgenomen. Waarom niet, zo vraag ik de Minister, als uit zoveel studies blijkt dat borstvoeding een preventieve werking heeft op zowel moeder als kind? De tweede oorzaak heeft ook gedeeltelijk te maken met het gebrek aan deskundige hulp: het zelfvertrouwen van de moeder. Er is vaak twijfel over de kwaliteit en hoeveelheid moedermelk: is mijn melk wel goed genoeg, krijgt de baby wel genoeg binnen? Een lactatiedeskundige kan al deze twijfels wegnemen, zodat er minder snel gegrepen wordt naar een kunstmatige vorm van voeding en commerciële babymelk. De derde oorzaak is externe factoren. Hoeveel steun krijgt de moeder in het moederschap, zowel thuis als op het werk? Natuurlijk zijn er regels in Nederland die moeders moeten beschermen tegen werkgevers die geen kosten willen maken of moeite willen doen om een moeder te ondersteunen bij het kolven op het werk, maar deze regels zijn nog niet overal bekend en worden ook niet overal genoeg nageleefd. Op schriftelijke vragen van mijn collega Özütok over belabberde kolfruimtes op het werk geeft de Minister als antwoord een aantal richtlijnen waaraan kolfruimtes moeten voldoen. Ook is een socialmediacampagne opgezet. Ik vraag de Minister: is dat voldoende?

De **voorzitter**:
Rondt u af?

Mevrouw **Van Kooten-Arissen** (PvdD):

Ja. Wat kan een moeder doen als deze richtlijnen worden overtreden? We zouden heel graag willen dat bijvoorbeeld de mogelijkheid van kolven onder werktijd verlengd wordt van negen naar twaalf maanden. Nog één punt, voorzitter.

De **voorzitter**:
Als het heel kort is.

Mevrouw **Van Kooten-Arissen** (PvdD):

Ja. Hoe denkt de Minister ervoor te zorgen dat borstvoeding en kolven in het openbaar uit de grote taboesfeer worden gehaald? Want dit is jammer genoeg nog altijd een taboe. Voorzitter, dank u wel.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Ik denk dat mevrouw Dijkstra een terechte vraag heeft gesteld. Er is een link, want volgens mij hebben we niet zo lang geleden een petitie in ontvangst genomen, dus daar heeft u naar alle waarschijnlijkheid op gedoeld, maar ik hoor ook een aantal vragen die niet thuis horen bij de pakketdiscussie. Het zal blijken of de Minister daarop zal antwoorden of dat er verwezen wordt naar een ander overleg. Dat zullen we straks horen.

Ik geef het woord graag aan mevrouw Agema, die spreekt namens de fractie van de PVV.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Dank u wel, voorzitter. Mevrouw Van Kooten-Arissen is zich in ieder geval grondig aan het voorbereiden op haar aanstaande moederschap, maar goed, er zijn ook vrouwen bij wie het niet lukt of die moverende redenen hebben om het niet te willen. Zij worden door dit soort dwingelarij wel in een hoek gezet.

De **voorzitter**:

Dat is uitlokking, mevrouw Agema! Mevrouw Van Kooten-Arissen.

Mevrouw **Van Kooten-Arissen** (PvdD):

Natuurlijk is het niet de bedoeling om te dwingen, maar vrouwen die graag willen en die kunnen – je moet het inderdaad ook maar kunnen – moeten wel van de overheid de ruimte en de mogelijkheden krijgen om dit zo goed mogelijk te doen, op het werk, maar ook met hulp vanuit het basispakket en vanuit de zorg als het niet lukt. Ik vind het dus ontzettend belangrijk. Het is absoluut niet bedoeld als dwingelarij.

De **voorzitter**:

U heeft voldoende aangegeven dat u het belangrijk vindt. Mevrouw Agema, gaat u uw gang.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Dank u wel, voorzitter. De afgelopen vijf jaar hebben we miljardenmeevallers gehad in de zorg. Ze waren echt skyhigh. Vorig jaar was er zelfs de grootste meevaller, van 2,6 miljard euro. Opgeteld hebben we sinds 2013 maar liefst 8,1 miljard euro minder uitgegeven aan zorg. Let wel, dit bedrag is bovenop de bezuinigingen. De bezuinigingen onder Rutte II, de 105 bezuinigingsmaatregelen die 2,7 miljard euro opleverden, staan dus los van deze ruim 8 miljard euro die minder uitgegeven is. Dit geld wordt jaarlijks overgedragen aan de schatkist. Dat werd vorig jaar nog kolossaal

ontkend toen ik het inbracht tijdens de begrotingsbehandeling, maar nu weet iedereen dat het wél klopt.

Je zou dan als Minister voor Medische Zorg kunnen zeggen: het is even genoeg geweest met bezuinigen, schrappen, minder vergoeden, krappere consulten en hogere premies. Je zou kunnen voorstellen om na zo'n jaar het eigen risico te halveren; ik noem maar wat. Maar nee hoor, deze Minister presteert het om lifestylecoaches te vergoeden om gezonde mensen te laten bewegen, terwijl fysiotherapie voor mensen met reuma onvergoed blijft. Deze Minister brengt hulp bij overgewicht in het basispakket, terwijl patiënten met zeldzame ziektes zitten te wachten op vergoeding van Fampyra, Spinraza en tal van dure weesgeneesmiddelen die eraan zitten te komen.

Misschien is het u wel bekend dat ik eind 2011 zelf de diagnose multiple sclerose kreeg. Ik heb me daarom nooit bemoeid met de vergoeding van Fampyra, dat deden mijn collega's Klever en Gerbrands. Alleen, bij de voorbereiding van dit overleg viel mijn oog toch op dat krankzinnige beoordelingskader van het Zorginstituut.

Drie puntjes wil ik daar even uithalen. Een derde kan je loopje niet beoordelen. Kan gewoon niet. Je kunt hetzelfde loopje hebben terwijl je situatie redelijk is; beetje prikkels, beetje vervelend, of zeer slecht, de stroom is eraf. Dan kun je hetzelfde loopje hebben. Dat is niet door een derde te beoordelen, maar het wordt wel in het beoordelingskader van het Zorginstituut meegenomen. Fysiotherapie. Ik ben nooit met mijn ms bij een fysiotherapeut geweest. Is het een standaardbehandeling? Daar ga ik naartoe voor mijn rughernia. Heel raar, voorzitter.

Maar wat ik echt het ergste vind – ik vind dat echt ontluisterend – is dat uit alle onderzoeken blijkt dat voor 11% van de patiënten Fampyra daadwerkelijk werkt. 11%! Maar niemand mag het krijgen. Dus voor 11% van de populatie werkt het en niemand krijgt het vergoed. Dan wil ik de Minister een gewetensvraag stellen. Een op de acht vrouwen overlijdt aan borstkanker. Wat als er een middel wordt gevonden dat voor 11% van de vrouwen werkt en het Zorginstituut zegt: nee? Wat doet de Minister dan? Schaart hij zich dan ook achter het Zorginstituut of zegt hij: ik ga dat middel vergoeden?

Vervolgens zat ik de stukken te bekijken, en toen kwam ik bij iets anders: PTED, de endoscopische herniaoperatie. In mijn Kamerperiode heb ik daar ook twee van mogen krijgen, voorzitter. Ik ben niet altijd even gezond, maar goed, ik ben er wel altijd. Als het gaat om de vergoeding van PTED wordt het criterium van de stand van de wetenschap en praktijk welhaast ook op een bizarre manier verminkt. Het Zorginstituut schrijft dat er onvoldoende patiënten deelnemen aan de studies voor voorwaardelijke toelating en dat de studie weer elf maanden moet worden verlengd, en dat het gaat om «een nieuwe behandeling bij een bepaalde vorm van hernia.»

Wat niet verteld wordt, is dat deze operatie al sinds 1989 met veel succes wordt uitgevoerd door dokter Ipreburg uit Drenthe. Meer dan 2.000 patiënten liet hij binnen een dag weer lopen, waar ze voordien weken en maanden aan bed gekluisterd waren. Ipreburg is gelauwerd, geliefd, behangen met onderscheidingen in het buitenland, maar in ons land wordt er een smerig spelletje gespeeld. Die studies die nu gedaan worden, daar mag Ipreburg niet aan meedoen. Vier andere ziekenhuizen rommelen er nu mee aan. We krijgen straks uitkomsten van operaties, uitgevoerd door specialisten die er onervaren mee waren. De stand van de medische wetenschap en praktijk had gewoon uit de gegevens van de 2.000 patiënten die Ipreburg sinds 1989 opereerde, gehaald kunnen worden.

Of uit het buitenland. Ik wijs op onderzoek van Weinstein, uit 2009, resultaten van vier jaar onderzoek. Pearson, 2008, endoscopische benadering versus de microscopische. Onderzoek in de Verenigde Staten

onder 1.200 patiënten, Ruetten 2008, Hoogland 2008, de voordelen van de endoscopische operatie.

Voorzitter. PTED is licht invasief. De patiënten zijn doorgaans in no time weer aan het werk en dat is wel het meest schrijnende. In plaats van dat sinds 1989 jonge neurologen en orthopedisch chirurgen zich de PTED-techniek eigen maken, worden ze nog steeds opgeleid met de verouderde gouden standaard. Jonge mensen die hun leven lang staan te opereren met een techniek die al sinds 1989 verouderd is, waarbij de rug wordt opengesneden, een hele lange revalidatieperiode volgt en de patiënt nadien veel last houdt. Ook de specialisten die het Zorginstituut adviseerden, zijn opgeleid via de oude standaard en hebben op hun oudedag geen zin meer in het aanleren van een nieuwe methode. Inmiddels is Ipreburg in de zeventig en opereert hij nog steeds met ongelooflijk veel plezier een aantal patiënten per week in zijn kliniek. Hoelang nog is de vraag? Totdat hij met pensioen gaat. Hoeveel studenten had hij in de tussentijd kunnen opleiden?

Voorzitter. PTED moet echt als de wiedeweerga toegelaten worden tot het basispakket. Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel. Daarmee zijn we aan het einde van de eerste termijn van de zijde van de Kamer gekomen. Ik stel voor om de vergadering voor vijftien minuten te schorsen en daarna zal de Minister overgaan tot de beantwoording van de gestelde vragen.

De vergadering wordt van 14.38 uur tot 14.55 uur geschorst.

De voorzitter:

Ik heropen de beraadslaging. Aan de orde is het algemeen overleg over het pakketbeheer. Voor de schorsing hadden we de eerste termijn van de zijde van de Kamer. Dat betekent dat ik nu heel graag de Minister het woord wil geven voor de beantwoording. Maar dit niet dan nadat ik met de leden heb afgesproken dat zij maximaal twee interrupties hebben. Laten we proberen om ze kort en bondig te houden, want een interruptie is eigenlijk niet meer dan een vraag, waarop dan ook een redelijk kort antwoord kan komen. Op die manier kunnen we ook nog een tweede termijn hebben. Volgens mij zou dat wel heel aardig zijn. Het woord is aan de Minister. Gaat uw gang.

Minister Bruins:

Voorzitter. Gisteren hadden wij de tweede termijn van het AO Geneesmiddelenbeleid. Toen vroegen sommige leden van deze commissie of ik zou kunnen proberen om de vragen in blokjes te beantwoorden in plaats van per persoon. Dat experiment wil ik nu graag aangaan, voorzitter, maar ik zit wel een beetje met het zweet in de handen. Alleen voor dit onderwerp, hoor. Ik ga proberen om een paar opmerkingen over het pakket, fysio en GLI als blokjes te doen en daarna een aantal opmerkingen aan u allen, eventueel individueel, te richten.

Eerst maar het punt van de pakketten en de pakketuitname. Dit was het thema waar de heer Van Gerven mee begon. Hij had het over het eigen risico van € 385 – hij noemde daar niet de term «bevroezing van het eigen risico» bij – en de eigen bijdrage van € 250 voor het geneesmiddelenvergoedingssysteem. Dat is een maximering van de eigen bijdrage. Het zal het debat zijn, de komende jaren in deze commissie, dat wij altijd kijken of we de groei van de kosten van de zorg kunnen beteugelen. Dat zal de keuze zijn. Ik vind dat wij ons in dit land gelukkig kunnen prijzen met een open pakket, waarin heel veel verschillende geneesmiddelen en behandelingen zitten. Het is een open pakket. Er wordt niet eens een staatje bijgehouden van wat er allemaal per dag bijkomt in dat open systeem. Dat is dus heel veel meer dan wij vandaag bespreken.

At the end of the day is het natuurlijk een politieke keuze welke uitname je doet uit het pakket en welke toevoegingen je doet aan het pakket. Dat bespreken we alleen in sommige gevallen, bijvoorbeeld als we al een keer hebben besloten om het uit het pakket te halen, zoals bij fysiotherapie, en vervolgens maatregelen nemen om daarvan af te stappen of gedeeltelijk af te stappen. Dan moeten we dat hier bespreken. Zo werkt het volgens de pakketbeheerbrief.

Voorzitter. Dit jaar gaat het over een pakketuitname van 40 miljoen euro. Dat is veel geld. Maar we hebben ook even gekeken hoe het eruitziet als je het omrekent. Gemiddelde patiënten bestaan niet, maar het gaat dan over € 60 per jaar. Ik wil eventjes toelichten waar die € 60 uit bestaat. Onder andere mevrouw Dijkstra heeft daarnaar gevraagd. Twee derde van die € 60 voor die gemiddelde patiënt zijn terhandstellingskosten, dus receptkosten. Dat zijn dus geen kosten voor geneesmiddelen an sich maar receptregelvergoedingen. Een derde, dus € 20, gaat daadwerkelijk naar die geneesmiddelen toe. Daarvan is de verwachting dat de prijzen over het algemeen lager liggen bij de drogist dan bij de apotheek.

Nou ga ik het niet klein maken en zeggen: als je die € 20 moet uitgeven en je deelt dat door het aantal weken van het jaar, is dat voor de gemiddelde patiënt zo- en zoveel. Want nogmaals, de gemiddelde patiënt bestaat niet. Maar ik wil wel met deze schets aangeven over welke maatregelen wij het hebben en wat het effect daarvan is. Uiteindelijk is het een politieke keuze.

De voorzitter:

Voordat u verdergaat, een vraag van de heer Van Gerven.

De heer Van Gerven (SP):

Het is inderdaad een politieke keuze, maar uit het begin van het betoog van de Minister blijkt toch juist een boekhoudkundige opstelling en rekenmodellen, in de trant van: als je de receptregel eraf haalt, is het wat minder, maar gemiddeld is het dit. Daar kopen die honderdduizenden patiënten toch weinig voor? Vindt de Minister ook dat als iets goed werkt, je dat eigenlijk gewoon in het pakket zou moeten houden? Dat moet het uitgangspunt zijn, zeker voor een Minister van Volksgezondheid.

Minister Bruins:

Het allermooiste zou zijn als alle nieuwe behandelingen, geneesmiddelen, alles wat bijdraagt aan de gezondheid van iemand, allemaal in het pakket kon. Maar die keuze kunnen we niet maken. Dat was de eerste zin die ik uitsprak. Wij zullen hier de komende jaren het debat voeren over wat er nog well in het pakket kan en wat niet. Door alleen maar toe te voegen, rekken we de grenzen van onze beurs te ver op. Dat gaat een keer mis. Daarom voeren we deze best lastige discussies en zullen we die ook de komende jaren voeren. Best lastig, maar aan de andere kant ook goed te doen.

De voorzitter:

Afrondend, de heer Van Gerven.

De heer Van Gerven (SP):

In de jaren zestig, dat is vijftig jaar geleden of langer, hadden we Staatssecretaris Veldkamp van het CDA, wat toen nog de KVP was. Die zei: de bomen groeien niet tot in de hemel, we moeten bezuinigen. Laat ik het zo maar samenvatten. Ik zie hier de Minister vijftig jaar later hetzelfde zeggen, terwijl we alles kunnen wat we willen op het terrein van de zorg. Het is dus een politieke keuze. We houden 2,6 miljard over en we hebben het nu over de 40 miljoen waar de Minister op inzoomt. Is het niet eigenlijk puur politiek en niet zorginhoudelijk gemotiveerd dat die noodzakelijke medicijnen gewoon uit het pakket worden gesloopt? Had de Minister niet ook heel bewust kunnen zeggen: luister eens, we vangen het

op binnen het pakket; we hebben altijd honderden miljoenen over op het geneesmiddelenbudget dus laten we voor de patiënt kiezen en niet voor het geld dat dan gebruikt zou worden om de staatsschuld af te lossen?

Minister Bruins:

Het voorstel dat vandaag voorligt, is zorginhoudelijk gemotiveerd. Wij willen de zorg betaalbaar houden voor de patiënt van vandaag en de patiënt van morgen. De toevoegingen die aan het pakket worden gedaan – u heeft het vanmiddag gehoord – vinden de mensen aan tafel en in het veld zeer interessant, zowel de gecombineerde leefstijlinterventie als de uitbreiding van het zittend ziekenvervoer als de andere maatregelen. Het zijn nuttige toevoegingen. Zo wordt dat hier ook beoordeeld. We kunnen niet alleen maar toevoegingen plegen, want dan wordt de rekening te hoog. Dus het is werken aan een systeem voor de patiënt van vandaag en voor de patiënt van morgen. Daarom is deze keuze gemaakt. Als u dat een politieke keuze vindt: uiteindelijk moeten we er wel gezamenlijk onze opvatting over geven.

Voorzitter. Een aantal leden vroeg: als je vitamines, mineralen en paracetamol uit het pakket haalt, wordt dan goed gemonitord wat de effecten daarvan zijn? Onder andere mevrouw De Vries maakte daar een punt van. Hoe gaat dat met therapietrouw en substitutie? Ik heb in mijn brief aangegeven, en herhaal nu, dat wij de monitor gaan aanzetten. Wij gaan het monitoren. Dat is belangrijk om de effecten te leren kennen. Ik denk dat we een jaar na start van deze maatregel daarvan effect zullen zien.

Mevrouw Van den Berg vroeg of er over deze maatregel overleg is geweest met patiëntenorganisaties en apothekers. Zeker is daarover overleg geweest. Ik kan niet al die gesprekken reproduceren, maar het was ongeveer in de lijn zoals wij er vanmiddag over spreken: er moeten dingen in en er moeten dingen uit. U begrijpt natuurlijk heel goed dat apothekers over het algemeen niet blij zijn dat een deel van hun inkomsten hierdoor wegvalt.

Voorzitter. Dan het punt van de communicatie. Hoe wil de Minister bevorderen dat de informatie over de middelen, medicijnen en vitamines en vergoedingen naar de patiënten wordt gecommuniceerd? Ik heb regelmatig overleg met apothekers en artsen. Ik zal in dat overleg hiervoor aandacht vragen.

De voorzitter:

De tweede vraag van de heer Van Gerven. We zitten nog maar heel erg aan het begin van de beantwoording, meneer Van Gerven, maar u gaat natuurlijk over uw eigen interrupties.

De heer Van Gerven (SP):

Zeker. Er is zo veel. Het is kiezen in de politiek, ook als het gaat om interrupties. Nog even over de uitname van paracetamol, vitamines en mineralen. Er zijn heel veel artsen die de Minister vragen dit niet te doen; de Minister heeft de brieven ook gezien. Wil de Minister dus nog eens reflecteren op therapieontrouw en verkeerde substitutie? Dat zijn de termen die in dit verband worden gebruikt. En twee: wil de Minister ook nog eens reflecteren op wat een illustere voorganger van hem, Minister Hoogervorst, is overkomen, in 2004 geloof ik, toen hij een aantal zelfzorgmiddelen uit het pakket haalde? Hij bracht er vervolgens ijlings weer een aantal terug in het pakket, omdat het helemaal uit de hand liep.

Minister Bruins:

Ik heb al gezegd dat wij zullen monitoren wat de effecten zijn van deze pakketuitname. Dat doen we precies. Het lijkt me goed om daar snel mee te beginnen. De maatregel start in januari. Een jaar later kunnen we de

evaluatie hebben. Dat lijkt me een goede manier van werken. Je draait je er niet vanaf, maar je kijkt wat de gevolgen zijn van de inzet van je beleid. Dan het eerste punt in de vraag van de heer Van Gerven. Er zijn artsen die brieven schrijven; dat is zo. Maar wij bouwen op een advies van het Zorginstituut. Uit mijn hoofd zeg ik dat dit van december 2016 dateert. We hebben daar dus ruim de tijd voor gehad. Het heeft er een tijdje gelegen. Het heeft geleid tot deze maatregel. Er zijn gesprekken over gevoerd. Ik begrijp heel goed dat niet iedereen het daarmee eens is, maar het gaat uiteindelijk om keuzes maken. Ik roep nog een keer de verdeling van die € 60 per gemiddelde patiënt per jaar in herinnering. Die gaat niet allemaal naar medicijnen, maar ook naar de terhandstellingskosten. Ik denk dat een patiënt in de toekomst misschien iets voordeliger uit is als hij die middelen niet bij de apotheek haalt maar bij de drogist, omdat er een verschil in prijs is.

De voorzitter:

Afrondend, de heer Van Gerven.

De heer Van Gerven (SP):

Dat laatste is niet waar. Het is leuk geprobeerd van de Minister, maar al die mensen maken hun eigen risico op. Die terhandstellingskosten maken ze dus sowieso. Het gaat mij erom dat het niet individuele artsen zijn die dit zeggen. Het gaat om verenigingen: de longartsen en het Nederlands Huisartsen Genootschap, ook een wetenschappelijk instituut. Er ligt inderdaad een advies van het Zorginstituut, maar laat ik ook in herinnering roepen dat dit zeer controversieel was, zo controversieel dat Minister Schippers haar handen daar niet meer aan heeft gebrand en de hete aardappel toch maar over de verkiezingen heen heeft geschoven. Dat is ook niet voor niks.

Minister Bruins:

Ik wist niet dat het controversieel was. Het lijkt me ook dat de inhoud helemaal niet controversieel is. Het is een goed te bespreken en goed te lezen advies van het Zorginstituut. De heer Van Gerven zegt: er zal een groep mensen zijn die dat eigen risico vol maakt. Nou, dan heb ik goed nieuws voor hem: wij hebben juist een maatregel getroffen om het eigen risico te bevriezen, zodat de stapeling van kosten op dat punt wordt beperkt.

Voorzitter, dit waren mijn opmerkingen over de vitamines en de pakketuitname.

Er was ook een enkele vraag over fysiotherapie. Er was een feitelijke vraag van mevrouw Dijkstra: voor COPD geldt een gemaximaliseerd aantal behandelingen; hebben we inzicht in de groep die nu meer behandelingen krijgt? In 2015 hadden ongeveer 8.500 patiënten meer dan 70 behandelingen. Ruim 4.000 patiënten hadden meer dan 85 behandelingen. De effectiviteit van meer dan 70 behandelingen per twaalf maanden is niet aangetoond. Dat is natuurlijk ook de redengeving voor de keuze die vandaag voorligt. Daarom hebben we het maximum er ook op gezet. Dan de vraag hoe we het effectiviteitsonderzoek naar fysio bij reuma kunnen versnellen. We hebben het Zorginstituut verzocht om in contact te treden met het Reumafonds om de mogelijkheden te verkennen om tot een voldoende en eenvoudig effectiviteitsonderzoek te komen. Er wordt dus geprobeerd om een praktische maatregel te vinden om effectiviteitsonderzoek te doen met een korte doorlooptijd. Met dat oogmerk wordt het gesprek gevoerd tussen het Zorginstituut en het Reumafonds.

De heer Van Gerven vroeg wat het kost om de pakketbeperking op het gebied van fysiotherapie terug te draaien. De orde van grootte is een miljard, dus die keuze gaan wij niet maken.

Er is een derde thema in relatie tot het pakket: de gecombineerde leefstijlinterventie. Mevrouw Ploumen vroeg hoe de gecombineerde

leefstijlinterventie zich verhoudt tot het preventieakkoord. Worden patiëntenorganisaties erbij betrokken? Op de laatste vraag is het antwoord ja. Ik weet niet precies wanneer het preventieakkoord gesloten zal worden. Maar de GLI komt eraan. Die kan dan worden opgenomen en besproken in het kader van het preventieakkoord. Ik weet niet zeker of dat gebeurt, maar het lijkt mij no-regret om daarmee te starten, want het lijkt me een goed idee om daar nu al ervaringen mee op te doen.

Het register van effectieve GLI-programma's is nog niet operationeel. Dat is het RIVM-register waarover u allemaal een vraag heeft gesteld. Er wordt tegen die tijd van 1 juli aan gewerkt. Als het er dan niet is, dan is het er kort daarna. Het zal echt snel er zijn en daarmee tijdig. Ja, dat is volgende week. Het zal dus rond 1 juli of kort daarna beschikbaar zijn. Zo hebben we nog tijd om dat bekend te maken, zodat men een beroep kan doen en huisartsen weten waar ze terecht kunnen om de verwijzing naar de leefstijlcoach goed te organiseren. Dat was een antwoord op een vraag van mevrouw Ellemeest, maar ook van anderen.

Kan ik zorgen dat de GLI goed bekend wordt? We zullen er nog wel aandacht voor moeten hebben om deze relatief nieuwe maatregel bekend te maken. Dat zullen we doen in overleg met de patiëntenorganisaties. In het kader van de GLI is er een implementatieoverleg, met onder andere het veld, de verzekeraars, de patiënten en VWS aan tafel. Dat overleg is maandelijks. Daarbij bespreken we de voortgang van de bekendheid van deze maatregel.

Betrekken we bij het monitoren ook de patiëntenorganisaties? Ja, dat doen we ook.

Ik hoop dat ik daarmee de vragen over de GLI heb gehad. Dat waren een aantal thema's die met pakketuitname te maken hebben. Ik heb nu nog een aantal afzonderlijke antwoorden in de richting van verschillende fracties.

Ik begin bij een vraag over de taperingstrips, waarover de heer Van Gerven sprak, en later ook anderen. Op dit moment zit er geen algemene aanspraak in het basispakket om die taperingstrips vergoed te krijgen. Ik heb begrepen dat er wordt gewerkt aan een consensusdocument met deskundigen en verzekeraars aan tafel. Dat consensusdocument, dat wij hopen te zien in de tweede helft van dit jaar, zal een basis zijn om te bekijken wanneer afbouwmedicatie een plek kan krijgen in het pakket. Dit is dus een procedureel antwoord, niet een inhoudelijk antwoord. Ik denk wel dat het een einde zou kunnen zijn van een al lang lopende discussie. Dan de vraag van mevrouw Ploumen over Fampyra...

De voorzitter:

Eerst heeft mevrouw De Vries een vraag.

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

Nog even over de taperingstrips en afbouwmedicatie. Ik heb begrepen dat het document eigenlijk al in mei 2018 werd verwacht. De Minister geeft nu aan: de tweede helft van 2018. Maar ik kan me voorstellen dat men er graag snel duidelijkheid over wil. Kan de Minister dat bevorderen? Kan de Minister ons ten tweede ook even informeren wanneer de uitkomsten bekend zijn?

Minister Bruins:

Ik houd inderdaad een slag om de arm. Het is juist dat het document er al in mei zou zijn, maar het is er nog niet. Mei is voor mij voorbijgegaan zonder dat ik ernaar heb gevraagd bij de partijen, want ik wist niet van die planning af. Ik zal met het verslag van deze vergadering in de hand zeggen dat het onze interesse heeft en dat we het een prettig idee vinden als er een beetje tempo in kan zitten, dus dat het niet in december maar al eerder komt, daarbij de zorgvuldigheid natuurlijk vooropgesteld.

Voorzitter. Dan de vragen over Fampyra. Mevrouw Ploumen weet dat er een vergoedingsaanspraak is tot het einde van het jaar. Haar vraag was: is de Minister bereid om een second opinion uit te voeren? Ik zal een precies antwoord geven. De partijen hebben zich van tevoren gecommiteerd aan die tweejaarstermijn, dus de uitkomsten hebben ze van tevoren, al in 2016, schriftelijk vastgelegd. De uitkomsten van het onderzoek zijn er nu. Dat betekent dat er op dit moment geen nieuwe feiten zijn die leiden tot een vergoeding voor Fampyra. Ik zie dus nu geen aanleiding voor een second opinion. Maar als de fabrikant van mening is dat nieuwe onderzoeksgegevens aanleiding geven tot een herbeoordeling van de effectiviteit, dan staat het hem op elk moment vrij om een nieuw verzoek tot opname in het basispakket in te dienen bij het Zorginstituut. Het Zorginstituut zal die informatie dan opnieuw beoordelen. Deze informatie is ook bekend bij de fabrikant.

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):

Ik denk dat het goed is om dat nog eens tegen de fabrikant te zeggen. Tegelijkertijd ben ik natuurlijk wel teleurgesteld dat de Minister niet op basis van de onderzoeken, die niet eenduidig zijn, zegt: ik wil die second opinion. Laten we het als volgt afspreken, als dat mag. MS-patiënten die baat hebben bij Fampyra zou ik willen oproepen om hun getuigenis aan de fabrikant en de Tweede Kamer te sturen, zodat we die kunnen bundelen en aan de fabrikant kunnen toezenden. Op die manier kan actuele informatie van patiënten zelf gebruikt worden. Natuurlijk staat het ook neurologen vrij om data aan te leveren, want het is waar wat mevrouw Agema zegt: het is van buitenaf niet altijd te beoordelen wat de effectiviteit is. Ik zou het buitengewoon goed vinden als er op elk moment gegevens kunnen worden aangeleverd. Wij zullen ons zeer inspannen om dat te doen, dus bij dezen de oproep aan patiënten en neurologen. Ik hoop dat de fabrikant zijn e-mailbox openzet.

Minister **Bruins**:

Daar zit niet zozeer een vraag aan mij in. Er zijn eerlijk gezegd al zeer veel patiënten die zich melden bij de fabrikant. Ik neem kennis van uw oproep, maar dit is echt al aan de gang. De patiënten melden zich bij de fabrikant. Ik ben daarvan op de hoogte, want die patiënten melden zich natuurlijk ook bij ons. Tegelijkertijd vind ik het ook juist om zorgvuldig en precies te zijn. We willen geen nieuwe verwachtingen wekken die we niet kunnen waarmaken.

De **voorzitter**:

Afrondend, mevrouw Ploumen.

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):

Nu raak ik toch een beetje in de war, en dat gebeurt me niet zo snel. De Minister zegt: mij is bekend dat er patiënten zijn die baat hebben hierbij, want die melden zich bij mij; ik weet ook dat die mensen zich melden bij de fabrikant. Toch kiest hij ervoor om geen second opinion te laten doen, terwijl er verschillende bronnen zijn die daar echt heel veel aanleiding toe geven. Ik vind dat teleurstellend. Ik hoop dat de collega's die ik net heb bevraagd, tot een ander oordeel komen dan de Minister en we hem misschien via een andere weg, via een Kamermeerderheid, kunnen verzoeken om toch die second opinion te laten doen. Nog liever zou ik willen dat hij Fampyra toelaat, maar laten we maar eens beginnen bij die second opinion.

Minister **Bruins**:

We moeten dat pad niet op. Wij baseren onze besluitvorming op de adviezen die we krijgen van het Zorginstituut. Er zullen daarnaast altijd berichten zijn van patiënten uit Nederland of andere landen die zeggen: ik

heb baat bij het middel. Maar wij moeten het afzetten tegen de Nederlandse afspraken die we hebben gemaakt over pakketopname. Is het bewezen effectief? Doet het iets meer dan andere behandelingen, bijvoorbeeld fysiotherapie? Die afweging moeten wij maken. Op dit moment zijn er geen nieuwe inzichten en ben ik niet voor een second opinion. Daar wil ik het eigenlijk bij laten. Ik vind dat zorgvuldig, ook in relatie tot patiënten.

Voorzitter. Mevrouw Ploumen heeft over Fampyra nog een andere vraag gesteld, namelijk in welke andere landen het wordt vergoed. Ik wil best eens kijken of ik iets van informatie op papier kan zetten, maar dat moet meer zijn dan een lijstje met landen. Er zijn altijd andere zorgstelsels, dus ik moet een beetje het goede midden vinden bij andere landen met andere zorgstelsels, waar men tot een andere conclusie komt dan hier. Daar moet u geen hoop uit putten. Dat is een beschrijving van de bestaande situatie, maar dat wil ik wel doen.

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):
Dank aan de Minister.

De **voorzitter**:
Mevrouw Ploumen, uw tweede interruptie.

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):
Mijn excuses, voorzitter. Ik wilde de Minister alleen maar even bedanken.

De **voorzitter**:
Goed, maar dat kan ook in de tweede termijn.

Minister **Bruins**:
Ik vind dat u daar alle ruimte voor moet geven, voorzitter.

De **voorzitter**:
Misschien kan de Minister wel even aangeven wanneer we deze toezegging kunnen verwachten, om en nabij?

Minister **Bruins**:
In de tweede helft van dit jaar. Het wordt geen boekwerk, maar een aantal voorbeelden uit andere landen met andere zorgstelsels. Waarom wordt daar wel of niet vergoed? Zo'n soort brief heb ik voor ogen. Dan een aantal andere vragen die zijn gesteld. De vragen van mevrouw Ellemeets probeer ik in andere vragen mee te nemen. De VVD-fractie had een aantal vragen over de monitoring van vitaminemaatregelen. Daar hebben we het al over gehad. Blijf communiceren met patiënten over de beschikbaarheid van middelen in de vrije verkoop en bevorder dat dit in het overleg met apothekers en artsen ter sprake komt. Ook daar hebben we het over gehad. Ik heb het nog niet gehad over zittend ziekenvervoer. De gedachte bij de vraagsteller was misschien dat iedereen aanspraak kan maken op een vergoeding voor vervoer. In het Besluit zorgverzekering is dat echt heel precies voor een aantal categorieën en aandoeningen vastgesteld. Ik heb nierdialyse en oncologische behandeling met chemo of immunotherapie als voorbeelden opgeschreven. In die situaties kan er sprake zijn van een vergoeding voor vervoer. De vergoedingsregeling wordt nu uitgebreid, niet voor andere patiënten maar voor consulten, controles en onderzoek. Dus op de inhoud wordt het uitgebreid. Een aantal van u heeft gezegd: op die regeling wordt gestudeerd door het Zorginstituut, dus waarom dan toch al deze stap? Ook Zorgverzekeraars Nederland vroeg: moet je dat nu wel doen voor één jaar? Dit is een no-regretmaatregel. In beide opties die we uitwerken, zal deze groep met deze uitbreiding van de vergoeding altijd blijven zitten. Dat is mijn

verwachting. Omdat ik die verwachting heb, durf ik het aan om deze uitbreiding te geven. Dit werd eerder gezien als een omissie en een kritiekpunt op de bestaande vergoeding voor zittend ziekenvervoer. Ik wil daarbij nog zeggen dat het niet zo is dat een patiënt altijd met de taxi moet worden vervoerd. Dat kan soms ook met het openbaar vervoer of met de eigen auto. Dat hangt een beetje af van wat je eigen verzekeraar daarover met jou afspreekt.

Mevrouw De Vries wil inzicht hebben in de gevolgen voor de financiële vergoedingen en de uitbreiding van de financiële aanspraak. Dat wil ik ook hebben, dus het Zorginstituut gaat niet alleen die twee opties uitwerken, kosten en aandoening, maar zet daar ook bedragen bij voor de periode 2019–2020. Dat komt er dus aan.

Hoe gaan we in de toekomst om met een verblijf voor een behandeling niet zijnde het nodig hebben van een ziekenhuisbed? Kan de Minister dergelijk onderzoek toezeggen? Jazeker. Ik wil zelf ook weten hoe die puzzel moet worden gelegd. Daarom is er al een eerste gesprek over dit onderwerp geweest tussen de zorgverzekeraars, het Zorginstituut en VWS. Ik begrijp heel goed dat herhaaldelijk vervoer over langere afstanden niet prettig is voor een patiënt en dat logeren in de nabijheid van bijvoorbeeld een ziekenhuis een veel betere oplossing is. Dat is een puzzel die we moeten leggen, dus op dat punt kom ik op enig moment terug. Ik weet nog niet precies wanneer, maar dat hoort u voor de tweede termijn.

Dan het punt van de effectiviteit van fysiotherapie bij reuma. Kan het onderzoek worden versneld? Daar heb ik in reactie op de heer Van Gerven inmiddels antwoord op gegeven.

Over de taperingstrips hebben we het ook al gehad.

Hoe gaat de financiering voor stamceldonoren er in de toekomst uitzien? Dat weet ik nog niet. Ik wil u melden dat de organisatie die de donorregistratie organiseert, Matchis, in ieder geval nog dit jaar wordt gesubsidieerd. Ik ben aan het nadenken over een vorm van structurele financiering. Ik laat u dat weten, maar ik ben er nog niet helemaal uit.

Dan de laatste vraag die ik heb genoteerd van mevrouw De Vries. Er komt nog een aparte regeling voor geneesmiddelen. Dit gaat over de innovatieve regeling die ingaat per 2019. Daarbij heb ik aangekondigd dat er nog een aparte regeling komt voor geneesmiddelen. Wanneer komt die eraan? Het oogmerk is dat die ook kan starten per 1 januari 2019. De regeling moet dus voor die tijd bij u zijn. Ik denk dat het wel moet lukken om in het najaar met een uitgewerkte regeling te komen. Ik hoop dat ik daarmee de vragen van mevrouw De Vries heb beantwoord.

Dan de vraag van mevrouw Dijkstra over het zittend ziekenvervoer. Klopt het dat de uitbreiding onderdeel is van beide opties? Daar heb ik het inmiddels over gehad. Worden bij het uitwerken van beide varianten door het Zorginstituut ook de patiëntenorganisaties betrokken? Ja. Ik dacht dat ze dat al was verteld, maar anders zullen we het ze nog een keer vertellen, want ik vind het belangrijk dat de patiëntenorganisaties daarbij worden betrokken.

Hoe wordt geborgd dat er bij onderzoek sprake is van een representatieve afspiegeling, waarbij ook de werking bij vrouwen op een goede manier wordt meegenomen? Over dat thema hebben we al eens eerder gesproken. De regeling wordt op dit moment uitgewerkt, inclusief de precieze onderzoekscriteria. Per onderzoek zal op maat worden bekeken welke afspiegeling van patiëntengroepen nodig is. Daarbij zal ook speciale aandacht zijn voor vrouwen. Ik neem uw suggestie mee bij de verdere uitwerking, zodat ik ook aan de hand van de regeling kan bewijzen dat het op deze manier werkt.

Dan de vragen die zijn gesteld door de CDA-fractie. Ik ben inmiddels ingegaan op het overleg over de pakketuitname en het monitoren van de effecten. Ik zal de patiëntenorganisaties betrekken bij de monitor van de maatschappelijke baten van de GLI. Dat doen we ook. Ik heb u gezegd dat

er een maandelijks implementatieoverleg is. Daar wordt die monitor besproken. De patiëntenorganisaties zitten daarbij aan tafel. We hebben het al gehad over de geregistreerde interventies door het RIVM. Hoe realiseer je goede voorlichting over leefstijlinterventies? En hoe betrek je de patiëntenorganisaties daarbij? Dat zal allemaal gebeuren bij datzelfde maandelijks implementatieoverleg. Daar zitten de partijen aan tafel, niet alleen de patiëntenorganisaties maar ook de verzekeraars. Daar wordt de voortgang bekeken. De monitoring van de maatschappelijke baten laat ik ook deel uitmaken van datzelfde overleg.

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

Dat waarderen wij, maar wij hadden de vraag eigenlijk wat uitgebreider bedoeld. Ik heb verwezen naar de 2,5 miljoen laaggeletterden in Nederland. Voor velen van hen is het sowieso moeilijk om te begrijpen wat wel en niet wordt vergoed. Hoe krijgt men zicht op de zorg?

Minister **Bruins**:

Deze vraag komt ook meermalen bij ons terug. Dat gebeurt nu aan de hand van de GLI, maar hij is al eens eerder gesteld. Ik vind dat de zorgverzekeraars een belangrijke taak hebben om hun verzekerden informatie aan te reiken. Eens in de zoveel tijd doen we daar wat extra's aan met een campagne, soms aangespoord door een motie. De motie-Ellemeet/Keijzer van vorig voorjaar is daar een voorbeeld van. Toen hebben we een socialmediacampagne georganiseerd. We zijn met een promoteam langs markten geweest om op een eenvoudige maar ook duidelijke manier te vertellen hoe het zit met je verzekering, met overstappen en wat er in het pakket zit. Dus het is een meerledig antwoord. De zorgverzekeraars hebben een belangrijke taak om uit te leggen, bijvoorbeeld op hun website, hoe een verzekering in elkaar zit en wat er bijkomt. Ze moeten ook informatie bieden over de GLI. Ze moeten daar apart aandacht voor hebben. Ik weet uit eigen ervaring dat sommige verzekeraars dat ook voor laaggeletterden doen. Zij maken daar echt een punt van. Daarnaast heb je de complexe zorgverzekering, waar extra aandacht voor komt tegen de tijd dat het weer overstapeseizoen wordt. Wij proberen mensen er met informatie op te wijzen dat het overstapeseizoen is en dat het nuttig is om te kijken of het voordelen biedt als je wilt overstappen. We proberen enige helderheid te bieden in de polissen en het polisaanbod.

De **voorzitter**:

Afrondend, mevrouw Van den Berg.

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

Naar aanleiding van het antwoord van de Minister vraag ik mij het volgende af. Gaat hij uit zichzelf zo'n promotour doen of moet ik met mevrouw Ellemeet opnieuw een motie indienen?

Minister **Bruins**:

Nee hoor. Nou ja, wat u wilt. Ik heb vorig jaar ook meegedaan aan zo'n promotour. Ook dit jaar zullen we dat weer doen. We zullen extra aandacht geven aan het overstapeseizoen. In het overleg met de verzekeraars is het ordenen van de polisverzameling een actief onderwerp van gesprek. We hebben daarover eerder gesproken. Ik heb u daarover ook een brief toegezegd. Daarom weet ik dit allemaal uit het hoofd. Die brief ga ik u nog voor mijn zomervakantie zenden. Wanneer gaat u op zomervakantie? Dat vertel ik hier niet. Maar die brief komt binnenkort. Voorzitter. Dan de brief van de brancheorganisatie Nefemed. Is de Minister bereid om met die brancheorganisatie te kijken hoe de samenwerking met betrekking tot markt- en pakketintroductie effectiever kan? Via mevrouw Van den Berg zou ik in de richting van Nefemed willen zeggen dat wij een

hele directie voor innovatie hebben die zij altijd daarop kunnen bevragen. Er zijn goede contacten. Ik denk eerlijk gezegd dat de brancheorganisatie dat wel weet. Misschien hebben we bij de subsidieregeling te veel de nadruk gelegd op de kleinere ondernemingen, zodat de grotere ondernemingen zich via een brief tot u en mij hebben gewend. Er is aandacht voor hun positie. Als de markt- en pakketintroductie slimmer en effectiever kan, zijn wij graag bereid om daar op helpdeskniveau praktische en technische informatie over aan te reiken.

Is de Minister bereid om in gesprek te gaan over de implementatie van het Generiek Kwaliteitskader Hulpmiddelenzorg? Ja. Daarover loopt overleg in het bestuurlijk overleg hulpmiddelen. Het oogmerk is en blijft om de kwaliteit van de hulpmiddelen en de zorg voor de patiënt merkbaar te verbeteren. Dat overleg continueer ik graag, zo zeg ik in de richting van mevrouw Van den Berg.

De voorzitter:

Een tweede vraag van mevrouw Van den Berg.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Wij krijgen door dat dit kwaliteitskader al enkele jaren bestaat. Het is met name van belang voor mensen met incontinentie of diabetes en voor stomapatiënten. Zij hebben chronische klachten waar zij iedere dag weer mee te maken hebben. In tegenstelling tot de afspraken die zijn gemaakt, houden de zorgverzekeraars bij de inkoop geen rekening met het kwaliteitskader. Dus als u zegt «ik doe het in een lopend overleg» dan maak ik mij zorgen of dat effectief genoeg is.

Minister Bruins:

Ik maak mij daar niet zoveel zorgen over. Het kwaliteitskader hulpmiddelenzorg is met instemming van de zorgverzekeraars, de patiënten en de zorgverleners opgenomen in het landelijk register kwaliteitsstandaarden. Het maakt dus deel uit van de verzekerde zorg. Dat is een goede stap, maar nu nog de praktijk. De partijen hebben zich aan deze standaard gecommitteerd. Ze zijn bezig om de afspraken naar de praktijk te vertalen. Het kenniscentrum Vilans is gevraagd om de partijen daarbij te ondersteunen. Ik zorg dat dat overleg niet stilvalt en de voortgang wordt bewaakt. Het is dus meer dan een overleg. Er worden ook sluitende afspraken gemaakt.

Voorzitter. Dan de moeilijkste vraag van de middag. Kan de Minister uitleggen waarom hij het criterium verpleging en verzorging gebruikersgroepen vervangt door het criterium meerjarig hoge kosten verpleging en verzorging? Daarbij worden verzekerden ingedeeld op basis van de som van de kosten in de afgelopen drie jaar, terwijl de voorspellende werking van t-3 minder goed is dan t-1. Ik kijk hierbij mevrouw Van den Berg aan. Ik zou willen vragen: mag dat in een brief? Ik denk dat dat het handigst is, tenzij iemand anders die vraag stelt. Dan ga ik ook echt proberen om een antwoord te geven, maar dat raad ik u niet aan. Dat is inderdaad bijna uitlokking.

De voorzitter:

Komt deze brief nog voor de zomer? Is dat haalbaar?

Minister Bruins:

Ja, dat lijkt mij goed.

De voorzitter:

Voor de zomer redden we niet, want die is al begonnen. Voor het reces.

Minister Bruins:

Voor half juli heeft u die brief.

Dan de evaluatie van de zorgadviestrajecten. Daar heb ik u een brief over gestuurd, maar de evaluatie had ik niet meegezonden. Mijn verontschuldigingen daarvoor. Ik heb het inmiddels begrepen. Die evaluatie is vandaag alsnog snel naar u gezonden.

Dan het burgerforum. Ik heb het verslag met interesse gelezen. Het is eigenlijk precies zoals mevrouw Dijkstra zegt. Als je mensen om de tafel zet en bezwaart met het thema van de zorg, de zorgkosten en wat er allemaal mogelijk is, dan leidt dit tot veel begrip bij mensen, niet zozeer voor ons beleid, als wel voor het feit dat we in zijn algemeenheid maatregelen moeten treffen in de zorg. Dat vind ik heel interessant om te lezen. Het burgerforum heeft allemaal pakketcriteria gemaakt. Kun je die overnemen als jouw criteria? Daar zijn ze te algemeen voor. Het zijn zestien verschillende vakjes. Je zou kunnen zeggen dat we ze er al bij betrokken hebben, want zo nu en dan nemen we hapjes uit die zestien vakjes, maar niet allemaal en niet allemaal even zwaar. Bij de voorbereiding van dit overleg zat ik te denken of we ze niet een vorm van betrokkenheid kunnen geven bij de najaarscampagne die we bedenken. Vragen is één en antwoorden is twee, maar aan zo iets zit ik nu te denken. Dat waren de vragen die ik had liggen van mevrouw Van den Berg, voorzitter.

Dan de vragen die zijn gesteld door mevrouw Van Kooten. Dat zijn eigenlijk allemaal vragen over de lactatiedeskundige. Of ze horen niet thuis bij Medische Zorg of het zijn onderwerpen die bij Sociale Zaken horen, dus ik kan u daar eigenlijk geen antwoord op geven. Het behoort niet tot de verzekerde zorg.

Mevrouw **Van Kooten-Arissen** (PvdD):

Dat is enigszins verwarrend, want wij willen het juist zo graag in het basispakket vergoed zien. Daar kan de Minister toch wel iets over zeggen?

Minister **Bruins**:

Nee. Ik begrijp wel dat er vele wensen zijn om iets in het basispakket te stoppen, maar een vergoeding voor de lactatiedeskundige is beschikbaar via de aanvullende verzekering. Ik denk dat u dat beter weet dan ik. Via de aanvullende verzekering is er heel veel mogelijk, maar overheveling naar het basispakket, waarvoor het criterium «medische noodzaak» is, zit er niet in.

Mevrouw **Van Kooten-Arissen** (PvdD):

Dat is toch heel erg vreemd. De medische noodzaak is juist dat het zo ontzettend belangrijk is als goede start voor het kind en de moeder en dat het miljoenen zorgkosten kan schelen. Dus als de Minister het erover heeft dat we moeten bezuinigen en besparen, dan zou dit toch een uitgelezen kans zijn om te kunnen besparen op de zorgkosten? Juist omdat vrouwen in de eerste weken bij het geven van borstvoeding afhaken, om wat voor reden dan ook, zou het ontzettend kunnen helpen als een lactatiedeskundige daarnaar kan kijken en ze kan helpen, zodat er toch doorgezet kan worden. Ik begrijp niet dat de Minister daar de medische noodzaak niet van inziet.

Minister **Bruins**:

Ik kan het toch niet beter maken dan het is. Het zit in de aanvullende verzekering, maar niet in het basispakket. Ik ga ook geen voorstel in die richting doen. Ik heb het al moeilijk genoeg om keuzes te maken in het pakketbeheer.

Voorzitter. Dan heb ik nog een vraag liggen van de PVV. Die gaat toch nog een keer over Fampyra. Waarom vergoedt u Fampyra niet alleen voor de patiënten die reageren op het middel, de zogenaamde responders? De vraag of respondentenselectie of andere gepastgebruikafspraken mogelijk en wenselijk zijn, komt alleen aan de orde als het gaat om zorg die

bewezen beter is dan de gebruikelijke behandeling in Nederland. Dat is hier helaas niet het geval. Ik kan mij voorstellen dat dit heel vervelend is voor patiënten die van mening zijn dat zij een positief effect hebben ervaren bij de behandeling met dit middel. De effectiviteit van Fampyra is echter tot twee keer toe beoordeeld door het Zorginstituut. In beide gevallen vond men dat het middel niet bewezen is ten opzichte van de standaard zorgtherapie.

Voorzitter, tot zover mijn antwoorden.

De voorzitter:

Een vraag van mevrouw Agema.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Dat is een standaardantwoord dat uit een multomap komt, maar het is geen antwoord op de vraag die ik heb gesteld. Moet ik hem herhalen?

De voorzitter:

Herhaalt u uw vraag nog een keer.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Uit die beoordelingen bleek dat Fampyra voor 11% van de gebruikers werkte. Dat feit vond het Zorginstituut te weinig en daarom was het te weinig effectief. Ik heb de Minister de volgende vraag gesteld. Wat nou als er in het geval van borstkanker een middel wordt gevonden dat in 11% van de gevallen werkt? Stel dat het Zorginstituut dan ook zegt dat dit middel onvoldoende effectief is. Wat doet de Minister dan? Schaart u zich dan ook achter het Zorginstituut?

Minister Bruins:

Ja, dan schaar ik mij daar ook achter en ik denk dat dat heel verstandig is om te doen. Ik wil mij bij mijn werk baseren op de adviezen van het Zorginstituut.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Wow, dit is geen Minister meer die zelf kan nadenken. Ik vind dit echt heel shocking.

Minister Bruins:

Het zou pas ernstig zijn als wij de adviezen van het Zorginstituut in de wind sloegen en als wij hier per geneesmiddel zelf een debat gaan voeren over de vraag wat we in het pakket doen en wanneer we gaan vergoeden. Ik denk dat we dan aan het eind van de middag het hele Nederlandse budget hebben uitgeput.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Nou, voorlopig was er in de afgelopen jaren structureel 8 miljard over, terwijl de mensen hun middelen niet kregen. Ik heb al een aantal keer in debatten aangegeven dat de adviezen van het Zorginstituut op z'n minst op een wonderlijke manier tot stand komen, ook als het gaat om Fampyra. Als een middel voor 11% van de mensen werkt, wat is er dan moeilijk aan om die 11% van de mensen uit de populatie te vissen? Dat vind ik gewoon heel wonderlijk. Ook als het gaat om borstkanker, dan zegt Minister: dan ga ik ook achter het Zorginstituut staan. Ik vind dat echt shocking. Ten tweede. Ik heb ook vragen gesteld over de voorwaardelijke toelating van PTED. Dat waren behoorlijk wat vragen en daar heb ik ook nog geen antwoord op gekregen.

Minister Bruins:

Ik had in dat betoog geen vraag gehoord. Ik heb een opvatting gehoord over de kwaliteiten van een dokter uit Drenthe. Daar kan ik mij geen opvatting over aanmeten.

De voorzitter:

Kunt u nog even terugkomen op de vraag over die 11%? Want die stelde mevrouw Agema nog een keer.

Minister Bruins:

Ik heb al gezegd: ik baseer mij niet op berichten over 11%. Ik baseer mijn handelen op de adviezen van het Zorginstituut.

De voorzitter:

Dit is uw tweede interruptie, mevrouw Agema.

Mevrouw Agema (PVV):

Dit is buitengewoon spijtig. Ik ben heel erg blij dat het functioneren van het Zorginstituut in 2019 wordt geëvalueerd. Als ik zie met wat voor adviezen het Zorginstituut komt en hoe het tot een beoordeling komt, dan is dat redelijk vaak zeer discutabel. Ook het middel Orkambi werd niet vergoed omdat het 82% te duur zou zijn, terwijl niemand wist hoe duur het middel was. Met dat soort adviezen komt het Zorginstituut. Ik heb net ook een paar voorbeelden gegeven van zaken die op z'n minst discutabel zijn, dus ik zie die evaluatie echt heel graag tegemoet. Ik had de hoop dat wij een Minister hadden die iets kritischer zou zijn op de adviezen die naar ons toe komen en die soms kant noch wal raken.

Mijn tweede vraag ging over de endoscopische herniaoperatie. Volgens mij heb ik wel degelijk gevraagd waarom dat middel niet gewoon toegelaten wordt, waarom het voorwaardelijk toegelaten wordt. Ik heb gewezen op een aantal rapporten en onderzoeken. De informatie is allang beschikbaar, niet eens vanwege die ene dokter in Drenthe. Ook internationaal is er veel onderzoek gedaan. Internationaal is PTED al heel erg lang de gouden standaard. In Nederland komt het Zorginstituut opnieuw met dubieuze adviezen naar de Kamer. Ik weet al hoe de vork daar in de steel zit. Het zijn gewoon oude specialisten die opgeleid zijn volgens de oude standaard en die er helemaal geen zin meer in hebben om zichzelf te scholen via de nieuwe standaard. Zo zit het. Zo zitten de voorstellen en de oordelen van het Zorginstituut in elkaar. Daar hoeven we met z'n allen helemaal niet blij mee te zijn. Ik stond aan de wieg van de oprichting van het Zorginstituut, maar ik heb daar ongelofelijk veel spijt van.

Minister Bruins:

Ik ben bang dat ook dit antwoord over PTED mevrouw Agema niet zo heel erg gaat helpen, maar ik wil daarover graag nog het volgende zeggen. Het feit dat de PTED-behandeling nu in het stadium van voorwaardelijke toelating zit, betekent niet dat de behandeling al bewezen effectief is. Zij is wel veelbelovend. Ik ben ervan op de hoogte dat er in de afgelopen jaren diverse rechtszaken over de behandeling zijn gevoerd. Ook zijn er verschillende onderzoeken geweest naar de effectiviteit van PTED. Het Zorginstituut heeft de behandeling geduid als niet-effectieve zorg. De Hoge Raad heeft recent bij een zaak over PTED aangegeven dat het gaat om niet-effectieve zorg en dat de beoordelingswijze van het Zorginstituut juist is. Ik wacht dus de uitkomst van de voorwaardelijke toelating af.

De voorzitter:

Dank u wel. Afrondend, mevrouw Agema.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Nou, voorzitter, weet u wat? Ik heb hierover eerder al een initiatiefnota aangekondigd. Het lijkt in ons land bijna wel op de maffia. Deze innovatieve behandeling is al in 1989 in ons land geïntroduceerd. Die dokter in Drenthe wordt daarvoor in het buitenland gelauwerd en krijgt erkenning en prijzen. Het is een ontzettend lieve man die in Nederland gewoon patiënten helpt. We weten dat het Zorginstituut op een dubieuze wijze tot zijn oordeel komt, ook hierbij. Ik ga hier gewoon een initiatiefnota van maken. Ik ga nog 85 vragen aan de Minister stellen. Het is werkelijk waar bizar dat over een behandeling die in het buitenland al lang en breed de gouden standaard is en waarover in het buitenland al duimendikke rapporten en onderzoeken liggen op basis van alle informatie die verkrijgbaar is, hier gewoon wordt gezegd: nee, het Zorginstituut. Er zijn allerlei vergelijkingen met de huidige gouden standaard van de hernia-operatie, waarbij de rug opengesneden wordt. Iedere keer wint PTED het in die beoordelingen. In internationale onderzoeken wint PTED iedere keer, maar in ons land gebeuren er heel vreemde dingen op dit terrein.

De **voorzitter**:

Uw punt is duidelijk en de aankondiging die u doet, zien wij tegemoet. Ik heb geen vraag gehoord aan de Minister. Dus ik kijk of hij aan het eind was van zijn betoog. Dat is het geval. Dan kijk ik of er behoefte is aan een tweede termijn. Dat is het geval.

Dan geef ik als eerste het woord aan de heer Van Gerven. Gaat uw gang.

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

Voorzitter. Ik wil nog even stilstaan bij de discussie over het Zorginstituut. De SP twijfelt niet aan de integriteit van het Zorginstituut en dat de mensen die daar werken naar eer en geweten adviezen geven. Maar het is natuurlijk van de zotte dat de politiek niet een andere afweging mag maken. Feitelijk hoor ik de Minister dat zeggen. Daar zit ook de makke van het systeem. Eigenlijk zou het Zorginstituut vooral moeten kijken naar de effectiviteit en eventueel naar wat de kosten zijn, maar daarna zou het aan de politiek moeten zijn om een afweging te maken. Dus graag krijg ik de reflectie van de Minister of hij dat deelt, want dat zou ruimte scheppen voor andere afwegingen.

Ik wil ook zeggen dat we dit plenair gaan afronden met een VAO, omdat ik op dat terrein ook uitspraken wil van de politiek. Ik roep in herinnering dat Minister Schippers bij Pompe en Fabry wel degelijk afweek van het oordeel van het Zorginstituut. Dus het is ook een politiek besluit of we dat al of niet gaan doen. Ik wil het bij dat VAO uiteraard ook hebben over andere elementen van het pakket: de fysiotherapie, de paracetamol en dat soort zaken. Maar ik denk dat het ook nodig is dat er een uitspraak van de Kamer gevraagd wordt over de rol van het Zorginstituut.

Dank u wel.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Mevrouw Ploumen.

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):

Voorzitter, dank u wel. Dank aan de Minister voor zijn toezegging om een brief te sturen op welke wijze Fampyra in andere landen wel opgenomen is in een pakket dat wellicht niet vergelijkbaar is met het onze. Dat heb ik gehoord. Maar toch dank voor die toezegging.

Ik wil me aansluiten bij de appreciatie van collega Van Gerven van het Zorginstituut. Ik wil me ook aansluiten bij zijn oproep om de politiek wel aan zet te laten zijn. Wij hebben hier allen een verantwoordelijkheid; de Minister, maar wij ook aan deze kant als volksvertegenwoordigers, om zelf altijd te blijven denken, zelf vragen te blijven stellen, zelf ook te luisteren naar wat wij horen uit het medische veld en van patiënten. Daarom

moeten we hier ook over spreken. Dat is ook waarom ik zo hamer op een mogelijke second opinion over Fampyra, juist omdat het voor een groep patiënten effectief is. Dat is ook waarom ik net als anderen heb gepleit voor het in het pakket houden van paracetamol en andere relatief eenvoudige medicamenten. Overigens geldt voor dat laatste ook ... We hebben gisteren tot ik geloof één uur 's nachts gepraat over 1,6 miljard. Daar kwamen per minuut miljarden bij. Het is echt wel een beetje zuur en wrang om nu te horen dat juist die groep patiënten die al veel zorgkosten heeft, niet op solidariteit kan rekenen. Het is ook nog onverstandig, want ik voorzie dat uit die monitoring komt dat we weinig hebben bespaard en heel veel extra kosten hebben gemaakt. Dus ik zou de Minister willen vragen: denk er nou nog gewoon eens even over na. Wij staan voortdurend open voor een debat. Ik denk echt dat het een verstandige keuze is. Ook wij zijn ons ervan bewust dat die keuzes niet makkelijk zijn.

De voorzitter:

Dank u wel. Mevrouw de Vries.

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

Dank u wel. Ik dank de Minister voor de beantwoording, voor de toezegging over de monitoring van de vitamines en mineralen maar ook voor zijn toezeggingen over de afbouwmedicatie, de vergoeding voor het verblijf en de structurele financiering voor de werving van stamceldnoren. Dat gebeurt allemaal in de tweede helft van dit jaar, begrijp ik. Ik weet niet of de Minister ietsje concreter kan worden, maar anders zullen wij daar alert op zijn het komende halfjaar.

Er staat nog één vraag open wat mij betreft. Die gaat over de innovatieregeling. Het is goed dat de regeling voor de geneesmiddelen snel komt. Ik ga ervan uit dat daar ook weer de wat kleinere fabrikanten nadrukkelijk bij betrokken worden, dat zij mee kunnen denken over hoe die regeling er moet uitzien, zodat die ook beter werkt dan de huidige regeling. Voor beide regelingen zou ik na één of twee jaar willen kijken of de doelen die nu gesteld zijn, ook bereikt worden, dat er sneller toegang is, dat er meer ruimte is voor start-ups en dat er meer ruimte is voor mkb-bedrijven om hier een beroep op te doen.

Dank u wel, voorzitter.

De voorzitter:

Dank u wel. Mevrouw Dijkstra.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):

Dank u wel, voorzitter. Ik dank de Minister voor zijn antwoorden. Hij gaf in zijn beantwoording aan dat we moeten denken aan de patiënt van vandaag en die van morgen. Dat vond ik eigenlijk wel een heel goede omschrijving. Bij alle beslissingen die we nu nemen, moeten we ook gericht zijn op de zorg voor toekomstige generaties. Die willen we ook behouden. Ik vind de gecombineerde leefstijlinterventie daarvan een goed voorbeeld. Die kan zorgen voor gezondheidswinst en op termijn ook voor kostenbesparingen.

Ik heb nog wel twee dingen. De Minister heeft gezegd dat hij natuurlijk gaat monitoren wat de maatregel voor effect heeft om vitamines enzovoort uit het pakket te halen. Hij komt na een jaar met de eerste evaluatie. Ik zou graag nog van hem willen weten welke indicatoren hij nu precies gaat hanteren.

Ik heb ook een vraag naar aanleiding van het antwoord op mijn vragen over COPD. Ik vroeg om inzicht in de groep die nu meer behandelingen krijgt. De Minister zegt dat de effectiviteit bij meer dan 70 behandelingen niet is aangetoond. De longartsen zien voor een groep van 1.250 patiënten toch dat dat niet volstaat. Daar zou ik graag nog een reactie van de Minister op willen hebben.

Ik dank de Minister voor zijn toezegging dat hij ook vrouwen goed meeneemt in de subsidieregeling.

Over de voorwaardelijke pakkettoelating had ik nog één specifieke vraag die nog niet beantwoord is. Ik heb gevraagd naar patiënten die straks niet deelnemen aan onderzoek of studie. Komt voor hen die zorg pas later beschikbaar? Betekent dit dat je eigenlijk de patiëntengroep verkleint? Daar heb ik de Minister nog niet over gehoord.
Dank u wel, voorzitter.

De voorzitter:

Dank u wel. Mevrouw Van den Berg.

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

Dank u wel, voorzitter. Fijn dat de Minister bereid is om te bekijken of hij het burgerforum kan betrekken bij de najaarscampagne, om daar ook continuïteit aan te geven. Ook is het fijn dat wij de evaluatie zullen krijgen van de pakketduiding. De Minister gaf al aan dat het een open systeem is. In de loop van het jaar komen er heel veel nieuwe medicijnen bij. Alleen delen wij de mening van de zorgverzekeraars dat dit onafhankelijk beoordeeld zou moeten worden, dat dat niet hun taak is.

We zijn ook blij met de brief die we van de Minister gaan krijgen over de risicoverevening en t-3 en t-1. Een technische vraag, maar het is wel zeer belangrijk voor de mensen met een chronische ziekte dat ook zij vrijheid houden om te kiezen, want een goede risicoverevening is daarvoor de basis.

De Minister verwees naar de helpdeskfunctie ten aanzien van marktintroductie die het ministerie kan bieden en de vraag of hij daar een rapportage over kan aanleveren. Ik heb intussen de motie-Ellemeet/Keijzer (29 689, nr. 822) van 13 april 2017 voor me waarnaar de Minister verwees ten aanzien van het informeren en meer voorlichting geven. Aan het eind staat: verzoekt de regering de informatiestromen en voorlichting rondom het eigen risico te intensiveren en hierover de Kamer te rapporteren. Ik krijg in ieder geval door dat wij daar als Kamer nog geen rapportage over hebben ontvangen. Dus ik vroeg me af of de Minister daartoe bereid is.
Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel. Tot slot, mevrouw eh ... Van Kooten-Arissen. Ik moet er nog steeds aan wennen. Gaat uw gang.

Mevrouw **Van Kooten-Arissen** (PvdD):

Geeft niet, voorzitter. Het went vanzelf.

Ja, ik ben heel teleurgesteld in de beantwoording van de Minister. Dat zal geen verrassing zijn. Ik kan hier mijn hele verhaal gaan herhalen, maar dat heeft totaal geen zin. Ik ga moties indienen.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan zijn we daarmee aan het einde gekomen van de tweede termijn van de zijde van de Kamer. De Minister heeft een paar minuten nodig voor zijn beantwoording. Ik schors vijf minuten.

De vergadering wordt van 15.55 uur tot 16.00 uur geschorst.

De voorzitter:

Dat de Minister nog een paar minuutjes nodig had, heeft de heer Van Gerven tot een nabrander gebracht. Ik geef hem die gelegenheid, als het een korte vraag is. Dat heb ik met hem afgesproken.

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

Het gaat over de taperingstrips, de afbouwmedicatie. De Minister zegt dat hij het proces gaat volgen en dat hij erbij betrokken is. Wil hij ook bevorderen dat ze in het pakket komen? Die uitkomst zouden we graag zien. Dit voorkomt wellicht een motie bij het VAO.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Daarmee zijn we echt aan het einde van de tweede termijn van de zijde van de Kamer gekomen. Ik geef de Minister graag de gelegenheid voor zijn beantwoording. Gaat uw gang.

Minister **Bruins**:

Voorzitter. Dan eerst maar even over de rol van het Zorginstituut. Daar begon de heer Van Gerven over. Ik vind het heel belangrijk dat we dat Zorginstituut hebben. Ik ben gauw geneigd om de adviezen van het Zorginstituut te volgen, omdat daar veel professionele tijd in zit. Kunnen we dan niet onze eigen afweging maken? Zeker wel, maar ik heb proberen te betogen dat ik al gauw geneigd ben om de adviezen van het Zorginstituut te volgen. En wat moet ik doen als het Zorginstituut oordeelt dat iets niet effectief is? Wat gaan wij dan hier doen? Op welke gronden gaan wij dan anders beslissen? Dat vind ik heel ingewikkeld. Maar ik geef u, en ook mevrouw Ploumen, na: uiteindelijk is het aan ons om de afweging te maken. Maar u kunt van mijn kant verwachten dat ik vind dat de professional in veel gevallen gevolgd moet worden, want daarvoor hebben we dat instituut.

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

Laat ik het zo opmerken: zorg is niet altijd exact in maat en getal te pakken. Dat is vaak het probleem. Was het maar zo, net als bij een auto. Een lekke band maak je, maar zo zit een mens niet in elkaar. Vindt de Minister niet dat er ook een zekere discretionaire ruimte moet zijn, zeker ook daar waar adviezen laten zien dat de beslissing naar de ene kant is uitgevallen, maar dat er ook elementen in zitten die tot een andere beslissing hadden kunnen leiden?

Minister **Bruins**:

Ten volle. Je kunt het advies volgen of je kunt het niet volgen. Maar ik geef u aan dat ik in de afgelopen maanden – vandaag acht maanden – de ervaring heb opgedaan dat het wijs is om die adviezen van deskundigen te volgen. Dat hoeft niet altijd en dat hoeft zeker niet automatisch. Je moet er goed bij stilstaan of je die adviezen wilt opvolgen, maar u kunt van mij verwachten dat mijn basishouding is dat ik, als ik een professioneel advies krijg, dat professionele advies wil volgen. Op het moment dat het anders is, zal ik u gemotiveerd aangeven waarom dat zo is. U kunt dat een discretionaire bevoegdheid noemen. Ik vind ook dat wij uiteindelijk aan deze tafel de afweging moeten maken. Dat ben ik met u eens. Dat wilde ik graag kwijt in de richting van de heer Van Gerven en mevrouw Ploumen, die mij aanmoedigde om te blijven nadenken. Blijven denken, zei u zelfs. Dat zal ik doen, zeg ik in de richting van mevrouw Ploumen. Dan nog over de taperingstrips. Wil ik een actieve rol kiezen in het bevorderen van het proces? Nee, dat wil ik niet. Daar wil ik geen rol in spelen. Dat heb ik zojuist betoogd. Ik wil afwachten waar de partijen mee komen. Dan kunnen we kijken of er een route is om die afbouwmedicatie al dan niet voor een deel in het verzekerde pakket te krijgen. Maar ik heb nu niet een actieve rol, behalve dat ik heb toegezegd dat ik de partijen zal aansporen om niet te wachten tot het einde van het jaar om met een opvatting te komen, want de discussie loopt al zo lang. In de richting van mevrouw De Vries wil ik graag het volgende zeggen. Zij sprak over de innovatieregeling. Betrek ik de kleine partijen bij de ontwikkeling van die geneesmiddelenregeling? Ja, dat doen we. Er zijn

gesprekken gepland, ook de komende weken, om de partijen te betrekken aan tafel en mee te laten denken. Als de regeling er is, wil ik ook die evalueren. Na één jaar hoop ik u al iets te laten weten. In de brief hebben we de evaluatieregeling op twee jaar gezet, geloof ik, maar neemt u maar van mij aan dat ik in ieder geval een paar jaar achter elkaar wil zien of deze nieuwe regeling effect heeft.

Dan in de richting van mevrouw Dijkstra over de monitoring van de uitname van het pakket. Welke indicatoren gebruiken we? Ik was nog niet veel verder gekomen dan de indicatoren substitutie en therapietrouw, maar ik moet die nog maken. Dit is geen uitlokking, maar als u een suggestie heeft voor wat u er nog meer bij wilt betrekken, geef maar een seintje, dan kunnen we dat erbij betrekken. Ik denk eerlijk gezegd dat dit de belangrijkste zijn, maar ik sta open voor suggesties van uw kant.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):

Ik heb ook substitutie genoemd.

Minister **Bruins**:

Ik ook.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):

O, dat hebt u ook genoemd. Ik slaap half, geloof ik. Excuus. Ik kijk ernaar.

De **voorzitter**:

Voor de mensen die meeluisteren: het was gisteravond erg laat in deze Kamer.

Minister **Bruins**:

Ik zal een beetje zachtjes praten, dan stoor ik u niet in uw slaap.

Voorzitter. Dan nog even over COPD en de maximering van het aantal behandelingen. Mevrouw Dijkstra vroeg wat we doen als er toch effecten blijken te zijn voor een groep van 1.250 patiënten. Dan zeg ik: breng die informatie ter kennis aan het Zorginstituut. Dat zal dit opnieuw gaan wegen, want het gaat over de effectiviteit van de behandeling. Als er dus nieuwe inzichten op dat punt zijn, is het waardevol voor het Zorginstituut om dat te weten en te wegen.

Leidt de voorwaardelijke toetsing er niet toe dat een behandeling niet voor iedereen beschikbaar is en later komt? Nee. De huidige voorwaardelijke toelating werkt niet goed, door de complexiteit van de regeling en de lange doorlooptijden van voorbereiding en onderzoek. Daarom maken weinigen gebruik van de regeling. De nieuwe subsidieregeling kent een veel eenvoudigere procedure en kortere doorlooptijden voor onderzoek en voorbereiding. Daarom verwacht ik dat er veel meer gebruik zal worden gemaakt van de nieuwe regeling. In de consultatie bleek ook dat alle partijen het erover eens waren om de innovaties alleen te onderzoeken in kleiner verband. Ook de Patiëntenfederatie vindt dat een goed idee. Ik verwacht dus dat meer mensen eerder gebruikmaken van die innovaties.

Voorzitter. Dan in de richting van mevrouw Van den Berg nog het volgende. Zij sprak over de groep chronisch zieken. Even los van alle technische toelichting: wat wij allebei heel belangrijk vinden, is de acceptatieplicht van de verzekeraar. De chronische patiënten zullen er niet onder moeten lijden. Dat blijft voor mij als een paal boven water staan. Dat ten eerste.

Dan over de helpdeskfunctie. Ik trek schielijk dat woord weer in. Ik bedoel maar te zeggen dat onze Directie Innovatie klaarstaat om technische informatie aan te reiken, maar niet door daar weer jaarlijks een rapportage van te maken. Ik heb de brief van de brancheorganisatie gelezen en ik dacht: eigenlijk weten jullie heel goed waar je te rade moet gaan als je informatie wilt halen. Ik wil via u zeggen dat die informatie er ook echt is

en dat we graag bereid zijn om die te geven, maar ik heb niet een mannetje of vrouwtje achter een loket zitten die aan het einde van het jaar een rapportage maakt. Als wij partijen kunnen leiden naar innovatieve ontwikkelingen en daarbij onze kennis ter beschikking kunnen stellen, doen wij dat natuurlijk graag.

Tot slot de motie-Ellemeet/Keijzer. Die blijft toch een beetje tikkietakkie doen vanmiddag. Het is mij geworden dat die eind augustus vorig jaar is afgedaan. Maar als dat niet de goede informatie is, voorzitter, moet ik nog even verder zoeken. Maar ik dacht dat dit het antwoord was. Tot zover.

De voorzitter:

Goed, dank u wel. Dan zijn we daarmee aan het einde van de tweede termijn gekomen. We hebben de volgende toezeggingen genoteerd.

- In de tweede helft van dit jaar zal de Minister een brief sturen met een overzicht van in welke landen Fampyra wordt vergoed. Hierbij worden tevens de zorgstelsels betrokken.
- De vraag van mevrouw Van den Berg over de risicoverevening zal voor half juli schriftelijk worden beantwoord.

De overige toezeggingen van de Minister zijn eerder al in brieven gemeld. Derhalve hebben wij die niet genoteerd. Er is een VAO aangevraagd, met als eerste spreker de heer Van Gerven. Dat zullen we doorgeven aan de plenaire Griffie. Ik hoor de heer Van Gerven fluisteren: graag voor de zomer. Ja, dat zullen wij ook doorgeven. Dan zal het volgende week op de agenda komen. Ik zie mevrouw Van den Berg nog.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Heel kort. De Minister had ook nog toegezegd dat hij de evaluatie van de pakketduiding zou opsturen.

De voorzitter:

Ik heb begrepen dat die al onderweg is. Als het goed is, is die al binnen. Goed, dan zijn we daarmee aan het einde gekomen van dit algemeen overleg, ruim binnen de beschikbare tijd. Ik hoop dat wij die nuttig kunnen besteden. Ik dank de Minister en de ondersteuning van harte voor de inbreng en de aanwezigheid. Ik dank de Kamerleden voor hun inbreng en aanwezigheid en ik dank de mensen op de publieke tribune en de mensen die het debat op een andere manier gevolgd hebben voor hun belangstelling.

Sluiting 16.11 uur.