

Vergaderjaar 2019–2020

**29 689**

## **Herziening Zorgstelse**

**Nr. 1073**

### **VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG**

Vastgesteld 16 juli 2020

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 17 juni 2020 overleg gevoerd met de heer Van Rijn, Minister voor Medische Zorg en Sport, over:

- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 19 augustus 2019 inzake definitieve toelating van twee trajecten tot Voorwaardelijke Toelating tot het basispakket van de zorgverzekering (Kamerstuk 29 689, nr. 1020);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 3 juli 2019 inzake stand van zaken met betrekking tot neuro-modulatie bij chronische pijn naar aanleiding van toezegging AO Pakketbeheer (Kamerstuk 29 689, nr. 1013);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 1 oktober 2019 inzake stand van zaken over de uitvoering van de gewijzigde motie van het lid Van den Berg c.s. over opnemen in het basispakket van fysiotherapie voor chronisch zieken (Kamerstuk 29 689, nr. 1015 ) (Kamerstuk 29 689, nr. 1026);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 21 oktober 2019 inzake herbeoordeling ergotherapie (Kamerstuk 29 689, nr. 1028);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 15 november 2019 inzake wijziging van de Regeling zorgverzekering in verband met VT-traject HIPEC en nevenonderzoek AFT (Kamerstuk 29 689, nr. 1032);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 12 december 2019 inzake Flash Glucose Monitoring in het basispakket (Kamerstuk 32 805, nr. 100);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 11 december 2019 inzake voortgang van de voorwaardelijke toelating van nusinersen (Kamerstuk 29 477, nr. 639);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 2 december 2019 inzake reactie op verzoek commissie om tussentijds te informeren bij relevante ontwikkelingen omtrent standpunt van het Zorginstituut Nederland over neuromodulatie (Kamerstuk 29 689, nr. 1034);**

- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 10 januari 2020 inzake reactie op verzoek commissie inzake open brief van de Stichting Tot hier en niet verder met betrekking tot vergoeding en behandeling van ziekte Multiple Sclerosis (2020D00438);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 20 april 2020 inzake voortgang systeemadvies fysio- en oefentherapie (Kamerstuk 29 689, nr. 1051);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 1 oktober 2019 inzake stand van zaken over de uitvoering van de gewijzigde motie van het lid Van den Berg c.s. over opnemen in het basispakket van fysiotherapie voor chronisch zieken (Kamerstuk 29 689, nr. 1015) (Kamerstuk 29 689, nr. 1026);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 21 juni 2019 inzake medische indicatie en medische noodzaak (Kamerstuk 29 689, nr. 998);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 29 mei 2020 inzake ontwerpbesluit houdende wijziging van het Besluit zorgverzekering in verband met het zorgpakket Zvw 2021 (Kamerstuk 29 689, nr. 1054);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 29 mei 2020 inzake voortgang en afronding overheveling geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen naar de Zvw (Kamerstuk 33 578, nr. 80);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 29 mei 2020 inzake basispakket van de Zorgverzekeringswet (Zvw) 2021 (Kamerstuk 29 689, nr. 1053);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 16 juni 2020 inzake monitor «vitaminen, mineralen en paracetamol uit het pakket» (Kamerstuk 29 689, nr. 1056).

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

De voorzitter van de vaste commissie,  
Lodders

De griffier van de vaste commissie,  
Post

**Voorzitter: Lodders**  
**Griffier: Bakker**

Aanwezig zijn negen leden der Kamer, te weten: Van den Berg, Van Gerven, Jansen, Lodders, Ploumen, Raemakers, Renkema, Sazias en Veldman,

en de heer Van Rijn, Minister voor Medische Zorg en Sport.

Aanvang 9.30 uur.

**De voorzitter:**

Goedemorgen allemaal. Hartelijk welkom bij de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Aan de orde is het algemeen overleg over pakketbeheer. Hartelijk welkom aan de Minister voor Medische Zorg. Welkom aan de ondersteuning hier en ook nog ergens in een andere zaal. Hartelijk welkom aan de leden en uiteraard ook hartelijk welkom aan de mensen die dit debat thuis of op afstand volgen.

Zoals ik al zei is het onderwerp voor vandaag pakketbeheer. We hebben met elkaar afgesproken om een spreektijd te hanteren van vier minuten. Ik stel voor om in eerste termijn maximaal twee interrupties in tweeën toe te staan. Interrupties dienen kort en bondig te zijn, u weet het allemaal, en dat geldt uiteraard ook voor de antwoorden.

We gaan beginnen. Dat betekent dat ik als eerste graag het woord geef aan de heer Van Gerven namens de fractie van de SP. Gaat uw gang.

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

Voorzitter. We leven in een bijzondere tijd. De coronacrisis brengt veel goeds naar boven: samenwerking, we helpen elkaar, we laten niemand vallen. Laten we dat ook voor dit debat over het pakketbeheer vasthouden en ervoor zorgen dat iedereen de zorg krijgt die nodig is, zonder onderscheid des persoons. De SP pleit voor coronasolidariteit en coronabelasting. Daarom stellen wij het volgende voor. Een. Fysiotherapie terugbrengen in het pakket en drempelloos beschikbaar stellen voor coronapatiënten, zowel voor hun behandeling als voor de nazorg. Voor COPD-patiënten wordt het gemaximeerde aantal behandelingen opgeheven. Twee. Het eigen risico, de straf op ziekte, wordt afgeschaft. Drie. De verhoging van de ziektekostenpremie wordt op nul gesteld. Zo voorkomen wij dat gezondheidsverschillen tussen rijk en arm groeien. We betalen dit uit de algemene middelen. Dat is het meest eerlijke en solidaire systeem.

Voorzitter. We hebben inmiddels het Nivel-rapport over de bezuinigingsmaatregelen, waarmee zware paracetamol, mineralen en vitamine D uit het basispakket werden gehaald. Het Nivel-rapport bevestigt wat wij van meet af aan al hebben voorspeld. Deze bezuiniging vormt een bedreiging voor onze volksgezondheid en vergroot de tweedeling in de samenleving. Om niet te hoeven bijbetalen, vragen patiënten om zwaardere pijnstillers. Het gaat hierbij om de gevaarlijke NSAID's zoals Brufen en Voltaren, tot aan oxycodon, met groot risico op verslaving. Anderen gebruiken medicijnen zoals vitamine D tegen botontkalking niet meer. Vindt de Minister ook niet dat we snel van deze verkeerde weg af moeten en dit moeten terugbrengen in het pakket? Ik heb hiervoor een motie in gedachten.

Afgelopen jaar is door de Kamer unaniem een motie aangenomen om de hooggebergtebehandeling in het Nederlands Astmacentrum Davos te behouden. Daarover heb ik de volgende vragen. Klopt het dat alle zorgverzekeraars voor 2020 hun contract met het astmacentrum hebben afgesloten en dat deze zorg vanuit het basispakket wordt vergoed? Twee. Kunnen we constateren dat hooggebergtebehandeling verzekerde zorg is, vergoed vanuit het basispakket? Drie. Vindt u dat alle zorgverzekeraars

ook contracten voor 2021 en volgende jaren moeten afsluiten om het voortbestaan van een astmacentrum te garanderen en gaat u de zorgverzekeraars hierop aanspreken?

Dan heb ik een vraag. Hoe staat het met het onderzoek naar continue glucosemonitoring? En ik heb een volgende vraag. Wilt u reageren op de brief van Anouk en Laura, die lijden aan de spierziekte SMA en al meer dan een jaar op de wachtlijst staan voor de behandeling met Spinraza? Ik zal de brief straks even naar de Minister geleiden.

Dan kom ik op een volgende kwestie. Het Zorginstituut heeft steeds meer een bepalende invloed op het pakket en wordt een steeds politieker orgaan, zonder dat het een gekozen orgaan is met mensen die je weg kunt stemmen als je het niet eens bent met het beleid dat het voorstaat. Ik stel voor het Zorginstituut radicaal te hervormen. Het krijgt als taak om te beoordelen of een behandeling of medicijn werkzaam is en een toegevoegde waarde heeft voor onze volksgezondheid. Tevens dient een maatschappelijke kosten-batenanalyse te worden gemaakt, hetgeen verder gaat dan het bepalen van alleen een quality-adjusted life year, een qaly. Ook de preventieve waarde van behandelingen – je behandelt om erger te voorkomen – hoort te worden meegewogen. Dan houdt het op en zijn het ministerie en de politiek aan zet. Zij moeten de keuze maken of iets wel of niet in het pakket thuishoort. Die beslissing hoort niet te liggen bij mensen van het Zorginstituut, die wel een politieke opvatting hebben over dat ons zorgstelsel te duur zou zijn of dat zorg meer door mensen zelf moet worden betaald, maar daarover geen politieke verantwoording hoeven af te leggen. Bovendien wordt het onmogelijk dat de Minister en de politiek hun verantwoordelijkheid afschuiven op het Zorginstituut of op de regels die we met z'n allen hebben gemaakt. Politiek is kiezen en laten we dat op solidaire en rechtvaardige wijze doen.

Voorzitter. Dat was het in eerste termijn.

#### De voorzitter:

Hartelijk dank. Dan geef ik nu graag het woord aan mevrouw Ploumen, die spreekt namens de fractie van de Partij van de Arbeid. Gaat uw gang.

#### Mevrouw **Ploumen** (PvdA):

Dank u wel. Goede zorg moet er voor iedereen zijn. Wat in het basispakket zit, bepaalt natuurlijk mede of die zorg inderdaad toegankelijk is voor iedereen. De afgelopen periode hebben we gezien dat heel veel mensen de goede zorg hebben gekregen die ze nodig hebben, maar we horen ook al alarmerende berichten van verzekeraars die dreigen met forse premieverhogingen. Hoe ziet de Minister dat?

Voorzitter. We spreken hier vaak over wat er in het basispakket moet, maar ik zou het met de Minister willen hebben over wat uit dat pakket moet.

Door de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra is een lijst gemaakt met meer dan 1.300 overbodige of onzinnige behandelingen. Je zou zeggen: kap daar dan meteen mee, haal ze uit dat pakket en zorg dat ze niet meer vergoed worden. Maar helaas, er moet breed geconsulteerd worden, er moet geïmplementeerd worden, er moet consensus ontstaan. Dat lijkt mij in dit geval niet de aangewezen weg. Die commissie heeft haar werk goed gedaan en bestaat uit medici. Wanneer kunnen we verwachten dat die 1.300 behandelingen niet meer vergoed worden? Ik hoop op een toezegging dat dit allemaal per 1 januari uit het pakket kan. Voorzitter. Dan kom ik op medische noodzakelijkheid. We zien dat als gevolg van behandelingen, of door het ontbreken of te laat inzetten van behandelingen, vrouwen de gevolgen dragen, zowel psychisch als lichamelijk, van borstimplantaten die niet veilig blijken te zijn, vruchtbaarheidsbehandelingen en vrouwelijke genitale verminking. Dat kan allemaal leiden tot aanmerkelijk psychisch lijden. Behandeling wordt niet vergoed, ondanks eerdere toezeggingen van de voorganger van de Minister. Er is een lijst van plastischchirurgische behandelingen die medisch noodza-

kelijk kunnen zijn, omdat ze het dagelijks functioneren belemmeren. Kan de Minister die lijst actualiseren met in het achterhoofd het onderzoek waaruit blijkt dat siliconen uit borstimplantaten wel degelijk menselijke cellen kunnen doodmaken? Er is een nazorgregeling aangekondigd. Hoe staat het daarmee?

De kraamzorg. 10% van de kinderen wordt geboren in een gezin dat extra hulp kan gebruiken. Dat zijn juist de gezinnen die de eigen bijdrage voor de kraamzorg moeilijk kunnen opbrengen. Zou de Minister willen overwegen om de eigen bijdrage van de kraamzorg af te schaffen? Is hij op de hoogte van zorgmijding in de geboortezorg? Is hij het met de Partij van de Arbeid eens dat we ervoor moeten zorgen dat juist de gezinnen die die kraamzorg nodig hebben, die zorg ook krijgen?

Ik heb vaker gepleit voor anticonceptie in het basispakket en blijf dat doen. Ik hoop op een toezegging van deze Minister dat vrouwen maximale keuzevrijheid moeten hebben. Ik hoop ook op steun van de coalitiepartijen, want dat waren de enige die achterbleven. Wellicht kunnen we hierover een hoofdelijke stemming organiseren.

Tot slot, voorzitter, de nevenbevindingen bij het bevolkingsonderzoek borstkanker. Vrouwen krijgen een mammografie bij het bevolkingsonderzoek. Dat is een groot goed. Ik waardeer dat zeer. Op die mammografie staan soms ook zogenaamde nevenbevindingen, die niet gerapporteerd hoeven te worden. Soms leidt dat ertoe dat die nevenbevindingen niet gezien worden als een eerste stadium van bijvoorbeeld borstkanker. Ik vraag de Minister via de voorzitter of het mogelijk is die nevenbevindingen wel te rapporteren en, als die er zijn, om standaard in het pakket een extra check op te nemen bij een röntgenoloog zodat die vrouwen een consult krijgen. Er kan dan als er nevenbevindingen geconstateerd zijn, meteen goede actie en zorg ingezet worden.

Voor het onderzoek naar paracetamol en de hooggebergtebehandeling kan ik me gelukkig aansluiten bij collega Van Gerven, want mijn tijd is denk ik op.

Dank u wel.

**De voorzitter:**

Dat is het, ja. Dank u wel. Dan geef ik graag het woord aan de heer Raemakers. Hartelijk welkom, het is lang geleden dat we u in ons midden hebben mogen verwelkomen. U spreekt namens de fractie van D66. Gaat uw gang.

**De heer Raemakers (D66):**

Ja voorzitter, dank u wel. Ik ben heel blij om weer hier te kunnen zijn. Ieder jaar spreken we elkaar over de samenstelling van ons basispakket. Gelukkig ook nu, ten tijde van corona, want welke zorg precies wordt vergoed, is voor veel mensen erg belangrijk. Ik zie daarbij dit jaar enkele mooie lichtpuntjes. Allereerst is dat de zorg na orgaandonatie. Ik ben blij dat na blijvende aandacht van D66 donoren vanaf komend jaar nooit meer hoeven te betalen voor zorgkosten die volgen uit de donatie. Ik hoop dat hierdoor nog meer mensen de ingrijpende en soms levensreddende keuze maken om te doneren. Ook is er de nazorg bij kinderkanker. Driekwart van alle overlevenden krijgt door de ingrijpende kankerbehandeling later gezondheidsproblemen. De zogenaamde LATER-zorg gaat dit preventief tegen. Daarom ben ik heel blij dat na de eerdere onzekerheid en de motie van D66 en GroenLinks van vorig jaar, de vergoeding van LATER-zorg nu alsnog voor de komende tien jaar is geregeld. Ten derde ben ik heel blij voor alle diabetespatiënten. Zij waren aangewezen op de momentopnames van het vingerprikken, maar krijgen nu eindelijk de flash glucose-sensor vergoed waardoor ze veel beter zicht hebben op hun bloedsuikerspiegel, wat een veilig gevoel geeft en opnames in het ziekenhuis kan voorkomen. Wel ben ik heel benieuwd naar de voortgang van het onderzoek naar de bredere vergoeding van de continue glucosemeter, de

CGM, die met zijn alarmfunctie nog meer zekerheid kan bieden. Ik vraag de Minister hoe het staat met het onderzoek van het Zorginstituut daarnaar. Ik vraag dat mede namens collega Van Kooten-Arissen. Dan wil ik het hebben over vrouwelijke genitale verminking. Al jaren maakt D66 zich er hard voor dat er meer duidelijkheid ontstaat over de veiligheid en effectiviteit van hersteloperaties na genitale verminking voor alle vrouwen die dit vreselijke lijden hebben moeten ondergaan. Ik ben blij dat het Zorginstituut, na wederom jaren van onzekerheid, duidelijk heeft gemaakt dat alle soorten hersteloperaties met een medische indicatie uit het basispakket moeten worden vergoed. Ook is het mooi dat de beroepsverenigingen de clitorisreconstructie willen gaan centraliseren in een zogenaamd expertisecentrum om ook te kunnen kijken naar follow-up van de resultaten. Dit ademt al deels de geest van het amendement dat ik samen met collega Ploumen heb ingediend en wat Kamerbreed is aangenomen. Wel ben ik benieuwd naar de financiering. Per amendement hebben we een half miljoen beschikbaar gesteld voor dat expertisecentrum. Wordt dat geld hiervoor nu al ingezet? Het idee achter ons amendement was ook dat er meer duidelijkheid komt over de veiligheid en effectiviteit van reconstructie, die alleen is gericht op vormherstel, dus niet alleen bij strikte medische indicatie. Gaat er in het expertisecentrum ook onderzoek worden gedaan naar de effectiviteit van deze ingrepen? Zo niet, kan de Minister er zorg voor dragen dat dit alsnog gaat gebeuren? Voorzitter, dan heb ik een punt over zinnige zorg. De coronacrisis heeft ertoe geleid dat veel noodzakelijke behandelingen zijn uitgesteld. Die moeten we zo goed en zo snel als mogelijk inhalen. Tegelijkertijd is het ook het moment om te onderzoeken welke zorg de voorbije maanden niet is geleverd zonder dat dit tot problemen heeft geleid. Is de Minister bereid hier een onderzoek naar te starten en zo ja, op welke termijn? Kan hij bij de opzet daarvan de kwartiermaker betrekken van het programma Zorgevaluatie en gepast gebruik?

Tot slot wil ik het hebben over zorg die niet goed in het basispakket past, maar waarvan het maatschappelijk wel wenselijk kan zijn dat deze wordt vergoed. Eerder speelde dit bij k.i.d. voor alleengaanden en lesbische vrouwen. Het speelt ook in de anticonceptiediscussie. De ambtsvoorganger van deze Minister had mijn collega Vera Bergkamp toegezegd om te onderzoeken welke zorg precies buiten het basispakket valt terwijl vergoeding wel wenselijk kan zijn en hoe vergoeding in die gevallen het beste kan worden vormgegeven. Wat is de stand van zaken van de uitvoering van deze belangrijke toezegging?

Dank u wel.

**De voorzitter:**

Hartelijk dank. Een vraag van de heer Van Gerven. Gaat uw gang.

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

Mooi dat de heer Raemakers weer in ons midden is en we weer het debat kunnen aangaan. D66 en SP hebben een voorstel gedaan, wat ook ondersteund is, voor een expertisecentrum voor corona, Q-koorts en al dat soort zaken. We hebben allen gehoord dat de gezondheid van thuiszittende coronapatiënten, die bijvoorbeeld niet met fysiotherapie behandeld worden, ontzettend slecht is. Nu heeft de Minister gezegd dat het nog maanden gaat duren voordat we een advies mogen verwachten van het Zorginstituut. Vindt D66 met de SP, en ik denk vele anderen, dat fysiotherapie voor coronapatiënten gewoon vergoed zou moeten worden? Zeker als het gaat om een chronische indicatie waarbij er een tegenstelling is tussen mensen die in het ziekenhuis hebben gelegen en mensen die thuis behandeld zijn.

**De voorzitter:**

Dat is helder. De heer Raemakers, gaat uw gang.

De heer **Raemakers** (D66):

Dat is een hele goede vraag. In het verleden hebben we samen met mevrouw Van den Berg een motie ingediend om mogelijkheden te onderzoeken voor het vaker of meer vergoeden van fysiotherapie bij chronische ziektes. Dat is zeker een onderwerp dat op ons netvlies staat. Dit is natuurlijk een hele specifieke groep, coronapatiënten, die tamelijk recent is ontstaan. Ik denk dat het goed is om ook voor die groep te onderzoeken hoe je het het beste kunt vormgeven. Ik snap dat de Minister zegt enige tijd nodig te hebben om dat goed te bekijken. Fysiotherapie bij chronische aandoeningen is zeker een onderwerp dat onze aandacht heeft.

De **voorzitter**:

Afrondend, de heer Van Gerven.

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

De coronapatiënten kopen niets voor dat antwoord. Zij zitten nu soms al maanden thuis met dezelfde klachten als patiënten die wel in het ziekenhuis zijn opgenomen: chronische vermoeidheid, nauwelijks kunnen lopen, concentratiestoornissen ...

De **voorzitter**:

De vraag kan aan kracht winnen door bondiger te zijn.

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

De fysiotherapie zou voor hen eigenlijk nu moeten starten. Als het tot na de zomer duurt voordat er wellicht een advies van het Zorginstituut ligt, kopen deze patiënten daar nu niets voor. Zou er niet toch een acute regeling moeten komen, zodat die patiënten nu geholpen kunnen worden en een vergoeding kunnen krijgen?

De **voorzitter**:

Dank u wel. De heer Raemakers.

De heer **Raemakers** (D66):

Ik denk dat er meerdere mogelijkheden zijn. Het zal per patiënt verschillen. Soms is het een revalidatietraject, soms is het fysiotherapie. Er zijn ook meerdere mogelijkheden om dat te financieren. Het kan zijn dat mensen aanvullend verzekerd zijn. Als mensen te maken hebben met armoede en schulden, kan het ook zo zijn dat mensen een beroep doen op de gemeente voor bijzondere bijstand, om maar eens wat te noemen. Er zijn tal van opties. Ik zie dat hier een vraagstuk ligt, maar ik vind dat we de Minister moeten vragen om dat te onderzoeken. Ik kan nu niet zeggen wat voor de hele groep wel of niet moet gebeuren.

De **voorzitter**:

Dank u wel. U was aan het einde van uw betoog, dus ik geef graag de heer Jansen het woord. De heer Jansen spreekt namens de fractie van de PVV. Gaat uw gang.

De heer **Jansen** (PVV):

Dank, voorzitter. Het coronavirus gooit ons zorgstelsel danig overhoop. Mijn eerste vraag gaat over de impact van het virus op patiënten en met name ten aanzien van de nazorg, want nogal wat patiënten die het virus hebben gehad, blijven langdurige en ernstige klachten houden. Het lijkt mij logisch dat alle nazorg van deze patiënten in het basispakket zit. Kan de Minister dit bevestigen of moeten we ook hiervoor weer wachten op het advies van het Zorginstituut? Hoe zit het precies met fysiotherapie bij longschade en ademhalingsklachten? Fysiotherapie zit immers niet in het basispakket en bijverzekeren via het aanvullende pakket is niet voor

iedereen een optie. Wie weet hanteren zorgverzekeraars straks wel een clause voor ex-coronapatiënten om ze uit het aanvullende pakket te houden. Graag een reactie.

Nu we het toch over fysiotherapie hebben: het is goed nieuws dat fysiotherapie nu vanaf de eerste behandeling vergoed wordt voor COPD-patiënten. We zijn minder blij met de maximering van het aantal behandelingen. Als de behandeling helpt in de zin dat het de patiënt minder pijn oplevert of een verbetering van de kwaliteit van leven geeft, waarom moet je daar dan een limiet aan stellen? Het kan immers het verschil betekenen of iemand mobiel blijft of niet, of iemand zelfstandig kan blijven functioneren of niet, of iemand wel of niet kan deelnemen aan het maatschappelijk leven. Kortom, maak een einde aan de discutabele indelingen op basis van ziektelast of het aantal longaanvallen. Ik vind dat toch een ontzettend geneuzel. Waarom kan er nog altijd niet worden gekeken naar de uitkomsten van behandelingen? Als ze baten, zet ze voort, zo niet, stop ermee! Simpel en effectief. Maar hiermee zijn we er natuurlijk nog lang niet.

Al jaren achtereen vraagt de PVV-fractie om vergoeding van fysiotherapie vanuit het basispakket voor patiënten met reumatische aandoeningen. Keer op keer worden we afgescheept met de mantra dat het Zorginstituut onderzoek moet doen naar wel honderd verschillende soorten reumatische aandoeningen. Er volgt dan een systeemadvies. Dat schiet toch niet op? Het is al lang duidelijk dat hier veel te veel tijd mee verloren gaat. Welke tactiek zit hierachter, vragen we ons zo langzamerhand af. De Minister snapt toch ook wel dat we hier een acuut probleem hebben? In plaats van het Zorginstituut vooraf te laten voorspellen voor wie fysiotherapie wel of niet werkt, willen we graag een andere aanpak. Kan de Minister een pilot starten waarin gekeken wordt naar de uitkomsten van fysiotherapie? Een pilot met een afgebakende groep patiënten met chronische reumatische klachten die gemonitord wordt op een aantal indicatoren, uiteraard in samenwerking met patiënten- en artsensorganisaties.

Wat betreft de overheveling van extramuraal naar intramuraal kan ik kort zijn: doe het niet. De PVV-fractie is niet overtuigd dat dit voor patiënten beter uitpakt. Evenmin zijn we ervan overtuigd dat dit kosteneffectief is. In feite weten we na de overheveling helemaal niks meer over de kosten, want die zitten dan verborgen in het medisch-specialistische budget. Er bereiken ons tevens signalen over perverse prikkels, namelijk dat ziekenhuizen winsten behalen op dure geneesmiddelen. Niet door kostenbesparingen en goedkopere inkoop worden winsten behaald, maar door het inkopen van duurdere geneesmiddelen, want daar zitten hogere winstmarges op. Hoe die winsten vervolgens worden ingezet, weten we niet, want de hele medisch-specialistische zorg is voor ons volkomen oncontroleerbaar geworden.

De Minister doet daaraan mee door de geheime prijsonderhandelingen over nieuwe, dure geneesmiddelen. Straks zullen die ongetwijfeld beginnen over Zolgensma, het peperdure middel voor een klein aantal Nederlandse baby's met SMA. Niet alleen zijn die onderhandelingen geheim, ze duren ook nog eens veel te lang, ruim een jaar. Het probleem is dat de huidige zieke baby's die tijd gewoon niet hebben, want ze moeten het geneesmiddel voor een bepaalde leeftijd of voor een bepaald gewicht toegediend krijgen. Wat gaat de Minister doen voor deze baby's? Heeft hij al in kaart gebracht om hoeveel baby's het in Nederland gaat? Waarom zijn er in Nederland geen artsen die een baby met Zolgensma willen behandelen indien ouders het geld zelf bij elkaar hebben gebracht? Kunnen ze het niet, willen ze het niet of mogen ze het niet? Graag een reactie.

Nu de instroom van nieuwe, innovatieve geneesmiddelen zo door deze Minister wordt beperkt, kan hij misschien in ieder geval iets doen aan de uitstroom van allerlei onzinthepieën. Hoe staat het met de lijst «beter



niet doen» uit 2016? De umc's kwamen toen met 1.366 behandelingen die eigenlijk geen nut hadden. Recent onderzoek toont eveneens aan dat 10% tot 15% van de ziekenhuiszorg wetenschappelijk niets toevoegt. Laat de Minister daar eens mee aan de slag gaan en ze uit het basispakket gooien. Dan krijgen we wellicht meer ruimte voor behandelingen die wel nut hebben en levens redden.  
Tot slot een paar korte opmerkingen.

**De voorzitter:**

Kort graag, want u bent door uw tijd heen.

**De heer Jansen (PVV):**

Mag ik mijn opmerking nog doen?

**De voorzitter:**

Ja, één zin mag.

**De heer Jansen (PVV):**

De PVV-fractie is blij dat mensen die bij leven een nier hebben afgestaan, hiervan geen financieel nadeel meer ondervinden, zoals we eerder hadden aangekaart. Wat we onbegrijpelijk blijven vinden, is dat een innovatief hoortoestel niet voor vergoeding in aanmerking komt. Innovatie is geen luxe; dit is voor slechthorenden een wereld van verschil. Daar zal ik het bij laten. Mijn laatste punt houd ik voor een interruptie. Dank u wel.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Dan geef ik nu het woord aan mevrouw Sazias. Zij spreekt namens de fractie 50PLUS.

**Mevrouw Sazias (50PLUS):**

Dank u wel voorzitter. Goede mondzorg is van groot belang. Daarom vindt 50PLUS het onbegrijpelijk dat basismondzorg niet wordt vergoed vanuit de basisverzekering. Vorig jaar hebben we gevraagd of er überhaupt onderzoek is gedaan naar de medische vervolgcosten, die zouden kunnen ontstaan bij het vermijden van de tandarts. We zien bijvoorbeeld bij ouderen vaak dat een ontsteking in de mond kan overslaan op de hartklep, waarna dure operaties moeten volgen. Die onderzoeken waren er volgens de Minister in overvloed en hij zou ze naar de Kamer toesturen. Bij navraag bij het Zorginstituut en TNO bleek achteraf dat die onderzoeken helemaal niet bestaan. Het was dus praktisch onmogelijk om dit onderzoek te doen, aldus uw voorganger. En daarmee was de kous af. 50PLUS vindt dat wel erg gemakkelijk. Op basis van welke informatie is dan besloten om mondzorg niet in het basispakket op te nemen, nu het niet onderzocht blijkt te zijn? Is de Minister bereid om toch naar de mogelijkheden te kijken voor onderzoek naar de vervolgcosten? Dan kom ik op vitamine D. De heer Van Gerven heeft het er ook even over gehad. Dit wordt sinds 2019 niet meer vergoed vanuit de basisverzekering. Dit was bedoeld als besparing, maar vorig jaar bleek al dat patiënten hogere doseringen kregen voorgeschreven die wel worden vergoed. Van een besparing blijkt dus geen sprake. Sterker nog, het heeft geleid tot een kostenstijging van 5 miljoen euro. Dat kan toch niet de bedoeling zijn? Is de Minister bereid, nu het toch geen besparing blijkt op te leveren, te overwegen ook de lagere doseringen vitamine D weer op te nemen in het basispakket? Het vitamine D-tekort bij ouderen kan hoge vervolgcosten opleveren, omdat het kan leiden tot ernstige botbreuken en heupfracturen.

Vanaf begin vorig jaar mogen bepaalde patiëntgroepen gebruikmaken van de zorg van een specialist ouderengeneeskunde, vergoed vanuit de zorgverzekering. Helaas blijkt deze mogelijkheid niet altijd bekend te zijn

bij de doelgroep. Hoe gaat de Minister ervoor zorgen dat de bekendheid wordt vergroot, zowel bij de doelgroep zelf als bij de zorgprofessionals en de mantelzorgers?

Op het punt fysiotherapie sluit ik graag aan bij de heer Van Gerven. Dan wil ik het hebben over een punt waarover 50PLUS het al heel vaak heeft gehad. In april heeft de Minister de Kamer geïnformeerd over de resultaten van een expertmeeting over het afbouwen van antidepressiva. Het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik heeft samen met partijen uit het veld een drietal onderzoeksrichtingen geformuleerd. De Minister geeft in zijn brief aan dat het veld duidelijk aan zet is en nodigt het veld uit met deze richtingen aan de slag te gaan. Hij bekijkt nog of hij een stimulerende rol kan spelen. Bij het lezen van die brief bekwam me het gevoel dat een oplossing voor die problemen rondom afbouwmedicatie weer op de lange baan wordt geschoven. Wanneer kunnen we de resultaten verwachten? Zijn er concrete afspraken over gemaakt? Wat doen we in de tussentijd met al die mensen die hun antidepressiva willen afbouwen? In de brief wordt alleen gesproken over antidepressiva, maar hoe zit het met zware pijnstillers zoals oxycodon? Wat 50PLUS betreft wordt afbouwmedicatie zo snel mogelijk vergoed vanuit het basispakket. Zou dat nou echt meer kosten? Want het is toch te gek dat het doorgebruik van antidepressiva en andere geneesmiddelen wél wordt vergoed, maar het stoppen niet.

Voorzitter. Tot zover. Dank u wel.

**De voorzitter:**

Hartelijk dank. Dan geef ik nu graag het woord aan mevrouw Van den Berg namens de fractie van het CDA. Gaat uw gang.

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

Dank u wel voorzitter. Vandaag is de jaarlijkse bespreking over het basispakket en we hebben enkele concrete vragen aan de Minister. Ten eerste. De corona-uitbraak heeft voor heel veel hogere zorgkosten gezorgd. Wat gaat dat doen met de premie? Kunnen wij daarover voor de begrotingsbehandeling 2021 een brief van de Minister krijgen? Er is nu enkele geneeskundige zorg voor bepaalde patiëntgroepen overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet. Dat betreft 63,8 miljoen euro. Wij vragen ons af of het totale bedrag is overgeheveld of niet. Waarom is ervoor gekozen om dit op te nemen in het eerstelijnsverblijf en de revalidatiezorg? Daar zal namelijk ook veel nazorg voor corona komen en dus zullen de kosten daar omhooggaan.

**De voorzitter:**

Voor u verdergaat, is er een vraag van de heer Jansen.

**De heer Jansen (PVV):**

Mevrouw Van den Berg heeft het terecht over de mogelijke verhoging van de premiekosten. Bent u het met de PVV eens dat het veel verstandiger is om te kijken naar die lijst uit 2016, ook voor zaken die uit het pakket kunnen worden gehaald? Dan hoeft het pakket helemaal niet in prijs te worden verhoogd, maar kunnen misschien zelfs besparingen worden gerealiseerd. Is mevrouw Van den Berg dat met ons eens?

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

Ik kom daar zo op terug. Zowel mevrouw Ploumen als meneer Jansen heeft hiervoor aandacht gevraagd en ik sluit daar heel graag bij aan. Voorzitter. Vorig jaar is mijn motie aangenomen over fysiotherapie voor chronisch zieken. Die motie is nog niet zo uitgevoerd als wij hadden gehoopt. We zien wel een positieve aanwijzing voor de behandeling van etalagebenen, waar duidelijk wordt gezegd dat de ketenzorg in de tweede lijn veel minder is. Wij vragen de Minister of bij de uitvoering van de

motie wordt gekeken naar de kosten voor de gehele keten en of het veld, dus ook de patiëntenfederatie, bij de uitvoering wordt betrokken. Dan kom ik even terug bij mevrouw Ploumen en meneer Jansen. U weet dat ik een groot fan ben van professor Sjoerd Repping bij het Zorginstituut, waar gekeken wordt naar de effectiviteit van geregeld uitgevoerde medische behandelingen. Gebleken is dat ruim de helft van de 3.000 geregeld uitgevoerde medische behandelingen in feite niet bewezen effectief is, althans de effectiviteit is nog onbekend. Directeur Wijma van het Zorginstituut zegt zeer terecht: met de huidige coronazorg en de afgeschaalde zorg is het belangrijk dat de zorg die we verlenen, echt effectief is. Na de zomer zou er een stand-van-zakenbrief kunnen komen en we vragen ons af of daarmee niet meer haast moet worden gemaakt.

**Voorzitter.** We zien hele mooie projecten in het land, zoals in West-Friesland, bij de ZZWW, Zorg Zoals de Westfries het Wil, waarbij uitgebreid is gekeken naar het medicijngebruik van heel veel mensen en er veel overmatig medicijngebruik is geconstateerd. Er is een besparing van zorgkosten gerealiseerd en toch heeft men problemen om de financiering rond te krijgen. Hiervoor wil ik aandacht vragen.

**De voorzitter:**

Voor u verdergaat een vraag van mevrouw Ploumen.

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):

Het mag ook op het einde van het betoog van mevrouw Van den Berg.

**De voorzitter:**

Stelt u de vraag toch nu maar.

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):

Mevrouw Van den Berg is net als ik en een aantal andere collega's nauw betrokken bij vrouwen die borstimplantaten gekregen hebben die niet veilig blijken te zijn of waarna klachten zijn ontstaan. Nu heb ik net het voorstel gedaan om vrouwen met een borstimplantaat of een pacemaker die deelnemen aan het bevolkingsonderzoek borstkanker, standaard door te verwijzen voor een consult, zodat er apart gekeken kan worden naar hun foto's en nevenbevindingen. Wat vindt mevrouw Van den Berg van dat voorstel? Kan zij zich indenken dat dat onnodige ziektelast voorkomt?

**De voorzitter:**

Dank u wel. Mevrouw Van den Berg.

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

Volgens mij heeft de voorganger van de huidige Minister een keer een brief geschreven over het verschil tussen medische indicatie en medische noodzaak. Wij gaan uit van het uitgangspunt dat als mensen klachten hebben of ongerust zijn, ze naar de huisarts gaan en dat de huisarts verder bepaalt wat wel of niet aan zorg nodig is.

**De voorzitter:**

Afrondend, mevrouw Ploumen.

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):

Ik hoop dat ik mijn vraag scherp genoeg heb gesteld. Vrouwen krijgen dat borstkankeronderzoek en het komt voor dat daar iets geconstateerd wordt. Kan dan niet van dat bevolkingsonderzoek gebruik worden gemaakt om standaard door te verwijzen? Als er niks aan de hand is, is er niks aan de hand. Is er iets te zien, dan kan er een consult volgen. Zou dat geen goede weg zijn en een goed gebruik van dat bevolkingsonderzoek?

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

Daar wil ik toch eerst graag een reactie van de Minister op horen, want ik stel toch een paar vraagtekens bij het standaard doorverwijzen, ongeacht of het op dat moment duidelijk is of daar wel of niet een reden toe is. Misschien zie ik het verkeerd, dus ik wacht graag even de reactie van de Minister af.

Voorzitter. Dan kom ik op polissen. Vanaf het begin dat ik hierover woordvoerder mocht zijn, heb ik veel aandacht gevraagd voor de transparantie van ziektekostenpolissen. De Minister heeft in juni 2018 daarover een heel mooi onderzoek gepubliceerd, op initiatief van het CDA. Maar je kunt bij de polissen letterlijk nog steeds door de bomen het bos niet zien. Zelfs uit onderzoek van de Zorgautoriteit en de ACM bleek in 2018 dat 72% van de consumenten een polis had waarvoor eigenlijk een goedkoper alternatief bestond. De Zorgautoriteit en de ACM hebben de definitie «nagenoeg gelijk» neergezet. Als CDA zouden wij willen dat verzekeraars bij regelgeving verplicht worden om te formuleren welke polissen nagenoeg gelijk zijn volgens deze definitie, en dat consumenten die eigenlijk een te dure polis hebben daarover worden geïnformeerd. Graag een reactie van de Minister.

Voorzitter. Mijn laatste punt is risicoverevening. Goede risicoverevening is de basis voor het zorgstelsel. Toch zien we dat zorgverzekeraars met veel chronische patiënten eigenlijk nog steeds een verkeerde schadelast hebben en niet helemaal worden verevend. Nu krijgen we ook nog coronakosten met grote regionale verschillen erbij. Wij vroegen ons dus af wat dat doet voor de risicoverevening. Zouden wij daarover in september van de Minister een brief kunnen ontvangen?

**De voorzitter:**

Hartelijk dank. Dan geef ik nu graag het woord aan de heer Veldman namens de fractie van de VVD. Gaat uw gang.

De heer **Veldman** (VVD):

Dank u wel, voorzitter. Het Zorginstituut adviseert onafhankelijk over de pakketcriteria en de stand der wetenschap en praktijk. De VVD hecht belang aan het oordeel van het Zorginstituut, want door van de inhoud van de verzekerde zorg geen politieke afweging te maken, houden we het speelveld objectief. Het voldoen van verzekerde zorg aan de stand der wetenschap en praktijk vinden wij een belangrijke norm. Maar om dit belang vast te houden, moet de norm blijven voldoen aan de eisen van deze tijd. Hier schort het nog weleens aan.

Veelbelovende innovatieve therapieën en middelen lijken moeilijker in het pakket te kunnen belanden. De beoordelingsrichtlijnen van het Zorginstituut bevatten namelijk niet de handvatten om deze middelen en therapieën te beoordelen. Hier heb ik tijdens het algemeen overleg Hulpmiddelenbeleid aandacht voor gevraagd, middels een motie om de vergoedingsrichtlijnen voor hulpmiddelen tegen het licht te houden en te beoordelen of zij nog voldoen aan de eisen van deze tijd. Ik hoor graag van de Minister hoe het staat met de uitvoering van deze motie.

**De voorzitter:**

Voordat u verder gaat, is er een vraag van de heer Jansen.

De heer **Jansen** (PVV):

Meneer Veldman heeft het namens de VVD over het Zorginstituut. Bent u het met ons eens dat dit instituut ongelofelijk lang doet over hun advies, even los van de vraag of het wel of niet politiek gekleurd is? Het kan toch niet zo zijn dat we maanden tot jaren moeten wachten op het advies, terwijl het probleem maar blijft voortbestaan? Het probleem wordt eigenlijk alleen maar groter, omdat we op dat advies wachten. De Minister zegt dat hij op dit advies wacht, om daar vervolgens zijn beleid op af te

stemmen. Kan er volgens u iets gedaan worden aan de termijn, zodat het Zorginstituut binnen een bepaalde termijn met adviezen komt en we op die manier een versnelling zouden kunnen bewerkstelligen? Hoe ziet u dat voor zich?

De **voorzitter**:

Dat is helder. De heer Veldman.

De heer **Veldman** (VVD):

Ik constateer dat het Zorginstituut gemiddeld genomen met een behoorlijke snelheid werkt, maar er zijn ook onderzoeken waar we met elkaar langere tijd op wachten. Ook patiënten die eventueel verzekerde zorg vergoed zouden willen krijgen, wachten daar dus op. Ik ben het met de heer Jansen eens dat we het Zorginstituut er best op mogen aanspreken als we met elkaar vinden dat het te lang duurt. Ik vind het lastig om daar een algemene norm op te plakken, omdat het ene onderzoek het andere niet is. Laten we waar we constateren dat het echt te lang duurt, het Zorginstituut daarop aanspreken. Laten we de Minister vragen om in gesprek te gaan met het Zorginstituut, als een onderzoek ten aanzien van een normale onderzoeksduur echt de spuigaten uitloopt.

De **voorzitter**:

Afrondend, de heer Jansen.

De heer **Jansen** (PVV):

Ik ben blij dit van de heer Veldman te horen. Als er eventueel over moties wordt gesproken, zullen we het zien.

De **voorzitter**:

Dank u wel. De heer Veldman reageert en vervolgt dan zijn betoog.

De heer **Veldman** (VVD):

Ik heb niet per se een motie nodig om de Minister te vragen goed en scherp te blijven letten op de doorlooptijden bij het Zorginstituut. Ik zie de Minister al knikken, dus volgens mij kan het heel goed zonder een motie. Maar we zullen afwachten waarmee de heer Jansen komt. Voorzitter. Ik vertelde dat innovatie vaak lastig haar weg naar het verzekerde pakket weet te vinden. Neem bijvoorbeeld de mamaprint, een borstkankertest die een grote groep patiënten kan helpen beslissen of chemotherapie noodzakelijk is voor de juiste behandeling. Dit is een diagnose-instrument dat nu niet onder de verzekerde zorg valt, dat geen goedkeuring heeft van het Zorginstituut en dat, naar ik begrijp, zich langs de lijnen van een geneesmiddel moet bewijzen om te worden toegelaten. Het is echter geen geneesmiddel. Het is een middel om te kunnen vaststellen welke therapie het beste is, namelijk wel of geen chemo. Ik vraag de Minister om met het Zorginstituut in gesprek te gaan om te verkennen hoe er tot een ander afwegingskader gekomen kan worden, omdat een diagnose zich anders laat beoordelen dan een geneesmiddel. Voorzitter. Een andere reden waarom nieuwe middelen in therapieën moeilijk het verzekerde pakket bereiken, is de prijs. We kennen allemaal het voorbeeld van de genterapie Zolgensma. Dit is een middel van 1,9 miljoen euro, dat in maart van het EMA een positief advies voor markttoelating heeft gekregen. Het middel is nu ook toegelaten tot de sluis en de roep om het onder het verzekerde pakket te brengen is groot. Middelen met een dergelijk prijskaartje zijn uiteindelijk natuurlijk onhoudbaar voor het pakket. Helaas is Zolgensma geen unicum. Ik heb vaker aandacht gevraagd voor het ontwikkelen van andere bekostigingsmodellen. Ik hoor graag van de Minister hoe er werk wordt gemaakt van dit dilemma.

Voorzitter. De betaalbaarheid van het pakket hangt niet alleen af van de prijzen van behandelingen, geneesmiddelen en hulpmiddelen. Het ministerie zet ook stevig in op zinnige zorg en gepast gebruik. Wat mij betreft draagt actief pakketbeheer aan de uitstroomzijde hieraan bij. Mevrouw Ploumen en de heer Jansen hadden het daar al over. Zij verwezen naar 1.300 behandelingen die eigenlijk niet nodig zijn, maar blijkbaar nog steeds vergoed en dus ook gebruikt worden. De ongekende situatie rondom COVID-19 waarin wij nu zitten, brengt met zich mee dat de reguliere zorg nagenoeg stil heeft gelegen en nu langzaam weer opstart. Veel zorgvragen lijken in deze periode verdampt te zijn. Dit zou kunnen betekenen dat het dus niet-noodzakelijke zorg zou zijn geweest, als de zorg wel was toegepast. Dit kan consequenties hebben voor het verzekerde pakket, in de zin dat niet-noodzakelijke zorg uit het pakket gehaald moet kunnen worden. Ik hoor graag een reactie van de Minister op een actiever pakketbeheer aan de uitstroomzijde.  
Dank u wel.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Er zijn vragen. Eerst mevrouw Ploumen, dan mevrouw Van den Berg en dan de heer Van Gerven.

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):

Het is goed dat ook de VVD zich aansluit bij een pleidooi van de collega's dat zorg zinnig moet zijn. Dat is overigens ook een pleidooi van mevrouw Van den Berg, met wie ik daarover een motie indiende. Nu is kraamzorg echt zinnige zorg; voor alle gezinnen die daarvan gebruik maken, maar zeker voor gezinnen die financieel of sociaal in een moeilijke situatie zitten.

**De voorzitter:**

Wat is uw vraag?

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):

Zou de heer Veldman genegen zijn om mijn oproep om de eigen bijdrage voor de kraamzorg af te schaffen te steunen, zodat kraamzorg echt voor iedereen betaalbaar en toegankelijk wordt?

De heer **Veldman** (VVD):

Het korte antwoord is: nee. Voor een aantal vormen van te verlenen zorg hebben we de afspraak dat we daarbij een eigen bijdrage hanteren. Het lijkt mij geen goede weg om kraamzorg daar nu uit te halen en te zeggen dat de bijdrage daarvoor niet nodig is. Je moet dan de keuze maken om overal de eigen bijdrages af te schaffen, zodat je geen onderscheid maakt. Die stap ga ik niet zetten.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Voor de vervolgvraag van mevrouw Ploumen wachten we even de aanhoudende bel voor de aanvang van de plenaire vergadering af. Het lijkt wel of de bel steeds langer aanhoudt. Mevrouw Ploumen, uw vervolgvraag.

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):

De heer Veldman had een duidelijk antwoord, maar niet het antwoord dat ik wilde horen. Ik vraag mij in alle eerlijkheid af of hij zich scherp genoeg heeft kunnen verdiepen in de problematiek rondom kraamzorg. Als wij met elkaar willen dat kinderen gelijke kansen krijgen – burgemeesters hebben daartoe gisteren nog een oproep gedaan – dan begint dat natuurlijk bij de wieg. Juist die gezinnen waarin extra hulp en extra signalering aan de orde zou moeten zijn, kunnen de eigen bijdrage niet betalen.

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

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):  
Ik zou de heer Veldman willen vragen zijn antwoord te heroverwegen. Ik wil hem van harte allerlei informatie hierover aanleveren.

De heer **Veldman** (VVD):  
Ik ben uiteraard bereid mijn antwoord te heroverwegen. Als ik dat doe, kom ik echter tot dezelfde conclusie. Het antwoord is: nee.

De **voorzitter**:  
Dat is helder. Dank u wel. Mevrouw Van den Berg, stelt u uw vraag.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):  
Het is in ieder geval goed om te horen dat de heer Veldman aangeeft dat er gewerkt zou moeten worden aan een actieve uitstroom uit het pakket van zorg die bewezen niet-effectief is. Mevrouw Ploumen, de heer Jansen en het CDA geven dat ook aan. Ik zou de heer Veldman het volgende willen vragen. Wij hebben gevraagd of we eerder een updatebrief kunnen krijgen. Zou het voor de zorgcontractering 2021 goed zijn om eens te kijken of er met ziekenhuizen afspraken gemaakt kunnen worden om bewezen effectieve zorg voorrang te geven? Daar zou dan in de contractering al rekening mee gehouden kunnen worden.

De heer **Veldman** (VVD):  
Ik zoek even uit of ik de vraag goed begrijp. Volgens mij zijn mevrouw Van den Berg en ik het met elkaar eens dat we moeten stoppen met niet-zinnige zorg, oftewel zorg die niets toevoegt of zorg die de patiënt niet beter maakt. We vinden elkaar dus in de conclusie dat we die zorg gewoon uit het pakket willen laten halen. Laat die zorg niet meer verzekerd zijn, want als iets niet meer verzekerd is, wordt het met een beetje goede wil ook niet meer toegepast. Misschien begrijp ik de vraag echter verkeerd, want ik begrijp dat mevrouw Van den Berg zegt: laten we de zinnige zorg voorrang geven. Door het woord «voorrang» klinkt het alsof je de niet-zinnige zorg er nog steeds achteraan laat hobbelen. Dat zou ik niet willen. Volgens mij zijn wij het met elkaar eens dat we de niet-zinnige zorg eruit moeten halen. Alle andere zorg heeft dan dezelfde prioriteit en dezelfde voorrang om gecontracteerd te worden.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):  
Als we naar het totaal kijken, dan is ongeveer 10% tot 15% bewezen niet-effectief en 35% tot 40% bewezen effectief. Van de overige 50% weten we het eigenlijk nog niet. Het CDA is het eens met de VVD dat die 10% tot 15% bewezen niet-effectieve zorg gewoon moet uitstromen uit het pakket. Vervolgens zou ik dan in de contractering voorrang willen geven aan de bewezen effectieve zorg.

De heer **Veldman** (VVD):  
Ik zit er even op te kauwen. Ik weet niet of het zo kan werken. Ik ben het helemaal met mevrouw Van den Berg eens als zij de conclusie trekt dat we gewoon moeten stoppen met alles wat bewezen niet-effectief is. Ik zou zorgverzekeraars willen oproepen om die zorg niet meer te contracteren. Leg die niet meer vast als het blijkbaar nog wel in het pakket zit. Laten wij het uit het pakket halen, zodat de zorgverzekeraars het niet meer hoeven te vergoeden en niet meer mogen vergoeden.  
Voor het percentage zorg waarvan nog niet duidelijk is of het nu wel of niet effectief is, zou ik de zorgaanbieders primair willen oproepen om met elkaar te kijken of datgene wat zij doen de patiënt nu echt helpt. Voor dat percentage zou ik ook de zorgverzekeraars willen oproepen om met

verbeterde technieken in beeld te krijgen of het zinnige zorg is of niet. Als het geen zinnige zorg is, vergoed het dan niet, want je belast de patiënt met een behandeling die niet werkt en niet aanslaat. Volgens mij moeten we dat niet doen. Daarnaast belast je alle verzekerden met kosten die we misschien niet hadden hoeven maken.

**De voorzitter:**

Dank u wel. De heer Van Gerven.

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

Ik zou allereerst het volgende aan de VVD willen vragen. Fysiotherapie voor coronapatiënten die een indicatie «chronisch» hebben, wordt wel vergoed als de patiënt in het ziekenhuis heeft gelegen, maar niet als de patiënt thuis verbleef. Wat vindt de VVD van dat gegeven? Twee. Zou er een acuut pardon moeten komen dat de huidige regeling even terzijde stelt, om het mogelijk te maken dat duizenden coronapatiënten thuis behandeld kunnen worden en geen vergeten groep worden?

**De heer Veldman (VVD):**

Volgens mij verwees de heer Van Gerven zonet in zijn eigen bijdrage naar onderzoek dat al wordt gedaan, en gaf ook de heer Raemakers dat als antwoord. In die zin kan ik me aansluiten bij de heer Raemakers: eerst kijken wat nodig is en dan besluiten nemen. Als u mij vraagt om samen de Minister op te roepen om daar een beetje vaart mee te maken, dan zijn we het helemaal eens.

**De voorzitter:**

Afrondend, de heer Van Gerven.

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

Ik vroeg of de VVD vindt dat het ongehoord, oneerlijk en onrechtvaardig is dat een behandelend arts «fysiotherapie: chronische indicatie» als indicatie stelt en dat vervolgens de regelgeving dit niet mogelijk maakt voor patiënten die om allerlei redenen niet zijn opgenomen in het ziekenhuis. Is dat oneerlijk? Zou de VVD die vraag allereerst willen beantwoorden? Als het antwoord «ja» is, zou dat dan betekenen dat we heel snel een acute regeling moeten maken zodat die patiënten geholpen worden?

**De heer Veldman (VVD):**

Ik denk dat je net zo moet kijken naar mensen die besmet zijn met het COVID-19-virus die klachten hebben en misschien houden, als naar alle andere patiënten in Nederland. Er kan je namelijk ook iets anders overkomen. Je kunt ook besmet raken met iets anders. Voor alle zorg in Nederland geldt dat we de zorg moeten verlenen die nodig is. Zie mijn antwoord van zonet op de vraag over zinnige en niet-zinnige zorg. Dat moet volgens mij het afwegingskader zijn. Volgens mij moeten we nu op basis van dit virus geen aparte afwegingskaders maken, want dan hebben we volgend jaar misschien weer een ander virus – laten we hopen dat dit niet gebeurt – en gaan we daarvoor weer een ander kader maken. Volgens mij is ziekte gewoon ziekte en moet je alles op dezelfde manier benaderen.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Dan is er een vraag van de heer Renkema.

**De heer Renkema (GroenLinks):**

Ik hoor de heer Veldman iets zeggen over een bepaald ontzettend duur medicijn. Ik denk dat het genoemde voorbeeld schrijnend is. De totstandkoming van deze prijs heeft echter alles te maken met de manier waarop



we dat hebben georganiseerd. Ik wil van de heer Veldman heel graag een reflectie op de rol van de farmaceutische industrie in de prijsstelling.

De heer **Veldman** (VVD):

Dat is een hele brede vraag, die ik toch eigenlijk heel smal zou willen beantwoorden door opnieuw te verwijzen naar wat ik zonet zei. Er komen nieuwe behandelingen en therapieën op de markt, zoals gen- en celtherapieën, die een heel ander karakter hebben dan de geneesmiddelen die we tot nu toe kenden. Die nieuwe middelen worden op dezelfde manier beoordeeld, en dus ook op dezelfde manier bekostigd, als de bestaande reguliere middelen. Juist daarom vraag ik al langer naar andere bekostigingsmodellen. Ik vroeg het aan de ambtsvoorganger van deze Minister, ik vraag het nu aan deze Minister en misschien vraag ik het ook nog wel aan de volgende Minister. Ik hoop eigenlijk dat dat laatste niet nodig is. Je moet gaan nadenken over andere bekostigingsmodellen, en daar moet je ook met de farmaceutische industrie over in gesprek, omdat het huidige model niet houdbaar is.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Afrondend, de heer Renkema.

De heer **Renkema** (GroenLinks):

Dat antwoord is inderdaad een soort versmalling. Het ging mij juist om de rol van de farmaceutische industrie in den brede. Ik beluister dat u vindt dat de Minister daarmee in gesprek zou moeten gaan. Welke rol kan de rijksoverheid volgens de VVD spelen om een einde te maken aan deze praktijken van zo'n hoge prijsstelling door de farmaceutische industrie bij nieuwe medicijnen?

De heer **Veldman** (VVD):

Volgens mij kan de rijksoverheid daarin het voortouw nemen, omdat we als rijksoverheid de bekostigingsmodellen toepassen en hanteren. Daar waar de industrie niet zelf de stappen zet, nodig je hen aan tafel uit en neem je als overheid het voortouw. Je moet hier namelijk met elkaar uitkomen, omdat de toename van personalised medicine maakt dat onze huidige financieringsstructuur eindig is.

De **voorzitter**:

Dank u wel. U was aan het einde van uw betoog gekomen. Dat betekent dat ik graag de heer Renkema het woord geef voor zijn inbreng namens de fractie van GroenLinks.

De heer **Renkema** (GroenLinks):

Voorzitter, dank u wel. Veel mensen hebben momenteel zorgen, en niet alleen omdat we mondiaal te maken hebben met een pandemie en een onvoorspelbare vijand, het coronavirus. Juist de meest kwetsbare mensen hebben meer zorgen om hun gezondheid en om de gevolgen van dit alles voor hun financiën. Er gaan al veel geruchten over verhoging van de premie van de basisverzekering. Wat die verhoging precies zal zijn, is nog onduidelijk, maar dat er een verhoging komt, lijkt op dit moment onontkoombaar. Kan de Minister aangeven op welke manier hij op dit moment al verkent hoe het effect van de pandemie op de basispremie zo laag mogelijk én zo solidair mogelijk kan blijven?

Een ander gevolg van de crisis was dat huisartsen een terugval zagen in het aantal patiënten. Dat roept de aloude vraag op welke zorg noodzakelijk en zinvol is. Verschillende collega's hebben daarover al gesproken. Het probleem blijft immers dat wat voor de ene patiënt geen effect heeft, voor de andere juist heel goed werkt. Kan de Minister een reflectie geven op de vraag hoe hij dit praktijkdilemma van de impact van bepaalde behandelingen ziet?

Voorzitter. Het nut en de noodzaak van preventie is voor ons een belangrijk thema. Wat ons betreft blijft het basispakket inspelen op preventie rondom leefstijl en nog veel meer dan nu het geval is. Laten we ook oog houden voor de curatieve kant die de aanpak van leefstijl kan hebben. Dat is in de eerste plaats pure winst voor degene bij wie dit werkt, omdat hij immers minder medicijnen gebruikt. Het heeft als bijkomend voordeel dat we de zorgkosten verder kunnen drukken. Kan de Minister aangeven op welke manier zowel preventie in den brede als ook de curatieve leefstijlgeneeskunde op dit moment zijn aandacht heeft? Bij het vorige AO Pakketbeheer vroeg mijn collega Ellemeet specifiek aandacht voor de plaatsing van een spiraaltje. Zij vroeg of de vergoeding voor plaatsing van een spiraaltje door een verloskundige of gynaecoloog, in het basispakket kan worden opgenomen. De voorganger van deze Minister heeft de beantwoording van die vraag aangehouden, omdat hij met een breder perspectief wilde komen. Die verkenning vonden wij op zich sympathiek. We vragen ons wel af wat op dit moment de stand van zaken is, en of de rol en de effecten van een eigen bijdrage en het eigen risico daarbij betrokken worden. Graag een reactie.

Voor veel mensen die nu een chronische of soms incidentele aandoening hebben, is fysiotherapie een onmisbare vorm van ondersteuning of genezing. Het is al even aan de orde geweest. Wij waren dan ook onaangenaam verrast om te horen dat patiënten die nota bene fysiotherapie nodig hebben voor hun herstel na COVID-19, dit niet of slechts gedeeltelijk vergoed krijgen. Graag een reactie.

Dan de monitor en het Nivel-onderzoek. Die zijn al aan de orde geweest. Ik sluit me graag aan bij de vragen die de SP daarover heeft gesteld. We maken ons zorgen over het feit dat een grote groep mensen die afhankelijk is van pijnstillers en andere medicijnen daar geen toegang toe heeft. Ik wil graag van de Minister weten hoe hij mensen daartoe wel toegang wil geven. Het baart ons vooral zorgen dat mensen soms kiezen voor alternatieve, zwaardere pijnstillers, met alle risico's van dien. Graag een reactie op dit punt.

Dan de bewezen niet-effectieve zorg. Dit is zonet al uitgebreid aan de orde geweest, want de PVV-collega en andere collega's hebben daar vragen over gesteld. Ik denk dat we daarin dus echt een stap moeten gaan zetten. Ik heb het dan over de zorg waarvan bewezen is dat die niet effectief is, en die wel vergoed wordt. Is de Minister bereid het Zorginstituut dit opnieuw, of definitief, te laten inventariseren? We kijken terug naar 2016, maar wat is de stand van zaken op dit moment? Is de Minister bereid om het Zorginstituut een formeel standpunt te laten innemen over die bewezen niet-effectieve zorg?

Tot slot sluit ik mij aan bij de vragen van het CDA over wat ik het «polisoerwoud» zou willen noemen.

Dank u wel.

**De voorzitter:**

Dank u wel. We zijn daarmee aan het einde gekomen van de eerste termijn van de zijde van de Kamer. Ik kijk naar de klok en zou willen schorsen voor een minuut of twaalf. Laat ik het afronden en de vergadering schorsen tot 10.40 uur.

De vergadering wordt van 10.24 uur tot 10.42 uur geschorst.

**De voorzitter:**

Aan de orde is het algemeen overleg over pakketbeheer. De eerste termijn van de zijde van de Kamer hebben we gehad. Dat betekent dat ik graag de Minister voor Medische Zorg het woord wil geven voor de beantwoording van de in eerste termijn gestelde vragen. Met de leden zou ik willen afspreken om twee interrupties in tweeën te plegen.

Ik geef graag het woord aan de Minister en verzoek hem aan te geven hoe de beantwoording wordt vormgegeven. Is dat in blokjes of per fractie? Gaat uw gang.

**Minister Van Rijn:**

Dank u, voorzitter. Ik dank de leden voor hun inbreng. Het is natuurlijk een beetje merkwaardig om hier te zitten en het pakket te verdedigen. Elke keer als het woord «coalitie» valt, dan denk ik: nou, waar zal ik me bij aansluiten? Voor dit debat beschouw ik de hele Kamer maar even als mijn coalitie. Dat lijkt me het meest verstandig.

Ik zou de beantwoording van de inbreng als volgt willen doen. Ik maak eerst kort wat algemene opmerkingen over het pakket en het pakketbeheer; daar zijn een aantal vragen over gesteld. Dan volgt iets over covid en gepast gebruik. Daarna kom ik op de gevolgen van covid voor de premie en wat dies meer zij; ook daar is een aantal vragen over gesteld. Dan volgt een korte toelichting op de keuzes die we hebben gemaakt en dan volgen de vragen van de Kamer. In deze blokjes zou ik mijn beantwoording willen doen.

Dan rest mij bij de inleidende opmerkingen nog om ook van mijn kant de heer Raemakers welkom te heten. We hebben nog niet kunnen samenwerken, maar het is goed dat dat nog even kan. Welkom terug, zou ik zeggen.

Voorzitter. Ik denk dat het basispakket in tijden van corona een heel relevant issue is. Het beheerst volgens mij dan ook dit debat, omdat we met een aantal onzekerheden zitten over wat überhaupt de gevolgen van corona zullen zijn voor de kosten van de zorg. Daar kom ik nog even op terug. Tegelijkertijd wil je ook in deze tijden de kernwaarden van het pakket overeind houden. We zijn er zo trots op dat er in Nederland een goede toegang is tot zorg waar iedereen recht op heeft, ongeacht of hij oud of jong, ziek of gezond, rijk of arm is. Een groot voordeel van de wijze waarop we in dit land ons pakket behandelen, is dat we voortdurend toetsen wat er inkomt en wat er uitgaat. Over dat laatste komen we nog te spreken. Een ander groot voordeel is dat we dat laten voorzien van ...

**De voorzitter:**

Mevrouw Van den Berg heeft een vraag.

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

Kan de Minister iets dichterbij de microfoon spreken?

**De voorzitter:**

Ik zat ook al te luisteren, maar de microfoon valt niet te verschuiven. Ik kijk naar de bode met de vraag of het geluid iets harder kan worden gezet. De Minister schuift iets op. Kijk eens aan, zo is het opgelost.

**Minister Van Rijn:**

Zo zie je dat er door een beetje opschuiven veel kan worden bereikt, voorzitter.

(Hilariteit)

**Minister Van Rijn:**

Naar rechts. En naar links voor de kijkers; dat is ook wel weer zo.

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

Ik zou willen voorstellen «naar de goede kant».

(Hilariteit)

**De voorzitter:**

Dat was de heer Van Gerven. Ik vraag de Minister zijn beantwoording te vervolgen. Dank u wel.

**Minister Van Rijn:**

Er is ook een aantal opmerkingen gemaakt over de wijze waarop we beoordelen wat er inkomt en wat er uitgaat, en de rol van het Zorginstituut daarin. Ik denk dat het goed is om daar iets over te zeggen. Ik denk en hoop dat we met elkaar van mening zijn dat we die rol wel moeten koesteren, want wat er in of uit het pakket gaat, willen we juist niet de slotsom van veel politieke debatten laten zijn. We kiezen daarom als basis een objectief advies gebaseerd op medische overwegingen, op grond waarvan we vervolgens als politiek keuzes moeten maken. Het Zorginstituut beslist niet, maar het adviseert. Die adviezen zijn gebaseerd op inzichten uit wetenschappelijk onderzoek en vanuit de beroepsgroep. Het Zorginstituut vraagt eigenlijk steeds: «Wat zijn de inzichten die in de beroepsgroep leven? Als jullie eruit zijn, dan kunnen we die vertalen naar wetgeving die voor het pakket is gemaakt.» Als er geen overeenstemming is, dan neemt het Zorginstituut een wat meer leidende rol.

Nu zijn er wel steeds debatten. Misschien is dat een bruggetje naar het onderwerp zinnige zorg dat straks aan de orde komt. Kijk, het is een beetje van tweeën één. Op een gegeven moment gaan we vaststellen wat zinnige zorg is. Als we dat met elkaar vinden, dan moeten we elkaar ook een beetje steunen en eraan vasthouden dat we de andere zorg daadwerkelijk uit het pakket willen halen. De ervaring is natuurlijk dat als er zo'n discussie is over de vraag of iets uit het pakket zou kunnen, er allerlei krachten loskomen die zeggen dat dat eigenlijk niet, of juist wel, of sneller, zou moeten gebeuren. We moeten elkaar dus wel een beetje vasthouden als we deze discussie gaan voeren. Daarin kan het Zorginstituut een belangrijke rol spelen.

Ik denk wel dat de methoden, technieken en beoordelingscriteria nog verder verbeterd kunnen worden. De heer Veldman heeft daar iets over gezegd. We kunnen kijken hoe we dit nog wat transparanter kunnen maken, zodat iedereen weet: dit is de beoordeling van het Zorginstituut en via deze methode vindt dat plaats. Zo komt er meer transparantie over de wijze waarop dat gebeurt. Ik denk dat dit de discussie gaat helpen, in de zin dat straks helder is langs welke lijnen je tot de beoordeling van zinnige en gepaste zorg komt. Ik zal daar met het Zorginstituut over spreken. Ik wijs er ook op dat het Zorginstituut in de Nederlandse context eigenlijk een gezag heeft dat is ontleend aan de inzichten vanuit de sectoren. In andere landen is dat anders. Het NICE in Engeland, het National Institute for Health and Care Excellence, is bijvoorbeeld een instituut dat alles beoordeelt en dan zegt: ik heb alles bekeken en zo gaan we het doen. Beide benaderingen hebben voor- en nadelen. Het voordeel van de Nederlandse benadering is dat er veel draagvlak wordt gezocht in de sectoren, bij de beroepsgroepen en in wetenschappelijke inzichten, met het mogelijk nadeel dat er veel discussie over is. Daardoor duurt het soms wat langer dan als je zou zeggen: ik heb ernaar gekeken en zo doen we het.

Tot nu toe zijn we toch wel heel tevreden over de Nederlandse benadering, dus ik zou u het volgende willen meegeven voor een discussie over zinnige zorg. Als we het hierover eens zijn, moeten we elkaar politiek een beetje vasthouden. En vervolgens moeten we het Zorginstituut een beetje steunen in de keuzes die uiteindelijk worden gemaakt, anders kan zo'n instituut niet functioneren.

Voorzitter. Dit waren mijn opmerkingen over pakketbeheer. Ik kom straks op de vraag of dat actiever zou kunnen.

Dan kom ik even kort op covid. Ik denk dat we te maken hebben met twee ...

**De voorzitter:**

De heer Van Gerven geeft aan een vraag te hebben. De beantwoording van de vragen komt straks, na deze blokjes. Wilt u toch nu al gebruikmaken van een interruptie? Dat is het geval. De heer Van Gerven.

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

De Minister werpt een belangrijke discussie over het Zorginstituut op. Nu heeft de SP zojuist een voorstel gedaan en ik neem aan dat de Minister daar nog op terugkomt. Hoe duidt de Minister het feit dat het Zorginstituut politiek gekleurd is? Dat is namelijk zo doordat het, naast de beoordeling zinnige of niet-zinnige zorg, ook moet beoordelen of iets voor eigen rekening kan komen van de mensen die dergelijke zorg nodig hebben. Nu heeft een aantal mensen die in de Adviescommissie Pakket zitten zich duidelijk uitgesproken en politiek geprofileerd. Zij vinden dat het pakket kleiner moet worden en dat er bijvoorbeeld meer zorg voor eigen rekening moet komen.

**De voorzitter:**

Wat is uw vraag?

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

Hoe beoordeelt de Minister dit gegeven, als we bespreken dat we eigenlijk een onafhankelijk en niet-politiek geladen instituut zouden moeten hebben?

**Minister Van Rijn:**

In mijn ogen hebben we in het Zorginstituut juist een politiek niet-beladen en politiek onafhankelijk instituut. Op grond van de wetten en regels die politiek zijn vastgesteld, stellen zij een beoordelingskader op dat zich tot de betreffende wetgeving verhoudt. Kosteneffectiviteit en effectiviteit zijn de criteria waarnaar het instituut moet kijken. Een onderdeel daarvan, vooral van de kosteneffectiviteit, kan de vraag zijn wie wat betaalt. Er zijn criteria die in de wet staan, die beoordeeld moeten worden en die tot een advies leiden. Dat is vaak een advies over complexe en medisch-inhoudelijke vragen, dat vanuit die expertise helderheid moet geven aan verzekeraars en verzekerden.

Mijn stelling zou dus zijn: ze zijn juist niet politiek, maar gelet op de wet- en regelgeving die zij móéten hanteren voor de beoordeling en die wij met zijn allen hebben opgesteld, moeten zij kijken naar kosteneffectiviteit en effectiviteit. Bij de kosteneffectiviteit kunnen ook oordelen horen over de vragen: «Wat hoort in het verzekerde pakket?» en «Waarvan kun je veronderstellen dat het meer voor eigen verantwoordelijkheid kan komen?» Dat hoort bij die discussie.

**De voorzitter:**

Afrondend, de heer Van Gerven.

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

Dat laatste is nu juist een politiek oordeel. De effectiviteit van een behandeling is aan de wetenschap. Daar is geen discussie over. Laten we de hele pakketmaatregelendiscussie rond zware paracetamol, mineralen en vitamines als voorbeeld nemen. Over de effectiviteit is geen discussie, maar het Zorginstituut is van oordeel dat mensen die zelf kunnen betalen, met alle nadelige consequenties van dien. Dit wordt besloten en voorgesteld door mensen die bijvoorbeeld in het Zorginstituut zitten en die politiek gezien van mening zijn dat er meer voor eigen rekening van de mensen moet komen. Zou het goed zijn om die vragen los te knippen? Dan hebben we het Zorginstituut voor de vraag over de effectiviteit. De vraag wie wat moet betalen, is echter bij uitstek een politiek vraagstuk; die

vraag haal je dan weg bij het Zorginstituut en leg je terug naar waar die hoort, namelijk bij het ministerie en de politiek.

**Minister Van Rijn:**

Het Zorginstituut kijkt naar de kosteneffectiviteit en kan in zijn advies dus ook opvattingen hebben over wie wat betaalt, maar het is de politiek die dat beslist. Het Zorginstituut adviseert. Het Zorginstituut besluit niet. Stel dat het Zorginstituut zegt: «We hebben gekeken naar de kosteneffectiviteit. Gelet op de effectiviteit en wat mensen zelf zouden kunnen betalen, zou het vanuit de kosteneffectiviteit te overwegen zijn om een gedeelte zelf te laten betalen». De politiek kan dan alsnog zeggen: «Wij vinden van niet». Ik denk dat we dat zo moeten houden. Laten we niet de indruk wekken dat het Zorginstituut besluit over de eigen bijdrage, of over de vraag of iets al dan niet in het pakket zit. Het instituut brengt een advies uit, gebaseerd op de wetenschap en op wat de sectoren en de beroepsgroepen daarvan vinden. Dat is een advies waarover de politiek uiteindelijk moet beslissen. Daarvoor moet de politiek dan ook de verantwoordelijkheid nemen.

Voorzitter. De effecten van covid. Ik denk dat er twee soorten effecten zijn. In de eerste plaats is er de vraag wat er allemaal qua kosten op ons afkomt en wat de gevolgen voor de premie zijn. Ik kom daar straks op terug.

Ten tweede is er een relatie met de discussie over zinnige en gepaste zorg. Dat verloopt eigenlijk via een omweg. Er is namelijk een inhaalvraag ontstaan, doordat een aantal zorgvragen niet meteen beantwoord konden worden. Dat roept vragen op. Welke prioriteit geven we daar nu aan? Hoe halen we dit in? Het roept ook de vraag op: moet je alles wel inhalen? Want nu er naar veel zorg niet meer werd gevraagd, werpt dat de vraag op wat dit nu eigenlijk betekent. Wat vertelt dit ons over zinnige en gepaste zorg? Welke keuzes maken mensen en beroepsgroepen daarin? Ik denk dat dit heel essentieel is. Want hoe beter we reageren op wat gepast gebruik is, hoe sneller we kunnen zeggen welke zorg echt ingehaald moet worden en in welk tempo we dat allemaal zouden willen. Dan kan daar namelijk meer ruimte voor zijn. Juist nu is die discussie over gepast gebruik en zinnige zorg dus essentieel. Mevrouw Ploumen heeft daarop gewezen, en ook de heer Jansen en de heer Veldman en anderen. Eigenlijk heeft iedereen gevraagd hoe we de agenda van gepast gebruik wat meer scherpere kunnen geven.

Nu lopen er natuurlijk een aantal zaken. In het Programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik hebben alle hoofdlijnenakkoordpartijen gezegd dat zij dit verder willen uitwerken. Er loopt een programma waarin we ondersteuning bieden aan medisch specialisten. Ik denk dat dit het algemene beeld is: we hebben in het verleden gezegd dat dit een belangrijk onderwerp is, we hebben zelfs lijstjes gemaakt, we vragen ons af hoe het komt dat dit zo langzaam gaat, en eigenlijk is er een impuls nodig. Onlangs heb ik om de tafel gezeten met de Zorgautoriteit, het Zorginstituut, en Sjoerd Repping vanuit zijn leidende rol bij het Programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik. Wij hebben besproken hoe we nu dit momentum kunnen benutten om hier wat meer vaart aan te geven. De huidige programma's zijn uitstekend. We discussiëren daarin namelijk in den brede over de vraag wat gepaste en zinnige zorg is. Die programma's laten we doorlopen, maar laten we nu ook eens expliciet aandacht geven aan de vraag welke randvoorwaarden vervuld moeten zijn om dit te kunnen versnellen.

Er is een lijst. Als die lijst heel helder is voor alle partijen, dan moeten we daar duidelijker over zijn. Dan moeten we een afspraak maken over hoe we programmatisch die lijst gaan afwerken, en hoe de actieve uitstroom dan verder georganiseerd moet worden. Daar zitten echter ook bekostigingsvragen aan vast. Misschien zijn er perverse prikkels waardoor je wel zou willen dat iets uitstroomt, maar vindt dat nog niet plaats. Misschien

zijn er te weinig prikkels om iets juist de andere kant op te brengen, of heeft het nog te weinig bekendheid. Misschien moeten we die lijst duidelijker communiceren, of moeten we een programma zetten op het successievelijk afwerken van die lijst in de komende maanden of jaren. Ik heb van hen gevraagd om gezamenlijk de lijst met randvoorwaarden te maken, zodat we aan de hand daarvan een nieuwe impuls aan de discussie over gepaste zorg kunnen geven. Ik kan niet helemaal beoordelen hoe snel die lijst er zou kunnen zijn. Dat is een. Twee. Ik heb de Zorgautoriteit daarnaast opdracht gegeven om te bekijken hoe datgene wat we nu geleerd hebben in de toepassing van e-health, beeldbellen en een andere organisatie van polibezoeken, structureel gemaakt kan worden, en om te bekijken welke bekostigingsprikkels daarvoor kunnen worden ontwikkeld.

Via de voorzitter zeg ik u dus graag toe dat ik deze discussie een verdere impuls zou willen geven. Natuurlijk zal vooral mijn opvolgster dit moeten doen. Om de weg voor haar een beetje voor te bereiden, heb ik deze drie programma's gevraagd om de randvoorwaarden die zij voor zich zouden kunnen zien, op te schrijven, zodat we ook in politieke zin kunnen kijken hoe we dit verder kunnen versnellen.

**De voorzitter:**

Er is een vraag van mevrouw Ploumen. Daarvoor geldt hetzelfde als zonet: de individuele vragen over dit onderwerp worden straks nog behandeld. Maar gaat uw gang.

**Mevrouw Ploumen (PvdA):**

Dank aan de Minister voor zijn antwoorden en zijn bereidheid om de zaak te versnellen. Ik zou het belangrijk vinden als wij met elkaar kunnen afspreken wanneer in ieder geval een eerste groep niet-effectieve behandelingen van die lijst niet meer in het basispakket terecht zou komen, bijvoorbeeld bij het pakket vanaf 1 januari 2021. Is dat het tijdpad dat ook de Minister in gedachten heeft?

**Minister Van Rijn:**

Dat denk ik niet. Als je dat zou willen, dan zou je eigenlijk nu al zonneklaar moeten hebben wat de lijst is en wat de redenen zouden zijn om iets te schrappen. We moeten namelijk ook zorgen dat de polissen gemaakt kunnen worden, dus dan zou het nu al moeten vaststaan. Dat zal dus niet lukken. In het spoor van de contractering voor 2021 wil ik wel ... Al zouden we maar aan verzekeraars kunnen meegeven: luister eens, dit is de lijst waaraan we werken en waarin we nog verdere stappen moeten zetten, maar dit kun je in je contractering bijvoorbeeld al gebruiken. Dat zou mooi zijn, want dan zou je dat al van invloed kunnen laten zijn op het contracteerbeleid voor het komende jaar. Ik zeg dit voorzichtig. Het zou mijn streven zijn om direct na de zomer de randvoorwaarden in beeld te krijgen en die lijst nog eens een keertje te actualiseren. Ik denk dat we dan een pakket zouden hebben waarin we én die lijst nog een keer scherp voor ogen hebben, én de randvoorwaarden die vervuld zouden moeten zijn om daarmee een slag verder te komen. Ik zal mijn opvolgster dus aanraden om dit na de zomer met u te bespreken.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Mevrouw Ploumen, heeft u een afrondende vraag? Nee. Dan zag ik eerst mevrouw Van den Berg. Daarna kom ik bij de heer Jansen. Mevrouw Van den Berg.

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

Mijn dank voor de vragen van mevrouw Ploumen. Ik wil daar graag even op doorgaan. We hebben een lijst van meer dan 1.300 behandelingen. Twee voorbeelden staan in ieder geval bij mij op het netvlies, want daar

heb ik vorig jaar al over gesproken. Dat zijn buisjes in de oren bij kinderen, en een kijkoperatie bij een knie terwijl die niet «op slot zit», zoals dat wordt genoemd. Dat zijn voorbeelden die al langer bekend zijn. Is het dan misschien goed om de hele lijst van 1.300 niet in één keer te doen? Ik zou het teleurstellend vinden als wij dit jaar helemaal geen stappen kunnen maken om per 1 januari 2021 toch een paar dingen die bewezen niet-effectief zijn uit het pakket te krijgen.

**Minister Van Rijn:**

Dat was voor mij de reden om te vragen of we kunnen bevorderen dat bijvoorbeeld in het contracteerbeleid al rekening wordt gehouden met de inzichten die de lijst biedt. Ik denk dat we dit dan wat scherper moeten maken, waarbij we moeten constateren dat het in sommige gevallen nou ook weer niet zwart-wit is. Er staat gepaste zorg bij waarvan je kunt zeggen: in de meeste gevallen hoef je geen buisjes in de oren toe te passen, maar er zijn ook gevallen waarbij het juist wel moet. Je kunt dus niet zomaar zeggen dat we zoiets uit het pakket halen, om dan in die paar gevallen waarin het wel nodig is weer problemen te krijgen. Ik overdrijf nu misschien een beetje, maar dit vereist soms een «chirurgische» aanpak, om het zo maar te zeggen. Als we dat nou helderder maken en die lijstdiscussie wat scherper maken, inclusief de randvoorwaarden, dan zou dit wel alvast in het contracteerbeleid kunnen worden meegenomen, zodat je daarmee al bezig bent om de lijst verder op te schonen. Dat is de strategie die ik zou willen kiezen.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Afrondend, mevrouw Van den Berg.

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

Het lijkt me toch best moeilijk worden. Ik neem even de kijkoperaties bij knieën. Ik begrijp dat er in 20.000 gevallen per jaar een knie op slot zit waarbij een kijkoperatie nuttig zou zijn, terwijl er 60.000 operaties worden vergoed. Kan het niet omgedraaid worden? We hebben dan een lijst van bewezen niet-effectieve zorg, en als een arts daar toch gebruik van wil maken, dan zou hij dat apart moeten aanvragen bij de zorgverzekeraar. Ik kan me heel goed voorstellen dat de Minister zegt dat een behandeling in een bepaalde uitzondering nou net wel adequaat kan zijn.

**Minister Van Rijn:**

Het zou een methode kunnen zijn om in het contracteerbeleid van de zorgverzekeraar met de zorginstelling af te spreken: we hebben die lijst, we vinden eigenlijk dat we nu stappen moeten zetten om dit verder terug te dringen, en dan spreken we dus ook af welke procedure gevolgd moet worden als je deze behandeling toch wilt toepassen. Dat zou een variant kunnen zijn. Ik ben een genuanceerd mens, dus ik kijk altijd ook even naar de andere kant. We hebben natuurlijk ook veel discussie gehad over het vermijden van al te veel administratieve procedures en dat je je niet bij elke behandeling zou moeten aanvragen of die wel mag. Ik denk dat het goed zou zijn om in de contractering een afspraak te maken die wat meer generiek is, maar die dit soort elementen zeker kan bevatten. Eens.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Een vraag van de heer Jansen.

**De heer Jansen (PVV):**

Ik ben op zich blij met het antwoord van de Minister. Alleen, als je al een lijst hebt met 1.366 behandelingen en van 10% tot 15% daarvan is wetenschappelijk bewezen dat ze niet zoveel toevoegen, dan lijkt het mij toch mogelijk om daarin een soort laaghangend fruit aan te merken, zeker als er na de zomer een lijst komt. Ik doel op behandelingen die er wel



degelijk per 1 januari van het komend jaar uit kunnen, want dan heb je in ieder geval de kortetermijnwinst gepakt. Is dat een optie? Als je pas in het najaar tot de conclusie komt dat die lijst er is en dat er een aantal van dit soort behandelingen zijn, dan ben je alweer een halfjaar of misschien een jaar verder voordat je die winst kan binnenhalen.

**Minister Van Rijn:**

Dat veronderstelt dat die lijst al zodanig scherp is dat eigenlijk iedereen, elke dokter in het veld, zegt: inderdaad, ik onderschrijf dit en zo gaan we het doen. Ik ben ervan overtuigd dat als wij met elkaar afspreken dat we die lijst pakken en daarvan de eerste tien aan laaghangend fruit morgen uit het pakket schrappen, u evenveel brieven krijgt van patiënten en artsen die aangeven dat we dit niet zo ongenueanceerd moeten doen, omdat het in hun geval nodig is om een afweging te kunnen maken. Ik ben er dus voor om die lijst verder aan te scherpen, om veel scherper te kijken naar de randvoorwaarden, én alvast te kijken wat in de contractering al kan worden meegenomen. Zo verliezen we geen tijd die nodig is om in ieder geval aan de hand van de randvoorwaarden en de lijst met elkaar de principiële discussie te kunnen voeren over de vraag waar we in het pakket gaan doorpakken. Ik wil daar dus niet op wachten, want mijn stelling was dat we dit alvast een beetje kunnen meenemen in het contracteerbeleid voor 2021.

**De voorzitter:**

Afrondend, de heer Jansen.

**De heer Jansen (PVV):**

Zorgvuldigheid is absoluut belangrijk. Je moet geen overhaaste besluiten nemen, maar binnen die lijst zijn er wel degelijk een aantal behandelingen waarover een hele brede consensus is dat die niets meer toevoegen. Je kunt daarin wel degelijk een aantal slagen maken. Er zal dan inderdaad een enkeling zijn die daar misschien anders over denkt. Maar als er zo'n brede consensus is dat meer dan 90% zegt dat een behandeling hieronder zou kunnen vallen, dan moet je daar als politiek toch sneller een besluit over kunnen nemen?

**Minister Van Rijn:**

Wie weet. Stel dat na de zomer helder zou zijn dat er een grote politieke overeenstemming is: «Dit zijn behandelingen die we niet meer willen. Ze zitten weliswaar nog in het pakket waarover we discussie gaan voeren, maar we willen ze eigenlijk niet meer». Dat kan dan een enorme steun in de rug zijn voor de verzekeraars in hun onderhandelingen met zorgaanbieders. Zij kunnen dan gewoon zeggen: luister eens, dit gaan we niet meer doen. Ik help u er echter aan herinneren dat in het verleden pogingen hiertoe zijn gedaan, bijvoorbeeld rondom de vraag wat effectieve behandelingen van borstkanker zijn en wat niet. Dat heeft toen heel lang heel veel discussie opgeleverd. Dit staat of valt dus met duidelijkheid over de lijst en de randvoorwaarden, maar ook met grote politieke consensus over de vraag hoe we dit met elkaar gaan doen. Mijn uitdaging zou zijn dat u dit doet aan de hand van de lijst die we net hebben besproken.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Ik vraag de Minister zijn beantwoording te vervolgen.

**Minister Van Rijn:**

Voorzitter. Ik kom bij de pakketdiscussie in deze tijden, de vraag waarom we deze keuzes maken en wat de effecten op de premie zijn. Als je terugkijkt naar de afgelopen jaren, dan zijn de zorguitgaven eigenlijk van jaar tot jaar gestegen. Dat zal ook in 2021 het geval zijn, simpelweg door

de autonome ontwikkeling in de zorg. Meer mensen krijgen zorg. De prijzen in de zorg stijgen. De lonen van het zorgpersoneel stijgen. Er zijn cao's afgesloten en de discussie loopt overigens nog verder. Dat betekent dat de zorgpremie volgend jaar zal stijgen door de autonome ontwikkeling. In de afgelopen vier jaren is dat zo'n € 50 tot € 60 geweest. Ook zonder enige coronacrisis of wat dies meer zij, heb je te maken met dit soort ontwikkelingen. Die zijn overigens nog onzeker, dus we zullen die nog moeten bekijken.

Door de coronacrisis is dit nog eens extra lastig, omdat we eigenlijk nog onvoldoende zicht hebben op wat dit nu betekent voor de zorguitgaven, en daarmee voor de premie van volgend jaar. U heeft volgens mij gisteren de suppletoire begroting gezien of gekregen. Daaruit blijkt dat we tot nu toe 1,2 miljard hebben uitgegeven aan beademingsapparatuur, testen en allerlei andere zaken. We hebben gezegd dat we die kosten uit de algemene middelen gaan betalen. Dit zijn allemaal middelen die normaal gesproken ten laste van de zorgverzekering zouden komen, maar deze kosten gaan we dus niet terugzien in de premie.

De discussie is daarmee niet klaar. We hebben net al gezien dat er door de zorguitval aan de ene kant minder zorg wordt geleverd. De zorgverzekeraars hebben daarvoor een continuïteitsbijdrage afgesproken, zodat ziekenhuizen niet in de problemen komen. Aan de andere kant gaan zorginstellingen meer uitgaven doen, bijvoorbeeld voor ic-kosten. Ook daar loopt de discussie hoe dit verder gaat uitpakken. Samen met de zorgverzekeraars en de zorgaanbieders werken we eraan om hier beter zicht op te krijgen en afspraken over te maken. Ik merk maar even op dat deze partijen, zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars, ook gewoon buffers en reserves hebben die een rol kunnen spelen in dit debat. Ik ben van mening, en ik ga er dan ook van uit, dat we dit debat móéten voeren, zodat we het maximale doen om ervoor te zorgen dat de premie maximaal wordt gedempt.

Nogmaals, de inzichten in die kosten zijn nog niet uitgekristalliseerd, maar we zijn er wel met elkaar mee bezig. Ik geloof dat u in mijn woorden kon horen wat daarbij mijn inzet is.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Volgens mij zag ik eerst de heer Renkema. Gaat uw gang.

**De heer Renkema (GroenLinks):**

Ik heb een korte vraag. De Minister verwijst naar de buffers van zorginstellingen. Betekent dit dat proactief, vanuit VWS en door de Minister, het gesprek met zorginstellingen wordt gevoerd om aan te geven dat de route om die buffers aan te spreken eerder voor de hand ligt dan het verhogen van de premies?

**Minister Van Rijn:**

Je hebt buffers voor moeilijke tijden. Ik kijk even naar de zorgverzekeraars, maar het geldt ook voor de zorgaanbieders. Volgens mij zitten we in de situatie dat we een moeilijke tijd hebben. Tegelijkertijd mogen we daar niet te makkelijk over spreken, want je wilt niet alleen een buffer hebben voor een moeilijke tijd, maar je wilt ze hebben voor moeilijke tijden; «tijden» in meervoud. Je kunt dus niet zomaar zeggen dat je die nu even gaat gebruiken en dat het dan klaar is. Die discussie moeten we echter wel voeren en we moeten die actief voeren. Dat betekent dat we nu aan de ene kant bezig zijn om te kijken welke kosten allemaal gemaakt gaan worden en hoe we daarover goede afspraken maken. Ik wijs erop dat de verzekeraars in een vrij vroeg stadium hebben gezegd: luister eens, wij zien onze verantwoordelijkheid hierin, dus we maken afspraken over een continuïteitsbijdrage en over hoe we verder omgaan met de kosten. Dat is heel goed. We zullen met elkaar moeten bekijken wat de effecten daarvan

betekenen, en welke rol de buffers daarin zouden kunnen spelen. Die discussie zijn we inderdaad actief aan het voeren.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Een vraag van mevrouw Ploumen.

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):

Dank aan de Minister voor de beantwoording. Ik probeer zijn woorden goed te duiden, dus ik ga het nog even op een andere manier navragen. Veel mensen zijn opgeschrikt door berichten dat de premie voor de zorgverzekering 2021 met honderden euro's omhoog zou gaan. Ik heb het er even bij gezocht. Het staat onder andere in een onderzoek van gezondheidseconomen Wim Groot en Henriëtte Maassen van den Brink. Zij hebben daar een opiniestuk over geschreven. Als ik de Minister beluister, mag ik dan concluderen dat die berekening wellicht op papier klopt, maar dat het in de praktijk niet zo zal uitpakken? Ik denk dat het voor heel veel mensen heel geruststellend is om te weten dat ze straks niet honderden euro's meer voor de zorgpremie moeten gaan betalen.

**Minister Van Rijn:**

De uitspraak dat het op papier zou kloppen, gaat me iets te ver. Stel even dat het zo zou zijn. Als je alle kosten bij elkaar optelt en als die allemaal uit de premie gehaald zouden moeten worden, dan zit je in dit soort analyses. Maar die analyses zijn wij nu niet aan het maken. We kijken nu naar wat de kosten zijn. Nogmaals, voor een deel van die kosten hebben we al besloten dat die voor rekening van de algemene middelen zullen komen, en we zijn met partijen nog verder in gesprek. Misschien klopt het op papier. Dat zou ik na moeten kijken. Maar in de praktijk gaat het echt anders.

**De voorzitter:**

Dank u wel. De Minister vervolgt zijn beantwoording.

**Minister Van Rijn:**

Voorzitter. Tegen dat licht hebben we gezegd: laten we dus nu in deze onzekerheid de pakketdiscussie voeren. Daar moeten we zelf niet nog meer onzekerheden en kosten aan toevoegen. Laten we ons dus beperken tot die zaken waarover we in het verleden afspraken hebben gemaakt, en tot dat wat «regulier pakketbeheer» is, om het maar zo te zeggen. In de eerste plaats is dat het verhogen van het maximumaantal behandelingen fysiotherapie voor patiënten met COPD. Het Zorginstituut heeft geconstateerd dat ook voor patiënten die weliswaar weinig longaanvallen maar wel een hogere ziektelast hebben, de huidige aanspraak op fysiotherapie ontoereikend is en zou moeten worden verhoogd. In de tweede plaats is dat het loslaten van de maximumtermijn van dertien weken, waardoor medische kosten die verband houden met orgaandonatie buiten het eigen risico zullen vallen. De heer Raemakers noemde dat al even. Dat heeft te maken met de verschuiving binnen de verschillende afspraken van de Wet langdurige zorg naar de Zorgverzekeringswet. Ik kom daar straks inhoudelijk op terug.

Voorzitter. Het is misschien goed om in dit verband even te spreken over fysiotherapie, omdat daar meer vragen over zijn gesteld, ook in relatie tot covid. Ik denk dat het goed is om daaraan even wat aandacht te besteden. Ik heb het Zorginstituut inmiddels gevraagd om mij te adviseren in hoeverre de huidige aanspraak op paramedische zorg passend is om patiënten die covid hebben doorgemaakt te voorzien van de benodigde nazorg. In het geval dat de huidige aanspraak van bepaalde groepen patiënten niet passend is, zal het Zorginstituut ook adviseren hoe een eventuele uitbreiding van die aanspraak zou kunnen worden vormgegeven. Ik heb ZonMw gevraagd om een multidisciplinaire voorlopige

kwaliteitsstandaard te maken voor de revalidatie ná covid. Het Zorginstituut betreft deze voorlopige kwaliteitsstandaard bij het advies. Ik merk daarbij op dat het uitgerekend hier zo zal zijn dat de effectiviteit van de behandeling nog niet kan worden vastgesteld, omdat het om een heel nieuw ziektebeeld gaat. We zitten eigenlijk meteen in de problematiek. Dat betekent dat ik bij de vormgeving van die aanspraak meteen aandacht zou moeten geven aan het onderzoek naar de effecten van die behandeling. Ik verwacht het advies van het Zorginstituut hierover eind juni.

Ik ga er niet op vooruitlopen, maar wil aangeven dat we wel degelijk aandacht hebben voor de vraag wat er in de aanspraak moet veranderen, gelet op de inzichten rondom covid die we nu opdoen. Ik wil daarbij «multidisciplinair» onderstrepen, want we moeten dit multidisciplinair bekijken. We moeten niet alleen kijken naar fysiotherapie. We moeten ook kijken naar de longaanandoeningen en de revalidatiemogelijkheden. We moeten eigenlijk heel breed kijken. Heel veel beroepsgroepen zijn nu bezig daarover na te denken. Mijn uitdrukkelijke bedoeling is om, overigens in samenwerking met de Long Alliantie Nederland, te kijken wat we van de ziekte leren en wat dat betekent voor de richtlijnen en wat we voorlopig moeten gaan doen.

Voorzitter, ik verwacht het advies van het Zorginstituut eind juni en dan zal ik u daarover uiteraard informeren.

**De voorzitter:**

Misschien is het voor de toezeggingen goed om na te vragen of het juni of juli is. Ik zie dezelfde vraag bij de heer Jansen. Is het «juno» of «julij»?

**Minister Van Rijn:**

Ik verwacht het advies eind «juno», maar ik moet het afwachten. Ik kan er dus niet op vooruitlopen. Uiteraard probeer ik het voor 9 juli te doen.

**De voorzitter:**

Dat is heel fijn. U gaat daarna de Kamer informeren. Kunnen wij dan ongeveer medio juli een brief tegemoetzien? Dat is voor de toezeggingen.

**Minister Van Rijn:**

Dat denk ik, voorzitter.

**De voorzitter:**

Meneer Van Gerven, dit is uw laatste interruptie. U heeft twee vragen? Gaat uw gang.

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

Ervan uitgaande dat dat advies er in juni ligt, is de Minister dan bereid om ervoor te zorgen dat het per direct kan ingaan? In zijn brief heeft de Minister geschreven dat we, kijkend naar de politieke agenda, er na de zomer op door kunnen gaan. De fysiotherapeuten en een aantal anderen hebben al een soort behandelingsrichtlijn voor covidpatiënten gemaakt. Misschien zullen we jaren nodig hebben om uiteindelijk te kunnen zeggen wat heel effectief was en wat minder effectief was. Is de Minister bereid om bijvoorbeeld voordat het reces begint hierover een standpunt te formuleren, zodat wij nog in staat zijn daarover te discussiëren?

**Minister Van Rijn:**

Ik ga er heel pragmatisch van uit dat, als het advies aangeeft dat we iets moeten doen, het dan dus ook moet. Als uit het advies zou komen dat we iets moeten doen met een behandeling, dan moeten we misschien een tijdelijke voorziening treffen, want dan moeten we dat advies opvolgen. Maar ik ga nu niet vooruitlopen op het advies. We moeten het even afwachten. De bereidheid om erover na te denken is er. Voorzitter. Ik kom toe aan de specifieke vragen die zijn gesteld.

De heer Van Gerven heeft opmerkingen gemaakt over het Nivel-onderzoek naar vitaminen, paracetamol en dergelijke. Ik ben niet van mening dat dit eigenlijk weer in het pakket moet, omdat destijds vrij bewust de keuze is gemaakt dat mensen eigenlijk best zelf vitaminepreparaten en paracetamol zouden kunnen aanschaffen, ook gelet op de geringe kosten daarvan. Misschien gebeurde dat toen ook in de discussie wat nou gepaste zorg is en wat voor rekening van wie komt.

Ik ben wel een beetje getriggerd door het onderzoek van het Nivel. Ik neem aan dat de heer Van Gerven dat zelf ook is, vanuit zijn achtergrond als huisarts. Hoe komt het nou dat als paracetamol niet meer vergoed wordt, je dan opiaten gaat zitten voorschrijven? Ik overdrijf een beetje, maar ik vind dit eigenlijk heel gek. Ik wil in ieder geval in gesprek gaan met de beroepsgroep aan de hand van het Nivel-onderzoek, om te bespreken wat we hier nu van leren. Hoe kan dit nu eigenlijk? De heer Van Gerven heeft er meer verstand van dan ik, maar het lijkt mij gek dat als paracetamol niet meer in het pakket zit, je zo'n zwaar middel met nog veel meer nadelen gaat voorschrijven. Daar wil ik meer van weten. Ik zou de heer Van Gerven dus het volgende willen toezeggen, met zijn steun. Ik wil bekijken wat we leren van dit Nivel-onderzoek, wat dit nu heeft betekend voor het voorschrijfgedrag en wat we daar nou eigenlijk van vinden. In die zin zou ik het onderzoek dus willen oppakken.

**De voorzitter:**

Er is een vraag van de heer Van Gerven. Dit is zijn laatste vraag.

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

De Minister heeft al eerder publiekelijk zijn verwondering uitgesproken over het feit dat er ineens zwaardere middelen worden voorgeschreven omdat er zaken uit het pakket gaan. Dat was voorspeld en het is al eerder gebleken. Ik kom terug op de discussie die we zonet hadden. Het idee dat mensen dit zelf kunnen betalen, is een politieke mening die ook verwoord is door het Zorginstituut. In de praktijk blijkt dat mensen afzien van zorg, omdat het vaak heel veel kleine bedragen zijn die opgeteld uiteindelijk toch te groot zijn. Doordat mensen afzien van zorg, gebruiken ze uiteindelijk zwaardere medicijnen, of ze gebruiken geen medicijnen waardoor de volksgezondheid in het geding is. Zou dan niet de conclusie moeten zijn: de praktijk laat zien dat het niet voor eigen rekening van de mensen kan, dus laten we het terugbrengen in het pakket, zeker gezien de beperkte omvang van het beslag op de begroting?

**Minister Van Rijn:**

Elk beslag is er één en in deze tijd moeten we heel goed opletten wat we op dat terrein doen. Er waren destijds twee argumenten die een rol speelden bij de vraag of ze al dan niet in het pakket moesten blijven. Enerzijds was de vraag: wat komt voor de collectieve rekening en wat komt voor de individuele rekening, gelet op de lage zorgkosten die daarmee te maken hebben? Ik heb het gisteren nog even opgezocht. De prijs van paracetamol zit onder de twee euro voor een flink doosje, en dan zit ik nog een beetje aan de bovenkant van de markt. Anderzijds maakten we ons zorgen over het voorschrijfgedrag en het voorschrijven van heel veel pijnstillers. Daarvan vroegen we ons in zijn algemeenheid af of we die hoeveelheid niet een beetje zouden kunnen terugduwen, want ook dat is misschien gepaste zorg. Ik maak mij er met de heer Van Gerven zorgen over dat we een pakketbeslissing hebben genomen die aan de ene kant een positief effect heeft: misschien wordt er beter gekeken als pijnstillers worden voorgeschreven. Maar er is ook het effect dat zwaardere middelen worden voorgeschreven. Daar wil ik dan wel het mijne van weten. Zodra ik dat weet, wil ik de Kamer daarover informeren.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Kan u daar een termijn aan koppelen? Ondertussen geef ik de heer Renkema de gelegenheid een vraag te stellen en daarna mevrouw Sazias. De heer Renkema.

**De heer Renkema (GroenLinks):**

Ik heb een vraag over hetzelfde punt. Ik vind het een vorm van verkeerde zuinigheid dat paracetamol en andere middelen eruit zijn gehaald, omdat ze niet zo duur zijn. Het hangt er maar van af wat jouw inkomen is, en het hangt er maar van af hoeveel je gebruikt. Uit datzelfde Nivel-onderzoek blijkt namelijk dat een percentage van de mensen als enige reden aangeeft: doordat ik het niet kan betalen, gebruik ik die medicijnen niet meer. Het is geen hele grote groep, maar wel een groep die misschien chronisch ziek is of chronische pijnen heeft. Ik vind het ernstig dat huisartsen of anderen ervoor kiezen om dan maar zwaardere middelen voor te schrijven, met alle gevolgen van dien. Waarom wordt dit niet eenvoudigweg weer toegevoegd aan het basispakket? Zoals de voorzitter al even aangaf: wanneer wordt dat gesprek over zwaardere middelen gevoerd, met wie wordt dat gesprek gevoerd, en wanneer horen wij iets over de uitkomsten daarvan?

**De voorzitter:**

Dank u wel. De Minister.

**Minister Van Rijn:**

Dat gesprek zal vooral met de huisartsen gevoerd worden, want daar komen mensen als eerste terecht en dat kunnen we dan ook beter zien. Ik ga mij nu op het terrein van mijn opvolgster begeven, dus ik ben een beetje terughoudend. Ik kan me voorstellen dat dit na het zomerreces het geval zou kunnen zijn, misschien ergens in augustus. Ik kijk even naar mijn ondersteuners of dat kan. Ik heb toestemming, voorzitter.

**De voorzitter:**

We noteren dat dit na het zomerreces zal zijn. De heer Renkema, is dit voldoende? Goed. Mevrouw Sazias, gaat uw gang.

**Mevrouw Sazias (50PLUS):**

Misschien kunnen we de beantwoording van de vraag over vitamine D naar voren halen, want die ligt eigenlijk in het verlengde hiervan. Ook bij vitamine D zie je dat er hogere doseringen worden voorgeschreven die wel vergoed worden. Volgens Vektis betekent dit dat we daaraan 5 miljoen meer kwijt zijn, dus het is geen besparing. We weten dat veel ouderen geen supplementen slikken als die niet worden voorgeschreven door de huisarts. Is het niet veel eenvoudiger om die lage dosering vitamine D dan gewoon wel te vergoeden? Dat scheelt heel veel vervolgcosten, omdat je allerlei fracturen kunt voorkomen. Door gebrek aan vitamine D krijg je namelijk broze botten. Het is een beetje dezelfde discussie als die over paracetamol. Kun je dan niet beter de lagere doseringen wel in het pakket opnemen? Daar los je veel mee op en het blijkt uiteindelijk toch een besparing.

**Minister Van Rijn:**

Dat zou ik dan inderdaad bij hetzelfde gesprek willen betrekken. Ik wil echt beter weten hoe het nou komt dat dan gekozen wordt voor een zwaardere dosering, waar ook wel een aantal bezwaren aan vastzitten. Ik kan mij bijna niet voorstellen dat een voorschrijver zegt: ik zet even mijn medische afwegingen terzijde, omdat ik nu vanwege de eigen betaling een zwaarder middel of een zwaardere dosering voorschrijf. Zo zou het toch eigenlijk niet horen te lopen. Als we echt naar de oorzaken willen kijken, moeten we even een slag dieper gaan. Dan moet u mij de gelegenheid geven om

samen met de huisartsen te kijken wat hier nu achter zit. Ik vind het niet goed dat dit zo'n invloed heeft op het voorschrijfgedrag, en dat dan als het ware de medische afweging een beetje ter discussie komt te staan. Ik kan me niet voorstellen dat artsen dit zouden willen. Ik zal het meenemen in die gesprekken.

Mevrouw **Sazias** (50PLUS):

Volgens mij zitten er geen nadelen aan te veel vitamine D, terwijl dat bij vitamine A wel het geval is. Ik kan niet anders bedenken dan dat de artsen het in dit geval als een kostenoverweging voor de patiënt zien. Natuurlijk moet het onderzocht worden, maar ik hoop dat dat niet heel erg lang duurt.

Minister **Van Rijn**:

Dat hoop ik ook. Ik wil geen uitspraken doen over het al dan niet schadelijk zijn van te grote doseringen. Dat laat ik graag aan de artsen over en dat zullen we in het gesprek betrekken.

Voorzitter. De heer Van Gerven vroeg naar de stand van zaken van de glucosemonitoring. Zoals u weet is op initiatief van de leden Van Kooten-Arissen en Raemakers bij de begrotingsbehandeling in november 2019 een motie ingediend voor een bredere vergoeding van Real Time Continue Glucose Monitoring in afwachting van het advies over flash glucose monitoring. Het Zorginstituut heeft in december bepaald dat flash glucose monitoring bij vijf indicaties tot het verzekerde pakket behoort. Ik verwacht u nog voor de zomer te kunnen informeren over de uitkomsten van het onderzoek naar een uitbreiding van de aanspraak op CGM. Daarop vooruitlopend werkt de Nederlandse Diabetes Federatie met alle betrokken partijen aan de actualisering van de landelijke kwaliteitscriteria. Het antwoord is dus: er is een maatregel genomen en u krijgt voor de zomer informatie over de vraag of hierin verder nog iets zou moeten gebeuren.

De heer **Raemakers** (D66):

Het is goed om erop te wijzen dat CGM echt iets anders is dan FGM. CGM heeft een alarmfunctie. Ook als je slaapt, gaat er bijvoorbeeld een alarm af waardoor je weet dat jouw glucosegehalte te hoog of te laag is. Potentieel is dat een enorm voordeel. Ik ben heel benieuwd of het Zorginstituut nu daadwerkelijk is gestart met een formeel onderzoek. Heeft de Minister vooraf een formele adviesaanvraag gedaan, of krijgen we straks alleen maar een geüpdatete leidraad? Komt er echt een formeel advies van het Zorginstituut?

Minister **Van Rijn**:

Ik begrijp dat dat niet zo is, omdat natuurlijk op basis van literatuurstudie al veel bekend is over de vraag wanneer er wel of niet zo'n continue meting moet plaatsvinden. Ik heb overigens begrepen dat daar een aantal nadelen aan kleven, en dat het slechts voor sommige patiëntengroepen goed zou zijn en voor andere niet. Het gaat om een alarm en daarna moet je zelf actie ondernemen. Het hangt af van de mate van zelfredzaamheid van de patiënt of dat mogelijk is en dat is niet bij iedereen het geval. Laten we het stuk afwachten. Dan kunnen we op basis daarvan met elkaar discussiëren.

De **voorzitter**:

Afrondend, de heer Raemakers.

De heer **Raemakers** (D66):

Dan wil ik erop wijzen dat de motie destijds de regering verzocht om het Zorginstituut alsnog te vragen – ze waren dit dus niet al van plan – zo snel als mogelijk een apart onderzoek te doen naar een mogelijk bredere

vergoeding van CGM en de maatschappelijke kosten en baten daarvan. Ik hoor nu dat dit niet helemaal zo gaat gebeuren. Het is nu ruim een halfjaar later. Ik vind het zorgelijk, in de zin dat het gewoon goed zou zijn om dit te doen. Mevrouw Van Kooten-Arissen had ook een andere motie ingediend. Zij gaf aan dat er al zo veel onderzoeken waren gedaan. Zij verzocht dus om die op een rijtje te zetten en dan te kijken hoe het voor bepaalde groepen uitpakt. Bijvoorbeeld vrouwen die zwanger zijn geweest, moeten als het kindje is geboren het apparaat inleveren. Dat is heel tegenstrijdig. Al dat soort zaken zou je toch eigenlijk grondig onderzocht willen hebben?

**Minister Van Rijn:**

Ik zal met het Zorginstituut in gesprek gaan om te kijken of wat ze nu doen, voldoet aan de vragen die u heeft. Dat kunnen we dan eventueel meenemen als u voor de zomer wordt geïnformeerd. Dat zal ik doen. Voorzitter. De hooggebergtebehandeling. Bij mijn weten zijn er geen nieuwe wetenschappelijke inzichten voorgelegd aan het Zorginstituut die leiden tot een heroverweging van het standpunt zoals dat vorig jaar is uitgebracht. De stand van zaken van vorig jaar is nog steeds van kracht. Er zijn geen nieuwe wetenschappelijke inzichten. Elk van de vier grote zorgverzekeraars heeft deze behandeling in 2020 gecontracteerd. Mij is nog niet bekend wat de verzekeraars voornemens zijn voor 2021. Zij zijn nu bezig om hun inkoopbeleid vast te stellen. Dat moet allemaal nog gebeuren. Na de zomer zullen ze hun inkoopdocumenten publiceren. Dit betekent dat we dan een goed beeld kunnen hebben of de behandeling wel of niet gecontracteerd wordt. Ik ga er zomaar van uit dat dat voor sommigen van u aanleiding kan zijn om daar weer over te discussiëren. De vragen van de heer Van Gerven over fysiotherapie in relatie tot COPD en corona heb ik voldoende beantwoord, denk ik. Ik kijk even naar hem.

**De voorzitter:**

Dat is een uitnodiging in de richting van de heer Van Gerven.

**Minister Van Rijn:**

Ja, voorzitter, dat is natuurlijk stom van mij.

**De voorzitter:**

De heer Van Gerven.

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

Ik heb het nog niet helemaal scherp. Is het nu zo dat bij COPD de maximering van fysiotherapiebehandeling eraf is? Of is dat niet zo?

**Minister Van Rijn:**

Voor een bepaalde categorie is de aanspraak uitgebreid. Voor andere categorieën niet, omdat voor hen de effectiviteit niet is gebleken. Vervolgens is er discussie gekomen over de vraag of we dat nou wel goed beoordelen; ik zeg het even in mijn eigen woorden. Het Zorginstituut gaf aan dat het bereid is om met de beroepsgroep te kijken of de beoordeling anders moet, maar tot nu toe zijn daarvoor geen andere bewijzen gekomen. Dat moeten we dan wel even vasthouden. We vragen aan hen om naar de effectiviteit te kijken. Daar kwam uit dat het voor sommigen wel en voor anderen niet effectief is. Dat laatste leidde tot discussie, en ze hebben gezegd dat ze best nog eens willen kijken of ze het verkeerd zien. Ze stellen dus bij wijze van spreken hun eigen criteria ter discussie. Zoals de stand van zaken nu is, is er geen bewijs dat het verhogen van het aantal behandelingen voor die groep effectief is. Zodra daarvan nieuw bewijs beschikbaar is, kan het Zorginstituut dit opnieuw bekijken. Voorzitter. Over covid en fysiotherapie heb ik het nodige gezegd, denk ik. Mevrouw Ploumen heeft een aantal vragen gesteld die te maken hebben met het effect van corona op de premie. Ik denk dat ik dat voldoende



beantwoord heb. Datzelfde geldt misschien ook voor de vraag naar gepast gebruik en zinnige zorg.

Dan is er gevraagd naar de lijst van plastische behandelingen die medisch noodzakelijk zijn, en of die lijst geactualiseerd kan worden. De lijst kan geactualiseerd worden. Het is wel zo dat de WHO, de professionals en de patiëntenvertegenwoordigers betrokken zijn bij de leidraad. In geval van vrouwelijke verminking ontraden zij op dit moment reconstructieve operaties bij vrouwen zonder somatische klachten. Dit is een lastig onderwerp. Ik dacht dat mevrouw Ploumen die vraag had gesteld, en ook de heer Raemakers. Ik denk dat het verstandig is om echt goed te kijken naar de bevindingen van het expertisecentrum.

Het dilemma is het volgende. Als u mij op de man af zou vragen wat ik ervan vind – tja, op de man af – dan denk ik: het is gewoon verminking, dus moet je maatregelen nemen. Tegelijkertijd wordt vanuit de medische optiek gezegd: pas nou op bij reconstructieve operaties bij vrouwen zonder somatische klachten, want zo'n operatie kent nogal wat nadelen. Mijn lijn zou zijn: laten we kijken waar het expertisecentrum mee komt voordat we besluiten wat de beste manier van behandelen is en wat we in het pakket opnemen; met de intentie erbij dat we het echt moeten uitzoeken. We moeten maximale ruimte kunnen bieden als dat nodig is, maar wel kijken wat we doen als het schadelijke effecten kan hebben. Ik snap de vraag van de heer Raemakers wel. Hij zei: mooi dat dat gebeurt, maar dan willen we wel weten of het expertisecentrum een beetje vaart maakt. Dat vind ik ook. Ik neem op mij om met het expertisecentrum te spreken over wanneer meer duidelijkheid kan worden gegeven over wat er nog speelt. Dat moeten we afwachten.

**De voorzitter:**

De heer Raemakers heeft een vraag.

**De heer Raemakers (D66):**

Ik heb een vraag omtrent de vrouwen die geen medische indicatie hebben maar wel heel veel psychisch leed hebben van zo'n verminking, want dat is wat het is. Het is goed als die vrouwen van tevoren erop worden gewezen dat de operatie ook negatieve gevolgen kan hebben. Er zijn vrouwen die ervoor kiezen om dat risico te nemen, omdat ze die verminking zó erg vinden. Er is te weinig onderzoek over bekend. Laten we ook die gevallen heel goed onderzoeken in het expertisecentrum, zodat we voor de toekomst weten wat je wel of niet moet doen. Kan de Minister het gesprek met de beroepsgroep aangaan over het feit dat het budget dat wij per amendement beschikbaar hebben gesteld nadrukkelijk voor die groep is bedoeld?

**Minister Van Rijn:**

Ik ben het helemaal eens met de vraag van de heer Raemakers. Ik zal die zeker betrekken bij de discussie met de beroepsgroep. Dan kom ik op de anticonceptie.

**Mevrouw Ploumen (PvdA):**

Bij de medische noodzaak had ik specifiek gerefereerd aan de explantatie van borstprothesen. We hebben het afgelopen jaar veel gesproken over vrouwen die zowel somatische als psychische klachten hebben. De Radboud Universiteit heeft recentelijk een onderzoek gepubliceerd dat aantoonde dat siliconen uit borstimplantaten wel degelijk menselijke cellen doodmaken. Het argument was steeds dat de implantaten veilig zijn en dat explantatie dus niet vergoed hoeft te worden. Ik zet vraagtekens bij dat eerste argument. Er is nu meer wetenschappelijk bewijs dat siliconen impact kunnen hebben op menselijke cellen. Zou de Minister willen heroverwegen of de explantatie toch kan worden vergoed? Vrouwen die dat willen, moeten dat nu veelal zelf betalen.

**Minister Van Rijn:**

Als er een medische noodzaak is, dus als er sprake is van geconstateerde lekkages of er moet iets gebeuren, dan is die discussie er niet. Dit gaat over de vraag of je het ook wilt doen als die medische noodzaak er niet is. Ik kan mij heel goed voorstellen dat iemand ze eigenlijk kwijt wil omdat er zo veel over die implantaten wordt gepubliceerd. De vraag is of dit aanleiding moet zijn om het in het verzekerde pakket op te nemen. Je krijgt dan het onderscheid tussen plastische overwegingen en gezondheidsoverwegingen en dan gaat het allemaal heel erg door elkaar lopen. We hebben op zich een systeem waarin we heel nauw in de gaten kunnen houden wat er gebeurt als je zorgen hebt over je implantaat. Dan ga je naar de dokter, je kunt gescand worden en er wordt gekeken of het veilig is en of er niets aan de hand is. Je kunt het dan gedurende de tijd laten monitoren. Dit lijkt mij een veel handigere methode dan dat je een soort pakketbeslissing voor die zaken maakt, waarmee we misschien een precedent creëren voor het hele zorgpakket. Ik wil echt vasthouden aan de lijn: als er zorgen zijn, ga naar de dokter. Die kan beoordelen of er medische redenen zijn om het te doen, op basis van de laatste inzichten, bijvoorbeeld van het Radboud. In gevallen van twijfel kan er een screening plaatsvinden, waarbij de patiënt kan worden gerustgesteld als er niets aan de hand is.

In dit verband was er ook een vraag gesteld over de nazorgregeling. Die bevindt zich in de afrondende fase en zal later dit jaar openbaar kunnen worden. Dat is dus na het zomerreces. Dan kan daar ook duidelijkheid over worden gegeven.

Dan kom ik op de anticonceptie. Deze discussie wordt vaker in dit debat gevoerd. Ik weet niet of het mijn plek is om dit nu allemaal te besluiten. Ik herinner aan de toezegging die mijn ambtsvoorganger over dit onderwerp en andere onderwerpen heeft gedaan. Die toezegging ging er namelijk over dat er een aantal onderwerpen zijn waarmee je misschien wat wilt en waarvan iedereen zegt dat het misschien niet in het pakket hoort, maar waarmee je om andere redenen misschien wel iets wilt.

Het lijkt me een mooie toezegging van mijn ambtsvoorganger om te kijken welke terreinen niet in het pakket horen, omdat we daar anders grote fouten gaan maken. Er kunnen echter wel andere redenen zijn om er toch meer naar te kijken. Mijn ambtsvoorganger heeft een soort agenderende notitie toegezegd. Die heeft door de hele coronadiscussie wat vertraging opgelopen. Ik kan mij voorstellen dat mijn ambtsopvolgster dit verder oppakt en na de zomer de notitie met u deelt. Het gaat niet alleen over anticonceptie, maar over nog veel meer andere dingen waarvan iedereen zegt dat die niet in het pakket moeten. Misschien zijn er andere overwegingen die een rol zouden moeten spelen, maar welke, en hoe ga je daarmee om? Er zijn heel veel mogelijkheden: aanvullend verzekeren, een subsidieregeling, of voor eigen rekening. Het is goed om dat overzicht een keer te hebben, want deze discussie komt elke keer weer terug. Ik wil de toezegging van mijn voorganger herhalen en u toezeggen dat ik mijn ambtsopvolger zal aanraden om u na de zomer te informeren over de brief en het lijstje.

Mevrouw Ploumen had een aantal opmerkingen gemaakt over de kraamzorg.

**De voorzitter:**

Voordat u verdergaat, heeft de heer Renkema een vraag.

**De heer Renkema (GroenLinks):**

Ik had op het punt van de anticonceptie een vraag gesteld over het spiraaltje. Uw voorganger heeft inderdaad gezegd dat hij het breder wil bekijken. Ik heb er begrip voor dat het door de coronacrisis allemaal wat langer duurt, maar toch vind ik dit een urgent punt, want wij hebben er vaker aandacht voor gevraagd. Het is momenteel zo dat het verschil

maakt of het spiraaltje wordt geplaatst door een huisarts, een verloskundige of een gynaecoloog. Het pilgebruik in Nederland neemt af. Het maakt ook nog verschil of een vrouw jonger of ouder is dan 21 jaar. Dit is eigenlijk niet goed uit te leggen. De eigen kosten komen al snel op een bedrag van € 200 of € 300, dat dan in het eigen risico zit. We hebben het nu over het pakket van volgend jaar. Met alle respect voor zo'n bredere afweging, maar ik zou toch meer willen horen over of er op het punt van het spiraaltje een besluit kan worden genomen.

**Minister Van Rijn:**

Dit is typisch weer zo'n punt. Dan gaan we op een onderdeel een besluit nemen, waarbij je de discussie oproept of het dan niet voor veel meer geldt. Wat zijn de consequenties daar dan weer van? Verleden keer is er een toezegging gedaan. Ook dit is weer zo'n punt dat in een bredere context speelt: hoe bevorderen we zorg op de juiste plek? Maakt het dan uit wie het spiraaltje zet? Dit is op zich een terechte vraag, maar je moet breder kijken naar de consequenties voor zorg op de juiste plek. De toezegging is om het in dat kader verder te bekijken. Overigens is de toezegging daarbij dat we ook kijken naar de werking van het eigen risico. Ik zou het in dit stadium graag bij die toezegging willen laten.

Voorzitter. Dan kom ik op kraamzorg en de eigen bijdrage bij kwetsbare gezinnen. Dit is eigenlijk een vergelijkbaar punt. Ga je een discussie over de eigen bijdrage voeren? Of zit erachter: wat doe je met kwetsbare tienermoeders van wie de financiële middelen niet toereikend zullen zijn? Verzekerden die moeite hebben met het moeten betalen van de eigen bijdrage voor kraamzorg, kunnen in veel gevallen – ook in dit soort situaties – contact opnemen met hun zorgverzekeraar. Zij kunnen een betalingsregeling overeenkomen. Er zijn ook aanvullende verzekeringen die dekking bieden. Ook is hier vaak een voorziening voor bij de gemeentelijke collectiviteiten en daaraan gekoppelde verzekeringen.

Ik ben geïnformeerd over een pilot die Zilveren Kruis, met de gemeente Rotterdam, heeft aangekondigd rondom de eigen bijdrage kraamzorg. Zilveren Kruis wil de mogelijkheid onderzoeken om de eigen bijdrage te vergoeden als je die niet kunt betalen. We zijn geïnformeerd over het voornemen van die pilot. We zijn verder niet betrokken, maar ik wil de informatie daarover graag verzamelen en te zijner tijd aan de Kamer doen toekomen. De route zou hier moeten zijn: voer niet de nogal principiële discussie over de betekenis van de eigen bijdrage. Dat wordt lastig. Maar kijk wie er moeite mee hebben. Zijn er specifieke voorzieningen voor, misschien wel buiten de zorg? Ofwel, dit kan in overleg met de zorgverzekeraar. Ik wil u toezeggen dat ik met Zilveren Kruis in overleg ga om te kijken wat de pilot precies oplevert, zodat we een en ander te zijner tijd via die weg kunnen bespreken.

**De voorzitter:**

Ik zag eerst mevrouw Sazias en dan mevrouw Ploumen.

**Mevrouw Sazias (50PLUS):**

Ik snap wat de Minister zegt, maar ik kan me voorstellen dat mensen uit kwetsbare gezinnen de weg naar de zorgverzekeraar niet goed weten te vinden. Is dit niet juist iets wat je bij de verloskundigenpraktijken moet neerleggen, en waarbij je de signaalfunctie en de toeleiding bij de verloskundige kunt leggen?

**Minister Van Rijn:**

Ik vind dat een aanspreekbaar argument. Ik zal het er dus bij betrekken. Met name in het drempelloze contact kunnen de eerste gesprekken plaatsvinden over de vraag of iemand het zich wel kan veroorloven en welke mogelijkheden er zijn. Ik zal dit meenemen in de verkenning.

**De voorzitter:**

Mevrouw Ploumen, uw laatste interruptie.

**Mevrouw Ploumen (PvdA):**

Dank aan de Minister voor de toezegging over de eigen bijdrage. Ik ben het zeer met hem eens. Het gaat mij niet zozeer om het principiële debat, maar ik wil zorgen dat de kraamzorg voor iedereen toegankelijk is. In dat licht hebben wij begrepen dat het programma Nu Niet Zwanger in een aantal steden stil is komen te liggen door geldbrek van die steden, bijvoorbeeld in de Noordoostpolder. Juist dat programma doet wat de Minister ook zegt, namelijk extra voorzieningen treffen voor een bepaalde groep vrouwen en meisjes. Zou de Minister zo goed willen zijn om te informeren naar hoe het met dat programma staat, of zich erover te laten informeren, en wat de gevolgen zijn van het feit dat gemeenten het programma hebben gestopt? Althans, dat zijn berichten die ik krijg.

**Minister Van Rijn:**

Ik zeg graag toe dat ik mij op de hoogte laat stellen van de stand van zaken van dat programma.

Voorzitter. Dan de screening, bijvoorbeeld bij lekkende borstimplantaten. Dit geldt overigens ook voor andere bevindingen die niet worden gemeld als ze bij borstkankeronderzoek worden gezien. Het bevolkingsonderzoek heeft tot doel borstkanker op te sporen. De situatie was min of meer dat nevenbevindingen, waaronder lekkende borstimplantaten, op basis van de adviezen van de betrokken zorgprofessionals niet worden teruggekoppeld. Dit is in enige mate natuurlijk omdat het borstsonderzoek daar niet voor bedoeld is. Je krijgt dan de vraag: klopt dit wel of klopt dit niet? En vervolgens: óf je gaat te veel doorverwijzen, óf je gaat niet doorgeleiden terwijl dat wel zou moeten. Ik vind het heel belangrijk dat we daar nader naar kijken.

Het is belangrijk dat vrouwen weten wat ze van het bevolkingsonderzoek kunnen verwachten, en wat het wel of niet doet. Het is nu omgekeerd. Er wordt nu voorlichting gegeven: pas op, je hebt borstsonderzoek gekregen, maar dat wil niet zeggen dat er ook naar andere dingen is gekeken. Het moet in de voorlichting duidelijk zijn wat je wel en niet kunt verwachten. Ik wil samen met het RIVM kijken wat de informatie aan de vrouw kan zijn, zodat zij zelf kan beslissen of ze toch even naar de dokter wil om het verder te laten controleren. De voorlichting van wat je wel van zo'n borstkankeronderzoek kunt verwachten, kan scherper. Dat zullen we doen. Tevens wil ik met het RIVM kijken of er ook andere signalen kunnen zijn die de vrouw minstens moet weten, zodat zij naar de huisarts kan om daarover verdere consultatie te krijgen. Dit waren de vragen van mevrouw Ploumen.

Ik kom bij de vragen van de heer Raemakers, voor zover die niet al aan de orde zijn gesteld.

Over de glucosemeting hebben we denk ik al gediscussieerd. Datzelfde geldt voor de zinnige zorg, en eigenlijk ook voor het punt van de alternatieve financiering.

Ik heb u nog even herinnerd aan de toezegging van mijn ambtsvoorganger. Ik kan daar misschien nog een element aan toevoegen. De vraag «dit hoort eigenlijk niet in het pakket, maar wat dan wel?» zouden we ook kunnen betrekken bij de discussie die gaat ontstaan over het brede vraagstuk: hoe werkt het stelsel met de contourennota die mijn voorganger heeft toegezegd? Het gaat daar namelijk over de vraag op welke wijze we bepaalde vormen van zorg of gerelateerde diensten in de toekomst willen bekostigen.

Er loopt bijvoorbeeld een discussie over preventie. De vraag van de Kamer die er ook al ligt, is of preventie nou wel of niet in de Zorgverzekeringswet past. Eigenlijk is dat niet het geval, want je bent nog niet ziek. Maar tegelijkertijd voelt iedereen aan dat we daar wel wat mee moeten.

Datzelfde geldt voor nog tal van andere onderwerpen. Volgens mij zijn er twee lijnen. Aan de ene kant: waar hebben we het nou eigenlijk over? Zie de toezegging van voorganger Bruins. En aan de andere kant: in de contourennota meenemen wat we moeten doen met kostencategorieën die niet in de zorgverzekering horen. Ik noemde het voorbeeld van preventie. Die discussie loopt al langer. We zullen het daarin meenemen.

**De voorzitter:**

De laatste vraag van de heer Raemakers. Gaat uw gang.

**De heer Raemakers (D66):**

Allereerst veel dank voor de toezegging door de Minister. Ik heb nog wel een vraag over anticonceptie en het project Nu Niet Zwanger, dat collega Ploumen net al noemde. Ik heb afgelopen jaar samen met collega Bergkamp een motie ingediend om te kijken of anticonceptie voor kwetsbare vrouwen bereikbaar is. Zijn er drempels? Moeten we het project misschien breder beschikbaar stellen? Et cetera. Allerlei vragen. Kan de Minister toezeggen dat we als Kamer versneld op de hoogte worden gesteld over de voortgang van het onderzoek, dat al een tijdje loopt? Ik vraag ook naar aanleiding van de signalen via de collega wat de voortgang is van het project Nu Niet Zwanger.

**Minister Van Rijn:**

Ik hoorde: «Het is van Hugo.»

(Hilariteit)

**Minister Van Rijn:**

Ik zal het met de Minister van VWS bespreken, met een positieve grondhouding.

Voorzitter. We hebben het ook over genitale verminking gehad, dus volgens mij heb ik de vragen van de heer Raemakers behandeld.

Dan de vragen van de heer Jansen. We hebben het volgens mij gehad over fysiotherapie na covid in het basispakket.

Voorzitter. De heer Jansen vroeg: van extramuraal naar intramuraal, doe het niet. Hij zei: perverse prikkel of geneesmiddelen. Ik denk dat we met het overhevelen van de geneesmiddelen een eenduidige aanspraak realiseren; lage geneesmiddelenuitgaven, en ook kwaliteitsverhoging en doelmatigheid door de intensievere samenwerking tussen medisch specialisten en ziekenhuisapotheken. Dit is echt van belang. Dit zijn de doelen die ik wil halen. Een nevendoeel van de overheveling is tevens om de samenwerking veel dichter bij elkaar te brengen. U bent het daar waarschijnlijk niet mee eens, maar ik wilde dit nevendoeel ook hierbij noemen.

We hebben het gehad over fysiotherapie.

Ik kom op Zolgensma. Het is goed om daar nog een paar vragen over te beantwoorden. Volgens mij heeft de heer Veldman er een vraag over gesteld. Ik vind het zelf een van de lastigste discussies die we kunnen voeren. Het gaat immers over patiëntjes en hun ouders die uiteraard alles doen om ervoor te zorgen dat de geneesmiddelen voor hun kinderen beschikbaar komen.

Zolgensma is in de pakketsluis geplaatst vanwege de enorm hoge kosten waarmee dit geneesmiddel gepaard gaat. De heer Veldman zei het ook al. Een injectie kost 1,9 miljoen. We hebben met elkaar afgesproken om het middel bij dit soort gevallen in de sluis te plaatsen, zodat we met de fabrikant kunnen onderhandelen over de vraag of het voor een redelijke en verantwoorde prijs kan. Tegen de fabrikant zeggen we altijd: doe jezelf en ons een plezier door het middel in ieder geval gedurende de onderhandelingen beschikbaar te stellen voor patiënten. Overigens willen veel fabrikanten deze afweging maken.

Ik wil zo snel mogelijk onderzoeken onder welke condities Zolgensma kan worden toegelaten voor patiënten. Ik heb het Zorginstituut al gevraagd naar de pakketwaardigheid van Zolgensma. De fabrikant moet daarvoor een dossier indienen bij het Zorginstituut. De verwachting is dat dat op korte termijn gebeurt, zodat het zo snel mogelijk kan. Tegelijkertijd ben ik met de fabrikant in overleg of zij bereid zijn om het geneesmiddel gedurende de sluisperiode ter beschikking te stellen, zodat patiënten niet onnodig lang hoeven te wachten.

Ik wijs er wel op dat hier een ander vraagstuk speelt, namelijk: wat zijn de risico's van de behandeling, en voor welke patiënten en patiëntjes is het effectief? Ik begrijp dat ook hier de vraag speelt waarom het in Nederland niet kan en ergens anders wel. Dit is puur een zuiver medisch inhoudelijke afweging, waar ik niet in wil treden. Ik praat met de fabrikant over het zo snel mogelijk indienen van de spullen, zodat we kunnen kijken of het gaat, en probeer bereidheid te bewerkstelligen dat het daar waar nodig ter beschikking kan worden gesteld. De medisch inhoudelijke afweging van toediening of niet toediening en voor wie, is echt voor de medici. Daar wil en kan ik niet in treden.

Voorzitter. We hebben volgens mij voldoende gesproken over gepast gebruik en de lijst.

**De voorzitter:**

De heer Jansen, volgens mij op het vorige punt.

De heer **Jansen** (PVV):

Heel kort, voorzitter. Ik had een vraag gesteld over hoe het zit met ouders die zelf het geld voor de behandeling bij elkaar sprokkelen. Kunt u daar misschien iets specifieker op ingaan?

**Minister Van Rijn:**

Daar speelt precies de medisch inhoudelijke kant. Ook als het geld beschikbaar is, doet zich vervolgens aan de specialist of de specialisten de medisch inhoudelijke vraag voor wat de toepassing hiervan is. Is die aangewezen of niet? Ik begrijp dat dit moet worden afgewogen. Dat zijn gangen waar ik niet in wil treden. Het is dus niet een kwestie of het geld daarvoor wel of niet gebruikt zou kunnen worden. Het is meer de vraag of het medisch inhoudelijk verantwoord is.

We hebben het volgens mij voldoende gehad over fysiotherapie.

De heer Jansen had een vraag over innovatieve hoortoestellen. Zoals u weet, heeft een slechthorende recht op vergoeding van het hoortoestel uit het basispakket. Er is een kwaliteitsstandaard opgesteld wie, wanneer en voor welk toestel in aanmerking komt. Innovatieve hoortoestellen zijn niet per definitie uitgesloten van vergoeding. De functionaliteit moet uiteraard worden bewezen. In bijzondere situaties kan de audicien een bijzondere zorgvraag bij de zorgverzekeraar neerleggen. Het kan dus, maar het is wel maatwerk, in overleg tussen de audicien en de zorgverzekeraar.

Voorzitter. Het systeemadvies voor de fysio hebben we volgens mij voldoende besproken.

Mevrouw Sazias had een vraag over mondzorg voor mensen ouder dan 18 jaar. De discussie die heel erg wordt gevoerd, is: behoort dit tot het pakket, of kun je verwachten dat de verzorging van het gebit, en wat daarbij hoort, de verantwoordelijkheid van het individu is? Het is nogal een operatie als je zou vinden dat het in het pakket zou moeten horen. Dat is echt een enorme belasting van het verzekerde pakket, met alle nadelen van dien. Het is eigenlijk ook niet te rijmen met de discussie van daarnet, namelijk: wat behoort tot het pakket in termen van passende zorg en zinnige zorg? Het moet daarbij ook een beetje beheersbaar blijven. Ik zie geen aanleiding om weer terug te komen op die discussie.

Dan kom ik op de afbouw van pijnstillers.

**De voorzitter:**

Voordat u verdergaat, heeft mevrouw Sazias een laatste vraag. Gaat uw gang.

**Mevrouw Sazias (50PLUS):**

Ik ben toch ontzettend benieuwd naar de vervolgcosten van gebitsproblemen, en vooral bij ouderen, want die zijn bekend. Uw voorganger zei dat daar al onderzoeken naar zijn. Maar die bestaan dus niet. Je zou er ook aan kunnen denken dat een deel van de basismondzorg in het pakket zit, bijvoorbeeld mondhygiëne. Wij vragen echt niet om de hele mondzorg in het basispakket, maar gezien de mogelijke gevolgen en kosten is dat misschien juist heel kosteneffectief.

**Minister Van Rijn:**

Die redenering kun je natuurlijk bij bijna alle zorgvragen houden. Dan zou alles in het basispakket moeten komen, want als je dat niet doet, leidt het tot hogere kosten. Het Zorginstituut bekijkt ook de kosteneffectiviteit. Het belang van mondhygiëne en ervoor zorgen dat je je gebit verzorgt, is hoog. De vraag blijft in hoeverre dit een collectieve verantwoordelijkheid is. Mag je van mensen verwachten dat ze dat, met de nodige voorlichting en kennis, zelf oppakken? De belasting op de betaalbaarheid van de zorg gaat anders veel te groot worden. Destijds is voor mondzorg een afweging gemaakt en die ga ik nu niet ter discussie stellen.

Voorzitter. Dan de vraag naar de zware verslavende pijnstillers en het afbouwen daarvan. Voor de goede orde: het afbouwen van zware pijnstillers met beschikbare sterktes wordt vergoed. De begeleiding daarvan zit in het pakket. De vraag is hoe het met de richtlijnen staat. Er is momenteel geen richtlijn voor het afbouwen van opioïden zoals oxycodon. Er worden wel een aantal internationale afbouwadviezen gehanteerd. Soms kan het bij het afbouwen nodig zijn om patiënten een ander middel voor te schrijven, al dan niet tijdelijk. Ik constateer dat dat in de praktijk voor de overgrote meerderheid van de patiënten werkt, samen met een goede begeleiding. Met begeleiding voor het afbouwen kun je binnen het huidige pakket zorgen dat het tot stand komt. Er wordt gewerkt aan een handreiking voor het afbouwen, op basis van medische literatuur en ervaringen van verslavingsartsen, anesthesiologen, huisartsen en psychiaters. De taakgroep die daarmee bezig is, hoopt de handreiking in de tweede helft van 2020 beschikbaar te kunnen stellen. Ik stel voor dat we die dan ook naar de Kamer sturen, zodat u wordt geïnformeerd over de gemaakte afspraken over de afbouw van verslavende pijnstillers. Dat is dus in de tweede helft van 2020.

**De voorzitter:**

Men vroeg zich al af wat de termijn was, maar dat is dus in de tweede helft van het jaar, na het reces.

**Minister Van Rijn:**

Dan de vraag naar de bekendheid van geneeskundige zorg voor specifieke patiëntengroepen. Hoe kunnen we die versterken bij het verwijzen naar mantelzorg? Ik ben het daarmee eens. We zetten daar ook op in. Er is de afgelopen maanden met alle betrokken partijen gewerkt aan de vraag hoe de communicatie zou moeten verlopen. Een en ander is begin deze week met alle partijen gedeeld, zodat zorgverleners, waaronder huisartsen, hun achterban kunnen informeren. De informatie zal op de website van de rijksoverheid beschikbaar worden gesteld voor alle burgers. Voor patiënten die reeds een behandeling ontvangen en die na de overheveling kunnen continueren, wordt een filmpje gemaakt dat zorgaanbieders kunnen aanbieden, alsmede folders. Wij houden via het overleg met al die partijen in de gaten of de communicatie goed loopt. Er wordt dus tegemoetgekomen aan de vraag die u daarover heeft gesteld.

Voorzitter. Over vitamine D hebben we het volgens mij gehad. Datzelfde geldt voor de afbouwmedicatie.

Dan de vraag van mevrouw Van den Berg.

**De voorzitter:**

Ik zie mevrouw Sazias, maar u heeft geen openstaande vragen meer. Ik verwijs anders naar de tweede termijn. Heeft u een openstaande vraag?

**Mevrouw Sazias (50PLUS):**

Ik was even benieuwd naar de afbouwmedicatie. De Minister heeft het gehad over de pijnstillers, maar mijn vraag ging specifiek over de antidepressiva.

**Minister Van Rijn:**

Dat is waar. Het Instituut Verantwoord Medicijngebruik heeft een aanbeveling gedaan of daar een stimulerende rol voor moet worden aangenomen. Dat was geloof ik de vraag. Wat bij dit onderwerp nog speelt, is of er bewijs is welke manier van afbouwen het beste werkt. Ik vind het zelf ook heel belangrijk dat patiënten veilig en verantwoord kunnen afbouwen. Met de beschikbare doseringen lukt dat over het algemeen wel. Bij patiënten waarbij het niet lukt, moet je met de zorgverlener afspraken maken over door een apotheek gemaakte afwijkende sterktes. Ik merk dat als de patiënt erop wordt gewezen, het meestal in overleg met de verzekeraars gebeurt, en dan ook wordt vergoed. Ik aarzel dus een beetje over de rol die het ministerie daarin zou moeten nemen. Er ligt een advies over hoe zorgverleners daarmee moeten omgaan, waarin heel praktische richtlijnen staan op welke manier je daaraan tegemoet zou kunnen komen. In de praktijk lijkt het erop dat verzekeraars het in die gevallen ook vergoeden.

Ik neem aan dat de vraag ook enigszins is bedoeld om te kijken of het werkt en of het voldoende is. Laten we afspreken dat ik met de zorgverzekeraars in contact treed over de vraag wat hun ervaring hiermee is, zodat we kunnen zien of de aanbevelingen in de praktijk voldoende worden toegepast. Tot nu toe lijkt het dat er soms beter bewijs nodig is van wat wel of niet werkt. Daar waar het onder begeleiding werkt, loopt het in de meeste gevallen goed.

Voorzitter. Dan de vraag van mevrouw Van den Berg over zinnige zorg. Ik denk dat we daarover voldoende hebben gesproken. Datzelfde geldt voor fysiotherapie.

Dan de risicoverevening. Mevrouw Van den Berg heeft natuurlijk gelijk. In de risicoverevening zou ook een covid-effect kunnen zitten. Covidpatiënten zijn wellicht niet gelijkmatig verdeeld en kunnen onevenredig bij een verzekeraar of enkele verzekeraars terechtkomen. Wij betrekken dit bij de gesprekken die we voeren. Welke kosten worden gemaakt? Wat kan de rol en betekenis van de opgebouwde buffers zijn? Hoe zit het met de catastrofereregeling? Kortom, het betreft het hele spectrum van welke kosten er eigenlijk worden gemaakt. Op welke manier zou je die kunnen opvangen? Wat is de rol van de buffers? Wat betekent het voor de risicoverdeling? Hoe is het totale plaatje?

Zoals u weet, moeten wij ter gelegenheid van de begroting altijd een raming doen van de premie-effecten. Ik ga ervan uit dat er tegen die tijd meer bekend is over het totale plaatje. Voor zover dit in september al bekend is, want dat kunnen we nu nog niet overzien. U vraagt naar een aparte brief. Het lijkt mij echter goed om het bestaande kanaal dat we daarvoor hebben, ter gelegenheid van de begroting te baat te nemen om mee te delen hoe de afweging wordt gemaakt en waartoe een en ander leidt voor de voorlopige raming van de premie. We nemen het dus mee in de jaarlijkse raming van de premie, op basis van de inzichten die we op dat moment hebben. Dan belast ik mijn opvolgster ook niet met een aparte brief, want zij moet wel doen wat u vraagt.



Dan kom ik op de vraag over de publicatie over welke polissen nagenoeg gelijk zijn; de «kloonpolissen», zoals u ze noemde. Dat is een mooie naam. Er is een Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars. Die verplicht verzekeraars al om informatie te verstrekken over nagenoeg gelijke polissen binnen het concern. Die regeling is er dus. Verzekeraars moeten de informatie op een direct zichtbare plek op hun website verstrekken. Een analyse van de Zorgautoriteit wijst uit dat alle zorgverzekeraars reeds aan die informatieverplichting voldoen. Voor het zomerreces gaat er een monitor van het polisaanbod naar de Kamer. In die monitor zullen we aandacht besteden aan de mate waarin polissen van elkaar verschillen.

Voorzitter. Dan de vraag of er nog een aparte brief komt over de premiestijging als gevolg van corona. Die vraag heb ik al een beetje beantwoord. We zullen dit wat mij betreft meenemen in de begrotingsstukken in de jaarlijkse premieraming die het ministerie sowieso moet maken.

**De voorzitter:**

Mevrouw Van den Berg heeft een vraag.

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

Ik heb een procesvraag. Ik begrijp dat wij in één document van de Minister een antwoord krijgen op én de premieontwikkeling die hij verwacht, de raming, én op de risicoverevening die daarmee verbonden is?

**Minister Van Rijn:**

Naar dat laatste punt moet ik even kijken. Ik kan mij voorstellen dat het een rol speelt bij de vraag welke afspraken erover worden gemaakt. Laten we het volgende afspreken. We zullen bij de premieraming die elk jaar gebruikelijk is bij de begrotingsstukken, in de onderbouwing daarvan aangeven hoe het met de risicoverevening zit.

Dan de vraag van mevrouw Van de Berg over de specifieke patiëntengroepen. Het is inderdaad zo dat het volledige bedrag van die 63,8 miljoen per 1 januari wordt toegevoegd aan het macrokader geriatrische revalidatiezorg en eerstelijnsverblijf. Vorig jaar is aan dit macrokader 15 miljoen toegevoegd. De zorg voor specifieke patiënten komt niet in het geding, doordat de kosten voor covidpatiënten apart worden gedeclareerd. Het wordt dus niet daarmee belast.

Mevrouw Van den Berg had aanbevolen om te kijken naar het voorbeeld van West-Friesland. Ik denk inderdaad dat dat een goed initiatief is. Er worden inmiddels veel initiatieven ondernomen die gericht zijn op beter medicijngebruik. Het voorbeeld van West-Friesland dat mevrouw Van den Berg noemt, is inderdaad een mooi voorbeeld. We kunnen in het periodiek overleg met de zorgverzekeraars bespreken in hoeverre dit soort goede voorbeelden meer bekendheid gaan krijgen, zodat zorgverzekeraars ze in hun overleggen met de zorgverleners kunnen gebruiken. Je ziet overigens wat de cruciale factor is, namelijk samenwerking tussen ziekenhuis, huisarts, apotheek en thuiszorg. Je moet alle partijen in de keten aan tafel hebben – ook in het West-Friese voorbeeld – om dit te kunnen doen, omdat het anders in een ander deel van de keten toch weer misgaat. Volgens mij is de les van het voorbeeld in West-Friesland dat alle partijen aan dezelfde tafel met elkaar afspraken maken over verantwoord medicijngebruik. Ik zal dit verder onder de aandacht brengen van de zorgverzekeraars.

Voorzitter. Dan de resterende vragen van de heer Veldman.

**De voorzitter:**

Voordat u daartoe overgaat, heeft mevrouw Van den Berg nog een vraag.

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

Als ik goed heb geteld, mag ik nog één vraag stellen. Ten aanzien van de polissen: fijn dat de Minister zegt dat er een nieuwe monitor naar de Kamer komt, waarin ook het overzicht staat van wat kloonpolissen zijn. Maar de Minister zegt ook dat er al regelgeving is die voorschrijft dat men moet aangeven wat «nagenoeg gelijk» is. Wij hadden begrepen dat er misschien wel een indicatie daarvan is, maar dat niet de definitie wordt gehanteerd zoals de Zorgautoriteit en de ACM hebben gedaan, wat tot nog veel meer transparantie zou leiden. Ik kan me voorstellen dat de Minister hierop nu geen antwoord kan geven, maar wil hij toezeggen dat hij er in de begeleidende brief bij de monitor specifiek op terugkomt? Ik verwijs nogmaals naar het onderzoek van de Zorgautoriteit en de ACM van 2018 over beter kiezen, waarin 72% van de mensen de verkeerde polis had. Als het zo inzichtelijk zou zijn, zou ik daar een ander getal hebben verwacht.

Minister **Van Rijn**:

Dat lijkt mij een goed idee. We zullen daar in de begeleidende brief aandacht aan geven.

Voorzitter. De heer Veldman had een tweeledige vraag gesteld over de mammaprint. Klopt het afwegingskader voor dit soort zaken wel? En: behandel het niet als geneesmiddelen, maar als een innovatieve wijze van diagnosticeren. Mijn antwoord is tweesoortig. Enerzijds: er is naar gekeken. De mammaprint is een nieuwe diagnostische test om met behulp van een genetische test te kijken of voor vrouwen met borstkanker chemotherapie noodzakelijk is, en zo ja welke dan. Die test is veelbelovend en ook als veelbelovend gekwalificeerd. Europese landen hebben de mammaprint in gezamenlijk verband beoordeeld. Uit de beoordeling bleek dat de mammaprint nog niet aan de Nederlandse pakketcriteria voldoet. Daarom heeft het Zorginstituut in 2018 een standpunt erover uitgebracht. Dat standpunt kan natuurlijk altijd veranderen als de inzichten toenemen of veranderen, dus dat moeten we afwachten.

Maar er zit ook een andere vraag achter, namelijk de vraag die de heer Veldman eraan verbond: hanteren we wel de goede kaders? Zijn we daar kritisch genoeg op? De manier waarop het Zorginstituut gezonde hulpmiddelen beoordeelt, is onderdeel van een vijfjaarlijkse kaderwetevaluatie, waarin dit punt wordt meegenomen. Het toeval wil – het is natuurlijk geen toeval – dat de evaluatie nu loopt. De uitkomsten daarvan worden in het najaar verwacht. Het antwoord is dus tweeledig. Enerzijds: laten we afwachten of er nieuwe inzichten zijn die zouden kunnen leiden tot een andere beoordeling van de mamaprint door het Zorginstituut. Dit wordt nauwlettend in de gaten gehouden. En uw andere achterliggende vraag over hoe het zit met welk kader je bij de beoordeling van dit soort zaken precies hanteert, nemen we mee bij de vijfjaarlijkse kaderwetevaluatie, die dit najaar gereed zal zijn.

De **voorzitter**:

Er is een vraag van de heer Veldman.

De heer **Veldman** (VVD):

Ik snap wat de Minister zegt, ...

Minister **Van Rijn**:

Dat is mooi, natuurlijk.

De heer **Veldman** (VVD):

Dat is wel het minste.

(Hilariteit)

De heer **Veldman** (VVD):

Maar het raakt volgens mij nog niet helemaal de kern. Het traject dat nu loopt, gaat over het kader van het beoordelen van geneesmiddelen. Ik heb in mijn eerste termijn geprobeerd te benoemen dat de mammaprint ... Je kunt daar ook andere zaken aan hangen. Ik hang niet specifiek aan dit voorbeeld. Er komen momenteel ook dingen op de markt die niet per se een geneesmiddel zijn, maar die onderdeel zijn van het zo goed mogelijk een diagnose stellen voordat je een behandeling kunt uitvoeren. Het kader van de beoordeling van geneesmiddelen – de criteria die we daarvoor opstellen – laat zich niet een-op-een toepassen. Het onderzoek dat nu loopt, gaat ons niet brengen wat ik vraag, namelijk: moeten we niet de stap zetten dat je met dit soort nieuwe technieken een ander kader hanteert? Dat zou dus geen verbeterd kader zijn, maar een ander kader.

Minister **Van Rijn**:

Dat lijkt mij een terecht punt. Nieuwe technologie en innovatie zijn van invloed op bestaande behandelmethoden en misschien ook wel op bestaande beoordelingsmethoden. Dat onderschrijf ik. Ik heb begrepen, maar ik zal dat voor de heer Veldman nog checken, dat dit inderdaad onderdeel is van de evaluatie. We kijken niet alleen naar hoe het met de bestaande kaders voor genezende hulpmiddelen zit, maar ook naar hoe je met innovatie omgaat en welke invloed dat heeft op de manier waarop je de beoordelingskaders toepast. Ik zeg de heer Veldman graag toe dat ik dit nog expliciet voor hem zal checken bij de werkzaamheden van onder andere het Zorginstituut.

Voorzitter. Dan de vraag van de heer Veldman of de vergoedingsrichtlijnen voor hulpmiddelen nog voldoen aan de eisen van de tijd. Het antwoord is eigenlijk hetzelfde, alleen nu wat specifiek. Daarstraks ging het over het bekijken van nieuwe beoordelingsmethoden. Dit gaat over of de vergoedingsrichtlijn niet sowieso tegen het licht moet worden gehouden. Zoals ik zojuist al zei: ik verwacht dat het rapport na de zomer wordt opgeleverd. Dan kunnen we kijken of het voldoet aan de eisen die u eraan heeft gesteld. Om nog even aan te geven: een van de hoofdvragen van de evaluatie is of het Zorginstituut in haar rol als pakketbeheerder voldoende op nieuwe ontwikkelingen anticipeert, zodat de wijze van het beoordelen van pakkettoelating voldoende waarborgen biedt om ook de innovatieve kant te benadrukken. Dit punt zal expliciet worden meegenomen.

Voorzitter. Ik denk dat we de vraag van de heer Veldman over een actiever pakketbeheer, gelet op gepast gebruik, voldoende hebben besproken. Hij had nog een vraag over de bekostigingsmodellen, zoals pay-for-performanceconstructies. Dit is echt een heel belangrijk punt. Eigenlijk komen we elke keer in een onderhandelings situatie met farmaceuten terecht, die vanuit hun eigen bekostigingsmodellen en businessmodellen redeneren. Zij zeggen: dit is de prijs voor een geneesmiddel. Wij zitten met heel andere afwegingen, in termen van toegankelijkheid, bereikbaarheid en rechtvaardigheid van die prijs voor iedereen. In de voorgaande periode waarin ik enige verantwoordelijkheid daarvoor droeg, en in de korte periode nu, heb ik eigenlijk geen gesprek met een fabrikant gezien waarin niet over dit soort bekostigingsmodellen is gesproken. Kunnen we niet meer op uitkomst gebaseerde bekostigingsmodellen hanteren, en tot een andere manier van bekostiging overgaan die meer aansluit bij de huidige tijd?

De discussie verloopt uitermate moeizaam, omdat er eigenlijk twee werelden botsen. Aan de ene kant: we hebben een nieuw middel uitgevonden met een bepaalde prijs en een businessmodel, en dus moet je kijken hoe je dat kunt betalen. En aan de andere kant zeggen wij: zo moet je er niet tegen aankijken, want we hebben een brede verantwoordelijkheid. Dit is een ongoing discussie die niet hard genoeg gevoerd kan worden. Dit komt altijd aan de orde bij het afsluiten van elk financieel arrangement. We doen dit altijd. Ik beschouw dit als een stimulans. U

heeft volstrekt gelijk, maar op den duur zul je toch tot andere businessmodellen en toelatingsmodellen moeten komen, omdat we het niet meer zo houden. Ik zal dit ook nadrukkelijk onder de aandacht van mijn ambtsopvolgster brengen. Ik weet dat zij er zeer voor openstaat. En anders helpt u haar er wel aan herinneren, denk ik.

**Voorzitter.** Dan de vragen van GroenLinks. We hebben de premies volgens mij voldoende besproken.

Datzelfde geldt voor de verloskundige en de gynaecoloog in het basispakket, en het meenemen van de vraag of we daarbij ook naar de rol van het eigen risico kijken. Die toezegging heb ik gedaan.

We hebben het gehad over paracetamol en mineralen.

Er was een specifieke vraag over de leefstijlgeneeskunde. Ik ben het zeer met de heer Renkema eens dat een gezonde leefstijl niet alleen van belang is bij het voorkomen dat mensen ziek worden, maar ook bij het behandelen van en het voorkomen van verergering van ziekten. Bij het inzetten van leefstijlgeneeskunde is het van belang dat de aanpak effectief is. Er is veel meer onderzoek gaande en nodig over de effectiviteit van leefstijlinterventies en welke randvoorwaarden daarbij een rol spelen.

ZonMw heeft dit jaar een subsidieoproep gedaan op het thema leefstijlgeneeskunde. VWS heeft een adviesaanvraag bij de Gezondheidsraad ingediend over een aantal voedingskwesties, waaronder bij diabetes.

In de discussie over de zorg is het klimaat steeds meer om leefstijlinterventie een hogere plek toe te kennen. Het blijft een beetje zoeken of we de effectiviteit op een goede manier in beeld kunnen brengen. Eigenlijk geldt misschien de vraag van de heer Veldman, maar dan op het gebied van de zorgbeoordeling, namelijk dat de klassieke manier van zorgbeoordelings-effectiviteit niet helemaal past bij de vraag wat de langetermijnevolgen van leefstijlgeneeskunde zijn; laat staan of er duiding kan worden gegeven of het tot het pakket behoort. Ik constateer, en ik wil het zelf ook aanjagen, dat het onderwerp op de agenda staat en een rol speelt bij alle onderzoeken die we via ZonMw doen. We zullen het RIVM, dat ook naar de effectiviteit van leefstijlinterventies kijkt, betrekken bij de verdere discussie over de vraag welke rol het in de pakketdiscussie zou moeten spelen.

**De voorzitter:**

De laatste vraag van de heer Renkema.

**De heer Renkema (GroenLinks):**

Dit is inderdaad mijn laatste vraag. Mijn bijdrage ging niet alleen over leefstijlgeneeskunde, maar eigenlijk breder over preventie. Wij constateren dat het in de discussies over het pakket toch heel vaak over behandelingen en medicijnen gaat, terwijl er aan de preventieve kant met leefstijl en leefstijlinterventies nog een wereld te winnen is. Die kosten in die zin heel veel, maar kunnen ook heel veel problemen voorkomen. Dat zegt het woord «preventie» natuurlijk al. Wat gaat de Minister doen om dit ook goed op het netvlies bij, in dit geval, het Zorginstituut en de verzekeraars te krijgen? Er zijn wel een aantal verzekeraars die nu iets bieden in de sfeer van leefstijlcoaches en stoppen met roken et cetera, maar het is allemaal nog erg beperkt als je kijkt naar wat er meer in het pakket zou kunnen worden opgenomen, zowel qua brede preventie als leefstijlpreventie. Je hebt het dan al snel over diabetes, hoge bloeddruk en bepaalde klachten die mensen hebben, maar het geldt breed voor als iemand zich meldt. Je kunt meteen voor medicijnen of behandelingen kiezen, maar je kunt ook andere interventies voorstellen. Die moeten dan echter worden bekostigd.

**Minister Van Rijn:**

Ook hier zitten twee kanten aan de discussie. De ene kant is dat er steeds meer aandacht is voor leefstijl en leefstijlinterventies als onderdeel van goede zorgverlening. Er lopen heel veel pilots. Verzekeraars zijn echt wel

bezig om te kijken naar methoden om dit te gaan doen. Er blijft wel voortdurend discussie over de vraag hoe we de effectiviteit meten. Daar is nog een wereld te winnen. Aan de andere kant is er de discussie ten opzichte van meer preventieve behandeling of preventieve interventies. De Zorgverleningswet ziet erop toe dat je een vergoeding krijgt als je moet worden behandeld voor iets wat je hébt. Dit past een beetje in de toezegging die mijn ambtsvoorganger heeft gedaan. Er zijn langzaam maar zeker een aantal zaken die niet in de klassieke pakketdiscussie zitten, maar waar je wel wat mee wilt. Hoe gaan we daarmee om? Het lijkt mij goed om dit erbij te betrekken.

Preventie speelt een steeds grotere rol. Er is een Preventieakkoord van de Staatssecretaris, waarin met verzekeraars wordt gesproken over wat wel en wat niet kan, maar wel via die twee lijnen. Hoe kun je met pilots ontdekken hoe het met de effectiviteit zit? Je moet echter ook een meer principiële discussie hebben over wat de plek van preventie in ons nieuwe zorgstelsel moet zijn. Het is de vraag of dat een Zorgverzekeringswetdiscussie is of een andere soort discussie, die je op een andere manier moet benaderen. Ik stel voor dit mee te nemen in de brief die mijn ambtsvoorganger op dit punt heeft beloofd.

Voorzitter. Dan kom ik op de laatste vraag, over de beoordelingssystematiek voor toelating tot het verzekerde pakket, met name gericht op de kleine patiëntgroepen. Die vraag hebben we eigenlijk al gehad. Ik wil die graag meenemen bij de evaluatie die nu plaatsvindt over de beoordelingsmethoden, waarover ik het zojuist met de heer Veldman heb gehad. Voorzitter. Ik heb geprobeerd zo veel mogelijk vragen te beantwoorden.

**De voorzitter:**

Dank u wel. We zijn hiermee aan het einde gekomen van de eerste termijn aan de zijde van het kabinet. Ik zie de heer Van Gerven nog voor een openstaande vraag?

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

Ja, het betreft een vraag van de SMA-patiënten Anouk en Laura.

**De voorzitter:**

Ik kijk even in de richting van de Minister of hij nu daarop kan ingaan, of in tweede termijn.

**Minister Van Rijn:**

Ik doe dat meteen. Ik heb de brief zojuist gekregen en ik wil u graag toezeggen dat we daarop zullen ingaan. We zullen die vraag beantwoorden.

**De voorzitter:**

Op welke termijn is dat?

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

Ik kon de Minister niet verstaan.

**Minister Van Rijn:**

Ik heb de brief overhandigd gekregen. De vraag hoe het zit met het verzoek tot het toelaten van meerdere ziekenhuizen ter behandeling van SMA-patiënten zullen wij voor 9 juli beantwoorden.

**De voorzitter:**

Voor 9 juli, dat is voor het reces.

**Minister Van Rijn:**

Dan heb ik volgens mij één dag ertussen.

**De voorzitter:**

De Kamer gaat een week eerder met reces dan het kabinet. Maar de toezegging is helder.

We zijn hiermee aan het eind gekomen van de eerste termijn van de zijde van het kabinet. Ik kijk even richting de klok. We zouden kunnen schorsen voor een lunch, maar ik stel voor om nu met de tweede termijn aan te vangen, zodat de mensen na afloop hun eigen route kunnen gaan. Ik neem aan dat er behoefte is aan een tweede termijn. Dit is het geval. Ik geef graag als eerste het woord aan de heer Van Gerven. Gaat uw gang.

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

Voorzitter. Ik wil allereerst alvast een VAO aanvragen, want er blijven nog wel wat zaken liggen. Als ik het debat beluister, heb ik toch het gevoel dat er bij veel Kamerleden een georganiseerd wantrouwen bestaat over bepaalde zaken die uit het pakket zouden moeten en dergelijke. Dan denk ik: vertrouw die professionals en kom niet weer met nieuwe bureaucratie die aan de horizon verschijnt, maar haal wel de financiële prikkels weg die zinloze zorg bevorderen. Ik zou het veel meer in die hoek zoeken om tot oplossingen te komen.

Zou de Minister de vraag nog willen beantwoorden of de hooggebergte-behandeling basispakketzorg is, want die vraag heeft hij niet beantwoord. Dan de covidpatiënten. Die moeten we niet in de kou laten staan. We komen daar ongetwijfeld op terug.

Voorzitter, tot slot. Ik wil een onderzoek van de epidemiologen Kant en Palm onder zeventig apothekers aanhalen, naar aanleiding van het feit dat zelfzorggeneesmiddelen een kleine twintig jaar geleden uit het pakket zijn gehaald. Ik citeer wat de gevolgen zijn. «De oorzaken daarvan zijn het voorschrijven van andere en duurdere medicijnen, de kosten van bijwerkingen vanwege het gebruik van sterkere middelen, de extra tijd die zorgverleners kwijt zijn aan uitleg en het zoeken naar alternatieven en de kosten vanwege de complicaties die optreden doordat mensen afzien van voorgeschreven geneesmiddelen. De maatregel is bedacht zonder inzicht in de dagelijkse praktijk. Het wordt tijd dat mensen van de werkvloer bij beleidsmaatregelen worden betrokken. Een maatregel zal nooit slagen» – een laatste zin, voorzitter – «als de uitvoerder dagelijks wordt geconfronteerd met de onzinnigheid ervan.»

Dat was het, voorzitter, in tweede termijn.

**De voorzitter:**

Hartelijk dank.

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

De constatering is maar van zestien jaar geleden.

**De voorzitter:**

Dat is helder. Ik geef graag het woord aan mevrouw Ploumen. Gaat uw gang.

**Mevrouw Ploumen (PvdA):**

Dank u wel, voorzitter. Allereerst denk ik dat het voor heel erg veel mensen een opluchting is om de Minister te horen zeggen – ik zeg het even in mijn eigen woorden – dat de ziektekostenpremie als gevolg van de bestedingen niet significant zal stijgen. Even precies: «niet met honderden euro's». Dat heb ik gehoord. «Niet significant», daar zit enige ruimte in. De Minister heeft niet gezegd: de premie gaat niet stijgen. Maar hij heeft wel duidelijk gemaakt dat hij een stijging met honderden euro's zoals die door sommige wordt gepresenteerd, dus echt flink veel geld, niet ziet gebeuren, omdat er andere opties zijn. Ik denk dat het goed is als de Minister dat nog even scherp bevestigt, want heel veel mensen maken zich daar terecht zorgen over.

Twee, voorzitter. Dank voor de toezegging dat de Minister gaat kijken hoe we omgaan met nevenbevindingen als gevolg van het bevolkingsonderzoek borstkanker. Hij gaat ook in gesprek met het RIVM. Zijn voorganger heeft echter ook al met het RIVM hierover gesproken. Ik hoop dat de uitkomst niet hetzelfde antwoord is, namelijk dat de beroepsgroep het maar moet uitzoeken, en dat het niet kan. Het is goed als de Minister nog even de condities waaronder hij dat gesprek aangaat, herhaalt of aanscherpt.

Mijn derde en laatste punt gaat over de explantatie van borstimplantaten. De voorganger van deze Minister heeft in het debat aangegeven dat wat hem betreft psychisch lijden ook onder medische noodzaak valt. Wij krijgen echter veel berichten van vrouwen die zeggen dat ondanks dat hun artsen dat hebben aangegeven, de verzekeraar toch niet tot vergoeding overgaat. Met andere woorden: de toezegging van de Minister heeft – althans, in een aantal gevallen – niet geleid tot een ander beleid, terwijl dat wel de intentie was. Ik wil deze Minister voorhouden of hij daar nog eens goed naar zou willen kijken.

Dank u wel, voorzitter, ook voor uw coulance.

**De voorzitter:**

Hartelijk dank. Ik geef graag het woord aan de heer Raemakers. Gaat uw gang.

**De heer Raemakers (D66):**

Voorzitter. Het is goed om hier het debat te hebben gevoerd. Het is wel een beetje raar nog zonder publiek, maar ik heb begrepen dat er thuis met ons is meegekeken.

De Minister zei over de CGM-sensor dat die voor sommige patiënten niet nodig zou zijn. Dat klopt. Sommige patiënten willen het zelf niet. Die kiezen liever voor de FGM of voor vingerprikken. Maar één term heb ik vandaag niet gehoord, namelijk «samen beslissen». Ik zou daar nog wel een reflectie van de Minister op willen hebben, want hoe mooi zou het zijn als je als patiënt, ook als je niet zwanger bent of niet jonger dan 18 jaar, een vrije keuze hebt over welk middel het beste in jouw specifieke situatie past, en dat de arts als professional advies over jouw geval geeft? Misschien kan de CGM nog richting het Zorginstituut worden betrokken. Verder ben ik heel blij met de toezegging over de hersteloperaties, ook voor vormherstel.

Dan de financiering voor bijvoorbeeld k.i.d. en anticonceptie. Kan in de toezeggingenlijst formeel worden opgenomen dat Nu Niet Zwanger, waar Minister Hugo de Jonge over gaat, bij Minister Hugo de Jonge wordt uitgezet?

Tot slot wil ik afsluiten met zinnige zorg. Daarover heeft volgens mij iedereen het vandaag gehad. Er staat nog een plenair debat van al meer dan een jaar geleden, toevallig op mijn naam. We moeten zorgen dat we daar spijkers met koppen slaan. Volgens mij wil iedereen dat. Dat vind ik wel een positieve wens van het debat van vandaag.

**De voorzitter:**

Dank u wel. De toezegging is genoteerd, zeg ik alvast, maar dat komt ook aan het eind van het debat. De heer Jansen. Gaat uw gang. Uw tweede termijn.

**De heer Jansen (PVV):**

Dank, voorzitter. Ik zal het korter houden, omdat ik in mijn eerste termijn een beetje tijd had gesmokkeld.

De SP heeft al een VAO aangevraagd. Dat is prima. Dan kan ik de beantwoording mee terugnemen naar de fractie en me erop beraden of wij nog dingen missen en dat eventueel willen onderstrepen door middel van moties.

Wat ik wel wil opmerken, is wat de Partij van de Arbeid zojuist ook opmerkte. Het is fijn om te horen dat er vanuit de Minister geen indicatie is dat er honderden euro's bij gaan komen. Voor sommige mensen is ook tientallen euro's al heel veel geld, zeker voor een gezin. Het loopt dan al snel in de papieren. Ik wil aandacht vragen voor de ontwikkelingen, hoe de economie gaat, hoeveel mensen misschien hun baan dreigen kwijt te raken en hoe andere sectoren ook al praten over een verhoging. Het kan niet zo zijn dat mensen over de hele linie 10%, 15% of 20% meer gaan betalen. Er wordt gezegd dat het maar om tientallen euro's gaat, maar ik wil hier nogmaals uw aandacht voor vragen, want ik denk dat we de komende tijd met z'n allen onderschatten. Ik denk dat het volgende jaar voor heel veel mensen erg duur gaat worden.  
Dank u wel.

**De voorzitter:**

Hartelijk dank. Mevrouw Sazias ziet af van haar tweede termijn. Mevrouw Van den Berg. Gaat uw gang.

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

Dank u wel, voorzitter. Op de eerste plaats dank aan de Minister voor de antwoorden die hij heeft gegeven.

Het is fijn dat wij een brief gaan krijgen over de combinatie premiestijging of premieberekening en de risicoverevening tussen zorgverzekeraars. Ik vind het ook heel fijn dat wij van de Minister bij de monitor over de polissen een toelichting op papier krijgen over de vraag of zorgverzekeraars de term «nagenoeg gelijk» van de ACM en de NZa toepassen. Ik vind het ook heel fijn dat de Minister met de zorgverzekeraars het mooie voorbeeld van West-Friesland «Zorg Zoals de Westfries het Wil» gaat bespreken, over hoe het medicijngebruik daar door samenwerking is teruggedrongen. Ik wil nog wel aan de Minister vragen of hij daarover een terugkoppeling op papier wil geven.

Als laatste ben ik erg blij met de acties die de Minister heeft ingezet op het gebied van zinnige zorg en gepast gebruik.

Dank u, voorzitter.

**De voorzitter:**

Hartelijk dank. Ik geef het woord aan de heer Veldman. Gaat uw gang.

De heer **Veldman** (VVD):

Dank, voorzitter. Dank aan de Minister voor de beantwoording van de in eerste termijn ingebrachte vragen.

Ik begrijp goed wat de Minister zegt over de gesprekken met de farmaceutische industrie en dat het onging op de agenda staat maar nog niet tot resultaten heeft geleid. Ik zou hem c.q. zijn opvolgster willen meegeven om daarbij ook de uitspraken in gedachten te houden die de Algemene Rekenkamer recentelijk in een rapport heeft gedaan. Het advies dat er ligt, is dat je soms misschien gewoon «nee» moet zeggen tegen een prijs. Het is een beetje vrijblijvend, maar vooruit. Dit vraagt overigens wel dat we in de Kamer dan daarin meegaan – ik kijk ook naar de collega's – en vanuit de Kamer niet alsnog roepen: het moet en het zal en de patiënt moet bediend worden. Soms moeten we misschien gewoon «nee» durven zeggen. Wellicht kan dit de gesprekken bespoedigen.

Voorzitter. Ik heb nog één opmerking, namelijk over mijn vraag over de vergoedingsrichtlijnen. Het is heel mooi dat het nu in het vijfjaarlijkse onderzoek meeloopt, maar ik zou graag zien dat we het toetsen en het aanpassen van richtlijnen vaker doen dan in een termijn van vijf jaar. Dagdagelijks is misschien te veel gevraagd. Juist voor innovaties is een termijn van vijf jaar een horizon die wel een eeuwigheid lijkt. Heel veel innovaties en opvolgingen van nieuwe technieken gaan veel sneller dan in een periode van vijf jaar. Wil de Minister om de vergoedingsrichtlijnen



up-to-date te houden een snellere termijn hanteren dan het vijfjaarlijkse onderzoek?

**De voorzitter:**

Hartelijk dank. Tot slot geef ik het woord aan de heer Renkema. Gaat uw gang.

**De heer Renkema (GroenLinks):**

Voorzitter, dank u wel. Dank ook aan de Minister voor de beantwoording van de vragen. Ik heb nog drie opmerkingen. Het is goed dat we vanochtend hebben gesproken over de bewezen niet-effectieve zorg, en dat de lijst met behandelingen en therapieën wordt geactualiseerd. Ik denk dat daar ook breed politiek draagvlak voor is. Ik vraag me wel af of we de komende tijd voldoende tempo maken om een en ander te vertalen naar maatregelen.

Dan kom ik op het punt dat ik zowel in mijn eerste termijn als in de interruptie vrij nadrukkelijk heb gemaakt, namelijk dat het pilgebruik in Nederland afneemt, zeker onder jongere vrouwen. Een besluit over de vergoeding van het spiraaltje kan denk ik toch sneller worden genomen dan in een bredere afweging over welke zorg nou waar precies thuishoort. Tot slot. Het is heel goed dat er met de verzekeraars, maar ook met sommige zorginstellingen, wordt gesproken over hun reserves en buffers. Laten we er met elkaar voor zorgen dat de kosten van de gezondheids-crisis die we momenteel meemaken niet eenzijdig bij burgers terecht-komen. Ik denk dat daar al het nodige over is gezegd. Voorzitter, dat was het. Dank u wel.

**De voorzitter:**

Hartelijk dank. We zijn hiermee aan het einde gekomen van de tweede termijn aan de zijde van de Kamer. Ik kijk in de richting van de Minister of hij tot de beantwoording kan overgaan. Dit is het geval. Ik geef graag het woord aan de Minister.

**Minister Van Rijn:**

Dank u, voorzitter. De heer Van Gerven zei volgens mij dat hij een beetje een georganiseerd wantrouwen in deze Kamer merkt. Ik zou daartegenover willen stellen dat heel veel discussies die we over het pakket voeren, over de toereikendheid van het pakket en de kosteneffectiviteit en de doelmatigheid, altijd mét de sector en mét de beroepsgroep worden gevoerd. Ik heb zojuist aangegeven – dit gaat om de beoordeling, of het nou over een pakket gaat of over andere dingen – dat de Nederlandse traditie is om het samen met de sector, het veld en de beroepsgroepen te doen. Dat geeft wel veel meer discussie, maar ook veel meer draagvlak. Ik zou zelf niet over georganiseerd wantrouwen willen spreken. We kijken hoe we op een goede, effectieve manier, vanuit de inzet die in de medische sector en de zorgsector in zijn algemeenheid leeft, tot besluiten komen die je politiek moet nemen en waarvoor je ook verantwoordelijkheid moet dragen. Ik heb dus misschien iets meer vertrouwen in het parlement dan de heer Van Gerven. Maar dit terzijde.

**De voorzitter:**

Een vraag ...

**Minister Van Rijn:**

Ik realiseer mij dat dit te veel uitlokking is, voorzitter.

**De voorzitter:**

Een vraag van de heer Van Gerven. Gaat uw gang.

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

Ik stoor me een beetje aan het gemak waarmee niet-professionals in de zorg denken te kunnen oordelen over wat uit het pakket kan omdat het niet bewezen effectief is. Was het maar zo simpel. Ik ben veel meer voorstander van een alternatief. Laat het bij de professionals. Organiseer niet weer een gigantische, nieuwe bureaucratie die we al bij het Zorginstituut zien, maar creëer betere voorwaarden, waardoor het belang van de patiënt en goede zorg uitgangspunt is en centraal blijft staan. Zou het niet beter zijn om naar foute prikkels te kijken, die bijvoorbeeld onzinnige, overbodige of extra behandeling bevorderen – wat bijvoorbeeld in particuliere klinieken gebeurt, om maar een voorbeeld te noemen – en dat eerder aanpakken? Dat levert veel meer op dan de discussie over, wat was het, 1.366 mogelijk niet zinnige behandelingen.

Minister **Van Rijn**:

Misschien komen we toch een beetje tot elkaar, want de discussie die we met elkaar voerden en die ik ook met het Zorginstituut, de Zorgautoriteit en Sjoerd Repping heb gevoerd, is: kijk ook naar de randvoorwaarden die vervuld moeten zijn om tot gepaste en zinnige zorg te kunnen komen. Daar kunnen inderdaad verkeerde kostenprikkels bij horen. Ik ben dat zeer met de heer Van Gerven eens. Wat mij betreft, hebben we de discussie over de vraag wat gepaste en zinnige zorg is, gebaseerd op oordelen van de professionals. Dat is de lijst waarover we het hebben gehad. Maar we kijken ook welke randvoorwaarden kunnen en moeten worden gehanteerd om de perverse prikkels uit het systeem te halen, waaronder bijvoorbeeld onnodige productieprikkels. Daarover zijn we het dus eens. Als we straks duidelijkheid op de lijst hebben en de randvoorwaarden naast elkaar hebben, kunnen we volgens mij heel goed een volgende fase van het debat naar gepaste zorg ingaan.

Voorzitter. De heer Van Gerven had een vraag over de hooggebergtebehandeling. Hooggebergtebehandeling is geen basispakketzorg; zie ook het standpunt van het Zorginstituut. Voor longrevalidatie is het niet nodig dat die op een bepaalde hoogte plaatsvindt. Dit is volgens mij de reden waarom het astmacentrum Davos het predicaat hooggebergtebehandeling zelf heeft geschrapt en zegt dat het longrevalidatie is. Die kan worden gecontracteerd. Verzekeraars moeten na de zomer hun standpunt hierover innemen.

Voorzitter. Dan kom ik op de punten van mevrouw Ploumen.

De **voorzitter**:

U hebt nog een korte vraag, meneer Van Gerven.

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

Klopt het dat de zorgverzekeraars de longrevalidatie of de behandeling in Davos nu dus vergoeden vanuit het basispakket? Ik neem aan dat het antwoord «ja» is. Dan is mijn vervolgvraag: het is toch niet zinnig om een ziekenhuis failliet te laten gaan? Want dat betekent het als de vier grote zorgverzekeraars geen contracten meer zouden afsluiten voor 2021 en volgende jaren. We laten dan gewoon weer een ziekenhuis failliet gaan, dat dan toevallig in Davos staat. Dat kan toch niet de uitkomst zijn, zo vraag ik de Minister.

Minister **Van Rijn**:

Laten we dat afwachten, zou ik zeggen. Het is nu gecontracteerd vanwege de longrevalidatie. De verzekeraars moeten die afweging weer maken. De verzekeraars moeten voldoende zorg inkopen, zodat iedereen van de goede zorg gebruik kan maken. Het kan dat de afstand naar Davos een rol speelt in het contracteerbeleid, dus daar ga ik niet op vooruitlopen. Ik heb dat inzicht overigens ook niet, want ze moeten hun inkoopbeleid nog bepalen.

Voorzitter. Mevrouw Ploumen probeerde mijn woorden volgens mij nog wat verder op te rekken. Simpel gezegd: u kent mijn inzet. Mijn inzet is om te zorgen dat we de covidkosten maximaal kunnen dempen, zodat we niet in de situatie terechtkomen dat de premie vanwege covid torenhoog zou moeten stijgen. U kent mijn inzet op dit punt en volgens mij begrijpen we elkaar heel goed.

Voorzitter. Dan de nevenbevindingen bij borstkankeronderzoek. De acties van mijn voorganger hebben ertoe geleid dat veel scherper is geworden wat je van het borstkankeronderzoek kunt verwachten, en dat dat ook helder is voor degenen die naar het borstkankeronderzoek komen. Dit is wel degelijk heel erg belangrijk, zodat vrouwen weten: dit wordt wel en dit wordt niet bekeken. Wat ik verder zou willen toevoegen, is: kan in ieder geval de vrouw in de gelegenheid worden gesteld eventuele bevindingen met de huisarts te bespreken, ook al twijfelt de onderzoeker zelf over de bevindingen? Dit wil ik verder onderzoeken, voortbouwend op de toezegging van mijn voorganger.

Voorzitter. Dan psychisch lijden bij explantatie. In principe is het geen indicatie voor een ingreep, maar het kan zijn dat de samenhang tussen somatische klachten en psychische klachten die tot somatische klachten leiden, aanleiding is om daar toch naar te kijken. Verschillende beroepsgroepen hebben daarvoor al richtlijnen uitgewerkt. Er zijn situaties waarin zowel psychische als lichamelijke aandoeningen tegelijkertijd moeten worden aangepakt. Het blijft dus maatwerk. Ik ken de casus die u heeft verwoord en waarover ook Kamervragen zijn gesteld. Hierin was dit onduidelijk. Uiteindelijk heeft het wel tot een oplossing geleid, maar niet de oplossing die de mevrouw in kwestie had. Het kan dus, maar het is wel maatwerk. In de praktijk zie je dat als maatwerk nodig is, het ook gebeurt, los van een casus die een probleem kan zijn geweest. Dat onderken ik. Ik doe geen algemene uitspraak dat dit om psychische redenen altijd wordt gedaan. Er wordt altijd gekeken naar wat in de concrete casus mogelijk is. Dan kan het wel.

**De voorzitter:**

Er is nog een vraag van mevrouw Ploumen.

**Mevrouw Ploumen (PvdA):**

Ik heb een aanvullende vraag. Ik ga het zo neutraal mogelijk formuleren. Binnen de beroepsgroep zijn er verschillende visies op de fysieke belasting van siliconenimplantaten bij zweten en lekken en scheuren. Sommige artsen zeggen dat het vergaande gevolgen kan hebben. Anderen zeggen dat het volkomen veilig is. Onlangs is het onderzoek uit Tilburg uitgekomen, dat zegt dat die siliconen effecten hebben op menselijke cellen. Zou het niet goed zijn om het hele beleid rondom explantatie opnieuw in dit licht te bezien? Er zijn onveilige implantaten op de markt gekomen, maar blijkbaar kunnen er ook bij implantaten in den brede mogelijk negatieve gevolgen zijn. Daarom haal ik dat onderzoek aan, dat wat mij betreft net een stapje verder gaat richting de erkenning van de effecten van implantaten.

**Minister Van Rijn:**

Misschien is het goed als ik dat mogelijk nieuwe wetenschappelijk inzicht onder de aandacht van het Zorginstituut breng. Dan hoort het ook bij de gebruikelijke procedure, namelijk dat als er nieuwe inzichten zijn, het opnieuw moet worden gewogen. Ik zal het dus onder de aandacht brengen.

Voorzitter. De heer Raemakers zei heel terecht: denk aan «samen beslissen», want juist als het gaat om de toepassing van heel specifieke hulpmiddelen, moet je het echt samen doen. Dit laat onverlet dat we in het systeem kijken naar de effectiviteit, de doelmatigheid en de kosteneffectiviteit. Dat blijft altijd plaatsvinden. Daarbinnen zou het inderdaad de

voorkeur verdienen om tussen arts en patiënt te kijken wat voor die situatie het beste is. Het samen beslissen is juist bij de heel persoonlijke hulpmiddelen van essentieel belang. Dat wil ik graag onderstrepen. Onafhankelijk van de vraag of het in de toezeggingen wordt opgenomen, zal ik zijn vraag bij collega Hugo de Jonge onder de aandacht brengen. De heer Jansen wees er nog eens op dat we moeten oppassen te gemakkelijk over de premie te praten. Ik ben dit zeer met hem eens. Elke euro telt, zeker voor groepen die het niet zo breed hebben. Dat verklaart ook mijn inzet, maar overigens ook de inzet van het kabinet, om ervoor te zorgen dat we niet alleen naar de premieontwikkeling kijken, maar ook naar de premieontwikkeling in het licht van de koopkrachtontwikkeling. Die kunnen we nu nog niet overzien, maar het is elk jaar onderdeel van de beraadslaging om te kijken wat de gevolgen van allerlei kostenontwikkelingen zijn; in totaliteit, niet afzonderlijk. Ik ben het dus zeer met hem eens en het heeft ook de aandacht van het kabinet. Mevrouw Van den Berg had het specifiek over een brief over het stijgen van de premie. Elk jaar komt er ter gelegenheid van de begrotingsbehandeling een onderbouwde raming van de verwachte premie. We zullen dit punt in dat licht meenemen. U krijgt het dus bij de begrotingstukken die naar de Kamer gaan.

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

Dat het onderdeel van de raming is, had ik begrepen. Ik had echter ook nog een vraag gesteld over het dossier van risicoverevening. Neemt de Minister dat in hetzelfde verhaal mee?

Minister **Van Rijn**:

Zeker.

We hebben het volgens mij gehad over West-Friesland.

Dank voor de steun voor de activiteiten rondom het activeren van de agenda zinnige zorg.

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

Daarbij had ik gevraagd of de Minister naar aanleiding van het gesprek een schriftelijke terugkoppeling aan de Kamer zou kunnen geven.

Minister **Van Rijn**:

Misschien is het goed om dit ook bij de begrotingsstukken mee te nemen, waarin we sowieso over de gang van zaken over de hele linie in de zorg gaan rapporteren. Tenzij u een apart verslagje wilt, maar het lijkt mij goed om dit in een breder verband te plaatsen. Het maakt mij niet zo veel uit hoor, maar een aparte brief over bijvoorbeeld West-Friesland is misschien wel heel specifiek.

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

Dat snap ik, maar ik zou het jammer vinden als het er zo algemeen in komt te staan dat het weinigzeggend gaat worden. Ik zoek daar graag even de balans in.

Minister **Van Rijn**:

Wij vinden een voertuig, zodat we aan u kunnen rapporteren. Misschien bij een voortgangsrapportage die we sowieso al moeten doen.

De heer Veldman herinnert terecht nog even aan het rapport van de Rekenkamer, die aan de ene kant een aantal voor de hand liggende aanbevelingen deed, zoals vaker «nee» zeggen en de realisatie dat het ook moeilijk is. De heer Veldman legde precies de vinger op de zere plek. De Algemene Rekenkamer zegt ook: als je meer «nee» durft te zeggen, helpt dat later in je onderhandelingspositie. Dit is volgens mij zeer terecht. Tegelijkertijd zit daar ook het probleem, want: wanneer durven we «nee» te zeggen? Bestaat daar in dit parlement in voldoende mate steun voor?

Misschien, maar dat is iets voor mijn opvolgster, moeten we kijken naar wanneer je daarover met elkaar afspraken zou kunnen maken en wanneer we inzicht hebben in: hier zou het een keer moeten. Daarover zou van tevoren iets meer helderheid kunnen worden gegeven. Ik ben er zeer voor als de heer Veldman wil meehelpen om het «vaker nee zeggen» met steun van de Kamer te kunnen doen.

Ik begrijp de boodschap van de heer Veldman rondom de toetsing en aanpassing van richtlijnen goed: beperk het niet tot eens in de vijf jaar. Wat mij betreft, koppelen we dit aan de discussie die we aan de hand van de evaluatie kunnen voeren over de vraag in welke frequentie we meer transparantie rondom de beoordelingsrichtlijnen bieden. Misschien moeten we veel periodieker bekijken hoe het staat met de stand van zaken van de beoordelingsrichtlijnen. Zou de transparantie van het Zorginstituut vergroot kunnen worden door daar regelmatig met elkaar over te spreken? Ik zal dit met het Zorginstituut opnemen, en ook kijken of dit voldoende in de evaluatieonderzoeken zit.

Ik begrijp het punt van de heer Renkema over het spiraaltje. Ik heb toegezegd dat het eigenbijdragepunt zal worden meegenomen bij de meer algemene afweging die daar speelt.

De heer Renkema heeft volgens mij mijn inzet begrepen om de kosten van covid niet al te zeer op de premie te laten slaan.

Dat was het, voorzitter.

**De voorzitter:**

Hartelijk dank. Dan zijn we hiermee aan het eind gekomen van de tweede termijn van de zijde van het kabinet. Ik heb een hele lijst met toezeggingen, die ik graag met u doorneem.

- Eén. De Kamer ontvangt na de zomer een lijst van randvoorwaarden die vervuld moeten zijn om stappen te kunnen zetten in de discussie over gepaste en zinnige zorg en de actieve uitstroom van onnodige behandelingen uit het basispakket. Dit is een toezegging aan de commissie.
- Twee. De Kamer wordt medio juli middels een brief geïnformeerd over het advies van het Zorginstituut over de vergoeding uit het basispakket van zorg bij COVID-19. Dit advies is naar verwachting eind juni gereed. Dit is ook een toezegging aan de commissie. Hier staat nog een vraag bij: wordt in deze brief ook de kwaliteitsrichtlijn meegenomen die ZonMw ontwikkelt over de revalidatie en nazorg van COVID-19-patiënten?

**Minister Van Rijn:**

Dat kan ik niet overzien, want ZonMw maakt die kwaliteitsrichtlijnen. Ik ken daar de precieze timing niet van. Zo mogelijk gebeurt dat wel.

**De voorzitter:**

We voegen «zo mogelijk» eraan toe.

**Minister Van Rijn:**

Inmiddels heb ik informatie ingewonnen: dat lukt.

**De voorzitter:**

Ik zag het al, maar ik durfde de conclusie niet te trekken. Het is dus het geval.

- Drie. De Kamer wordt na het zomerreces geïnformeerd over het gesprek over voorschrijfgedrag dat met huisartsen zal worden gevoerd, naar aanleiding van de uitkomsten van het Nivel-onderzoek. Dit is een toezegging aan de commissie.
- Vier. De Kamer wordt nog voor de zomer geïnformeerd over de vergoeding van continue glucosemonitoring en het gesprek dat

daarover met het Zorginstituut wordt gevoerd. Dit is een toezegging richting de heer Van Gerven en de heer Raemakers.

- Vijf. De Kamer ontvangt na de zomer de agenderende notitie over de alternatieve vergoedingswijze van bijvoorbeeld anticonceptie. Dit is ook een toezegging aan de commissie.
- Zes. De Kamer ontvangt te zijner tijd informatie over het met zorgverzekeraar Zilveren Kruis gevoerde gesprek over de pilot met betrekking tot de eigen bijdrage bij kraamzorg. Dit is een toezegging aan mevrouw Ploumen.
- Zeven. De Minister zal de Minister van VWS verzoeken – daar hebben we hem – versneld informatie aan de Kamer te versturen over het project Nu Niet Zwanger. Dit is een toezegging richting mevrouw Ploumen en de heer Raemakers.
- Acht. De Kamer ontvangt in het tweede deel van 2020 de richtlijn afbouw medicatie bij pijnstilling. Dit is een toezegging aan de commissie.
- Negen. In de jaarlijkse ramingsbrief waarin een raming van de premie-effecten wordt gegeven, wordt ook ingegaan op de gevolgen van covid op de risicoverevening. Dit is een toezegging in de richting van mevrouw Van den Berg.

**Minister Van Rijn:**

Dat is niet een aparte ramingsbrief. De raming maakt onderdeel uit van de begrotingsbrief.

**De voorzitter:**

Ik had «in de jaarlijkse ramingsbrief» staan. We voegen «begrotingsbrief» toe.

- Tien. De Kamer ontvangt voor het zomerreces de monitor zorgverzekering. In de begeleidende brief zal worden ingegaan op de vraag of zorgverzekeraars moeten aangeven welke polissen nagenoeg gelijk zijn volgens de definitie van de NZa en ACM. Dit is een toezegging richting mevrouw Van den Berg.
- Elf. De Kamer ontvangt dit najaar de vijfjaarlijkse evaluatie van het Zorginstituut. Hierbij wordt ingegaan op de toetsingskaders van nieuwe technieken. Dit is een toezegging in de richting van de heer Veldman.
- Twaalf. De Kamer ontvangt voor het zomerreces het antwoord op de brief over de behandeling bij de ziekte SMA. Dit is een toezegging in de richting van de heer Van Gerven.
- Dertien. In de brief met de brede afweging van vergoedingen uit het basispakket wordt ingegaan op leefstijlgeneeskunde en preventie. Dit is een toezegging in de richting van de heer Renkema.
- Veertien. De Kamer ontvangt informatie over de gevoerde gesprekken over de Zorg Zoals de Westfries het Wil, de ZZWW. Er wordt nog gekeken op welke wijze deze informatie naar de Kamer komt. Dit is een toezegging in de richting van mevrouw Van den Berg.

Dan hebben we hiermee de meeste toezeggingen gehad. Maar, ik zie mevrouw Ploumen.

**Mevrouw Ploumen (PvdA):**

De Minister heeft ook toegezegd dat hij het in Tilburg gedane onderzoek naar de gevolgen van siliconen borstimplantaten onder de aandacht van het Zorginstituut zal brengen. Ik zou hem willen vragen of dit met spoed kan. Ik weet niet of hij daar zelf zicht op heeft, met een termijn en een uitkomst erbij? Een beetje haast wordt in het belang van de vrouwen heel erg geapprecieerd.

**De voorzitter:**

Voordat ik de Minister gelegenheid geef om daar een korte reactie op te geven: we noemen alleen de toezeggingen waarvan de Kamer een brief of een schrijven ontvangt. De toezegging is wel degelijk gedaan en maakt ook onderdeel uit van het verslag, maar niet van het lijstje toezeggingen. Heeft de Minister nog een korte reactie?

**Minister Van Rijn:**

Zodra ik het heb, stuur ik het door.

**De heer Raemakers (D66):**

Over het punt van het expertisecentrum en de vrouwen met genitale verminkingen die een hersteloperatie willen en geen medische indicatie hebben: de Minister zei dat hij het ermee eens is dat die daarvoor beschikbaar zou moeten zijn. Misschien is het handig dat de Kamer een terugkoppeling krijgt van het gesprek van de Minister met de beroepsgroepen.

**De voorzitter:**

Dit is een vraag die uiteindelijk tot een toezegging leidt. De Minister.

**Minister Van Rijn:**

Dat lijkt mij vanzelfsprekend.

**De voorzitter:**

We noteren dit aanvullend op de lijst met toezeggingen.

We zijn aan het einde gekomen van het algemeen overleg Pakketbeheer. Ik dank de Minister. Volgens mij was dit het eerste niet-coronagerelateerde debat. Daar had ik misschien mee moeten beginnen. «Een beetje gerelateerd», hoor ik zeggen, maar pakketbeheer is toch echt een op zich staand onderwerp, waar we als Kamer jaarlijks over debatteren. Zeer hartelijk dank voor uw bijdrage. Dit geldt uiteraard ook in de richting van de ondersteuning hier en in andere zalen of op andere plekken. Ik dank de Kamerleden voor hun aanwezigheid en hun constructieve bijdragen. Hartelijk dank.

Sluiting 12.48 uur.